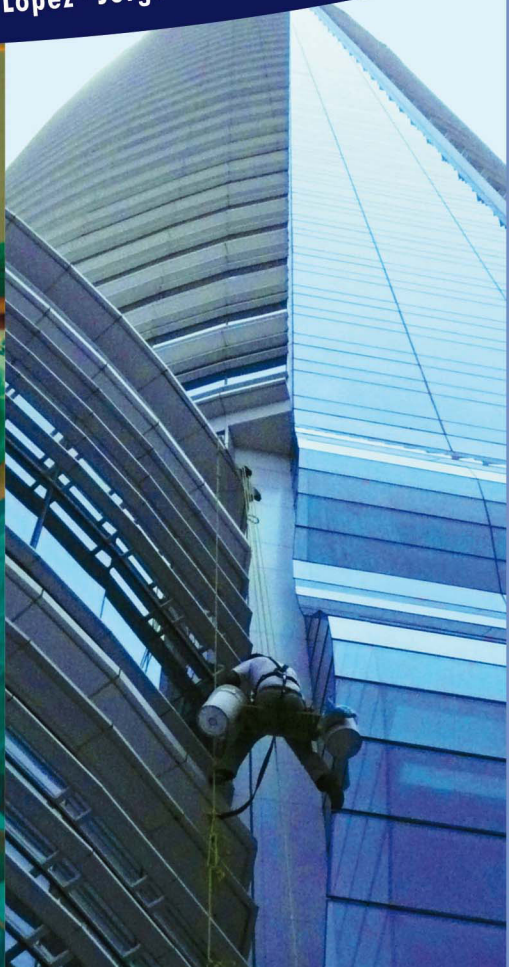


Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo

Coordinadores

Susana Martínez Alcántara · Germán Gómez Pérez · Claudia Sánchez López · Jorge I. Sandoval Ocaña





RECTOR GENERAL
Dr. Salvador Vega y León
SECRETARIO GENERAL
Mtro. Norberto Manjarrez Álvarez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

RECTORA
Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma
SECRETARIO
Lic. G. Joaquín Jiménez Mercado

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DIRECTOR
Mtro. Rafael Díaz García
SECRETARIA ACADÉMICA
Dra. Leonor Sánchez Pérez
RESPONSABLE DEL PROGRAMA EDITORIAL
Lic. Zyanya Patricia Ruiz Chapoy

COMITÉ EDITORIAL
Esp. Marco Antonio Díaz Franco
Dra. Norma Ramos Ibáñez
Mtro. Alejandro Meléndez Herrada
Dr. Jordan Golubov Figueroa
M. en C. Dorys Primavera Orea Coria
Dr. Román Espinosa Cervántes
Dra. María Angélica Gutiérrez Nava
Dr. Ernesto Sánchez Mendoza

“EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA CRISIS LABORAL Y LA PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO”
Primera edición: 2015
ISBN: 978-607-28-0542-2

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco
Calzada Del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, C.P. 04960, México, D.F.,
Tel.: 5483 7000 ext. 3783.
D.R. Fotografías de portada: Germán Gómez Pérez

Hecho en México

Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento Atención a la Salud**

Ana Patrícia Pereira M., Annatalia Meneses de Amorim G., Arturo García B., Arturo Juárez G., Belcy Mayerli Espitia C., Brenda Janette Hidalgo G., Carlos Esquivel L., Carlos Iván Miranda O., Claudia Sánchez L., David Cobos S., Diego Andrés Sáenz-T., Eli Anaya V., Enrique Gea-Izquierdo, Estefany Vianey González T., Germán Alejandro García L., Germán Gómez P., Gustavo Hidalgo S., Heriberto Valdez B., Ivonne Selenne Verde T., Jacques Antonio Cavalcante M., Jairo Ernesto Luna G., Jessica Téllez H., Jesús Ocaña Z., Jorge A. Kohen, Jorge I. Sandoval O., José Jackson Coelho S., Ligia Sánchez T., Luz Amparo Pérez F., Ma. José Del Pino E., Ma. Pilar S. Matud A., Ma. Guadalupe Aldrete R., Ma. Verónica García-Oquendo, Mariana Miñón L., Mariana Ramalho, Martín de Jesús Ovalle S., Mónica Isabel Contreras E., Oscar Cruz P., Oscar García A., Raquel González B., Raynerio Saldaña A., Ricardo Romel Gutiérrez E., Rosa Alejandra Hernández T., Rosane de Lucca M., Roselia Arminda Rosales F., Santiago Gascón, Sara Unda Rojas, Susana Martínez A., Tais Bleicher, Teresa Velasco P., Ulises Jiménez C.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Índice

1. Reflexiones psicosociales y algunas evidencias en latinoamérica	14
1.1 Salud Mental: un campo de tensiones técnicas, teóricas y Políticas. José Jackson Coelho Sampaio	15
1.2 Factores psicosociales en el trabajo: problemáticas por resolver en un país neoliberal. Jorge Ignacio Sandoval Ocaña	22
1.3 Factores psicosociales y salud mental desocultando la problemática. El caso Argentino. Jorge A. Kohen	37
1.4 Lo PsicoSocial y el Trabajo; reflexiones abreviadas. Germán Gómez Pérez	49
2. Los riesgos psicosociales y sus efectos en el sector terciario	63
2.1 Evaluación e intervención sobre riesgos psicosociales en empleados y directivos de hostelería. Santiago Gascón, Agustín Albesa, Anabel Marqués, Bárbara Masluk, Ángela Asensio, Carmen Aguilar, Jesús Montero, Javier García-Campayo	64
2.2 Factores psicosociales y trabajo en profesionales de salud en una ciudad del nordeste de Brasil. Mariana Ramalho de Farias, José Jackson Coelho Sampaio, Jacques Antonio Cavalcante Maciel	81
2.3 La interacción de factores psicosociales emergentes en Organizaciones de la Sociedad Civil de Morelos (México). Imke Hindrichs, Estefany Vianey González Tapia	95
2.4 La diversidad funcional física, sensorial o intelectual como factor generador de riesgo psicosocial. Bárbara Masluk, Santiago Gascón, Ángela Asensio, Agustín Albesa, Ana Isabel Marqués, Jesús Montero, Javier García-Campayo	114
2.5 A precarização do trabalho na rede de atenção psicosocial de Fortaleza, Ceará, Brasil. José Maria Ximenes Guimaraes, José Jackson Coelho Sampaio, Cleide Carneiro	128
2.6 Calidad de vida en el trabajo y salud mental en trabajadores sanitarios. Raquel González Baltazar, Gustavo Hidalgo Santacruz, Silvia Graciela León Cortés,	

Mónica Isabel Contreras Estrada, María Guadalupe Aldrete Rodríguez, Brenda Janette Hidalgo González, Jorge Alberto Barrera Vega	139
2.7 Las posibilidades de los trastornos psicosociales en el trabajo de salud mental: estudio del caso en el Hospital de Salud Mental. Sergiana de Sousa Bezerra, Cleide Carneiro, José Jackson Coelho Sampaio	154

3. La docencia, sus implicaciones y los riesgos a la salud **171**

3.1 Implicaciones en el trabajo docente: satisfacción laboral y Burnout. María Verónica García-Oquendo, Enrique Gea-Izquierdo	172
3.2 Doble jornada de trabajo y tiempo libre-recuperación asociados con daños a la salud en académicos de educación superior con opción de participar en estímulos, en México en 2012. Carlos Raymundo Martínez López, Susana Martínez Alcántara, Claudia Sánchez López	186
3.3 Desbalance esfuerzo-recompensa, en una población de académicos de la UNAM. Claudia Sánchez López, Susana Martínez Alcántara	203
3.4 Diferencias por sexo de factores de riesgo psicosocial (estresores) en profesores universitarios y de bachillerato. Sara Unda Rojas, Jesica Téllez Hernández, Oscar García Arreola, Carlos Esquivel Lozada, Rosa Alejandra Hernández Toledano, Mariana Miñón López, Arturo García Benavides	216
3.5 ¿Estudias o Trabajas? Efectos de la Exposición Temprana a Riesgos Psicosociales en Alumnos de Bachillerato Profesional Técnico. Heriberto Valdez Bonilla	236
3.6 La precarización del trabajo de los académicos universitarios. Las políticas neoliberales más allá del trabajo y la salud de académicos universitarios. Susana Martínez Alcántara	247

4. El estrés y el burnout como consecuencias, su impacto y su concepción desde lo sociocultural **254**

4.1 Estrés laboral y factores psicosociales en relación al Síndrome Metabólico en personal de Salud Pública. Norma Lilia González Jaimes, Verónica Andrade Almaráz, Arturo Juárez García	256
--	-----

4.2	Género, estrés laboral y salud mental en personas trabajadoras adultas mayores. Ligia Sánchez Tovar, M ^a Pilar Matud Aznar, M ^a José del Pino Espejo, Teresa Velasco Portero, David Cobos Sanchiz	274
4.3	Variables predictivas de estrés y burnout en una muestra de trabajadores de Chiapas, México. Oscar Cruz Pérez, Jesús Ocaña Zúñiga, Martín de Jesús Ovalle Sosa, Germán Alejandro García Lara	288
4.4	Síndrome de burnout en el sector público en Ecuador: primera evidencia en el sector no asistencial. Enrique Gea-Izquierdo, María Verónica García-Oquendo, Diego Andrés Sáenz-Tinoco	297
4.5	Arquitectura de sueño y trastornos del dormir asociados al horario de trabajo. Ivonne Selenne Verde, Ricardo Romel Gutiérrez Escobar, Raynerio Saldaña Aceves, Carlos Miranda Ortiz, Eli Anaya Vela, Ulises Jiménez Correa	310
4.6	Construcción social del estrés. Una propuesta integradora. Josefina Ramírez Velázquez	326

5.	Condiciones laborales y de salud en colectivos. Miradas alternativas para el abordaje de la salud mental	346
5.1	Bicitaxis y mototaxis de la delegación Tláhuac: condiciones laborales y de salud. Luis David Berrones Sanz, Roselia Arminda Rosales Flores	347
5.2	Diferencias en condiciones de empleo, condiciones de trabajo y en salud mental laboral, según la posición de clase social de trabajadores asalariados de Bogotá, 2013. Belcy Mayerli Espitia Castellanos, Luz Amparo Pérez Fonseca, Jairo Ernesto Luna García	366
5.3	Preceptoria na Saúde: uma possibilidade de prática multiprofissional e motivacional nos espaços de trabalho. Rosane de Lucca Maerschner, Annatália Meneses de Amorim Gomes, Ana Patrícia Pereira Morais	382
5.4	Propuesta de actuación en atención psicosocial para el funcionario público federal brasileño. Taís Bleicher, José Jackson Coelho Sampaio	399
5.5	Pensar la salud mental de trabajadores no asalariados con perspectiva clasista neo-marxista. Luz Amparo Pérez Fonseca, Jairo Ernesto Luna García	411

Prefacio

El interés de académicos de distintas universidades por el estudio de los llamados Factores Psicosociales en el trabajo, los llevó a reunirse en el año de 2007, con la finalidad de realizar intercambios académicos y difundir el conocimiento sobre el tema entre profesionales, estudiantes y trabajadores, ello condujo a constituir, en el año 2008, la *Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo*, A. C. (*RIFAPT*).

En octubre de ese año en la Universidad Autónoma de Morelos, se realizó el *1er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales en el Trabajo*, y desde entonces cada dos años se realizan: el 2º en la Ciudad de Guadalajara, el 3º en la Ciudad de México, auspiciado por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, y en 2012, en virtud del creciente interés de psicólogos, médicos y profesionistas de diversas disciplinas, se decidió la realización de un evento académico de mayor impacto por lo que, en vez de un Foro más, se convocó al *1er Congreso Internacional sobre Factores Psicosociales en el Trabajo*, celebrado en la Ciudad de Bogotá.

En octubre de 2014 se realizó el *2º Congreso de las Américas* nuevamente en la ciudad de México, esta vez con el apoyo de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, particularmente por la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Actualmente se han emprendido los trabajos hacia la realización del 3º Congreso, a efectuarse durante octubre de 2016 en la ciudad de Ceará, Fortaleza, en el norte brasileño.

La finalidad de estos foros-congresos es multiplicar los espacios para la reflexión teórica sobre las temáticas englobadas en el vasto universo de los llamados factores psicosociales, así como la difusión de hallazgos empíricos alcanzados por investigaciones tanto de orientación cuantitativa como cualitativa, emprendidas por los interesados en la temática, y los intercambios reflexivos sobre el vínculo entre política y las acciones, o su escasez y carencia, respecto a los múltiples problemas y avances en las intervenciones, diseño de programas o desarrollo de políticas para y por las Instituciones, empresas y los colectivos de trabajadores.

Una orientación que ha guiado a la *RIFAPT* es analizar los fenómenos del trabajo y su relación con la salud, así como la existencia de trastornos mentales asociados a la actividad laboral, desde perspectivas críticas y a distancia de concepciones complacientes con el mundo gerencial.

Se persigue visualizar las problemáticas para generar opciones de solución, así como también ampliar el conocimiento y promover actividades y resultados plausibles que algunos actores sociales han logrado en este campo.

Es por ello que, efectuados los foros y congresos mencionados puede constatare la existencia de una diversidad de temáticas, orientaciones teóricas y metodológicas, posturas políticas y de análisis incluso contrapuestos; la pretensión es dar cabida a todas las expresiones con algo por decir respecto al tema que nos conjunta.

Como todo buen evento de esta naturaleza, de los foros y congresos efectuados siempre se han publicado las memorias de los trabajos presentados, sin exclusión de ningún tema o autor. Siguiendo esta tradición y con el deseo de lograr impactos de mayor alcance, el comité organizador del 2º Congreso de la Américas nos fijamos el propósito de realizar una publicación con los trabajos académicos presentados durante los tres días que duró el congreso, con el único criterio de presentarlos ampliados, renovados y, en algunos casos, con las consabidas correcciones, una vez dictaminados por parte de un comité editorial conformado *ex profeso*.

De modo que este texto electrónico tiene por finalidad el mantener abierta la discusión y difundir de una manera más extendida el conocimiento sobre los denominados factores psicosociales en el trabajo, entre todos los interesados en la temática.

Nos alienta el deseo de contribuir para que obras como la presente extiendan, enraícen y engrosen la comprensión del fenómeno estudiado y con ello, a mediano plazo, al hablar de factores psicosociales en el trabajo, lo hagamos subrayando en mayor medida las implicaciones benéficas y no, como por ahora es frecuente, destacando sus efectos perjudiciales en la salud, la mentalidad y las relaciones interpersonales de las personas que trabajan. Quedamos en la espera de opiniones de todos quienes lean estas páginas.

Por último no queda sino agradecer encarecidamente todo el apoyo brindado por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco para la realización de este congreso, particularmente a la Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma quien de manera comprometida respaldó la realización del evento, a pesar de los acontecimientos sociales que llevaron al cierre de las instalaciones durante dos días. Igualmente todo nuestro agradecimiento al Mtro. Rafael Díaz García Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, quien dio su apoyo y realizó todas las gestiones necesarias para que fuera posible la edición de este libro electrónico. Nuestro reconocimiento por su compromiso institucional.

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña
Presidente de RIFAPT

Prólogo

En octubre de 2014, nuestra Universidad recibió a investigadores de distintos lugares de América Latina, de Estados Unidos y de España con motivo de la celebración del 2º. Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. El Lema que enmarcó a este congreso es el que da título a esta obra y no es por casualidad. En los últimos años el interés por investigar los llamados factores psicosociales se ha incrementado exponencialmente, fenómeno que guarda una relación estrecha con el incremento del deterioro de las condiciones de trabajo, de vida y de salud de los distintos grupos poblacionales. Este no es un fenómeno privativo de México, ni de los países considerados en vías de desarrollo, que generalmente son identificados como los principalmente afectados por la voracidad del capital, este fenómeno alcanza incluso a las poblaciones más desprotegidas que también existen en los países desarrollados. Nos encontramos ante una verdadera crisis del capital que afecta a las poblaciones trabajadoras o desempleadas a nivel mundial: la saña es contra los más jóvenes, con estudios o sin ellos que ven cerradas las posibilidades de un mundo mejor. Contra los indígenas y la tierra, ambos explotados permanentemente, contra las mujeres y migrantes y trabajadores de las grandes urbes, cada vez más en la informalidad, con salarios de hambre, sin acceso a las instituciones públicas de salud, sin contratos escritos, sin prestaciones: ni vacaciones, ni aguinaldo ni reparto de utilidades.

Nos encontramos ante una verdadera crisis humanitaria que se ve reflejada en el día a día, por la violencia soterrada o manifiesta que golpea y diezma a la población, a la más pobre, a la más desprotegida, a los trabajadores con empleo o sin él, no importa. Las carencias se manifiestan alrededor de la falta de alimentos, en nuestro país, más de 50 millones de mexicanos padecen de hambre, su salario no les alcanza para cubrir una canasta básica. La educación es insuficiente y su impartición se da en condiciones precarias para la mayoría de la población. La atención a la salud cada día se privatiza más y los medicamentos se tornan inalcanzables para atacar padecimientos crónicos-degenerativos incubados por la mala alimentación, por la polución atmosférica, por el distrés al que se enfrenta cotidianamente la población a nivel mundial. El día es insuficiente para cubrir las largas jornadas de trabajo que permitan cubrir las mínimas necesidades. En nuestro país, la población trabajadora o desempleada, labora más de diez horas cada día, según información proporcionada en este año por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).


En un estudio realizado por Gerardo Esquivel para Oxfam, titulado la Desigualdad extrema en México: concentración del poder económico y político ofrece datos contundentes que muestran la realidad lacerante que se vive en estos momentos: la desigualdad se ha tornado extrema, la economía no avanza, la pobreza está lejos de ser atendida, el salario no alcanza a cubrir los productos contenidos en la canasta básica porque los precios suben y no hay crecimiento de los salarios, la brecha entre la utilidad del capital vs el trabajo cada año es mayor, solo por citar algunos ejemplos que sientan las bases para explicar por qué la emergencia de trastornos en la subjetividad se perfila como una temática central en el estudio de los factores psicosociales, ligados o no al mundo del trabajo.

Los aportes teóricos, los estudios de caso, las propuestas metodológicas y las evidencias empíricas mostradas al interior de esta obra, dan cuenta de una realidad parcial, la de aquellos que aún cuentan con un trabajo relativamente estable, aunque participan de la realidad social que nos ha tocado vivir en este momento histórico.

Las reflexiones teóricas contenidas en el primer capítulo y que se han elaborado alrededor de este campo, son una condición necesaria que ayuda a trascender la mirada oficial con que los ministerios de trabajo y de salud han pretendido abordar esta problemática. Presentan asimismo una serie de propuestas que ayudarán a tener una comprensión más cabal sobre los trastornos mentales que afectan a las grandes poblaciones y que se encuentran en tendencia creciente y sostenida. Los múltiples estudios de caso entre trabajadores de la salud, de la educación, de empleados en organizaciones no gubernamentales o en el sector hotelero y de los trabajadores del transporte, muestran palmariamente como se va incubando el deterioro de las condiciones de trabajo.

El futuro laboral no está del todo presente, se avecinan tiempos difíciles que ameritan reflexionar sobre la conveniencia de buscar formas alternativas de participación desde la academia, desde los centros de trabajo, desde el campo y las ciudades. Espacios de reflexión como el abierto en el 2º. Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo dan la pauta para continuar trabajando arduamente en este campo con los trabajadores y con los sin trabajo, que igualmente tienen derecho al mismo, aunque se les haya socabado. Algo de todo esto se encontrará contenido en esta obra.

Susana Martínez Alcántara
Jorge Ignacio Sandoval Ocaña

A solid blue vertical bar runs along the left edge of the page.

1. Reflexiones psicosociales y algunas evidencias en latinoamérica

1.1 Salud Mental: un campo de tensiones técnicas, teóricas y políticas

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Mestre e Doutor em Medicina Social, Professor Titular em Saúde Pública e Reitor da Universidade Estadual do Ceará, Brasil, e-mail jose.sampaio@uece.br

El uso de la palabra "campo" como foco de este trabajo, trae a la discusión de las teorías y prácticas relativas a la atención de la salud, la misma fuerza que la palabra "territorio" presenta en la discusión sobre planificación y gestión de las políticas de salud.

En Brasil, hemos aplicado el término "territorio" en las políticas públicas de salud colectiva, con el objetivo de constituir un marco espacial-temporal en el que, concretamente, las personas viven, sufren, disfrutan, trabajan, aman, forman familias, se enferman, se mantienen saludables y construyen relaciones culturales; de ahí, la articulación de los equipos de salud familiar para atender a un "territorio vivo" (SANTOS, 1996; 2001) con el fin de practicar la atención de la prevención de trastorno y promover la calidad de vida, la educación sanitaria y la ciudadanía participativa.

Del mismo modo, hemos aplicado "campo" para la configuración de las producciones teóricas y prácticas, interdisciplinarias, multiprofesionales e intersectoriales, con el objetivo de constituir ámbitos de actuación o de conjunciones de fuerzas entre las demandas y los actores, favoreciendo el establecimiento de esquemas conceptuales regulados por los recortes de lenguajes, sentidos y actividades (Campos, 2000; CAMPOS et al, 2006).

La expresión "salud mental" es polivalente porque abarca tres dimensiones específicas de sentido (SAMPAIO, GUIMARÃES, SAMPAIO, 2013):

- a) estado de los seres humanos, que abarca el sufrimiento, la satisfacción, el placer, la pasión, la felicidad, la capacidad de concebir y practicar un código moral, flujo de conciencia y la temporalidad, como se encuentra en la fórmula "esto tiene que ver con **la salud mental** de los niños" ;
- b) conjunto de conocimientos y profesiones, como Psiquiatría/psiquiatra, Psicología/psicólogo y Enfermería/enfermero, por ejemplo, tal como se encuentra en la fórmula "son las responsabilidades **del personal de salud mental** de este servicio"; y
- c) conjunto de principios, directrices, planes, programas, proyectos, gestiones, sistemas, redes y servicios, con niveles y modelos de atención, como se en-

cuentra en la fórmula "vamos a elaborar de manera participativa, la política de salud mental de esta ciudad."

Se observa, entonces, que el primer sentido de la expresión "salud mental" se refiere al concepto de "territorio", es decir, dimensión de lo real experimentado por las personas, y la superposición del segundo y del tercer sentidos remite al concepto de "campo" como dimensión de las intervenciones practicadas o inducidas por el Estado, especialmente en sociedades como las iberoamericanas, de inclusión derivada y dependiente, sobre todo dependiente del Estado, en todas las fases del modo de producción capitalista. Este campo está conflagrado por contradicciones y antagonismos.

Así que, pasemos al esbozo de un mapa de conflictos en tres ejes de tensiones, que abarcan nueve dimensiones, a partir de la lectura de Sampaio (1998), Venancio y Cavalcanti (2001), Sampaio, Guimarães y Abreu (2010) y Marques *et al* (2013).

TENSIONES TÉCNICAS

De la naturaleza de la relación con la enfermedad mental.

Comprendemos el tema de la salud y la enfermedad como un proceso dinámico, histórico, integrador de lo fisiológico en lo psicológico y de lo psicológico en lo social, donde los niveles anteriores adquieren significado y devenir. Las nuevas teorías avanzan en esta dirección, pero el conjunto de técnicas en uso mantiene la fidelidad a las concepciones pasadas y alejan al cuidador de las personas que requieren atención, como si fueran especies diferentes de seres humanos. La dialéctica que lleva al cuidador a identificarse con el otro para comprender sus historias y narrativas dramáticas y que lo lleva, a continuación, al alejamiento para poder apoyarlo, no se vive experiencialmente. Él se convierte en el otro, con pasión y se pierde, o esteriliza su propia capacidad de sentir y se vuelve inútil como terapeuta. El cuidador sufre/se enferma junto, porque no hay nada más fácil que identificarse con el sufrimiento mental del ser humano, siendo el precio pagado por el desarrollo de la conciencia pero, ante la cual, a causa de escasa capacitación, nos encontramos desnudos, aunque nos veamos espléndidos en la ropa del rey de la fábula.

De los proyectos terapéuticos.

El hospital, donde todos hemos sido entrenados, constituye el espacio jerárquico formal, con las normas y protocolos definidos, que ofrecen al trabajador la seguridad de los procedimientos innegables, apoyados institucionalmente. Pero el centro de salud, la clínica, el centro de salud de la comunidad, el centro de atención psicosocial y la estrategia de la familia, para los cuales poco tiempo se dedicó a la formación y a los conocimientos que se enfrentarán, esos fueron despreciados por la mayoría de los entrenadores; así, se requiere un trabajador creativo, capaz de arriesgarse frente a las demandas abiertas y difusas.

El medicamento, sostenido por la fantasía de operar cambios en el interior de los cuerpos sin que los cuidadores y los cuidados necesiten hacer esfuerzos de relacionamiento comprensivo, apoyado por publicidad y por intereses transnacionales, se enfrenta a las tecnologías psicosociales que requieren tiempo y compromiso, construcción de un objetivo común y resiliencia para lograrlo, respaldadas en acuerdos marginales, paralelos a los grandes negocios empresariales. La concepción orgánico/positivista de que la enfermedad está en un cuerpo individual, de que en él se expresa de determinada manera reproducible y que tiene un único tratamiento autorizado se ampara, prácticamente, en múltiples dispositivos de la tradición y choca con la necesidad de las técnicas colectivas de rueda de conversación, sociodrama, grupo focal, gestiones de grupos poco experimentados en el entrenamiento y por tanto, más inspirados que competentes. La formación clásica se enfrenta a la complejidad del mundo en el que, necesariamente, tenemos que actuar.

De las estrategias de gestión.

Las concepciones de la planificación y gestión, provenientes de diferentes visiones de mundo, nacidas en diferentes circunstancias históricas, aunque coexistan y compitan en la contemporaneidad, generan los dispositivos que entran en colisión. Parecía el auge de lo novedoso propagar, sucesivamente, asilos, colonias y hospitales por todo el país, como equipos individuales autocentrados. Pero, de repente, hemos descubierto que no basta la tarea de llegar y salir del lugar de trabajo, cumpliendo determinados horarios acordados y desarrollar una rutina programada, pues se impone la concepción de sistema o red, con interfaces y matriciales, reuniones interinstitucionales y asambleas con los usuarios y sus familias. Nos preparamos para el trabajo individual, según la lógica *taylorista*, en que un profesional trata lo biológico, otro lo psicológico, otro más las necesidades sociales, a espera de que la acción de cada uno opere un resultado positivo espontáneo en el sujeto atendido. Nos encontramos como parte de un equipo multidisciplinario, en dinámica interdisciplinaria, relativizados en nuestro conocimiento por la necesidad de una supervisión institucional y, en lugar de dirigirnos jerárquicamente a un jefe de nuestra propia profesión, nos dirigimos a un colectivo de gestión problematizador de los arreglos. La base de los cambios no es percibida, pues la formación técnica especializada ha hecho desaparecer la formación humanística, de ahí que la experiencia de trabajo se presente exhaustiva, extraña, amenazadora.

TENSIONES TEÓRICAS.

De los paradigmas en relación al enfrentamiento de lo real.

Cada experiencia con lo real constituye un problema para el conocimiento, pues desaprendemos/aprendemos todo el tiempo, retroalimentando las espirales de la identificación y de la creatividad. El desarrollo de la filosofía y de la ciencia ha ofrecido una serie de tácticas y herramientas para la aprehensión de lo real, tratando de dar cuenta de la unidad o de la contradicción, de la diversidad o de la posibilidad de la ley general, de la objetividad o de la subjetividad, de la expresión

momentáneamente congelada o de su dinamismo. En el primer polo, se ha urdido la galaxia del positivismo, en el segundo, la de la dialéctica. Creemos en los indicadores, sin darnos cuenta de que ellos sólo indican, no sustituyen lo real que pretendemos conocer. Creemos que la apariencia es la esencia, no sólo una de sus caras. Fetichizamos las mediciones, sin darnos cuenta de que convergen y sinergizan los elementos medibles y los no medibles de lo real. El arsenal teórico positivista del siglo XIX, fantástico para proporcionar los importantes avances técnicos del siglo XX, fracasa delante de las complejidades insospechadas del siglo XXI. Con la especificidad de la vida urbana y del sector económico de los servicios, el aumento de la esperanza de vida y enfermedades crónico-degenerativas, autoinmunes, psicósomáticas y somatopsíquicas, nos obligamos a depender de la Epidemiología, Psicología y Psicopatología Dialécticas. Que Gramsci, Politzer, Adorno, Laurell, Posas, Breilh y Campana nos ayuden.

De las escuelas de pensamiento en relación con el sufrimiento mental en la contemporaneidad.

Las representaciones del proceso salud-enfermedad mental son intrínsecamente históricas. Los modos de producción y reproducción social constituyen la base de los conceptos de causalidad en la salud mental y del *status* desempeñado por el portador de trastorno y por aquel que le brinda algún tipo de atención para su salud. Desde la perspectiva del capitalismo central, el trastorno mental emerge como una incapacidad de adecuación del individuo a la estructura social de alta complejidad. La competitividad y la velocidad requieren que todos se vuelvan vencedores y a los subcampeones sobra el sufrimiento mental, la neurosis, la ruptura consigo mismo. Se constata que desde el preescolar los individuos son adoctrinados sobre la urgencia de la victoria. Queda a los niños que no se encajan en el papel niños-prodigio, la etiqueta de hiperactivos y el uso de Ritalina. Para los padres frustrados, queda el consuelo de las benzodiazepinas, que traerán la tranquilidad necesaria para aceptar a los hijos incapaces. Mientras tanto, los países periféricos asumen su papel de ávidos consumidores de las novedades urbanas, permaneciendo vasto mercado para las tecnologías obsoletas.

Los gastos de los sistemas nacionales de salud crecen exponencialmente como resultado de una política farmacéutica desencontrada, en que la legalización de la salud funciona como la mejor propaganda de los laboratorios multinacionales. Todo se convierte en una mercancía, incluyendo las contradicciones socio-económicas y culturales que, en ese caso, emergen como enfermedad mental. El modelo de causalidad neopositivista, basado en la tríada agente, huésped y medioambiente, se ha trasladado para la salud mental, pero vestido con una complejidad adicional, volviéndolo menos rígido bajo la forma de cebollas o fractales.

Sin embargo no se construye la perspectiva crítica de concebir al individuo como sujeto histórico que modifica su entorno y a sí mismo por el trabajo. Comprender que el modo de producción y distribución de las riquezas es una de las piedras angulares del proceso salud/enfermedad mental es la postura contra-hegemónica y no se presenta, todavía, como una práctica en la salud mental. Cada escuela psi-

quiátrica, psicológica o psicopatológica se afirma en una de las piezas y apunta a un residuo pragmático de utopía.

De los modelos de organización de los dispositivos de atención.

El conjunto de servicios de atención a la salud mental, directamente públicos o contratistas privados se ha frankensteinizado.

Dependiendo del grado de compromiso con la política de salud mental de los administradores federal, estatal y municipal, del coordinador local y del equipo de trabajadores, hay dimorfismo entre los servicios y dentro de cada uno. Coexisten, a menudo sin el conocimiento de la extrañeza, las lógicas arcaica (protopsiquiatría europea de la alienación, que propone la exclusión y la tutela asilar), Iluminista (cuando la racionalidad constituye la enfermedad mental como sinrazón y propone el control social y la terapéutica moral), orgánico/funcional (considera la causalidad biofisiológica y propone anular los síntomas, administrar las crisis y terapias biofarmacológicas) y crítica (heredera de la Psiquiatría Democrática Italiana, entiende al ser humano como una unidad cuerpo/mente/cultura, apunta salidas políticas para sus conflictos y delimita la originalidad del proceso salud/enfermedad mental articulando Psicología, Sociología, Antropología, Psicoanálisis y Marxismo). Frankenstein está en el límite de la esquizofrenización.

LAS TENSIONES POLÍTICAS.

De los conflictos entre trabajadores y empleadores.

El sueldo es la remuneración del trabajador y, aunque no lo parezca, primariamente, el empleador público se comporta como cualquier empleador, subcontratando y aplastando sueldos, de ahí la eclosión de insatisfacciones, ya sea en forma de huelgas regenteadas por los sindicatos o espontáneas, tácticas cotidianas de reducción de la carga de trabajo y el absentismo. El empleador público tiene por objeto mejorar la frecuencia de los trabajadores a través de estrategias de fiscalización, represión, seducción o participación en los asuntos de la cosa pública. Las huelgas y las fórmulas de reducción de carga de trabajo crean animosidad entre los usuarios y ciclos perversos de malestar con aquellos cuya confianza es necesaria al contrato terapéutico.

De las empresas en disputa.

El progreso interdisciplinario se ve obstaculizado por la disputa entre las empresas, con el médico psiquiatra en el centro de la atención, representando, de manera ambigua, al propietario del conocimiento canónico, la referencia obligada demandada por los usuarios, sino también, al profesional de más alto sueldo, menor tiempo de carga laboral y menor adhesión a las actividades colectivas. Las diversas corporaciones - médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales - se disputan los ingresos, el prestigio y el poder en el equipo, en la realización del servicio, en el direccionamiento de la planificación y de la política,

en las posibilidades de educación permanente, en la relación con el asesoramiento local, estatal y nacional de salud, en el acceso a las conferencias locales, estatales y nacionales de salud.

Contradicciones Interpersonales, interteóricas e intercorporativas toman forma las unas de las otras, en una mirada de desplazamientos de discursos y de comportamientos, volviendo a veces imposible la revelación de la génesis concreta de la crisis que se ha instalado en el equipo.

De las relaciones entre la oferta y la demanda.

Los límites de financiación del poder público, la competencia por los recursos liderada por las demandas de la infraestructura, movilidad urbana, seguridad y otras políticas sociales como la educación y el bienestar social, impiden la implementación universal de los servicios según los parámetros territoriales. De ese modo, un pequeño equipo, en edificio improvisado, toma la responsabilidad de cuidar de un territorio urbano de 700 mil habitantes, por ejemplo.

Recordemos que La Ley de la Reforma Psiquiátrica brasileña recomienda un Centro de Atención Psicosocial para 150 mil habitantes. Así, el equipo se ve abrumado por el *tsunami* de la demanda, antes reprimida, ahora estimulada, incapaz de organizarla o de denegar la atención, descalificando progresivamente el cuidado y masificando la lógica de la emergencia, sin proyecto terapéutico de largo o mediano plazo.

CONCLUSIÓN.

Poniéndose énfasis en la experiencia brasileña de un movimiento nacional de reforma psiquiátrica, antiasilar, y antihospitalocéntrica, apoyado en el concepto de la atención psicosocial territorial, en la dinámica de un equipo multiprofesional interdisciplinaria, instalando Centros de Atención Psicosocial en el nivel secundario, y Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia y Estrategias de Salud de la Familia, en el nivel básico, se observa que los trabajadores del campo de la salud mental están en el centro de la dramática guerra social.

Por un lado, la urbanización y subcontratación acelerada, crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población, crecimiento de la capacidad económica de consumo y de la conciencia política de los derechos, creencia cultural en los medicamentos como una panacea, inmediatez agresiva en la demanda por soluciones a sus dolores y vacíos, practicando diálogo de sordos con los políticos que investigan para decir exactamente lo que quiere el pueblo, a reforzar la enajenación de la población, construida en ciclos anteriores de la misma lógica.

Por otro lado, los trabajadores de este campo son contratados en condiciones precarias de vínculo laboral y paga insuficiente y desigual; formados para la estructura asilar y el proyecto teórico positivista, pero actuando en servicios y lógicas de atención herederas de proyectos socialdemócratas, dialécticos; enfrentados por el individualismo técnico de cara al dispositivo del equipo interdisciplinario y por la

constitución singular de servicios de cara al sistema de planificación que exige sistema/red/ matricialidad; subdimensionados para la avalancha de demanda provocada por las grandes expectativas que nacieron en la implementación del Sistema Único de Salud; y disponiendo de un conocimiento constituido por fragmentos de varios discursos, esos trabajadores luchan por el alivio de la supervivencia.

Pero el pesimismo teórico, que tiene como objetivo diagnosticar y proponer, con el rigor necesario, necesita encontrarse con el optimismo práctico, para intervenir con denuedo, de forma a escapar del laberinto de obstáculos, superando, de ese modo, el momento de tensión por el que atraviesan las políticas de salud mental, hoy, en Brasil. Este es el mensaje.

REFERENCIAS

- CAMPOS, Gastão W. de S. – Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, 219-230, 2000.
- CAMPOS, Gastão W. de S. et alii (Org) – *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/Ed. FIOCRUZ, 2006.
- MARQUES, Antônio J. de S. et alii (Org) – *Supervisão em Saúde Mental*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2013.
- SAMPAIO, José, J. C. – *Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- SAMPAIO, José J. C., GUIMARÃES, José M. X., ABREU, Luciana M. de – *Supervisão Clínico-Institucional e a Organização da Atenção Psicossocial no Ceará*. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- SAMPAIO, José J. C., GUIMARÃES, José M. X., SAMPAIO, Alexandre M. – Saúde Mental. In *Epidemiologia & Saúde*, organizado por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel. Rio de Janeiro: MedBook, 423-446, 2013.
- SANTOS, Milton A. – *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: EdUSP, 1996.
- SANTOS, Milton A. – *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. São Paulo: Record, 2001.
- Crédito de la traducción: Prof. Dra. Marisa Ferreira Aderaldo, traductora y profesora de Lengua y Literatura Hispanoamericana, en la Universidad Estatal de Ceará-UECE.

1.2 Factores psicosociales en el trabajo: problemáticas por resolver en un país neoliberal

JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. jorgisao@unam.mx

RESUMEN

En este escrito se intenta hacer una problematización sobre los que se consideran algunos puntos de conflicto entre los dedicados al estudio de los factores psicosociales. Se parte por presentar la preocupación sobre este fenómeno en el mundo laboral por parte de distintos organismos en diferentes momentos y latitudes. Se ofrecen algunos datos de organismos oficiales sobre la situación de la población trabajadora en México y una discusión sobre la importancia de la teoría en la explicación de los fenómenos psicosociales y el papel de la investigación en este terreno.

De la misma manera, se plantea la interrogante acerca del papel de los investigadores y su relación con los trabajadores y el debate sobre la pretendida objetividad y la neutralidad científica en el campo profesional.

Por último se pregunta sobre la actuación a seguir ante la opción de presentar propuestas legislativas desde instancias gubernamentales que dicen querer enfrentar la problemática de los efectos negativos de los factores psicosociales, pero que en los hechos parece están atentando contra la población trabajadora.

INTRODUCCIÓN

El estudio sistemático, la preocupación atenta sobre los Factores Psicosociales en el Trabajo (FPST) es más que relativamente reciente; si pensamos en la historia de la psicología del trabajo a principios del siglo XX y más aún, si referimos la historia, aunque a saltos, de la medicina del trabajo que cuenta con más de dos mil años, la preocupación de lo que genérica y con un bastante impreciso concepto de factores psicosociales en el trabajo se encuentra casi naciente, sobre todo en países como México en donde la atención sobre los fenómenos englobados en este concepto apenas se empezó a notar a mediados de la década de los años ochenta del siglo pasado. Aún reconociendo que es en ese momento cuando algunos ojos se dirigieron al asunto, es realmente a partir de la primera década del siglo XXI cuando se puede registrar un despunte en el estudio del fenómeno.

Con limitaciones conceptuales, sin estrategias metodológicas claras para investigar y sin ideas medianamente coherentes para intervenir sobre el fenómeno, el estudio de los factores psicosociales se abrió camino para que investigadores desde disciplinas diversas como la sociología, la antropología, la medicina y, particularmente la psicología, empezaran a hacerse preguntas y plantearan posibles respuestas sobre qué son, cómo se evalúan, cómo habría que actuar ante ellos y

quiénes son los afectados o los beneficiados cuando se trabaja sobre los factores psicosociales en el trabajo.

Dada su reciente aparición en el mundo científico y profesional, el análisis y las actuaciones sobre todos los fenómenos englobados bajo el concepto de factores psicosociales en el trabajo presentan una serie de puntos por resolver que atraviesan desde lo estrictamente teórico y metodológico para lograr su comprensión, hasta lo eminentemente práctico y aplicado para resolver los problemas que se presentan en los distintos escenarios laborales donde sin lugar a dudas, día a día las mujeres y hombres que trabajan enfrentan situaciones estresantes, distintos niveles de violencia y acoso en sus diferentes vertientes, frustraciones, insatisfacción y falta de motivación para realizar el trabajo, expresiones de alienación en y por el trabajo, fatiga, trastornos de ansiedad en todas sus variantes, depresiones, alteraciones del dormir y consumo de todo tipo de drogas; el etcétera es bastante largo.

Por supuesto, el trabajo además de provocar lo anteriormente enunciado, también, en ocasiones alternadamente con lo anterior y otras predominantemente puede ser fuente de orgullo, satisfacción, enriquecimiento de la vida, origen de objetivación y desarrollo de potencialidades; sin embargo, qué tanto de lo negativo o indeseable o cuánto de lo positivo en el trabajo se encuentra presente en los espacios del trabajo es algo que desconocemos en todas sus dimensiones. El trabajo es fuente de riqueza, no sólo material, pero también expresión y causa de miseria, material y espiritual.

A esas consecuencias, o sobre esas posibles causas, es que nos referimos cuando se habla de los factores psicosociales en el trabajo. No obstante reconocer estos hechos, el conocimiento sobre el fenómeno aun es limitado en países como los latinoamericanos; Europa y los Estados Unidos de Norteamérica han demostrado que tienen importantes avances en el conocimiento y la actuación en la materia, aún con eso, también reconocen los estudiosos que falta un mayor nivel de comprensión sobre el tema.

Así, entonces, si en otras partes del mundo en donde se han logrado desarrollar modelos teóricos, metodologías probadas y experiencias exitosas sobre que hacer para el control o eliminación de lo indeseable y cómo promover lo favorable, todavía los factores psicosociales representan retos importantes por resolver, en México y otras partes del continente la búsqueda de soluciones implica una tarea mayor.

En nuestros países lo que falta por resolver es más, y más complicado si no se quiere caer en la atractiva tentación de repetir acríticamente lo que los países más avanzados en la materia han hecho. La copia simple y la fácil reproducción de ideas, conceptos, estrategias y acciones ajenas a las condiciones específicas del trabajo en Latinoamérica no siempre son fuente de solución para los problemas domésticos. Menos si lo que reproducimos son conceptualizaciones fáciles, vacías o peor aun engañosas.

En Latinoamérica y particularmente en México, las condiciones económicas, las políticas laborales de nuestros gobiernos, los intereses empresariales, el poco co-

nocimiento de los trabajadores sobre lo que implican los factores psicosociales en el trabajo exigen respuestas de los especialistas a la altura de los conflictos, de las consecuencias, de los desafíos. El nivel de conocimiento y la experiencia de los que nos abrogamos el título de especialistas en la materia están a prueba y dentro de algunos años sabremos si en este momento estuvimos a la altura de las exigencias.

Es por ello que en este escrito se plantean algunas de las situaciones que, en este período de la historia nos toca no sólo vivir, sino contribuir a construir.

Las interrogantes planteadas a lo largo de la exposición, creo, y espero, las podamos contestar colectivamente con algunas ideas luminosas y no con palabras vacías.

El compartir con un grupo de profesionistas interesados una problemática que se encuentra muy por encima de las interpretaciones fáciles sobre los “recursos humanos” en el trabajo, el tratar de condensar las preocupaciones colectivas y sobre todo el pretender guiar por buen camino el trabajo colegiado de especialistas, que en algunos de los casos cuentan con una amplia trayectoria, junto con la conducción de colegas que con profundo compromiso están incursionando por primera vez en este terreno, no es asunto fácil. Huelga decir que las diferencias disciplina-rias entre los integrantes, los enfoques teóricos que cada quien profesa, que las experiencias por las reivindicaciones por un trabajo digno y la búsqueda de la salud laboral en las colectividades al lado de los trabajadores, en el caso de algunos, y las simpatías por el mundo empresarial en el caso de otros, hace de este trabajo de coordinación de esfuerzos una tarea complicada, pero también estimulante; a todos ellos y a todos los que desde diferentes espacios se muestran interesados por lo que ocurre en nuestro país y en otros lugares de Latinoamérica le dirijo estas palabras escritas en espera de que puedan servir para promover una reflexión colectiva.

La preocupación por un fenómeno desatendido

La preocupación por los factores psicosociales empieza en 1950 en la primera reunión del Comité mixto OIT/OMS cuando al definir los objetivos de la medicina del trabajo se presentó la necesidad de mantener a los trabajadores en actividades que correspondieran a sus capacidades fisiológicas y psicológicas. En la Conferencia Regional Europea Mixta OIT/OMS, en Londres en 1959 se consideró que el clima psicosocial depende de una serie de problemas sociológicos, demográficos, económicos y sociales. Para 1966, se presentó al Ministro de Sanidad de Estados Unidos un informe especial en donde se concluía con una lista de más de 20 problemas urgentes que requerían de una atención prioritaria, entre los que se encontraban la salud mental en el trabajo y los factores del lugar del trabajo (FPST) que contribuían a dicha situación. (OIT, 2000).

Para 1974 el jefe de la unidad de Medicina del Trabajo de la OMS señaló cómo en la Asamblea Mundial de la Salud se debatió el tema de los factores psicosociales y la salud, a partir de lo cual se aprobaron varias resoluciones y se solicitó que se desarrollara un programa multidisciplinario con la finalidad de mejorar la salud psi-

cosocial y la atención médica; de igual manera, en la Memoria del Director General de la Conferencia Internacional del Trabajo en 1975 se recordó la preocupación sobre los FPST en "Para un Trabajo más Humano". En 1982 la OMS estudió el papel que jugaban los Factores Psicosociales en la prevención de accidentes.

Se puede asegurar que el despunte en el estudio de los factores psicosociales en el trabajo se da en 1984 cuando el Comité Mixto OIT/OMS en su novena reunión de medicina del trabajo señala que ese ya era un problema que ya se observaba que estaba aumentando considerablemente y como resultado de esa reunión en 1986 se publica el Informe del Comité Mixto OIT/OMS "Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención". (OIT, 1986).

Más recientemente, en 2007, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo reportó los datos de una encuesta entre expertos de 13 países de los Estados Miembros, de Estados Unidos y de la OIT, en donde se identificaron más de 40 riesgos psicosociales y de entre todos esos, los que más destacaron quedaron agrupados en 10 los riesgos psicosociales emergentes, según la evaluación de los expertos: 1) Contratos precarios en el contexto de la inestabilidad del mercado laboral, 2) el incremento de la vulnerabilidad de los trabajadores en el contexto de la globalización, 3) nuevas formas de contratación, 4) sentimientos de inseguridad en el empleo, 5) el envejecimiento de la fuerza de trabajo, 6) largas jornadas de trabajo, 7) insatisfacción con el trabajo, 8) la producción bajo el sistema de outsourcing, 9) las altas demandas emocionales en el trabajo y 10) el pobre balance vida-trabajo (Brun, Milczarek, Roskams, De Beeck, Pahkin, Berthet, Morvan, Kuhn, Kaluza, Hupke, Hauke, Reinert, Widerszal-Bazyl, Pérez & De Frutos, 2007).

Como se puede observar, a diferencia de lo que algunos podrían suponer, que los riesgos más importantes tendrían que ser aquellos más vinculados con las vivencias subjetivas de los individuos, o asuntos sólo de percepción sin correlato con las condiciones objetivas de trabajo y vida, lo que se identificó son situaciones que tienen todo que ver con las condiciones objetivas de la economía y las políticas laborales producto de la globalización neoliberal y no se encuentra ninguna que refiera al bienestar, el desarrollo, la calidad de vida laboral, la alta motivación o el fluir positivo de los espíritus libres altamente satisfechos con el trabajo.

¿Cómo es la preocupación en México sobre este tema?, ¿A quién realmente le interesa?

LA SITUACIÓN EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN MÉXICO

En México, los factores psicosociales y sus efectos negativos en el terreno de la salud laboral y la atención a la integridad mental son un problema desatendido hasta el momento, salvo las guías publicadas por el IMSS sobre la evaluación de FPST y la de entonces llamada Neurosis Laboral, ambas de 1986, podemos afirmar que no se ha realizado nada de manera efectiva sobre el problema; el reconocimiento de la Neurosis en la Ley Federal del Trabajo y la enunciación de los factores psicosociales en el trabajo en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo

(que en la nueva propuesta fue eliminada en el 2012 y que se logró que fuera incluida nuevamente en el Nuevo Reglamento por gestiones de miembros de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo), hasta ahora de poco ha servido, lo cual no quiere decir que debamos renunciar a continuar luchando por el reconocimiento legal y su aplicación en la defensa de los casos que poco a poco han llegado a las instancias jurídicas; ya tenemos casos de denuncia y atención por parte de las cortes en México por acoso psicológico en el trabajo, por acoso sexual en el trabajo y en algunas ocasiones por neurosis laboral; por tanto, el reto es lograr que las denuncias por todos los efectos psicológicos negativos en el ámbito laboral sean resueltas de manera favorable para los trabajadores y sean objeto de reposición de los daños.

En México no contamos con datos generales y confiables sobre la situación de los factores psicosociales en el trabajo, salvo los datos dispersos obtenidos por investigadores de Universidades Públicas, en los hechos realmente no se sabe cómo es el comportamiento de los efectos negativos o positivos de los FPST.

Los pocos datos, que se presume son oficiales de alguna manera, los ha dado a conocer recientemente la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; encuestas realizadas por el IMSS señalan que el 75 por ciento de los empleados mexicanos padece estrés laboral.

La Organización Mundial de la Salud indica que en nuestro país se registran aproximadamente 75 mil infartos al año de los cuales el 25 por ciento se relacionan con alguna enfermedad ocasionada por el estrés laboral (Alcántara, 2015).

En México, los espacios donde ocurre la violencia, de manera preponderante según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), son en primer lugar, el comunitario (39.7%) y después el laboral (29.9).

Según datos dados a conocer por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en el país, más de 37 millones de personas padecen trastornos del sueño, lo cual es un problema de salud pública que afecta a uno de cada tres habitantes.

Estudios de la Secretaría de Salud, así como de Asociaciones Civiles, han demostrado que un trabajador puede llegar a faltar a sus labores 25 días al año en promedio cuando sufre depresión, 18 días si sufre agorafobia, 9 días si padece ansiedad generalizada, 20 días si sufre ataques de pánico y 14 si sufre estrés post traumático.

Existen más de 4 millones de trabajadores que han padecido depresión en su vida laboral, ausentándose por lo menos 2 días al mes, por lo que es posible concluir que la depresión en México llega a provocar pérdidas estimadas en más de \$9 mil millones de pesos.

Medicina del Trabajo del IMSS calcula que hay 25 millones de personas con trastorno mental en el país, con problemas mentales diversos, como ansiedad, depresión, problemas psicóticos, de personalidad y adicciones, (STPS, 2014).

Si eso reporta la autoridad laboral, cabe pensar, que seguramente las cifras son mayores.

Otros datos indican que entre un 20% y 30% de los empleados en México que cuentan con Seguro Social padecen del síndrome de Burnout o estrés causado por el trabajo.

Según las estadísticas de la Asociación Mexicana de Estrés, Trauma y Desastre, 54% de la población mexicana sufre de estrés; es decir, 52 millones de personas.

Datos del grupo Multisistemas de Seguridad Industrial señalan que en el 35% de los centros de trabajo en el país se presenta el acoso psicológico, 60% en algunos Estados de la República.

¿Aquellos que nos autocalificamos como expertos en el tema, conocemos cuáles son los datos reales sobre los Factores Psicosociales en el Trabajo y sus efectos en la integridad mental y la salud de los trabajadores más allá de la preocupación estrictamente productivista?

El asunto teórico

- a) Es una necesidad imperiosa teorizar sobre qué son, cómo pueden ser conceptualizados sin ambigüedades, cómo pueden ser evaluados y qué propuestas de intervención se pueden plantear sobre los FPST; hasta el momento, la mayoría de las intervenciones se basan en esquemas simplistas de manejo y control del estrés laboral a través de técnicas de relajación, yoga y demás técnicas encubridoras de las determinaciones objetivas del problema, existe una clara sobreestimación de las posiciones individualistas, unicasuales y carentes de todo rasgo de historicidad del fenómeno; hay una sobrevaloración del subjetivismo, en el que el individuo es considerado responsable de los efectos negativos de los riesgos psicosociales existentes en los lugares de trabajo y por lo tanto sólo a él le corresponde enfrentarlos modificando su actitud ante el trabajo, fortaleciendo o modificando sus estrategias de afrontamiento y responsabilizándose de la superación de los conflictos o daños ocasionados; ante esto, parece, según algunos especialistas, que lo que salva la situación es crear individuos con personalidad tipo B, emprendedores y con alta inteligencia emocional.
- b) Desde lo epistemológico es necesario superar el causalismo. Hasta ahora lo que caracteriza el análisis de los factores psicosociales es la reducción científica de la determinación del fenómeno al principio causal, distorsionando la realidad al considerarla únicamente como un mundo de conexiones causales y asociaciones externas entre factores que impactan lineal y mecánicamente la subjetividad del trabajador, la exposición se presenta como algo externo y accidental, y el riesgo, agente o factor sólo se entiende como contingente, que ocurre casi como por azar; lo que se encuentra en franca contraposición con la noción de determinación como proceso o modo del devenir por medio del cual los objetos, hechos o sucesos (en este caso psicosociales) adquieren sus propiedades y dimensiones a partir de interacciones múltiples y dinámicas que tienen un carácter histórico y social, no exclusivamente subjetivo en cada persona, en lo individual a partir de una única causa o en el mejor de los casos

de una multicausalidad evidenciada con regresiones multivariadas y ecuaciones estructurales.

En nuestro campo de estudio no se puede hablar de causas únicas, sino de constelaciones de eventos (variables) que conducen al desenlace y hasta el momento ningún modelo estadístico por completo que parezca puede representar la complejidad del fenómeno psicosocial.

El asunto teórico tiene implicaciones prácticas, de cómo se concibe el fenómeno, cómo se entiende su origen y cómo es su desarrollo, depende como se puede actuar, hasta ahora se incide o se pretende incidir, sobre factores (hechos aislados, desvinculados, sin articulación entre sí) y no sobre la dinámica, el cambio o la transformación de los procesos que pueden ser generadores del problema. Tenemos el reto de desarrollar teorías que permitan comprender la realidad psicosocial en el terreno de lo laboral para intentar transformarla en un sentido positivo para la colectividad.

La teoría debe ser guía para la actuación profesional, sin embargo hasta ahora carecemos de teorías sólidas que expliquen con formalidad y profundidad la dinámica de los procesos psicosociales en el trabajo, el entramado conceptual de los distintos eventos, la jerarquización de los diversos componentes de fenómenos como el estrés laboral que desencadena apatía y frustración entre los empleados, cómo influyen los ritmos de trabajo que pueden derivar en fatiga, cómo es la dinámica del acoso que en alguna de sus vertientes puede propiciar la depresión, y qué hay que hacer en el plano de lo psicosocial para fomentar ambientes de trabajo armónicos. Es necesario entender cómo enfrentar esos fenómenos desde esquemas comprensivos de explicación y no sólo quedarnos en descripciones o correlaciones que llegan a parecer impostadas.

- C) Es necesario construir una perspectiva crítica de las disciplinas involucradas en la comprensión del fenómeno, particularmente la psicología del trabajo, con una postura crítica contra la psicología gerencial y proempresarial dominante en donde el lenguaje se encuentra lleno de eufemismos encubridores de la realidad: "Recurso Humano", (concepto por demás discutible); "búsqueda de talento", "desarrollo humano", "emprendedores", "factores de la producción", "socios", "asociados", términos que en apariencia describen una realidad laboral incuestionable pero que en los hechos muestran una ideología y una forma de ver y tratar al trabajador, al actor, a la persona.

El Dr. Jorge Fernández Osorio, considerado el padre de la medicina del trabajo en México decía palabras que nos podrían ilustrar:

"No hay que darle vueltas al problema, esta forma de concebir la salud de los trabajadores es la forma más mediocre, más inútil y más torpe que se le puede ofrecer la trabajador. El trabajador lo sabe bien y por eso no le interesa, ni le entusiasma oír hablar de la salud en el trabajo, o de la higiene y la seguridad en el

trabajo, y de la necesidad de utilizar sus reglas y normas para su protección. Por eso el trabajador rechaza igualmente a los técnicos y expertos que, sin conocer sus condiciones de trabajo, se paran ante ellos para hablarles de los peligros de su trabajo y de la forma de evitarlos” (1999) p18.

¿Las teorías con las que contamos hasta ahora nos sirven para explicar la complejidad de los FPST?

Sobre la investigación

- a) Tenemos que desarrollar la capacidad de identificar los asuntos realmente problemáticos y no investigar por investigar; es necesario incrementar las investigaciones sobre factores psicosociales en México y en Latinoamérica para tener un mapa o radiografía del problema en nuestras naciones y no seguir el dictado de la moda como todo el mundo lo hace hoy en todo el mundo y, como con los casos del burnout y el mobbing, caer en la obsesión acrítica de evaluaciones del burnout en donde no se cumple el criterio medular del síndrome que es la de la prestación de un servicio profesional a usuarios del servicio con altas exigencias emocionales y estar haciendo evaluaciones sobre la pretendida presencia del síndrome en amas de casa, jóvenes estudiantes, obreros y oficinistas que nada tienen que ver con la atención al público, esto no es más que un ejemplo de la falta de claridad teórica o conceptual sobre el fenómeno; o en otro caso, la confusa similitud que se establece entre violencia laboral y el acoso psicológico en el trabajo. Debemos de tener una visión que permita identificar los fenómenos más significativos del campo, los problemas más acuciantes, debemos de ubicarnos en la posición privilegiada de adelantarnos a los posibles resultados negativos de las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales en la población trabajadora de nuestros países, por ejemplo, deberíamos poder anticiparnos en el análisis sobre el alarmante problema de los suicidios en trabajadores por su situación de trabajo como ha ocurrido en Francia, Taiwan y otros lugares en el mundo y no esperar a que esto sea un problema vergonzosamente visible en México y otros países de Latinoamérica para empezar a atenderlo. Datos oficiales indican que el suicidio es la segunda causa de muerte en México (Yañez, 2012).

Sin dejar de reconocer la importancia y la necesidad de continuar con investigaciones con médicos, enfermeras, docentes y con otras poblaciones trabajadoras parece imprescindible empezar a preocuparnos por las condiciones en las que se encuentran el trabajo infantil, el trabajo forzado, los trabajadores informales y aún los desempleados que, simplemente en México, suman varias decenas de millones; todos ellos están bajo esas situaciones que son resultado de las políticas laborales y de alguna manera, por ese hecho, tienen repercusiones en su salud y su integridad mental; podríamos suponer que los factores psicosociales también juegan un papel importante dentro de la precarización laboral a la que se ven sometidos estos sujetos sociales; incluso el desempleo en jóvenes en edad productiva que no tienen la posibilidad de ingresar al mercado laboral, los adultos que han salido del mercado laboral por incapacidades, por jubilación o por despido y los adultos mayores que han dejado el trabajo por haber cumplido “su ciclo laboral”,

o porque han sido expulsados de las fuentes de trabajo, entre otras razones por la edad, merecen ser considerados dentro del estudio de los factores psicosociales en el trabajo. Sin embargo, parece que los investigadores en el área también los hemos hecho a un lado.

¿Por qué no estudiar los factores psicosociales y sus efectos nocivos en trabajadores informales que en México representan el 60% de la población trabajadora, que son entre 28 y 31 millones de personas?, ¿Por qué pretender investigar burnout en oficinistas que trabajan con computadora?

- b) Es necesario generar conocimiento suficiente, creíble, confiable y efectivo (no sólo en términos de confiabilidad psicométrica) sobre los fenómenos psicosociales particulares de cada población trabajadora. Si bien es condición necesaria el análisis estadístico pormenorizado del comportamiento de los factores psicosociales, el fenómeno no se reduce únicamente a eso, la formulación estadística y los modelos estructurales no explican la realidad, sólo modelan relaciones entre variables y los datos por sí solos no nos permiten dar explicaciones sobre lo que ocurre en la realidad laboral; hasta ahora el asunto metodológico en la explicación de los FPST se ha reducido a un problema instrumental, cuando, asumiendo que es importante el trabajo de validación y estandarización de instrumentos de evaluación psicométrica, también es necesario un trabajo de construcción teórica que efectivamente permita dar cuenta de los fenómenos y poder actuar sobre ellos y no conformarnos con reportarlos sin ninguna posibilidad de resolverlos.

Si aceptásemos que el análisis cuantitativo es el único o más certero criterio de objetividad para suponer que con ello se eliminan sesgos de cualquier tipo, se tendría que reflexionar si realmente eso es posible de esa manera, Almeida-Filho indica al respecto: “en cualquier intento de neutralizar lo social-histórico a través de la matematización, vaciando su objeto modelo de todo contenido político, incide un fuerte componente ideológico” p.91. A ello habría que añadir, que uno de los orígenes de la estadística en su aplicación a las explicaciones sobre la salud surge en la epidemiología en donde existe una raíz claramente política. No de gratis, William Petty utilizó a mediados de los 1600 el concepto de *Aritmética política*.

Pareciera en muchos de los casos que la investigación ha caído en el juego academicista de validar instrumentos por validarlos, en desarrollar profundas disquisiciones teorísticas alejadas de la realidad, en quedarnos en los abordajes probabilísticos ligados al formalismo cuantitativo con su descarnada crítica a los estudios cualitativos serios y de profundidad y calificarlos de falta de rigor científico.

Junto con esto, también necesitamos cuidarnos de los subjetivismos radicales, ambiguos y hermenéuticamente crípticos que también alejan al análisis de la realidad misma, como sucede con algunos estudios cualitativos. Esto no se resuelve con la simpleza de la metodología mixta. A estas posturas hay que responderles

con una integración epistemológica, teórica y metodológica de un nivel de construcción conceptual a la altura de la complejidad de los problemas.

El dato no sólo se debe de construir, también y sobre todo, se debe problematizar. Al respecto Castro, (2010) señala lo siguiente: "...la articulación entre los métodos cualitativos y cuantitativos presenta una serie de problemas sin resolver, y que dicha articulación no se logrará adecuadamente a menos que los investigadores mantengan su anclaje en las grandes teorías sociológicas, y abandonen el mero empirismo y los abordajes ateóricos que inundan el campo...los métodos cualitativos han dado lugar a una práctica de investigación en la que el uso de estas técnicas aparece desvinculada de la reflexión teórica y conceptual que estos mismos trabajos evocan, lo que se ha traducido en preocupantes incongruencias entre estos dos niveles epistemológicos." p. 35

- c) La investigación en el terreno debe ser ante todo investigación científica, no podemos dejarnos seguir arrastrando por los modelos de la posmodernidad mágica-esotérica-seudoreligiosa en donde se privilegia la idea del mundo feliz constituido de individualidad en individualidad y los buenos resultados de las recetas chamánicas derivadas de la pluralidad y diversidad del pensamiento conformista; crítico y salvaje con respecto a la modernidad y dócilmente acrítico con la globalización neoliberal. Una expresión manifiesta de esta situación son algunas posiciones de la psicología positiva y su vertiente aplicada a la cruda realidad laboral.

¿Cuánto nos sirve la psicología positiva para resolver el hecho de que los trabajadores se suicidan porque ya no soportan su trabajo?

- d) La investigación debe de ser investigación científica que tenga una aplicación en la solución de los problemas de la realidad; de acuerdo con estudios sobre la investigación en el terreno de la salud realizada por investigadores canadienses, se ha comprobado que los resultados de la investigación realizada en el terreno de la salud en Canadá tarda un promedio de 17 años en aplicarse y, esto es una hipótesis, se calcula que sólo entre el 2% y el 3% de toda esa investigación realizada llega realmente a aplicarse en la solución de los problemas de salud (Green, 2103). ¿Cuánta de toda la investigación hecha en Latinoamérica y México se aplica en la solución de nuestros problemas de salud laboral, o en el terreno específico de los FPST?.

Me atrevo a afirmar que la mayoría de los resultados de la investigación se queda en la publicación y su presentación en congresos. La pertinencia y la relevancia de nuestra investigación es de las cosas que tenemos por clarificar. Es un asunto pendiente saber qué, cómo y para qué hacemos investigación sobre los FPST.

- e) Es un compromiso ético transmitir el conocimiento generado por la investigación a nuestros "sujetos de investigación", los trabajadores, los afectados,

los distintos grupos de trabajadores deben de conocer la situación en la que se encuentran: la prevalencia de sus dolencias, sus perfiles patológicos, los daños específicos, los riesgos psicosociales a los que están expuestos a partir de sus condiciones particulares de trabajo, las propuestas de corrección de sus problemas, etc. Si no hacemos eso, me pregunto:

¿Entonces para qué hacemos investigación psicosocial?

Sobre la relación con los trabajadores

Aceptando que, no sé cuál pueda ser la razón, los estudiosos de los factores psicosociales en el trabajo no nos asumamos como trabajadores, existe una profunda desvinculación de los especialistas en Factores Psicosociales en el Trabajo con los sindicatos y los grupos de trabajadores; ante la necesidad no reconocida conscientemente por parte de ellos (los trabajadores) por conocer el problema de la salud en el trabajo y los efectos negativos de los factores o riesgos psicosociales, parece que los especialistas no se sienten comprometidos con ellos para dar a conocer los problemas derivados de estos riesgos o factores; la investigación y la publicación de los resultados de los estudios con poblaciones trabajadoras quedan confinados en los estrechos espacios de los congresos de especialistas y en las revistas especializadas que entre más indexadas y con mayor factor de impacto mejor, pero el conocimiento derivado de esos estudios con mujeres y hombres que viven su vida trabajando, se encuentra muy lejos de ellos; cada vez que se hace un estudio con población trabajadora "nuestros objetos de estudio" preguntan qué vamos a hacer con los resultados o qué beneficio o mejora tendrán ellos en sus condiciones de trabajo o en su vida colectiva o en su estado emocional, y ante tales interrogantes los investigadores enmudecemos. Me atrevo a afirmar que son muy pocas las veces que ellos se ven retribuidos de alguna manera con los resultados de las investigaciones. El conocimiento obtenido a partir de ellos no les pertenece a ellos, es patrimonio intelectual de los que hacen la investigación.

No hay un retorno fructífero de los resultados obtenidos a los grupos de trabajadores o sus representantes; lo más que llegan a conocer sobre estos temas es lo que se trasmite por los medios masivos de información en donde las más de las veces vemos análisis superficiales, equívocos conceptuales y recomendaciones para la solución de los problemas en el trabajo al estilo hágalo usted mismo. La idea preponderante es que el trabajador en muchas de las ocasiones es el propio responsable de su situación, por lo tanto, el remedio lo tiene que encontrar él con sus propias estrategias. Una idea común que vemos en los medios es que el estrés laboral está en la mentalidad de cada quien, el que se estresa lo hace porque quiere o porque no sabe cómo evitarlo; aprender yoga, ejercicios de respiración o someterse a la aromaterapia son la solución.

Desde estas ópticas el lugar de trabajo es el escenario donde se presenta la situación estresante, no es la situación generadora del estrés. Incluso los especialistas que nos podemos considerar realmente conocedores y serios hacemos poco por informar a los trabajadores de la verdadera naturaleza del fenómeno.

Tenemos que lograr penetrar en la conciencia social a través de todos los medios de información disponibles: prensa escrita, radio, televisión, revistas de difusión pero con una postura seria sobre el problema; cuando digo seria quiero decir científicamente crítica sobre los problemas. Es un derecho mínimo de todo aquel que trabaja saber sobre los riesgos y los daños que su actividad le puede provocar.

¿Hemos sido capaces de informar a los trabajadores sobre nuestra realidad laboral y todas sus implicaciones en su mentalidad y vida relacional?

Sobre la objetividad científica y la neutralidad ideológica

Entre los miembros de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo se ha dado un debate intenso sobre el hecho de la asunción de una postura política por parte nuestra organización; ante el hecho de la precarización del trabajo y sus efectos en la salud y la mentalidad de la gente, algunos hemos planteado la necesidad de fijar una postura política colectiva para expresarla ante la autoridad gubernamental o simplemente darla a conocer para que los colegas e interesados en nuestro trabajo estén enterados que el quehacer acerca de los factores psicosociales no es un trabajo científicamente puro y neutro y que alrededor de él sí existen disputas ideológicas, posiciones políticas y proyectos encontrados sobre la política laboral y las acciones (o la falta de ellas) en materia de salud laboral.

Ante esta postura hay quienes afirman que nuestra tarea es estrictamente la de generar o difundir el conocimiento científico existente en la materia, implícita o explícitamente son de los que formulan la neutralidad ideológica de la ciencia; otros reconocen la necesidad de cuestionar algunas acciones pero hasta cierto punto, tomar posición crítica ante los hechos pero sin comprometernos más allá de la presentación del dato duro obtenido en los diferentes estudios. Considero que eso no es suficiente.

Desde las esferas del poder gubernamental y empresarial también se hace uso de esa información, y ellos sí hacen de ello política, baste enunciar el programa de Peña Nieto sobre la inclusión de los trabajadores informales a la formalidad taxativa bajo el pretexto de mejoras en su vida laboral y familiar (Estrategia "crezcamos juntos") y el programa de Bienestar Emocional y Desarrollo Humano que se está construyendo todavía, pero que ya es parte del plan de gobierno en materia laboral.

Ante la propuesta de presentar una posición política claramente definida, hay quienes nos acusan de pretender homogeneizar el pensamiento colectivo, esa no es la idea, pero si nos asumimos como una organización de especialistas con un objetivo común, creo que sí debe de haber un mínimo de coincidencias teóricas y políticas que orienten nuestra actuación colectiva. Hay argumentaciones suficientes para decir que se ha hecho uso de la matemática como instrumento ideológico y cómo a partir de ella se ha creado el poderoso mito de la razón para negar el carácter social de la epidemiología, ¿eso no ocurre con los factores psicosociales? Ante eso y frente a las contrarreformas laborales del gobierno priista-panista, ¿no debemos tomar una postura política mínima?

Si no se actúa como grupo con un mínimo de acuerdo, entonces podría suponerse que lo mejor es que cada quien actué de manera individual.

¿Ante estas medidas políticas nos debemos mantener al margen o sólo debemos dar nuestra opinión técnica, experta en la materia sin ningún pronunciamiento ideológico-político?, ¿nuestro compromiso ante la sociedad o ante los trabajadores se reduce a sólo dar nuestra opinión técnica de expertos en la materia?

Sobre el asunto de la participación en la legislación sobre los factores psicosociales en el trabajo

Una discusión vigente también es sobre la participación como Red de Investigadores en la formulación de propuestas en materia legislativa dentro de las instituciones del mismísimo gobierno federal; hay voces que plantean que participar en esos órganos es hacerle el trabajo sucio al gobierno y a los empresarios del país o que, desde una postura de ingenuidad de nuestra parte, permitir que se nos manipule y así justificar o dar el aval desde nuestra pretendida calidad de expertos a las contrarreformas laborales y la política en general del gobierno priísta.

No debemos de olvidar que muchos de los pocos avances por la salud en el trabajo se han realizado desde diferentes trincheras, las más de las veces desde la oposición, pero también ha resultado en ocasiones tener voces discordantes al interior de estas instituciones; en México es la primera vez que desde el gobierno se presenta la oportunidad hablar sobre nuestro tema y de contar con la posibilidad de introducir nuestras ideas y propuestas. En diferentes países ha ocurrido así, y habría que analizar o reflexionar seriamente si hay que esperar hasta que exista un gobierno democrático y no de derecha neoliberal, o al menos progresista con cierto nivel de ética política para entonces sí participar, o es que acaso desde nuestra postura de oposición sólo debemos callar, denunciar o criticar.

El que gobierno y empresarios no apliquen la legalidad o que la apliquen mal, no debe ser impedimento para que dentro de esos marcos de la legislación se encuentren las posturas o posiciones más afinadas sobre el tema. No participar es dejar el espacio libre para que se introduzcan las ideas más conservadoras, productivistas y hasta retrogradadas sobre el tema, posturas que permitan con mucho más facilidad, desde la misma legalidad del sistema, atentar contra los derechos laborales, la salud y la integridad mental de la gente trabajadora de nuestros países.

Participar en estas instancias legales quizá nos pueda permitir exigir con una voz más alta que los factores psicosociales no sean una condición más para la exclusión, la desatención o el atropello descarado de los derechos de las poblaciones trabajadoras. Posiblemente esa participación pueda ser un paso para el reconocimiento y la atención en el futuro inmediato o lejano de lo psicosocial en el mundo laboral. Contamos con la autoridad, no sólo académica, sino moral, y la posición político-ideológica para exigir que exista una normatividad legal, no sólo ética, o buenamente cristiana sobre el fenómeno y vigilar que se cumpla de la

mejor manera posible cualquier acción posible sobre la evaluación, la corrección y la prevención en el terreno de lo psicosocial en el trabajo.

La participación en la construcción de instrumentos legales como la actualización de la Tabla de Enfermedades de la Ley Federal del Trabajo, el Reglamento Federal de Higiene y Salud en el Trabajo y la pretendida creación de la Norma Mexicana sobre Factores Psicosociales, no implica sumisión ideológica de nuestra parte a la política institucional, no es una traición a la lucha por la defensa de la salud en el trabajo, no debe significar convertirnos en cómplices del gobierno y los empresarios, no implica un entreguismo acrítico, ni colaboracionismo cínico con quienes en los hechos (lo sabemos) vulneran los derechos laborales de los trabajadores. Pero se debe cuidar el no caer en complicidades que nos coloquen en una posición en la que a mediano o largo plazo resulte contraproducente para la protección de los trabajadores.

La ciencia es política, y desde la política podemos participar en la construcción de políticas públicas, acciones e instrumentos aun desde la legalidad oficialista, con argumentación científica calificada que permita ir contrarrestando los efectos negativos de las condiciones de trabajo.

No se puede hablar de promoción de la salud laboral, de trabajo decente o de bienestar emocional y desarrollo humano en el trabajo bajo el signo de una crisis estructural, con desempleo desbordado, violencia social agudizada, con opresión ideológica-mediática, con cosificación de la relación humana, alienación de las afectividades y las relaciones interpersonales, pérdida del sentido de la vida; todos estos problemas son signos inequívocos de la falta de bienestar.

Todo análisis serio y toda acción realmente comprometida sobre los factores psicosociales en el trabajo debe reconocer, y actuar bajo consecuencia, que el trabajo y sus efectos en los seres humanos tiene un carácter histórico y social y que desde los encuadres económicos que validan el outsourcing, los contratos temporales, la contratación a prueba, los bajos salarios, el desempleo estructural, la pérdida de derechos laborales y las prestaciones sociales, es imposible aceptar la nueva democracia fascistoide del país. Eso es tener una postura política, sí, eso es tener una visión científica de la realidad, sí, también lo es.

¿Qué estamos haciendo los “especialistas en factores psicosociales en el trabajo” ante estas situaciones?

UNA SOLA CONCLUSIÓN

El estudio de los factores psicosociales en el trabajo exige que quienes los estudian analicen a profundidad la realidad laboral de los países latinoamericanos; ello quiere decir que no basta con conocer medianamente las definiciones de los conceptos más comunes de este terreno del conocimiento, no es suficiente saber sobre los procedimientos estadísticos más avanzados para hacer estudios psicométricamente bien afianzados, no sirve de mucho tener un adecuado manejo de la información más reciente que en el mundo existe sobre el tema.

Si bien todo lo anterior es necesario, también es imprescindible reconocer la vida real en los lugares de trabajo, identificarse un poco con las mujeres y hombre que todos los días dejan parte de su vida en el trabajo, asumir que la calidad de expertos no la dan solamente las lecturas más recientes de los autores más reconocidos en el campo; el mundo del trabajo se encuentra determinado por el mundo del dinero y sólo podemos acceder plenamente a la comprensión no superficial de esos mundos si nos adentramos en el entramado de los intereses económicos y políticos que allí se juegan, el horizonte de los factores psicosociales sobrepasa con mucho a lo estrictamente psicosocial en el trabajo; la efectividad de nuestras acciones profesionales y la verdadera validez de nuestros datos de investigación se encuentran en su contrastación con la realidad, si no reconocemos que el trabajo intelectual es necesario, pero no suficiente para solucionar los problemas laborales de nuestra competencia, sólo estaremos validando un sistema donde lo máspreciado, no es la vida humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara, Z. (2105) México ocupa el primer lugar en estrés laboral. *El universal*, Domingo 17 de mayo.
- Arreola, J. (2008). Sufren estrés laboral 20% de los mexicanos. Extraído el 19 de mayo de 2008 desde http://www.el-universal.com.mx/estados/vi_68510.html
- Brun, E., Milczarek, M., Roskams, De Beeck, R., Pahkin, K., Berthet, M., Morvan, E., Kuhn, K., Kaluza, S., Hupke, M., Hauke, A., Reinert, D., Widerszal-Bazyl, M., Pérez, J., & De Frutos, M. (2007) Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. *European Agency for Safety and Health at Work*. Belgica.
- Castro, R. (2010) Ciencias sociales y salud en México. Movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *En teoría social y salud*. UNAM/CRIM y Lugar Editorial, pp. 23-45. México.
- De Almedida-Filho (2000) *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Green, L. (2013) Practice-based evidence: the need for a more collaborative approach to knowledge production in public health presentado en 17^a journées annuelles de santé publique. Québec, Canada.
- Organización Internacional del Trabajo (1986) "Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención". (OIT). Ginebra
- Osorio, J. (1999) *La lucha de los trabajadores por su salud: arma de lucha política en manos de los trabajadores*. Jorge Fernández Osorio. México.
- Secretaria del Trabajo y Previsión Social (2014) Programa de Bienestar Emocional y Desarrollo Humano en el Trabajo. México.
- Steven, S., Lawrence, M., Joseph, H & Lennart L. (2000) Factores psicosociales y de organización en *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo V. II* pp. 34.3-34.17 Organización Internacional del Trabajo. España.
- Yañez, R. (1012) El suicidio es la segunda causa de muerte en México. *Centro Universitario de Ciencias de la Salud*. Universidad de Guadalajara. México

1.3 Factores psicosociales y salud mental desocultando la problemática. El caso Argentino.

JORGE A. KOHEN

Universidad Nacional Rosario (UNR). jkoharos@gmail.com

El trabajo tiene efectos poderosos sobre la salud mental y los padecimientos psíquicos. O bien, contribuye a agravarlo y a empujar progresivamente al sujeto hacia la locura; o por el contrario a transformarlo, a subvertirlo incluso, en placer, al punto que, en ciertas situaciones, el sujeto que trabaja defiende mejor su salud mental que aquellos que no trabajan.

Hoy el trabajo humano se distancia de las actividades repetitivas que antes lo caracterizaban, ya que esas funciones están en la actualidad a cargo de las máquinas. Cada vez más, el trabajo exige del trabajador una fuerza accesoria de la fuerza física, lo que podríamos llamar una fuerza intelectual, que se compone del capital intelectual, de la creatividad, de la inventiva, de la sociabilidad.

En la actualidad, cada vez se extiende más la introducción de la informática, la robótica, las nuevas tecnologías y el denominado trabajo inmaterial, en el que el trabajador aporta su capital intelectual y su sociabilidad. Hoy se le pide al trabajador que tome decisiones; sea creativo; sea autónomo; tenga iniciativa; “adáptese” a los cambios, sobre todo; “anticípese” a los problemas; sea “imaginativo”.

En las condiciones actuales del trabajo, el trabajador pone en funcionamiento su subjetividad y las condiciones en las que lo hace inciden fuertemente sobre ella.

No debe sorprendernos que entre las patologías o los malestares asociados en la actualidad al trabajo, aparezca el sufrimiento subjetivo, ocupando el lugar que antes tenían los trastornos corporales, derivados del desgaste mismo que el trabajo producía.

Se trata de que los trabajadores padecen subjetivamente, porque en las condiciones actuales aportan su subjetividad como fuerza laboral. Son las exigencias laborales las que se nombran como Factores Psicosociales del Trabajo o Riesgos Psicosociales dependiendo la perspectiva teórica de los autores o instituciones.

La OIT viene alertando sobre los cambios en el Mundo del Trabajo que repercutían de manera diversa y planteaban nuevas problemáticas para el estudio de la salud en el trabajo.

En su documento Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo en transformación (OIT, 2010), señala: “En las últimas décadas han tenido lugar importantes avances tecnológicos en el lugar de trabajo, los cuales, junto con la rápida globalización, han transformado el trabajo para muchas personas en todo el mundo. Los efectos de dichos cambios en la seguridad y la salud en el

trabajo (sst) también han sido notorios. En algunos casos, se han reducido o eliminado peligros y riesgos más tradicionales, por ejemplo, a través de la automatización industrial, pero las nuevas tecnologías también han creado nuevos riesgos. Muchos de los riesgos tradicionales del lugar de trabajo persisten sin embargo, y el número de enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo sigue siendo inaceptablemente elevado”.

Al mismo tiempo, muchos trabajadores están expuestos a “nuevos” riesgos generados por las características cambiantes del trabajo, por ejemplo, debido a las condiciones derivadas del empleo precario y a la creciente presión para satisfacer las exigencias laborales.

Los perfiles de edad de la fuerza de trabajo también están cambiando, al igual que el equilibrio de género en muchos lugares de trabajo. Estos cambios en las características del empleo han creado riesgos manifiestos que anteriormente eran menos destacados o menos evidente.

Los riesgos del trabajo nuevos y emergentes, pueden ser provocados por la innovación técnica o por cambio social u organizativo por ejemplo:

- Nuevas Tecnologías y procesos de producción: Nanotecnología o la Biotecnología (OIT, Ginebra; 3-4, 2010).
- Nuevas Condiciones de trabajo por ejemplo, mayor carga de trabajo, intensificación del trabajo a raíz de los recortes de plantillas, malas condiciones asociadas con la migración por motivos de trabajo, trabajo en economías informales.
- Nuevas formas de empleo: el empleo independiente, la subcontratación o contratos temporales.”

La Organización Internacional del Trabajo en el año 2010 retoma el análisis de los efectos en la salud de los cambios operados en el mundo del laboral y hace referencia en su documento anual con motivo del Día Mundial de la Salud y Seguridad en el Trabajo a lo que denomina, “La Pandemia Oculta”, en los siguientes términos: “Las enfermedades profesionales son causa de enormes sufrimientos y pérdidas en el mundo del trabajo, pero permanecen prácticamente invisibles frente a los accidentes laborales, aunque provoquen al año un número de muertes seis veces mayor. Además, su naturaleza está cambiando con gran rapidez: los cambios tecnológicos y sociales, junto a las condiciones económicas, están agravando los peligros existentes para la salud y creando nuevos. Enfermedades profesionales de sobra conocidas, como la neumoconiosis, siguen estando muy extendidas, al tiempo que enfermedades profesionales relativamente nuevas, como los trastornos mentales y los trastornos musculoesqueléticos (TME), van en aumento.”

Las transformaciones del modo de producción postfordista (producción flexible, alargamiento de la jornada de trabajo, difusión territorial del trabajo, etc.) han puesto de relieve un aspecto esencial que modifica la tradición respecto a los

estudios sobre el trabajo y la salud haciendo que a nivel internacional las exigencias derivadas de los cambios productivos deban ser considerados como elementos fundamentales de las Condiciones y medio ambiente de trabajo.

La reestructuración industrial, la emergencia de un nuevo régimen de acumulación globalizado, basado en la producción de conocimientos y en el trabajo vivo (cada vez más intelectualizado y comunicativo), pueden (y deben) ser pensados como procesos contradictorios, donde las contradicciones no son las de un pasado de homogeneidades fabriles, pero que se encuentran en el presente en las nuevas formas de explotación y de la composición técnica del trabajo, en las nuevas luchas de los trabajadores y, en particular por mejores condiciones de trabajo y de salud.

El surgimiento de nuevas patologías que afecta cada vez a más trabajadores, como el Burnout, la Depresión, Estrés, Karoshi, situaciones extremas como la ola de suicidios en el trabajo durante los últimos años en Francia y otros países capitalistas desarrollados, han llevado la temática de la salud mental por su importancia a ser considerada una problemática relevante y prioritaria de analizar y resolver.

EL OCULTAMIENTO JURÍDICO Y SUS IMPLICACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

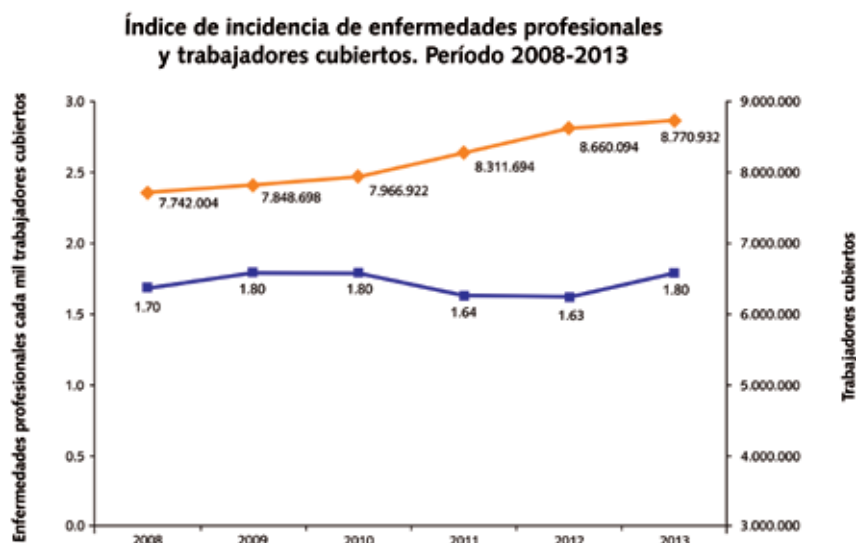
Al cuantificar los Accidentes de Trabajo y Enfermedades laborales la OIT calcula que "cada año 2,34 millones de personas mueren de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo. De todas ellas, la gran mayoría -alrededor de 2,02 millones- fallecen a causa de una de las muchas enfermedades profesionales que existen". (Organización Internacional del Trabajo; 2013).

Mientras esto sucede en el mundo actual, en la Argentina esta pandemia permanece oculta y las patologías señaladas aún no son consideradas en el listado de enfermedades profesionales.

En el Informe Anual Estadístico 2013, Resumen Ejecutivo; publicado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, ese año el Sistema de Riesgos del Trabajo registró 25.193 enfermedades profesionales, sobre 647.963 casos denunciados para una población cubierta de 8.770.932 trabajadores (SRT, 2014). A la inversa de lo que la OIT manifiesta.

Llama la atención que desde el comienzo del actual sistema de riesgos del trabajo, el índice de incidencia de enfermedades profesionales se mantiene prácticamente sin variaciones como puede observarse en el gráfico siguiente:

Figura 1. Índice de incidencias de enfermedades profesionales y trabajadores cubiertos. 2008-2013



Fuente: SRT Argentina; Informe anual estadístico 2013. Resumen Ejecutivo; Buenos Aires Argentina; 2014

Durante el año 2012 se diagnosticaron 22.661 enfermedades profesionales de las cuales solo 320 fueron diagnosticadas como trastornos mentales y del comportamiento y 1416 como enfermedades del sistema nervioso, en las cuales suelen quedar enmascaradas las patologías mentales.

Cuadro 1. Enfermedades profesionales según principales diagnósticos de la lesión. Año 2013

Clasificación internacional de enfermedades (3 dígitos)	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades del oído interno	4.666	18,5%
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	3.616	14,4%
Otras dorsopatías	2.471	9,8%
Trastornos de los tendones y de la sinovial	2.219	8,8%
Síntomas y signos que involucran el habla y la voz	2.198	8,7%
Otros efectos y los no especificados de causas externas	2.009	8,0%
Trastornos de los nervios, raíces y/o plexos nerviosos	1.794	7,1%
Otros trastornos de los tejidos blandos	1.520	6,0%
Otros trastornos del oído	1.325	5,3%
Artrosis	632	2,5%
Resto de diagnósticos (*)	2.740	10,9%
Sin datos	3	0,0%
Total	25.193	100%

(*) Agrupa casos con una frecuencia relativa menor al 2%

* Fuente: Informe Anual Estadístico 2013, Superintendencia Riesgos del Trabajo Argentina

Un año después durante el 2013 desaparecen del cuadro de enfermedades diagnosticadas las patologías de origen mental, como puede verse en el cuadro 1.

Este ocultamiento epidemiológico tiene su origen en el ocultamiento jurídico de las enfermedades en general y de los problemas de salud mental en particular. Lo cual pone en el centro el debate teórico la causalidad y las determinaciones del proceso salud-enfermedad en el ámbito laboral.

El debate teórico sobre “Enfermedad laboral” tiene su correlato jurídico, esto queda de manifiesto cuando vemos cómo la define la Ley 24.557 de Riesgos de Trabajo Argentina:

“Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional.”

El decreto 658/96 que establece el Listado de Enfermedades profesionales dice:

“La inclusión de una patología determinada en la lista de enfermedades profesionales exige la concurrencia en el tiempo de los factores mencionados en el preámbulo, el agente, la exposición y la enfermedad, que permiten establecer la relación de causalidad. Por lo tanto es condición necesaria, para dar plena validez a la lista, que se haga una relación sistemática de los agentes que serán considerados potencialmente patógenos, las condiciones de la exposición y las enfermedades que se producen con el tipo de exposición incluido en la lista.”

En relación a los agentes: La lista de agentes debe ser amplia y basada en la clásica separación en agentes químicos, físicos y biológicos a la cual se agregan las condiciones de trabajo nocivas, caracterizadas éstas últimas por imponer sobrecarga física o psíquica al organismo de los trabajadores expuestos.

El cuadro 2 muestra el ocultamiento de la problemática a partir de esta concepción de la relación entre “riesgo” y enfermedades profesionales.

No son consideradas explícitamente las exigencias que incluimos dentro de los denominados “Factores Psicosociales” y por lo tanto la mayoría de los padecimientos mentales de los trabajadores no figuran en el listado de enfermedades profesionales y por lo tanto no son reconocidas por el sistema de riesgos del trabajo vigentes en la Argentina.

Cuadro 2. Enfermedades profesionales según principales agentes causantes. Año 2013

Agente causante	Frecuencia	Porcentaje
Posiciones forzadas y gestos repetitivos en el trabajo (extremidades superiores)	7.207	28,6%
Ruido	6.311	25,1%
Sobrecarga del uso de la voz	5.712	22,7%
Posiciones forzadas y gestos repetitivos en el trabajo II (extremidades superiores)	1.938	7,7%
Otros agentes físicos (no incluidos en el decreto 658/96 y sus modificatorios)	1.174	4,7%
Restos de agentes (*)	2.851	11,3%
Total	25.193	100,0%

(*) Agrupa casos con una frecuencia relativa menor al 3%

* Fuente: Informe Anual Estadístico 2013, Superintendencia Riesgos del Trabajo Argentina

Esta es la base teórica que recoge la Legislación Argentina y la base del desconocimiento de los procesos deteriorantes que generan desgaste y trastornos en la salud mental de los trabajadores.

Es notoria la diferencia de concepción teórica cuando observamos cómo define la Enfermedad Ocupacional la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de Venezuela sancionada en el 2005:

Artículo 70. Se entiende por enfermedad ocupacional, los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentran obligados a trabajar.

Definición de enfermedad ocupacional:

Tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes.

El Objetivo de la Ley de Riesgos del Trabajo N°24.557 sancionada en 1996, es claramente de carácter restrictivo, pensando solamente en los aspectos indemnizatorios a favor de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo Privadas con fines de lucro, que forman parte del sistema financiero asegurador concentrado de la Argentina.

Mientras que en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de Venezuela, el objeto a proteger es el trabajador y su salud dado que comienza reconociendo que el trabajador se encuentra obligado a trabajar y establece y reconoce a las manifestaciones tempranas de la enfermedad como son los trastornos enzimáticos, funcionales o el equivalente a sufrimiento mental a las

causales de enfermedad profesional. Esta definición lleva implícito el concepto de que la salud enfermedad es un proceso dinámico con determinación en las relaciones de producción.

Sería importante que las reformulaciones en la legislación Argentina partieran de recuperar lo que sostiene desde 1975 la OIT al ampliar la obsoleta definición de salud de la OMS cuando dice:

“La salud no es algo que se posea como un bien si no una **REALIDAD**, es una forma de funcionar en armonía con su medio (Trabajo, descanso, formas de vida en general). No solo significaría verse libre de dolores y de enfermedades, sino también la libertad para desarrollar las capacidades funcionales.

La salud se desarrolla y se mantiene por una acción recíproca entre el patrimonio hereditario y el medio local. Como el medio de trabajo constituye una parte importante del medio en que vive el hombre, la **SALUD** depende en gran medida de las condiciones de trabajo.” (OIT, 1975).

DESOCULTANDO ESTA PROBLEMÁTICA

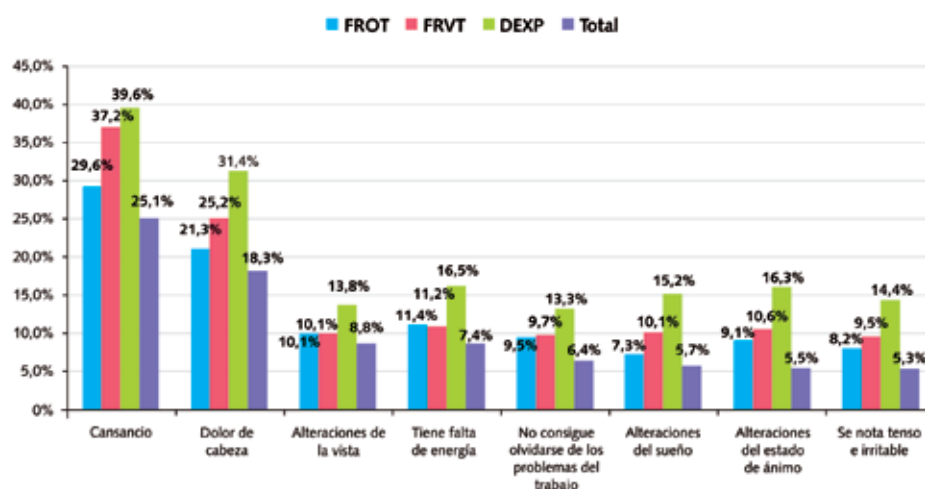
No obstante, la Primera Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones, Medio Ambiente Laboral y Salud llevada a cabo por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) en el año 2009, señala que 4 de cada 10 trabajadores están expuestos a factores de riesgo psicosocial, que el 26% de los encuestados están expuestos a cargas psíquicas, el 26% sufrió alguna situación de agresión en el trabajo, el 19% presiones o agresión de clientes, público o pacientes, el 20% se sentía agotado y el 10% estaba deprimido.

Posteriormente la misma SRT en el año 2013 realiza un estudio sobre “Riesgos Psicosociales” e informa que el 40% de los encuestados está expuesto a Factores de Riesgos derivados de la organización del Trabajo, el 28% a Factores de Riesgos vinculados a Violencia en el Trabajo y un 13,5% a los dos factores y encuentra que el 4,9% de las enfermedades profesionales y el 12,9% de los Accidentes laborales sentidas por los encuestados están asociadas a los “Riesgos Psicosociales”, significando ya una incidencia superior a lo que dan cuenta los informes anuales del propio organismo.

El mismo estudio demuestra que los trabajadores sometidos a exigencias derivadas de la organización del trabajo y la violencia laboral tienen un perfil patológico más agravado que aquellos trabajadores que trabajan bajo una de las dos exigencias por separado.

Existe una gran distancia entre lo que padecen cotidianamente los trabajadores sometidos a las exigencias derivadas de la organización, el contenido, la supervisión y los ritmos de trabajo con las enfermedades laborales o profesionales reconocidas por el Sistema de Riesgos del Trabajo en la Argentina.

Figura 2. Enfermedades profesionales en el magisterio. 2012



Fuente: "1° Encuesta Nacional De Empleo, Trabajo, Condiciones, Medio Ambiente Laboral Y Salud". Ministerio Trabajo y Seguridad Social República Argentina, Superintendencia Riesgos del Trabajo, 2013.

Cuadro 3. Enfermedades profesionales según tipo de examen diagnóstico de la enfermedad profesional. Año 2013

Tipo de examen diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Prestador de ART	6.943	27,6%
Consulta en hospital público	6.132	24,3%
Consulta en obra social	5.579	22,2%
Consulta en sanatorio, clínica o consultorio privado	3.851	15,3%
Exámen periódico	1.203	4,8%
Por peritaje judicial	762	3,0%
Consulta en pambito público no hospitalario (sala, CAP, etc)	535	2,1%
Comisión médica	129	0,5%
Examen preocupacional	35	0,1%
Examen por ausencia prolongada	15	0,1%
Examen de egreso	6	0,0%
Examen por transferencia de actividad (del trabajo)	3	0,0%
Total	25.193	100,0%

* Fuente: Informe Anual Estadístico 2013, Superintendencia Riesgos del Trabajo Argentina

A modo de ejemplo vale observar que ocurre en un gremio como el docente; solamente en una provincia, Santa Fe durante el año 2012 se solicitaron 20.147 licencias por salud mental y en ese mismo año en toda la Argentina se reconocieron 3.342 enfermedades profesionales en el magisterio, entre los casi 600 mil docentes y solo 8 enfermedades mentales. Véase figura 2.

Un dato que refuerza el ocultamiento jurídico/político de la problemática de la salud mental de los trabajadores e incluyendo los que afectan la salud mental, lo encontramos cuando vemos en cuáles son las Instituciones que diagnostican las enfermedades profesionales. Como se puede observar en el cuadro 3, el 63,1% se diagnostican fuera del sistema de Riesgos del Trabajo, en las ART el 27, 6, 8%, Pericias Judiciales 3% y en las Comisiones Médicas oficiales solo el 0,1% (Informe Anual de accidentabilidad laboral, 2012).

Es en el espacio académico-sindical donde desde fines de la década del noventa se están realizando importantes esfuerzos en el campo de la investigación y con metodologías participativas en la denuncia y en el desocultamiento de los procesos deteriorantes que se originan en los componentes psicosociales de las diversas modalidades productivas y en las nuevos fenómenos que han surgido como es el caso, del denominado Trabajo Inmaterial.

Miriam Wlosko (2014), en su ponencia enviada al 2do Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental, da cuenta de las investigaciones realizadas en la Argentina en los últimos 5 años e identifica los siguientes ejes temáticos:

- Violencia Laboral /Acoso
- Riesgos psicosociales
- Condiciones y Medioambiente de Trabajo
- Salud Mental y Sufrimiento Psíquico de los trabajadores
- Producción de Subjetividad y trabajo.

Estas investigaciones, poseen abordajes disciplinarios y teórico-metodológicos disímiles. Los campos disciplinarios desde los que se abordan las problemáticas psicosociales en el trabajo son:

- Ergonomía
- Condiciones y Medioambiente de Trabajo (CyMAT)
- Epidemiología
- Salud Mental
- Psicodinámica de trabajo
- Psicología organizacional
- Recursos Humanos
- Producción de subjetividad

Cuáles son los ejes del debate teórico Metodológico:

La diversidad de abordajes de los aspectos psicosociales en relación al trabajo no solo se relaciona con la perspectiva disciplinar desde la que se abordan estos problemas, sino con diferencias teórico-conceptuales al interior de las propias disciplinas.

Es en este marco en el cual se plantean una serie de “nudos conceptuales” que configuran los ejes de un debate incipiente, ellos son:

1. ¿“Riesgos psicosociales” o “Salud Mental”?
2. Abordaje epidemiológico / abordaje clínico:
3. Un tercer eje de debate se vincula con las distintas aproximaciones psicológicas a la comprensión de lo “psicosocial”, las que difieren significativamente según las escuelas de pensamiento.
4. Un último eje de debates se relaciona con el modo de producción de conocimiento de los aspectos psicosociales del trabajo y el lugar de los trabajadores en dicha producción.

Estos debates los hemos asumido desde una perspectiva que integra la epidemiología crítica y la psicodinámica del trabajo, un aporte lo hicimos en la investigación: “La categoría de trabajo inmaterial y sus formas actuales en la Argentina. El caso de los trabajadores de los medios de comunicación de la ciudad de Rosario” (Colovini, & Kohen, 2008-2011).

En dicha investigación pusimos de manifiesto que los principales padecimientos que sufren los trabajadores son: Angustia 29%, Stress 25,7%, Gastritis 23% y otros padecimientos Psicósomáticos 43%, la mayoría de los encuestados refiere más de una patología diagnosticada dentro del año.

Pero más importante aún son dentro de las conclusiones la comprobación que en esta modalidad productiva denominada Trabajo Inmaterial que se expresa sobre todo en aquellas actividades cuyo centro es la atención al usuario, o el cuidado de personas, los medios de comunicación, las finanzas y la educación de seres humanos, produce un desgaste específico que afecta [al existir mismo de los trabajadores](#).

Es que el trabajador aporta hoy su existir mismo, o sea: su afectividad, su subjetividad, ya que éste es el núcleo y corazón del trabajo inmaterial. Señalamos en esta investigación que, dialécticamente el trabajo inmaterial cuando se aporta a la producción de una subjetividad liberadora en quienes son los receptores de los productos de este tipo de trabajo, el trabajador también produce su propia subjetividad liberadora.

[El trabajador inmaterial, trabaja fundamentalmente con todo su ser: se da a sí mismo en el trabajo, ya sea en función de dar su creatividad, sus conocimientos, su empatía, etc.](#)

Insistimos en considerar que lo que se le pide al trabajador de servicios es que se dé a sí mismo en su trabajo. Que haga el don de sí. Al “darse”, el trabajador se gasta a sí mismo, entrega su ser. Por lo tanto, la pregunta es: ¿Cómo medir, evaluar, sopesar, aquello que se gasta en las formas inmateriales del trabajo?

Quizás la angustia del trabajador sea un modo en que desde la subjetividad se nos anuncia que algo del paradigma con el que enfrentábamos la salud de los tra-

bajadores está cambiando, correlativamente con los cambios en la configuración del mundo del trabajo y en los cambios de paradigma respecto a los nuevos modos de producción.

Por el momento, las modificaciones en el mundo del trabajo sólo presentan su cara destructora, así como el establecimiento del biopoder, sólo se manifiesta en su carácter de dominación.

No debemos olvidar que el trabajo inmaterial contiene en sí mismo, una potencia que podría utilizarse a favor de los mismos trabajadores, por las redes y lazos que necesariamente establece entre los trabajadores, por la generación del *intelecto general*.

La angustia es un afecto que no debe patologizarse, ya que interviene en múltiples aspectos de la economía psíquica y muchas veces es productora de actos y decisiones que cambian la vida de un sujeto.

La construcción de nuevos indicadores que den cuenta de las exigencias psicológicas a que son sometidos los trabajadores ha sido una de nuestras preocupaciones permanentes en el campo de la investigación, así fue como construimos indicadores para poder darle visibilidad al sufrimiento de los docentes en las Encuestas Nacionales del Gremio Docente en la Argentina y Ecuador (Martínez, valles & Kohen, 1997; Kohen 2005, 2007), en las Investigaciones con trabajadores del Poder Judicial, del Sector Salud entre otros.

Un aspecto central del desocultamiento está en la participación y el rol activo de los trabajadores, sus organizaciones y la asunción de un papel protagónico en la lucha por cambiar un sistema de riesgos del trabajo que está inspirado en las políticas neoliberales de los 90 y se ha mantenido hasta hoy en la Argentina a pesar de los avances en las políticas democratizadoras de la sociedad y las acciones del Estado por garantizar el empleo, trabajo decente y una más justa distribución de la riqueza .

Ese fue el sentido de la propuesta de los Programas Nacionales de Prevención por Rama de Actividad concretado en la resolución 770/2013 que impulsamos durante nuestro breve paso por la Gerencia de Prevención de la SRT.

Otro aspecto importante es el desarrollo de herramientas que les permitan a los trabajadores pasar del conocimiento empírico por la experiencia, a la producción de conocimiento nuevo de carácter científico, estas herramientas permiten generar además autonomía en cuanto al análisis de las condiciones de trabajo, condiciones de vida y de salud.

En la Universidad Nacional de Rosario a partir del año 2001, desde diversos espacios como son el ASyT (Área de Salud y Trabajo), la Carrera de Especialización en Medicina del Trabajo y los Cursos Superiores Universitarios para Delegados Sindicales, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, hemos desarrollado diversos programas informáticos como son Ziper y SAMAT, los

cuales le facilitamos a partir del año 2012 a la SRT, son algunas de estas herramientas, que van en la dirección de generar entre los trabajadores, sujetos colectivos autónomos que tengan poder para intervenir de manera cada vez más decisiva en la dirección de los procesos de producción y la construcción de una sociedad más justa.

Los que nos interesamos por articular estas herramientas y producir claves para pensar las nuevas realidades en el mundo del trabajo y en el de la salud de los trabajadores, tenemos el deber ético de transferir estas producciones a quienes son sus protagonistas: los trabajadores y ocuparse de que puedan hacer algo con ellas. Esta sería una manera de investigar que cumpla con la adjetivación de militante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colovini, M & Kohen, J. (2008/2011). Facultad de Psicología UNR.
- Martínez, D., Valles, I., Kohen (1997). Salud y Trabajo Docente. Tramas del Malestar en la Escuela Argentina.
- Ministerio Trabajo y Empleo, Superintendencia Riesgos del Trabajo Argentina (2009). 1er Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, trabajo, condiciones medio ambiente laboral. Buenos Aires Argentina
- Kohen J. (2005). *La problemática del trabajo infantil y docente en el contexto de las nuevas vulnerabilidades. Del impacto negativo en la salud a la búsqueda de procesos saludables*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología.
- Kohen J. (2007). Salud y trabajo docente. Impacto en el rendimiento profesional en Argentina, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.
- Organización Internacional del Trabajo (1975). *Informe técnico No 571*.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Día Mundial Salud y Seguridad; Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo en transformación*.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra; 3-4; 2010.
- Organización Internacional del Trabajo (2013). *La prevención de enfermedades profesionales y la salud en el trabajo*. 5-6; 2013.
- Superintendencia Riesgos del Trabajo, Ministerio de Trabajo de la Nación Argentina; Informe Anual de accidentabilidad laboral 2012. Buenos Aires; 2013.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo; Argentina; Informe anual estadístico 2013. Resumen Ejecutivo; Buenos Aires Argentina; 2014.
- Wlosko M. (2014). 2^{do} Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales, Stress y Salud Mental, Red Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo; Simposio: "Factores psicosociales y salud mental en la Argentina, desocultando la problemática". México DF, 2014.

1.4 Lo PsicoSocial y el Trabajo; reflexiones abreviadas.

GERMÁN GÓMEZ PÉREZ

FES Zaragoza-UNAM

INTRODUCCIÓN

La extendida y longeva tradición de hablar de "*factores psicosociales*" parece ameritar algunas precisiones abriendo el siglo XXI y sobretodo, atendiendo la expansiva avalancha de los avances de la psicología y las neurociencias, tanto dentro de las ciencias sociales como de las ciencias en general.

Hablar de precisiones sobre conceptos como éste hace recordar que el lenguaje juega papeles decisivos en el comportamiento humano, es decir, los significados de las palabras que utilizamos ejercen influjo en las decisiones que adoptamos para comportarnos; puede decirse también que en atención a ello, pensamos como hablamos; y actuamos como pensamos.

Pero además vale confrontar un argumento esgrimido con frecuencia para subestimar los intentos por redefinir conceptos nucleares: "cada cabeza es un mundo" se dice para resignarnos al uso inercial, pero universalizado de conceptos erráticos; pero si esto fuera cierto entonces sería imposible explicar por qué en países como Argentina y México el consumo de Coca-Cola es tan homogéneamente extendido, o por qué casi el 70% de la población mexicana se entera de asuntos de política mirando noticieros de televisión, homogeneizando la mayoría de la "opinión pública".

Puede multiplicarse el número de ejemplos, pero a cambio cabe una precisión: no obstante que en efecto cada cabeza es un mundo, sin embargo es más cierto que hay enormes semejanzas en el pensamiento de enormes franjas de personas. Y si de personas particulares hablamos, como el caso de los psicólogos, es una aseveración más verídica aún, es decir no hay tantas definiciones del concepto que nos ocupa, como psicólogos hay interesados en él.

De modo que cuando leemos, hablamos o referimos "factores psicosociales" lo hacemos sujetos a un uso parecido a la tiranía de las palabras que, por desgracia, adolece de usos difusos y abstrusos de su significado, de su definición, de aquello a lo que alude.

Y claro, cabe reiterar que buscar redefiniciones de los conceptos nucleares no se reduce a simples remiendos etimológicos, semánticos o filológicos sino, mucho antes que eso, se trata de controversias teórico-metodológicas. Además, los significados de tales conceptos, adquiriendo la impronta cultural de la época en que surgen o son adoptados, son también depositarios de cuotas de acción profesional y de poder.

El momento cumbre del concepto aquí abordado tuvo lugar en la primera mitad del siglo XX, cuando la física era el prototipo de ciencia, que revolucionó las

explicaciones sobre la ciencia y la tecnología hasta esos momentos construidas por la humanidad. Junto a ello en ese periodo se desarrollaban apenas los primeros grandes núcleos teóricos de las nacientes ciencias sociales o ciencias humanas, como la antropología, la sociología o la psicología misma, que nunca antes figuraron entre los grandes sistemas de teorización.

Por razones como éstas hoy parece perfectamente necesario preguntarnos si sigue siendo prudente hablar de "factores", por un lado, y también preguntarnos si "lo social" es simplemente hablar de lo colectivo, lo gregario o lo multitudinario cuando referimos a los hechos psíquicos que intervienen, son circunscritos, anteceden o se inmiscuyen en la organización y realización del trabajo contemporáneo.

Ante la avalancha de la investigación y teorización psicológicas en los años recientes, suele insistirse lo necesario de hacernos de un pensamiento integral, especialmente en la intervención profesional; pero sucede que el peso cultural de la globalización neoliberal lo obstaculiza más que nunca y de modos diversos.

Así, tratar de "factores" psicosociales sigue siendo, en gran medida, tema asociado a la "salud"; pero es que el tema mismo de "salud" parece ameritar una mirada analítico/crítica. Veamos.

Durante el siglo XIX la medicina buscaba unificaciones terminológicas sobre la anatomía humana. En el Congreso de Basilea de 1895 casi lo logró, pero lo alcanzó plenamente apenas hasta 1955: ¡60 años! costó a una ciencia/profesión tres veces milenaria, delimitar su lenguaje anatómico patrimonial y universalmente unificado. Antes de ello la polisemia no era un asunto de simple semántica difusa, sino de rigurosidades profesionales para diagnosticar e intervenir, lo que a su vez impulsó poderosamente la investigación, si bien con los excesos de elitismo y mercantilización que no pocos especialistas de la medicina misma han señalado durante fines del siglo XX y lo que hemos recorrido del actual; al respecto veamos palabras de un especialista, exrector de la UNAM:

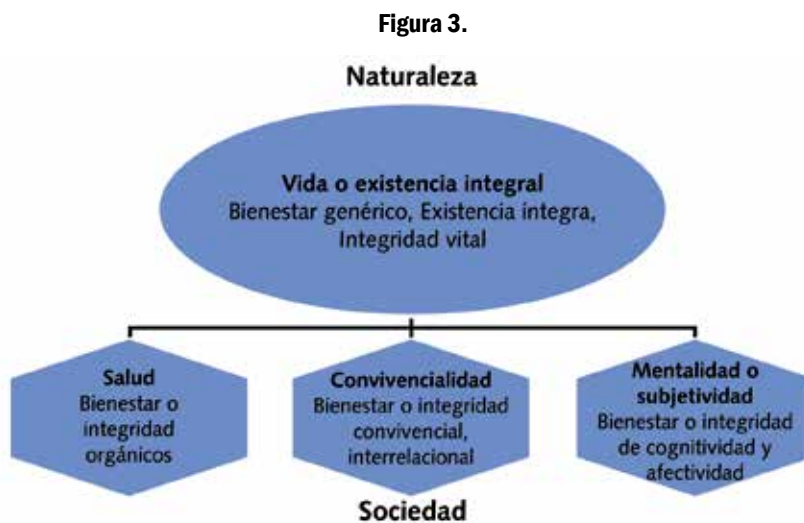
Mientras no se restablezca un sistema que ponga en la base de la pirámide la atención primaria a la salud y en la punta a las especialidades, la cobertura universal no será posible (...) El siglo XX aportó importantes conocimientos médicos en áreas como bioquímica, microbiología, inmunología, virología y genética, que para la segunda mitad se completaron con una explosión de recursos tecnológicos para diagnóstico y atención, como la resonancia magnética, la endoscopía o la tomografía axial computarizada. Estos avances ayudaron a la curación de enfermedades y aumentaron el promedio de vida; pero su aspecto negativo fue el cambio de esquema, pues el Banco Mundial impulsó la medicina como industria... (Rivero, 2014).

En términos escuetos, el caso del concepto cardinal "salud", consolidado a fines de la 2da guerra mundial, adolece de una concentrada dosis de biologismo, en la medida que homologa a la existencia toda de los individuos (lo "físico" lo mental y "lo social") con la "salud". Desde luego se trata de la propuesta de la OMS. Este

obeso concepto de salud es ingrediente del fracaso del proyecto de la OMS *Salud para Todos en el Año 2000*, implantado 28 años antes.

Para no extender reflexiones mencionadas en otros trabajos, baste reiterar aquí que *Salud* podría entenderse sólo como una de tres grandes dimensiones del bienestar genérico, junto a *Bienestar Convivencial* y *Bienestar Mental o de la Subjetividad*; así la *vida íntegra, integridad vivencial o bienestar genérico* es la convergencia de tres grandes dimensiones: a) la salud o bienestar orgánico, b) el bienestar relacional, es decir, *la relacionalidad o convivencialidad* variada y creativa con otros y c) el bienestar o *integridad mental*, o actividad mental creativa y variada, lo cual significa decir que una actividad mental reiterante, tendiente a la monotonía o monotemática, así como de escasa creatividad, y de precaria autoreflexión, es lo que puede caracterizarse como una mentalidad anómala, a expensas de trastornos.

De modo que en estos renglones el bienestar genérico de la vida no es sólo salud (o bienestar orgánico), sino también bienestar relacional y además bienestar mental o subjetivo (es decir, actividades relacionales y mentales creativas y variadas).



De modo que estudiar “factores psicosociales” no es exclusiva ni predominantemente un asunto de “salud”, sino mucho más amplio que un asunto de enfermedad y salud.

Volviendo a nuestro punto, reiteremos que “factores psicosociales” adolece de una polisemia confundente; de ello presenciemos dos casos elocuentes que, si bien no recientes, sí mantienen intacta su aceptación entre especialistas de la psicología y medicina del trabajo:

El factor psicosocial es un elemento del hecho social que pone en juego todo el funcionamiento del hombre dentro de un grupo, sea éste familia, vecindario, trabajo o comunidad es un elemento externo que produce una respuesta que afecta la relación de la persona con su grupo o con otros hombres en lo individual. Es en esta condición cuando se habla de variables psicosociales,

los cuales son hechos sociales que influyen, involucran o recaen directamente sobre el individuo (Morales, 1986 p14).

Aquí hay al menos dos usos conceptuales inconcebiblemente difusos; el de lo "social" y, sobre todo, el carácter externo de lo "psicosocial" a los seres humanos, en una multiplicidad de condiciones de convivencia colectiva, incluida desde luego la laboral.

Y de un texto de carácter oficial de la OIT leemos:

Los factores psicosociales en el trabajo consistente en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT, 1992 p3).

Tenemos pues que los "factores psicosociales" son tanto elementos circundantes como, a la vez, elementos internos de quienes trabajan.

¿Con cuál opción quedarnos..?

"FACTORES" ..?

Pero antes de contestar tal interrogante, insistamos en unas cuantas reflexiones planteadas en algún trabajo anterior.

Por hábitos inerciales hablamos como "factores" a elementos psicosociales asociados al trabajo pero, dicho con rigurosidad, ningún hecho humano es susceptible de formularse con arreglo a "factores", vectores o valencias. Proviene de la impetuosa acreditación que el lenguaje fiscalista adquirió desde fines del siglo XVIII y que duró hasta los años 60 del siglo XX. Por ello John Winslow Taylor denominó administración "científica" del trabajo a sus técnicas de medición del rendimiento corporal.

Pero la plena acreditación del vocablo se alcanzó cuando se oficializa a principios de los 80 en la publicación cumbre OIT-OMS, *Factores Psicosociales en el Trabajo; naturaleza, incidencia y prevención* (OIT, 1984).

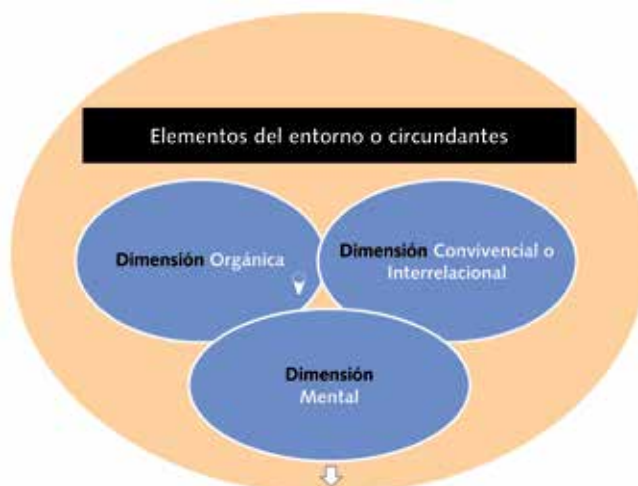
Pero sucede que el impacto de los elementos circundantes a la realización del trabajo, como de cualquier actividad humana, no son calculables como los hechos estudiados por las ciencias "duras", por ello casi no existen leyes sobre el comportamiento humano y las que existen aluden predominantemente a dimensiones más orgánicas que culturales, y puede agregarse que en la psicología casi sólo en las dimensiones psiconaturales.

Por cierto que no se trata aquí de abanderar o secundar la supuesta “incomensurabilidad” de las características “típicamente” humanas. No. Se trata sólo de subrayar que la medición de dimensiones de la mentalidad (y del comportamiento convivencial) sólo es susceptible en los niveles nominal, ordinal e intervalar.

Concurrentemente recordemos que para construir leyes es obligado el nivel de medición de razón, propio de las llamadas ciencias duras o naturales, que en psicología puede decirse es impracticable, pues el nivel de medición de mayor rigurosidad es intervalar, en el que no existen ceros absolutos, ni constantes, ni causalidades, sino predominantemente asociaciones y correlaciones. Esto es, en las ciencias sociales no se trata con “factores”, sino preferentemente con *variables* y casi nunca unicausales y mucho menos causalistas o deterministas.

Por razones como éstas, desde la perspectiva de estas líneas, es sensatamente prudente hablar de, *aspectos, variables o elementos psicosociales* y, además de elementos del entorno o circundantes. Proseguir el uso del vocablo “factores” significa asentar pasos en terrenos derrapantes y sin avanzar...

Figura 4.



Pero tomando en cuenta que el surgimiento y vigencia de los conceptos dependen de los entornos económico-político-ideológicos, el vocablo “factores” fue circunscrito en el empresarialismo capitalista triunfante tras la 2da Guerra, de allí el insistente modelo de los “factores de la producción”, compuesto por: el capital, los recursos o materia prima/instrumentos y claro está: ¡el “factor humano”! la fuerza de trabajo. La confrontación histórica entre las clases quedó homogeneizada en un burdo lenguaje fisicalista.

¿“Psico”?-Sociales...

Reiterando, lo psicosocial es la amalgama ente cognitividad y afectividad, las simbolizaciones y sentimientos que la aculturación ha implantado en la mente de las personas, ambas dimensiones son producto del aprendizaje.

Pero aún más, referirse a los elementos o variables psicosociales implica diferenciarlos de los psiconaturales que constituyen el funcionamiento fisiológico, anatómico y endócrino del psiquismo; éstas constituyen el sustrato neural del funcionamiento vegetativo, entre otros, el sistema límbico, los receptores sensoriales, los neuro-mediadores bioquímicos (desde luego sin escindirlos pues reconocer que no son lo mismo no acredita entenderlos como separados). De acuerdo al modelo del Cerebro Trino (MacLean, 1990) el asiento del ámbito psicosocial es el neocórtex, mientras que lo psiconatural recae principalmente en el complejo R y el sistema límbico. Podemos además aducir aquí las propuestas de Bunge para quien lo psiconatural es identificable como el psiquismo en cuya función y génesis interviene escasamente el aprendizaje; es el psiquismo orgánico "preprogramado" genéticamente, la actividad neural no plástica:

Parte de la actividad del cerebro no es mental, habiendo sistemas neurales que no son capaces de encargarse de funciones (actividades, procesos mentales) (...) Los únicos sistemas neurales capaces de aprender son los no comprometidos; el aprendizaje es una función del córtex asociativo, porción del córtex que no es ni sensorial ni motora. Además enunciaremos la hipótesis de que los sistemas neurales no comprometidos (o plásticos) son el <asiento> o <correlato neural> de lo mental (Bunge, 1999 p92).

Reiterando: tanto lo psicosocial, como lo psiconatural [son dimensiones internas](#) de las personas, estudiables desde la psicología en formas particularizadas como sensorialidad, afectividad, perceptualidad, atribuciones, valores, creencias, constancias perceptuales, simbolizaciones, juicios o actitudes, entre muchas más.

Así, desde estas propuestas es por completo impropio mantener la homologación de dimensiones internas de las personas y elementos medioambientales circundantes, encerrados en la tradicional, institucionalizada y equívoca denominación "factores psicosociales". Porque una cosa es el [psiquismo](#) y muy otra son el medioambiente, el [entorno laboral](#), los elementos que circundan a quienes

realizan el trabajo, entorno que se compone de las modalidades para ejecutarlo, los instrumentos, la duración de la jornada o el control del trabajo, entre otros.

De acuerdo al esquema de la vida integral expuesto en las páginas iniciales, los seres humanos conjuntamos tres grandes dimensiones: la orgánica, la convivencial y la mental; los ámbitos psicosociales pertenecen a esta tercera, como los psiconaturales a la primera

La complejidad de los aspectos psicosociales (que desde luego podemos también denominar [psicoculturales](#)) por razones a revisar páginas adelante, es de un rango tan amplio como el de los psiconaturales (que son lo psicofísico, lo neurocerebral); pero desconcertantemente los psiconaturales casi no han sido abordados (salvo estudios de estrés en tanto fenómeno fisiológico), mientras que de entre los psicoculturales mucho ha preocupado uno en particular, las actitudes hacia

el trabajo, en otras palabras: la satisfacción del trabajador hacia y por el trabajo, aunque desde la óptica de disolver las actitudes que “infectan al resto del equipo” (Malagón, 2015) o entorpecen la “buena marcha del desarrollo empresarial” por disruptivas o no dóciles.

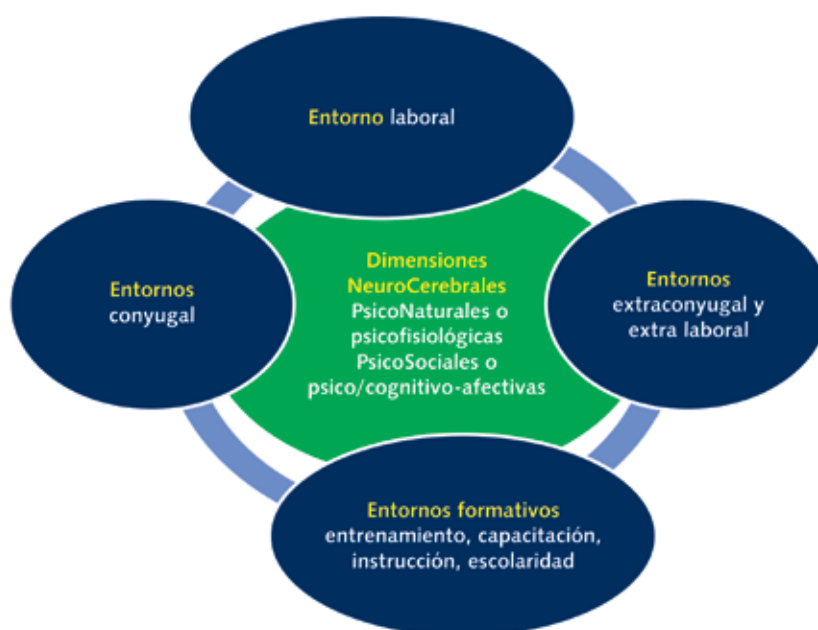
Y de entre ellos amerita mención especial el afamado “estrés”, objeto de un manoseo inconcebiblemente errático, por lo cual su propositor, Hans Selye, mucho antes de morir propuso precisar entre *distress* y *eustress*; el primero perjudicial y el segundo consustancial para la adaptación al medio. Pero desde luego ambos son aspectos internos de los individuos. El problema es que el “estrés” ha sido tratado tanto como elemento psicocultural (el llamado “estrés psicológico” de Lazarus y Folkman (1986) y como elemento psiconatural (hipersecreción de córticoesteroides).

Desde el punto de vista aquí expuesto, el distrés es sólo una activación fisiológica: hipotalámica-hipofisiario-adrenal que desde luego puede estar asociada o detonar activaciones cognitivas y emocional-afectivas; y por cierto que este binomio de emocional-afectivo pareciera un pleonasma errático, pero argumentos recientes de asombrosa rigurosidad indican que las emociones son un asunto más orgánico (más “biológico”) que cultural:

(...) tenemos emociones primero y sentimientos después porque la evolución dio primero las emociones y después los sentimientos. Las emociones están constituidas a base de reacciones simples que promueven sin dificultad la supervivencia del organismo, y de este modo pudieron persistir fácilmente en la evolución (...) Todos los organismos vivos, desde la humilde ameba hasta el ser humano, nacen con dispositivos diseñados para resolver automáticamente, sin que se requiera el razonamiento adecuado, los problemas básicos de la vida. Dichos problemas son: encontrar fuentes de energía; mantener un equilibrio químico del interior compatible con el proceso vital; conservar la estructura del organismo mediante la reparación del desgaste natural; y detener los agentes externos de enfermedad y daño físico. La palabra homeostasis es el término apropiado para el conjunto de regulaciones y el estado resultante de vida regulada (Damasio, 2010 pág 34).

Vuelta al punto, al tratar activación fisiológica y activaciones emocional-afectivas, en el primer caso estamos hablando de actividad *psiconatural* y en el segundo de *psicosocial*. Confundirlas ha originado extravíos y delirantes argumentaciones. El problema de tales extravíos es que la investigación sobre la nocividad del trabajo en las estructuras y funcionamiento psiconaturales de quienes realizan el trabajo ha sido insuficiente, escuálida, entre otras razones porque se habla con la misma denominación del continente que del contenido, de lo exterior que de lo interno. Parece por tanto justificado interponer una sencilla sugerencia: una cosa son los elementos circundantes o el entorno del trabajo y otra son los elementos neurocerebrales. Y entre éstos distingamos entre *psicosociales* o *psicocognitivo-afectivos* y los *psiconaturales* o *psicofisiológicos*. Por su parte, podemos hablar de 4 grandes elementos circundantes: el conyugal, el extra laboral/conyugal, el formativo y el laboral.

Figura 5.



Puede entonces remontarse esta ambivalente definición tradicional de lo "psicosocial" como algo simultáneamente externo e interno a quienes trabajan.

Psico-¿"Sociales" ..?

Cuando leemos en la inmensa mayoría de definiciones qué debemos entender por "social", se pone en juego una lógica tautológica en que lo social se define por los elementos sociales de la existencia humana; un caso ilustrativo, el de Talcott Parsons, reconocido personaje de la sociología:

Tanto si se utiliza el adjetivo "biológico" como si no es así, el principio de la evolución está establecido firmemente en su aplicación al mundo de los seres vivos, en el que debe incluirse el aspecto social de la vida humana (...) Una sociedad es un tipo de sistema social, en cualquier universo de sistemas sociales, que alcanza el nivel más elevado de autosuficiencia como sistema en relación a sus ambientes (Parsons, 1974 pp 10 y 21).

Una primera cuestión por esclarecer es que lo social no es sólo lo colectivo, ni tampoco, por ende, lo social es lo popular, multitudinario, gregario o poblacional. Si así fuese entonces debiésemos declarar que las ciencias sociales o humanas tienen también por objeto de estudio al comportamiento colectivo de hormigas, abejas, sardinas, cebras o ñus en el mismo nivel que la existencia de los colectivos humanos.

Esa superficial y equívoca acepción de social por colectivo proviene del apabullante peso conceptual del pensamiento neopositivista durkheimiano de fines del siglo XIX, una de cuyas bases fue su naturalismo concentrado, desde el que afirmó

que los hechos sociales son como cosas, e investigables desde la misma óptica de la biología, la química y la física y por ende, la investigación sociológica, para ser científica requiere una supuesta "objetividad" que, según él, debía consistir en una óptica neutral, aséptica e imparcial; en pocas palabras: una concepción hipócrita de la objetividad; la que aún profesamos tanto en el habla común como en la especializada de las ciencias sociales.

Por cierto que, muy en contraste, cabe oponer otra muy alejada de tales sesgos de hipocresía y que consiste, no en ocultar nuestras inevitables preferencias, sino a la inversa: en exponerlas abiertas, explícitamente desde los inicios de toda tentativa de investigación. Porque nuestras preferencias valorales (vale decir: actitudinales, prescriptivas, ideológicas, idiosincráticas, éticas...) son inevitablemente ineludibles al momento de enfocar, estudiar o explicar los hechos de la existencia humana (y no sólo). Como decenios ha, expusiera M. Lowy:

Las visiones del mundo, las "ideologías" (en el sentido amplio de sistemas coherentes de ideas y valores) de las clases sociales, modelan de manera decisiva (directa o indirecta, consciente o inconsciente) a las ciencias sociales, planteando así el problema de su objetividad en términos completamente distintos de las ciencias de la naturaleza (...) Las visiones del mundo de las clases sociales condicionan entonces no sólo la última etapa de la investigación científica social, la interpretación de los hechos, la formulación de teorías, sino la elección misma del objeto de estudio, la definición de lo que es esencial y de lo que es accesorio, las preguntas que se plantean a la realidad... (Lowy, 1974 p18).

Y es que Durkheim mismo, en los prefacios de su obra cumbre *Las Reglas del Método Sociológico*, empezó declarándose conservador, mostrando desde el inicio su postura sesgada a la derecha, descalificando con ello, desde el inicio del texto, el primer corolario a la primera de sus reglas clave: el "desechar sistemáticamente todas las prenociones", además presentado por él como "la base todo el método científico" (Durkheim, 1976, p54).

Pero volvamos al punto: **lo social** es todo aquello que la humanidad ha establecido como hechos y normas de convivencia y que no se rige por determinaciones sólo orgánicas, sólo genéticas, sólo naturales. Los elementos o ámbitos de **lo social** consisten en una amalgama extranatural integrada por lo ético, lo estético, lo político, lo ideológico, lo gnóstico y lo económico del comportamiento humano en su historia de 200mil años. Es decir, **lo social** son los componentes de eso que se entiende por **cultura**, entendida en sentido amplio, para distanciarnos de aquel otro de uso muy común también, que lo equipara con la producción y el consumo estéticos (y que sirve de respaldo a la existencia de las consabidas secciones periódicas de "cultura").

Ante eso cabe rescatar el concepto de *societario* o *societal*, para designar, aquí sí, todo aquello que incumbe a la existencia colectiva. No hay justificación para continuar confundiendo *societal* con **social**; porque abejas, hormigas, sardinas,

cebras y ñus viven asombrosos y complejos procesos de existencia societal o societaria, pero difícilmente podemos decir que su supervivencia es social, pues se rigen por ineludibles pulsiones reflejas e instintuales; en términos convergentes: sus dimensiones neurales alcanzan sólo activamientos psicofisiológicos (como las emociones básicas).

Figura 6.



En contraste, los seres humanos somos tan societales como sociales; durante la mayor parte de los 200mil años de evolución como homínidos diferenciados de Neandertales y Cromagnones, nuestra existencia fue más societal que social, y sólo desde los recientes 30-40 mil años se inició la cuesta arriba de nuestra socialización propiamente dicha, es decir, los inicios de la **cultural** humana (Ríos, J.H, 2014 [comunicación personal](#)); y **cultural** humana, cabe acentuar, porque la aculturación no es patrimonio exclusivo de la humanidad; al menos primates y cetáceos muestran notorios rasgos de desarrollo cultural.

Figura 7.



De modo que, al tratar lo colectivo, lo gregario, es decir, los asuntos de la sociedad, desde un simplismo lógico, hemos deducido que eso es "lo social". De modo que, por razones como las expuestas hasta aquí, hablar de la sociedad permite hablar sólo de lo societal o societario.

Pero veamos una cautela más: no hay cabida para antropocentrismos, es decir, exclamaciones de que la cultura humana es algo superior a las especies que no la han construido o lo han hecho a un ritmo evolutivo menor; no hay cabida para proclamas de una cándidamente supuesta superioridad humana, ya que paradójicamente nuestra cultura está depredando con voracidad a la naturaleza hasta niveles incluso autodestructivos.

En suma: la apabullante mayoría de sociedades animales no humanas claro que son denominables societarias o societales, pero muy difícilmente son nombrables como sociales; los seres humanos somos tanto societales como sociales.

FINAL.

La aspiración de estas líneas es acariciar la posibilidad de que quienes las lean eso conduzca a repensar si los significados denotativos de vocablos como "factores", lo "psicosocial", lo "social", la "salud" o "cultura" debieran seguir siendo utilizados como hasta ahora, y si eso pudiera auspiciar acciones investigativas, preventivas o simplemente interpretativas más fecundas.

La convicción que subyace estas reflexiones es que cada día es más imposter-gable ponernos a tiempo con las problemáticas del siglo y remontar, de los modos más creativos, los pesados y erráticos usos conceptuales que arrastramos de nuestro pretérito, aunque corto, de un enorme peso.

Y respecto al proceso de trabajo, además de los empeños por maximizar las capacidades productivas de quienes lo ejecutan, también debieran estudiarse con insistencia y amplitud los perjuicios que generan los ingredientes de la organización del trabajo, como la sub/sobrestimulación o las exigencias muscular/neurales de altos ritmos, es decir, investigar con prolijidad cómo impactan perjudicialmente tanto a las dimensiones mentales psicosociales, como a las psiconaturales, y desde luego también a las convivenciales. Y es también deseable, claro, expandir el interés sobre los daños a las dimensiones orgánicas, esto es, las enfermedades propiamente dicho.

Respecto a la convivencialidad, no restringir el interés exclusivamente en los espacios del trabajo, sino además sus impactos en la vida conyugal así como sobre el llamado tiempo libre o extralaboral en su conjunto.

Y además no hay aquí, ni por asomo, intento alguno de enarbolar separatismos ante la medicina y otros campos del saber, sino muy en contraste, clamar por concurrencias horizontales en torno no sólo a la salud, sino a la integridad de la existencia de quienes realizan el trabajo, porque por poner sólo un caso, el casi nulo registro investigativo de las "neurosis" catalogadas como enfermedad pro-

fesional reconocida por la legislación mexicana -y junto a ello también la llamada enajenación mental-, no obstante no se indaga su relación con el trabajo en ramas como siderurgia, minería, bancos, automotrices, hospitalaria o eléctrica, entre muchas más.

Por otra parte, no obstante que a los psicólogos se nos circunscribe como una profesión de "trabajadores por la salud", como plantea con nobleza la *medicina social*, cabría más bien proclamarnos como [trabajadores por la integridad de la vida de los sujetos](#), integridad de la cual la salud sólo es parte, no el todo.

Y para asumir a cabalidad tal encomienda bien podría contribuir un simple ajuste conceptual del afamado concepto "factores psicosociales" por algo menos ampuloso, como simplemente [entornos laborales y dimensión cerebral](#), tanto psiconatural, como psicosocial...

BIBLIOGRAFÍA.

- Allaire, Y. y Firsirotu, M. E. (1992) *Teorías sobre la Cultura Organizacional en: Cultura Organizacional*. Fondo Editorial Legis: Colombia. pp. 3-37.
- Barba Álvarez, A. y Solís Pérez, P. C. (1997) *Cultura en las Organizaciones; enfoques y metáfora de los estudios organizacionales*. Vertiente Editorial: México.
- Blum y Naylor. (1979) *Psicología Industrial*. Trillas: México.
- Brunet, L. (1987) *El Clima de Trabajo en las Organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias*. Ed. Trillas: México.
- Bunge, Mario (1999) *El Problema Mente Cerebro; un enfoque psicobiológico* Eds. Altaya: Barcelona.
- Castaño. D. (1984) *Crisis y Desarrollo de las Organizaciones*. UNAM: México.
- Chapanis, Alphonse (1981) *Ingeniería Hombre-Máquina*. CECSA. México.
- Chiavenato, I. (1983) *Administración de Recursos Humanos*. McGraw-Hill: México.
- Davis, K. y Newstrom, J. W. (1991) *Comportamiento Humano en el Trabajo; comportamiento organizacional*. Ed. McGraw-Hill: México.
- Dejours, Christophe (1985) *Psychopathologie du Travail*. L'Indépendant: París.
- -- (1990) *Trabajo y Desgaste Mental; una contribución a la psicopatología del trabajo*. Editorial Humanitas: Buenos Aires.
- Dessler, G. (1996) *Administración de Personal*. Prentice-Hall: México.
- Dunnette, M. y Kirchner, W. (1994) *Psicología Industrial*. Trillas: México.
- Durkheim, Emile (1976; París, 1893) *Las Reglas del Método Sociológico* Ed. Nueva Visión: Buenos Aires
- Etzioni, A. (1979) *Organizaciones Modernas*. UTEHA: México.
- González G., J. L.; Moreno J., Bernardo y Garrosa H., E. (2005) *Carga Mental y Fatiga Laboral; teoría y evaluación*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Grados, J. (1988) *Inducción, Reclutamiento y Selección*. El Manual Moderno: México.
- Fleishman, Edwin A. y Bass Alan R. (1976) *Estudios de Psicología Industrial y del Personal* Ed. Trillas: México.
- Friedmann, Georges y Naville, Pierre. (1985; 1961) *Tratado de Sociología del Trabajo Volms. I y II*. FCE. 3a reimp: México.

- French, W. L. (1983) *Administración de Personal; desarrollo de recursos humanos*. Ed. Limusa: México.
- Gómez P., Germán (2011) Trastornos Mentales en México: un desafío poco visible. *Vertientes*. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. FES Zaragoza. UNAM: México, pp21-28.
- -- (2011) *Acercamientos Conceptuales sobre Salud Mental, Distrés, Procesos Psicosociales y Enajenación, en Reflexiones Teórico-Conceptuales de lo Psicosocial en el Trabajo*. Eds. Mínimas: UAEM Cuernavaca; México pp 27-60.
- -- (2011) *Una Mirada Global sobre Psicología del Trabajo en el México hacia el Futuro*. En: *Experiencias sobre el Arreglo Personal y la Vida Laboral del Psicólogo*: UNAM, México pp 94-112.
- -- (2012) *Consideraciones sobre el Objeto de Estudio de la Psicología Social*. México: FES/Zaragoza/UNAM.
- Hodgetts. R. (1988) *Comportamiento de las Organizaciones*. Ed. Interamericana: México.
- Ivancevich, John M. y Mateson, Michael T. (1985) *Estrés y Trabajo*. Editorial Trillas: México.
- Katz, D. y Kahan, R. (1989) *Psicología Social de las Organizaciones*. Ed. Trillas: México.
- Laurell, Asa Cristina (1982) *La Salud/Enfermedad Como Proceso Social en Rev. Latinoamericana de Salud*. Vol. 1 No. 2. Ed. Nueva Imagen. México. pp. 7 25.
- Laurell, A. C. (1986) *Salud y Trabajo: los enfoques teóricos, en: Ciencias Sociales y Salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. OPS CIESU: Montevideo, pp 265 288.
- Lazarus, Richard S. y Folkman, Susan (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos* Eds. Martínez Roca: Barcelona.
- Lazarus, Richard S. (2000) *Estrés y Emoción; manejo e implicaciones en nuestra salud* Eds. Martínez Roca: Barcelona.
- Lowy, Michel (1973) *Objetividad y Punto de Vista de Clase en las Ciencias Sociales Sobre el Método Marxista*. Editorial Grijalbo, col. Teoría y Praxis: México.
- Mac Lean, Paul D. (1990) *The Triune Brain In Evolution; role in paleocerebral functions*. Plenum: New York.
- Malagón, Ernesto (2015) extraído de la WWW-Google, marzo 9.
- Marquez Mayaudon, E. (1982) *Salud Ocupacional, en: Lecturas en Materia de Seguridad Social: Medicina del Trabajo*. IMSS: México, pp. 31 36.
- Morales Nápoles, Elia (1986) *Factores Psicosociales en el Ambiente de Trabajo*. IMSS: México.
- OMS (1978) *Declaración de Alma Ata Salud Para Todos en el Año 2000*. Ginebra.
- Organización Internacional Del Trabajo (1986) *Factores Psicosociales en el Trabajo; naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo. Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo Núm. 56: Alemania.
- Parsons, T. (1974; EU 1966) *La Sociedad; perspectivas evolutivas y comparativas* Ed. Trillas: México.
- Peiró, José María y Prieto, Fernando (1996) *Tratado de Psicología del Trabajo, volumen dos: aspectos psicosociales trabajo*. Editorial síntesis: España.

- Pinto, R. (1990) *Proceso de Capacitación*. Edit. Diana: México.
- Rivero (2014) *Insuficiente, la Atención Primaria a la Salud en México*, en: *Gaceta UNAM* Sep.22. UNAM: México.
- Robbins, S. (1987) *Comportamiento Organizacional*. Prentice-Hall: México.
- Schein, E. (1989) *Psicología de las Organizaciones*. Prentice-Hall: México.
- Schultz, D. P. (1988) *Psicología Industrial*. Edit. Interamericana: México.
- Selye, Hans (1981) *Introduction Stress and the Hearth* Raven Press: New York pp 1-11.
- Siliceo, A. (1976) *Capacitación y Desarrollo de Personal*. Edit. Limusa: México.
- Zinchenko, V y Munipov, V. (1985) *Fundamentos de Ergonomía*. Edit. Progreso: Moscú.

2. Los riesgos psicosociales y sus efectos en el sector terciario

2.1 Evaluación e intervención sobre riesgos psicosociales en empleados y directivos de hostelería.

AGUSTÍN ALBESA¹, ANABEL MARQUÉS¹, BÁRBARA MASLUK¹,
ÁNGELA ASENSIO^{1,2}, CARMEN AGUILAR^{2,3}, JESÚS MONTERO²,
JAVIER GARCÍA-CAMPAYO⁴ Y SANTIAGO GASCÓN^{2*}

¹Universidad de Zaragoza. Departamento de Psicología.

²Servicio de Investigación de Riesgos Psicosociales en la Empresa (IRPE). Universidad de Zaragoza, Vicerrectorado de Transferencia de Resultados de la Investigación. *sgascon@unizar.es

³Universidad de Zaragoza. Departamento de Derecho de la Empresa.

⁴Universidad de Zaragoza. Departamento de Medicina y Psiquiatría.

RESUMEN

La actividad laboral en hostelería, al igual que otras profesiones que requieren trato directo con las personas y multiplicidad de tareas, supone una especial fuente de riesgos psicosociales que, según algunas investigaciones, pueden ser distintos para los trabajadores y para los directivos.

En el presente trabajo se expone la evaluación realizada en empresas de diferente tamaño y complejidad, con el fin de diseñar programas preventivos consistentes, por un lado en la formación en estrategias de afrontamiento del estrés y, por otro, en la transformación de ciertos aspectos organizativos que se muestren más evidentes en cuanto a la posible generación de riesgo psicosocial.

Se realizó una evaluación previa en la que participaron 535 empleados de 12 hoteles, 11 restaurantes y dos empresas de cáterin, quienes respondieron a cuestionarios sobre información demográfica, factores sobre desgaste personal, variables de la vida laboral, sintomatología diversa, ajuste en la relación con el cliente, así como otra información cualitativa. Los resultados encontrados muestran que, si bien los niveles de sobrecarga laboral fueron altos, no afectaban especialmente a la energía (variable conceptualizada como opuesta al agotamiento), pero se encontraron como principales fuentes de riesgo psicosocial: la inadecuación de los sistemas de comunicación y el bajo índice de recompensas intrínsecas, aspectos que fueron tenidos en cuenta a la hora de diseñar los programas preventivos.

Los programas preventivos estaban basados en componentes para el afrontamiento del estrés laboral y en cambios de ciertos aspectos de la organización que se manifestaran como principales riesgos psicosociales.

Palabras clave: factores psicosociales, evaluación, prevención, hostelería.

INTRODUCCIÓN

Los factores psicosociales en el trabajo han sido definidos como: *"las interacciones entre las condiciones laborales y las capacidades, necesidades y expectativas del trabajador, que se ven influidas por las costumbres, cultura y por condiciones extralaborales"* (Johnson, Hall, Ford, Mead, Levine, Wang & Klag, 1995). Existe abundante evidencia empírica sobre el hecho de que los factores psicosociales pueden convertirse en riesgo y amenazar la salud física, psicológica y social de las personas (Gascón, Olmedo, Bermúdez & García-Campayo, 2003), por lo que muchos gobiernos consideran obligatorias la evaluación e intervención de los mismos.

No son pocos los obstáculos a los que se enfrentan los especialistas en esta área para cumplir la legislación de cada país. El primero de ellos es la dificultad de conocerlos en su totalidad. No existe un catálogo exhaustivo de los mismos y, tal vez, sea una tarea imposible, ya que abarcan a todo aspecto de la organización del trabajo que pueda comprometer la salud y el bienestar de los empleados. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de España, que transpone la Directiva de la Unión Europea vigente, establece que en la prevención deben integrarse *"la técnica, organización de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo"*. En dicha definición deben considerarse incluidos los factores de carácter psicosocial.

En todo caso, podemos soslayar dicha dificultad reparando en lo que aparece implícito en la definición anterior, y es que, para su estudio, podemos encuadrar los factores psicosociales en el trabajo en tres grandes bloques principales: las condiciones de trabajo, la organización social y las características psicológicas de las personas.

Esta clasificación nos va a permitir un mejor acercamiento a la problemática del sector de la hostelería, porque estos trabajadores están especialmente expuestos a sufrir riesgos debido al hecho de estar en contacto permanente con personas. El trato con clientes, pacientes, alumnos, etc., puede ser y es un aspecto muy gratificante, pero la relación con clientes difíciles, la sobrecarga, acumulación de tareas, las demandas excesivas, quejas, amenazas, etc., hacen que el profesional se "blinde", trabajando de forma mecánica, evitando implicarse (Maslach & Leiter, 1999)

En este punto, y con el ánimo de acercarnos al sector económico objeto del presente análisis, en el ámbito de las condiciones del trabajo deben considerarse factores como la fragmentación y falta de variedad de las tareas (o, por el contrario la multiplicidad de las mismas), la presión de tiempo, el trabajo a turnos y nocturno; la organización social, la falta de participación en la toma de decisiones, el apoyo insuficiente para el desarrollo personal, la escasa valoración social...etc. La sobrecarga física, emocional y mental, la dificultad de controlar el volumen de la tarea, las tensiones interpersonales (internas y externas), o el temor a cometer errores en las múltiples acciones a realizar (Basch & Fisher, 1998). Por otra parte, el trabajo frenético impide los necesarios momentos para la comunicación y el intercambio entre compañeros, lo que puede conllevar a la desmotivación y a la desilusión.

Existen pocos estudios realizados en esta población y menos que consideren, no solo al trabajador, sino también al directivo, cuyos riesgos psicosociales (alto nivel de responsabilidad) se hipotetiza que serán distintos (Kim, 2008).

El enfoque más habitual para abordar las relaciones entre los factores psicosociales y la salud ha sido la aplicación del concepto de estrés. El estrés laboral se ha definido como *“un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales a ciertos aspectos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer nada frente a la situación”*. Como se ha indicado, numerosos estudios han puesto de manifiesto las relaciones entre estrés y salud (Koeske, Kirk & Koeske, 1993). El estrés laboral produce en primer lugar malestar psíquico, una situación intermedia entre la salud y el trastorno mental. En expresiva comparación, sería, en el plano psicológico, el equivalente al estado de salud que los trabajadores tienen entre el estado de salud física completa y el de envenenamiento crónico con plomo, en el que, sin estar clínicamente enfermos, se encuentran contaminados por este metal y sufren sus primeros síntomas (Kalimo, 1988). Del mismo modo el estrés es uno de los principales factores de riesgo de padecer trastornos como cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares, dolor crónico, etc., así como experiencias negativas que terminan afectando la calidad de vida: disminución del rendimiento, agotamiento, empeoramiento del estado de ánimo, tensión muscular.

Son varios los modelos que han abordado el proceso de estrés, comprendido desde toda su complejidad. Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom y Theorell (1981) formularon el modelo *“demanda-control”*, cuya tesis principal es que el estrés laboral viene determinado por la relación entre las demandas psicológicas y el nivel de control. Por demandas psicológicas nos referimos a cargas elevadas de actividad, órdenes contradictorias, interrupciones, presión de tiempo con que se ha de ejecutar una tarea o su dificultad, o similares, que incrementan el estrés del trabajador. El nivel de control abarca todos los recursos que la organización proporciona a los trabajadores, como los materiales suficientes para realizar sus tareas, las posibilidades para el desarrollo de habilidades, el grado de autonomía para gestionar su tiempo y tomar decisiones, así como el empoderamiento en la toma de disposiciones que puedan afectarles, entre otros. Según esta teoría, el control sobre la tarea vendría a mitigar el impacto que las demandas tienen sobre el estrés del trabajador. El modelo define cuatro tipos de ocupaciones en función de la interacción entre las demandas psicológicas y el control: activas (alta demanda y alto control); pasivas (baja demanda, bajo control); de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control). En consecuencia, se considera que el estrés laboral tiene sus causas en la organización.

Las investigaciones realizadas desde este marco teórico han encontrado en ocasiones resultados inesperados, según la revisión de Bakker y Demerouti (2007). Así, en algunos casos, un mayor grado de control y autonomía acaba incrementando el nivel de estrés de los trabajadores. Este resultado puede tener su explicación en que, a mayor grado de control en la toma de decisiones, se requiere mayor

cantidad de recursos cognitivos, lo que implica que la tarea sea más demandante para el trabajador.

Para dar cuenta de este y otros resultados, aparentemente inconsistentes, con este modelo, los investigadores han tenido que replantearse la posibilidad de la existencia de otras variables que medien entre las demandas del trabajo y el control, por un lado, y el estrés por otro. Así, Johnson y Hall (1988), añadieron una tercera variable a este modelo, el apoyo social, compuesto tanto por el que se recibe por parte de los compañeros como el recibido por los jefes, y que actuaría modificando el efecto en los casos de alta tensión, de tal marea que un alto nivel de apoyo en el trabajo disminuye el efecto. Como se ha comprobado en innumerables estudios, esta variable está directamente relacionada con la salud psicológica y física (Almagia, 2014) y que, más que el apoyo real, lo importante es el apoyo percibido por la persona (Korschun, Battacharya & Swain, 2014). El modelo contempla, además del papel modulador del apoyo social, el de las gratificaciones intrínsecas del trabajo.

Finalmente, las Teorías interactivas dan una gran relevancia a los factores psicológicos que median entre el estresor y la respuesta de estrés. Según estos modelos, la persona evalúa ciertas situaciones como amenazantes, puesto que sobrepasan los recursos con los que cuenta para afrontarlas. El estrés es entendido, por tanto, como un conjunto de variables que interaccionan, como son la presencia de sucesos estresantes (sobrecarga, falta de equidad), por un lado; los procesos cognitivos de evaluación, las variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales, por otro y, finalmente, respuestas fisiológicas y psicológicas y las estrategias de afrontamiento (evitación, negación, afrontamiento activo, etc.). Una de las respuestas fisiológicas características es la activación de los sistemas neuroendocrino, hipotálamo-hipofiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal; así como del Sistema Nervioso Autónomo. El estrés puede alterar parámetros del funcionamiento inmunológico, siendo esta alteración de índole inmunosupresiva.

En las Encuestas sobre Condiciones de la Calidad de Vida en el Trabajo, el estrés se constituye como la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afecta a millones de trabajadores y supone altos costes en gastos sanitarios, pérdida de productividad, incidencias y errores laborales, incluyendo accidentes de trabajo. Pero la consecuencia más dramática, sin duda, es la pérdida de profesionales cualificados, irrecuperables para el mundo laboral.

Actualmente no se cuestionan las implicaciones que los riesgos psicosociales tienen sobre la salud (Buceta & Bueno, 1995; Gascón et al., 2003), ni la conveniencia de su prevención dentro de un contexto general de promoción proactiva de la salud con la implementación de buenas prácticas. La evidencia empírica ha mostrado que no estamos ante un problema de individuos (Leiter & Maslach, 2000) y las organizaciones, en este caso los centros hosteleros, comprenden que dedicar esfuerzos a prevenir los riesgos psicosociales no supone un gasto innecesario, sino una inversión. Con ello no sólo se consiguen organizaciones más saludables y mejor clima laboral, sino también mayor calidad en el servicio y en la atención. Las

nuevas tendencias de dirección apuestan por la revalorización del capital humano, incorporando una visión sobre la realidad de la empresa en la que se otorga mayor peso a las personas, posibilitando la aplicación de distintos conocimientos y métodos de las ciencias del comportamiento (Kehoe & Wright, 2013).

Para realizar una óptima prevención de los riesgos psicosociales debe partirse de una evaluación exhaustiva y continuar con una intervención fundamentada en los resultados encontrados, que se centre sobre las condiciones del trabajo y los aspectos organizativos que puedan suponer causas de estrés, malestar, etc., existentes, para eliminar o paliar, en el peor de los casos, el mayor número de causas, no solo en el momento de la intervención sino con miras a evitar reapariciones futuras. No obstante, está demostrado que no es tarea sencilla intervenir sobre estos riesgos, por diversos factores (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2005). Uno de los más importantes es que, quizá, los profesionales nos encontremos lastrados por el hecho de que durante mucho tiempo el estrés se consideró un problema básicamente individual, una manifestación de *debilidad* por parte del trabajador, que conllevaba un estigma que debía ocultar hasta el límite de sus fuerzas (Leiter & Maslach, 2000). Como se ha referido, las investigaciones muestran que el estrés laboral tiene más que ver con la organización, cuya estructura y funcionamiento se gesta por las interacciones entre individuos. Esto no significa que variables personales y demográficas, como las formas de afrontamiento o el apoyo social, no tengan importancia. Son muchos los factores que contribuyen al proceso y distintas las combinaciones que pueden generar entre ellos, por lo que debe ser entendido como un problema interactivo. Por otra parte, a estos riesgos se les ha otorgado el calificativo de “invisibles”, no son tan fáciles de medir como la temperatura, el ruido o las vibraciones y, aunque la legislación imponga la obligatoriedad de su prevención, no establece cómo deben ser evaluados y cómo debe realizarse una prevención pautada y eficaz.

Otras dificultades a la hora de emprender la evaluación e intervención sobre estos riesgos, tienen que ver con la falta de precisión legislativa. Si bien la Unión Europea no deja dudas en cuanto a otros tipos de riesgos laborales (físicos, químicos, biológicos), al referirse a los riesgos psicosociales ha mostrado mayor ambigüedad en los últimos años, limitándose a recomendar la evaluación, sin obligar a la intervención y a promover el intercambio de experiencias entre países e instituciones. No obstante, desde 2012, la Unión Europea se ha mostrado más restrictiva y explícita sobre este asunto, combinando las ayudas a las instituciones investigadoras y las medidas de inspección y sancionadoras por su incumplimiento (Eurofound & EU-OSHA, 2014). Finalmente, se han señalado dificultades añadidas a la tarea de evaluar estos factores de riesgo, de manera especial: cierta oposición por parte de los directivos a permitir la evaluación, unida a la desconfianza de los trabajadores sobre el hecho de que esa actividad pudiera revertir en beneficios para ellos o que se salvaguardara su anonimato e intimidad.

Desde hace algunas décadas sin embargo, en Europa del Norte y más recientemente en el resto de países de la Unión Europea, los directivos han ido comprendiendo que el hecho de dedicar esfuerzos a prevenir los riesgos psicosociales, no sólo consigue organizaciones saludables y mejor clima laboral, sino también mayor

calidad en el servicio y en la atención y, por lo tanto, una mayor satisfacción en los clientes.

Aunque quede claro que el estrés laboral no es un problema individual, los tipos de intervención en las últimas decenas de años han estado orientados hacia el trabajador, a entrenar al individuo en estrategias para afrontar el estrés. Estas técnicas, por sí solas, no producían los cambios deseados y comenzaron a ser implantados métodos de prevención de carácter grupal dirigidos a mejorar las relaciones, fomentar el espíritu de equipo, los sistemas de comunicación, la conciliación de conflictos, etc. De cara a la prevención, se ha constatado que son más recomendables que las medidas particulares, pero claramente insuficientes.

Para disminuir los riesgos psicosociales en una organización es preciso determinar cuáles de esos factores pueden ser fuente de estrés. Estos se generan de manera progresiva y, normalmente, se encuentran en diferentes fases, por lo que es necesario detectar que se están produciendo situaciones estresantes en la organización e identificar qué aspectos las motivan e intervenir sobre ellas. Las variables apuntadas en diversas investigaciones pueden resumirse en: demandas excesivas, ritmo de trabajo, control, ambigüedad y conflicto de rol, relaciones personales, estilos de dirección y supervisión, sistemas de información, regulación de conflictos, inadaptación al puesto, responsabilidades, inestabilidad laboral, etc.

Los estudios que muestran logros positivos en prevención a nivel organizacional tienen en común la detección de las áreas de riesgo psicosocial mediante sondeos a la plantilla, con la finalidad de elaborar un informe que dé lugar a una planificación dirigida a producir cambios positivos en la empresa. Pero tampoco las medidas en el nivel organizacional serán efectivas si el trabajador sigue percibiendo que algunas condiciones del puesto le resultan estresantes. Por ello es importante no olvidarse de dotar al individuo de estrategias y habilidades, atendiendo a la transformación de las emociones, o actuando directamente sobre el problema. Se pueden acompañar de estrategias destinadas a mejorar la comunicación: entrenamiento en habilidades comunicativas, asertividad, solución de conflictos, trabajo en equipo, gestión del tiempo, mejora del liderazgo, etc.

OBJETIVO

El objetivo del estudio consistió en la evaluación de los riesgos psicosociales en trabajadores de hostelería (hoteles, restaurantes, empresas de catering) con el fin de obtener información para realizar diseños de intervención – según los aspectos encontrados - y la posterior aplicación de tales programas de mejora, esperando que los resultados mostraran beneficios en los niveles de estrés psicosocial, en salud percibida y en la calidad del servicio.

Se pretendió realizar tal evaluación contemplando empresas de diferente tamaño y emplazamiento, teniendo en cuenta a los distintos niveles laborales (directivos, mandos intermedios, conserjes, personal de habitaciones, camareros, etc.) y tratando de resaltar los aspectos positivos encontrados en las empresas sobre los que apoyar un plan de intervención *a medida*.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en 12 hoteles, 11 restaurantes y 2 empresas de catering de la Comunidad Autónoma de Aragón (España). La primera fase, que es la que se describe en este capítulo, consistió en la evaluación de los riesgos psicosociales que pudieran estar presentes en estos establecimientos, la sintomatología física y psicológica, así como el grado de ajuste de la relación profesional-cliente, mediante una encuesta que incluía diversos cuestionarios, que se detallan más adelante, a la totalidad de las plantillas.

Posteriormente, las conclusiones obtenidas sirvieron para elaborar un protocolo de intervención de fácil aplicación en centros de hostelería y otros tipos de organizaciones y con recomendaciones sobre formas de intervenir ante problemas específicos. Este material pretende facilitar la tarea a los profesionales de los servicios de prevención y de salud laboral a la hora de diseñar una intervención preventiva de los riesgos psicosociales con criterios de eficacia y eficiencia.

La elaboración de protocolos de intervención *a medida* (entrenamiento en afrontamiento del estrés, grupos para el desarrollo de cambios en la organización de la empresa), se basó en el informe de la evaluación realizada en empresas hosteleras de las tres provincias aragonesas (hoteles, restaurantes y empresas de catering) en la que se analizan las dimensiones opuestas al *burnout* (Energía, Implicación y Eficacia), los factores que contribuyen a esos niveles (carga manejable, control sobre la tarea, recompensas intrínsecas, sentido de justicia, comunidad, etc.), y variables como sistemas de comunicación, supervisión, habilidades sociales y comunicativas, salud, ajuste en la relación con el cliente, percepción de cambio, formación, etc.

Los diseños de intervención (que cubrieron aspectos organizacionales, grupales e individuales) partieron de los resultados hallados, procediendo primeramente a diseñar un plan de acción para la mejora de las condiciones laborales en aquellos centros que lo precisaron y sobre los aspectos que se evidenciaron como más necesarios y urgentes, con objetivos y calendario precisos.

La intervención en el nivel individual-grupal consistió en un entrenamiento con formato de curso en el que se abordaron: habilidades para el afrontamiento del estrés, así como, técnicas de relajación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, manejo del tiempo y habilidades comunicativas. La parte dirigida a transformar aspectos de la organización se realizó con los datos que arrojó la evaluación, siguiendo las recomendaciones propuestas por Leiter y Maslach, e individualizando en cada centro basándonos en los puntos fuertes que permitan intervenir sobre aquellos riesgos que exijan mayor y más temprana intervención.

Participantes:

535 participantes, empleados y directivos de 12 hoteles, 11 restaurantes y dos empresas de catering de diferente tamaño de Aragón. La media de edad fue de 37,09 años ($ST=10,826$). La muestra estuvo compuesta por 22 directivos, 121 mandos intermedios y 392 empleados, en lo que se refiere a su nivel de responsabilidad.

De ellos, 35 trabajaban en administración, 66 en recepción, 18 en conserjería, 155 eran camareros, 121 tenían su puesto de trabajo en las cocinas, 45 en el servicio de habitaciones, 40 se encargaban de la limpieza, 37 del mantenimiento y 31 de otras labores. El 61,7% estaba contratado en régimen de contrato indefinido. El resto de los participantes tenían contratos temporales.

En cuanto a la política de prevención de riesgos laborales existía una gran diferencia entre los centros de gran tamaño y los pequeños. Los primeros contaban con servicio de prevención propio, planes de formación y políticas definidas respecto a factores laborales tales como valores, salario, formación, prevención de drogodependencias e igualdad. Los centros más pequeños contaban con la asesoría de Servicios de Prevención externos. La encuesta incluyó a la plantilla permanente en el mismo puesto durante el año anterior. Los cuestionarios fueron distribuidos en sesiones informativas llevadas a cabo en grupos de entre 15-20 personas a quienes, previamente, se les ofreció información sobre el estudio y los fines del mismo. Los participantes entregaban su encuesta de manera anónima en buzones o cajas situados en cada centro durante un período que osciló entre una y dos semanas.

Instrumentos:

Los empleados completaron una encuesta que contenía los siguientes cuestionarios:

- Ficha de datos demográficos con información personal, familiar y laboral.
- *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI). Cuestionario validado del original MBI (Maslach, Jackson, y Leiter, 1996). Los 22 ítems recaban información sobre las tres dimensiones del síndrome (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo), puntuando en una escala tipo Likert desde 0=nunca, hasta 6=a diario. En este cuestionario, el síndrome del profesional quemado o burnout, se refleja por altos índices de agotamiento o cinismo y bajos en eficacia o realización personal (Leiter, Schaufeli, 1996).
- *Areas of Worklife Scale* (Leiter & Maslach, 2000, validado a población hispanohablante por Gascón, Leiter, Stright, Santed, Montero-Marín, Andrés & García-Campayo, 2013) incluye 45 ítems: una escala de 16 ítems (que supone la nueva versión corta del MBI) e informa sobre las dimensiones opuestas al burnout (Energía, Implicación y Eficacia) y 29 ítems que informan sobre las áreas que contribuyen a tales dimensiones de la vida laboral: sobrecarga manejable, posibilidad de control, recompensas intrínsecas del trabajo, sentimiento de comunidad, de justicia y congruencia de valores (Gascón et al., 2013). El cuestionario muestra un cuadro sobre el ajuste/desajuste en la congruencia o incongruencia entre la persona y su trabajo. Cada subescala incluye información positiva "*dispongo de suficiente tiempo para realizar lo que es importante en mi trabajo*" (sobrecarga manejable), o negativa "*trabajar aquí supone una contradicción con mis valores personales*" (valores). De tal manera que las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo en una escala Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo), hasta 5 (absolutamente de acuerdo), debiendo invertir las puntuaciones de los ítems negativos para obtener la puntuación total. Para cada una de las seis subescalas, el AWS se

obtiene una puntuación que se considera positiva si supera el 3.0 y negativa si se mantiene por debajo. Las subescalas obtuvieron una consistente estructura factorial y óptimos niveles de fiabilidad y validez en su versión a lengua española (Leiter, Gascón, 2013). Finalmente, el cuestionario ofrece información sobre aspectos de la organización: comunicación, supervisión y percepción de cambio, útiles especialmente a la hora de comprobar si, tras una intervención, se han producido mejoras en la dirección deseada.

- Cuestionario de Ajuste en la Relación Profesional-cliente (Gascón, Albesa, García Campayo, Montero-Marín & Masluk, 2011; Gascón, Martínez-Jarreta, Andrés, Casalod, 2008). Consta de 14 ítem que ofrecen información sobre dos dimensiones relacionadas con el ajuste entre los profesionales y sus pacientes, alumnos o clientes: temor a que el cliente denuncie o dé parte de una atención inadecuada por sentirse herido, molesto o incómodo y, temor ante clientes molestos, violentos o demasiado exigentes. El cuestionario ofrece una adecuada estructura factorial y buenos niveles de fiabilidad y validez.
- Listado de síntomas: no tiene pretensión diagnóstica, sino de autoinforme sobre la frecuencia con que el trabajador padece algunos síntomas: Dolores de cabeza, de espalda, depresión, hipertensión, problemas con el tabaco, alcohol u otras sustancias.
- Cuestionario sobre necesidad de formación, de elaboración propia.
- Preguntas cualitativas abiertas sobre aspectos que el profesional considere de relevancia.

PROCEDIMIENTO

Evaluación: En cada uno de los centros seleccionados se ofreció información a directivos y a empleados sobre la actuación a realizar y se solicitó que rellenaran el cuadernillo de cuestionarios que ofrece información sobre las variables apuntadas en el apartado de *instrumentos*.

Intervención: Una vez evaluados los centros, elaborado un informe global y particular de cada uno, fue seleccionada una cadena de cinco hoteles con restaurante, ya que resulta óptimo el hecho de trabajar con centros independientes de una misma empresa a la hora de intervenir de distintas formas y poder valorar la eficacia de cada uno de los diseños. En uno de los centros se consensuó con directivos y trabajadores un método de intervención sobre aspectos organizacionales (como se verá más adelante, el plan de intervención se basó sobre aspectos que se consideraron fuente de riesgo laboral, en concreto, la mejora de los sistemas de comunicación y el establecimiento de un plan claro de dispensación de recompensas). Esta intervención se ha extendido durante doce meses con el objetivo de evaluar sus resultados al final y al año de haber finalizado. La intervención en formato curso, realizada en dos centros, tuvo una duración de un mes, con reuniones cada tres meses durante un año; en ella se han trabajado aspectos como: entrenamiento en relajación, habilidades comunicativas, asertividad y manejo del tiempo. En otro de los hoteles fueron aplicados los dos métodos, mientras que en un quinto centro no se realizó intervención alguna y está siendo utilizado como grupo control, comprometiéndose con la dirección a aplicar ambos métodos al finalizar las intervenciones.

Evaluación final: Al finalizar las intervenciones se volverá a aplicar el mismo cuestionario de cuestionarios que en la evaluación inicial con el objeto de comparar los resultados antes y después en los centros en los que se ha intervenido.

Para comparar los efectos diferenciales de las condiciones de tratamiento se procederá mediante un análisis de varianza de un factor (ONEWAY). De este modo se descarta la existencia previa de disparidades en el pre-test entre los grupos, de manera que las diferencias que aparezcan en el post-test, tras las intervenciones, y a través de la pertinente prueba de comparación múltiple, puedan ser atribuidas a las intervenciones, y de esta manera, especificar entre qué pares de condiciones se observaban dichas desigualdades. Para analizar, dentro de cada grupo (intervención o control), si se han producido cambios significativos entre el pre-test y el post-test como consecuencia de la intervención, se utilizarán contrastes de medias para muestras dependientes. Se someterá a contraste un modelo explicativo-predictivo de las modificaciones que se hayan producido entre el pre-test y post-test a partir de las distintas variables (riesgos psicosociales y otras variables demográficas y laborales). Para ello se utilizará el análisis de varianza, de modo que las variables que presenten asociaciones significativas con el cambio señalado, sean introducidas en un análisis de regresión lineal múltiple (método de pasos sucesivos) que permita conformar un modelo explicativo-predictivo de dicho cambio.

Confidencialidad: Los investigadores cumplieron su compromiso de respetar las normas de la convención de Helsinki. Por tanto, en todos los cuestionarios rellenos nunca figuran nombres y, una vez procesados informáticamente, serán destruidos. Tanto en los cuestionarios, como en los cursos y en los informes que se elaboran, se asegura la confidencialidad y se busca que los participantes se sientan cómodos a la hora de expresar su visión en los distintos apartados de la encuesta. Los informes (tanto el inicial como el final) discuten el patrón de respuestas como algo global, nunca se tratan las respuestas de un individuo o de un grupo. El equipo tomó las medidas necesarias para asegurar las restricciones del acceso limitado a los datos, especialmente cuando incluyen información demográfica.

La participación en la encuesta chequeo y en los cursos fue absolutamente voluntaria. Así fue explicado de forma verbal y escrita a los participantes.

Limitaciones: existen una serie de sesgos que se consideran implícitos en este tipo de investigaciones:

1. Las respuestas a los cuestionarios son subjetivas, y esa visión, que es una variable importante, debe ser contrastada con datos objetivos que facilitó la dirección de la empresa sobre bajas, rotaciones, abandono del puesto, índices de satisfacción de los clientes, etc., desde un año antes a un año después de la intervención.
2. el hecho de que los participantes conocieran que se estaban evaluando riesgos psicosociales, puede producir sesgo en dos direcciones: maximización o minimización. En todo caso, creemos conveniente que exista información antes de pasar los cuestionarios para lograr su implicación en la etapa de cambio.

RESULTADOS

Se comentan en este apartado los resultados obtenidos en la fase de evaluación inicial, dado que en el momento se están finalizando las intervenciones que ofrecerán información sobre si se han producido mejoras y, pasado un año, se evaluará el mantenimiento de estas hipotéticas mejoras.

Con respecto al absentismo, el número de jornadas perdidas por motivos de salud durante el año anterior varió según el centro. La media total de la muestra se situó en torno a 3,1. Este resultado era congruente con los datos manejados por las empresas.

Dos trabajadores evaluaron su salud como “mala”, 112 como “regular”, pero la mayoría, 421 trabajadores, la consideraron “buena” o “excelente”. Un 5,3% sufría dolores de cabeza con frecuencia, 2,1% síntomas de depresión, 5,6 % molestias gastrointestinales, un 8,1 síntomas de estrés y un 23.5% sobrecarga frecuente. Esta sintomatología correlacionó de forma negativa y estadísticamente significativa con las dimensiones opuestas al burnout (Energía e Implicación). Ver tabla 1.

Tabla 1. Correlación Rho de Spearman entre dimensiones opuestas al burnout y sintomatología

	<i>Cabeza</i>	<i>depres</i>	<i>gastro</i>	<i>estrés</i>	<i>carga</i>
Energía	-,198**	-,341**	-,328**	-,289**	-,491**
Implicación	-,144	-,283*	-,112	-,154**	-,271**

Tabla 2. Correlación Rho de Spearman entre dimensiones opuestas al burnout y factores psicosociales (áreas de la vida laboral).

	energía	Eficacia	Implicación	Carga	Control	Recompen	Comunidad	justicia
Energía		,381**	,627**	,484**	,409**	,322**	,426**	,474**
Eficacia	,381**	1	,379**	,036	,301**	,219**	,306**	,286**
Implicac	,627**	,379**		,294**	,274**	,363**	,442**	,405**
Carga	,484**		,294**		,244**	,233**	,297**	,292**
Control	,409**	,301**	,274**	,244**		,399**	,377**	,427**
Recomp	,322**	,219**	,363**	,233**	,399**		,487**	,421**
Comunid	,426**	,306**	,442**	,297**	,377**	,487**		,540**
Justicia	,474**	,286**	,405**	,292**	,427**	,421**	,540**	
Valores	,498**	,292**	,337**	,330**	,387**	,375**	,428**	,602**

Las dimensiones de energía, implicación y eficacia superaron los índices normativos, especialmente en hoteles. Pero debemos recordar que el estrés y su extremo más dramático, el síndrome del profesional quemado o burnout, son procesos muy lentos en el tiempo, que se desarrollan a lo largo de varios años, por lo que es recomendable observar y medir los indicadores que contribuyen al mismo, de cara a realizar una prevención para el futuro. Por ello, se realizaron Análisis de correlación y de Regresión que permitieran detectar qué variables de la vida laboral

están contribuyendo a generar estrés y, por tanto, que en los años futuros puedan presentar problemas de burnout. Las seis áreas de riesgo psicosocial (en sus medidas positivas) mostraron correlaciones con las dimensiones citadas. Ver tabla 2.

Mediante análisis de regresión se evaluó qué variables estaban contribuyendo a las dimensiones de Energía, Eficacia e Implicación. En el caso de la variable energía/agotamiento, contribuían de manera estadísticamente significativa, un índice de carga laboral manejable, la posibilidad de control sobre la tarea, el sentido de comunidad, de justicia y de valores. El área de recompensas no contribuyó a estos niveles positivos. Ver tabla 3.

Tabla 3. Análisis de Regresión. Variables criterio: Energía/Cansancio (global de todos los centros). Variables predictoras: áreas de la vida laboral.

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	5,228	2,166		2,413	,016
	Workload	,654	,079	,320	8,230	,000
	Control	,594	,142	,176	4,185	,000
	Reward	,014	,171	,004	,082	,934
	Community	,249	,106	,109	2,351	,019
	Fair	,206	,092	,113	2,239	,026
	Values	,510	,111	,215	4,592	,000
a. Dependent Variable: Energy						

Tomando en cuenta los resultados obtenidos con los empleados de restaurantes, únicamente la carga manejable de trabajo, la posibilidad de control del mismo y la congruencia en valores, predecían los buenos niveles de energía. Mientras que las áreas de recompensas y el sentimiento de comunidad y de justicia no contribuían a predecirlo.

En los centros hosteleros, como se hipotetizaba, fueron distintas las variables que contribuía a predecir niveles de Energía/cansancio, dependiendo de si eran directivos o empleados. Como se puede observar en la tabla 4, tanto para directivos como para empleados, las variables de sobrecarga manejable y de control se mostraron como predictoras de mejores niveles de energía. Sin embargo, mientras que para los primeros, recompensas, justicia y valores eran variables que contribuían a la energía, en el caso de los empleados, no era así, mostrándose estas variables, precisamente, como factores de riesgo y presentando mayor peso predictivo el sentimiento de comunidad. Ver tabla 5.

Tabla 4. Análisis de Regresión. Variables criterio: Energía/Cansancio (directivos hoteles).

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	6,349	3,001		3,514	,023
	Workload	,742	,192	,421	9,183	,000
	Control	,633	,281	,183	5,294	,000
	Reward	,117	,274	,069	,149	,051
	Community	,221	,173	,208	1,249	,063
	Fair	,289	,113	,208	3,494	,001
	Values	,689	,194	,327	5,114	,001
a. Dependent Variable: Energy						

Tabla 5. Análisis de Regresión. Variables criterio: Energía/Cansancio (empleados de hoteles).

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	4,336	3,028		3,791	,096
	Workload	,423	,137	,443	7,132	,002
	Control	,461	,111	,128	3,362	,034
	Reward	,014	,171	,004	,082	,934
	Community	,419	,183	,191	3,526	,007
	Fair	,019	,088	,101	1,794	,165
	Values	,2230	,175	,196	3,416	,077
a. Dependent Variable: Energy						

Una variable muy importante en este sector laboral es la relación profesional-cliente, que puede verse afectada por múltiples motivos. El Cuestionario CARC como se puede observar en la tabla 6; mostró correlaciones negativas y estadísticamente significativas con las variables opuestas al burnout, en los profesionales de hoteles y restaurantes (-,349 con energía, -,186 con eficacia y -,238 con implicación). No podemos establecer una relación causa-efecto, pero sí hipotetizar que cuando el profesional se encuentra agotado, despersonalizado y falta de realización, la relación se ve deteriorada, entrando en un círculo vicioso en el que el trabajador cada vez ofrece peor servicio.

Tabla 6. Correlaciones sobre: Ajuste en la relación profesional-cliente y las variables de burnout.

	Energy	Efficacy	Implication	CAR
Energy	1	,381**	,627**	-,349**
Efficacy		1	,379**	-,186*
Implication			1	-,238**

Por otra parte, la mayoría de los profesionales se consideran formados para sus tareas, aunque el 39,4% reconoce que necesitaría formarse en habilidades relacionadas con el trato con personas. El 63,5% considera que aprender otro idioma mejoraría sus habilidades en el trabajo. Si bien el 66% se siente capaz de resolver los posibles conflictos con los clientes, el resto reconoce, en distinto grado, su dificultad.

En cuanto a canales de comunicación, el 38% se siente contento con la forma en que le llegan instrucciones, el 41%, considera que puede exponer sus quejas y dudas y recibir una respuesta. Un 76% no siente el reconocimiento por sus éxitos y la mitad tiene la sensación de que no se le indican claramente los objetivos y tareas que se esperan de ellos. El 58% se siente respaldado por la dirección ante abusos o malentendidos, pero no así el 42%.

Por todo ello, como se ha indicado, la intervención sobre aspectos organizacionales se basó en mejorar el sistema de comunicación en la empresa y en diseñar un modelo de dispensación de recompensas (formación a los mandos intermedios para ofrecer feedback, instauración de premios a las mejores ideas presentadas en equipo, información mensual sobre satisfacción de clientes, gratificaciones económicas trimestrales a los equipos mejor valorados, etc.). La intervención sobre entrenamiento en afrontamiento del estrés ya ha sido descrita.

DISCUSIÓN

En la evaluación de factores psicosociales en hostelería, se puso en evidencia la necesidad de comunicación, coordinación entre estamentos y posibilidad de mayor formación y promoción interna. Apoyándonos en los aspectos positivos y considerando los negativos, se diseñaron dos tipos de intervención para ser aplicados en cuatro hoteles de una misma cadena: A) Intervención sobre recompensas y sistemas de comunicación; B) entrenamiento en afrontamiento del estrés (habilidades sociales, asertividad, resolución de problemas; C) programa mixto de los dos anteriores; D) grupo control sin intervención. Las intervenciones fueron puestas en marcha en mayo de 2014 y pasado un año se evaluarán los resultados. Esperamos que el grupo mixto sea superior al resto en cuanto a mejoras en riesgos psicosociales y salud.

En España, si bien se encuentra normalizada la prevención de riesgos físicos, químicos, biológicos, etc., mediante la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y otras normativas posteriores, no existe la misma claridad legislativa en cuanto a los riesgos psicosociales, puesto que se obliga a la evaluación pero no se imponen medidas preventivas. En la práctica, además, nos encontramos con que en la mayoría de los Planes de Prevención de Riesgos Laborales no se consideran los riesgos psicosociales. Conocedora de ello, la Unión Europea ha propuesto recomendaciones y fomenta entre sus estados miembros el intercambio de experiencias respecto al tema.

En este punto, tanto este trabajo como los anteriores realizados por nuestro equipo de investigación, no se limitan a la evaluación del sector (sanidad, educación), sino a la elaboración de programas preventivos. En el caso concreto del

sector de la hostelería, además, un aspecto innovador de la actuación es que tanto la evaluación e intervención abarca a empleados y directivos, dado que aunque existen trabajos publicados sobre el tema, son estudios de evaluación centrados en los empleados, obviando los riesgos de los directivos que son sustancialmente diferentes.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante plantillas jóvenes, con ganas de mejorar y que valoran la estabilidad y los retos en su trabajo. Los niveles de Energía, Implicación y Eficacia son adecuados, encontrándose por encima de la media. Pero no podemos olvidar que las variables del estrés y del *burnout* son dinámicas y que, de no revisarse e introducir mejoras, con el tiempo van a ir deteriorándose.

Las variables que están contribuyendo a buenos niveles de energía son, en general: una carga manejable, la posibilidad de cierto control sobre la tarea, sentimiento de comunidad y de justicia. Mientras que la variable "recompensas" pareciera ser la que menos está contribuyendo. Esto no significa que todos los empleados sientan que su carga es manejable y que tienen posibilidad de control, sino que estas variables son las que más peso presentan a la hora de predecir los niveles de energía.

Respecto a la "Eficacia", es nuevamente el control y la congruencia de valores las que explican mejor esta variable, sorprendentemente, la carga de trabajo no manejable contribuye a un descenso de la eficacia.

La "Implicación" en el trabajo es explicada por el sentimiento de Comunidad, mientras que el resto de áreas (carga de trabajo, justicia, control, recompensas) no contribuyen o lo hacen en sentido inverso.

Los índices de la variable "Ajuste en la relación empleado-cliente" correlacionan de forma negativa con el estrés, tal como hemos visto en otros estudios. Es decir: cuando esta dimensión está deteriorada, influye en los niveles de Energía, Implicación y Eficacia y viceversa.

La sintomatología en salud, correlaciona también negativamente con los niveles de estrés.

En cuanto a los comentarios cualitativos, observamos en algunos puestos satisfacción por la estabilidad laboral, la puntualidad en los salarios y el respeto por las fechas de vacaciones. Como aspecto común en hoteles y restaurantes, se resalta la mayor necesidad de comunicación, la coordinación entre estamentos y la posibilidad de mayor formación y promoción interna.

A modo de conclusión final: en nuestro país, si bien se encuentra normalizada la prevención de riesgos físicos, químicos, biológicos, etc., mediante la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y otras normativas posteriores, no existe la misma claridad legislativa en cuanto a los riesgos psicosociales, que obliga a la evaluación sin imponer medidas preventivas. La Unión Europea ha propuesto recomen-

daciones y fomenta entre sus estados miembros el intercambio de experiencias respecto al tema. Éste y anteriores trabajos de nuestro equipo de investigación son experiencias, de evaluación en un sector (sanidad, educación), sino de elaboración de programas preventivos.

En el campo elegido, el sector de la hostelería, aunque existen trabajos publicados sobre el tema, son estudios de evaluación centrados en los empleados. Un aspecto innovador de la actuación es la evaluación e intervención tanto en empleados como en directivos.

La actividad de hostelería, en general, puede ser generadora de altos índices de estrés, especialmente si el trabajador asume tareas diversas (recepción, camarero, servicio de habitaciones, etc.). La sobrecarga laboral y la ausencia de control sobre las tareas se constituyen como principales factores de riesgo psicosocial, el riesgo se incrementa en el caso de que el trabajador perciba una falta de justicia, de recompensas o de conflicto de valores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Barra Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Basch, J., & Fisher, C. D. (1998). Affective events-emotions matrix: A classification of work events and associated emotions. *School of Business Discussion Papers*, 65.
- Buceta, J.M. Y Bueno, A.M. Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados. Madrid. Dykinson. 1995.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide, 36-37.
- Eurofound and EU-OSHA (2014), Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., Ford, D. E., Mead, L. A., Levine, D. M., Wang, N. Y., & Klag, M. J. (1995). The Psychosocial work environment of physicians: the impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School Graduates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(9), 1151-1159.
- Gascón, S., Olmedo, M., Bermúdez, J., García-Campayo, J. Estrés y salud. Cuadernos de medicina psicosomática. Barcelona. 2003.
- Gascón, S; Martínez-Jarreta B; Andrés, E; Casaldó Y. (2008). Measure of the imbalance in assistance relationships: Validation of the TEEM Questionnaire". *International Journal of Psychology*. Vol 43 (3/4) pp 785-788.
- Gascón, S., Albesa, A., García-Campayo, J., Alda, M., Montero-Marín, J., Masluk, B. Medida del desajuste en la relación docente (cuestionario card). 2011
- Gascón S, Leiter MP, Stright N., Martínez-Jarreta B., Santed M.A., Andrés E. Development and Factor Confirmation of the "Areas of worklife Scale" to Spanish Translation. *Pan American Journal of Occupational Health*. 2010.

- Gascon, S., Leiter, M. P., Andrés, E., Santed, M. A., Pereira, J. P., Cunha, M. J., ... & Martínez-Jarreta, B. (2013). The role of aggressions suffered by health-care workers as predictors of burnout. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3120-3129.
- Gascón, S., Leiter, M. P., Stright, N., Santed, M. A., Montero-Marín, J., Andrés, E., ... & García-Campayo, J. (2013). A factor confirmation and convergent validity of the "areas of worklife scale"(AWS) to Spanish translation. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 63.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide*, 36-37.
- Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre riesgos psicosociales. NIPO: 270-12-061-2 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. España, 2012.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342.
- Kalimo et al. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Organización Mundial de la Salud. 1988.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American journal of public health*, 71(7), 694-705.
- Kehoe, R. R., & Wright, P. M. (2013). The impact of high-performance human resource practices on employees' attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 39(2), 366-391.
- Kim HJ, 2008. Hotel service providers' emotional labor: the antecedents and effects on burnout. *International Journal of Hospitality Management*. 27: 151-161.
- Kompier, M., Levi, L. Stress at Work: causes, effects and prevention. Dublín: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1996.
- Korschun, D., Bhattacharya, C. B., & Swain, S. D. (2014). Corporate social responsibility, customer orientation, and the job performance of frontline employees. *Journal of Marketing*, 78(3), 20-37.
- Leiter M.P. y Maslach C. *Preventing Burnout and building engagement*. S. Francisco: Jossey-Bass. 2000
- Maslach C., Leiter M. The truth about burnout. Jossey-Bass Publishers. S.Fran-cisco. 1999
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121.

AGRADECIMIENTOS

Unión Europea, Gobierno de Aragón, Universidad de Zaragoza, Fundación Disminuidos Físicos de Aragón; empresas, públicas y privadas.

2.2 Factores psicosociales y trabajo en profesionales de salud en una ciudad del nordeste de Brasil.

MARIANA RAMALHO DE FARIAS*
JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO & JACQUES
ANTONIO CAVALCANTE MACIEL

¹Universidad Federal de Ceará - UFC. *marifarias_odonto@yahoo.com.br

²Universidad Estadual de Ceara-UECE

³Programa de Posgrado en Salud de la Familia. Universidad Federal de Ceará-UFC

RESUMEN

Esta investigación tiene como objeto de estudio la relación entre el trabajo y la angustia psicológica de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud en el municipio de Sobral, Ceará, con la finalidad de comprender la relación entre factores psicosociales y trabajo. Tiene como objetivo específico estimar la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) en estos sujetos y correlacionar con los perfiles de riesgo de enfermarse en el trabajo. La metodología elegida opta por una investigación cuantitativa, transversal. La muestra está formada por 433 trabajadores que actúan en la atención primaria. Forman parte médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, cirujanos dentistas, auxiliares de salud bucal y los agentes comunitarios de salud. Para el proceso de investigación, se utilizaron tres herramientas: un cuestionario sociodemográfico y profesional; la versión en portugués del Job Content Questionnaire y la versión en portugués del Self Report Questionnaire-20. Los datos fueron procesados en SPSS y analizados mediante la prueba estadística de chi-cuadrado y del modelo de Demanda/Control. Los resultados mostraron una prevalencia de 26,8% de TMC, con mayor frecuencia entre los Agentes Comunitarios de Salud. En cuanto al modelo de Demanda/Control, aproximadamente 5% de los trabajadores tenían un gran desgaste en el trabajo. Se comprobó que cuanto mayor es la posición jerárquica en el equipo, menores serán los riesgos de enfermedad relacionados con el trabajo. Las categorías de nivel medio, especialmente los Agentes Comunitarios de Salud, tenían un mayor riesgo de enfermarse relacionado al trabajo.

Palabras Clave: Salud Mental; Salud Laboral; Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN

Sampaio (1998) define el trabajo como un conjunto de actividades que resulta en la apropiación de la naturaleza por el hombre, media los procedimientos de apropiación y reproduce al hombre mismo, revistiéndose de formas específicas en cada modo de producción de las condiciones de existencia. En el modo de producción capitalista, el trabajo presenta una naturaleza doble y contradictoria: el trabajo abstracto, indirectamente representado por las horas de trabajo y sus formas de explotación y construcción de significados; y el trabajo concreto, directamente

representado por las condiciones, los ritmos, las jerarquías, procesos, técnicas, sociabilidades y productos. El trabajo genera, por lo tanto, utilidad y bienes, mercado y mercancías, valores de uso, valores de cambio y relaciones sociales, volviéndose en actividad humana por excelencia.

El proceso de trabajo pasa por cambios permanentes en función de los cambios de la base productiva, de las tecnologías desarrolladas y de los métodos de producción y distribución de la riqueza y del poder. Con el advenimiento del modo de producción capitalista, incluso desde su origen colonial en los mercados, pero, principalmente a partir de la Revolución Industrial, los cambios han sido sucesivos y radicales (MERHY, 2007a).

En paralelo a estos cambios, sucedió la expansión del sector terciario, el sector de servicios, y el proceso de homogeneización de las empresas, la fragmentación de las etapas de la producción, en pequeñas partes; y el avance de su dominio, que se caracteriza por la globalización, las nuevas necesidades han surgido en el perfil de los empleados, que deben ser polivalentes (preparados para realizar varias funciones), especialistas (con mayor experiencia en la ejecución de tareas) y con iniciativa, pero sin autonomía para decidir los medios y los fines de su trabajo.

La revolución de la información, junto con los otros cambios ya mencionados, exigió cambios en la organización de la producción y del trabajo, en particular en las formas de gestión y en la formación profesional. Por lo tanto, las organizaciones han adoptado nuevos modelos de gestión, que se caracterizan por estrategias de gestión para lograr los objetivos de la empresa. Estos tipos de gestión pueden ser responsables por del nivel de tensión en una empresa, mientras que incorpora factores intrínsecos (trabajadores, tecnología empleada, la cultura organizacional) y extrínsecos (contextos macro y micro económicas, políticas, legislación y sindicatos) en su organización.

El más conocido de estos modelos es el modelo Taylorista / Fordista, en que el trabajo es fragmentado, con la especialización de los trabajadores para el ejercicio de las tareas delegadas, repetitivas y estandarizadas, con un tiempo predeterminado, como las líneas de montaje. En este modelo, la empresa la ven como una máquina, mientras que sus trabajadores son los engranajes. Hay un control del proceso de producción, desde la definición de los métodos de producción y sus tiempos , a partir de una jerarquía rígida, supervisar el trabajo para obtener el mejor rendimiento, lo que conlleva a una falta de motivación y a la alienación del trabajador (PIRES, 2004).

Una derivación del modelo Taylorista / Fordista es el modelo japonés que se llama Toyotismo. En él, se busca la calidad de la atención, lo que requiere no sólo el "hacer" del trabajador, sino otras habilidades como su proactividad y su disposición intelectual y afectiva para anticipar soluciones a los problemas. Así, el toyotismo alienta al empleado a pensar, sin embargo, no permite una mayor autonomía y flexibilidad en su proceso de trabajo.

Sin embargo, no solamente el modelo adoptado, que depende de la naturaleza, del tipo de servicio y de la estructura organizacional, sino que, principalmente, el contexto organizacional, presentan factores, posibilidades y dinámicas de los riesgos relacionados a las manifestaciones de trastornos psíquicos en los trabajadores.

En relación con el trabajo y la transición específicamente en el sector de la salud, hay algunos estudios de Mendes-Gonçalves (1994), Campos (2006), Pires (2004), Merhy (2007a, 2007b). Estos autores creen que los cambios en el trabajo industrial y los servicios influyeron por un lado, en el sector de la salud, especialmente en el uso intensivo de la tecnología de punta en el caso de los hospitales, y por otro lado, el enfrentamiento de las desigualdades sociales, en el caso de la atención primaria. Se asocian a este modelo, la urbanización, la subcontratación, el producto abstracto y subcontratación, como Pires indica (1996), al incluir el trabajo en salud como parte del creciente sector de servicios, es filial actual del taylorismo-fordismo industrial.

Sin embargo, se vuelve difícil enmarcar el sector de la salud dentro de un modelo específico, ya que aunque sufriendo la influencia de las organizaciones productivas hegemónicas, el trabajo en salud se presenta como una forma de trabajo diferenciado, porque el conocimiento en salud y su producto inmediato, la prestación de atención a la salud, operada por varias formas de atención, se produce en el mismo momento en que se consume, siendo inseparable el producto del proceso que lo produce. Así que en el proceso de trabajo de salud hay un encuentro entre el agente productor con sus herramientas de conocimiento, equipos, técnicas y tecnologías, con el agente consumidor, volviéndolo en parte objeto de la acción del productor, pero sin que por ello deje de ser también un agente que, en acto, pone sus intenciones, conocimientos y representaciones, expresados como una manera de sentir y elaborar necesidades, percibidas o no, en el momento del trabajo.

Campos (2006) discutió este tema, al considerar que no se tomaba en cuenta las personas que operarían y disfrutarían de esta máquina, generando una situación de estancamiento con los trabajadores de salud en el área pública, que se sienten frustrados, desgraciados, que trabajan para la supervivencia y para garantizar cierto nivel de consumo.

Merhy (2007), al reflexionar sobre el proceso de trabajo en salud, cree que los profesionales de la salud en su proceso de producción, se convierten en un objeto, víctimas del modelo liberal-privatizado. Esta situación genera insatisfacción y falta de papel en relación con el objeto de trabajo y medios de trabajo, lo que lleva a la alienación.

La investigación realizada por Farias (2009) converge con Merhy (2007), en cuanto a la investigación del equipo de atención primaria, ya que señaló que había alienación en relación con el objeto del trabajo, y las cuestiones carentes de poder impuestas por los usuarios. Esta situación generó un marco para la insatisfacción profesional, la falta de rendición de cuentas, la conciencia y el compromiso con la producción de la atención, lo que debilita la relación profesional-usuario.

Otros factores que favorecen el desarrollo de los trastornos psicológicos en los profesionales de la salud consiste en la falta de control y autonomía en el desarrollo de las actividades de trabajo (Theorell, Perski & Akersledt, 1988). Así, cuando las demandas del ambiente de trabajo superan la capacidad de adaptación del sujeto o de sus estrategias defensivas, los trastornos psíquicos tienden a aparecer.

Los factores psicosociales laborales incluyen aspectos como sobrecarga (exceso de tareas, la presión del tiempo y la capacidad de repetición), de baja carga (baja demanda, la monotonía y la falta de creatividad), la falta de control de trabajos (bajo poder de decidir qué y cómo será hecho), el aislamiento social en el lugar de trabajo, los conflictos de roles, interpersonal y la falta de apoyo social (Souza, Carvalho, Araujo & Porto, 2010).

La teoría del modelo de control y de la demanda se centró en la organización del trabajo psicosocial, que define el estrés psicológico y el consecuente resultado de la enfermedad mental y de la interacción entre las demandas psicológicas y control. Demanda psicológica se refiere a las exigencias psicológicas que se enfrentan en el cumplimiento de la tarea, que implica la presión del tiempo, la concentración y la interdependencia de las tareas. El control se refiere a la capacidad y habilidad de los trabajadores para tomar decisiones sobre su propio trabajo. La principal predicción del modelo es que la mayoría de los efectos adversos para la salud se producen cuando la demanda es alta y el control es bajo (Araujo, Graça & Araujo, 2003).

Cuando se trata de control sobre el trabajo, es necesario investigar el dominio del empleado sobre sus procesos de trabajo, así como las formas en que se explota el trabajo. La pérdida de control sobre el trabajo implica la presencia de la alienación, del sufrimiento, y, posiblemente, en determinadas condiciones, de enfermedades mentales. Los conflictos, contradictorios o antagónicos, entre lo que es, objetivamente, y lo que está representado en la conciencia, se agudiza en forma de distanciamiento y ansiedad.

Por lo tanto, visto lo anterior, se puede establecer algunos temas a tratar:

- ¿El proceso de trabajo de los profesionales de atención primaria de salud favorece la aparición de un estándar de trastornos psicológicos?
- ¿Qué factores psicosociales están relacionados con el trabajo y la enfermedad mental?

Teniendo en cuenta las preguntas propuestas, lo que demuestra la relevancia del tema, la falta de estudios que abordan los profesionales de atención primaria y los cambios en el proceso de trabajo, es importante el presente estudio.

También es de gran importancia para la planificación y la organización de acciones para la salud mental de los trabajadores de la salud, en particular los de atención primaria. Con el análisis realizado en este estudio, es posible medir y calificar el proceso de trabajo y el sufrimiento mental de estos trabajadores, dando soporte a los debates sobre la necesidad de desarrollar nuevas políticas y, en con-

secuencia, nuevas prácticas en Salud Pública con la intención de mejorar la calidad de la atención.

De este modo, el objetivo del estudio fue examinar los factores psicosociales asociados al trabajo de los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico transversal de los profesionales de la atención primaria de salud. Asistió a 433 trabajadores, entre ellos médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería, auxiliares de salud bucal y los agentes comunitarios de salud.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de salud del municipio Sobral, Estado de Ceará, Brasil.

Los datos fueron recolectados de enero a abril de 2014, a partir de dos cuestionarios: uno que contiene cuestiones sociodemográficas y laborales y otro con preguntas que contienen datos relacionados con factores psicosociales (Job Content Questionnaire - JCQ).

El JCQ identifica las demandas psicológicas, control sobre el trabajo y el apoyo social, lo que refleja las siguientes situaciones laborales: baja tensión (baja demanda y alto control), un empleo pasivo (baja demanda y bajo control), los trabajos activos (alta demanda y alto control) y de alta tensión (alta demanda y bajo control). Para obtener cada indicador relacionado se suman las variables y se dicotomizan en alta y baja, utilizando un punto de corte.

Los datos fueron procesados en el programa SPSS y se analizaron mediante el test de chi-cuadrado y valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre los 433 trabajadores, dominó la categoría profesional de los Agentes Comunitarios de Salud - ACS (48,5%, $n=210$), seguido por los auxiliares/técnicos de enfermería (18,2%, $n=79$), enfermeros (15,7 %, $n=68$), cirujanos dentistas (8,1%, $n=35$), auxiliares/técnicos de la Salud Bucal (6,9%, $n=30$) y médicos (2,5%, $n=11$).

La edad media fue de 37 años ($DP=9,08$ años), con el 35,3% entre 31 a 40 años. Las mujeres representaron el 87,8% ($n=380$), con mayor frecuencia en todas las categorías profesionales analizadas. De todos los sujetos analizados, la mayoría tenía un diploma de secundaria (57,5%, $n=245$), estaban casadas (54,1%, $n=232$) y recibían hasta un salario mínimo (48,7%, $n=208$). De los trabajadores que tenían la educación superior, el 37,2% ($n=64$) tenían de 1 hasta 5 años de graduados y, la mayoría, con la graduación hecha en las instituciones de enseñanza pública del estado de Ceará, principalmente en el municipio de Sobral.

En cuanto al tiempo de servicio en la atención primaria a la salud, la distribución de los sujetos fue homogénea, con un porcentaje del 38% ($n=157$) de los profe-

sionales con más de 11 años de experiencia, mayor que la encontrada en el estudio de Dilelio et al. (2012), donde sólo el 26% de los encuestados trabajaban más de 5 años. El vínculo del trabajo precario, representado por la subcontratación, contrato de trabajo y puesto comisionado, fue informado por el 50,6% (n=208) de los trabajadores, con mayor prevalencia entre los enfermeros (27,4%, n=57). Analizando por separado cada categoría, se verificó que, excepto la categoría de ACS, en el que el 52,6% de los funcionarios tienen puestos públicos, todos los demás tienen contratos de trabajo precarios, especialmente las categorías de cirujanos dentista, enfermero y médico, que presentan, respectivamente, 94,2%, 87,6% y 81,8% de los empleados contratados por medios de contratos de trabajo o nombramientos, sin una garantía plena de los derechos laborales.

Para complementar los ingresos, el 22,4% (n=97) ejercían otra actividad lucrativa, que, en la mayoría de los casos (26,1%, n=28), son en la esfera pública, en la atención hospitalaria o ambulatoria.

La prevalencia global de Trastornos Mentales Comunes - TMC fue del 26,8% (n = 116), frente al 16% e inferior al 42,6% encontrados, respectivamente, en los estudios de Dilelio et al (2012) y Braga et al (2010). No fueron observadas asociaciones estadísticamente significativas entre la ocurrencia de TMC y las variables sociodemográficas como el género, la edad, el estado civil, los ingresos y la educación. Estos resultados coinciden con otros estudios (BRAGA *et al.*, 2010 y DILÉLIO *et. al.*, 2012).

En cuanto a las variables relacionadas con el trabajo, no fueron encontradas tras el test chi cuadrado, asociaciones entre las variables tiempo de graduación, tiempo de actuación en la atención primaria, lugar de trabajo, relación y seguir otra actividad lucrativa con la presencia de TMC. Sin embargo, entre las categorías profesionales, la asociación fue estadísticamente significativa ($p=0,008$), presentándose mayor entre ACS, enfermeros y médicos; seguidas por cirujanos dentistas; y por último, auxiliares de enfermería y de la salud oral (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de los trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia, de acuerdo con la categoría profesional y la aparición de trastornos mentales comunes. Sobral, 2014.

Categoría Profesional	TMC		
	Regalo N (%)	Ausente N (%)	Total N (%)
Agente Comunitario de Salud	70 (33.3)	140 (66.7)	210 (100)
Asistente / Técnico en Enfermería	12 (15.0)	67 (85,0)	79 (100)
Asistente Técnico de Salud Oral	3 (10.0)	27 (90.0)	30 (100)
Cirujano Dentista	7 (20.0)	28 (80.0)	35 (100)
Enfermero	21 (30.8)	47 (69.2)	68 (100)
Médico	3 (27.3)	8 (72.7)	11 (100)
Total	116 (26,8)	317 (73.2)	433 (100)

Chi-cuadrado $p= 0,008$

Fuente: Cuestionario demanda-control. Sobral, 2014.

En relación con la ACS, se encontró una prevalencia de 33,3% de TMC, por debajo del 43,3% que se encuentra en el estudio de Silva y Menezes (2008) y el 50,7% encontrado por BRAGA *et al.* (2010). La prevalencia de TMC de las enfermeras y auxiliares de enfermería fue del 30,8% y 15%, respectivamente, también por debajo del 48% y el 43,8% encontrados por Braga *et al.* (2010).

Analizando por separado las categorías de enfermería y ACS, la celebración de las tasas más altas de prevalencia de TMC, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para verificar la asociación de la categoría con la presencia de TMC. En esta prueba, no hubo asociación estadísticamente significativa entre categoría enfermero y la presencia de TMC ($p=0,4$), sin embargo, existe una asociación entre ser ACS y presentar TMC ($p < 0,05$).

La clasificación de los sujetos, de acuerdo con el modelo de cuatro posibles situaciones de demanda-control de Karasek, se realizó mediante el cálculo del punto de corte, que se obtiene al promediar las variables de demanda, control y apoyo social. Teniendo en cuenta todos sujetos, el punto de corte se estableció como 18 para la demanda, 19 para el control y 22 para el apoyo social.

Los resultados mostraron que la mayoría de los trabajadores (51,7%, $n=224$) estaban en la categoría de bajo requerimiento de trabajo, es decir, con poca demanda de trabajo y alto control, mientras que el 4,8% ($n=21$) estaban con alto desgaste, con altas demandas en el trabajo y bajo control, valores distintos a los encontrados en otros estudios (ARAÚJO *et al.* 2003; BRAGA *et al.*, 2010) en el que las autoras encontraron una mayor prevalencia de individuos en situación alta de desgaste y una menor prevalencia de individuos en un bajo desgaste de los encontrados en este estudio.

Las situaciones de trabajo identificadas por el modelo Karasek no presentaron asociación estadística con variables sociodemográficas, sexo, estado civil y la educación. Se encuentra, sin embargo, una asociación estadísticamente significativa entre las situaciones de riesgo y las variables de ingresos y vínculo de empleo, como se muestra en la Tabla 2.

Es evidente, a partir de los resultados que, cuando más alto es el sueldo recibido, mayor es la tendencia a desarrollar un trabajo de bajo desgaste y pasivo, es decir, los trabajadores tienden a tener menor carga de trabajo y un mayor control sobre lo que será ejecutado.

En cuanto a la relación de trabajo y la situación de trabajo, se observa que los vínculos laborales precarios presentan riesgos menores. Este resultado puede tener el sesgo de la categoría porque la categoría de ACS, que representa a la mayoría de los ingresados por concursos, tiene un proceso de trabajo de alto desgaste, con altas demandas y bajo control. Al establecer la variable de riesgo de enfermedad mental en una variable dicotómica, clasificadas en alto riesgo y de bajo riesgo, no se encuentra esta asociación. Por lo tanto, podemos decir que, en realidad, la asociación se produce por categoría, no necesariamente a través de la contratación.

Tabla 2: Distribución de los trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia, por sexo, estado civil, escolaridad, ingresos, vínculo y situación laboral evaluada por el modelo de control de la demanda. Sobral, 2014.

Riesgo					
	Trabajo Activo N (%)	Gran desgaste N (%)	Bajo desgaste N (%)	Trabajo pasivo N (%)	valor de p
Sexo					0,255
Masculino	7 (13.4)	1 (1,8)	24 (45.2)	21 (39.6)	
Femenino	27 (7,2)	20 (5,2)	200 (52.6)	133 (35,0)	
Estado Civil					0,050
Soltero	17 (11.0)	6 (3.9)	82 (53.2)	49 (31,9)	
Casado/ Unión Estable	16 (6,8)	11 (4.7)	113 (48,8)	92 (39,7)	
Separado	1 (2,9)	1 (2,9)	22 (64.7)	10 (29.5)	
Viudo	0 (0,0)	3 (33.3)	4 (44.4)	2 (22.3)	
Educación					0,820
Educación primaria completa	3 (9,0)	1 (3,0)	17 (50.0)	13 (38.0)	
Escuela Secundaria completa	19 (7,7)	15 (6,1)	108 (44.1)	103 (42,1)	
Educación superior completa	6 (7,8)	2 (2,6)	48 (63,2)	20 (26.4)	
Especialización	4 (6.1)	3 (4.6)	44 (67,7)	14 (21.6)	
Maestría	1 (16.7)	0 (0,0)	3 (50.0)	2 (33.3)	
Ingresos (en SM *)					<0,001
Hasta un SM	20 (9,5)	14 (6,8)	84 (40.2)	91 (43.5)	
Entre el 1 y 2 SM	7 (6,5)	3 (2,8)	58 (53.7)	40 (37.0)	
Entre el 2 y 5 SM	5 (5.6)	4 (4.5)	65 (73,0)	15 (16.9)	
Entre el 5 y 10 SM	2 (11.8)	0 (0,0)	14 (82,3)	1 (5,9)	
Por encima de 10 SM	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50.0)	2 (50.0)	
Situación laboral					<0,001
Contrato del trabajo	3 (4.0)	3 (4.0)	42 (56,0)	27 (36.0)	
Cooperativa	3 (5,8)	0 (0,0)	24 (46.1)	25 (48.1)	
Celetista	6 (6,9)	5 (5.7)	34 (39.2)	42 (48.2)	
Ingreso por concurso	12 (10.3)	9 (7,8)	57 (49.1)	38 (32,8)	
Nominado	9 (11.1)	4 (4.9)	56 (69,2)	12 (14.8)	

* SM = salario mínimo

Fuente: Cuestionario demanda-control. Sobral, 2014.

Al analizar por categorías profesionales, la aplicación de la prueba del chi-cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre las situaciones laborales y la categoría profesional ($p < 0,001$), tal como se presenta en la Tabla 3. No hubo ocurrencia de alto desgaste en las categorías de auxiliar/técnico en salud bucal, cirujano dentista y médico.

Tabla 3: Distribución de los trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia, de acuerdo con la categoría profesional y situación de trabajo evaluada por el modelo de control de la demanda. Sobral, 2014.

Categoría Profesional	Riesgo				Total N (%)
	Trabajo Activo N (%)	Gran desgaste N (%)	Bajo desgaste N (%)	Trabajo pasivo N (%)	
Agente Comunitario de Salud	16 (7,6)	11 (5,3)	99 (47,1)	84 (40,0)	210 (100)
Asistente/Técnico en Enfermería	7 (8,9)	6 (7,6)	30 (38,0)	36 (45,5)	79 (100)
Asistente Técnico de Salud Oral	4 (13,3)	0 (0,0)	12 (40,0)	14 (46,7)	30 (100)
Cirujano Dentista	2 (5,7)	0 (0,0)	29 (82,9)	4 (11,4)	35 (100)
Enfermero	4 (5,9)	4 (5,9)	47 (69,1)	13 (19,1)	68 (100)
Médico	1 (9,0)	0 (0,0)	7 (63,4)	3 (27,3)	11 (100)
Total	34 (7,9)	21 (4,8)	224 (51,7)	154 (35,6)	433 (100)

Fuente: Cuestionario demanda-control. Sobral, 2014.

Los resultados de las Tablas 2 y 3 son complementarias, en que se puede ver que los profesionales que ocupan los niveles superiores jerárquicos, con educación superior y mayores ingresos, tales como cirujanos dentistas, enfermeros y médicos, se concentran en menos desgaste en la clasificación de menor desgaste a la salud mental y por consiguiente, con menos riesgo de enfermedad relacionada con el trabajo.

En clasificación de alto riesgo a la enfermedad mental, representada por las altas exigencias psicológicas y el bajo control en el trabajo, el 4,8% (n=21), de los cuales el 7,6% (n=6) de los asistentes y técnicos de enfermería, 5,9% (n=4) de los enfermeros y 5,3% (n=11) de los ACS.

En relación a las situaciones de TMC y las situaciones de riesgo descritos por Karasek, aunque haya una mayor frecuencia de TMC entre los trabajadores expuestos a un bajo desgaste, no fue encontrada ninguna asociación estadística entre las variables (p=0,7).

También se analizó la contribución de cada variable (demanda, control y apoyo social) del modelo de Demanda Control en el riesgo de la enfermedad mental y relacionada con las prevalencias de TMC, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4: Prevalencia de TMC y razones de prevalencia según dimensiones del modelo de control de la demanda. Sobral, 2014.

Dimensión	TMC		RP * (IC95%)	Valor de p
	n	%		
Demanda psicológica				0.22
Bajo	105	27.8	1	
Alto	11	20	1,53 (0,76-3,09)	
El control sobre el trabajo				0.17
Alto	63	24.4	1	
Bajo	53	30.3	1,34 (0,87-2,06)	
Apoyo Social				0.00
Alto	7	8	1	
Bajo	108	31.4	5,29(2,36-11,84)	

* RP=razón de prevalencia

Fuente: Cuestionario demanda-control. Sobral, 2014.

Con la aplicación de la prueba de chi-cuadrado, la variable demanda psicológica y control sobre el trabajo no mostraron asociación estadísticamente significativa con la aparición de TMC. Otros estudios que examinan demanda psicológicas en el trabajo y el desarrollo de los trastornos mentales (ARAÚJO *et al* 2003; REIS *et al*, 2005; NASCIMENTO-SOBRINO *et al*, 2006; SOUZA *et al*, 2010; BRAGA *et al*, 2010) encontraron una asociación estadística entre estas variables, que apunta a la demanda psicológica como el principal factor relacionado con la prevalencia de TMC.

La relación de control sobre el trabajo, determinada por la autonomía del sujeto en la definición de qué hacer y cómo hacerlo, presenta una contribución aún no muy clara en lo que se refiere a la aparición de TMC. A pesar de que no hubo asociación estadísticamente significativa, existe una mayor prevalencia de trastornos psicológicos en las personas expuestas a un bajo control, lo que refuerza la hipótesis de que otros factores de condiciones de vida y de organización del trabajo afectan a esta enfermedad.

No se encontró relación entre el control y la aparición de TMC, sin embargo, cuando se analiza el apoyo social, se encuentra una asociación ($p=0,00$), convergiendo con el estudio de Reis *et al*. (2005), en la que también se constató que en situaciones de poca ayuda social, existe una mayor prevalencia de TMC.

En relieve sobre este fenómeno destaca el hecho de que los sujetos que perciben un bajo apoyo social en el trabajo, presentaron cinco veces más TMC que quienes percibieron un alto apoyo social, lo que sugiere que el ambiente de trabajo, comprendido por las relaciones establecidas entre los compañeros y jefes, influye con más fuerza a la ocurrencia de TMC que la sobrecarga de trabajo y la autonomía del trabajador.

Al hacer un análisis separado de ACS, se buscó, a partir de la aplicación de la prueba de chi-cuadrado y del cálculo de la RP, analizar la prevalencia de TMC y las

dimensiones del modelo de demanda control en esta categoría en comparación con otros de ESF (Tabla 5).

Tabla 5: Prevalencia y razones de prevalencia de las categorías de ACS y otros profesionales según TMC y las dimensiones del modelo de control de la demanda. Sobral, 2014.

	ACS		Otros profesionales		RP (95% IC)	Valor de p
	n	%	n	%		
Trastorno mental común						0.00
Ausente	140	66.7	177	79.4	1	
Presente	70	33.3	46	20.6	1,9 (1,24-2,96)	
Riesgo de enfermedad mental en el trabajo						0.71
Bajo Riesgo	199	94.8	213	95.5	1	
Alto Riesgo	11	5.2	10	4.5	0,84 (0,35-2,04)	
Demandas psicológicas						0.92
Bajo Demanda	183	87.1	195	87.4	1	
Alta Demanda	27	12.9	28	12.6	0,97 (0,55-1,71)	
Control en el trabajo						0.04
Control de Alta	115	54.8	143	64.1	1	
Bajo control	95	45.2	80	35.9	1,47 (1,00-2,17)	
Apoyo Social						0.00
Alta apoyo	29	13.9	59	26.5	1	
Bajo apoyo	180	86.1	164	73.5	2,23 (1,36-3,65)	

Fuente: Cuestionario demanda-control. Sobral, 2014

Se concluye, a partir de lo anterior expuesto en la Tabla 5, que la categoría de ACS, de todo el ESF, tiene una proporción de mayor prevalencia de TMC, de bajo control y de bajo apoyo social. Los ACS percibieron 2,23 (1,36-3,65) veces más el bajo apoyo social que otros profesionales.

DISCUSIÓN

Los datos sobre las condiciones sociodemográficas convergen con otros estudios con los trabajadores de atención primaria de salud (TOMASI *et al*, 2008; DILELIO *et al*, 2012; Pereira *et al*, 2014).

El porcentaje de 22,4% de los profesionales activos en otra actividad lucrativa llama la atención si se considera que en gran parte son mujeres (81%) y casados (45%), lo que sugiere que, además de gran demanda, añadiendo más de 40 horas a la semana debido a la presencia de más de una relación de trabajo, aún queda la responsabilidad de las tareas domésticas, como culturalmente se atribuye a las mujeres, junto a las horas de trabajo o carga de trabajo total. Estas múltiples funciones que desempeñan las mujeres en la sociedad pueden estar asociadas con el

desarrollo de los trastornos mentales y los trastornos psicológicos (Pereira et al, 2014).

A pesar de la prevalencia de los trastornos mentales comunes (TMC) de los trabajadores de atención primaria de salud de Sobral fue considerado intermedio, en comparación con otros estudios similares, también hay que considerar el llamado "efecto del trabajador sano". Este término se utiliza cuando no se considera los casos de los trabajadores lejos de la actividad de trabajo para posibles casos de TMC, lo que podría resultar en la reducción de la magnitud del problema. En este estudio, no pudimos conseguir el número de trabajadores alejados por causas relacionadas con la enfermedad mental, ya que a menudo no es reportado y difícilmente se detectan estos problemas. Sin embargo, es importante destacar que el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de TMC en los trabajadores que prestan atención al usuario, para entender si hay impacto en la prestación de la atención. De esta manera, la prevalencia puede ser considerada fiable sobre el tema propuesto.

Se esperaba encontrar asociación entre TMC y categoría, ya que hay características específicas de los procesos de trabajo y condiciones de vida que son diferentes entre los trabajadores analizados y que pueden interferir con el proceso de salud enfermedad mental. Como se ha señalado, los ACS han presentado esta asociación, lo que se puede explicar a partir del proceso de trabajo de esa categoría que tiene elevada sobrecarga, una gran responsabilidad, bajo control de lo qué es y cómo debe realizarse el trabajo y bajo valor social. La mayor prevalencia de CMD también está relacionada con bajar los niveles jerárquicos del equipo de trabajo, donde hay salarios más bajos y una mayor demanda (Braga et al, 2010).

La mayor prevalencia de TMC también está relacionada con los bajos niveles jerárquicos del equipo de trabajo, donde hay salarios más bajos y una mayor demanda (Braga et al, 2010).

Aunque represente un escenario enfermizo, el porcentaje de riesgo de la enfermedad en el trabajo es más bajo que en otros estudios con profesionales de salud. En un estudio de los médicos, el porcentaje de sujetos clasificados como de alto desgaste en salud mental era casi 43% (NACIMIENTO-SOBRINO et al., 2006). En otro estudio, llevado a cabo con miembros de la atención primaria de otro municipio, la prevalencia fue del 20% de los profesionales con un alto desgaste de salud mental relacionados con el trabajo (Braga et al., 2010).

El hecho de que estos resultados son inferiores a los reportados en la literatura científica no significa que no se debe dar especial atención a estos profesionales, especialmente a la categoría de nivel medio, ya que, debido a las características inherentes al proceso de trabajo, tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales relacionadas con el trabajo.

La hipótesis del modelo de Karasek de que el trabajo con un alto desgaste es un predictor de enfermedad mental no fue observada en este estudio, en contraste con el estudio de Braga et al. (2010), quien encontró una asociación estadísticamente significativa entre TMC y laborales situaciones descritas en el modelo de

Karasek. En este estudio, la prevalencia de TMC en situación de alto desgaste fue del 64,4%, casi quince veces mayor que la encontrada en el presente estudio. Otros estudios llevados a cabo con diferentes categorías profesionales (Araújo *et al* 2003; Reis *et al*, 2005; NACIMIENTO-SOBRINO *et al*, 2006; Souza *et al*, 2010) también encontraron resultados similares a Braga *et al*. (2010).

Los factores asociados con altas exigencias psicológicas en el trabajo justifican el alto porcentaje descrito en los estudios, sin embargo existe la necesidad de conocimientos relacionados con la organización del trabajo en cada categoría para explicar estas diferencias.

El control en el trabajo está relacionado con el proceso de salud/enfermedad mental, ya que cuando el empleado tiene la capacidad de controlar su proceso de trabajo, se puede cambiar la realidad, como el ritmo, las exigencias y las consecuencias para la salud (SANTOS, GALERIA, 2011).

Otro factor que puede aumentar la sensación de bajo control en el trabajo se relaciona con el bajo poder de actuar de los ACS. Según Vilela *et al*. (2010), existe la necesidad de garantizar los medios y recursos necesarios para el desempeño del trabajador con el fin de no causar conflictos y tensiones que provocan las enfermedades mentales. Sin embargo, lo que los autores observaron es que a los ACS, ocurre lo contrario, hay una falta de medios y recursos para llevar a cabo la tarea, lo que provoca la sensación de impotencia y frustración, que puede promover la aparición de trastornos mentales.

CONCLUSIONES

Este estudio concluyó que los profesionales de la salud con menor escolaridad, como los Agentes Comunitarios de la Salud, tienen más riesgo de sufrir una enfermedad a través del trabajo. Cuanto mayor es la escolaridad, mayor es la posibilidad de elección y de control en el trabajo y menor el riesgo.

Aunque las actuales demandas y presiones inherentes al trabajo en la salud de tratar con el sufrimiento diario y enfermedades, la prevalencia de la alta demanda con un bajo control se consideró relativamente bajo.

Sin embargo, este grupo sometido a un gran desgaste en el trabajo presentado simultáneamente a la alta demanda y el bajo control, bajo apoyo social es preocupante, ya que este factor puede presentarse como un factor de riesgo para las enfermedades mentales.

REFERENCIAS

- Araújo, T.M. *et al*. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista Saúde Pública*, 37(4), p. 424-433.
- Braga, L.C. *et al*. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15, supl. 1, p. 1585-1596.

- Campos, G.W.S. (2006). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R. (org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; p. 229-266.
- Codo, W.; Sampaio, J.J.C.; Hitomi, A.H. (1998). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.
- Dilélio, A.S. et al. (2012). Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária a saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3).
- Farias, M.R. (2009). *Análise da integração da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família*. 2009. 174 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1994). Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 278p.
- Merhy, E. E. (2007b). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 189 p.
- Merhy, E.E. et al. (2007a). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 296p.
- Nascimento-Sobrinho, C.L. et al. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(1): 131-140.
- Pereira, I.V.S. et al. (2014). Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(2): 461-468.
- Pires, D.E, Gelbcke, F.L., Matos, E. (2004). Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2): 311-325.
- Reis, E.J.F.B. et al. (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(5): 1480-1490.
- Santos, A.P.L., Galery, A.D. (2011). Controle sobre o trabalho e saúde mental: resgatando conceitos, pesquisas e possíveis relações. *Cadernos de Psicopatologia Social do Trabalho*, v. 14(1): 31-41.
- Silva, A.T.C., Menezes, P.R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 921-929.
- Souza, S.F. et al. (2010). Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Revista Saúde Pública*, 44(4): 710-7.
- Theorell, T et al. (1988). Changes in job strain in relation to changes in psychological state. *Scand J Work Environ Health*, 14(3): 189-96.
- Tomasi, E. et al. (2008). Perfil Sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1): 193-201.
- Vilela, R.A.G, Silva, R.C, Jackson-Filho, J.M. (2010). Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122): 289-302.

2.3 La interacción de factores psicosociales emergentes en Organizaciones de la Sociedad Civil de Morelos (México).

IMKE HINDRICHS*

ESTEFANY VIANEY GONZÁLEZ TAPIA

Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi). *imke.hindrachs@uaem.mx

RESUMEN

El presente trabajo explora los factores psicosociales emergentes salutogénicos y de riesgo, así como su interacción, en el trabajo de 105 integrantes de 10 Organizaciones de la Sociedad Civil (osc) del Estado de Morelos (México) considerando las peculiaridades del sector. Con técnicas cuantitativas y cualitativas de recolección y análisis de datos se identificaron 24 factores psicosociales de riesgo y 23 salutogénicos, organizados en siete áreas temáticas.

Las áreas más destacadas resguardan las relaciones interpersonales entre integrantes y con beneficiarios, así como el trabajo *per sé*: significado, contenido y condiciones, seguido por la organización de la osc: sentido de pertenencia, procesos y procedimientos, liderazgo; con menor prevalencia: recompensa y situación laboral, factores externos y condiciones personales.

Las mayores concordancias de evaluación positiva y negativa se encontraron en los aspectos relacionales y en el trabajo *per sé*. Además, parece emerger una relación positiva entre sentido de pertenencia y sentido crítico hacia la organización, así como evaluaciones dialécticas de las recompensas y relaciones con el exterior. Los resultados sustentan la centralidad de las relaciones personales, el significado del trabajo y el sentido de pertenencia antes de aspectos más económicos o materiales en las osc, aunque estos últimos no se deben subvalorar. Los datos sugieren además vivencias holísticas de los fenómenos sociales en bien y en mal, así como una evaluación crítica y dialéctica de los procesos y sistemas por parte de las personas involucradas en ellos. Se necesitan estudios a más profundidad y con muestras más diversificadas para confirmar estos primeros resultados.

Palabras clave: factores psicosociales en el trabajo, organizaciones de la sociedad civil, interacción riesgo-salutogénesis, técnicas mixtas.

INTRODUCCIÓN

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (osc) son frecuentemente definidas por lo que no son, haciendo referencia al sector como tercero al sector privado y público, *sin fines de lucro* (a diferencia del mercado) o *no gubernamental* (a diferencia del estado). La legislación mexicana reglamenta las osc en el año 2004 por la *Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad*

Civil (LFFAROSC) y las define en la última reforma de dicha ley, el 25 de abril del 2012 de la siguiente manera:

Todas las agrupaciones u organizaciones mexicanas que, estando legalmente constituidas, realicen alguna o algunas de las actividades a que se refiere el artículo 5 de la presente ley y no persigan fines de lucro ni de proselitismo partidista, político-electoral o religioso, sin menoscabo de las obligaciones señaladas en otras disposiciones legales (LFFAROSC, Art. 3).

Sin embargo, también esta definición se caracteriza por la declaración de lo que no deben hacer las osc, especificando en su artículo 5 una amplia lista de actividades que podrían realizar, inherentes la asistencia, apoyo y servicios hacia poblaciones marginadas; promoción de la participación ciudadana; servicio a comunidades; promoción y defensa de derechos; educación; protección y preservación del medio ambiente y “de segundo piso” (organizaciones que, a su vez, apoyan a otras osc).

No obstante esta variedad de campos de acción se considera que, a diferencia del sector público y privado, en un sentido ideal-típico, las osc se caracterizan por una serie de peculiaridades más puntuales:

- En las osc la razón social representa la finalidad antes de la razón económica (Converso y Piccardo, 2003). En la lógica de la ausencia de finalidades lucrativas, a diferencia del sector privado, la gestión de los recursos económicos (incluyendo el empleo laboral) representa el medio para alcanzar el fin de realizar las actividades substanciales.
- Desde el punto de vista tanto formal como de los valores, en muchas osc se tiende a estructuras y procesos organizacionales democráticos (DEMOS, 1997; Zotti, Amarini y Ragazzoni, 2008; Hindrichs, Girardo y Converso, 2011), participativos y autoorganizados, llevando a formas organizativas menos jerárquicas y burocráticas y más ágiles de las organizaciones públicas (Girardo, 2010).
- La relación de las osc con el sector público es particular; por un lado, existe una dependencia de financiamientos para el desarrollo de proyectos (Converso y Piccardo, 2003), por el otro, las osc son actores sociales que plantean, promueven y defienden de manera participativa demandas, políticas y derechos sociales y/o brindan servicios públicos a la ciudadanía (Girardo, 2010; Canto, 2013; Muñoz, 2013).
- Por lo general, en las osc se realizan actividades definibles como “servicios relacionales” (Laville, 2004), defendiendo derechos y/o asistiendo a una población beneficiaria generalmente excluida, marginada y/o en sufrimiento (Converso y Piccardo, 2003).

Según cifras oficiales, en México se cuenta con más de 22,000 OSC activas (un incremento del más del 20% en dos años), de las cuales casi 600 están registradas en el Estado de Morelos, donde se realizó el presente trabajo (INDESOL, 2015, febrero).

Aunque, en comparación con otros países, en México tal vez no representen un fuerte sector de empleo formal (Butcher, 2010), a lo largo del siglo XXI su presencia también en términos de trabajo y empleo está en incremento (Hindrichs, Girardo y Converso, 2013).

Se trata de un sector en expansión que agrupa organizaciones que, como cualquier organización de trabajo (remunerado y voluntario), están permeadas por la presencia de factores psicosociales que influyen en los estados de bienestar o malestar de sus miembros y, por ende, en la efectividad e incidencia social de las osc. Sin embargo, debido a las características peculiares de las osc, parece plausible que los factores psicosociales en las osc se articulen de manera particular.

Mientras en los sectores más “tradicionales” del trabajo en organizaciones privadas y públicas gran cantidad de estudios se concentran en los factores de riesgo psicosocial, el escaso número de trabajos que desde la perspectiva de los factores psicosociales explícitamente investigan las osc, se enfocan predominantemente en dimensiones de bienestar (Converso y Piccardo, 2003; Benz, 2005; Zotti, Omarini y Ragazzoni, 2008; Morandi, Remaschi y Meringolo, 2009; Butcher, 2010; Chen, Ren y Knoke, 2014; Hernández, Herrera y Chávez, 2014; Kamerade y McKay, 2015).

Considerando a las organizaciones como sistemas sociales y culturales que construyen a sus integrantes y son al mismo tiempo construidos por ellos (Piccardo y Benozzo, 1996; Zanelli y Silva, 2008), parece oportuno indagar el campo de los factores psicosociales desde una perspectiva sistémica y holística, asumiendo que en las osc –como en cualquier sistema social– los factores que influyen en las vivencias de bienestar y malestar individual y colectivo interactúan de manera dinámica.

La sinergia de factores psicosociales indica en este sentido un proceso de transacción: el medio ambiente de trabajo genera estímulos hacia la persona, que responde con diferentes formas de afrontamiento, consecuentes de las diferencias individuales, además de un proceso de evaluación cognitiva (Lazarus & Folkman, 1986). El resultado de esta evaluación será una interpretación, tanto individual como intersubjetiva, de los estímulos presentes en el contexto, permeada por las emociones que estos generen, contribuyendo así a la salud y la enfermedad, dos polos opuestos de un proceso continuo por el cual las personas transitan (Antonovsky, 1991).

Se asume por tanto a los factores psicosociales como:

hechos sociales de la actividad laboral que en combinación o interacción dinámica con condiciones del individuo y mediante mecanismos biopsicosociales patogénicos o salutogénicos del estrés, influyen en el proceso salud-enfermedad (Juárez y Camacho, p. 202).

Desde esta perspectiva sistémica, los factores salutogénicos y de riesgo no son conceptos ni aislados, ni exclusivamente individuales, y tampoco quedan a un nivel de efectos finales. Más bien, las vivencias de bienestar o malestar se experimentan de manera conjunta, simultánea, paralela, contraria y hasta paradójica, en interacción social y en dinámicas de retroalimentación positiva o negativa entre variables y esferas que pueden conducir a círculos viciosos o virtuosos determinantes respecto al bienestar/malestar del individuo y de la organización.

Por tanto, el objetivo de la presente investigación consiste en explorar los factores psicosociales en el trabajo particulares emergentes en osc del Estado de Morelos, así como analizar la interacción entre los factores salutogénicos y de riesgo.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación mixta cualitativa-cuantitativa, exploratoria, comprensiva, correlacional y transversal. El instrumento de recolección de datos consistió en una ficha sociodemográfica y dos inductores a respuesta abierta, como operacionalización de factores psicosociales en el trabajo de riesgo y salutogénicos respectivamente (Juárez y Camacho, 2011):

Anote los 5 aspectos más importantes dentro de su trabajo en esta organización que usted considere que le provocan mayor malestar o tensión; Anote los 5 aspectos que más le gustan o le entusiasman de su trabajo en esta organización.

Para ambos inductores se pidió además marcar la frecuencia (de 1=*rara vez o nunca* a 5=*siempre, todos los días*) con la cual se han presentado estos aspectos en las últimas semanas.

Se aplicó el instrumento a 105 miembros directivos y operativos de 10 osc del Estado de Morelos, seleccionadas por conveniencia y de acuerdo al criterio *bola de nieve* y bajo criterios de inclusión de ser formalmente constituidas y operativas desde al menos tres años, y que los respondientes aceptaran participar de manera voluntaria y bajo consentimiento informado.

Según los procedimientos de la codificación abierta (Strauss y Corbin, 2002), las respuestas fueron categorizadas en 24 factores psicosociales de riesgo y 23 salutogénicos. Según el criterio de triangulación de investigadores (Janesick, 1994) en un primer momento los miembros del grupo de analistas (las autoras, ambas expertas en factores psicosociales en el trabajo, pero sólo una familiarizada con el ámbito de las osc, y dos practicantes de licenciatura en psicología) codificaron las respuestas de manera separada, para luego consensar las categorías como equipo.

Las categorías se cuantificaron, armando una matriz de casos por variables *dummy* (participantes cuyas respuestas fueron asignadas a la respectiva categoría o menos) y de frecuencia (la frecuencia con la cual los participantes percibieron la respectiva categoría). Sucesivamente se realizó un análisis temático (King, 2004) por categorización axial (Strauss y Corbin, 2002), agrupando las categorías en siete áreas temáticas que comprenden tanto factores de riesgo como salutogénicos. Al

interior de cada área se compararon las concordancias de respuestas entre los factores salutogénicos y se calcularon los coeficientes de correlación no paramétrica (P de Spearman) de las frecuencias de ocurrencia de los factores.

RESULTADOS

De las 10 osc participantes, 2 gestionan instituciones para niños/as, adolescentes y/o mujeres (N=64), 3 se ocupan de derechos de salud, sexuales y reproductivos para mujeres (N=16), 3 promueven proyectos de desarrollo comunitario (N=15) y 2 ofrecen psicoterapia y talleres para población de bajos recursos (N=10). Globalmente, se puede estimar la población beneficiaria atendida anualmente por estas osc en 4-5 mil personas.

De los 105 participantes, 69.9% son mujeres y 30.1% hombres, con una edad entre los 19 y 61 años, en promedio de poco más de 36 años. El 53.85% está casado o viviendo en unión libre, el 46.15% está soltero, separado o divorciado. El 4% cuenta con educación básica, el 16.2% educación medio-superior y el 79.8% educación superior (prevalentemente en ciencias humanas, de la salud, sociales y administrativas).

La antigüedad en la organización en promedio es de 5 años con 9 meses, entre un mes y 20 años. La antigüedad en el puesto en promedio es de 4 años y medio, entre un mes y 16 años con 3 meses. El 67% indica trabajar como operativo, el 16.5% como administrativo, el 13.6% como directivo y el 2.9% sea como directivo, u operativo. Las personas trabajan entre 1 y 80 horas semanales, con un promedio de 28 horas y media. El 53.5% no tiene otro trabajo y el 46.5% sí.

El 73.3% realiza trabajo remunerado, el 22.9% trabajo voluntario y el 3.8% trabajo tanto remunerado como voluntario. Los remunerados ganan mensualmente entre 1,000 y 20,000 \$MN, con un promedio de 6,325.50 \$MN, correspondientes a aproximadamente 3.5 salarios mínimos. El 52.4% de ellos recibe salario, el 29.3% honorarios asimilables a salario, el 9.8% honorarios y los demás una combinación, reembolsos o becas.

A continuación, se describen los factores psicosociales emergentes según las 7 áreas temáticas identificadas, ordenadas por prevalencia, así como las tablas de concordancia entre factores salutogénicos y de riesgo y las correlaciones no paramétricas entre ellos que resultaron estadísticamente significativas.

Área temática A: Relaciones interpersonales entre miembros y compañeros

Las categorías aunadas en esta área tienen todas a que ver con el aspecto relacional, específicamente entre integrantes y compañeros de las osc participantes; representan los aspectos que emergieron con más fuerza del análisis de los factores psicosociales tanto salutogénicos como de riesgo, tal como se observa en la tabla 1.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos área temática A Relaciones interpersonales entre integrantes y compañeros.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Relación afectiva entre integrantes	43 (40.95)	2.00	3.00	5.00	4.5000	.54554
FPS Colaboración operativa entre integrantes	22 (20.95)	2.00	3.00	5.00	4.6136	.57594
FPS Compañeros eficaces y/o comprometidos con la OSC y su trabajo	4 (3.81)	1.00	4.00	5.00	4.3325	.47141
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Problemas emocionales de conflictos, tensiones o comunicación entre integrantes	36 (34.39)	4.00	1.00	5.00	3.6692	1.06905
FPR Problemas operativos o de colaboración y comunicación entre integrantes	30 (28.57)	4.00	1.00	5.00	3.0833	1.06741
FPR Falta de responsabilidad y compromiso con el trabajo y/o la organización por parte de los integrantes	22 (20.95)	2.00	3.00	5.00	4.0150	.72190

Fuente: elaboración propia.

Podemos observar que las relaciones interpersonales entre integrantes y compañeros de las osc se perciben en primer lugar desde la esfera afectiva y emocional, seguidos por aspectos más operativos de cooperación y comunicación concreta y en tercer lugar, mientras son muy pocos los participantes que mencionan el compromiso y la eficacia de sus compañeros como algo que les gusta en su trabajo, son mayoría quienes encuentran la falta de responsabilidad y compromiso de los demás integrantes como algo que les causa tensión. Comparando las frecuencias de percepción de los diferentes factores, las medias de los salutogénicos superan todas las medias de los factores de riesgo.

Tabla 2: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática A.

	FPR Problemas emocionales de conflictos, tensiones o comunicación entre integrantes	FPR Problemas operativos o de colaboración y comunicación entre integrantes	FPR Falta de responsabilidad y compromiso con el trabajo y/o la OSC por parte de los integrantes
FPS Relación afectiva entre integrantes	15	11	12
FPS Colaboración operativa entre integrantes	7	4	4
FPS Compañeros eficaces y/o comprometidos con la OSC y su trabajo	0	3	3

Fuente: elaboración propia.

Observando las concordancias entre los factores salutogénicos y de riesgo (tabla 2), se puede notar que la mayor coincidencia de participantes resguarda la esfera afectiva, ya que 15 personas indican percibir esta dimensión en términos positivos y negativos al mismo tiempo. También hay coincidencias entre las demás categorías, excepto que nadie de los 36 participantes que reportan problemas emocionales o conflictos con compañeros, menciona tener compañeros eficaces y/o comprometidos.

Área temática B: Relación con la población beneficiaria.

También la segunda área temática emergente resguarda las relaciones personales, pero de los participantes con la población beneficiaria (tabla 3), en términos afectivos, operativos y de resultados.

A diferencia del área anterior, esta relación emerge prevalentemente como factor salutogénico, tanto en términos de trabajo concreto con los beneficiarios, como por el afecto mostrado, ya que para algunos observar su mejora es también fuente de entusiasmo. En cambio, es muy escaso el número de participantes que perciben la actitud de los beneficiarios o la preocupación para ellos como algo que les causa malestar. Asimismo, las medias de frecuencia de percepción de los factores salutogénicos son de nuevo todas mayores que las de factores de riesgo.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos área temática B Relación con la población beneficiaria.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Trabajo concreto con beneficiarios	38 (36.19)	2.00	3.00	5.00	4.5526	.60168
FPS Relación afectiva con los beneficiarios	26 (24.76)	2.00	3.00	5.00	4.4742	.61973
FPS Mejora y/o resultados de beneficiarios	12 (11.43)	2.00	3.00	5.00	4.2358	.67632
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Preocupación para los beneficiarios	6 (5.71)	2.00	2.00	4.00	3.0000	.63246
FPR Actitud de beneficiarios hacia el trabajo de la OSC	6 (5.71)	2.00	2.00	4.00	2.6667	.81650

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, hay concordancia de al menos una persona, si cruzamos los factores psicosociales de riesgo con los salutogénicos pertenecientes a ésta área (tabla 4). Asimismo pudimos encontrar correlación no paramétrica (P de Spearman) negativa (coeficiente: -1.00, sig.=.000) con respecto a la frecuencia con la cuál tres personas perciben al mismo tiempo el factor salutogénico trabajo concreto con los beneficiarios y el factor de riesgo actitud de beneficiarios hacia el trabajo de la osc.

Tabla 4: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática B.

	FPR Preocupación para los beneficiarios	FPR Actitud de beneficiarios hacia el trabajo de la osc
FPS Trabajo concreto con beneficiarios	4	3**
FPS Relación afectiva con los beneficiarios	3	3
FPS Mejora y/o resultados de beneficiarios	1	1

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Área temática C: El trabajo per sé.

En esta área se aunaron las categorías relativas al significado atribuido al trabajo, a su valoración, su contenido y las condiciones bajo las cuales se realiza (tabla 5). Nuevamente, aunque de manera menos evidente que en el área anterior, las apreciaciones positivas superan a las negativas en términos numéricos y de percepción media de la frecuencia de vivencia.

Resalta en particular el significado del trabajo considerado sólo como fuente de bienestar, en términos de su valor ético, realización profesional y experiencia, seguido por la apreciación del mismo contenido del trabajo, su carácter libre, autónomo y estimulante, que permite sensaciones de logro y autoeficacia. En contraste, los factores psicosociales de riesgo se concentran en aspectos materiales (falta de recursos para realizar el trabajo bajo condiciones limitantes y con excesiva carga y presión), seguidos por menos participantes a los quienes causa malestar el mismo contenido del trabajo, en particular tareas de tipo burocrático-administrativo y de gestión.

En la tabla 6 se reportan las concordancias de respuestas en los factores psicosociales salutogénicos y de riesgo. Podemos ver que casi todos los cruces conjuntan respuestas de personas que perciben al mismo tiempo aspectos de malestar y de bienestar relativos a ésta área temática.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos área temática C El trabajo per sé.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Significado del trabajo	31 (29.52)	1.00	4.00	5.00	4.8926	.27393
FPS Contenido del trabajo	21 (20.00)	3.00	2.00	5.00	4.5000	.80623
FPS Trabajo libre, autónomo y estimulante	20 (19.05)	3.00	2.00	5.00	4.2500	.85070
FPS Lograr y ser autoeficaz en el trabajo	17 (16.19)	1.00	4.00	5.00	4.6176	.48507
FPS Enriquecimiento personal por desarrollo y ampliación de horizontes	16 (15.24)	2.00	3.00	5.00	4.4375	.70415
FPS Condiciones de trabajo	9 (8.57)	2.00	3.00	5.00	4.6667	.70711
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Falta de recursos	21 (20.00)	3.50	1.50	5.00	3.6348	.81079
FPR Carga y presión de trabajo	20 (19.05)	4.00	1.00	5.00	3.4750	1.04472
FPR Condiciones y limitaciones del trabajo	17 (16.19)	4.00	1.00	5.00	2.4118	1.24040
FPR Contenido del trabajo	15 (14.29)	3.00	2.00	5.00	3.2333	1.01536
FPR Trabajo burocrático-administrativo y de gestión	14 (13.33)	4.00	1.00	5.00	2.7021	1.31432

Fuente: elaboración propia.

En particular destaca la percepción contemporánea, por parte de 10 participantes, de un trabajo significativo y falta de recursos para realizarlo, así como la mención de 8 participantes de realizar un trabajo libre, autónomo y estimulante, aunque con excesiva carga y presión. Por otro lado, ninguno de quienes indicaron como fuente de bienestar un trabajo libre, autónomo y estimulante, mencionó condiciones de trabajo desfavorables o limitantes; asimismo, ninguno de quienes indicaron condiciones favorables de trabajo, parece percibir el contenido de trabajo como factor de riesgo; sólo una persona, respectivamente, que menciona buenas condiciones de trabajo percibe falta de recursos para realizarlo o demasiada carga o presión; así como sólo un participante que describe autoeficacia y logro se lamenta contemporáneamente de las tareas burocrático-administrativas.

Tabla 6: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática C.

	FPR Falta de recursos	FPR Carga y presión de trabajo	FPR Condiciones y limitaciones del trabajo	FPR Contenido del trabajo	FPR Trabajo burocrático-administrativo y de gestión
FPS Significado del trabajo	10	4	5	3	3
FPS Contenido del trabajo	2	2	4	5	7
FPS Trabajo libre, autónomo y estimulante	3	8	0	4	3
FPS Lograr y ser autoeficaz en el trabajo	2	2	3	2	1
FPS Enriquecimiento personal por desarrollo y ampliación de horizontes	4	4	2	2	2
FPS Condiciones de trabajo	1	1	2	0	4

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos área temática D La organización de la OSC como institución.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Sentido de pertenencia	28 (26.67)	2.00	3.00	5.00	4.5000	.62361
FPS Posibilidad de involucramiento	7 (6.67)	1.00	4.00	5.00	4.5714	.53452
FPS Buena gestión y coordinación	6 (5.71)	3.00	2.00	5.00	4.1667	1.16905
FPS Alcance e incidencia	5 (4.76)	1.00	4.00	5.00	4.4000	.54772
FPS Buen liderazgo	4 (3.81)	1.00	4.00	5.00	4.7500	.50000
FPS Reconocimiento simbólico-social	3 (2.86)	1.00	4.00	5.00	4.6667	.57735
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Problemas de o mala coordinación y gestión directiva (operativa)	22 (20.95)	3.00	2.00	5.00	3.4618	.75894
FPR Poca o injusta valoración del trabajo	17 (16.19)	3.00	2.00	5.00	4.1765	.88284
FPR Tratos malos o injustos entre desde los directivos	12 (11.43)	4.00	1.00	5.00	3.5000	1.31426
FPR Ausencia de liderazgo y/o comunicación por parte de directivos	10 (9.52)	3.00	2.00	5.00	4.3000	.94868
FPR Toma de decisiones (poco democrática)	9 (8.57)	3.00	2.00	5.00	3.1111	1.05409
FPR Jerarquía y control	8 (7.62)	4.00	1.00	5.00	3.1250	1.45774
FPR Limites del alcance	3 (2.86)	2.00	1.00	3.00	2.0000	1.00000
FPR Mal liderazgo	2 (1.90)	.00	5.00	5.00	5.0000	.00000

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática D.

	FPR Problemas de o mala coordinación y gestión (operativa)	FPR Poca o injusta valoración del trabajo	FPR Tratos malos o injustos entre desde los directivos	FPR Ausencia de liderazgo y/o comunicación por parte de directivos	FPR Toma de decisiones (poco democrática)	FPR Jerarquía y control	FPR Límites del alcance	FPR Mal liderazgo
FPS Sentido de pertenencia	7	7	5**	5**	2	2	2	0
FPS Posibilidad de involucramiento	1	0	0	1	2	2	0	0
FPS Buena gestión y coordinación	2	2	0	0	1	0	1	0
FPS Alcance e incidencia	0	0	1	0	0	0	0	0
FPS Buen liderazgo	1	1	0	0	0	0	0	0
FPS Reconocimiento simbólico-social	0	0	0	0	0	0	0	0

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Área temática D: La organización de la OSC como institución.

Esta área temática agrupa las categorías que resguardan la valoración de la respectiva osc en términos de sentido de pertenencia e impacto, o alcance de sus procesos de toma de decisiones, estructura y procedimientos operativos o de coordinación, así como de varias dimensiones que aluden a procesos, relaciones y características de liderazgo. Como se puede observar en la tabla 7, si en el campo de los factores salutogénicos sobresale el sentido de pertenencia en términos de números de personas que lo indican y lo perciben con mucha frecuencia, en esta área parecen sobresalir algunos aspectos negativos, principalmente problemas más operativos en la coordinación y gestión de las osc y escasa o injusta valoración del trabajo, así como tratos directamente percibidos como injustos o hasta ásperos por parte de los directivos o, en cambio, un liderazgo ausente o de evitación con escasa comunicación, sobre todo si comparamos los números con las pocas personas que dan una evaluación más positiva de la coordinación operativa y las relaciones de liderazgo.

Esta área temática resulta particularmente interesante, si observamos las concordancias de personas que indican al mismo tiempo respuestas atribuibles a sus categorías positivas y negativas (tabla 8). Podemos notar que para casi todos los factores de riesgo (a excepción de las dos personas que perciben un genérico lide-

razgo deficiente y no indican ningún aspecto positivo en ésta área), hay personas que mencionan su sentido de pertenencia a la osc.

Además, para 5 de estas personas pudimos encontrar una correlación no paramétrica (P de Spearman) positiva (coeficiente: .889, sig. = .044) con la frecuencia con la cual perciben también mal trato o injusto por los directivos. Igualmente, para las 5 personas que mencionan el sentido de pertenencia como algo que les gusta y la ausencia de liderazgo o comunicación como algo que no les gusta, existe una correlación no paramétrica (P de Spearman) positiva (coeficiente: .913, sig. = .03) con respecto a la frecuencia con la cual perciben estos factores. En cambio, entre los demás factores salutogénicos y de riesgo encontramos escasa concordancia.

Área temática E: Recompensa y situación laboral.

Relativamente pocas respuestas de los participantes se pudieron atribuir a dimensiones que aluden a la recompensa económica o material, así como la situación laboral vivida en las osc. Como se observa en la tabla 9, aunque por pocos casos, hay más comentarios positivos que negativos también en esta área temática, en particular por la percepción de recibir capacitación desde la osc, lo que causa bienestar, aunque con una frecuencia promedia no sobresaliente. La recompensa económica representa el mayor factor de riesgo en ésta área, aunque algunas personas la indiquen también como algo que les gusta en su trabajo.

Tabla 9: Estadísticos descriptivos área temática E Recompensa y situación laboral.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Capacitación institucional	18 (17.14)	4.00	1.00	5.00	3.7778	1.06027
FPS Recompensa económica o material	9 (8.57)	3.00	2.00	5.00	4.3333	1.00000
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Recompensa económica	15 (14.29)	4.00	1.00	5.00	3.7780	1.30136
FPR Falta de seguridad o derechos laborales	5 (4.76)	2.00	3.00	5.00	4.0000	.70711
FPR Falta de capacitación institucional	2 (1.90)	3.00	1.00	4.00	2.5000	2.12132

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática E.

	FPR Falta de capacitación institucional	FPR Recompensa económica	FPR Falta de seguridad o derechos laborales
FPS Capacitación institucional	0	2	0
FPS Recompensa económica o material	0	2	0

Fuente: elaboración propia.

Al observar las concordancias entre factores (tabla 10), podemos notar que dos de las personas que mencionan la recompensa económica como algo que les causa malestar o tensión, perciben la recompensa, sea económica o material también como algo que les agrada. Igualmente, dos personas que indican la recompensa económica como factor de riesgo parecen en cambio apreciar la capacitación brindada desde la organización, mientras que no hay coincidencias entre los demás factores psicosociales de ésta área temática.

Áreas temáticas F y G: Los factores externos a la osc y las condiciones personales.

Estas últimas dos áreas temáticas resguardan categorías de alguna forma ajenas a las osc en sí mismas o que abarcan esferas más amplias.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos área temática F Factores externos a la OSC.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factores psicosociales salutogénicos (FPS)						
FPS Vinculación con actores externos	14 (13.33)	3.00	2.00	5.00	3.6071	.78883
FPS Presencia de valores y actitudes positivas	7 (6.67)	1.00	4.00	5.00	4.7143	.48795
Factores psicosociales de riesgo (FPR)						
FPR Falta de valores	19 (18.10)	4.00	1.00	5.00	3.4300	1.35781
FPR Relaciones con organismos externos	8 (7.62)	3.00	2.00	5.00	3.7500	1.00412

Fuente: elaboración propia.

La primera alude a factores externos a la organización (tabla 11), indicando la vinculación con otras osc principalmente como factor salutogénico, pero para algunas personas también factor de riesgo y, en cambio, observando sobre todo una genérica falta de valores (como injusticia, irresponsabilidad, indiferencia, egocentrismo e individualismo), aunque en algunos casos también se mostró presencia de va-

lores y actitudes positivas en general (como comprensión, confianza, desempeño, responsabilidad y solidaridad).

Como se muestra en la tabla 12, hay tres personas que ven la relación con actores externos (otras osc, instituciones, comunidades etc.) sea como factor salutogénico, sea como factor de riesgo. Es interesante considerar que encontramos además una correlación no paramétrica (P de Spearman) negativa (coeficiente -1.00, sig. = .000) con respecto a la frecuencia con la cuál estas tres personas perciben estos factores. Asimismo, algunas personas perciben al mismo tiempo la falta de valores y actitudes positivas y su presencia, así como la vinculación con actores externos, mientras que ninguno de quienes describen una genérica presencia de valores y actitudes positivas, indica la relación con organismos externos como factor de riesgo.

Tabla 12: Concordancias factores psicosociales salutogénicos (FPS) y factores psicosociales de riesgo (FPR) en el área temática F.

	FPR Relaciones con organismos externos	FPR Falta de valores
FPS Vinculación con actores externos	3**	4
FPS Presencia de valores y actitudes positivas	0	2

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, como se observa en la tabla 13, cuatro personas indicaron sus condiciones personales como algo que les causa bienestar y siete como algo que les causa malestar. Ninguna de estas personas indica al mismo tiempo sus condiciones personales como factor salutogénico y de riesgo.

Tabla 13: Estadísticos descriptivos área temática F Factores externos a la OSC.

	N (%)	Rango	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Factor psicosocial salutogénico Condiciones personales	4 (3.81)	3.00	2.00	5.00	3.5000	1.73205
Factor psicosocial de riesgo Condiciones personales	7 (6.67)	4.00	1.00	5.00	3.0000	1.15470

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Las áreas temáticas emergentes reflejan en varios puntos las peculiaridades que caracterizan a las osc, así como la vivencia por lo menos parcialmente contemporánea y holística de los aspectos positivos y negativos que caracterizan la vida laboral en una organización.

Destacan las relaciones interpersonales que parecen constituir el centro vital para los participantes. Parece prevalecer el sentido de bienestar sobre las experiencias de malestar, tanto en números de personas que lo mencionan, como en la frecuencia con la cual lo experimentan. Sin embargo, en particular para la esfera afectiva, se encuentra la sinergia entre sentimientos positivos y negativos: para varias personas las relaciones afectivas representan al mismo tiempo una fuente de malestar y bienestar, tal vez porque viven las relaciones de manera holística (Caballero, Carrera, Muñoz y Sánchez, 2007; Folkman, 2008). En este ámbito podrían encontrarse riesgos intrínsecos al trabajo relacional, en particular con personas en sufrimiento, como el síndrome de *burnout* (Gil-Monte, 2005; Converso y Falcetta, 2007), pero se muestra también la "salutogénesis" propia de las relaciones y el trabajo con el otro (Antonovsky, 1996).

El trabajo *per sé*, de hecho, destaca como otro tema central para los integrantes de osc, en particular por el significado ético positivo que se le atribuye, reflejando la razón social que parece prevalecer sobre los aspectos económicos (Benz, 2005). No se deben sin embargo subvalorar los aspectos negativos emergentes en esta área, en particular la falta de recursos, la carga y presión y las limitaciones para poder realizar este trabajo. Es interesante observar que las vivencias de autonomía, libertad y autoeficacia van de la mano con la percepción de menos riesgos en los aspectos propios del trabajo, recordando la importancia de ejercer control sobre las propias actividades (Karasek, 1979). La razón social como eje central de las osc se refleja también en el sentido de pertenencia explicitado por más de un cuarto de los participantes como fuente de bienestar. A primera vista podría sorprender que este sentido de pertenencia para varias personas coincide con observaciones críticas al gobierno organizacional, y que los aspectos negativos superen numéricamente (aunque no en su frecuencia de ocurrencia) las razones de bienestar. Sin embargo, esta criticidad podría reflejar la preocupación por procesos, procedimientos y comportamientos organizacionales en una organización que "se quiere", así como la posibilidad en organizaciones con tendencias democráticas de participación e involucramiento de expresar puntos de vista divergentes. Parece fundamental, entonces, acompañar estos procesos de libertad y participación con procesos de liderazgo activa y auténticamente democráticos (Hindrichs, Girardo y Converso, 2011; Hernández, Herrera y Chávez, 2015), evitando tanto la ausencia de liderazgo como su actuación autoritaria, injusta y controlante.

Que relativamente pocos participantes indicaron el tema de las recompensas y su situación laboral como preocupación, concuerda con el hecho que la cuestión económica no es la principal razón para trabajar en una osc. Sin embargo estos aspectos no deben subestimarse, si recordamos que emergieron espontáneamente y que para más de la mitad de los participantes su actividad en su osc representa su único trabajo, que su ingreso económico promedio es bastante bajo considerando su preparación profesional y que las situaciones contractuales parecen parcialmente precarias e inestables.

Por otro lado, el que varias personas se lamentan de su recompensa económica pero a la vez reconozcan que esté presente y que reciben otras formas de recom-

pensa como capacitación institucional, indica nuevamente reflexiones participativas, dialécticas y comprensivas.

Finalmente, debido a que varios participantes mencionaron las relaciones con organismos externos como fuente de malestar o entusiasmo, indica la posición sistémica de las osc en un contexto social, económico y político. Probablemente ello refleja la dependencia de financiamiento público y privado, y de las reglas y procedimientos que ello determina, así como contemporáneamente la importancia de cooperar entre osc e instituciones estatales (Hindrichs, Girardo y Converso, 2013). Se trata así no sólo de un aspecto de efectividad económica e incidencia de las osc, sino de factores que pueden influir en el bienestar de sus integrantes, algo de tomarse en cuenta para la promoción de políticas públicas de fomento a las osc.

CONCLUSIONES.

El uso de técnicas mixtas permitió una aproximación a los factores psicosociales en el trabajo y sus interacciones en algunas osc que parte de la experiencia vivida de sus integrantes. Se hace necesaria una ampliación y diversificación de la muestra (por regiones y tipos de osc), comparaciones de las variables construidas con escalas consolidadas, así como profundizaciones cualitativas para comprender con mayor detalle las dinámicas de bienestar y malestar propias de las osc.

AGRADECIMIENTOS.

La investigación se pudo realizar gracias al financiamiento “Apoyo a la incorporación de nuevos PTC” del Programa de Mejoría del Profesorado (PROMEP), y la preciosa y comprometida colaboración en el equipo de: Juan Carlos Ariza García, Yazmin Dimas Uribe, Lidia Patricia Flores Meléndez, Daniela Katherina Gerardo Rosales, Ulises Hernández Peña, Estefani Ernestina Herrera Aguirre, Luis Alberto Marín Bartolo, Jessica Liliana Mejía Maya, Brenda Berenice Salazar Hernández y Sergio Sedano Jiménez.

BIBLIOGRAFÍA.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11–18. Doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Benz, M. (2005). Not for the Profit, but for the Satisfaction? Evidence on Worker Well-Being in Non-Profit Firms. *KYKLOS*, 58(2), 155–176.
- Butcher, J. (2010). Mexican Solidarity: Findings from a National Study. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 21(2), 137-161.
- Caballero, A., Carrera, P., Muñoz, D. y Sánchez, F. (2007). Emotional ambivalence in risk behaviors: the case of occasional excessive use of alcohol. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 151-158.
- Canto, M. (2013). ¿Ni príncipe ni mercader? Los retos para las Organizaciones Civiles en la gestión de lo social. *Administración y Organizaciones*, 31, 71-89.

- Chen, X., Ren, T. y Knoke, D. (2014). Do Nonprofits treat their Employees differently? *Nonprofit Management & Leadership*, 24(3), 285-306.
- Converso, D. y Falchetta, R. (2007). *Burnout e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni sociosanitarie*. Turín, Italia: Centro Scientifico Editore.
- Converso, D. y Piccardo, C. (2003). *Il profitto dell'empowerment. Formazione e sviluppo organizzativo nelle imprese non profit*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- DEMOS (1997). *Organizaciones no gubernamentales. Definición, presencia y perspectivas*. México: Ed. Trasfondo.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1), 3-14.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Girardo, C. (2010). *El trabajo y sus peculiaridades en las organizaciones de la sociedad civil en México*. Zinacantepec, Edo. de México: El Colegio Mexiquense, A. C..
- Hernández Martínez, J. A., Herrera Tapia, F. y Chávez Mejía, C. (2015). Capacidades, liderazgos y estrategias de gestión de organizaciones de la sociedad civil en zonas rurales del Estado de México, *Contaduría y Administración*, 60(4), 817-835.
- Hindrichs, I., Girardo, C. y Converso, D. (2013). Trabajar en Organizaciones de la Sociedad Civil en el Estado de Morelos. Factores psicosociales, desafíos y necesidades. *Administración y Organizaciones*, 31, 191-212.
- Hindrichs, I., Girardo, C. y Converso, D. (2011). La traducción del valor democrático en la participación organizativa en la sociedad civil: Un estudio de caso entre México e Italia. *Economía, Sociedad y Territorio. Revista del Colegio Mexiquense*, XI(37), 667-706.
- Instituto Nacional de Desarrollo Social INDESOL (2015, febrero). Sistema de Información del Registro Federal de las osc. Recuperado en <http://corresponsabilidad.gob.mx/>
- Juárez, A. y Camacho, A. (2011). Factores Psicosociales de la salud en el trabajo: análisis de su concepción y base teórica. En A. Juárez García y A. Camacho Ávila (Eds.). *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicosocial en el trabajo* (pp. 187-212). México: Juan Pablo Editor.
- Kamerade, D. y McKay, S. (2014). Is There a Subjective Well-Being Premium in Voluntary Sector Employment? *Voluntas*. Doi:10.1007/s11266-014-9545-z.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- King, N. (2004). Templates in the Thematic Analysis of Text. En C. Cassel y G. Symon (Eds.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research* (pp. 256-270). Thousand Oaks, California: Sage.
- Laville, J. L. (2004). *Economía Social y Solidaria. Una visión europea*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional General Sarmiento.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca Editor.
- Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil (2004). Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 9 de febrero de 2004 (Última reforma, 25 de abril de 2012).

- Morandi, A., Remaschi, L. y Meringolo, P. (2009). L'empowerment in una cooperativa di servizi: rischi psicosociali e benessere lavorativo [Empowerment in a service cooperative: psychosocial risks and well-being at work]. *Risorsa Uomo*, 15(3), 273-289.
- Muñoz Hernández, R. (2013). Presentación. Las Organizaciones de la Sociedad Civil y la Democracia Participativa en México. *Administración y Organizaciones*, 31, 5-11.
- Piccardo, C. y Benozzo, A. (1996). *Etnografía organizativa*. Milán, Italia: Cortina.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Zanelli, J. C. y Silva, N. (2008). *Interacción Humana y Gestión. La construcción psicosocial de las organizaciones de trabajo*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Zotti, A. M., Omarini, G. y Ragazzoni P. (2008). Can the type of organizational structure affect individual well-being in health and social welfare occupations? *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(1: Supl. A, Psicología), A44-A51.

2.4 La diversidad funcional física, sensorial o intelectual como factor generador de riesgo psicosocial.

BÁRBARA MASLUK, SANTIAGO GASCÓN*, ÁNGELA ASENSIO, AGUSTÍN ALBESA, ANA ISABEL MARQUÉS, JESÚS MONTERO Y JAVIER GARCÍA-CAMPAYO.

Universidad de Zaragoza, Departamentos de Psicología y de Medicina y Psiquiatría.

*sgascon@unizar.es

RESUMEN

Los factores psicosociales presentes en el trabajo pueden convertirse en riesgos y afectar a la salud física, psicológica y social del empleado. Los trabajadores con discapacidad, aunque se encuentren adaptados a sus tareas, según recientes estudios (Magnavita, Bosco, Ranalletta, Salerno, 2006) presentan mayores posibilidades de ocupar puestos aislados, sufrir acoso por el hecho de ser diferentes o están más expuestos a críticas de agentes externos que no desean ser atendidos por ellos.

La legislación española obliga a las empresas con más de cincuenta trabajadores a reservar un 2% de puestos a empleados con discapacidad (sensorial, física, intelectual o mental), pero esta norma no siempre se cumple. Por otro lado, estos empleados, aunque se sientan realizados por el hecho de desempeñar una labor y percibir un salario, lo que supone una normalización, suelen quejarse de tener menores oportunidades para realizar una carrera profesional y de una escasa formación en momentos iniciales, lo que conlleva estrés debido a las dudas que supone el hecho de no saber qué rol y qué tareas se esperan de ellos (Snyder, Carmichael, Lauren, Blackwell, Cleveland & Thornton, 2010).

Este estudio comprende una parte cualitativa y otra cuantitativa y trata de obtener un mayor conocimiento sobre esta realidad, a la vez que evalúa los factores psicosociales en empresas que tienen implantadas políticas de integración. La conclusión más positiva es que este tipo de organizaciones muestran niveles inferiores de estrés y enfermedad, comparadas con otras, tal vez debido a un factor sensibilizador que no solo se refleja en la integración, sino también en la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales.

Palabras clave: discapacidad, riesgos psicosociales, evaluación, intervención.

INTRODUCCIÓN

Naciones Unidas (2006) informa que el 15% de la población Mundial padece alguna discapacidad, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) alerta sobre la necesidad de suprimir obstáculos en cuanto a acceso a la salud, rehabilitación y empleo. La legislación al respecto de cada estado es muy diversa. Debe destacarse que la mayoría de los países desarrollados han instaurado numerosas políticas para la integración social y laboral de las personas con discapacidad, imponiendo cupos de contratación a las empresas, aunque en los últimos años,

posiblemente debido a la crisis económica mundial, no siempre se cumplen tales normativas y, en ocasiones, se saldan mediante cuotas económicas dedicadas a instituciones de integración.

En aquellos casos en los que las empresas e instituciones han cumplido con sus obligaciones, algunos estudios (Anderson *et al.*, 2010) han subrayado la especial predisposición de los trabajadores con diversidad funcional, sensorial o intelectual, a verse expuestos con mayor probabilidad a los riesgos psicosociales, bien por verse obligados a ocupar puestos aislados, sin apenas contacto con otros compañeros, por el hecho de ser blanco de situaciones de acoso, al tratarse de personas “diferentes”, o por la simple razón de que los propios compañeros, los clientes o usuarios sean más proclives a quejarse ante posibles errores en el trabajo.

En España, la Ley de Integración social (1982) estableció, junto con un sistema de previsiones económicas y servicios especializados facilitadores de una vida en un entorno habitual de la persona, unas medidas de accesibilidad e integración laboral, así como subsidios económicos. Esta normativa compromete a las empresas de 50 o más trabajadores, ofertar una cuota de reserva a favor de las personas con discapacidad de un 2% de la plantilla. Leyes posteriores han evolucionado hacia la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, lo que ha supuesto un establecimiento de un sistema de sanciones hacia las empresas y entidades públicas si dichos supuestos no se cumplían. Según la normativa aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), los entes públicos son los responsables de garantizar el pleno y efectivo ejercicio de los derechos anteriormente mencionados. El real Decreto 27/2000 del 14 de enero, para facilitar el cumplimiento de la ley del año 1982 establecía una serie de medidas de carácter excepcional para que las empresas que no contaran en su plantilla con el cupo reservado para las personas con discapacidad, pudiesen adoptar medidas alternativas.

En España, el número de empresas que cumplen el requisito de emplear a un 2% de personas con discapacidad aumentó durante la primera década de este siglo, y aunque posteriormente la tendencia descendió, los datos del Servicio Público del Empleo (2013) demuestran que los últimos años se ha producido un ascenso moderado pero continuo en la contratación de las personas con discapacidad.

Pese a que las normativas vigentes exigen evaluar y proteger a los grupos sensibles y acondicionar el puesto a las limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales cuando la inestabilidad del mercado laboral se erige como principal factor de riesgo, estos empleados pueden encontrarse más expuestos al estrés por la precariedad de sus contratos, predisposición a conductas arriesgadas, falta de redes de apoyo y mayor probabilidad de acoso. Añadiremos a esto la percepción de escepticismo y de estigmatización hacia las personas con discapacidad o enfermedad mental, y el hecho de que no pocos empresarios, con frecuencia, contratan a este tipo de trabajadores, más por la espera de subsidios que por una verdadera voluntad integradora (Hasson, 2011).

Antes de ahondar en tales aspectos, conviene subrayar que estos trabajadores se encuentran expuestos, como cualquier otro empleado a diferentes riesgos psicosociales. Los factores psicosociales hacen referencia a los aspectos de diseño del puesto de trabajo, su gestión y el contexto social y organizacional del entorno donde se desempeña la labor. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1986) advertía que: *“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”* (OIT, 1986, p. 3).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto las relaciones entre estrés y salud (Kompier *et al.*, 1996, Gascón *et al.* 2003). El estrés derivado de “factores psicosociales”, es definido como “las reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales a aspectos del contenido, la organización o el entorno de trabajo” (Gascón *et al.* 2003). Supone riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebro-vasculares, dolor crónico y está implicado en la aparición de cuadros de origen laboral, como el síndrome del profesional quemado (Maslach *et al.* 1999). Otro modelo (Roozeboom, 2008) recoge como elementos potenciadores del estrés en el trabajo por un lado factores organizacionales (la cultura de la organización, relaciones industriales, política y filosofía de la organización) y por el otro, factores laborales (condiciones de empleo, diseño del puesto, calidad del trabajo).

La mayoría de las conceptualizaciones acerca del estrés laboral se basan en el modelo de Karasek de demanda-control (1990), que demuestra la importancia del poder tomar decisiones en el trabajo para un bienestar psicológico y físico en el entorno laboral. Esta idea es apoyada por otros estudios empíricos, que han encontrado que la autonomía en el trabajo es fundamental para la salud de los trabajadores (Karasek, 1998). Este modelo ha evolucionado hacia el modelo de demanda-recursos (Bakker 2007) que explica cómo las condiciones de trabajo pueden ser categorizadas en términos de demanda y recursos, y por consiguiente, percibidos de forma que implique un mayor ajuste y bienestar relacionado con el trabajo. Las altas demandas y altos recursos percibidos producirán las actitudes laborales más positivas.

En el modelo de desequilibrio en esfuerzo-recompensa (Siegrist, 2004) el estrés laboral crónico se entiende como la no reciprocidad o desequilibrio entre los altos esfuerzos y bajas recompensas recibidas. Las recompensas pueden englobar tanto los reconocimientos intrínsecos como extrínsecos, siendo falta de unos y/u otros un factor desencadenante de efectos adversos sobre la salud. El desequilibrio al que puede llevar el estrés crónico está documentado en varios estudios prospectivos y transversales (Leiter y Maslach, 2000).

Aunque existe una amplia bibliografía sobre el estudio de riesgos psicosociales en diferentes colectivos, con un especial énfasis en profesiones consideradas de mayor riesgo: profesionales de la salud (Leiter, Gascón, Martínez, 2008; Gil-Monte,

2009; Morais, Maia, Azevedo, Amaral, Tavers, 2006; Embracio, Papazian, Kenetish-Barnes, Pochard, Azoulay, 2007), profesorado de distintos niveles de educación (Hakanen, Bakker, Schaufeli, 2006; Evers, Tomic, Brouwers, 2004; Farber 1991, 2000; Prieto, Salanova, Martínez, Schaufeli, 2008), de organizaciones del sector privado (Zeytinoglu, Lillevik, Seaton, Moruz, 2004; O'Neill, Davis, 2011; Masluk, Gascón, Asensio, Albesa, 2014) apenas hay estudios sobre riesgos psicosociales en el trabajo de personas discapacitadas. Los pocos estudios sobre los factores que se centran en el estrés psicosocial en el trabajo entre las personas con algún tipo de discapacidad demuestran más riesgo de sufrir estrés laboral en este colectivo, junto con las secuelas de tipo físico y psicológico (Merz, Bricout, Koch, 2001). Se ha descrito que adultos con discapacidad y que sufren trastorno de estrés muestran mayores índices de conductas de alto riesgo, de falta de satisfacción en la vida y de un apoyo social inadecuado (Okoro, 2009).

Un estudio sobre riesgos psicosociales en discapacitados intelectuales (Jenaro *et al.*, 2006) realizado en España, confirma el modelo de las demandas laborales y los recursos disponibles, así como su influencia sobre la satisfacción laboral. Por otro lado hay que mencionar los beneficios que el trabajo en sí tiene sobre la calidad de vida en general. El empleo es, sin duda, un factor de mejora de calidad de vida en los trabajadores (Gascón, Olmedo, Ciccotelli 2003) y, especialmente en trabajadores con discapacidad (Kreamer, McIntyre y Blacher, 2003). Existen estudios que confirman la observación general del hecho de que tener la condición de discapacidad y, además, ser mujer, implica una probabilidad más alta de trabajar a tiempo parcial que las personas sin discapacidad, sobre todo en caso de las personas que tienen enfermedades progresivas (Pagan, Rodriguez, 2009). Atendiendo a otras investigaciones en el campo de la discapacidad en el entorno laboral, podemos citar la mayor vulnerabilidad de los empleados con alguna dificultad psicológica o mental que los hace ser frecuentemente expuestos al acoso laboral o mobbing (Magnavita *et al.*, 2006).

Las organizaciones, además de estar obligadas a cumplir con la normativa relativa a la integración social de los empleados con discapacidad, también lo están a planificar la actividad preventiva a partir de una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores (Ley de Prevención de Riesgos Laborales; 31/1995 artículo 16.1). Precisamente, a partir de este artículo, se valoran las variables más frecuentes que pueden ser implicadas en la aparición de los riesgos psicosociales en trabajadores con discapacidad y el análisis de las metodologías de adaptación del puesto de trabajo más utilizadas, con el objetivo de verificación si contemplan las variables de tipo psicosocial.

Los técnicos de prevención responsables de la labor de protección de los trabajadores que, por sus propias características puedan ser especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo; deben para que el proceso de incorporación de los empleados con discapacidad resulte eficaz, realizar las siguientes acciones (Foment del treball, 2009):

- Gestión preventiva previa a la contratación, incluida la adaptación del entorno y del puesto de trabajo (mobiliario, herramientas etc., aspectos organizativos, información sobre las tareas, realización de las mismas en equipos de trabajo, formación de trabajadores para que actúen como tutores para los empleados, formación en el ámbito de la discapacidad desde Recursos Humanos, selección del canal de reclutamiento, valoración del ajuste puesto-persona).
- Gestión preventiva, previa a la incorporación al puesto (Empleo con Apoyo, Plan de Acogida como instrumento de comunicación entre empresa trabajador con la información básica y útil, Ofrecimiento de Vigilancia de la salud).
- Gestión preventiva una vez incorporado al puesto. Dado que es crucial que las adaptaciones sigan una vez que el trabajador este incorporado, se valorará el proceso de adaptación para detectar las limitaciones. Se puede contar con la ayuda de un preparador laboral, cuya actuación irá desapareciendo paulatinamente conforme vaya pasando el tiempo.

La legislación española permite la libre elección entre diversos tipos de metodologías que mejor se ajusten a las necesidades de la empresa. Debemos tener en cuenta que la adaptación del puesto estará relacionada con la evaluación de los riesgos laborales y que, algunos métodos, además de su adaptación al puesto, así como la evaluación de riesgos antes de su inclusión, tienen aplicaciones como diseño del puesto de trabajo para un empleado específico y también la evaluación de su desempeño. Uno de los métodos más comúnmente usados es *“La evaluación de riesgos para trabajadores discapacitados”* (Santos, 2001, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, INSHT). El método consiste en un chequeo de las condiciones de trabajo, basado en un listado de cuestiones específicas en función de discapacidad y características generales del puesto a desempeñar. No se analizan las competencias del empleado, siendo su principal función la evaluación de los riesgos de seguridad.

Una metodología distinta, que pertenece a los métodos de adaptación/inserción es ADAPTyAR, fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y el Instituto Biomecánico de Valencia. Su empleo está basado en una plataforma virtual a la que se accede y que ofrece un análisis del puesto de trabajo y del usuario de manera integrada. Esta herramienta cuenta además con la información adicional de casos prácticos por sectores y buenas prácticas de adaptación de puestos de trabajo en las Administraciones Públicas (<http://adaptayar.ibv.org/>).

Otro método similar es el *“Método Estrella”*, que ha sido creado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Margallo, Gil, Rubio, Jiménez, 2006); una herramienta completa para la valoración, orientación e inserción laboral de personas con discapacidad que consiste en una plataforma que aporta el cuestionario de valoración exhaustivo, tanto de funciones y estructuras corporales, el desempeño de las capacidades, los factores contextuales (ambientales y personales) como competencias tipo formación, experiencia laboral. Otros apartados recogen las empresas, entidades, centros y servicios entendidos como un mapa de recursos y formación e inserción laboral (ofertas de empleo, identificación, perfil

de exigencias del puesto, capacidades/competencias requeridas. El método vincula los tres procesos básicos relacionados entre sí: Valoración/Orientación Profesional de la Persona; Análisis y Adecuación del Puesto de Trabajo; Análisis/orientación de la Formación Profesional Ocupacional (manual del IMSERSO).

El “Método Perfiles” (Badiola, 2014) ofrece dos tipos de perfiles, el de la persona y el del puesto, evaluando las características de ambos. Existen 31 variables a valorar en la persona y 26 variables del puesto del trabajo. Las características como Visión, Audición, Autocontrol son ejemplos de las características exclusivas del perfil de la persona, mientras que otras describen tanto a la persona como al perfil del puesto (Apariencia y autocuidado, Movilidad en la comunidad y Conocimiento de escritura entre otras). Las variables agrupadas en seis áreas se transforman en una gráfica y contraponen entre grupos comunes en ambos perfiles. Este método al permitir la comparación directa entre las características de la persona y las del puesto proporciona información necesaria a la hora de diseñar el plan de formación para el trabajador y su evaluación continua así como la selección del puesto más idóneo, por nombrar solo algunas de las ventajas.

La evaluación de riesgos psicosociales debe ser un elemento central en su prevención (Moreno, Báez, 2010) por lo que a continuación, se presenta una concisa revisión de algunas metodologías de evaluación. El número de factores de riesgo medidos en ella no está preestablecido, pero según la indicación de la Organización Mundial de la Salud (2004) tienen que ser operacionalizables (2004) lo cual conlleva la necesidad de mostrar con qué instrumentos se va a recoger la información. La inclusión de métodos complementarios y no solamente el uso de la encuesta permiten una visión más realista y global. Se puede emplear la entrevista, la discusión de grupo u otras técnicas de tipo cualitativo (observación, narrativas etc.). De los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales en España y los más antiguos son FPSICO, desarrollado por INSHT (Martín, Pérez, 1997) y el método PREVENLAB-PSICOSOCIAL (Peiró 1999b; 2003). El primero es un cuestionario que recoge siete factores, siendo la media para cada uno un indicador de la situación de riesgo oscilando entre “la necesidad de la intervención” y “situación satisfactoria”.

El método PREVENLAB-PSICOSOCIAL evalúa once facetas por medio de un instrumento de más de cien ítems en la parte cuantitativa e incluye un elemento cualitativo en forma de pregunta abierta donde se cuestiona sobre situaciones de potenciales riesgos. La batería PREVACC que forma parte del método MARC-UV (Meliá, 2003) evalúa los factores psicosociales que se relacionan con accidentes laborales y enfermedades profesionales. Permite una respuesta de “inseguridad” de la organización, del entorno, de los compañeros de trabajo y del empleado” (Meliá, 2004). Si hubiere la necesidad de evaluar factores relacionados más con el riesgo psicosocial, los autores ofrecen otra batería que forma parte del método MARC-UV: BFPSL (Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral) que permite valorar Factores Organizacionales como Liderazgo, Comunicación, Disfunciones Sociales (Mobbing) y Estrés de Rol.

Merece mención el método realizado por el Instituto de Ergonomía de MAPFRE (Gracia, 2006) que ofrece distintas versiones del mismo para diferentes sectores

(educativo, sanitario, industria, teleoperadores etc.) y recoge seis factores de control (Distribución y diseño, Control y liderazgo, Carga mental, Turnicidad, Satisfacción social) que proporcionan la información sobre los niveles de riesgo. La persona que evalúa es el técnico basándose en las tablas y calculando la probabilidad de riesgo social en diferentes puestos. También dispone del cuestionario para el trabajador. El método contempla sugerencias de intervención para cada caso.

OBJETIVO:

El objetivo del estudio fue el de obtener un conocimiento general sobre las variables relacionadas con los factores psicosociales en trabajadores con discapacidad y, posteriormente, analizar estos factores en sus empresas para disminuir los riesgos y mejorar la calidad de vida laboral y la salud.

Teniendo en cuenta que la evaluación de riesgos es el paso previo antes de construir modelos de intervención que garanticen la salud y seguridad de los empleados, se hipotetizaba que los trabajadores objeto del estudio pudieran verse más expuestos a riesgos psicosociales que otros empleados. Igualmente, que en las empresas comprometidas con la integración, se encontraría una mayor sensibilidad de protección ante tales riesgos.

METODOLOGÍA

En una primera fase, de marcada característica cualitativa, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a trabajadores con discapacidad en diferentes centros, en las que se propiciaba que expresaran sus motivaciones, actitudes y sentimientos respecto a posibles factores psicosociales con los que convivían. Se trató de un estudio cualitativo exploratorio.

Posteriormente, en seis empresas se llevó a cabo una evaluación de riesgos psicosociales con el objetivo de que los datos permitieran orientar el diseño de dos tipos de intervención (uno sobre factores organizacionales y otro sobre entrenamiento en afrontamiento del estrés). Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, firmando una hoja de consentimiento.

Participantes: En la fase de la evaluación cualitativa, se entrevistaron a 73 empleados con diversos tipos de discapacidad, pertenecientes a empresas públicas y privadas, de los cuales fueron 46 mujeres y 27 hombres; media de edad: 44,2 años (DT=10,5); 41 de ellos padecían discapacidad física, 18 sensorial -visual o auditiva-, 9 psíquica y 5 intelectual. 56 habían accedido mediante cupo por discapacidad, el resto la habían desarrollado posteriormente y su puesto fue adaptado. 18 trabajadores tenían un grado de discapacidad del 33%; 21 del 34-66%, 29 igual o mayor al 67% y 5 no especificaron grado.

En la segunda fase de evaluación cuantitativa sobre los factores psicosociales participaron 243 trabajadores pertenecientes a seis empresas que siguen políticas de inserción. 63,05% mujeres y 26,8% hombres; media de 45,8 años (DT=11,77).

Instrumentos: 1) Entrevista semi-estructurada a trabajadores con discapacidad para conocer los factores psicosociales. Las preguntas abiertas se centraron en: autoestima, percepción de contribución a la tarea, sensación de exclusión por parte de compañeros, sentimiento de rechazo de terceras personas y visión de carrera profesional; 2) La evaluación de riesgos se realizó mediante el Cuestionario "Six Areas of Worklife; AWL" (Leiter y Maslach, 2000) que informa de las dimensiones de Energía/Agotamiento, Implicación/Cinismo y Eficacia, además de las variables que contribuyen a estos niveles (Carga manejable de trabajo, Control, Recompensas, Justicia, Congruencia de valores y Comunidad). La versión española posee altos niveles de fiabilidad y validez (Gascón *et al.* 2013), Cuestionario sobre salud autoinformada con fines descriptivos, más que diagnósticos.

RESULTADOS:

Respecto a la fase de entrevistas, tras exportar las respuestas al programa ATLAS.TI, se calcularon frecuencias y se realizó un análisis de los datos sociodemográficos y de los relativos a riesgos psicosociales, además de identificarse otras categorías emergentes.

Según las entrevistas, el 84,28% considera que el puesto está adaptado a sus necesidades, el 72,8% cree que su eficacia es alta, el 27,1% siente sobrecarga de manera habitual. El 77,2% siente una alta percepción de Comunidad y de Apoyo en el trabajo, el 54,2% se siente recompensado por su labor. El 71,4 % no percibe que su discapacidad influya sobre el trato que recibe. El 91,6% mostró un nivel de autoestima medio-alto, el mismo porcentaje de quienes manifestaron que su discapacidad no influía en la calidad de su tarea. Como aspectos más negativos, un alto porcentaje, el 89,6% consideraba que su situación le impedía lograr ascensos y el 36,4% se quejaba de tener que realizar su trabajo "adaptado" de forma aislada respecto a los compañeros. El 27,1% percibía molestias por parte de superiores o compañeros debido a los errores cometidos.

En general, los empleados valoraban muy positivamente la oportunidad de disfrutar de un trabajo y de responder a los retos que supone. Este dato dejaba de percibirse en quienes llevaban más de diez años en el puesto o cuya incapacidad laboral había sido reconocida posteriormente, al cabo de un tiempo de estar contratado.

En este primer análisis se encontraron algunas categorías emergentes como: 1) Apoyo en la situación de cambio (necesidad de apoyo y de mayor formación en el momento de la incorporación) y 2) Disponibilidad para afrontar tareas de mayor dificultad. Estos datos guiaron algunas hipótesis para encarar el estudio cuantitativo.

En cuanto a la evaluación de riesgos psicosociales en la totalidad de los trabajadores de las empresas, los datos sobre sintomatología fueron considerados como una aproximación mediante autoinforme. Tres trabajadores evaluaron su salud como "mala", 83 como "regular", mientras que 287 la consideraba "buena" o "excelente". El 6,1% sufría dolores de cabeza de manera más o menos

habitual, el 3,2 % algún síntoma de depresión, el 4,7 % molestias gástricas con cierta frecuencia, el 8,1% síntomas de estrés, el 9,2 % problemas con el tabaco, el 19,5% informó de sobrecarga, el 3,8% refirió problemas de hipertensión, el 4,4% sobrepeso y ninguno refirió abuso de alcohol u otras sustancias (aunque los datos de las empresas mostraban que habían realizado acciones dirigidas a ayudar a trabajadores con este tipo de adicciones).

En el Cuestionario AWLS, casi todos los índices se encontraban en torno a las medidas normativas, en algunos centros se obtuvieron puntuaciones superiores a los puntos recomendados. Las variables: Carga manejable, Posibilidad de Control, Sentido de Comunidad, Recompensas, Justicia y Congruencia de Valores mostraron correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones de Energía, Implicación y Eficacia (ver tabla 1); mientras que los índices de sintomatología correlacionaron en sentido inverso (ver tabla 2).

Tabla 1. Correlación Rho de Spearman: dimensiones opuestas al burnout y áreas de la vida laboral.

	Energía	Eficacia	Implicación	Carga	Control	Recomp	Comunidad	Justicia	valores
Energía		,393**	,654**	,477**	,387**	,312**	,405**	,461**	,331**
Eficacia	, **	1	,381**	,167	,326**	,208**	,368**	,305**	,319**
Implicac	,			,322**	,285**	,374**	,462**	,421**	,394**
Carga	,				,251**	,233**	,301**	,313**	,291**
Control						,386**	,365**	,408**	,306**
Recomp							,490**	,446**	,489**
Comunid								,497**	,473**

Tabla 2. Correlación Rho de Spearman entre dimensiones opuestas al burnout y sintomatología.

	Cabeza	depres	gastro	espalda	estrés	Carga	hipertensión
Energía	-,177**	-,358**	-,334*	-,184	-,291**	-,473**	-,193
Implicación	-,151**	-,260*	-,107**	-,203	-,187*	-,301**	-,207

Tabla 3. Análisis de Regresión. Variables criterio: Energía/Cansancio (global de todos los centros). Variables predictoras: áreas de la vida laboral.

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	T	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	6,182	2,336		2,524	,003
	Workload	,695	,193	,472	9,606	,000
	Control	,572	,175	,188	5,277	,001
	Reward	,140	,226	,105	,082	,750
	Community	,317	,188	,126	1,971	,263
	Fair	,263	,119	,128	3,292	,003
	Values	,614	,168	,223	5,593	,000

a. Dependent Variable: Energy

Mediante análisis de regresión, a la variable energía/agotamiento contribuían de manera estadísticamente significativa: la carga manejable ($t=9.606$, $\beta=.000$), el control ($t=5.277$, $\beta \leq .001$), justicia ($t=3.392$, $\beta \leq .001$) y valores ($t=5.593$, $\beta \leq .001$), no mostrándose como predictoras las variables de comunidad y recompensas, como se puede apreciar en la tabla 3. Similares resultados se obtuvieron usando como variable criterio la dimensión de eficacia: la carga manejable ($t=8.729$, $\beta=.001$) y valores ($t=6,673$, $\beta=.051$), mientras ninguna de las seis áreas contribuyó a la dimensión de implicación. Ver tabla 4.

**Tabla 4. Análisis de Regresión. Variable criterio: Eficacia (global de todos los centros).
Variables predictoras: áreas de la vida laboral.**

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	T	Sig.		
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	7,264	2,491		2,726	,000
	Workload	,603	,206	,514	8,729	,001
	Control	,427	,198	,258	6,673	,051
	Reward	,219	,332	,188	,171	,681
	Community	,417	,188	,177	2,025	,367
	Fair	,274	,206	,164	4,335	,001
	Values	,782	,271	,265	4,399	,054

a. Dependent Variable: Efficacy

Con los datos obtenidos, se realizó un diseño de intervención sobre las variables relacionadas con las características de la organización, elaborado para aplicar en diferentes centros, y que tiene como componentes: un programa de dispensación de recompensas y de mejora de los canales de comunicación. Además de un programa paralelo (para aplicar de forma aislada y combinada con el anterior, que se centra en el entrenamiento para el afrontamiento del estrés, e incluye técnicas de relajación, de solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados de su aplicación serán evaluados al finalizar la intervención que comenzó hace diez meses.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Tanto mediante metodología cualitativa (entrevistas), como mediante metodología cuantitativa, la mayoría de los empleados (con y sin discapacidad) presentó altos índices de satisfacción laboral. Comparados estos datos con estudios de nuestro grupo en otras organizaciones, se hallaron niveles más altos en Energía, Implicación y Eficacia.

La carga manejable, la posibilidad de control y el sentido de justicia contribuían a buenos niveles de energía (variable opuesta al desgaste laboral y al agotamiento), mientras que las variables de recompensas y comunidad no mostraron

significación estadística respecto a esta variable. En cuanto a la eficacia (variable opuesta a la ausencia de realización mediante el trabajo), la posibilidad de control y la congruencia entre los valores personales y organizacionales explicaban mejor esta variable. No debemos olvidar que estas variables son dinámicas y que, de no introducirse mejoras en ciertas áreas, con el tiempo pueden deteriorarse.

El estrés laboral, y su extremo más negativo, el síndrome del profesional quemado, son procesos que conllevan años, por lo que es recomendable medir sus indicadores de cara a ser detectados e iniciar una prevención futura. El área de recompensas no contribuía a niveles positivos ni en Energía, Implicación o Eficacia, por lo que tal aspecto fue considerado como prioritario en el diseño de la intervención.

Si bien en Europa se encuentra normalizada la prevención de riesgos, los técnicos aún no disponen de medidas adaptadas para la evaluación de riesgos psicosociales en el colectivo de las personas con discapacidad. Aunque la integración de empleados con discapacidad ha supuesto en los últimos años un logro, la evaluación de los riesgos psicosociales que afectan a este sector debiera ser una prioridad en salud laboral.

Es importante utilizar un modelo que integre tanto las demandas del puesto laboral como los recursos disponibles de la persona y el control percibido para la mejor integración en el puesto y prevención de los riesgos.

Como se ha expuesto, comparados estos datos con estudios de nuestro grupo en otras organizaciones, se hallaron niveles más altos en Energía, Implicación y Eficacia. Esto podría sugerir que aquellas empresas que tienen instauradas políticas de integración, también serán más sensibles a la hora de evaluar y de prevenir los riesgos psicosociales. Una posible conclusión, que debiera ser explorada más profundamente, es la de que en trabajadores con discapacidad, la satisfacción en el trabajo depende más de la organización que del hecho de la discapacidad en sí misma.

AGRADECIMIENTOS.

Unión Europea, Gobierno de Aragón, Dirección General de Empleo, Parlamento de Aragón, Ayuntamiento de Zaragoza, Universidad de Zaragoza, Fundación Disminuidos Físicos de Aragón, Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos); empresas públicas y privadas, trabajadores autónomos.

REFERENCIAS

- Badiola, V., Barroso, J., Cornejo, I., De la Serna, F., Elorriaga, E., Etxebarria, E., Franco, T., Igeregi, I., Iturbide, P., Martín, F., Martín M., Martínez, F., Mata, B., Mercado, A., Mercado, J., Molinos, A., Navarro, S., Restrepo, W., Santamaría, T., Zulueta, B. (2014). *Método de Perfiles Lantegi Batuak de adecuación de la tarea a la persona* 4ª edición Bilbao: Lantegi Batuak.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

- Embraccio N, Papazian L, Kenetish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* 13: 482-88.
- Evers, W. J. G., Tomic, W., Brouwers, A. A. (2004). Burnout among teachers: Students' and teachers' perceptions compared. *School Psychology International*, 25, 131– 148.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher*. San Francisco7 Jossey-Bass.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical Psychology* 56, 675–689.
- Foment del Treball Nacional (2009). Guía para la gestión de la prevención de riesgos laborales de trabajadores con discapacidad intelectual *Depósito Legal B.* 26.803.
- Gascón, S. Olmedo M., Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000) *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Volumen 8, número 1*, p. 55-66.
- Gascón, S., Olmedo, M., Bermudez, J., García-Campayo, J. (2003). Estrés y salud. *Cuadernos de medicina psicosomática*. Barcelona.
- Gascón, S., Leiter M.P, Stright, N., Santed, M.A., Montero-Marín, J., Andrés, E., Asensio-Martínez,A., García-Campayo, (2013). A factor confirmation and convergent validity of the "areas of worklife scale" (AWS) to Spanish translation. *Health and Quality of Life Outcomes* 11:63.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública *Revista Española de la Salud Pública* 83: 169-173.
- Gracia Camón, D. A. (2006) Método del Instituto de ergonomia MAPFRE (INERMAP) En Meliá, J.L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J.M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J.M., Bajo, J.C. y Martínez-Losa, F.: Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. *Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional*. Pags:86-103
- Hakanen, J., Bakker, A., Schaufeli, W., (2006). Burnout and work engagement among teachers *Journal of School Psychology* 43 495–513.
- Hasson H., Andersson M. Beierholm (2011). Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management.*; 25(3): 332-45.
- Jenaro, C., Flores, N., Caballo C., Arias B., Elena de, J., (2006) Demandas y riesgos psicosociales en trabajadores con discapacidad intelectual *Comunicación e Ciudadanía* (2), 1-21.
- Karasek R, Theorell T (1990) *Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Karasek RA (1998) Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In J. M. Stellman (Ed.), *Encyclopaedia of occupational health and safety Geneva: International Labour Organization* 34.6 –34.14.
- Klassen, R., Usher, E., Bong, M. (2010). Teachers' Collective Efficacy, Job Satisfaction, and Job Stress in Cross-Cultural Context *The Journal of Experimental Education* 78, 464–486.
- Kompier, M., Levi, L. & European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1996). *Stress at Work: causes, effects and preven-*

tion: a guide for small and medium sized enterprises. Shankill, Co. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

- Kraemer, B.R., McIntyre, L.L. & Blacher, J. (2003). Quality of life for young adults with mental retardation during transition. *Mental Retardation*, 41 (4), 250-262.
- Leiter, M., Gascón, S., Martínez, B. (2008). A two process model of burnout: their relevance to Spanish and Canadian nurses *Psychology in Spain* Vol. 12. No 1, 37-45.
- Leiter M.P., Maslach, C. (2000) *Preventing Burnout and building engagement*. S. Francisco: Jossey-Bass.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. BOE núm 269 :1011.
- Magnavita, N. Bosco, M. Ranalletta, D. Salerno, S. (2006). Fitness, disability and mobbing. *Giornale Italiano di Medicina de Lavoro ed Ergonomia* 28: 4. 440-443.
- Margallo, F., Gil C., Rubio E., Jiménez, E. (2006). Valoración, Orientación e Inserción Laboral de Personas con Discapacidad Método Estrella Imserso Co-cemfe Comunidad de Madrid http://sid.usal.es/idocs/F5/EVA588/marco_teorico.pdf
- Martín, F., Pérez, J. (1997). Factores psicosociales: metodología de evaluación. NTP 443. Barcelona: INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Maslach C., Leiter M. (1999) *The truth about burnout*. Jossey-Bass Publishers. S.Francisco.
- Masluk, B., Gascón, S, Asensio, A., Albesa, A. (2014) Variables predictoras del desgaste profesional entre trabajadores de la hostelería en Aragón: Demandas, Control y Apoyo Social. Archivos de Prevención de riesgos laborales: 17 (Especial Congreso1): 32-39.
- Meliá, J. (2003) Bateria Valencia –PREVACC: *Instrumentos diagnósticos para la prevención de accidentes laborales*. Valencia: Ed. Cristóbal Serrano. En: <http://www.uv.es/seguridadlaboral>
- Meliá, J.L. (2004) La Bateria Valencia PREVACC de la Universidad de Valencia: La evaluación de las dimensiones comportamentales, grupales y organizacionales que afectan a los accidentes laborales. Trabajo presentado al Tercer Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. Santiago de Compostela
- Merz, M.A., Bricout, J. & Kock, L. (2001). Disabilities and job stress: implications for vocational rehabilitation planning. *Work: Journal of Prevention, Assessment and rehabilitation*, 17 (2), 85-96.
- Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavers J. (2006). Stress and burnout among Portuguese anesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology* 23: 433-39.
- Moreno, B., Báez, C. (2010) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo NIPO 792-11-088-1
- Naciones Unidas (2006). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York (EEUU).
- OIT (Organización Internacional del Trabajo (1986). Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. *Occupational Safety and Health Series*, n. 56. OIT:Geneva.

- Okoro, C. Strine, T., Balluz, L., Crews J., Dhigra, S. Berry, J., Mokdad, H., (2009). Serious psychological distress among adults with and without disabilities. *International Journal of Public Health*, 54(1):52-60.
- O'Neill JW, Davis K. (2011). Work Stress and Well-being in the Hotel Industry, *International Journal of Hospitality Management Jun 1;30 (2):385-390*.
- Pagan-Rodríguez, R. (2009). An empirical analysis on the incidence of part-time work among women with disabilities. *Disability & Rehabilitation*; 31(2):73-83.
- Peiró, J. (1999) Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo AMIGO como base de la metodología Prevenlab/Psicosocial. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15, 267-314
- Peiró, J. (1999) El Modelo AMIGO: marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 72, 3-15
- Peiró, J. (2003). Metodología PREVENLAB para el análisis y prevención de riesgos psicosociales. *Capital humano*, 167, 82-90
- Prieto, L. Salanova, M., Martínez, I., Schaufeli, W. (2008). Extension of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time *Psicothema*. Vol. 20, nº 3, pp. 354-360.
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., & Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. I. En S.Leka & T. Cox (Eds.), *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA-EF* Nottingham: I-WHO. pp. 17-36.
- Santos Guerras, J. (2001). Evaluación de riesgos para trabajadores discapacitados *Sección técnica 16*, pág. 18-36. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Rev_INSHT/2001/16/seccionTecTextCompl3.pdf.
- Servicio Público de Empleo Estatal, Observatorio de las Ocupaciones, "Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad (Estatal, Datos 2013). http://www.sepe.es/contenidos/observatorio/mercado_trabajo/2318-2.pdf
- Siegrist J., Dagmar D., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons *Social Science & Medicine* 58 1483-1499
- Siperstein, G., Romano, N., Mohler, A., Parker, R. (2006) A national survey of consumer attitudes towards companies that hire people with disabilities *Journal of Vocational Rehabilitation* 24 3-9 3.
- Snyder, L. Carmichael, J. Lauren V. Blackwell, Cleveland, J. Thornton, G. (2010). Perceptions of Discrimination and Justice Among Employees with Disabilities. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 22:5-19.
- WHO (2004). Development of Environment and Health Indicators for European Union Countries: Results of a pilot study. Report on a WHO Working Group Meeting Bonn Denmark: WHO
- World Health Organization (2011). World report on disability. WHO. Geneva, Switzerland. en: www.who.int/disabilities/
- Zeytinoglu, I. Lillevik, W., Seaton, B. Moruz J (2004). Part-Time and Casual Work in Retail Trade: Stress and other Factors Affecting the Workplace Relations industrielles / *Industrial Relations*, vol. 59, nº 3, , p. 516-544.

2.5 A precarização do Trabalho na Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza, Ceará, Brasil*

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES¹
JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO²
CLEIDE CARNEIRO³

*Manuscrito extraído da Tese de doutorado intitulada Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial, defendida na Universidade Estadual do Ceará, em 2012.

¹Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor colaborador do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. E-mail: jm_ximenes@hotmail.com

²Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva. Professor Titular de Saúde Pública da UECE.

³Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora Adjunta da UECE.

RESUMO

O presente estudo adotou como objeto de investigação a gestão do trabalho no âmbito dos serviços públicos de saúde mental no Brasil. O objetivo foi analisar o modelo de gestão do trabalho na rede de atenção à saúde mental, particularmente nos centros de atenção psicossocial (CAPS), considerando o contexto de globalização e precarização. Adotou a abordagem qualitativa de pesquisa em saúde, com o desenho geral de estudo de caso único. O campo empírico foi a rede de saúde mental situada no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista, observação e documentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O processamento e análise do material empírico se deu com base na Hermenêutica-Dialética. Os resultados revelam que o modelo de gestão de caracteriza pelo *mix* público-privado. No âmbito da gestão do trabalho, evidencia-se processos de precarização, expressos na terceirização da contratação de trabalhadores, bem como nas condições de trabalho insatisfatórias. A situação evidenciada requer a adoção de estratégias de enfrentamento das formas de precarização do trabalho no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Administração de recursos humanos. Gestão em saúde. Serviços de saúde mental. Condições de trabalho.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da gestão do sistema de saúde brasileiro requer uma incursão sobre os modos como foi pensada a sua arquitetura institucional, bem como a respeito dos contextos sociopolítico, econômico e administrativo que o conformaram.

De início, é reconhecido o fato de que o debate deve se reportar ao Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária (MBRS), procurando evidenciar o compromisso de transformação social que o fundamenta numa perspectiva de confrontá-lo aos rumos tomados na implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MBRS, desencadeado na década de 1980, pautou-se no ideário de formação de uma sociedade cujos valores fundantes fossem os princípios democráticos, a solidariedade e a justiça social. Assim, constituiu-se em processo civilizatório na medida em que pretendeu produzir mudanças dos valores presentes na sociedade brasileira (Paim & Teixeira, 2007). Como intenção de reforma setorial no campo da saúde, tensionou o país com vistas a promover uma verdadeira reforma de Estado.

Constava como proposta desse movimento a construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral, aberto à participação popular, portanto, democrático. A ação política do MBRS, no panorama de transição política do regime de exceção para a democracia, induziu a inserção do debate sanitário na ação dos partidos políticos e sua inclusão na agenda legislativa. Por conseguinte, essas propostas foram consagradas como princípios e diretrizes que norteiam a organização do SUS, instituído legalmente no texto da Carta Magna de 1988, garantindo-se a saúde como direito de cidadania e como política de Estado. O projeto sus conforma uma política de construção da democracia, que visa a ampliar a atuação do Estado, a inclusão social e a redução das desigualdades. Com efeito, sua implantação é responsável por transformações nos modos de pensar e produzir serviços de saúde no Brasil (Paim & Teixeira, 2007; Gerchsman, 2004).

O processo de implementação do sus, desde a descentralização, durante os anos 1990, induziu a ampliação da rede pública de saúde. Consequentemente, ocorreu a abertura de novos postos de trabalho para um conjunto de trabalhadores necessários à operacionalização da atenção à saúde. Sendo possibilitada a implantação dos serviços substitutivos de saúde mental.

Contudo, a gestão do trabalho no SUS sofreu contingências de diversas naturezas, com reflexos no contexto atual, configurando um nó crítico na implementação do sistema, não recebendo o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão.

Segundo Machado (2005), o setor saúde é hoje um dos maiores geradores de empregos na economia, configurando-se como um setor de grande relevância social, não somente pelos serviços prestados à população, como também pela sua enorme capacidade geradora de empregos. Destaca, ainda, que, nas últimas décadas, a capacidade instalada do setor apresentou um crescimento exponencial, passando de menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para mais de dois milhões na primeira década do século XXI. Essa expansão, contudo, representa uma tendência incompatível com as premissas de controle do *déficit* público em face das exigências macroeconômicas, que ordenam os rumos das políticas de privatização, flexibilização e desregulação, conforme assinalam Pierantoni *et al* (2008).

O cenário de implantação do sus coincide com a reforma do aparelho de Estado, no qual se mudou de um modelo de Administração Pública Burocrática para a Administração Pública Gerencial. Adotaram-se mecanismos da iniciativa privada para o setor público; a flexibilidade gerencial expressa de diversas maneiras, mas centrada na quebra de monopólios estatais, diminuição do quadro de funcionários

públicos e dispensa de excedentes; a remoção de barreiras burocráticas, mediante a substituição do controle burocrático hierarquizado pelo gerenciamento segundo a qualidade total; a ideia de construção da gerência eficiente estimulada pela introdução de competição de mercado; a utilização da terceirização e de investimento em novas tecnologias e atenção diferenciada para processos e procedimentos em detrimento da adoção de medidas para o fortalecimento ou mudanças na estrutura organizacional.

Dessa maneira, a Reforma Administrativa do Estado brasileiro adotou a prescrição impressa no receituário neoliberal, que tomou conta da vida nacional. Nesse âmbito, apesar da aparente defesa de um Estado mais ativo, o que se pretendia era a adaptação da gestão pública à concepção de Estado mínimo, onde suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração próprias do Governo. Desse modo, foi possibilitada a redução da capacidade de intervenção do Estado, a qual foi mediada pela privatização e terceirização das atividades estatais, descentralização, desregulamentação radical, processos decisórios orientados pela análise de custo-benefício e desestímulo à participação social na gestão, inclusive no setor saúde. Assim, para alcançar seus objetivos, o novo modelo de gestão, que serviu de referência para as três esferas governamentais –federal estadual e municipal– deveria privilegiar a profissionalização e o uso de práticas de gestão típicas do setor privado.

No cerne dessa reforma, foram criadas alternativas que constituíram grandes obstáculos para a configuração institucional do sus, em conformidade com seus princípios e diretrizes, quais sejam: a disseminação de organizações não governamentais, organizações sociais, organizações civis de interesse público, cooperativas e empresas de terceirização da gestão (Paim; Teixeira, 2007; Nogueira, 2011).

Corroborando, ainda, com esse processo o conjunto de medidas econômicas implementadas no Brasil, durante a década de 1990. Orientadas pela ideologia neoliberal, pautaram a agenda de ajustes macroeconômicos e a reordenação do papel do Estado, mediante a redução da sua capacidade de intervenção na sociedade, configurando-se como Estado mínimo. Em última instância, o processo de flexibilização do trabalho em saúde decorre do modelo de políticas econômicas e sociais dominantes as quais promoveram o processo de globalização desencadeando maior valorização do capital. Desse modo, as transformações ocorridas no modo de produção capitalista têm produzido impacto sobre a força de trabalho. Assim, as metamorfoses do modelo econômico resultantes da reestruturação produtiva, da integração dos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, em suas causas e consequências político-sociais, vêm atingindo amplos contingentes de trabalhadores, inclusive no campo da saúde (Jorge *et al*, 2007).

No âmbito dos serviços de saúde mental de Fortaleza, ao se analisar o processo de ampliação da rede pública municipal, evidencia-se o impacto do modelo de Administração Pública Gerencial.

OBJETIVO

Analisar o modelo de gestão do trabalho na rede de atenção à saúde mental, particularmente nos centros de atenção psicossocial—CAPS, no contexto de globalização e precarização, do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

METODOLOGIA

O desenho do estudo é do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, numa perspectiva crítico-reflexiva.

Elegeu-se a abordagem qualitativa, histórica e social, por reconhecer que esta possibilita se conhecer os processos históricos que configuram os distintos padrões de relação entre Estado e Sociedade, assim como as características dessa configuração no delineamento e encaminhamento de propostas de intervenção no setor saúde (Teixeira, 2006).

Essa opção também encontra sustentação no fato de que as abordagens qualitativas são capazes de incorporar a dimensão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construtos humanos significativos (Minayo, 2010).

Em relação ao desenho geral do estudo, a opção recaiu sobre o estudo de caso. Segundo Deslandes & Gomes (2004) essa modalidade de desenho de pesquisa se configura como uma das mais frequentes na análise das experiências de serviços de saúde, em decorrência da sua capacidade de traduzir, de forma emblemática, a lógica científica da abordagem qualitativa. Dentre as diferentes modalidades desse desenho de pesquisa, optou-se pelo estudo de caso único (Yin, 2005), considerando que o campo empírico é representado apenas por CAPS, modalidade geral, situados no Município de Fortaleza.

O estudo desenvolveu-se no período de 2011 a 2012. O cenário do estudo foi o município de Fortaleza, cujo de investigação foram os seis centros de atenção psicossocial (CAPS), modalidade geral, em decorrência da implementação da Reforma Psiquiátrica, com ampliação da Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM) ocorrida nos últimos anos.

A amostra qualitativa da pesquisa foi composta por gestores e trabalhadores dos CAPS, perfazendo 32 sujeitos, selecionados intencionalmente. Participaram como gestores: o secretário municipal de saúde, dois coordenadores municipais de saúde mental, quatro coordenadores distritais e seis coordenadores de CAPS. Estes considerados informantes-chaves. Os trabalhadores foram representados por 19 sujeitos, cujo critério de delimitação foi a saturação teórico-empírica (Fontanella & Ricas & Turato, 2008).

Para apreensão do material empírico, foram adotadas as seguintes técnicas: entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação de campo.

O processamento dos dados foi orientado pela hermenêutica-dialética, buscando evidenciar as convergências, divergências, diferenças e complementaridades das falas, articulando-se com o referencial teórico adotado (Minayo, 2010).

Os princípios éticos da pesquisa foram respeitados. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A expansão da RASM, consta como meta no Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, requereu a ampliação em 500% do número de profissionais de diferentes áreas na rede de saúde mental. A meta foi alcançada ainda em 2006, quando ocorre um incremento do número de trabalhadores, passando de um quantitativo de 54 para 333, conforme dados do relatório de gestão.

Tanto gestores quanto trabalhadores apontam, em suas falas, que a maioria dos trabalhadores do CAPS são contratados por terceirização, sem manter vínculo de trabalho efetivo com a Administração Pública.

Nesses termos, ao se analisar o processo de ampliação da rede de saúde mental pública municipal, evidencia-se o impacto do modelo de Administração Pública Gerencial; sendo que seus traços fundamentais se concretizam na operacionalização de novas modalidades institucionais de gerência, expressas em organizações sociais (OS) organizações não governamentais (ONG) e fundações de apoio. Estas visam a ampliar a autonomia administrativa e financeira das unidades prestadoras de serviços de saúde, cujas medidas para se efetivar incluem a terceirização da gestão do trabalho.

A rede é quase que 100% terceirizada, a gente só tem servidores, e ainda não dá conta, nos três CAPS formalizados, das SER III, IV e VI (CSM1).

Existe um quadro de terceirizados muito grande, porque não foi feito concurso, e isso foi o preço que se pagou pra poder se expandir os CAPS numa rapidez maior. Eu acho que 90% do pessoal das equipes de saúde mental é terceirizado (CCAPS4).

Os discursos dos entrevistados estão em consonância com os dados mostrados na Tabela 1, na qual se evidencia o fato de que 79% da força de trabalho nos CAPS, modalidade geral, de Fortaleza, possuem vínculo empregatício terceirizado, sendo que, em alguns serviços, essa modalidade de vínculo atinge 100% dos trabalhadores.

Nesse processo, está claro que a forma de contratação ocorreu mediante contratos de trabalho firmados com organizações do terceiro setor, com as quais a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza mantém contratos de gestão.

Tabela 1: Trabalhadores dos CAPS, modalidade geral, segundo vínculo empregatício. Fortaleza, 2014.

Unidade de Saúde	Vínculo empregatício				Total de trabalhadores	
	Estatutário		Celetista/Terceirizado		n	%
	N	%	n	%		
CAPS geral SER I	-	-	44	100,0	44	100,0
CAPS geral SER II	1	3,0	31	97,0	32	100,0
CAPS geral SER III	15	42,0	21	58,0	36	100,0
CAPS geral SER IV	19	44,0	24	56,0	43	100,0
CAPS geral SER V	-	-	29	100,0	29	100,0
CAPS geral SER VI	12	32,0	26	68,0	38	100,0
TOTAL	47	21,0	175	79,0	222	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2012.

A flexibilização dos vínculos trabalhistas caracteriza-se pela inserção no serviço público sem a realização de concurso público, o que contraria as normas que regem a Administração Pública estabelecidas na Constituição de 1988. Entretanto, ela tem sido possível a partir dos artifícios normativos elaborados no contexto da Reforma Administrativa do Estado, desenvolvida a partir de 1995, o que vem permitindo a contratação de empresas para executar a gestão de serviços públicos.

Desse modo, a contratação de trabalhadores para os serviços públicos de saúde, efetivada via OS e ONG, distancia-se dos parâmetros estabelecidos constitucionalmente. Não obstante, o discurso do Gestor Municipal revela a tentativa de estabelecer critérios técnicos para seleção de pessoal a ser contratado para a RASM.

A os permite um controle maior, assim nós conseguimos preservar que na saúde mental o acesso não seja por indicação. O colegiado fazia sempre uma avaliação, com dificuldades, porque tem muitas lacunas não preenchidas, sobretudo de psiquiatras. (GSM).

Evidencia-se que a terceirização e a precarização do trabalho têm gerado problemas na composição das equipes e nas relações dos trabalhadores. Assim, identificam consequências diretas, tanto nos trabalhadores, individual e coletivamente, expressas em atritos entre os membros da equipe e insatisfações com o trabalho; quanto na organização dos serviços mediante a não garantia de continuidade das ações de saúde.

Por outro lado, coordenadores de CAPS e membros da coordenação municipal de saúde mental entrevistados revelam que

Esse processo de terceirização ainda está pautado na indicação política dos vereadores. Ou seja, você acessa ao serviço como profissional através de um pedido, de um bilhete de um vereador. Isso dentro de uma gestão do Partido dos Trabalhadores. (CCAPS1).

Acontece uma coisa muito grave na nossa rede que é a saída de pessoas e a entrada de outras sem nenhuma experiência na saúde mental-não sabem nem o que é saúde mental, estão lá porque foi o emprego que conseguiram (CSM1).

Os processos de flexibilização das relações de trabalho no sus e de terceirização da força de trabalho impedem o estabelecimento de regras gerais de admissão coerentes com os princípios que regem a Administração Pública brasileira, particularmente, moralidade e impessoalidade. Ao permitir a interferência político-partidária, reproduzem traços do modelo de Administração Patrimonial-Oligárquica (Bresser-Pereira, 2007) onde a máquina pública é utilizada para satisfazer interesses particulares dos ocupantes de cargos de direção, em detrimento do interesse público, cuja operacionalização sucede por meio de práticas de clientelismo e personalismo (Pereira, 2004).

Evidencia-se, ainda, o fato de que a admissão por meio de interferência política compromete diretamente a estabilidade no emprego, consubstanciando a percepção de precarização do trabalho nos serviços de saúde mental, por parte dos entrevistados.

Estão com contratos precarizados, então não têm estabilidade no trabalho. [...] fazem todos os contratos de forma terceirizada, aí isso é um problema, no próprio serviço. (TNS2).

A precarização do trabalho no sus é um problema crônico que acompanha a sua implantação. No âmbito dos serviços de saúde mental de Fortaleza, essa situação remonta ao próprio contexto de implantação da RASM, constituindo um desafio para a gestão do trabalho já identificada em estudos anteriores (Guimarães *et al.*, 2011; Sampaio *et al.*, 2011; Guimarães 2007; Jorge *et al.*, 2007).

Além disso, acabam por comprometer a capacidade de organização política e mobilização do coletivo de trabalhadores, reduzindo a participação social dos mesmos nos processos que envolvam enfrentamentos com a gestão, bem como na luta por direitos trabalhistas.

De acordo com a fala de alguns participantes, a terceirização e a precarização do trabalho ensejam problemas na composição das equipes e nas relações dos trabalhadores. Assim, identificam consequências diretas, tanto nos trabalhadores, individual e coletivamente, expressas em atritos entre os membros da equipe e insatisfações com o trabalho; quanto na organização dos serviços mediante a não garantia de continuidade das ações de saúde.

*É uma complicação porque temos vínculos diferentes. Às vezes o profissional que exerce o mesmo trabalho tem um salário completamente diferente do outro. Isso gera conflitos, desentendimentos. (CCAPS4).
Realmente é uma dificuldade. Por não ter profissionais servidores públicos você tá sujeito a uma rotatividade maior, como acontecia. (GSM).*

Deve-se, ainda, considerar que outros aspectos se mostram relevantes para a qualificação da gestão do trabalho, quais sejam: a estrutura dos serviços e a disponibilidade de insumos, os quais impactam nos modos de organizar os processos de trabalho. Estes, juntamente com os vínculos trabalhistas, os salários e as jornadas de trabalho, integram as condições de trabalho, às quais estão submetidos os trabalhadores. Como tal, também exercem papel importante na moldura do quadro de precarização do trabalho em saúde.

Em relação à estrutura física dos CAPS e à disponibilidade de materiais, aspectos que influem diretamente na execução do trabalho, os entrevistados revelam que

[...] a própria estrutura física, nosso espaço físico é um espaço bom. Aquela coisa até em nível de estética, é muito bom você trabalhar num lugar bonito, você trabalhar num local agradável. (TNS6).

Estrutura física e ambiência, temos uma boa estrutura física no trabalho. O ambiente todo da unidade é adequado, lugar bom tanto de conforto como de possibilidades, recurso de higiene, confortável, clima bom. (TNS2).

É isso realmente melhorou também porque a nossa coordenadora não deixa faltar realmente materiais. Mas quando solicitamos algum tipo de material do nível central demora muito pra chegar. (TNS3).

Os relatos são referentes aos dois CAPS nos quais foram adotadas as chamadas novas modalidades institucionais de gerência, por meio de contratos de gestão: um com a Fundação de Apoio, o outro com uma ONG, permitindo certa autonomia administrativa e financeira na compra de materiais, insumos, manutenção da estrutura física, bem como a contratação de pessoal. Nestes CAPS foi observado que a estrutura física está conservada, pois foi reformada recentemente, além da instalação de aparelhos condicionadores de ar em todas as salas.

De forma divergente, nos demais CAPS estudados, eles revelam um contexto diverso do evidenciado nos anteriores, no qual

[...] as instalações precárias. Acho que tem que investir em infraestrutura, melhorar a qualidade do serviço. Aqui um dia desses tinha uma goteira e a telhas parecia que ia cair em cima da gente, eu disse: vamos já atender no meio da rua. (TNS1).

Aqui a ambiência é péssima. Condições de trabalho, o básico pelo menos, porque a gente não tem condições de trabalho. Meu maior problema é a falta

de estrutura, a mesa que os usuários fazem a refeição é perto do banheiro porque não tem outro local pra colocar. (CCAPS6).

Tem deficiência, você não tem material suficiente pra trabalhar com as oficinas. (TNS7).

Evidencia-se, assim, a existência de modelo de gestão caracterizado pela adoção de novas modalidades institucionais de gerência, configurando um *mix* público e privado na gestão dos serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde Mental. Observa-se, por um lado, a busca de estratégias pragmáticas com vistas a agilizar fluxos administrativos, muitas vezes, dificultados pelos limites impostos pela legislação que rege a Administração Pública Direta no Brasil. De outra parte, evidencia-se a adesão ao modelo de Administração Pública Gerencial, a qual fundamenta os processos de terceirização da prestação de serviços públicos, por meio de contrato com organizações do Terceiro Setor. Isto, por sua vez, pode conduzir a uma desresponsabilização do Estado na sua missão de garantir a efetividade do direito à saúde. Abre-se espaço, nesse contexto, para reprodução de práticas de clientelismo e patrimonialismo, com forte influência político-partidária na contractualização dessas entidades pela Administração Pública e dos trabalhadores por essas entidades.

Com efeito, essa problemática constitui um velho problema na RASM de Fortaleza, impactando, de forma negativa, tanto na qualidade dos serviços prestados à população quanto na satisfação dos trabalhadores, conforme identificado em outros estudos (Guimarães *et al.*, 2011; Guimarães, 2007; Jorge *et al.*, 2007).

Reconhece-se que precarização do trabalho em saúde também é determinada pela precariedade existente na estruturação dos serviços e na insuficiência de materiais e equipamentos para a execução das atividades. Evidencia-se, portanto, certa desresponsabilização da Administração Pública com o investimento na qualificação dos serviços sob sua responsabilidade direta, cujos determinantes podem ser o baixo financiamento do setor, a burocratização dos processos administrativos referentes à aquisição de materiais e equipamentos (demarcada pelos limites estabelecidos na legislação que regulamenta as licitações) e o fato dessas questões não serem prioridade na agenda política dos chefes do Executivo Municipal, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação com o campo empírico permitiu evidenciar que a gestão do trabalho nos serviços de saúde mental pertencentes a rede pública municipal de Fortaleza é caracterizada por um modelo de gestão marcada relação público-privado, qual se evidencia a terceirização dos processos de gestão dos serviços de saúde e da contratação de trabalhadores em alguns serviços. Embora, ainda existam alguns serviços de saúde e trabalhadores sob a gestão direta da Administração Pública municipal.

A terceirização dos processos de gestão no SUS implica precarização do trabalho, que constitui um problema crônico que acompanha a sua implantação. No âmbito dos serviços de saúde mental de Fortaleza essa situação remonta ao próprio contexto de implantação da RASM, constituindo um desafio para a gestão do trabalho.

A precarização diz respeito não somente à contratação dos trabalhadores, os quais têm seus direitos trabalhistas desrespeitados, mas também às condições de trabalho insatisfatórias, decorrentes da infraestrutura inadequada de alguns CAPS, bem como da insuficiência de materiais e equipamentos para a consecução das atividades laborais.

Apesar de configurar como um nó crítico e, ao mesmo tempo, estratégico no processo de construção do SUS, com vistas à mudança dos modelos de gestão e de atenção, a questão da força de trabalho, não teve os seus problemas, decorrentes de todo o contexto de transformação dos modos de produção capitalista, do processo de globalização e implementação de políticas e reajustes macroeconômicos, devidamente enfrentados. Configura como uma área que carece de políticas efetivas para reversão do cenário apresentado.

Nesses termos, faz-se necessário respeitar os princípios da Administração Pública Brasileira, no referente a contratação de pessoal para os serviços públicos, a qual deverá se dar mediante concurso público, segundo estabelecido na Constituição Federal.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, nota-se iniciativas voltadas à gestão do trabalho, as quais estabelecem diretrizes para sua execução, além de apontar estratégias para a desprecarização do trabalho em saúde. Contudo, ainda predomina o desrespeito ao arcabouço normativo nesse âmbito, mediante a reprodução de modelos de gestão do trabalho que distam do proposto. Por conseguinte, urge a adoção e materialização de políticas de enfrentamento da problemática em relevo neste estudo.

BIBLIOGRAFIA.

- Bresser-Pereira, L.C. (2007, Curitiba). Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. *Rev. Sociol. Política*, 28, 9-30.
- Deslandes, S.F., & Gomes, R. (2004). A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi, M.L.M., & Mercado, F. J. (Eds.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp 99-120). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Fontanella, B.J.B., & Ricas, J., & Turatto, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1),17-27. Recuperado em 10 de outubro de 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
- Gerschman, S. (2004). *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Guimarães, J.M.X. (2007). *Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará*. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE.

- Guimarães, J.M.X., & Jorge, M.S.B., & Assis, M.M.A. (2011, Rio de Janeiro). (In) Satisfação com o trabalho em serviços de saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16 (4), 2145-2154.
- Jorge, M.S.B., & Guimarães, J.M.X., & Nogueira, M.E.F., & Moreira, T.M.M., & Morais, A.P.P. (2007). Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto - enferm.*, 16 (3), 417-425, doi 10.1590/S0104-07072007000300006.
- Machado, M. H. (2005). Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, N. T., & Gerschman, S., & Edler, F. C.(Eds), *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp 257-284). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Minayo, M.C.S.(2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. Revista e aprimorada. São Paulo, SP: Hucitec.
- Nogueira, R. P.(2011). O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos, N. R. & Amarante, P.D.C. (Eds.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (pp 24-47). Rio de Janeiro, RJ: Cebes.
- Paim, J.S., & Teixeira, C. (2007, Rio de Janeiro). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(suplemento), 1819-1829.
- Pereira, L. D. (2008, Rio de Janeiro). A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 363-382.
- Pierantoni, C.R., & Varella, T.C., & Santos, M.R., & França, T. & Garcia, A.C. (2008, Rio de Janeiro). Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 685-704.
- Sampaio, J.J.C., & Guimarães, J.M.X. & Carneiro, C., & Garcia Filho, C. (2011, Rio de Janeiro). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16 (12), 4685-4694.
- Teixeira, S.F. (2006). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: Teixeira, S.F (Ed.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria* (pp 17-46). 3 ed. São Paulo, SP: Cortez; Rio de Janeiro, RJ: Abrasco.
- Yin, R.K. (2005). Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grasse. 3 ed. Porto Alegre, RS: Bookman.

2.6 Calidad de vida en el trabajo y salud mental en trabajadores sanitarios

RAQUEL GONZÁLEZ BALTAZAR^{1*}, GUSTAVO HIDALGO SANTACRUZ¹,
SILVIA GRACIELA LEÓN CORTÉS¹, MÓNICA ISABEL CONTRERAS ESTRADA¹,
MARÍA GUADALUPE ALDRETE RODRÍGUEZ¹,
BRENDA JANETTE HIDALGO GONZÁLEZ² Y JORGE ALBERTO BARRERA VEGA³

¹Cuerpo Académico Salud y Trabajo, Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Universidad de Guadalajara.

²Especialidad en Psicoterapia Gestalt, Instituto Gestalt en Guadalajara, Jalisco.

³Universidad Enrique Díaz de León, Guadalajara, Jalisco.

*raquel_gh@hotmail.com

RESUMEN

La Calidad de Vida en el Trabajo (CVT), también denominada como Calidad de Vida Laboral por otros autores, se ha convertido a últimas fechas en una importante medida del impacto que la actividad laboral tiene sobre los trabajadores y sobre las organizaciones. Ésta se relaciona a su vez con múltiples variables, entre ellas la salud mental; que en los trabajadores es determinante para el buen desempeño de su trabajo y para la forma en que se relacionan con sus compañeros y con la población a la que atienden.

El presente trabajo cuyo objetivo fue establecer la relación entre la CVT y la salud mental en profesionales sanitarios, se realizó en una muestra de médicos y enfermeras trabajadores de una institución del sector salud en Guadalajara, México.

Participaron 322 trabajadores seleccionados aleatoriamente de un universo de 1866; se les aplicaron los instrumentos CVT-GOHISALO y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) que miden CVT y riesgo de enfermedad mental, respectivamente.

Se encontró una clara relación con significancia estadística entre la satisfacción con la CVT y el no caso de enfermedad mental, así como entre la no satisfacción y el caso probable de enfermedad mental de acuerdo al GHQ-28.

Se concluye que para las personas que están satisfechas con su CVT existe menor riesgo de enfermedad mental y viceversa.

La prevalencia de más del 20% de riesgo de enfermedad mental, hace necesario establecer medidas preventivas y programas de control entre los trabajadores sanitarios.

Palabras clave: Calidad de vida en el trabajo, Salud mental, Trabajadores sanitarios.

INTRODUCCIÓN

Aspectos evolutivos en la economía mundial nos han llevado a transformaciones en el área laboral que de alguna manera han representado una modificación de la cvt. En los últimos tiempos, las empresas y organizaciones han obtenido importantes logros en términos de productividad y competitividad, de eficacia y eficiencia, logrados a través de enfoques que han tenido muy negativo impacto sobre la cvt y con mucha probabilidad sobre la salud mental de los trabajadores (Espinosa & Morris, 2002).

El trabajo es la actividad más importante para las personas, ya que en él, el trabajador invierte esfuerzo, tiempo, aptitudes y habilidades en espera de retribuciones que van a contribuir en la satisfacción de sus necesidades, tanto económicas, como materiales, de salud, psicológicas o sociales, entre otras (Herrera & Cassals, 2005).

Un aspecto muy importante a considerar, es que el trabajo sanitario se puede desarrollar en las instituciones de salud formales, sean pública o privadas y también en la informalidad, brindando cuidados a otras personas, frecuentemente sin remuneración. Los cuidadores se exponen también, a la transferencia que puede ocurrir entre ellos y las personas a las que cuidan, y verse afectados en su calidad de vida y en su salud mental. Esto se explica por el tipo de actividades que tienen que desarrollar en el cuidado: tales como alimentación adecuada, higiene personal, confort y soporte emocional y afectivo (Bover, 2004).

Por ello es necesario analizar las dos variables que en los trabajadores sanitarios se ven más afectadas, la cvt y la salud mental.

La cvt presenta dificultades metodológicas para su medición, principalmente porque dentro de los múltiples criterios encontrados para valorar la calidad de vida en general, son escasos los estudios que presentan una propuesta concreta. Los modelos teóricos y metodológicos encontrados se han aplicado en otros ámbitos y en otros lugares, que no necesariamente tienen la misma aplicación en el contexto local (González, 2007).

El concepto de cvt no es nuevo, pero a pesar de que se ha estudiado desde hace varias décadas, sigue siendo un término que ofrece una importante dificultad para definirse de una forma precisa por sus características de subjetividad y multidimensionalidad; esto es, depende en gran parte de los valores y creencias de los trabajadores, así como de su contexto cultural e historia personal, a la vez que requiere de valorar aspectos objetivos y subjetivos en cada una de sus dimensiones, todas ellas relacionadas con las necesidades humanas. En ella reciben el mismo peso las características del trabajo, la percepción que tiene el trabajador con respecto al mismo o los satisfactores que logra obtener mediante su trabajo, entre otros (González, 2007).

En las últimas tres décadas, en base al número de publicaciones, ha ido creciendo el interés por el estudio de la cvt, la medición de ésta se ha intentado con múl-

tiples instrumentos que pueden estar diseñados de forma genérica, para aplicarse a todo tipo de personas o en forma específica para poblaciones con determinadas características. Ambos, pero más comúnmente los genéricos, miden múltiples dimensiones o categorías.

En la revista de Salud Pública de México, en un artículo titulado “Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de Vida”, se hace referencia a 35 cuestionarios para medir la Calidad de Vida (CV) en general en adultos, 15 cuestionarios para medir la CV en niños y adolescentes y también se hace referencia a múltiples cuestionarios para medir CV en enfermedades específicas, 35 en adultos y 19 en niños y adolescentes, pero curiosamente, a pesar de las numerosas referencias y de tan extensa revisión, el artículo no menciona una sola escala para la evaluación de la CVT. Menciona diez experiencias reportadas de estudios en México, todos de CV pero relacionada con la salud (CVRS), en problemas específicos, realizados en el transcurso de 10 años (1990-1999) y utilizando escalas validadas en otros contextos (Velarde & Ávila, 2002).

Para medir la CVT, fue elaborado y validado en población mexicana en 2007 un instrumento denominado por los autores CVT-GOHISALO; el cual tiene una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.9527 y cuenta con validación de contenido, criterio y constructo (González, Hidalgo, Salazar & Preciado, 2009); mismo que fue seleccionado para realizar esta investigación.

Sobre la base del instrumento utilizado para la evaluación de la CVT, ésta se define como: *“concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas necesidades personales tales como: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre”* (González, 2007).

El CVT-GOHISALO, evalúa la CVT en siete dimensiones, a saber: Soporte institucional para el trabajo, Seguridad en el trabajo, Integración al puesto de trabajo, Satisfacción por el trabajo, Bienestar logrado a través del trabajo, Desarrollo personal del trabajador y Administración del tiempo libre (González, Hidalgo, Salazar y Preciado, 2009).

La dimensión Soporte institucional para el trabajo, representa los elementos del puesto de trabajo que son aportados por la institución como estructura que da forma y soporta el empleo; la de Seguridad en el trabajo se define como las características del empleo que se relacionan con las condiciones que brindan al trabajador firmeza o estabilidad en su relación con la institución e incluye la satisfacción por la forma en que están diseñados los procedimientos de trabajo, ingresos o salarios, los insumos para la realización del trabajo, los derechos contractuales de los trabajadores y el crecimiento de sus capacidades individuales a través de la capacitación.

Por su parte, la dimensión Integración al puesto de trabajo, se define para este instrumento como la inserción del trabajador en el trabajo, como una más de sus

partes, en total correspondencia; e incluye aspectos de pertinencia, motivación y ambiente de trabajo. La dimensión de Satisfacción por el trabajo, se entiende como la sensación global de agrado o gusto que el trabajador tenga con respecto a su empleo. En cuanto al Bienestar logrado a través del trabajo, se entiende como el estado mental o psicológico de satisfacción de necesidades relacionadas con la manera de vivir, incluyendo el disfrute de bienes y riquezas logrados gracias a la actividad laboral.

Con respecto a las últimas dos dimensiones del instrumento, la de Desarrollo personal del trabajador se define como el proceso de incremento de aspectos personales del trabajador relacionados con su actividad laboral y la de Administración del tiempo libre se define como la forma en que se disfruta la vida en el horario en que no se realizan actividades laborales (González 2007).

La cvt puede ser relacionada con múltiples variables, entre las cuales sin duda se encuentra la salud mental. Los cambios macroeconómicos y sociales que afectan la economía y la actividad laboral de las personas, sobre todo en las grandes ciudades latinoamericanas; ha provocado un deterioro económico que enfatiza las diferencias sociales y da pie a la aparición de problemas mentales, que en los trabajadores sanitarios es determinante para el buen desempeño de su trabajo y para la forma en que se relacionan con sus compañeros y con la población a la que atienden.

Si la cvt fuera pobre, puede originar insatisfacción y comportamientos desajustados (errores de desempeño, ausentismo y otros). Por el contrario, una elevada calidad de vida en el trabajo conduce a un clima de confianza y de respeto mutuo, en el que el individuo puede activar su desenvolvimiento psicológico y la propia organización puede reducir los mecanismos rígidos de control (Herrera & Cassals, 2005).

En cuanto a la medición de la cvt en profesionales sanitarios realizada en otras investigaciones, se encontró un estudio que presenta los resultados de la medición de la Calidad de Vida Profesional en los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid, cuyo objetivo fue conocer la calidad de vida profesional (cvp) percibida por los trabajadores de atención primaria de un área de salud, identificando los principales componentes de la misma, en él se utilizó un instrumento ya validado, conocido como CVP-35, que contiene 35 ítems en 8 categorías básicas y sus resultados muestran que la percepción de la cvt por parte de los trabajadores sanitarios fue media y se interpretó como un lugar de trabajo con bastantes recursos pero con elevada carga de trabajo e incomodidad, así como escaso apoyo por parte de los directivos. Sin embargo, punturón alto en su grado de motivación, capacitación y apoyo social (Sánchez, Álvarez & Lorenzo, 2003).

Con el mismo instrumento que en el estudio anterior (CVP-35), se realizó una medición de la cvt de los egresados de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de ICA, en Perú, encontrándose un 47.7% que la calificó como regular, un 44.2% como buena y solo un 8.1% como muy buena, sin embargo el estudio no explica los motivos de dicha calificación (Córdova *et al.*, 2014).

De acuerdo a Daniel Pérez y Reynaldo Zurita (2014), quienes realizaron un estudio para medir la calidad de vida laboral en trabajadores de salud pública en Chile, las organizaciones de salud constituyen uno de los ambientes más complejos para estudiar, pues albergan en su interior a gran cantidad de profesionales y no profesionales que de acuerdo a su grado de bienestar tendrán resultados críticos para los miembros de la comunidad; con actividades que representan una carga emocional elevada e insuficientes redes de apoyo para estos trabajadores. Para la medición de la CVT utilizaron la escala elaborada por Da Silva en 2006, que cuenta con 11 dimensiones, las cuales se correlacionaron con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, encontrando una relación directa, estadísticamente significativa entre la satisfacción con la CVT y la dimensión de Realización Personal del Maslach Burnout Inventory e inversa entre la CVT y el agotamiento emocional y despersonalización.

En lo que respecta a estudios realizados con el mismo instrumento que en esta investigación, el CVT-GOHISALO, se encontraron algunos realizados en trabajadores sanitarios en menor medida. Por ejemplo el estudio realizado por Moreno, Aranda, Serrano & Abundiz (2011) en trabajadores sanitarios de una institución pública en el Estado de Tamaulipas México, con un tamaño de muestra de 372 sujetos, en el cual aplicaron el baremo para determinar los niveles de satisfacción en la CVT en siete dimensiones, encontrando que seis de las dimensiones calificaron en nivel medio y una en nivel bajo, por lo que se concluyó que la CVT de los trabajadores sanitarios de Tamaulipas en la institución seleccionada para estudio fue mala.

Otra aplicación en trabajadores sanitarios del mismo instrumento, se realizó en la Clínica Río Blanco y el Centro de Especialidades médicas en la ciudad de Los Andes, en Chile, con la participación de médicos y enfermeras, a los cuales se les calificó con el baremo del instrumento como satisfacción alta, media y baja en cada una de las siete dimensiones de CVT. En los resultados de los 20 trabajadores incluidos, todas las dimensiones tuvieron un mayor porcentaje de trabajadores con baja satisfacción, la dimensión con más alto porcentaje de satisfacción fue la de Soporte institucional para el trabajo con un 43% (Delgado D., Inzulza M. & Delgado F, 2012).

La medición realizada en auxiliares de esterilización de la Clínica Río Blanco, también en las siete dimensiones que maneja el instrumento CVT-GOHISALO, presenta resultados similares a la medición realizada en los médicos y enfermeros en donde todas las dimensiones tienen una evaluación media (Delgado *et al.*, 2014).

En cuanto a los factores que influyen en la CVT del personal de enfermería, una investigación realizada en el Hospital General de Zacatecas, reporta que el 58.1 por ciento del personal de enfermería presentó un porcentaje de satisfacción bajo y tan solo el 9.7 por ciento se ubicó en la categoría de alta satisfacción; sin realizar análisis por dimensiones, concluye que las variables que influyen en estas calificaciones son la relación laboral con la organización, el género, el tipo de servicio y la carga de trabajo (Herrera, Ruíz de Chávez, Almeida & García, 2011).

Un ejemplo de una medición de la cvt en trabajadores no sanitarios con el instrumento cvt-GOHISALO, es el realizado en trabajadores de la Secretaría de Gobierno del Municipio de Dosquebradas (Colombia), en donde las dimensiones que obtuvieron mayor valor de satisfacción fueron la de soporte institucional para el trabajo y bienestar logrado a través del trabajo, el resto de las dimensiones calificaron como no satisfechas (Barbosa, Orrego, Torres, Betancur & Tirado, 2013).

Antes de concluir con la revisión de estudios relacionados con la evaluación de la cvt y pasar a los de salud mental, es importante comentar que aún en los profesionales sanitarios en formación y los recién egresados, se realizan estudios encaminados a medir su grado de satisfacción con la actividad laboral que realizan, representa un importante acercamiento a lo que constituye la cvt; tal es el caso del estudio de egresados de licenciatura de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) México, en el cual se midió el grado de satisfacción con el desarrollo profesional de los egresados, resaltando la importancia de que los empleados en el ámbito sanitario, ya sea en instituciones públicas o privadas, se encuentren satisfechos en relación al trabajo que desempeñan, pues esa satisfacción se traduce en eficiencia (Díaz, 2012).

La salud mental, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, constituye una de las dimensiones más importantes de la salud del ser humano que incluye el desarrollo de todas las potencialidades humanas, en todas las actividades; esto incluye al trabajo con todos los peligros y riesgos que puede entrañar, derivados del tipo de trabajo, condiciones laborales, tipo de contrato, medios para realizarlo, lugares donde se debe de realizar o las repercusiones que tenga sobre las relaciones sociales y familiares, así como en la salud. Por otro lado, el trabajo representa la mejor alternativa para lograr una mejor salud mental individual y social. En el estudio que es realizado en México, por Juárez (2004), el papel primordial de la inseguridad laboral como predictor estadístico relevante de los niveles de salud mental.

Los problemas de salud mental en la población trabajadora, sobre todo en los servicios de salud, son difíciles de detectar a menos que se realicen con instrumentos válidos y confiables. Posiblemente se deba a que los trabajadores no solicitan ayuda por el estigma o la vergüenza que se asocia a los padecimientos mentales, así como los conceptos erróneos que se manejan de la atención psicológica y psiquiátrica.

El GHQ-28 es un instrumento diseñado para su uso en personas no psiquiátricas, detectan cambios en la función normal de la persona y explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Este cuestionario ha sido utilizado en diversos estudios con profesionales de la salud y dada la cada vez mayor incidencia de trastornos mentales en la población trabajadora, se consideró necesario realizar esta investigación de cvt y su relación con la salud mental en personal de salud (García, 1999). Cuenta también con validaciones múltiples en otros contextos, como el estudio psicométrico realizado en España

por Godoy, Godoy, López y Sánchez (2002), donde se obtuvo un coeficiente α de Cronbach de .97 para la escala total, con una variación que fue de 0.91 a 0.97 para sus cuatro subescalas.

Es en este sentido que se decide explorar la salud mental de los trabajadores mediante el GHQ-28, que tiene para la fiabilidad una puntuación media de 13.23 con una desviación estándar de 7.00 y un alpha de Cronbach de 0.89, este instrumento tiene una varianza total del 47.6% para el primer factor y un 9.1% para el segundo. Contiene cuatro sub-escalas que evalúan; síntomas corporales de origen psicógeno (subescala A), síntomas de ansiedad (subescala B), síntomas relacionados con dificultades o disfunciones en las relaciones sociales (subescala C) y síntomas de depresión (subescala D). Sin embargo, la evaluación que se utilizó en este estudio fue en general, sin considerar las subescalas, eligiendo el punto de corte de 5/6 para determinar si el entrevistado era un posible caso psiquiátrico, de acuerdo a lo utilizado en diversas investigaciones (García, 1999).

Ya desde 1992, Jaime Breilh muestra un perfil destructivo y preocupante en personal hospitalario, donde enfatiza el deterioro de la salud mental de internos de ambos sexos de cinco hospitales de la ciudad de Quito en Ecuador, con una investigación donde relacionó el trabajo hospitalario, con el estrés y el sufrimiento mental, midiendo este último con el GHQ-28. Hace énfasis en el descenso de las condiciones de trabajo de los hospitales públicos y paraestatales que son los que cubren la demanda de la mayor parte de la población y resalta en sus resultados la prevalencia de 71.8% de casos probables de enfermedad mental, mucho más alto que la de otros estudios de la época y posteriores, pero que dejan manifiesto el gran malestar e inconformidad de este tipo de personal, con una reactividad exagerada ante las condiciones que sufren.

En la misma investigación se hace hincapié en las políticas estatales que influyen en el deterioro y empobrecimiento de las instalaciones sanitarias y de sus recursos, lo que provoca que el trabajo de los profesionales sanitarios sea altamente estresante y perjudicial para su salud. En general las condiciones laborales de los internos son amenazantes de su salud mental al enfrentar situaciones derivadas de la estructura de poder, jerarquía y falta de solidaridad que se maneja en los servicios sanitarios. Estos trabajadores se exponen a trabajos desprotegidos, con cargas físicas, ambientales y psicológicas que se relacionan también con una población usuaria cada vez más demandante de una mejor calidad en la atención a su salud.

Si a todo lo anterior agregamos, que los trabajadores sanitarios pueden vivir condiciones familiares de poco apoyo, la vulnerabilidad para sufrir efectos nocivos sobre su salud mental, se multiplica (Breilh, 1992).

Aún en profesionales sanitarios en formación, se ha encontrado que la percepción del estado de salud, medida con el GHQ-28 es peor y presentan comportamientos asociados a cuadros de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos, con una prevalencia de casos de probable trastorno psicológico del 25.6% (Marín *et al.*, 2005).

Otro estudio, realizado en enfermeras, en donde también se utilizó el GHQ-28 y que utilizó como el presente las puntuaciones totales de los sujetos en el GHQ-28 con un punto de corte la puntuación 6/7; mostró en sus resultados una prevalencia de 25.5% de la muestra como probable caso de malestar psíquico (Ríos & Godoy, 2007).

Como mencionamos anteriormente, el trabajo de cuidador, que muy frecuentemente es realizado por familiares directos, puede afectar no solamente la calidad de vida, sino la salud mental de las personas que ejercen funciones de profesionales sanitarios desde la informalidad. En el estudio realizado en padres de niños con enfermedades raras o de baja prevalencia, se encontró un porcentaje muy alto de probables casos de enfermedad mental, detectados con el GHQ-28; 38.7% con un punto de corte de 6/7, por lo que los autores mencionan que estos resultados son indicativos de que un número importante de la muestra necesitaría apoyo emocional y atención especializada. Los rasgos presentes en esta población fueron ansiedad, síntomas somáticos y alteraciones del sueño, quedando en niveles muy bajos o ausentes, el aislamiento social y la depresión (Moreno, Antequera, Aires, Colado & Díaz, 2008).

En un estudio más reciente en seis países latinoamericanos, se buscó la relación entre el modelo de demanda control para los factores psicosociales laborales ligados al estrés y la salud mental en profesionales de la salud (médicos y enfermeras de ambos géneros), esta última evaluada con el GHQ-28. Se encontró después de un análisis de regresión lineal, que efectivamente ambas variables se encuentran relacionadas, se utilizó como punto de corte 5/6 de forma similar a otros estudios y se encontraron promedios en las calificaciones del personal iguales o mayores a 6 al menos en tres países, Chile, Perú y Colombia; México, Argentina y Venezuela tuvieron una media menor al punto de corte, sin embargo en México se identificó que las demandas psicológicas afectan más que otros tipos de demandas a la salud mental de los profesionales sanitarios (Juárez et al., 2014).

OBJETIVO

La finalidad del presente estudio fue establecer con significancia estadística la relación entre la CVT y la salud mental en profesionales sanitarios de una institución del sector salud en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico con trabajadores de una institución del sector salud en Guadalajara, México donde participaron médicos y enfermeras de los tres niveles de atención de una institución pública, en cuatro municipios de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

El universo de trabajo fue de 1866 médicos y enfermeras distribuidos en 92 unidades de salud de la institución y área geográfica mencionada. Se trabajó con una muestra probabilística de 351 sujetos.

El diseño de la muestra fue bietápico, en primer lugar se conformaron seis estratos, uno de médicos y otro de enfermeras por cada nivel de atención y se calculó la proporción de cada estrato con respecto al universo, aplicando esas proporciones a la muestra calculada que fue de 351 sujetos, incluyendo un 10% de no respuesta (tablas 1 y 2).

Tabla No. 1. Universo de estudio por niveles de atención de la institución seleccionada

Niveles de atención	Total personal	Médicos	%	Enfermeras	%
Primer nivel	814	481	25.8	333	17.9
Segundo nivel	369	122	6.5	247	13.2
Tercer nivel	683	215	11.5	468	25.1
TOTALES	1866	818	43.8	1048	56.2

Fuente: Departamento de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud Jalisco

Tabla No. 2 Conformación de la muestra para estudio en base a las proporciones del universo

Niveles de atención	Médicos		Enfermeras	
	%	#	%	#
Primer nivel	25.8	91	17.9	63
Segundo nivel	6.5	23	13.2	46
Tercer nivel	11.5	40	25.1	88
TOTALES	43.8	154	56.2	197

Fuente: Directa

Posteriormente y con un censo de trabajadores por nivel de atención, se procedió mediante una tabla de números aleatorios a seleccionar a los individuos que deberían de ser entrevistados.

Los criterios de selección fueron ser médico o enfermera, haber sido seleccionado aleatoriamente y tener más de seis meses de antigüedad, con cualquier tipo de contrato y turno; se excluyeron a todos aquellos médicos y enfermeras cuyas funciones no fueran en la prestación directa de servicios de salud (comisionados en sindicatos u otras comisiones especiales que los mantuvieran fuera de su área laboral), a los que contaran con licencia sin goce de sueldo, a aquellos que fueron visitados dos veces por el entrevistador y que ninguna de las dos ocasiones asistieron a su centro de trabajo y a pasantes en servicio social.

A los individuos seleccionados se les aplicaron los instrumentos CVT-GOHISALO, que consta de 74 ítems distribuidos en las siete dimensiones anteriormente señaladas, para la evaluación de la CVT y el cuestionario GHQ-28 de Goldberg para evaluar su salud mental.

Estos instrumentos proporcionaron la medición de la satisfacción de la CVT en siete dimensiones y la identificación de personas que se consideran casos de algún

trastorno en su salud mental. Posteriormente se estableció la relación entre las variables CVT y salud mental.

En cuanto al procedimiento que se siguió para la investigación, una vez que se elaboró el protocolo, se realizaron los trámites ante el Comité de Ética e Investigación de la institución donde se realizó la misma para la firma de autorización y el acceso a la información de recursos humanos en donde una vez calculada la muestra, se seleccionaron en forma aleatoria los participantes, de un listado de personal médico y de enfermería por unidades. Se buscaron en su unidad de salud para contestar el instrumento de forma individual, buscando a cada sujeto por nombre en la unidad de salud y turno de adscripción y, en caso de no encontrarlo en dos visitas consecutivas, se eligió a la persona de su misma categoría que siguiera en la plantilla de la unidad de salud; en total se visitaron 98 unidades de salud.

Una vez recabada la información, ésta fue tabulada y analizada con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 18, obteniendo medidas descriptivas y de correlación entre las variables de estudio.

RESULTADOS

En total participaron 322 sujetos de una muestra calculada de 351, obteniendo los siguientes resultados:

La satisfacción en cada una de las dimensiones de la CVT obtuvo valores que variaron de acuerdo a la dimensión evaluada y que se presentan como porcentajes de satisfacción y de no satisfacción, medida con el punto de corte para cada dimensión presentada en el manual para su aplicación (González *et al.*, 2009).

En cuanto a la satisfacción el valor más alto se obtuvo en la dimensión de Seguridad en el trabajo con 87.9%, seguida por la de Integración al puesto de trabajo con 87.6% y la más baja fue en la dimensión de Satisfacción por el trabajo con 79.5%. Por otro lado, es notorio encontrar en todas las dimensiones valores mayores al 12% de personas no satisfechas con su CVT, independientemente de cuál dimensión se aborde, ya que el porcentaje más bajo de personas no satisfechas, se encontró en las dimensiones de Seguridad en el trabajo e Integración al puesto de trabajo, y en ambas es de más del 12%, localizándose el porcentaje más alto de no satisfacción en 20.5% para la dimensión de Satisfacción por el trabajo (tabla 3).

Tabla No. 3. Resultados de la medición de cvt

Dimensión	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Soporte institucional para el trabajo (1)	268	83.2	54	16.8
Seguridad en el trabajo (2)	283	87.9	39	12.1
Integración al puesto de trabajo (3)	282	87.6	40	12.4
Satisfacción por el trabajo (4)	256	79.5	66	20.5
Bienestar logrado a través del trabajo (5)	266	82.6	56	17.4
Desarrollo personal del trabajador (6)	261	81.1	61	18.9
Administración del tiempo libre (7)	267	82.9	55	17.1

Fuente: Suma y transformación de las variables en el sistema spss

En cuanto a la prevalencia de riesgo de enfermedad mental, se clasificaron como caso y no caso en base al punto de corte a los 322 trabajadores evaluados, médicos o enfermeros, 78% fueron considerados no casos y el 22% fueron considerados casos de acuerdo al resultado del Goldberg (tabla 4).

Tabla No. 4. Resultados del cuestionario General de salud de Goldberg

Goldberg	Frecuencia	Porcentaje
No Caso	251	78%
Caso	71	22%
TOTAL	322	100%

Fuente: Directa

Enseguida se buscó la correspondencia entre la satisfacción de cada dimensión de la cvt y el no caso Goldberg, así como de la no satisfacción con el caso Goldberg, se encontró que en las siete dimensiones que mide el cvt-GOHISALO, hay una clara correspondencia entre estar satisfecho y tener salud mental, pues dicha correspondencia va del 79.7% al 82.3% entre la satisfacción y el no caso, siendo en 6 de ellas el valor de significancia menor a 0.05. Solo en el desarrollo personal logrado, aunque la correspondencia entre la satisfacción y no caso es de 79.7%, la significancia fue de 0.165 (tabla 5).

Tabla No. 5. Correspondencia entre la calidad de vida en el trabajo con los (Prueba de Mantel-Haenszel) en personal sanitario

Estadístico	Dimensiones						
	Soporte institucional para el trabajo (1)	Seguridad en el trabajo (2)	Integración al puesto de trabajo (3)	Satisfacción por el trabajo (4)	Bienestar logrado a través del trabajo (5)	Desarrollo personal (6)	Administración del tiempo libre (7)
Prevalencia de satisfacción con no caso Goldberg	80.2%	81.6%	81.6%	80.9%	82.3%	79.7%	80.9%
Prevalencia de no satisfacción con caso Goldberg	33.3%	48.7%	47.5%	33.3%	42.9%	29.5%	36.4%
Chi cuadrada	4.037	16.587	15.514	5.335	15.593	1.924	6.913
Significancia	0.045	0.000	0.000	0.021	0.000	0.165	0.009

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

Los resultados de la medición de la cvt de la muestra en estudio, en las siete dimensiones del instrumento cvt-GOHISALO, dieron valores elevados de satisfacción en seis de ellas, superiores al 80% , sin embargo el encontrar las cifras más bajas de satisfacción o más altas de no satisfacción (20.5%) en la dimensión de Satisfacción por el trabajo, habla de que al menos la quinta parte del personal médico y de enfermería se encuentra insatisfecha por su trabajo, es decir que no poseen la sensación global de agrado o gusto con respecto a su empleo, preocupante en personas que se dedican al cuidado de la salud de otros.

El limitado número de mediciones de la cvt con el mismo instrumento que el utilizado en este estudio, dificulta la comparación con otros trabajos que han medido la satisfacción de la cvt del personal sanitario, ya que utilizan otros instrumentos de medida.

En el caso de los estudios de Moreno *et al.* (2010), Herrera *et al.* (2011) y Delgado *et al.* (2012 y 2014), en profesionales sanitarios, médicos, enfermeros y auxiliares de laboratorio, presentan mediciones bajas o medias para todas las dimensiones del instrumento, inclusive el estudio de Herrera *et al.* (2011) no analiza la calificación de la cvt por dimensiones como los otros estudios, por lo que este estudio es el que presenta porcentajes de satisfacción con las dimensiones de la cvt más altas.

El uso del cuestionario de Goldberg como instrumento de medición del riesgo de padecer problemas de salud mental o de necesitar atención especializada proporciona una visión de un tipo de empleados muy especial, ya que los prestadores

de servicios de salud a su vez, son los encargados de procurar salud a la población en general. Sin embargo, la prevalencia de 22% mencionada ya en los resultados, resultó muy similar a la encontrada en otras investigaciones a nivel mundial, en donde se ha utilizado este mismo instrumento con fines de tamizaje o de diagnóstico, 20.3% en una muestra de enfermeras (Gamo 2003) o bien 11.5 a 20.9% en población general española (Baca *et al.*, 2002). Aproximadamente el 24% de las personas que contactan con los servicios sanitarios en el nivel de atención primaria, según la OMS, presentan problemas mentales (Frías, 2000).

Ninguno de los estudios presentados tiene como objetivo establecer la relación específicamente entre la CVT y la salud mental, en cada caso los investigadores establecen sus prioridades dirigidas principalmente a los factores psicosociales o el Síndrome de Burnout y la salud mental, tal es el caso de Marín *et al* que en 2005 obtuvo una prevalencia de casos de 25.6%, Ríos & Godoy (2007) que obtuvieron el 25.5%, similares a la prevalencia de este estudio que fue de 22% y sobresalen los resultados obtenidos en profesionales hospitalarios en formación desde 1992, de Jaime Breilh con un 71.8% de casos probables y los resultados de Juárez *et al.* (2014) que al realizar su estudio en seis países latinoamericanos, encontró en profesionales sanitarios prevalencias mayores al 50% en 3 de ellos.

Existe el consenso en varios de los estudios presentados y que han enfocado sus esfuerzos a la exploración de la salud mental en personal sanitario, de la necesidad de "cuidar a los cuidadores", aún en el caso de cuidadores que se encuentran fuera de la formalidad (Moreno, Antequera, Aires, Colado & Díaz, 2008), con el fin de mejorar la calidad y la calidez de los servicios de salud proporcionados por los subsistemas que integran el sistema de salud mexicano, en concordancia con las propuestas de la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

Para el trabajador sanitario de los países en vías de desarrollo, como México, es importante evitar el deterioro de sus condiciones laborales, ya que la repercusión es directa, afectando tanto su calidad de vida laboral como su salud mental.

La no satisfacción en todas las dimensiones de CVT, presenta cifras elevadas en la muestra seleccionada para este estudio. Se constató que existe una relación clara entre estar satisfecho con la CVT y menor riesgo de enfermedad mental.

La prevalencia de posibles casos de enfermedad mental en los prestadores de servicios de salud, en muchos casos es mayor a la de la población en general, cuando la expectativa sería que esta población tuviera mejor salud mental. Las repercusiones que la CVT tienen sobre la salud mental de los profesionales sanitarios, se ubican sobre todo en sus relaciones sociales, incluyendo las relaciones familiares.

Resulta urgente diseñar mecanismos de protección desde la organización para proteger al personal que trabaja en servicios sanitarios, impulsar la creación de redes sociales de apoyo y otras medidas dirigidas a evitar la destructividad en el trabajo.

Es necesario establecer medidas preventivas y programas de control entre los trabajadores sanitarios para mejorar su cvt y su salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Baca E., Cabanas M. L. & Baca-García E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(2):85-90
- Barbosa W.A., Orrego J.M., Torres A.L., Betancur C.L. & Tirado P.C. (2013). Calidad de vida laboral en trabajadores de la Secretaría de Gobierno del Municipio de Dosquebradas (Colombia), *Revista Cultura del Cuidado*, 10 (1), 51-62
- Bover, A. (2004). Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Departament de Ciències de L'educació. Recuperado de: <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/index/assoc/TDX-0204/1050931.dir/TDX-0204105-093133.pdf>
- Breilh J. (1992). Trabajo hospitalario, estres y sufrimiento mental, Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador. Repositorio institucional del Organismo Académico de la Comunidad Andina, CAN. Universidad Andina Simon Bolívar, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3379/1/Breilh%2c%20J-CON-097-Trabajo%20hospitalario.pdf>
- Córdova M., Alvarado S., Manrique H., Lizarbe C. R., Aguirre S.E. & Huaman J. (2014). Calidad de vida laboral de los egresados y predicamento del empleador. Facultad de enfermería de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de ICA. 2013. *Rev. enferm. vanguard*. 2014; 2(2): 154-160.
- Delgado D., Inzulza M., & Delgado, F. (2012). Calidad de vida en el trabajo: profesionales de la salud de Clínica Río Blanco y Centro de Especialidades Médicas, *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(228), 216-223.
- Delgado, D., Aguilera, M. A., Delgado, F., Cano, I., Preciado, M. L., Ramírez, O. (2014). Quality of life at work and working conditions in sterilization assistant. *American Journal of Public Health Research*, 2(3), 108-112.
- Díaz S.I. (2012). Estudio de Egresados de Licenciatura de la Universidad Juárez del Estado de Durango. México (UJED) 34-37. Recuperado de: <http://planeacion.ujed.mx/Documentos/Estadistica/Egresados/SeguimientoEgresados-2012.pdf>
- Espinosa M. & Morris P. (Diciembre de 2002). Calidad de Vida en el Trabajo, Percepciones de los Trabajadores. En: Cuadernos de investigación. Dirección del Trabajo. Departamento de estudios. Gobierno de Chile. Cuaderno No. 16. Santiago de Chile.
- Frías Osuna A. (Ed.) (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson
- Gamo M. F. (2003) ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería? Publicación en colaboración de *Presencia: Revista de enfermería de salud mental, psiquiatría.com y psiquiatría 24 x 7.com*.
- García C.R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Golberg. Adaptación Cubana. *Revista Cubana Medicina Genérica Integral*, 15 (1), 88-97.
- Godoy D., Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. & Sánchez-Barrera, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 49-71.

- González R. (2007). *Calidad de vida en el trabajo; elaboración y validación de un instrumento en prestadores de servicios de salud*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- González R., Hidalgo G., Salazar J.G. & Preciado M. L. (2009). *Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO, Manual para su aplicación e interpretación*. Guadalajara, México. Ediciones de la Noche.
- Herrera M., Ruíz de Chávez D., Almeida C., & García P. (2011). Factores que influyen en la calidad de vida laboral del personal de enfermería del Hospital General Zacatecas. *Revista Electrónica Semestral Especializada en el Área de la Salud*, 2(2), 1-13.
- Herrera, R. & Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 21(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003
- Juárez A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*, 6 (14); 189-196.
- Juárez A., Vera A., Merino C., Gómez V., Feldman L. & Hernández E. (2014). Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud: Un Estudio en Seis Países Latinoamericanos. *Información Psicológica* 108, 2-18
- Moreno A., Aranda C., Preciado M., Valencia S. (2010) Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México 2010. *Cienc Trab.* 2011; 13(39):11-16
- Moreno I., Antequera R., Aires. M.M., Colado S. & Diaz S. (2008). Demanda de apoyo psicosocial en cuidadores de niños con enfermedades de baja prevalencia. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 349-360.
- Marín N., Esteban A., Palma C., Vega M., Mestre L., Fornés J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta. *Psiquiatría.com*. 2005; 9(4). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/288/273>
- Ríos M.I. & Godoy C. (2008). Burnout y Salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. *Enfermería Intensiva*, 19 (4), 169–178 Recuperado de: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/burnout.pdf
- Ríos M.I., Godoy C & Sánchez J. (2011), Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería, *anales de psicología*, 27 (1), 71-79.
- Sánchez R., Álvarez R. & Lorenzo S (2003). Calidad de Vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid *MEDIFAM* 13 (4) 291-296.
- Velarde-Jurado E. & Ávila-Figueroa C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. *Revista Salud Pública de México* 44 (5) 448-463.

2.7 Las posibilidades de los trastornos psicosociales en el trabajo de salud mental: estudio del caso en el Hospital de Salud Mental

SERGIANA DE SOUSA BEZERRA^{1*},
CLEIDE CARNEIRO² Y JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO³

¹Universidad del Estado de Ceará. * sergiana.bezerra@gmail.com

²Assistente Social. Especialista em Saúde Pública. Universidad del Estado de Ceará

³Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva. Professor Titular de Saúde Pública da UECE.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata del riesgo de trastornos psicosociales entre los trabajadores de un hospital psiquiátrico, el Hospital de Salud Mental Profesor Frota Pinto (HSMMP), que se encuentra Fortaleza estado de Ceará en Brasil.

Estudiar la salud mental (en Brasil) no puede limitarse sólo a cómo ésta afecta a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), sino que debe atender los riesgos psicosociales de los trabajadores y las relaciones entre ambos, entre usuarios y cuidadores, tal como ha venido siendo sugerido en el proceso de la reforma psiquiátrica en todo el mundo.

Cuando no hay una interacción armónica entre los actores mencionados y no existen las condiciones estructurales mínimas necesarias para la actividad profesional, son posibles deficiencias en la atención, que redunden en los usuarios, sus familias y congéneres, así como entre el equipo de cuidadores, lo que puede generar problemas de salud físicos y mentales. Hasta la misma organización puede resentirse de esta situación.

La premisa aquí consiste en que la coyuntura actual de la atención hospitalaria en salud mental en Brasil requiere una mirada más profunda. Esta apreciación debe incluir también a aquellos que constituyen el recurso humano de la institución y que en este trabajo se centra en los trabajadores sociales de este hospital.

La elección del tema de estudio fue impulsada por una investigación precedente y vivencias de algunos de los autores de esta investigación cuando, desde su experiencia profesional, se percataron del impacto de la atención psiquiátrica sobre los trabajadores sociales. Especialmente cuando no se atiende adecuadamente la integración de los aspectos sociales, inherentes al proceso de atención y de importancia ampliamente reconocida, generando ansiedad, insatisfacción y sufrimiento psicosocial.

En el debate en torno al abordaje de la salud mental, que arrancó entre los años 1970 -1980, no se ha formalizado el reconocimiento de la enfermedad mental y su proceso de atención, como dinámica en la que su desarrollo y evolución puede afectar a cualquier persona implicada en los procesos de atención, sin distinción.

La situación actual de Brasil en relación a la salud mental deriva de la aplicación de la Ley Federal 10.216 (2001). Esta ley propone y dirige la organización de los servicios de salud mental favoreciendo los servicios de consulta externa y la integración comunitaria, con el fin de proteger a personas con trastornos mentales y preservando sus derechos de ciudadanos.

La Reforma Psiquiátrica supuso un nuevo sistema y los equipos de salud mental se desplegaron a partir de la premisa del salir, tanto como fuera posible, del hospital. De la nueva ordenación surgieron los Centros de Atención Psicosocial, los Núcleos de Atención Psicosocial; los Centros de Cuidado Diario, los Hospitales de Día, los Centros de Vida y Cultura, la Asistencia para la Rehabilitación Psicosocial con el Programa Volver a Casa y los Servicios Terapéuticos Residenciales entre otros servicios.

La reestructuración de los servicios de salud mental también alcanzó a los hospitales psiquiátricos, sujetos a conversión, siguiendo un proceso de desinstitucionalización y en espacios con propuestas funcionales y organizativas, con la finalidad de humanizarse y socializarse.

Sin embargo es evidente que aún el escenario actual dista mucho de aquello que fue previsto por el movimiento reformista. A la desestructuración le espera un largo recorrido para ejercer las prácticas efectivas para las que fue pensada.

Actualmente en Brasil, según las Naciones Unidas (2014), se estima que 23 millones de personas padecen enfermedades y trastornos mentales. De éstos, al menos 5 millones, son trastornos moderados o graves. Entre los años 2002 y 2011 hubo un incremento del 200% en el presupuesto para la salud mental con la creación de 1.981 Centros de Atención Psicosocial, 4.121 camas psiquiátricas en los hospitales generales y 88 consultorios para la atención ambulatoria. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy desigual entre los estados de Brasil y el nordeste resultó principalmente perjudicado. El estado de Ceará es uno de ellos.

Según los datos publicados en febrero de 2015 por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará, el 3% de la población general sufre trastornos mentales crónicos graves, el 6% tiene trastornos psiquiátricos graves derivados del uso de alcohol y otras drogas y el 12% necesita atención en salud mental, ya sea de forma continua o puntual.

Además, de nuevo limitándonos al Estado de Ceará, se encuentran un gran número de quejas de los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental y también de los usuarios acerca de los servicios ofrecidos.

Según el coordinador general de la Unión de Trabajadores de la Administración Pública del Ceará (2011), el número de denuncias de violencia contra los profesionales de la salud en el HSM es frecuente. Los informes más comunes hablan de usuarios enojados con los médicos y enfermeras, amenazándolos con objetos afilados.

Los estudios sobre enfermedades profesionales entre el personal de salud en Ceará muestran que estas enfermedades y riesgos psicosociales son elevados en el HSM, en relación con el número de camas y de admisiones, si se las compara con hospitales generales u otros de las mismas dimensiones y actividad.

De acuerdo con un informe publicado por *Diário do Nordeste* (2013), Ceará, desde 2011 ha ido perdiendo camas hospitalarias psiquiátricas. Hay un total de 403; 80 en el Instituto de Psiquiatría de Ceará, 103 en la Clínica de Salud Mental Doctor Suliano, 160 en el Hospital Mira y López y 60 del Hospital San Gerardo. Este número no tiene en cuenta las que están disponibles para este fin en los hospitales generales.

La reducción del número de camas se refleja en las dificultades de acceso al HSM, ya que presenta una ocupación máxima. Pese a los esfuerzos por hacer efectivas las directrices de la Reforma Psiquiátrica, que busca alternativas terapéuticas y de seguimiento a estos pacientes, la estancia media de 27 días propuesta se ve frecuentemente superada.

Las propuestas de dismantelar el escenario tradicional de la forma centralizada de proporcionar la atención en salud mental, no se corresponde con el ritmo de crecimiento de los servicios comunitarios para atender las demandas del territorio. Esta constatación lleva a inferir que probablemente parte del sufrimiento de los profesionales puede estar vinculado a las precarias condiciones de trabajo existentes y saturación de los servicios de salud mental, en particular en el hospital psiquiátrico.

El aumento del número de usuarios y la escasez de profesionales, sobrecargan el trabajo y produce insatisfacción, por el déficit de atención proporcionada, de acuerdo con Dejours (1992). Este ambiente de insatisfacción genera problemas de salud que repercuten en todos quienes participan del proceso de atención.

Así, el lugar de la atención y las circunstancias en las que se produce el trabajo es capaz de causar sufrimiento a los profesionales que atienden e incrementar la de los pacientes a quienes se debe tratar. Este análisis es el centro del presente estudio. Entender cómo se producen y se procesan estas relaciones en un entorno de suyo disfuncional, focalizándose especialmente entre los trabajadores sociales, sus familias y su entorno social.

Las reflexiones hechas en este contexto son las que se presentan en este capítulo con la intención de acercar al lector la realidad y el impacto de esta carencia cotidiana.

OBJETIVO GENERAL

Comprender las dimensiones y las condiciones de trabajo y riesgo de sufrimiento psicosocial entre los trabajadores sociales del Hospital de Salud Mental Profesor Frota Pinto.

METODOLOGÍA

La elección de un objeto de estudio no es casual. Este es consecuencia de un estudio anterior y en el que el investigador fue capaz de identificar.

La opción tomada por los investigadores en este estudio sobre la salud mental ha sido el estudio de casos o las historias de vida. Además el conocimiento que tienen de la situación del hospital, desde su creación en 1963, proporciona un sólido marco de referencia.

Así pues la metodología usada en esta investigación social se sitúa en el contexto temporal del conocimiento histórico y basada en la realidad cotidiana. El estudio de casos es la herramienta metodológica que permite conectar mejor esta dialéctica entre el presente, lo cotidiano, y la historia (Minayo, 2000).

Según Martinelli (1999), la investigación cualitativa tiene lugar en un contexto de relaciones. Esta investigación está basada en los datos que se recogen de forma interactiva en un proceso de ir y venir mediante la relación con los participantes. Para Minayo (2000, p.22), cualquier investigación social:

Debe incluir una característica básica de su objeto: el aspecto de la calidad. Esto implica al objeto de estudio: la gente en un determinado estatus social, pertenencia a un determinado grupo social o de clase con sus creencias, valores y significados. Se trata de abordar el objeto de la ciencia social en tanto es compleja, contradictoria, incompleta y en constante cambio.

Para la investigación más detallada sobre el tema, el estudio de caso es esencial porque:

Permite una investigación que preserva las características holísticas y significativas de los eventos de la vida real, tales como los ciclos de vida individuales, los procedimientos administrativos y de organización, los cambios en las regiones urbanas, las relaciones internacionales y la maduración de algunos sectores (YIN, 2001).

Este estudio se realizó de forma exploratoria y descriptiva para conocer el campo empírico y los sujetos que determinan este espacio, a fin de incluir la observación y la comprensión más significativa de estos elementos y su interrelación, a partir de una investigación en profundidad.

La primera fase de este estudio estuvo constituida por la recolección de datos a partir de una muestra de auxiliares de enfermería y sociales (06) que llevaban trabajando en la institución más de dos años como empleados contratados o bien prestando servicios en el hospital. También se trabajó con el servicio de prevención de riesgos laborales del hospital, que incluye la vigilancia de la salud en el trabajo y

el seguimiento de las condiciones laborales, en el período de octubre a noviembre de 2013.

En la segunda fase se realizarán las investigaciones en otras profesiones además de las trabajadoras sociales. Por tanto se tiene la intención de seguir las pesquisas. Para contextualizar la investigación se realizó un estudio bibliográfico sobre la salud mental en los trabajadores y, además, conocer el itinerario histórico de la contribución de los trabajadores sociales en el cuidado de la salud mental, su contribución a la Reforma Psiquiátrica. Finalmente se realizó un estudio del proceso de la enfermedad profesional psicosocial.

En la fase de recolección de datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, con observación a través de cuadernos de campo y un estudio de casos dirigidos a identificar el discurso de los participantes. Se observó el contexto histórico de HSMM, sus objetivos en la eficacia de la atención biopsicosocial y su importancia en la red de hospitales del Sistema Único de Salud (SUS). Este estudio trata pues de investigar el lugar de trabajo desde la perspectiva de los profesionales involucrados en la atención.

En el análisis de los datos recopilados se orientó a realizar una reflexión crítica de los discursos recogidos; a través de la técnica de análisis del discurso, según Minayo (2000).

RESULTADOS

A través del análisis del discurso encontramos contradicciones y consistencias. Los componentes más importantes que dirigen la obtención de los datos de la investigación y que permiten la construcción del conocimiento del objeto de estudio son las cuestiones temáticas relevantes, la construcción e interpretación del discurso, el descubrimiento de sus significados y subjetividades.

De acuerdo con los resultados obtenidos y los conocimientos de los investigadores se formularon diversas conclusiones que se agruparon en cuatro categorías para ser debatidas: "La representación del hospital en el mundo del trabajo", "El trabajo precario: la atención, las condiciones de trabajo y el funcionamiento de la red de atención en salud mental", "La importancia del trabajo" y "Las relaciones de trabajo y la existencia del sufrimiento psicosocial".

La representación del hospital en el mundo del trabajo

Esta es la primera categoría que surgió como resultado de esta investigación y se ocupa de la inserción del trabajador social en el hospital. También de lo que el hospital, como lugar de trabajo, ha representado para el ejercicio profesional de la asistencia social.

Según Pitta (1994) el trabajo en el hospital se encuentra situado en el contexto de un comercio en el que la fuerza de trabajo, en función de un contrato social, se vende para que el trabajador cuide a los vivos y a los muertos. Esta resolución

otorga al trabajador la misión o el encargo de ejercer sus competencias profesionales y de llevar a cabo sus actividades para que cada usuario utilice todos los medios disponibles para hacer frente a la demanda y dar respuestas también a la sociedad.

Las condiciones no obstante es que para que esto sea realmente eficaz, los entornos laborales deben proporcionar todo lo necesario, según Pitta (1994). Si no es así los profesionales realizan su trabajo en los hospitales de acuerdo con las posibilidades de los recursos existentes y con los factores individuales de los pacientes.

Se pudo observar que los interrogados indicaron que el trabajo en el hospital está directamente relacionado a las transformaciones que ocurren en este entorno. Uno de los entrevistados dijo que las condiciones estructurales del hospital influyen directamente en el rendimiento profesional.

Los cambios en los servicios de salud mental derivados de la reforma psiquiátrica fue algo muy remarcado por los investigados. Las instituciones alternativas, que deberían ofrecer buena parte de los servicios que presta el hospital, especialmente los de marcado carácter ambulatorio, no funcionan o no existen. Por lo cual existe una gran demanda en los hospitales generales y psiquiátricos, especialmente en el de estudio.

La redistribución y reformulación de los espacios institucionales para atender adecuadamente a los pacientes no pasa únicamente por transferirlos a la comunidad o transferir camas de los hospitales psiquiátricos a las generales. Es necesario también proporcionar condiciones mínimas a los servicios de forma que las estructuras, la organización, los aspectos administrativos deben tener la mirada humana que precisa una persona que requiere un servicio de esta naturaleza y tiene el derecho socialmente conquistado a tenerlo.

Se entiende que concretar la reforma psiquiátrica es un desafío grande que no solo está en manos de los trabajadores de salud mental. Ha de haber condiciones de trabajo dignas para todas las categorías profesionales dentro de los espacios institucionales. Si no se obtienen los entorno negativos que van a repercutir negativamente sobre los profesionales.

Se percibe, a través de los discursos de los entrevistados junto con la base teórica de los autores mencionados, la representación que los profesionales tienen del hospital, específicamente del HSMM. Se trata de una estructura precaria, quizás algo más que un asilo, pero sin condiciones físicas ni administrativas satisfactorias para satisfacer la demanda que parece querer ofrecer la institución.

Existe la percepción de los trabajadores sociales, de acuerdo con las entrevistas, que las condiciones de trabajo precarias no sólo ocurren en el ambiente hospitalario, sino que se extiende a otros servicios de consulta externa. Los aspectos negativos se localizan también en la infraestructura física que no es adecuada para una atención eficaz desde el punto de vista de la atención social. Estas reflexiones coinciden con las que hace también la Red de Atención en Salud Mental, aspectos discutidos por Pitta (2011) y Amarante (1995).

El trabajo precario: la atención, las condiciones de trabajo y el funcionamiento de la Red de Atención en Salud Mental

Las relaciones y condiciones laborales que se establecen dentro de las organizaciones determinan la percepción de los profesionales sobre su desempeño y resultados. En la sociedad capitalista los determinantes sociales, inherentes al trabajo asalariado, pueden conducir a generar empleos inestables. En este estudio la recuperación de las declaraciones y experiencias de los encuestados ayudan a entender la dinámica del hospital estudiado.

Hay que entender que la experiencia de trabajo no tiene porqué ser vista como una experiencia de una actividad que genera desgaste y sufrimiento. Cuando hay un reconocimiento por el trabajo realizado, éste tiende a ser una experiencia agradable de la vida cotidiana.

Como alerta Vasconcelos (2009), el conjunto de prácticas de la profesión de los trabajadores sociales lleva implícita un reconocimiento. Son valorados y respetados. Además precisan autonomía y espacio para desarrollar eficazmente su tarea. Así, las condiciones de trabajo que existen dentro de las organizaciones son esenciales para poder garantizar que el trabajo será eficaz y satisfactorio. Comprobar la existencia de estas condiciones a través de la observación es esencial.

Existe una demanda que yo llamo la demanda imposible que está creciendo y que no puedo resolver. No soluciono los casos. Aunque no resuelvo todo, tengo la mejor de las intenciones de querer hacerlo. A menudo me dejan insatisfecho, molesto, porque no podía hacerlo, esto causa malestar psíquico en mí (Entrevista 02).

En este discurso el entrevistado dice que el aumento de la demanda y lo que él dice como "pedir lo imposible": la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos y la creación de camas en hospitales generales en el estado de Ceará, como prevé la ley no es compatible. No existen aún las condiciones cuantitativas ni cualitativas para que las instituciones que están o han de estar emplazadas en la comunidad y la nueva orientación del hospital satisfaga las necesidades de la gente.

Con el aumento de la demanda se ha producido un aumento progresivo en el tiempo de espera para la atención. De acuerdo con el Departamento de Registros Médicos y Estadística del HSM (2014) el tiempo medio de espera para la atención urgente en el hospital ha crecido notablemente. En julio de 2012 el tiempo era de 8 horas y 26 minutos, en 2014 en el mismo mes el tiempo de espera era de 17 horas y 23 minutos.

Se encontró en el estudio que en el hospital hay una mayor demanda de los usuarios en busca de atención, al mismo tiempo que una disminución de la oferta del trabajo social profesional. Además, los trabajadores sociales se negaron a realizar tratamientos en el área de urgencias. Esto provocó un incremento en el tiempo de espera de los usuarios. Además de estos datos también se encontró, en

los discursos, la falta de coordinación entre la administración y los profesionales del hospital, así como el aumento de la contratación por prestación de servicios en detrimento de la licitación pública.

De acuerdo con los datos recogidos sobre la situación actual de los servicios en el HSM, concretamente en la sala de urgencias, las condiciones precarias están determinadas por: el aumento progresivo de la demanda de los usuarios, la reducción de camas psiquiátricas en la ciudad, el fracaso y la inseguridad de los servicios de apoyo como son los servicios adicionales de las otras instituciones comunitarias y los hospitales generales, las condiciones insalubres de los propios servicios. A esto se le suma la reducción del número de profesionales y con formas de contratación inestables.

Pastorini (2010) señaló que el trabajo de la trabajadora social se sumerge en las dificultades de la cuestión social. Estas tienen demandas y dificultades que encuentran sus raíces en el conflicto entre los ambientes de trabajo, la función social de los servicios de salud y el capitalismo. La precariedad del trabajo ocurre en ausencia de condiciones dignas de trabajo, la venta de la acción profesional en las condiciones de contratación, entre otros factores que son inherentes a una profesión que se inserta en la división socio-técnica del trabajo.

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO

Lo que significa la relación del trabajador con el trabajo es la interacción del ambiente laboral con la singularidad de la persona. El trabajador desarrolla construcciones colectivas dentro de los espacios de trabajo. El trabajo lo trasciende. Allí tiene lugar la expresión de los significados humanos y se pueden experimentar sentimientos de placer o de angustia que pueden afectar el sentido, desarrollo y resultados de las actividades laborales.

Dejours (1992), considera que el proceso de construcciones colectivas e individuales da sentido y significado al trabajo. Estas construcciones se producen como resultado de las interacciones entre la colectividad y los individuos. El ambiente de trabajo es pues, o aspira a ser, el lugar donde estas construcciones se formalizan. Si no reúne condiciones el resultado provoca sentimientos de inutilidad, descalificándose. Si es óptimo se producirá el reconocimiento del proceso constructivo.

Cuando las oficinas o los consultorios de los trabajadores sociales no reúnen condiciones por la mala realización de la estructura o su organización, aparecerá la indiferencia o el desánimo y los resultados serán pobres. El entrevistado 03 informa sobre cómo el hospital afecta a los profesionales y sobre los resultados del trabajo: "Veo muchos conflictos entre los profesionales, creo que es causado por el estrés del ambiente de trabajo."

El personal de salud, especialmente los trabajadores sociales, desarrollan sus actividades de acuerdo con los aspectos socio-históricos de cada momento. Los profesionales que llevan mucho desarrollando sus actividades profesionales tienen también la capacidad de modificarlas en consonancia con los cambios que se pro-

ducen en la asistencia sanitaria. El reto es que estos cambios deben comprenderse a la luz de su nuevo significado. Si el cambio se produce sin consciencia entre los profesionales la intención y el significado del cambio se debilita.

Es en este espacio que autores como Antunes (2000), Martinelli (1993), Netto (1990); abordan la alienación de la falta de pensamiento crítico sobre lo que se hace. Sin embargo, el elemento nuclear es el significado que el trabajador otorga a su trabajo. Si se ve como un mero ejecutante, en un papel secundario obediente a las instrucciones que le dan, o es un sujeto social que tiene la actitud y ejerce la posición de profesional que sabe, piensa y ejecuta críticamente.

El contenido significativo del trabajo se construye a través de aspectos colectivos en el lugar de trabajo y a menudo por medio de cesiones importantes en este proceso. Esto puede generar, en la dimensión profesional y personal, frustración, desánimo y estrés. Estos aspectos se deben a la visión que se forma en el entorno laboral en relación con la concepción individual que sobre el trabajo tiene el profesional.

El desgaste en el desempeño del trabajo de los profesionales sanitarios es algo recurrente. Se cree que la desorganización de la que adolecen las instituciones sanitarias, puede ser uno de los elementos claves que generan insatisfacción con el trabajo entre los profesionales.

Vale la pena mencionar lo que se señala sobre el desgaste en el trabajo y que aparecen en las discusiones de Seligmann-Silva (1994). Dice que el trabajo puede, en algunas circunstancias, afectar a la construcción de su representación y que puede ser una fuente de desgaste y sufrimiento psicosocial. El autor entiende que el ejercicio del trabajo y los significados que le otorgan los individuos pueden fortalecer la salud de los trabajadores o bien conducir al sufrimiento.

Encontramos esta dicotomía en las declaraciones de los Entrevistados 04 y 05. El primero percibe el lugar de trabajo como un lugar de satisfacción y sienten que su trabajo es valorado, es feliz con lo que desarrolla. El segundo apunta que los factores externos del entorno laboral pueden ocasionar la no ejecución de su trabajo.

Estas dos percepciones aparentemente contradictorias que aparecen sobre el trabajo en una misma institución nos llevan a reflexionar como los factores subjetivos individuales influyen de manera que se obtienen, en el mismo lugar de trabajo, satisfacción o frustración.

Los significados que las personas otorgan al lugar de trabajo se producen a través de las experiencias acumuladas a través de la vida profesional. Un entrevistado manifestó que "es muy difícil ser un trabajador social en la salud mental, porque es un estigma que todavía impregna la salud mental, más allá de los prejuicios tiene la fama de la negligencia de los órganos que nos debe representar." (Entrevistado 02). Es en este ámbito donde se formulan las construcciones individuales y colectivas dentro de las organizaciones y otorgan significado al trabajo.

Las relaciones laborales y la existencia de trastornos psicosociales

El sufrimiento es una experiencia que se puede encontrar en cualquier individuo, y que puede presentarse siempre que experimente una situación diferente de la que experimenta habitualmente. Es una reacción o forma posible de respuesta frente al cambio. No se va a referirse aquí al sufrimiento patológico sino al que está presente en las actividades colectivas del ser humano.

Las relaciones que se desarrollan durante el trabajo en el seno de las organizaciones pueden causar sufrimiento en profesional. Dejours (1992) entiende que existen elementos que pueden alterar la salud mental de los trabajadores, que sin causar enfermedad, pero que se expresan en forma de ansiedad, fatiga, frustración y angustia.

En mis 26 años de trabajo en el hospital observo un considerable empeoramiento en el funcionamiento del hospital, debido a la demanda que está creciendo, el cierre de los hospitales psiquiátricos y la ineficacia de la red, esta terrible situación, porque la demanda crece solamente y todo lo que conlleva y genera un malestar enorme en todos nosotros (Entrevista 03).

El análisis de la estructura y organización del trabajo son esenciales para comprender la relación entre las malas condiciones de trabajo y el malestar. Además de verificar si se están cumpliendo las normas por lo que se refiere al número y dimensiones de las áreas de trabajo del hospital. Todos estos aspectos no solo pueden aportar ineficiencias sino malestar entre los trabajadores que lo atribuyen a la desorganización estructural de un hospital obsoleto.

Pitta (1994) argumenta que un hospital, al ser un una estructura local arraigada en la historia de la sociedad es también un lugar simbólicos de expectativas y de esperanza para la curación. El trabajo en el hospital está socialmente cargado, ya que si no se cumple lo que de él se espera genera insatisfacción y frustración, tanto para los usuarios como para los trabajadores.

Hay muchas personas enfermas, tiene muchos empleados que también se enferman porque hay muchos problemas delante de usted, puedo ver eso, la persona se angustia, no puede resolver la situación, esto crea demasiada tensión es demasiada carga para nosotros. Esto no ocurre sólo con los trabajadores sociales, todos los demás profesionales pueden obtener a través de él (Entrevista 06).

Cuando dirigimos este análisis a la categoría laboral del trabajador social, nos encontramos ante una profesión que está en contacto permanente con la cuestión social. Esta función, que en el hospital se expresa de forma singular en las cuestiones que tienen que ver con la salud mental y todo lo que le rodea, hace que el despeño profesional requiera de más esfuerzo y la implicación del personal aún sea

mayor y la subjetividad tenga un rol más acusado. El hospital es un lugar estable y conocido en la actividad de los trabajadores sociales pero en el que el cambio en las políticas que lo regulan exige también un cambio en la forma de actuar.

Vasques-Menezes (2004) entiende que los factores externos e internos relacionados con las personas pueden proporcionar sufrimiento. La existencia del sufrimiento no es algo impersonal, sin embargo, los factores físicos y relacionales que se encuentran dentro de los espacios de trabajo tienen impacto en la salud mental de los trabajadores.

La entrevistado 02 expresa un sufrimiento causado por la frustración por el trabajo que realizaba. Esto fue debido al cambio de orientación de la práctica profesional, secundaria al cambio organizativo. El empleador modificó las formas de práctica y esto repercutió directamente sobre el profesional.

El estar en un trabajo que otorga un reconocimiento, satisfacción y sentirse eficaz en el ejercicio de la profesión suele generar sentimientos positivos. Sin embargo, si este contexto se altera o se rompe romper este contexto y los cambios en las actividades o en el modelo organizativo son acusados y el profesional está supervisado por profesionales que no tienen que ver con su disciplina puede significar entrar en una situación difícil.

La sala de urgencias es descrita por los encuestados como un lugar precario, como ya se mencionó antes. Además de la restricción de personal que trabaja en esta área, que normalmente era el lugar de la primera asistencia de los pacientes que acudían al hospital, el espacio era muy deplorable y parecía que aún inducía más sufrimiento: Como dice un entrevistado : "No sé si te diste cuenta, pero en la situación de emergencia hay un sufrimiento, porque está dando esas condiciones genera sufrimiento hasta que introduzca como investigador y tiene un shock, creo que podría haber una mejora en esta estructura. "(Entrevistado 04)

Pitta (1994) dice que los signos de los trastornos psicológicos pueden estar relacionados con ciertas tareas a las que se exponen los trabajadores. Las que producen más situaciones de conflicto son la sobrecarga de trabajo y la falta de estructura básica para el desarrollo de su trabajo.

La reflexión en relación a los factores que están dentro del ambiente laboral y que pueden causar sufrimiento, ya sea vinculado sólo a elementos específicos de un área o determinado por la desarticulación de la estructura organizativa, así como la política más o menos explícita que la ha determinado, siempre es una debate. Este debate se prolonga en un diálogo constante entre la vida colectiva e individual de cada profesional. Comprenderlo se basa en identificar las relaciones entre estos dos espacios y los elementos que determinan la identificación del sufrimiento.

En el HSMM hay espacios como el de atención a la demanda en salud mental y de atención a las drogodependencias que, de acuerdo a las opiniones de los entrevistados, presentan muchas insuficiencias. Hay un discurso de transformación de un viejo asilo a una institución para la atención integral en salud mental. Se han

producido algunos pequeños avances también, pero sigue habiendo necesidades estructurales y organizativas que todavía tienen que ser realizadas.

Algunas de las mejoras que han sido sugeridas por los entrevistados para mejorar el servicio de atención sería: Aumentar el número de trabajadores sociales en el servicio social a través de la contratación por concurso público, mejorar la organización de los equipos de trabajo en el área de hospitalización para brindar una atención integral al usuario, garantizar al menos la presencia de un médico profesional en el área de emergencia y mejorar la coordinación entre las instituciones que forman parte de la Red de Atención de Salud Mental. Estas se propone que sean algunas de las intervenciones que podrían discutirse en el hospital para mejorar el servicio de atención a los usuarios y mejorar la calidad del trabajo de los profesionales.

Se cree que el proceso de escucha y de compartir experiencias entre la administración del hospital y los profesionales que componen los equipos puede permitir la construcción de modelos organizativos óptimos. También se ha constatado que las necesidades de las personas que están dentro del proceso de atención en salud mental son insostenibles. Por tanto se estimó que de forma transversal debiera haber una mayor coordinación. Así las actividades podrán tener la virtud de ser interdisciplinarias y permitir abordar con calidad las necesidades reales de los usuarios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El mundo del trabajo que se vive en los hospitales es el de una práctica dinámica y está compuesto de múltiples elementos que ofrecen, a los que trabajan en él, posibilidades reales de ascenso y reconocimiento. También, si no se consiguen los objetivos, puede aparecer el sufrimiento psicosocial. Refiriéndonos a este contexto en el escenario brasileño se puede identificar el fenómeno de la subjetividad en el que los estereotipos y prejuicios todavía impregnan este campo y se construyen relaciones sociales que influyen en el trabajo.

El trabajo social dentro de las áreas profesionales de los servicios de salud mental realiza contribuciones únicas a la labor de equipo. Esto es así porque es una profesión históricamente vinculada a las cuestiones sociales, a los determinantes sociales de la enfermedad mental y tienen un carácter marcadamente intervencionista.

El trabajo social es un área de trabajo en la que se produce una práctica efectiva, con consciencia de los límites y de las posibilidades. Este realismo pragmático impregna el ambiente de trabajo y es determinante del rendimiento de los procesos de atención. Los trabajadores sociales que trabajan en salud mental del HSM, de acuerdo con la investigación empírica, están expuestos a malas condiciones de trabajo que generan sufrimiento, desgaste y angustia. Estas son causadas por no haberse completado las obras que garantizan las de condiciones estructurales y organizativas necesarias para realizar un buen trabajo, según declaran los encuestados.

El sufrimiento psicosocial puede ser causado por el trabajo precario. La configuración del trabajo precario es un complejo entramado de aspectos políticos, socia-

les, económicos, culturales e históricos. Un análisis completo llevará a entenderlo como una manifestación más de la cuestión social. Este fenómeno está presente en las exigencias de la profesión y singularmente en los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental. Pitta (1994) cree que este fenómeno está relacionado con la exposición a la sobrecarga de trabajo y a la carencia de cuidados emocionales y la poca atención que a ellos se presta dentro de la organización del trabajo.

Por tanto, procede decir aquí que la labor de los trabajadores sociales en los entornos laborales precarios, conlleva la presencia de ansiedad en el trabajador, una limitación de las actividades profesionales y una mayor demanda para producir servicios por parte de la institución y esta combinación desemboca en la generación de sufrimiento psicosocial en los profesionales. Esto es porque la presencia de formas precarias de trabajo y no reconocimiento de las actividades realizadas por los profesionales causar angustia y sufrimiento. Sumado a esto, los pensamientos de Dejours (1992), Seligman-Silva (1994) y otra vez las palabras de Pitta (1994): el ambiente de trabajo tiene factores físicos, organizativos, administrativos que favorecen la aparición del sufrimiento en profesionales del área psicosocial.

Los sufrimientos manifestados por los encuestados se caracterizan por la ruptura de las relaciones que se establecen entre los sectores y profesionales de la administración, las condiciones de trabajo insatisfactorias, el sentimiento de ansiedad causada ver como la sobrecarga emocional afecta al desempeño y la tensión física-mental debido al insuficiente número de trabajadores sociales que constatan una demanda de servicios superior a la que el hospital puede atender. Uno de los entrevistados lo definió como "exigir lo imposible."

En esta situación, nos damos cuenta de que las discusiones teóricas sobre este tema son cercanas a lo que se encontró en el terreno empírico. Se constató que la manera con la que los encuestados destacan el sufrimiento, como un conjunto de circunstancias que generan malestar y provocan insatisfacción. En las organizaciones de trabajadores están presentes las representaciones sociales e institucionales construidas a través de las experiencias de los trabajadores que conocen la profesión y las incardinan en el mundo del trabajo.

El estudio también mostró que, dentro de las relaciones de trabajo establecidas como la unión de un entorno laboral y una comunidad de personas en el que se construyen experiencias de trabajo en salud, existen condiciones para producir placer y satisfacción en el trabajo y también causar sufrimiento y angustia, tal como apunta Vasques-Menezes (2004).

Otro elemento relevante de este estudio es la importancia de la labor de los profesionales que trabajan en el HSM. Esta importancia viene dada por los activos determinados por la experiencia y conocimientos de los asistentes sociales del mundo del trabajo, de la práctica profesional, de la zona en la que actúan, de los límites y posibilidades de la política de salud mental en Brasil, de la funcionalidad de las entidades que forman la Red de Atención Psicosocial y de la capacidad de actuación de la institución. El conjunto de estos saberes y experiencias definen la percepción del trabajo y su significado en lo cotidiano.

Se pudo constatar que hay un edificio, un “constructo” que se establece en las esferas colectivas e individuales que termina otorgando significado y direccionalidad al Dejours (1992). De algún modo el trabajo de salud mental es un proceso constante de deconstrucción y reconstrucción de significados, en la medida se produce en entornos de trabajo que generan constantemente experiencias capaces de generar frustración o de proporcionar satisfacción.

Las percepciones comunicadas por los entrevistados diferenciaron dos ambientes de trabajo en el hospital, a saber: la unidad de desintoxicación y el área de urgencias. Identificaron a la primera como satisfactoria y a la segunda como agotadora y dolorosa. Esto condujo a analizar los discursos que se identifican con estas diferencias. Estas se fundamentaban en la organización de las formas de trabajo de los equipos de ambos sectores. La Unidad de Desintoxicación fue percibida como placentera y óptima para trabajar, mientras que el Área de Urgencias presentaba unas condiciones estructurales y organizativas totalmente insatisfactorias que hacían sentir a los profesionales con sufrimiento y angustia.

El trabajo organizado es un elemento significativo en el desempeño profesional. El trabajo en ambientes agradables es el otro factor esencial para un desarrollo profesional digno de tal nombre.

Otro factor clave en esta discusión son las interacciones de género que subyacen en la demanda por uso de alcohol y otras drogas en la Unidad de Desintoxicación, sector responsable del cumplimiento de la atención psicosocial a la drogadicción en el HSM. El entrevistado se identificaba conectado al servicio de hombres y como tales deberían ser profesionales del mismo sexo quienes prestaran el servicio. Hay indicios claros en sus discursos que las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres influyen en la respuesta de una demanda a través de la orientación del servicio como si solo de hombres se tratara.

Es de destacar que la deficiencia en el servicio de drogodependencias del hospital debido a que el cuidado de la salud a este respecto sólo ocurre para los hombres. No hay camas para las mujeres. Estas tienen que ser ubicadas en las salas generales de mujeres, sin tener en cuenta que la atención a sus necesidades precisa de condiciones diferenciadas. Este es otro elemento que abunda en la precariedad que se viene mostrando sobre el hospital.

Cabe señalar que la satisfacción que se encuentra en el desempeño del trabajo no se relaciona con el tema de género, pero las condiciones favorables para el desarrollo y ejecución de las actividades en este sector, los entrevistados informan constantemente que su profesión les causa placer y alegría, que estos sentimientos también se establecen hacia la comunidad, a través de la organización armónica del trabajo. La atención psicosocial implica las instituciones que están articuladas entorno de la RASM existente en Brasil, de forma que proporcione una atención equitativa e integral. Mientras esto no sea posible porque no se ha desplegado aún de acuerdo con lo previsto, hay que ser consciente de estos límites. Entonces es necesario orientar las áreas de actuación para establecer o conseguir lo posible en

cada momento, pero considerando al profesional de salud como un sujeto social que construye también esta política.

Roibana (2010) advierte que la salud mental sigue siendo un campo profesional que merece más atención, que van más allá de la ayuda subjetiva o del consuelo. Hay que ser consciente que este campo es un área de la política de salud, con sus directrices, principios y estrategias propias y que por tanto afectan a los trabajadores sociales.

El uso de los datos recogidos en el estudio de casos nos permitió reconocer la necesidad de más trabajadores sociales por el aumento continuo de la demanda de los usuarios al hospital. Esto va a requerir la contratación de profesionales de esta área para dimensionar adecuadamente el tamaño del área de urgencias. Esta observación fue reconocida por todos los encuestados.

El análisis de los datos recogidos, muestra la falta de coordinación entre las instituciones que conforman la Red de Atención de la Salud Mental en Fortaleza, debido a la falta de atención entre el espacio adicional e inter-hospitalaria por los profesionales o a la falta de recursos en las estructuras organizativas y administrativas del gobierno.

Encontramos en el estudio, que los profesionales que están experimentando un proceso de sufrimiento psicológico, pueden progresar a enfermedad, si los factores que los limitan, permanecen. Estos factores están presentes en el lugar de trabajo entendido este como ambiente, pero también están referidos a la organización. Las acciones a desarrollar deben estar dirigidas específicamente orientadas a la salud mental de los trabajadores de la HSMM. Hay metodologías para poder abordar estas situaciones pero también decisiones que tienen un potencial de afectar negativamente, como la externalización.

Por último, en vista de la falta de estudios de investigación que aborden este tema, se sugiere la continuidad de este estudio y que se amplíe a otras categorías profesionales presentes en el HSMM. Se percibe que el sufrimiento psicosocial que sufren los trabajadores sociales en diversas áreas de trabajo también podría estar presente en otras categorías de profesionales que se enfrentan también a las mismas o semejantes condiciones de trabajo.

Entendemos por esto que el trabajo de salud mental precisa de un entorno integrado de las interacciones físicas y normativas que orientan el desarrollo de la profesión y la actividad profesional cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA.

- Amarante, Paulo. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p.

- Brasil. Lei 10.708, de 31 de julho de 2013. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de julho de 2013.
- Brasil. Lei n.º 36, de 24 de Julho 1998. Lei da Saúde Mental. *Assembleia da República*, Brasília, DF, 24 de dez. 1998. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1998/07/169A00/35443550.pdf>. Acesso em: 10 de dez. 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 20 de jan. 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt104_25_01_2011.html Acesso em: 19 de fev. de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados-10, Ano VII, nº 10, Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental Acesso em: 26 de outubro de 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Nov. de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Presidência da República. Presidência da República. Lei 10.216. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de abril 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: dez. 2012.
- Dejours, C. A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1998.
- Desviat, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- Diniz, Tânia Ramos Godoi. O Estudo de Caso: Suas Implicações Metodológicas na Pesquisa em Serviço Social. Cadernos do Núcleo de Estudos e Pesquisa Sobre Identidade, N.º 01, São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Maio/1.994.
- Faleiros, Vicente de Paula. O que o Serviço Social quer dizer. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 108, p. 748-761, out./dez. 2011.
- Foucault, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. 2º ed. São Paulo; Perspectiva, 1987. 328 p.
- Martinelli, Maria Lúcia. Serviço social: identidade e alienação. 3. Ed. São Paulo, Cortez, 1993.
- Mesquita; Novellino; Cavalcante. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 2010.

- Minayo, Maria Cecília de Sousa. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000
- Netto, José Paulo. *O que é Marxismo?* 6ª ed. Ed. Brasiliense: Rio de Janeiro, 1990. Coleção Primeiros Passos.
- O Sofrimento Psíquico. In: Fonte do Saber: mania de conhecimento. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.fontedosaber.com/psicologia/o-sofrimento-psiquico.html> Acesso em: 20 jan. 2014.
- OMS, Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf> Acesso em: 20 de jan. 2014.
- Paim, Jairnilson Silva. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Pastorini, Alejandra. *A categoria "questão social" em debate*. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 109), São Paulo, Cortez, 2004.
- Pitta, Hospital: dor e morte como ofício. 3 ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 1994.
- Pitta, Ana Maria Fernandes. *Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas*. In: Ciências & Saúde Coletiva, 2011.
- Roibana, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. In: Serviço. Social. São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010
- Seligmann-Silva, Edith. *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.
- Sennett, Richard. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. V.1
- Tempo Médio de Espera por Internação. In: Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HSM. 09 de Agosto de 2013. Disponível em: <http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/noticias/43623> Acesso em: 15 de Dez. de 2013.
- Vasconcelos, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana; et all (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez.
- Vasques-Menezes, I. (2004). Por onde passa a categoria do trabalho na prática terapêutica? In: W.Codo (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Vozes.p. 23-52.
- Yin, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001. 2.ed.

3. La docencia, sus implicaciones y los riesgos a la salud

3.1 Implicaciones en el trabajo docente: Satisfacción laboral y Burnout

MARÍA VERÓNICA GARCÍA-OQUENDO¹,
ENRIQUE GEA-IZQUIERDO^{2,3}

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, mvgarciao@hotmail.com, +593 987 414 286, Quito, Ecuador.

²Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito, Ecuador.

³Universidad de Málaga, Cátedra de Seguridad y Salud en el Trabajo, Málaga, España.

RESUMEN

Durante los últimos años en el ámbito educativo los docentes han experimentado cambios relativos a la forma de trabajo, con más obligaciones, responsabilidades, tareas, etc.; lo cual incluye el trato día a día con niños y jóvenes, padres de familia, autoridades, compañeros y supervisores, que presuntamente inciden en su bienestar personal. Debido a ello, es preciso identificar los elementos relacionados con la presencia de burnout en el personal docente de educación media y verificar si existe relación directa entre la falta de satisfacción laboral y el síndrome. Los instrumentos que se utilizaron fueron el S20/23 y el MBI respectivamente, complementado con una entrevista estructurada. La correlación de ambas variables se realizó a través del coeficiente de Pearson utilizando el programa SPSS. Los resultados obtenidos mostraron que en los docentes no hubo presencia de burnout y por el contrario se encontraban bastante satisfechos, aunque en la entrevista se mencionaban algunos problemas como la carga laboral, disciplina de los estudiantes, carencia de recursos, poco tiempo de recreación de los docentes y falta de compromiso de los padres de familia en la educación de sus hijos. Se concluye que pese a no presentar el síndrome existen elementos que a futuro se debe precautelar para mantener la salud física y mental de empleados e instituciones.

Palabras clave: Satisfacción laboral, burnout, educación media, docencia.

INTRODUCCIÓN

El trabajo constituye un espacio para dignificar al ser humano, considerando que pasa alrededor del 30 al 50% de su tiempo en él. El desafío actual, según la OIT, es crear puestos decentes, es decir, que las actividades productivas que se realizan sean bajo condiciones de "libertad, equidad, seguridad y respeto" para las personas. Se puede mejorar la calidad de vida del individuo si se piensa en su nivel de

satisfacción y en la posibilidad de reducir aquellos factores que pueden producir un riesgo para contraer enfermedades profesionales, entre ellos el burnout al que hacemos referencia en este texto.

El término Síndrome de Burnout (SBO) se define como el síndrome de quemarse en el trabajo, fatiga laboral o desgaste profesional, constituyendo un evento psicológico como respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, siendo reforzado por la sensación que produce la realización de un esfuerzo que no se ve compensado. Se suele dar en trabajos sociales que implican mayor soporte a personas, atendiendo a exigencias emocionales en la relación interpersonal, que producen deterioro, desgaste o pérdida de la empatía. El burnout puede afectar a varios profesionales pero en especial a aquellos que trabajan directamente con otros sujetos, como es el caso de los docentes (Hermosa, 2006, p. 82). Junto a esto se observa que si se percibe un empleo como interesante, significativo y valorado por los demás, el trabajador siente satisfacción y motivación para alcanzar más logros, mostrándose optimista, entusiasmado, productivo e identificado con su puesto y la organización, evitando la insatisfacción y el desencadenamiento de problemas tales como bajo desempeño laboral, ausentismo, rotación, falta de compromiso organizacional o realización de acciones contrarias a la institución, perjudicando tanto al trabajador como a la empresa donde labora (Aldrete, Aranda, Valencia & Salazar, 2011, p. 16).

Además es capaz de provocar síntomas a nivel fisiológico (fatiga, cefaleas, dolores musculares, alteraciones del sueño), emocional (baja autoestima, falta de motivación, irritabilidad, sentimientos de fracaso) y conductual (pérdida de interés, ausentismo y deseos de abandonar el trabajo). Según Aris (2009) la insatisfacción y agotamiento laboral se evidencian en el absentismo laboral, conflictos con los superiores, irritabilidad con los estudiantes y compañeros, al punto de desarrollar actitudes negativas hacia los alumnos y su trabajo. Por otra parte Jiménez, Jara & Miranda (2012) notaron que cerca del 43,82% de docentes que presentaba síntomas de burnout, junto a un elevado porcentaje de profesores (40,45%) que ya se encontraban afectados, ponían en riesgo su calidad de vida y salud mental, la relación con los supervisores, compañeros de trabajo y la enseñanza a los estudiantes. El factor crítico por alta insatisfacción tanto en hombres como mujeres, fue el de prestaciones, seguido de la supervisión. Estos dos elementos se relacionan de manera directa con el burnout en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización (Aldrete *et al.*, 2011, p. 17).

Por lo tanto, en caso de no proponer soluciones en los años venideros, el burnout podría incrementar las consecuencias en los problemas de salud y en el trabajo como no presentarse a tiempo en clases, faltar, tener relación negativa con sus supervisores y compañeros de trabajo, dejar de lado sus ganas de enseñar y de permanecer en la institución.

Su control es importante dentro de la Psicología Ocupacional y resulta ser un tema contemporáneo de interés a nivel empresarial y gubernamental, pues afecta la vida de todas las personas e incluso a los familiares de las mismas. Es aquí don-

de encuentra fundamento la presente investigación, cuyo propósito es entender los factores que inciden en la presencia del SBO y que están relacionados con la satisfacción laboral de los profesores de dos colegios particulares en el Ecuador.

OBJETIVO

Analizar los elementos vinculados con la presencia de burnout en el personal docente de educación media, identificando la relación de la satisfacción laboral en las dimensiones del SBO.

METODOLOGÍA

En este estudio exploratorio se incluyeron en la investigación de campo 2 instituciones educativas ubicadas en el sector del Valle de los Chillos (Quito, Ecuador), con la participación de 62 maestros: 41 en la A (31 mujeres y 10 hombres) y 21 en la B (8 mujeres y 13 hombres) quienes conformaron la muestra no probabilística y por conveniencia.

Estas dos instituciones participaron en el estudio por propia preocupación hacia sus empleados y el deseo de prevenir anticipadamente problemas, en vista de que la labor docente se ha visto afectada por múltiples evaluaciones gubernamentales, calificación por parte de los estudiantes y trabajo administrativo que recae sobre ellos.

Como instrumentos de recopilación de información se utilizaron los siguientes:

El Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 que ha sido diseñado para obtener una evaluación útil y rica de la percepción y actitud hacia la organización, teniendo en cuenta las restricciones motivacionales y temporales a las que están frecuentemente expuestos los sujetos en este contexto. En sus 23 ítems mide cinco factores (supervisión, ambiente físico, prestaciones, trabajo intrínseco y participación) (Meliá & Peiró, 1989) que se valoran con una escala de respuesta tipo Likert, en un rango que va de 1 muy insatisfecho hasta 7 muy satisfecho, midiendo en qué grado producen satisfacción o insatisfacción los distintos aspectos del trabajo (Chiang, Salazar & Núñez, 2007, p. 66).

La primera faceta que se evalúa es supervisión, con 6 ítems relativos a la forma en que los superiores juzgan la tarea, la proximidad y frecuencia de control, el apoyo recibido, la igualdad y justicia en el trato desde las autoridades de la empresa. Luego el ambiente físico de trabajo, con 5 ítems relativos al entorno físico y al espacio, limpieza, higiene, salubridad, temperatura, ventilación e iluminación en el lugar de trabajo. Las prestaciones recibidas son el tercer factor de satisfacción, con 5 ítems referidos al grado en que la empresa cumple el convenio, el salario recibido, las oportunidades de promoción y formación. La cuarta faceta denominada intrínseca del trabajo, con 4 ítems que se refieren a las satisfacciones que da el cargo por sí mismo, las oportunidades que ofrece la institución de hacer aquello que le gusta

o en lo que se destaca y los objetivos, metas y producción a alcanzar. Finalmente la dimensión participación, con 3 ítems que incluye la satisfacción con el involucramiento en las decisiones del grupo de trabajo, del departamento o secciones.

El segundo instrumento es el Maslach Burnout Inventory (MBI), que plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación a su interacción con el trabajo. Contiene 22 ítems para evaluar 3 componentes (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), utilizando una escala tipo Likert con 7 puntos que van desde 0 (nunca) a 6 (todos los días) (Maslach & Jackson, 1981).

La dimensión cansancio emocional incluye 9 ítems y valora la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario con personas a las que debe atender. La despersonalización, con 5 ítems mide el grado en el que cada uno reconoce actitudes de frialdad o distanciamiento, y por último realización personal, por medio de 8 ítems para valorar los sentimientos de autoeficacia y plenitud en el trabajo (Pereda, Márquez, Hoyos & Yáñez, 2009, p. 401).

Este estudio incluye una entrevista estructurada, a través de 7 preguntas basadas en los factores del cuestionario diseñado por Rojas, Zapata & Grisales (2008). Se complementó la información con la percepción docente en aspectos relativos al SBO y a la satisfacción laboral.

La selección de instrumentos atendió a estudios previos (Aris, 2009; Pereda *et al.*, 2009; Chiang *et al.*, 2007; Jiménez *et al.*, 2012; y Rojas *et al.*, 2008) en los que se menciona que el S20/23 brinda información objetiva del trabajo y de aquellos elementos subjetivos asociados a diferentes aspectos laborales, obteniéndose de esta forma, una medida global de satisfacción (Jiménez *et al.*, 2012). Específicamente se indica una consistencia interna de 0,96 y fiabilidad alta de 0,92 (Asenjo, De Dios & Banqueri, 2012; Chiang *et al.*, 2007; Jiménez, Gonzales & Reyes, 2009; Jiménez *et al.*, 2012; y Alvarado 2009).

Mientras que el MBI tiene amplia difusión y reconocido prestigio en el ámbito psicológico y educativo, es la escala más frecuentemente utilizada para medir el síndrome de burnout, independientemente de las características ocupacionales y de su origen (Aris, 2009). Estudios demuestran que esta herramienta posee un índice Alfa Chronbach de 0,80 para agotamiento emocional, 0,57 para despersonalización y 0,72 para realización personal. Además Alvarado (2009) afirma que la validez factorial del MBI ha sido probada, sin embargo existen otras opiniones que reportan resultados inestables de este instrumento (Gil-Monte, 2002 citado por Unda & Sandoval, 2012).

Para proceder a aplicar los instrumentos en los meses de octubre y noviembre, fue necesario el permiso de las autoridades directivas de ambas instituciones educativas. Primero se comenzó informando a los docentes acerca del propósito del estudio, indicándoles algunas características, como ser anónimo, voluntario y que no representaba ningún tipo de amenaza para ellos, tras lo cual se firmó el consentimiento informado. El proceso fue casi similar en ambas instituciones,

donde cada participante realizó los cuestionarios en un tiempo aproximado de 10 minutos para proceder con entrevistas individuales durante 15 a 20 minutos. Estas fueron grabadas y se las realizó en el lugar donde ellos preferían, el aula o la sala de profesores.

Una vez que se concluyó con la aplicación de los instrumentos, los datos de los cuestionarios (información cuantitativa) fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 19 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión en español para Windows) empleando el coeficiente de Pearson, atendiendo a Tornimbeni, Pérez & Olaz (2008), y se efectuó el análisis descriptivo del discurso de las entrevistas (información cualitativa). En ellas se utilizó la codificación abierta comparando la información recogida, identificando circunstancias e interacciones importantes y asignando categorías. De esta forma, en el proceso de análisis se establecieron temas que definieron patrones encontrados en la información entregada por los docentes y que permitieron la interpretación de ciertos aspectos vinculados con la insatisfacción y el SBO.

RESULTADOS

En forma general se observa que los docentes están satisfechos con su trabajo, las evaluaciones globales fluctúan en un promedio de 5,53/7 y 5,67/7 en ambas instituciones (Tabla 1) y se debe a su vocación y capacidad para enseñar a niños y jóvenes.

Tabla 1. Calificación promedio de los componentes de satisfacción por institución

Componentes de satisfacción	Institución A	Institución B
Factor 1. Satisfacción con la supervisión	5,83	6,00
Factor 2. Satisfacción con el ambiente físico	5,20	5,80
Factor 3. Satisfacción con las prestaciones recibidas	4,80	5,80
Factor 4. Satisfacción intrínseca	6,00	6,25
Factor 5. Satisfacción con la participación	5,66	4,50
Promedio general de satisfacción (sobre 7)	5,53	5,67

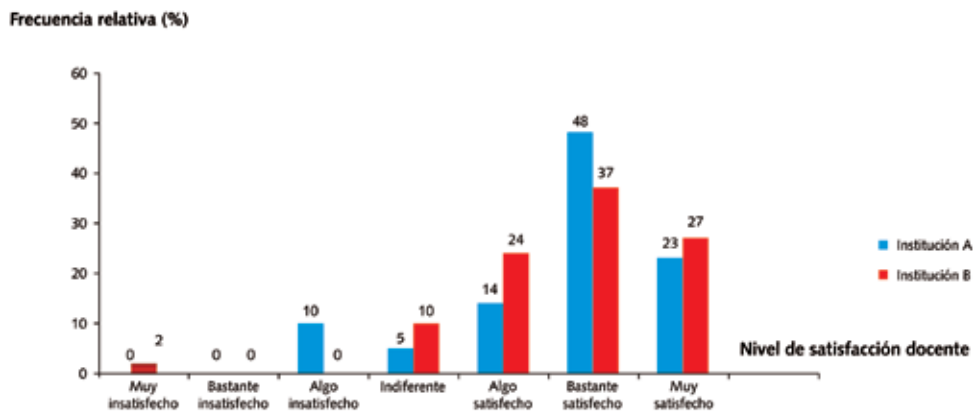
Fuente: cuestionario individual, profesores del Valle de los Chillos (Quito, Ecuador).

Los puntajes más bajos en satisfacción corresponden a los ámbitos de prestaciones y participación, comprometiendo el primer factor tres aspectos, las oportunidades de formación, el grado en que la empresa cumple el convenio y la forma en que se da la negociación sobre aspectos laborales. De acuerdo a los resultados los docentes se encontraban satisfechos, pero cabe mencionar que existe un pequeño malestar en la institución A en referencia a las prestaciones, que a pesar de no ser elevado muestra insatisfacción; lo que indica que hay indicios de que esperan cambios o mejoras en oportunidades de desarrollo, convenios, disposiciones, leyes laborales y formas de negociación. Esto ha sido evidenciado también en el estudio de Durán, Extremera, Montalbán & Rey (2005) donde se reporta que es fundamental la formación y el apoyo que la sociedad le ofrece al profesor para no

hacer imposible esta labor. No obstante, en el estudio de Aldrete *et al.* (2011) se muestran insatisfechos con algunos elementos que rodean el trabajo, entre estos el más importante es el salario.

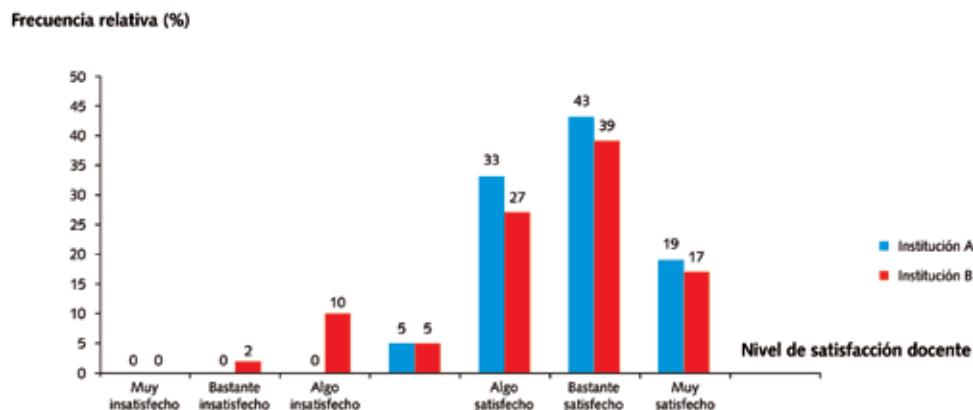
El segundo factor se refiere a la satisfacción con la participación, en este sentido se observa que están en niveles adecuados, aunque existe un grupo pequeño en la institución B que no se encuentra conforme. Se podría decir que en cierta medida, las decisiones sobre aspectos del trabajo están centradas en unas pocas personas y eso provoca que los docentes no se sientan parte de la organización y que en su actividad laboral no sean tomados en cuenta (Figuras 1 y 2). Pese a que en las entrevistas no se menciona nada referente a esto podría llegar a ser un elemento que hay que vigilar.

Figura 1. Porcentaje de docentes satisfechos con la capacidad de decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo



Fuente: cuestionario individual, profesores del Valle de los Chillos (Quito, Ecuador).

Figura 2. Porcentaje de docentes satisfechos con su participación en las decisiones de su grupo de trabajo relativas a la empresa

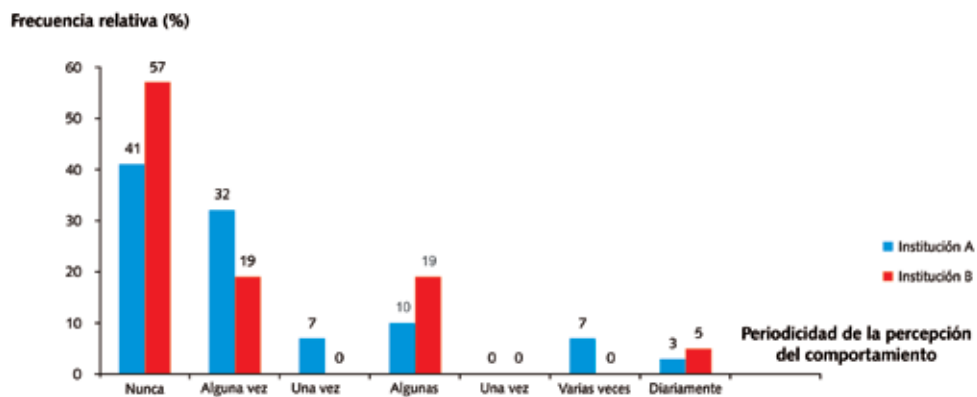


Fuente: cuestionario individual, profesores del Valle de los Chillos (Quito, Ecuador).

Por otro lado con el MBI se determinó que no existe presencia del síndrome de burnout, presentando niveles bajos de agotamiento emocional (15/54 en la institución A y 11/54 en la B) y despersonalización (3/30 en la institución A y 5/30 en la B) y altos de realización personal (42/48 en la institución A y 43/48 en la B).

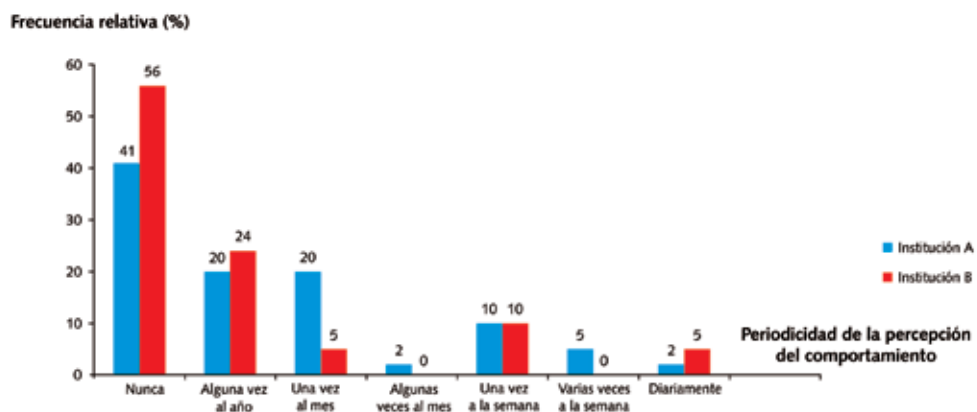
Sin embargo se puede observar ciertos aspectos de alerta en cada dimensión, así en agotamiento emocional, pese a que ambos colegios tienen una puntuación alta en el grado “nunca”, los docentes están sintiendo que su trabajo se torna cansado por las demandas y exigencias diarias que deben cumplir, para mantener estándares altos en la calidad de educación, como se observa en las Figuras 3 y 4.

Figura 3. Porcentaje de docentes que perciben que están efectuando un trabajo demasiado duro



Fuente: cuestionario individual, profesores del Valle de los Chillos (Quito, Ecuador).

Figura 4. Porcentaje de docentes que perciben que trabajar en contacto directo con los estudiantes les produce bastante estrés

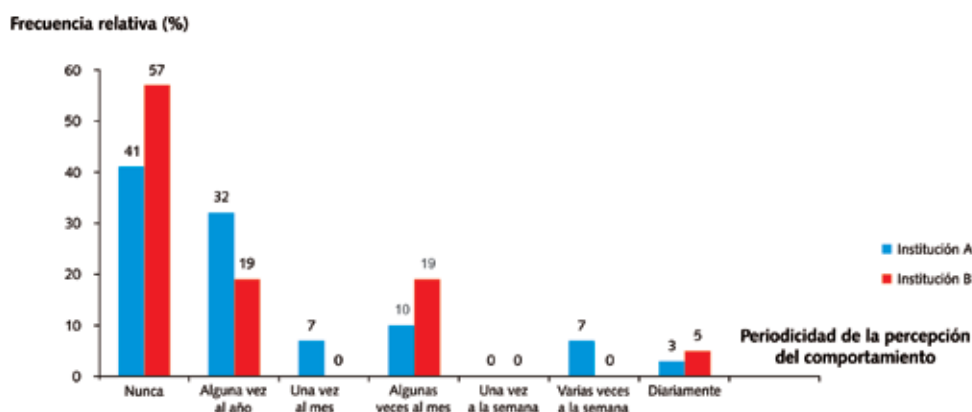


Fuente: Los autores

Por otro lado, en la subescala de despersonalización se evidencia que en las dos instituciones no existen sentimientos de distanciamiento y frialdad con sus alumnos, por el contrario tienen una actitud positiva en su labor. Es importante men-

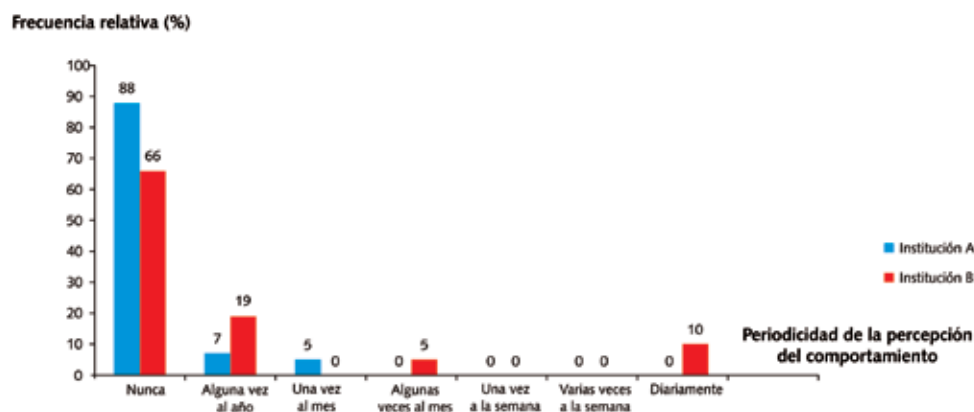
cionar que se observan valores en el grado “diariamente” (Figuras 5 y 6) y que a pesar de ser un porcentaje bajo indica que existen niveles de insensibilidad y despreocupación por el resto.

Figura 5. Porcentaje de docentes que perciben que tienen un comportamiento más insensible con la gente desde que hacen este trabajo



Fuente: Los autores

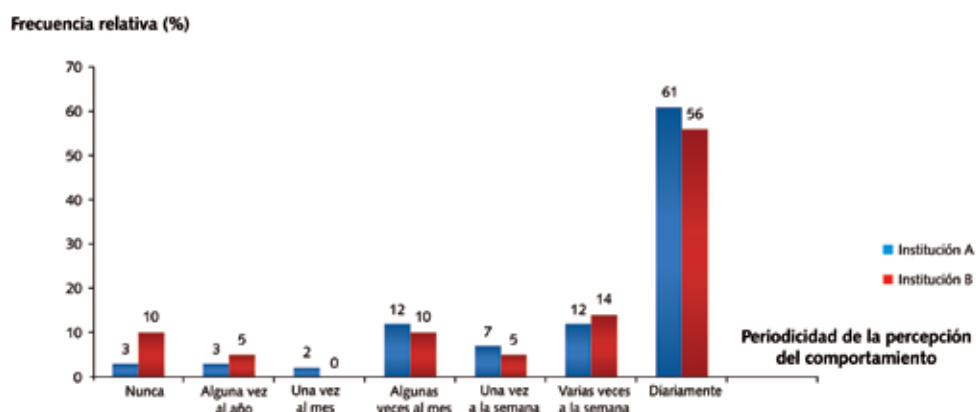
Figura 6. Porcentaje de docentes que perciben que tratan a algunos estudiantes como si fueran objetos



Fuente: Los autores

Por último, en lo que respecta a la dimensión realización personal se muestra una pequeña diferencia entre ambos colegios, es decir que los docentes del instituto B se sienten realizados diariamente, mientras que en la institución A este sentimiento no se presenta de la misma manera. Esto no quiere decir que los profesores no estén comprometidos en realizar un buen trabajo, no sean optimistas, autoeficaces o que no sepan cómo enfrentar los conflictos laborales (Figura 7).

Figura 7. Porcentaje de docentes que perciben que saben tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo



Fuente: Los autores.

Pese a que los datos generales son positivos, en las entrevistas se vislumbran ciertos sentimientos negativos referentes al cansancio por las demandas laborales y las exigencias diarias para mantener los estándares de calidad educativa que las instituciones ofrecen, existiendo además la presencia de cierto grado de insensibilidad y despreocupación hacia quienes les rodean, lo que da a pensar en el inicio de un problema que a largo plazo puede tornarse grave.

Así, algunas de las respuestas sobre los elementos que generan satisfacción son trabajar con seres humanos, es decir trabajar con niños y jóvenes, enseñarles día a día algo nuevo, verlos participar en clases, la relación que se llega a tener con ellos, en sí la docencia misma que permite observar su progreso a través de lo que se les enseña. Esto coincide con el estudio de Aldrete et al. (2011) quienes encontraron que ocho de cada diez maestros están satisfechos con los factores intrínsecos de la tarea, por lo que podrían manifestar actitudes positivas para realizar su trabajo. Cuadra, Lee & Sossa (2009), explican que los profesores que no están afectados por el síndrome de burnout se encuentran realizados y este sentimiento funciona como factor protector. La percepción de competencia y éxito profesional, acompañados de una evaluación positiva de sí mismos, los llevan a estar satisfechos con los resultados laborales y personales.

Otro punto observable en la entrevista es la buena relación con los compañeros de trabajo, tanto en lo personal como en lo profesional, coincidiendo con Jiménez et al. (2012) cuando discuten que los docentes expresan que tener amigos cercanos o personas de confianza en su lugar de trabajo les ayuda a sentirse estimados y apreciados. Por otra parte Marín et al. (2004) identifican que el apoyo social puede influir positivamente y de forma directa sobre la salud, ya que contribuye a satisfacer necesidades como las de seguridad, pertenencia, afecto y estima.

En cambio, los entrevistados opinan que es imprescindible modificar el excesivo papeleo que se debe realizar para el Ministerio de Educación, porque por esta

razón su labor está pasando a ser más de tipo administrativo y en muchos casos se llega a descuidar la enseñanza, al aplazar alguna clase y acumular el trabajo. Evidencias similares existen en el estudio de Alvarado (2009), en que el mayor malestar que mencionan educadoras y educadores se enlaza con las funciones administrativas inherentes al puesto que ocupan, pero que no parecen visualizarse como tal, sino como papeleo burocrático. En consecuencia, los docentes cuestionan si podría haber mayor flexibilidad por parte de las autoridades en cuanto a la entrega de planificaciones, porque muchas veces no alcanzan a realizar el trabajo a tiempo y la presión es un factor que atenta contra la satisfacción laboral al desempeñar sus funciones (Álvarez, 2007).

Durante la entrevista los maestros añadieron varios comentarios relativos a la forma prepotente de supervisión por parte de los inspectores, la mala organización del cronograma de actividades y el exceso de trabajo en escaso tiempo disponible. Además, consideran que otro de los aspectos que deberían cambiar es la poca atención y colaboración de los padres de familia, que debido a sus ocupaciones no apoyan en el proceso de aprendizaje de los niños y jóvenes, causando conflicto por la alta responsabilidad puesta en el profesor. Adicionalmente, los problemas disciplinarios de los estudiantes ocasionan falta de respeto, poco interés en clases, mala actitud para aprender, sumado la falta de material didáctico para las clases, el inadecuado espacio físico para el número de alumnos y una excesiva carga horaria que producen cansancio físico y mental.

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre los componentes del MBI y las facetas de satisfacción laboral del S20/23

Componentes o subescalas de los métodos	Método Maslach Burnout Inventory (MBI)			Método de Satisfacción Laboral (S20/23)				
	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Satisfacción con la supervisión	Satisfacción con el ambiente físico de trabajo	Satisfacción con las prestaciones recibidas	Satisfacción intrínseca del trabajo	Satisfacción con la participación
Agotamiento emocional	1	0,405	-0,451	-0,288	0,259	-0,408	-0,227	-0,215
Despersonalización	0,405	1	-0,516	-0,104	-0,127	-0,03	-0,194	-0,212
Realización personal	-0,451	-0,516	1	-0,061	0,233	0,131	0,079	0,164
Satisfacción con la supervisión	-0,288	-0,104	0,061	1	0,305	0,385	0,286	0,593
Satisfacción con el ambiente físico de trabajo	-0,259	-0,127	0,233	0,305	1	0,714	0,397	0,436
Satisfacción con las prestaciones recibidas	-0,408	-0,03	0,131	0,385	0,714	1	0,475	0,533
Satisfacción intrínseca del trabajo	-0,227	-0,194	0,079	0,289	0,397	0,475	1	0,285
Satisfacción con la participación	-0,215	-0,212	0,164	0,593	0,436	0,533	0,285	1

Fuente: Los autores.

Sari (2004 citado por Alvarado, 2009) menciona que el síndrome de burnout se ha asociado con la insatisfacción y mal clima laboral, encontrando que la cultura de las escuelas, liderazgo, comunicación y recursos, están relacionados a la presencia de este problema, coincidiendo con los resultados que se indican en la Tabla 2 al

existir relación inversa entre satisfacción y agotamiento emocional ocasionada por prestaciones recibidas (-40,8), participación y despersonalización (-21,2), satisfacción intrínseca del trabajo y despersonalización (-19,4). Esto implica que mientras exista menor satisfacción con la participación y con el trabajo intrínseco, se presenta mayor grado de despersonalización. Por el contrario, existe relación directa y moderada (23,3) entre satisfacción con el ambiente físico y la realización personal, lo que da a pensar que las condiciones del espacio para trabajar deben ser óptimas si se desea eficacia.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que los docentes se encuentran satisfechos con su trabajo y que no existe burnout, sin embargo en las entrevistas se pueden identificar elementos que guardan relación con la existencia del síndrome como son la carga laboral, poca flexibilidad por parte de las autoridades, corto tiempo para el descanso, indisciplina de los estudiantes, falta de recursos materiales para las clases prácticas y especialmente el poco compromiso de los padres de familia en la educación de sus hijos. Vale la pena recalcar que aún así están satisfechos con su trabajo, resaltando como puntos positivos el amor a su vocación y la buena relación con sus compañeros; que coincide con Aris (2009) al determinar que los profesores perciben un alto componente vocacional y una competencia personal positiva, que ayuda a mantener un alto esfuerzo frente a la adversidad. Esto también se fundamenta en las teorías motivacionales de Maslow y Herzberg, la primera al apuntar que las necesidades de autorrealización y estima sujetan a la persona para mantener el mismo esfuerzo pese a las vicisitudes, mientras que la segunda al identificar que los factores motivadores (propios del cargo como impartir la clase) ocasionan mayor desempeño en los trabajadores que los factores higiénicos (relativos al contexto como la infraestructura). Es imperante considerar que a largo plazo estos últimos pueden generar desmotivación y fatiga laboral.

Uno de los factores higiénicos que merece especial atención son las prestaciones, que guardan relación inversa moderada (-40,8%) con el agotamiento emocional; es decir, que mientras más alta es la satisfacción con las prestaciones recibidas menor agotamiento emocional se produce, pese a que en las entrevistas no se menciona este tema como algo que influya en su labor, quizás por ser confidencial. Sin embargo, son estos rubros los que entregan estabilidad al trabajador, logrando satisfacer sus necesidades básicas para avanzar a otras de índole superior como las de estima y autorrealización, que coadyuvan a disminuir o eliminar el agotamiento emocional.

Lo expuesto por los docentes en las entrevistas da la pauta de que poseen un alto grado de estima al sentirse útiles y trascendentales para la vida de los estudiantes. Esto se refuerza con el estudio de Fernández (2008 citado por Aldrete *et al.*, 2011) donde se expone que los maestros con altos niveles de autoeficacia, entusiasmo y apertura para experimentar métodos que lleven a mejorar las necesidades de los estudiantes puntúan bajo en burnout y son persistentes con los estudiantes

que tienen dificultades. A su vez el estudio de Durán *et al.* (2005) reporta que la satisfacción laboral junto con la auto-eficacia y la dedicación permiten afrontar las situaciones difíciles con los estudiantes, y a su vez tener bienestar personal y laboral. El estudio de Aldrete *et al.* (2011) también afirma que los docentes están satisfechos con los aspectos propios de la tarea, lo que permite tolerar algunos de los elementos que les ocasionan insatisfacción y por ello pueden permanecer en sus actividades.

Un tema que no puede pasar desapercibido es la importancia de la participación del profesor en su propia realización personal y profesional, disminuyendo de esta forma la despersonalización. Sólo promulgando que cada empleado se haga cargo y gestione responsablemente su propio desarrollo el trabajo se convierte en un medio para alcanzar objetivos y metas de forma individual e institucional, con oportunidades para hacer lo que les gusta y en lo que se destacan. Una práctica importante para establecer este espacio de confianza y crecimiento mutuo es la inclusión de opiniones de los trabajadores en la toma de decisiones grupales y en las secciones departamentales al realizar la planificación anual.

CONCLUSIONES

En este estudio no existió presencia del síndrome de burnout en los docentes de las instituciones educativas y tampoco se demostró influencia de la satisfacción en el mismo. Llama la atención que en las entrevistas se mencionan factores relativos a la insatisfacción y estrés laboral, como por ejemplo la carga de trabajo, poca flexibilidad, escaso tiempo de descanso, disciplina de los estudiantes, falta de recursos materiales y poco compromiso de los padres de familia en la educación de sus hijos. Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre la importancia de fomentar este tipo de reuniones para que los colaboradores se sientan escuchados, incluso la necesidad real puede ser entablar un diálogo con otra persona que representa apertura y no un enlace directo con las autoridades, eliminando el sentimiento de amenaza por los comentarios vertidos. Si este es el caso, las instituciones tienen un objetivo claro de promover espacios de conversación, basado en la preocupación genuina por el bienestar docente.

Uno de los aspectos que en el Ecuador tiene gran importancia cuando se habla de bienestar son las prestaciones recibidas, es decir, que mientras más alta es la satisfacción con las remuneraciones menor agotamiento emocional se produce. Sin embargo, en las entrevistas este factor no se menciona, por lo que podría pensarse que prefieren no nombrar el tema salarial como elemento decisivo en su actitud, pese a que se conoce que la percepción de equidad (igualdad entre remuneración y respeto vs responsabilidad y esfuerzo) es esencial. Una característica de dicha relación equitativa es cuando se cumple con los convenios de trabajo, las oportunidades de promoción y formación ofrecidas. Para alcanzar este propósito, la institución debe aportar con más talleres vinculando incluso a los padres de familia para involucrarlos en la educación y control de disciplina de sus hijos, así como realizar charlas educativas con los estudiantes especialmente en concepto de valores y

responsabilidad sobre sus propias necesidades de aprendizaje, y con los maestros al programar cursos de actualización en función de sus propias demandas.

Un elemento fundamental es que se cree un departamento que coordine asuntos externos como informes a los ministerios, especialmente al Ministerio de Educación, con la finalidad de utilizar la capacidad propia del trabajador en aspectos intelectuales y aminore el trabajo administrativo, pudiendo diseñar su propio material didáctico e incluso tecnológico para las clases.

Este estudio es relevante para concientizar a los docentes y a las autoridades de las instituciones acerca de la situación actual referida a la calidad de vida de los maestros, generando dispositivos de prevención frente a la insatisfacción y burnout. De esta manera se crean "entornos de trabajo seguros, saludables, incluyentes, no discriminatorios y ambientalmente amigables", que se traduzcan en trabajadores satisfechos y sanos (SENPLADES, 2009-2013), tanto en el Ecuador como en las naciones iberoamericanas donde se afronten problemas similares al sostener la productividad y rentabilidad sobre cualquier otro aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldrete, M. G., Aranda, C., Valencia, S. & Salazar, J. (2011). Satisfacción laboral y síndrome burnout en docentes de secundaria. *Educación y Desarrollo*, (17), 15-22.
- Alvarado, K. (2009). Validez factorial de Maslach Burnout Inventory (versión castellana) en educadores costarricenses. Recuperado el 6 de Septiembre de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44713054004>
- Álvarez, D. (2007). Satisfacción y fuentes de presión laboral en docentes. Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112813004>
- Aris, N. (2009). El Síndrome de Burnout en los docentes. Recuperado el 9 de Marzo de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121945012>
- Asenjo, A., De Dios, M. & Banqueri, M. (2012). Cualificación y satisfacción laboral: un estudio sobre los empleos para los que hemos sido formados previamente. Recuperado el 5 de Abril de 2013, de ReidoCrea.com: <http://www.ugr.es/~miguelgr/ReiDoCrea.pdf>
- Chiang, M., Salazar, C. & Núñez, A. (2007). Clima organizacional y Satisfacción laboral en un establecimiento de salud. Recuperado el 18 de Julio de 2013, de redalyc.org: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Cuadra, A., Lee, S. & Sossa, P. (2009), Construcción de perfiles pictográficos de profesores de educación básica de escuelas municipales de Arica. *Estudios pedagógicos XXXV*, (1) 13-26.
- Durán, M., Extremera, N., Montalbán, M. & Rey, L. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores. Recuperado el 5 de Marzo de 2014, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039009>
- Hermosa, A. (2006). *Satisfacción laboral y síndrome de "Burnout" en profesores de educación primaria y secundaria*. Recuperado el 20 de Abril de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401509>

- Jiménez, A., González, C. & Reyes, D. (2009). Satisfacción familiar y laboral de mujeres con distintas jornadas laborales en una empresa chilena de servicios financieros. Recuperado el 14 de Agosto de 2013, de redalyc.org: 70 <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79814903007>
- Jiménez, A., Jara, M. J. & Miranda, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. Recuperado el 11 de Marzo de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282323570013>
- Marín, M., Romero, M., González, M., Carbayo, E., García, A., Gutiérrez, I. & Algaba, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, (14), 281-286.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, (2), 99-113.
- Meliá, C. & Peiró, J. (1989). La medida de la satisfacción laboral en los contextos organizacionales. El cuestionario de satisfacción S20/23 Job Satisfaction Questionnaire. *Psicologemas*, (5), 59-74.
- Pereda, L., Márquez, F., Hoyos, T. & Yáñez, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Recuperado el 8 de Marzo de 2013, de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212261006>
- Rojas, M., Zapata, J. & Grisales, H. (2008). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación. Redalyc.org. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791011>
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). (2009-2013). Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado de <http://plan.senplades.gob.ec>
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Unda, S. & Sandoval, J. (2012). Síndrome del Burnout y satisfacción laboral en profesores mexicanos de diferentes niveles educativos. *Psicología de la Salud: Agotamiento profesional y estrés, hallazgos desde México y otros países latinoamericanos*, 233-266.

3.2 Doble jornada de trabajo y tiempo libre-recuperación asociados con daños a la salud en académicos de educación superior con opción de participar en estímulos, en México en 2012.

CARLOS RAYMUNDO MARTÍNEZ LÓPEZ^{1*}, SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA² Y CLAUDIA SÁNCHEZ LÓPEZ³.

^{1,3}Egresado(a) de la Maestría Ciencias en Ciencias en Salud de los Trabajadores (MCST) UAM-Xochimilco (UAM-X). * ray_psi@hotmail.com

²Profesora-Investigadora de Tiempo Completo en la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores (MCST) UAM-Xochimilco (UAM-X).

RESUMEN

La aplicación de políticas neoliberales en los procesos de trabajo en general y de servicios en particular, interviene negativamente en la salud de los trabajadores. Sobre ello, Heras (2005) indica que dichas estrategias incluso en espacios universitarios públicos, instauran recortes al presupuesto, derivando en exigencias laborales nocivas para la salud de sus profesores. Otra consecuencia importante de dichas políticas, es la implementación de programas de estímulos económicos, que al mismo tiempo que mejoran el salario de aquellos académicos participantes, también incrementan la carga de trabajo, restándoles tiempo para el descanso y el esparcimiento. Ante esta problemática el objetivo fundamental de esta investigación, fue establecer la asociación entre la doble jornada (trabajo remunerado más trabajo doméstico), el tiempo de descanso y el tiempo libre, con los daños a la salud física y mental en 192 académicos de una Universidad pública de México, que poseen la opción de participar en los programas de estímulos económicos asociados a la productividad de trabajo docente-científico. Se recabaron datos socio-demográficos, laborales y daños a la salud. El diseño fue transversal, observacional y descriptivo. Entre los resultados más relevantes se obtuvieron: 3 padecimientos por cada académico, los trastornos músculo-esqueléticos fueron el diagnóstico más referido. El escaso tiempo de descanso-recuperación por la noche se expresó como una variable determinante para la prevalencia de al menos 3 trastornos, la no realización de actividades relacionadas al tiempo libre activo potencializa la prevalencia de daños y las mujeres presentan una doble jornada laboral caracterizada por el trabajo doméstico.

Palabras Clave: Académicos, Trabajo, Tiempo Libre, Descanso-Recuperación, Salud.

INTRODUCCIÓN

Las políticas neoliberales han logrado consolidarse en México y en el resto de los países latinoamericanos, gracias a modelos basados en la reestructuración productiva o modernización económica, con la filosofía financiera de producir más con

menos recursos, dejando de lado la calidad del proceso laboral y la salud de los trabajadores (Tunal, 2002). Esta dinámica de trabajo ha impactado en diversos sectores, entre ellos el sector de servicios o terciario; particularmente las universidades públicas. En consecuencia, dichas instituciones persiguen la productividad, el control de calidad y competitividad -como si fuesen centros de negocios- sacrificando la cultura crítica y propositiva que les caracterizaba (Gallardo & Quintanar, 2006).

Sobre ello, Heras (2005) señala que las universidades tienen que, apegarse a una serie de estrategias vinculadas con políticas de austeridad monetaria, lo que ha derivado en una serie de requerimientos laborales nocivos para la salud de los trabajadores académicos. Una de esas estrategias en el trabajo académico es la implementación de distintos *programas de estímulos económicos o becas por productividad*, que si bien es cierto han permitido mejorar el salario de manera temporal de quienes participan en estos programas, puesto que estos incrementos no se ven reflejados en las pensiones, también han resultado en un incremento notable de la carga del trabajo académico, caracterizado por el cumplimiento de estándares y cuotas de producción que se reflejan en actividades como: mayores horas de docencia, investigación valorada en cantidad y no calidad, numerosas publicaciones y artículos, así como rigurosas evaluaciones, labores de servicio diversificado -social, empresarial y cultural- y actividades extra-académicas de administración.

Mignorance, Mayor & Marcelo (1993) explican las particularidades que asume la carga de trabajo en este personal a diferencia del profesorado de otros niveles educativos: la búsqueda de numerosas fuentes bibliográficas; la revisión de trabajos de titulación y asesoría de tesis; organización, participación y asistencia a congresos, coloquios y simposios regionales, nacionales e internacionales; la elaboración, divulgación y publicación de diversos trabajos de investigación; actividades que en conjunto derivan en exigencias laborales nocivas, haciendo a este personal susceptible a diversas manifestaciones patológicas en la salud física y mental.

Esta sobrecarga de trabajo que caracteriza a los centros universitarios de México, sobre todo en trabajadores jóvenes, tiene que ver con las políticas laborales que de manera soterrada se vinieron impulsando en los diferentes ámbitos laborales y que de manera oficial se aplican en el país desde la reforma laboral que se aprobó en noviembre del año 2012, la cual ha venido a hacer cada vez más patentes aspectos tales como: la disminución de los puestos definitivos, prevalencia de empleos precarios y abaratados, contrataciones de tiempo parcial y sin mediación sindical privilegiando el outsourcing, los bajos salarios, el detrimento de prestaciones y seguridad social e inestabilidad laboral (González, 2013, p.13). Los profesores universitarios quienes se encuentran participando en la búsqueda de mejoras salariales a través de las becas y estímulos reportan cada vez más una sobrecarga de trabajo, incremento de actividades de diversa naturaleza, evaluaciones continuas, supervisión estricta y hasta simulación del trabajo (Urquidi & Rodríguez, 2010).

Las consecuencias trascienden el ámbito laboral. El estudio de Martínez, Méndez & Murata (2011) muestra que el participar en los programas de estímulos económicos conlleva una serie de exigencias con serias implicaciones negativas a nivel

familiar, personal y de salud tales como un deterioro en las relaciones familiares, sociales y laborales, poco tiempo para disfrutar del tiempo libre de manera lúdica, con dificultad para la realización de actividad física y con la presencia de *distintas manifestaciones en la salud* como: el distrés, la disfonía que indica la inflamación de las cuerdas vocales, trastornos músculo-esqueléticos, trastornos del sueño y ansiedad. Por su lado, Urquidi & Rodríguez (2010) encontraron que el principal factor generador de altos niveles de distrés en el personal académico es la participación en los programas de estímulos, debido a los exigentes mecanismos requeridos para lograr la incorporación y mantenerse con dicho reconocimiento laboral.

Con respecto a las variables de estudio Noriega et al. (2001), identifican el uso del *tiempo libre* como una forma en la que los trabajadores recuperan su fuerza a través del descanso, recreación y convivencia con el grupo familiar o social al que pertenecen. En particular, el *tiempo descanso-recuperación* es el tiempo (horas) de sueño por la noche que se logra descansar de forma continua sin interrupción. Lo que facilita la regeneración del organismo del esfuerzo físico y mental que se ha llevado a cabo durante el día (Meza et al., 2012). Éste puede ser impactado por diversos factores, entre ellos: prolongación de la jornada laboral, jornada extenuante, falta de recursos económicos, el trabajo doméstico, entre otros.

Autores como Frankenhaeuser (1989) y Karasek y Theorell (1990) resaltan la importancia del grado de control sobre el proceso de trabajo y las exigencias o demandas del trabajo que pesan sobre el bienestar y la salud del trabajador. Con base en estas teorías en la presente investigación se hace una diferenciación entre el uso del tiempo libre activo y el uso del tiempo libre pasivo. El primero consiste en la oportunidad que posee el trabajador de involucrarse en una multiplicidad de actividades deportivas, culturales, familiares, políticas y comunitarias en horas no laborales (que son el reflejo del control sobre el proceso de trabajo o autonomía y bajas demandas o exigencias adversas en el trabajo). El segundo es determinado por poco control y demandas laborales excesivas, lo que lleva a usar el tiempo libre de manera pasiva; como por ejemplo no realizar algún ejercicio físico, no salir de paseo o ver la T.V. la mayor parte del tiempo, lo que da cuenta de actividades que tienden al sedentarismo sin la oportunidad real de esparcimiento y descanso.

Por otro lado, *el trabajo de tipo doméstico* es una labor que generalmente resulta inevitable y que se realiza de manera cotidiana una vez que el trabajo asalariado ha concluido. En conjunción, ambos trabajos caracterizados como *doble jornada laboral*, pueden aumentar la aparición de diversos daños a la salud, sobre todo en las mujeres; para quienes dicho rol doméstico es inculcado e impuesto socialmente (Noriega et al., 2001).

OBJETIVO

Establecer la asociación entre la doble jornada (trabajo remunerado más trabajo doméstico), el tiempo de descanso y el tiempo libre, con los daños a la salud física y mental en académicos de una Universidad pública de México, que tienen la opción de participar en los programas de estímulos económicos.

METODOLOGÍA

Población en estudio

Se trabajó con una muestra representativa conformada por 192 académicos universitarios (licenciatura, maestría y doctorado) perteneciente a una Universidad pública de México, dichos docentes cuentan con la opción de participar en los programas de estímulos económicos. A continuación se presentan tanto los criterios de inclusión como los de exclusión, con los cuales se conformó la muestra:

Criterios de inclusión:

- Laboralmente activos en la universidad al momento del muestreo (realizando actividades académicas diversas como: docencia, investigación, servicio, difusión, asesoría, etcétera).
- Con la opción de participar en los programas de becas, es decir, que no necesariamente participen en los programas de estímulos.
- Profesores de tiempo completo.
- Firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Docentes de sabático.
- Académicos de apoyo (idiomas, preparatoria agrícola y deportes).
- Profesores de medio tiempo.
- No firmar la carta de consentimiento informado.

Tipo de Muestreo

La selección de los participantes se hizo por medio de muestreo probabilístico de tipo estratificado. En primera instancia se contó con un listado –por división y orden alfabético- de los académicos pertenecientes a esta universidad, en la cual se concentraban aquellos docentes que sí cumplían con los criterios de inclusión de la presente investigación. Después, con base en el listado y mediante un procedimiento computacional, se seleccionaron números aleatorios para la elección de los sujetos por cada departamento o división. Se calculó un 10% adicional para reemplazar la no respuesta, al final se conformó una muestra –probabilística, aleatoria y estratificada- de 261 académicos, de los cuales participaron sólo 192, es decir, el 73.5%. Con una no respuesta del 26.5%.

Tipo de estudio

Se realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, transversal y descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Recolección de Información

El instrumento de evaluación empleado para la recolección de los datos en la muestra de estudio fue el siguiente:

Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de Personal Académico (EIES-PA): herramienta de uso epidemiológico, elaborado y piloteado por Martínez, *et al.* (2011). Para recabar información sociodemográfica, de condiciones de vida, particularmente horas de sueño y el uso del tiempo libre y trabajo doméstico, riesgos y exigencias laborales, y la identificación del perfil de daños a la salud física y mental en los académicos en estudio; se incluyeron reactivos que estudian por separado y de manera precisa, trastornos músculo esqueléticos tales como el túnel de carpo o la lumbalgia, trastornos cardiocirculatorios como la presencia de disnea o taquicardias y problemas digestivos como gastritis. Esta encuesta es una adaptación que deriva del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT) (Noriega *et al.*, 2001).

Captura, Procesamiento y análisis de la información

La captura de la información recolectada se llevó a cabo bajo un orden lógico de los datos, además se realizaron estrictas revisiones aleatorias del control de calidad. Esto para verificar la confiabilidad de la base de datos que se elaboró. El procesamiento de la información se realizó por medio del programa estadístico JMP8 de SAS Institute, Inc. Para determinar la asociación entre las variables de estudio y eliminar el peso del azar, se llevaron a cabo un conjunto de análisis de independencia o contingencia; con base en la prueba estadística de Ji cuadrada (con un nivel de significancia de $p < 0.05$). Por último, se controlaron variables confusoras tales como: edad, género y antigüedad institucional, las cuales podrían influir en los resultados de la investigación respecto a la prevalencia de daños a la salud.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Perfil sociodemográfico y laboral

Edad promedio 54 años. De los 192 académicos participantes, el 79% fueron hombres y el 21% mujeres. El 97% fueron profesores-investigadores, en su mayoría con doctorado (56%); el 62% laboraba en *turno mixto o completo*; tres cuartas partes estaban sindicalizados y sólo el 15% ocupaba un puesto directivo. El 64% de ellos pertenecía a algún tipo de programas de estímulos. El 71 % contaba con pareja, el 84% tenía hijos; y al 77%, llegar al trabajo les llevaba menos de 30 minutos y en esta misma proporción, *dormían por la noche un promedio* de 7 horas.

Doble Jornada de Trabajo y Tiempo Libre

Las actividades domésticas más frecuentes a realizar por los profesores son las siguientes: trámites de casa y familia (86%), hacer compras (74%) y realizar arreglos de casa (72%). Sobre las actividades recreativas y de esparcimiento en su tiempo

libre, las siguientes fueron las principales: estudiar con regularidad (89%) asuntos de interés y no necesariamente sobre temas relacionados al trabajo, leer diariamente (83%) y pasear con la familia (62%) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características Domésticas y de Recreación en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Tipo de Actividad		Sí
Actividades domésticas	n	%
Realizar Trámites de casa y familia	191	86
Hacer las compras	192	74
Hacer Arreglos en la casa	191	72
Lavar los trastes y limpiar la cocina	190	38
Sacudir, barrer, trapear y hacer camas	190	34
Preparar la comida	190	29
Lavar y planchar ropa	191	28
Cuidar de los hijos (comida, tareas, etc.)	130	28
Coser y remendar	188	12
Hábitos y actividades recreativas	n	%
Estudiar con regularidad más de 5 horas semanales	190	89
Leer diariamente periódicos, revistas o libros	191	83
Pasear con familia frecuentemente	191	62
Salir con amigos frecuentemente	190	48
Practicar deporte tres ó más veces semanalmente	191	39
Realizar actividades comunitarias, de servicio	189	35
Ver T.V. la mayor parte del tiempo libre	191	29

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

Perfil de Daños a la Salud

El perfil general de daños a la salud en los académicos universitarios se compone principalmente por tres diagnósticos con los mayores porcentajes de prevalencia: trastornos músculo esqueléticos (42%), lumbalgia (35%) que aunque siendo también un trastornos músculo esquelético, se estudió por separada y disfonía (33%), síntoma que altera el estado de bienestar. Con menor proporción pero de igual forma presentes se encuentran: los trastornos del sueño (28%), la fatiga neurovisual (27%) y cefalea tensional con un 21%, síntoma que genera también malestar. Los porcentajes de casos de daños a la salud con una proporción menor al 20% no dejan de tener una relevancia propia y dar cuenta de grupos reducidos de profesores con graves implicaciones negativas en su salud (Ver Tabla 2).

La tasa general de morbilidad se compone por 3 padecimientos por cada trabajador, la cual no es menor si se toma en consideración que al momento en que se recabó la información los trabajadores estaban en activo.

Tabla 2. Perfil de Daños a la Salud en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Diagnósticos (durante el último año)	n	Si	Tasa*
Trastornos Musculo Esqueléticos	192	81	42
Lumbalgia	192	68	35
Disfonía	192	64	33
Trastornos del Sueño	192	54	28
Fatiga Neurovisual	192	52	27
Cefalea Tensional	192	40	21
Ansiedad	188	37	20
Estrés	190	37	19
Migraña	192	33	17
Fatiga General	192	30	16
Depresión	191	28	15
Trastorno del Túnel del Carpo	192	24	12
Cardio-Circulatorio	192	23	12
Trastorno Digestivo	192	16	8
Total	192	587	305.7

*Tasa por 100 trabajadores.

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

RESULTADOS DE ASOCIACIÓN

Turno de Trabajo y Daños a la Salud

Una de las maneras en que se puede evidenciar la carga de trabajo en su conjunto, es a través del tiempo que se dedica a ella, independientemente de la intensidad del ritmo o del total de tareas que se tengan que cubrir. El tiempo destinado por esta población a sus actividades laborales se agrupó en dos modalidades: la jornada completa o turno mixto y por otro lado un solo turno –ya sea matutino o vespertino-. Esta información se analizó en su relación con los daños a la salud. La mayoría de las asociaciones significativas halladas, demuestran una probabilidad de casi el doble de padecer un conjunto diverso de daños a la salud para aquellos académicos que forman parte del grupo que laboran una jornada completa con todas las exigencias y riesgos que ello conlleva. Cabe destacar que en este grupo prevalecen más padecimientos asociados a diversas exigencias tales como: como lumbalgia ($p < 0.0002$), músculo-esqueléticos ($p < 0.002$) y Túnel del Carpo (con un valor de “p” marginal 0.07) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Turno de Trabajo y Daños a la Salud en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Dx	n	Turno de trabajo		RP**	IC 95%	P
		Turno Completo/Mixto* (115)	Un solo Turno Matutino/Vespertino* (71)			
Lumbalgia	186	46	20	2.3	1.21-1.82	0.0002
Trastornos Músculo-Esqueléticos	186	51	28	1.8	1.16-1.87	0.002
Trastornos Psicósomáticos Cardio-Circulatorio	186	17	6	2.8	1.02-1.24	0.02
Disfonía	186	38	24	1.5	1.01-1.49	0.02
Túnel del Carpo	186	16	7	2.2	0.99-1.21	0.07

*Tasa por 100 trabajadores. **RP Razón de Prevalencia (Tasa mayor/tasa menor).

Controlado por: Edad, Género y Antigüedad.

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

Tiempo de Descanso-Recuperación y Daños a la Salud

Uno de los indicadores más relevantes para una sana y funcional calidad de vida son las horas en promedio de sueño por la noche, dado que en el mejor de los casos; entre más horas de sueño más tiempo de descanso-recuperación del cuerpo y la mente. Al agrupar a los académicos con base en el número de horas que reportan descansar por la noche, se encontró que el grupo de docentes quienes duermen menos de cinco horas nocturnas, son un grupo de alto riesgo para padecer: con más de siete veces migraña ($p < 0.006$), con más de cuatro veces distrés ($p < 0.02$) y congruentemente con casi tres veces trastornos del sueño ($p < 0.03$). Y de forma muy marginal este grupo presenta también más de tres veces posibilidades de presentar fatiga general ($p < 0.09$). Por lo contrario, el grupo de académicos que descansan más de ocho horas son un grupo privilegiado con muchas menores tasas de morbilidad (ver Tabla 4).

Tabla 4. Perfil de Daños a la Salud por Grupos de Tiempo Descanso-Recuperación por la Noche en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Dx	Grupos de tiempo de descanso-recuperación por la noche					
	n	Menos de 5 horas* (16)	6 a 7 horas* (132)	Más de 8 horas* (40)	RP**	P
Migraña	188	37	19	5	7.4	0.006
Distrés	186	44	20	10	4.4	0.02
Trastornos del Sueño	188	56	26	20	2.8	0.03
Fatiga General	188	37	14	12	3.1	0.09

*Tasa por 100 trabajadores. **RP Razón de Prevalencia (Tasa mayor/tasa menor).

Controlado por: Edad, Género y Antigüedad.

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

Doble Jornada de Trabajo (Labores Domésticas) y Daños a la Salud

El trabajo doméstico como un tipo de actividad no pagada, forma parte importante del estilo o calidad de vida de los académicos universitarios. Como carga de trabajo adicional también puede llegar a promover morbilidad en la población en estudio. Con esta lógica de análisis al cruzar las diversas labores domésticas que realizan los docentes con el perfil de daños a la salud; la patología más frecuentemente asociada significativamente fue la depresión. Dicho padecimiento lo presentan con más del doble de probabilidades aquellos profesores quienes -independientemente de su género- realizan las siguientes actividades domésticas: cuidar de los hijos ($p < 0.02$), coser, remendar y zurcir ($p < 0.04$) y lavar-planchar ropa con una significancia marginal de $p < 0.09$. Los trastornos psicosomáticos digestivos se presentan con una posibilidad multiplicada por más de cinco veces en los académicos que realizan arreglos en casa ($p < 0.02$) e irónicamente con más del doble de probabilidades de ocurrencia en los que preparan la comida ($p < 0.02$) (ver Tabla 5).

Por otro lado, hay un grupo de docentes muy particulares para quienes el “no” realizar arreglos en casa, implica elevar casi dos veces las probabilidades de padecer cefalea tensional con una $p < 0.02$. Lo que puede indicar que realizar dichos arreglos no se percibe como una actividad de trabajo doméstico, sino posiblemente como una labor de índole recreativa (ver Tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre la realización de Actividades Domésticas y los Daños a la Salud en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Dx	n	Sí*	No*	RP**	IC 95%	P
Trabajo doméstico						
Preparar la Comida						
Trastornos Psicosomáticos Digestivos	190	15	6	2.5	0.97-1.23	0.02
Cuidar de los Hijos (Tareas, Comida, Etc.)						
Depresión	130	19	8	2.3	0.74-1.04	0.02
Hacer Arreglos en la Casa						
Trastornos Psicosomáticos Digestivos	191	11	2	5.5	1.02-1.17	0.02
Cefalea Tensional	191	17	32	1.8	1.00-1.49	0.02
Coser, Remendar y Zurcir						
Depresión	187	30	12	2.5	1.18-5.24	0.04
Lavar y Planchar Ropa						
Depresión	190	21	12	1.7	0.77-1.05	0.09

*Tasa por 100 trabajadores. **RP Razón de Prevalencia (Tasa mayor/tasa menor).

Controlado por: Edad, Género y Antigüedad.

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

Doble Jornada de Trabajo, Género y Daños a la Salud

El trabajo doméstico no sólo es un elemento de la vida íntima de las personas, sino que también influye en la prevalencia de enfermedades y en el trabajo. Sin embargo, son las trabajadoras por cuestiones de carácter socio cultural quiénes en la mayoría de los casos asumen este tipo de trabajo en casa. Al realizar el cruce estadístico, se identificó contundentemente que ocho de las nueve actividades domésticas analizadas son realizadas significativamente por mujeres, más aún actividades como: tejer, preparar la comida, cuidar de los hijos y lavar trastes o ropa. La única actividad realizada significativamente más por los hombres fueron los arreglos en casa (ver Tabla 6).

Tabla 6. Actividades Domesticas por Género en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Dx	Género					
	n	Mu- jer* (41)	Hombre* (151)	RP**	IC 95%	P
Sacudir, Barrer, Trapear y hacer Camas	190	51	29	1.7	1.03-2.01	0.01
Lavar y Planchar Ropa	191	51	21	2.4	1.16-2.23	0.0003
Preparar la Comida	190	61	20	3.05	1.38-3.02	0.0001
Lavar los Trastes y Limpiar la Cocina	190	73	28	2.6	1.59-4.48	0.0001
Hacer las Compras	192	85	70	1.2	0.91-4.34	0.04
Coser, Remendar, Zurcir y Tejer	188	30	7	4.2	1.07-1.62	0.0004
Cuidar a los Hijos (Comida, Tareas, etc.)	130	55	19	2.8	1.19-2.66	0.0002
Realizar Trámites relacionados con la Casa y Familia	191	88	85	1.03	0.48-2.98	0.68
Realizar Arreglos en la Casa	191	54	73	1.3	1.31-3.18	0.003

*Tasa por 100 trabajadores. **RP Razón de Prevalencia (Tasa mayor/tasa menor).

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

Tiempo Libre (Actividades Recreativas) y Daños a la Salud

Al contrario de lo que supone el realizar trabajo doméstico, las actividades que se realizan en el tiempo libre; llámense pasatiempos, hobbies o hábitos recreativos poseen la función de convivencia social, de recuperación y hasta de posible descanso para los trabajadores. Al cruzar la ausencia de dichas actividades en el tiempo libre con los daños a la salud, se encontraron una serie de asociaciones significativas que ayudan a comprender mejor las ventajas para la salud física-emocional del uso del tiempo libre de manera activa versus su uso pasivo. La no realización de actividades relacionadas al tiempo libre activo, como falta de actividad física regular, reunirse con familia/amistades y leer diariamente; potencializa la prevalencia de diversos daños a la salud de forma significativa por ejemplo: más de cuatro

veces síntomas psicosomáticos cardio-circulatorios y más del doble de riesgo de presentar depresión, ansiedad y fatiga general respectivamente. Por lo contrario quienes realizan actividades del tiempo libre pasivo, como por ejemplo ver la T.V.; poseen más de cuatro veces el riesgo de padecer trastornos psicosomáticos digestivos, más del doble de presentar fatiga general y un 50% más probabilidades de presentar trastornos del sueño (ver Tabla 7).

Tabla 7. Asociación entre las Actividades Recreativas y los Daños a la Salud en Académicos de una Universidad Pública, en México 2012.

Dx	n	No*	Sí*	RP**	IC 95%	P
Esparcimiento y hobbies						
Tiempo Libre Activo						
Practicar Regularmente Deporte (mínimo 3 veces por semana)						
Trastornos Psicosomáticos Cardio-Circulatorio	191	17	4	4.2	1.29-13.69	0.004
Lumbalgia	191	40	28	1.4	0.92-2.16	0.05
Trastornos Músculo-Esqueléticos	191	48	34	1.4	0.97-2.05	0.06
Cefalea Tensional	191	25	15	1.6	0.88-3.13	0.07
Migraña	191	21	12	1.7	0.83-3.42	0.07
Fatiga General	191	20	9	2.2	0.93-4.59	0.09
Reunirse frecuentemente con Amistades						
Depresión	191	28	13	2.1	1.07-4.21	0.05
Salir a Pasear frecuentemente con Familiares						
Ansiedad	187	29	14	2.07	1.13-3.57	0.009
Cefalea Tensional	191	28	17	1.6	0.95-2.85	0.06
Leer Diariamente el Periódico, Revistas o Libros						
Fatiga General	191	28	13	2.1	1.07-4.21	0.05
Tiempo Libre Pasivo						
Ver T.V. la mayor parte del Tiempo Libre						
Trastornos Psicosomáticos Digestivos	191	4	18	4.5	1.57-10.78	0.005
Fatiga General	191	12	25	2.08	1.13-4.12	0.03
Trastornos del Sueño	191	24	38	1.5	1.00-2.46	0.08

*Tasa por 100 trabajadores. **RP Razón de Prevalencia (Tasa mayor/tasa menor).

Controlado por: Edad, Género y Antigüedad.

Fuente: Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud del Personal Académico (EIESPA, Versión MCST, 2012), Diciembre de 2012.

DISCUSIÓN

Respecto al Tiempo de Descanso-Recuperación

Se estudiaron ciertos datos referentes a la calidad de vida de los académicos, por ejemplo el que corresponde al tiempo de descanso-recuperación por la noche (horas de sueño). Al agrupar esta variable y cruzarla con los daños a la salud, son los docentes que duermen menos de cinco horas por la noche quienes presentan

significativamente morbilidad reflejada en padecimientos como: migraña, distrés, trastornos del sueño y fatiga general. Y es que de acuerdo con la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAM-I) (2012) las enfermedades relacionadas con los problemas del sueño son cada vez más frecuentes, lo cual en consecuencia perturba el desempeño diario de las personas; de hecho especifican que esto ocurre así en un tercio de la población mexicana. Por su parte autores como Meza *et al.* (2012) refieren que el estilo de vida de los adultos en el ámbito laboral posee una influencia muy importante en el proceso salud-enfermedad. Concretamente hablan de los patrones del sueño como uno de los elementos más relevantes para la conservación de la salud, dicho patrón se conforma por las horas que se logran descansar de forma continua sin interrupción del descanso. Lo que en consecuencia facilita la regeneración y restauración del organismo del esfuerzo físico y mental que se ha llevado a cabo durante el día.

Acerca del Trabajo Doméstico (Doble Jornada Laboral)

En la presente investigación tres fueron las actividades domésticas que caracterizaron a la muestra en estudio: realizar trámites (de casa o familia), hacer las compras y hacer arreglos en casa. Otro tipo de actividades domésticas obtuvieron menores porcentajes tales como: preparar la comida (29%) y cuidar a los hijos (28%). Sin embargo al momento del cruce de todas éstas con padecimientos a la salud, el preparar la comida irónicamente se asoció con trastornos psicósomáticos digestivos ($p < 0.02$) y cuidar de los hijos se asoció con padecer depresión ($p < 0.02$). Al respecto, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América (2011) refiere en su documento titulado *Mujeres y la Depresión: Descubriendo la Esperanza*, que los episodios depresivos prevalecen con mayor facilidad en las mujeres después de la exposición a eventos relevantes y estresantes en la vida, circunstancias que van desde la pérdida de un ser amado, *hasta demasiado trabajo, responsabilidades en la casa, el cuidado de personas mayores y de los hijos*. De hecho esta institución puntualiza lo siguiente:

“Las evidencias indican que las mujeres responden de distinta manera que los hombres ante estos eventos, por lo que las hacen más propensas a la depresión. De hecho, las investigaciones indican que las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres, lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión. Pero, no queda claro por qué algunas mujeres que enfrentan enormes desafíos padecen depresión y otras que tienen desafíos similares, no la padecen”. (p.7). Es posible que la especificidad de cada individuo juegue un papel importante, ya que las experiencias por las que se atraviesa a lo largo de la vida, los apoyos con los que se cuenta, los mecanismos de afrontamiento a los que se recurre, tienen un papel fundamental para la aparición o no de este tipo de padecimientos.

Analizando la realización de las actividades domésticas por género, ocho de nueve de éstas las llevan a cabo principalmente las mujeres. Otros estudios avalan

dichos resultados, Cruz, Noriega y Garduño (2003) hallaron -en un grupo laboral del sector farmacéutico- que son las mujeres quienes realizan más las actividades en el hogar, tales como: preparar la comida (74%), lavar los trastes-cocina (57%) y lavar-planchar la ropa (66%). Y exactamente igual como aconteció en esta universidad pública, son los hombres quienes se perfilan a la realización de arreglos en la casa (74%). Cervantes y Frías (2005) en su investigación sobre la doble jornada y los efectos psicológicos negativos en las trabajadoras, identificaron que son efectivamente ellas quienes se encargan primariamente del trabajo doméstico en casa (considerado como la doble jornada laboral); pero además dichas circunstancias están relacionadas con la prevalencia de estrés y fatiga. En contraposición a este conjunto de resultados, Martínez y Vázquez (2001) concluyeron que el desempeño de labores domésticas no representaba una carga de trabajo añadida para el grupo de docentes que conformó su muestra (sean hombres o mujeres), dado que existía la figura de una empleada doméstica que realizaba estas labores.

En conjunto, estos datos demuestran una inequidad de género, que lamentablemente se repite sea cual sea el tipo de industria o sector laboral que se esté analizando (farmacéutica, académica, etc.), dado que hasta el día de hoy intervienen en este fenómeno factores de carácter social (segregación y roles de género, machismo y patriarcado).

Referente a las Actividades Recreativas (Tiempo Libre)

Al indagar sobre las actividades recreativas de los académicos, tres fueron los hábitos de esparcimiento más relevantes: estudiar con regularidad, leer diariamente y pasear con la familia. Estos datos son congruentes con los de Martínez y Vázquez en el 2001, en donde identificaron como principales formas de relajación -después de un día intenso de trabajo-: el leer, convivir con la familia y escuchar música.

Autores como Frankenhaeuser (1989) y Karasek y Theorell (1990) resaltan la importancia del grado de control sobre el proceso de trabajo y las exigencias o demandas del trabajo que pesan sobre el bienestar y la salud del trabajador. Con base en estas teorías, estos autores han logrado demostrar que a mayor control del trabajo, independientemente de la cantidad de exigencias, es posible identificar un uso del tiempo libre de manera activa. En la presente investigación se hace una diferenciación entre aquellos que fuera del trabajo hacen uso de su tiempo libre de manera activa y o bien de manera pasiva. Con respecto a este último, se identificó que los académicos que no practican regularmente algún deporte (sedentarismo) poseían más de cuatro veces el riesgo de padecer síntomas psicósomáticos cardio-circulatorios ($p < 0.004$) y más de 40% de probabilidades de presentar lumbalgia ($p < 0.05$), esto en comparación con los profesores que sí realizan algún tipo de actividad física. En relación con ello, Astudillo y Rojas (2006) han señalado que la actividad física posee grandes potenciales preventivas particularmente sobre las enfermedades crónicas; específicamente reduce el riesgo de enfermedad cardio-vascular, falla cardíaca y enfermedad arterial periférica.

Por otro lado, para aquellos profesores que en la mayor parte de su tiempo libre ven la T.V. (uso pasivo debido al poco control sobre el trabajo académico y altas demandas, de acuerdo con la teoría) existe principalmente más de cuatro veces el riesgo de padecer síntomas psicósomáticos de índole digestiva ($p < 0.005$) como por ejemplo: estreñimiento o diarrea, estomago revuelto, indigestión y gases. En relación con estos datos, la Escuela de Salud Pública de Harvard (2012) ha subrayado que ver la T.V. se considera como un acto sumamente pasivo de las personas, que eleva considerablemente el riesgo de padecer múltiples enfermedades, debido en gran medida a que esta actividad posibilita una ingesta abundante de comida con alto contenido calórico-no nutrimental y es acompañada por una marcada ausencia de actividad física.

Referente a la Prevalencia de Daños a la Salud

La calidad del sueño es un elemento relevante para la conservación de la salud, siempre que se pueda descansar de forma continua sin interrupción; lo que facilita la regeneración y restauración del organismo después del esfuerzo físico y mental llevado a cabo durante el día (Meza y cols., 2012). De acuerdo a la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (2012) las enfermedades relacionadas con los problemas del sueño, perturban también el desempeño diario de las personas; esta situación que va en aumento, afecta a un tercio de la población mexicana. En esta investigación, el 8.5% de profesores duerme diariamente menos de 5 horas, ello conlleva un riesgo para la salud.

El trabajo doméstico, llega a incorporarse cotidianamente con el trabajo asalariado, por lo que pueden aumentar la aparición de diversos daños a la salud, sobre todo en las mujeres; para quiénes el rol doméstico es inculcado e impuesto socialmente (Noriega et al., 2001); situación que se ve reflejada en esta población porque quienes realizan la mayoría de las actividades domésticas son las académicas. El estudio de Martínez, López y García (2013) confirma que las actividades como coser, remendar y zurcir (RP 2.90), cuidar a los hijos y preparar la comida (RP 1.70) lavar y planchar la ropa (RP 1.80) y realizar las compras (RP 1.30), siguen siendo realizadas más por las docentes que por los profesores.

En el tiempo libre de acuerdo a Noriega y cols. (2001), los trabajadores recuperan su fuerza a través del descanso, recreación y convivencia; los académicos de este estudio, reportaron como hábitos más relevantes: estudiar regularmente (89%), leer a diario (83%) y pasear con la familia (62%). Datos similares encontraron Martínez, López y García (2013), quienes reportaron que su población estudiaba (94%) y leía diariamente (88%) el periódico, revistas y libros diversos y el 74% salía a pasear con su pareja e hijos (74%). Estos últimos datos son congruentes con los de Martínez y Vázquez (2001), en donde identificaron como principales formas de relajación, después de un día intenso de trabajo, el hecho de leer, convivir con la familia y escuchar música.

CONCLUSIONES

- Los académicos universitarios que siguen practicando mayoritariamente la cátedra son varones, particularmente 4 profesores hombres por cada mujer docente.
- Existen una serie de características sociodemográficas compartidas entre la población académica universitaria en las diversas universidades públicas de México, descritas como comunes denominadores en esta población, dichos elementos son: media de edad arriba de los 50 años, la mayoría con pareja, con un grado académico alto –doctorado- y con vivienda propia.
- Respecto al perfil de daños a la salud estudiado, le caracteriza primordialmente cuatro trastornos: músculo-esqueléticos, lumbalgia, disfonía y trastornos del sueño; éstos presentes entre 3 y 4 de cada 10 académicos.
- Los principales padecimientos exclusivamente psicoemocionales identificados como los más frecuentes en el personal académico en general fueron: los trastornos del sueño, la cefalea tensional, la ansiedad y el distrés.
- Para los académicos en general los daños a la salud de tipo físicos más comunes fueron: los trastornos músculo-esqueléticos, lumbalgia, disfonía y la fatiga neurovisual.
- El tiempo descanso-recuperación por la noche se expresó como una variable muy determinante para la prevalencia de ciertos daños a la salud. Dado que aquellos profesores que descansan menos de 5 horas diarias por la noche, presentaron mayores tasas de: migraña, distrés, trastornos del sueño y fatiga general.
- En relación con la realización de actividades domésticas -independientemente del género-, la patología más asociada fue la depresión. Particularmente las tasas de morbilidad aumentan para los docentes que realizan las siguientes actividades: cuidar de los hijos, coser, remendar y zurcir y lavar-planchar ropa.
- Además, se identificó significativamente que ocho de las nueve actividades domésticas analizadas, son realizadas por mujeres, más aún actividades como: tejer, preparar la comida, cuidar de los hijos y lavar trastes o ropa. La única actividad mayoritariamente realizada por los hombres son los arreglos en la casa. Concluyendo que los roles de género siguen muy marcados entre la comunidad académica de esta universidad pública.
- La no realización de actividades relacionadas al tiempo libre activo (como falta de actividad física regular, el no reunirse con familia/amistades y no tener el hábito de leer diariamente) potencializa la prevalencia de diversos daños a la salud: más de cuatro veces síntomas psicósomáticos cardio-circulatorios y más del doble de riesgo de presentar depresión, ansiedad y fatiga general.
- Quienes sí realizan actividades del tiempo libre pasivo (ver la T.V.) poseen más riesgo de padecer trastornos psicósomáticos digestivos, fatiga general y trastornos del sueño.

BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, C. y Rojas-Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (1): 41-49.
- Cervantes, M. y Frías, I. (2005). Doble jornada de trabajo femenino y efectos negativos de tipo psicológico. Universidad Nacional Autónoma de México (FES-Iztacala).
- Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAM-I) (2012). Padece trastornos del sueño un tercio de los mexicanos. (Extraído de: http://www.laisumedu.org/DESIN_lbarra/desin/pdf-semanariouam/casa23-2009-04-03.pdf).
- Cruz A., Noriega M., de los Ángeles Garduño M. (2003) Trabajo remunerado, trabajo domestico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana: México.
- Escuela de Salud Pública de Harvard (2012). Demasiada televisión provoca enfermedades y una muerte prematura. (Extraído de: <http://saludmagazine.com.mx/noticias-de-actualidad/296/demasiada-television-provoca-enfermedades-y-una-muerte-prematura-/>).
- Frankenhaeuser, M. (1989). A biopsychosocial approach to work life issues. *International Journal of Health Services*, 19: 747-758.
- Gallardo, A. y Quintanar, K. (2006). La flexibilidad del trabajo académico. Problemática en la universidad pública. *Administración y Organizaciones*, Diciembre, 55-65. UAM Azcapotzalco y CCH-UNAM.
- González, S. (2013, junio 17). La reforma laboral no promueve ni estabilidad ni mejores salarios: Cepal. *La jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/06/17/economia/017n1eco>.
- Heras, L. (2005). La política de educación superior en México: los programas de estímulos a profesores e investigadores. *EDUCERE: La revista Venezolana de Educación*, 9 (25): 207-215. Mérida, Venezuela, Universidad de los Andes.
- Hernández, S., R., Fernández, C., C. y Baptista, L., P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América. (2011). Mujeres y la Depresión: Descubriendo la Esperanza. Departamento de Salud y de Servicios Humanos. Extraído de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>).
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work, Stress, productivity, and reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc. Publisher.
- Martínez S., López F., & García (2013). Tiempo libre y trabajo doméstico en su relación con daños psicosociales en docentes de una universidad pública mexicana. *Ciencia y trabajo*. Vol. 15(48). Santiago. Diciembre
- Martínez, S., Méndez, I. y Murata, CH. (2011). Becas, estímulos y sus consecuencias sobre el trabajo y la salud de los docentes universitarios. *Reencuentro: Estudios sobre Educación*, 61: 57-70.
- Meza, M., Miranda, G., Núñez, N., Orozco, U., Quiel, S. y Zúñiga, G. (2012). Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. *Enfermería en Costa Rica*, 32 (2): 51-58.

- Mignorance, P., Mayor, C. y Marcelo, C. (1993). Aprender a enseñar en la Universidad. Grupo de Investigación Didáctica: Universidad de Sevilla, España.
- Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G. y López, J. (2001). Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT), Núm. 34. México: División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-Xochimilco.
- Tunal, G. (2002). La flexibilidad laboral en la contratación colectiva en México. *Economía, sociedad y territorio*, III (11). México.
- Urquidi, L. y Rodríguez, J. (2010). Estrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, Vol. 10, No. 2: 1-21. Universidad de Costa Rica.

3.3 Desbalance esfuerzo-recompensa, en una población de académicos de la UNAM

CLAUDIA SÁNCHEZ LÓPEZ^{1*} Y
SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA²

¹Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores (MCST)

²Profesora-Investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana, (UAM-X). smartin@correo.xoc.uam.mx

*clausanlo@yahoo.com.mx

RESUMEN

El ámbito docente universitario, padece el incremento de exigencias laborales que entre otros factores, demandan mayor producción académica, situación que obliga a invertir el tiempo de descanso y esparcimiento para cumplir sus tareas. Estas restricciones, en comparación a la retribución económica son totalmente dispares, pues mientras que las actividades se incrementan de forma geométrica, los salarios aumentan lenta y gradualmente o en su defecto, pueden crecer temporalmente siempre que los académicos, participen en programas que incrementarán aún más sus tareas. Existen otros elementos a los que se ha de atender puesto que, complejizan aún más las actividades sustantivas de este grupo de trabajadores, como el esfuerzo con el que laboran y la recompensa que reciben. El objetivo de este trabajo fue identificar el nivel de esfuerzo-recompensa que experimentan los académicos de tiempo completo en la Universidad Nacional Autónoma de México, el desbalance que puede haber entre un nivel y su asociación con daños a la salud. Se aplicó una encuesta de tipo epidemiológico (Martínez, 2008-2012) para recabar información demográfica, de condiciones laborales, exigencias y algunos trastornos como el estrés, la ansiedad, la depresión (DASS, 21) y la fatiga entre otros así como el Instrumento Desbalance-Esfuerzo-Recompensa de Siegrist y cols., (2004). Se estableció el Nivel de Significancia en $p < 0.05$ y un Intervalo de Confianza del 95%. Dentro de los principales resultados, se puede decir que esta población se considera privilegiada, sus esfuerzos se recompensan y están satisfechos con sus actividades. Sin embargo, reconocen que sus reconocimientos son menores en comparación al esfuerzo que realizan.

Palabras clave: académicos, desbalance, esfuerzo, recompensa, salud.

INTRODUCCIÓN

Fenómenos emergentes experimentados por docentes universitarios en México como la sujeción a dinámicas competitivas entre compañeros de trabajo, el incremento de las exigencias laborales (Martínez, Méndez & Murata, 2011), la cada vez más limitada participación sindical y la homogenización de las labores académicas (Sefchovich, 2010), son sucesos que traen entre otras consecuencias, la afección de la salud orgánica y la integridad mental, como el estrés (Rodríguez & Urquidi,

2010) por mencionar uno de los trastornos que más impacto está teniendo en la salud de los trabajadores.

Las políticas laborales racionalizadoras de recursos económicos e instrumentales, exigen laborar más y en menor tiempo, sometiendo a los académicos al ingreso diferenciado y, han llevado, a lo que Comas-Rodríguez & Rivera (2011) llaman simulación. Se ajustan a las necesidades institucionales (Benavides, 2000, citado en Gallardo & Quintanar, 2008) a cambio de salarios insuficientes y quienes aspiren a un ingreso adicional trabajan más horas semanales, ejercen cargos como funcionarios o participan en programas de estímulos y becas al desempeño docente; exponiéndose al incremento e intensidad de los requerimientos.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha institucionalizado el Programa de Primas al Desempeño del Personal Académico de Tiempo Completo (PRIDE), en el que sólo pueden participar quienes tengan dicho nombramiento; una vez aceptados, deben potenciar sus actividades y difundir la cultura (Gallardo & Quintanar, 2008) como si se incrementara la producción de cualquier empresa; situaciones que se repiten en diversos centros de estudio del país, cuya problemática y resultados, probablemente se asemejen entre sí.

No obstante las excesivas cargas de trabajo que aquejan al profesorado de la UNAM, se puede decir que es una población que conserva a su interior garantías gremiales como la contratación definitiva e indeterminada, la posibilidad de promocionarse y de continuar preparándose académicamente, lo que la sitúa como privilegiada, en un contexto laboral inestable como el mexicano.

En cuanto a su labor, ésta les resulta gratificante en muchos sentidos. Un porcentaje alto señaló que su trabajo les permite la generación de nuevos conocimientos, se sienten interesados y están satisfechos con su trabajo, lo ubican como una actividad desafiante y tienen la posibilidad de desarrollar sus habilidades, destrezas, creatividad e iniciativa. Entiéndase como gratificante, la satisfacción de necesidades básicas (fisiológicas, como el hecho de comer y dormir) y complementarias (prevalentemente psicológicas entre las que se encuentran la pertenencia a la sociedad, grupos, familia y amigos; de estima propia, de otros, la reputación y el reconocimiento; de auto realización como la creatividad, autonomía y éxito). Necesidades que motivan al ser humano (Maslow, 1981).

El trabajo de acuerdo a Marx (1847) es el medio por el cual el hombre se reinventa a sí mismo, al idear con anticipación la forma de modificar tanto a la naturaleza como a los objetos que serán transformados en el producto o bien final. Qué mayor satisfacción podría sentir alguien que tiene que desplegar todas sus habilidades para alcanzar un bien que previamente solo existía en su pensamiento. Entonces el trabajo es un medio a través del cual el docente puede satisfacer sus necesidades básicas y pertenecer a un grupo determinado, obtener reputación y reconocimiento además de realizarse creativa y exitosamente.

Aunque el trabajo realizado académicamente comparte con el trabajo fabril, muchos de sus elementos como la organización y división de las tareas, la actividad

orientada a un fin y la utilización de diversas herramientas, el objeto de trabajo sin embargo, es aún más complejo puesto que, al mismo tiempo es el profesor objeto e instrumento de trabajo, donde el producto final es simbólico. Es decir, mientras que en una fábrica el objeto final puede ser un libro impreso, donde la fuerza requerida es mayormente de índole músculo-esquelética; un trabajo intelectual es la creación subjetiva y luego material de un texto, o la toma de muestras sanguíneas en el laboratorio, cuya fuerza de trabajo es predominantemente mental.

En la enseñanza, la relación directa entre docente y alumnos, es hasta cierto punto independiente del soporte material. Solo se requieren de algunos sustratos para plasmar el conocimiento y transmitir la información a través de libros, apuntes, fórmulas o programas computacionales (De la Garza, 2013). Porque el trabajo académico se conforma de conocimientos, valores, sentimientos y estética que emplean los profesores como medios de producción para generar en el alumno, quien representa la materia prima, pensamientos complejos y creativos (De la Garza, 2006).

Si el objetivo es alcanzado, es decir, si el profesor logra “transformar” o “impactar” el pensamiento del estudiante a través de su propia capacidad crítica, se habrá alcanzado el objeto de trabajo y la satisfacción será una consecuencia lógica derivada de este tipo de actividad. Potencialmente puede ser suficiente para seguir motivando al académico hacia un mejor desempeño. Como decía Maslow (1981), cumplir con las exigencias sociales permite satisfacer carencias profundas como el reconocimiento, la aceptación y el amor.

Hay que considerar también que en el trabajo la satisfacción y motivación dependen de factores intrínsecos como las tareas retadoras que desafíen el cargo que se desempeña y que al solucionar los problemas motive el crecimiento personal. La insatisfacción por su parte, se produce por factores extrínsecos como la organización y división del trabajo, estricta supervisión, así como las relaciones interpersonales y condiciones laborales en mal estado (Herzberg, 1987). Solo por mencionar algunos elementos.

Para situar el papel que juega la satisfacción, se debe saber que el clima laboral conforme a González, Tomas y Ferreres (1995, citado en Herencia-Leva, 2003) es la percepción objetiva que tienen los miembros de una empresa o institución sobre las prácticas, acontecimientos, procesos y tipos de conducta esperada por la misma organización; mientras que la satisfacción laboral siendo la parte subjetiva y placentera (Peiró, González, Zurriaga & Bravo, 1989), es una respuesta afectiva determinada por las relaciones sociales entre los empleados y sus características personales y éticas además de sus expectativas frente al trabajo como la remuneración y la seguridad social. Por tanto, el clima organizacional como la satisfacción laboral hacen referencia a los mismos aspectos de la organización, pero desde una manera objetiva (identificando el grado de ausencia-presencia de los elementos) o subjetiva, de acuerdo a la valorización sobre aquello que percibe el trabajador como adecuado en cuanto a dichos aspectos estructurales (Herencia-Leva, 2003).

En el ámbito laboral entonces las satisfacciones están enfocadas a factores del contexto de producción y al trabajo en sí; pero cubrir estos requerimientos no es suficiente para provocar satisfacción personal, es la motivación sobre la actividad creadora lo que la genera. La presencia de factores materiales como salario, seguridad en el trabajo y óptimas condiciones del centro laboral permiten que al contar con reconocimiento profesional, responsabilidad y autonomía el trabajador se sienta satisfecho (Herzberg, 1987) y tenga comportamientos positivos hacia el trabajo.

A mayor libertad creativa, deleite y efectividad al desarrollar sus competencias, el docente mejora su actitud y potencializa sus conocimientos. Una situación contraria se presenta cuando el personal recibe presión por parte de la administración escolar que flexibiliza sus labores y no le brinda reconocimientos. Cuando escasean los factores internos como la convivencia con compañeros de trabajo, las recompensas externas son ineficaces para motivar a los profesores (Fink, citado en Castro & Guerrero, 1999), menos si tienen que laborar en más de una universidad (Álvarez, 2007). Finalmente, para algunos autores, la satisfacción más importante para los académicos es proporcionada en el ejercicio de la docencia, porque les permite relacionarse directamente con sus alumnos (Cabrero–García y cols., 2007).

En cuanto a las expectativas de control, es preciso citar a Rotter (1966), para explicar que éste es una percepción que tienen las personas sobre lo que pasa en su vida; cuando se habla de control externo, puede atribuirse a circunstancias ajenas al individuo, es decir, al azar, al destino, o a la cultura o al poder de las decisiones de otros, mientras que, el control interno es percibido como un efecto de las propias acciones, al hecho de sentir que el hombre o la mujer controlan su vida, de tal suerte que la persona valora positivamente sus esfuerzos, habilidades y responsabilidades. Las expectativas son determinantes en cuanto éstas están enfocadas para alcanzar el éxito, la confianza personal y aquellas que controlan el esfuerzo interno y externo. El locus de control como lo llamó Rotter (1966), es la percepción que tiene el individuo de controlar su vida y los acontecimientos que la influyen.

La falta de control en el trabajo, puede representar un factor de riesgo para los trabajadores, mientras éstos no tengan la posibilidad de aplicar o desarrollar sus habilidades y conocimientos (trabajos creativos y variados) y la influencia o capacidad de decidir sobre sus propias tareas. Las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno, afrontan mejor las situaciones de estrés laboral (Kobasa, 1985; citado en Fernández & Edo, 1994).

Las demandas laborales que implica el trabajo, así como el grado de control que se pueda ejercer sobre las mismas, han sido estudiadas de manera exhaustiva bajo el Modelo Demanda-Control de Karasek y Theorell (1990). Sin embargo, otros teóricos han contribuido con una mirada que trata de completar y enriquecer a estas dos dimensiones, en tanto agregan elementos que tienen que ver con la personalidad del individuo y el papel que puede jugar en la presencia de posibles daños a la salud. Particularmente Siegrist y cols., (2004) bajo su modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa, aportan en este campo del conocimiento.

Por un lado está el esfuerzo extrínseco que representa la energía necesaria que exigen las tareas, mientras que el esfuerzo intrínseco por su parte, es vista por el trabajador como una situación de reto que lo motiva a dar un poco más de sí (López & Ayensa, 2008). Siegrist y algunos otros estudiosos señalan que la sobre implicación es la dedicación excesiva al trabajo, que provoca sentimientos positivos y negativos así como las actitudes relacionadas con el trabajo, incluso, puede deberse a una fuerte necesidad de ser aprobado y estimado, como resultado de una distorsión en las percepciones (Peña, Ramos & Martínez-Losa, 2010).

La otra dimensión del modelo de Siegrist es la recompensa, la cual es alcanzada a través del reconocimiento social como el dinero, la estima y las oportunidades de promoción, como la estabilidad laboral. Por lo tanto, una incongruencia o falta de reciprocidad ocasiona reacciones de tensión a nivel emocional y psicológica; como tener trabajos exigentes pero inestables; o conseguir un gran desempeño en él, sin tener posibilidades de promoción. El desequilibrio entonces, ocurre cuando el esfuerzo realizado no es retribuido en concordancia al tipo de recompensa que se recibe, como la falta de oportunidades, reconocimiento, falta de opciones en el mercado laboral, la flexibilidad laboral o el riesgo de perder el empleo (Peña, Ramos & Martínez-Loza, 2010).

Dentro de las principales consecuencias del desbalance entre el esfuerzo realizado y la baja recompensa por el mismo, se encuentran los riesgos de alteraciones psiquiátricas de acuerdo a Stanfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot (citado en Canepa, Briones, Pérez, Vera & Juárez, 2008), así como enfermedades coronarias, trastornos del sueño y fatiga, datos reportados en el mismo estudio. Martínez (2013), señala la necesidad de la mediación entre la carga de trabajo y el deseo de realización del trabajo, junto con la capacidad física y mental para realizarla; sin embargo advierte que en la actualidad, el estado de bienestar es desplazado por el incremento de la producción. Por otro lado, la misma autora señala que el esfuerzo intrínseco puede obedecer a la responsabilidad de cada individuo para concluir las tareas o a la necesidad de concluir en tiempo y forma con el trabajo, puesto que de ello dependerá la recompensa; de ahí la importancia de observar a qué está sujeto el sobrecompromiso o involucramiento excesivo.

En el mismo estudio, Martínez (2013) reveló las características tanto de exigencia como de beneficio que experimentan los académicos de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), es decir, que pese a las jornadas multitareas que realizan y las correspondientes consecuencias que ello origina, tienen estabilidad laboral, mejoras salariales, posibilidad de ascenso y reconocimiento en su trabajo. Sin embargo, la percepción de esfuerzo fue mayor en relación con la recompensa recibida. De ahí que este estudio con académicos de la UNAM, tuvo como objetivo el analizar la asociación entre el modelo Esfuerzo-Recompensa-Sobrecompromiso con los trastornos a la salud de los docentes de la Universidad Nacional Autónoma de México, que tengan la opción de participar en los programas de estímulos económicos, y conocer si en esta población se establece el desbalance entre el esfuerzo que realizan y la recompensa que reciben; además de identificar si alguna de estas situaciones les genera malestar y en qué medida.

METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo, en una muestra por conveniencia de 95 académicos. Se utilizó una encuesta de tipo epidemiológico adecuada a esta población (Martínez, 2008-2012) para recabar la información demográfica, condiciones del trabajo, exigencias y la presencias de trastornos como el distrés, la ansiedad, la depresión (DASS, 21) y la fatiga entre otros, así como el Instrumento Desbalance-Esfuerzo-Recompensa de Siegrist y cols., (2004), con la finalidad de saber qué variantes de las tres diferentes dimensiones se asociaron con alguno de los trastornos. Los datos se analizaron con el programa JMP8; estableciendo el Nivel de Significancia en $p < 0.05$, con un Intervalo de Confianza del 95%.

RESULTADOS

La presencia femenina fue del 54%, la media de edad de 53.2 años y el 83% de participantes contaba con maestría o doctorado. El 63% ha trabajado en la UNAM por más de 24 años con una permanencia en su puesto actual de más de 20 años (40%). Del 63% que participa en programas de estímulos, el 50% considera que sus tareas NO tienen mayor calidad y el 30% que sacrifica su trabajo en equipo. Para esta muestra el trabajo además de ser satisfactorio (95%), les permite ampliar sus conocimientos, desarrollar sus habilidades y destrezas, su creatividad e iniciativa, la toma de decisiones y si tuvieran la oportunidad de volver a elegir el tipo de trabajo, optarían nuevamente por ser docentes universitarios. Más del 90% se pronunció por este conjunto de características que entraña su actividad, lo cual da cuenta de que el trabajo contiene múltiples rasgos positivos. (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de académicos que se pronuncian por el contenido cualitativo de su trabajo.

Contenido del trabajo	N	SÍ	%
Su trabajo le permite adquirir nuevos conocimientos	95	93	98
Está interesado(a) en su trabajo	95	92	97
Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas	95	91	96
Si tuviera la oportunidad de volver a elegir el tipo de trabajo, optaría por ser profesor(a)	94	90	96
Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa	95	90	95
Se siente satisfecho(a) con su trabajo	95	90	95
Puede decidir sobre cómo realizar su trabajo	95	87	92
Cree que su trabajo es desafiante	95	84	88
Puede fijar el ritmo de trabajo	95	80	84
Sus compañeros (as) son solidarios (as) con usted y valoran su trabajo	95	73	77
Su trabajo es importante para sus superiores	94	59	63
Le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo que usted	83	51	61

Fuente: Encuesta Individual 2012

No obstante que el apoyo social tanto de los superiores como de sus compañeros obtuvo los porcentajes más bajos, no dejan de ser importantes en términos de apuntalar a esta actividad. Se puede decir que es una población que tiene control sobre sus tareas y que además se siente satisfecha y por tanto recompensada, si tomamos en consideración el porcentaje elevado de académicos que reportan contratación definitiva y participación en los programas de estímulos.

Por otro lado, explorando las principales exigencias, se puede observar que predominan aquellas relacionadas con la sobrecarga de trabajo, tales como el cubrir cuotas de producción (77%) y realizar trabajos pendientes en días de descanso (71%), como se observa en la tabla 2.

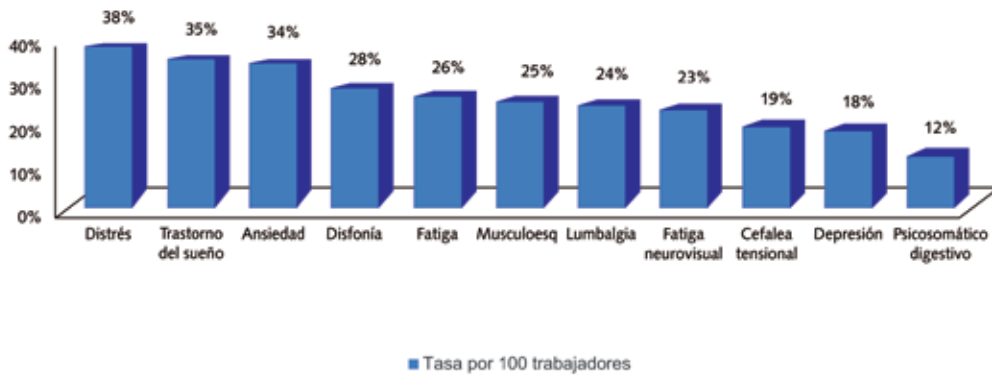
Tabla 2. Exigencias laborales a las que se ven sometidos los académicos de la muestra. UNAM, 2012

Demandas	N	SÍ	%
Cubrir determinado número de cursos, clases, artículos y conferencias	95	73	77
Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones	95	67	71
Permanecer sentado la mayor parte del tiempo	91	63	69
Realizar una tarea minuciosa	95	51	54
Una jornada mayor a 40 horas	95	51	54
Estar fijo en su lugar de trabajo	95	49	52
Trabajar en un espacio reducido	95	41	43
Tener un estricto control de calidad	95	36	38
Al realizar su trabajo los hombros permanecen tensos	93	31	33
Permanecer de pie para trabajar	91	28	31
Tiene que torcer o mantener tensa las muñecas para trabajar	93	27	29
Estar sin comunicación con sus compañeros	95	18	19
La superficie donde se sienta es incómoda	83	15	18
Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe	95	14	15
El peso del cuerpo recae sólo en uno de sus pies, sin la posibilidad de descansar el pie en escalón o periquera	52	7	13
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	95	11	12
Realizar trabajo que le puede ocasionar daño a su salud	52	11	12
Adoptar posiciones incómodas o forzadas	95	10	11
La superficie donde se sienta es incómoda	95	14	11
Soportar una supervisión estricta	95	10	11

Fuente: Encuesta Individual UNAM, 2012

Hubo al menos tres padecimientos por académico cuya prevalencia la encabezaron: el distrés (38%), los trastornos del sueño (35%) y la ansiedad (34%), datos que se muestran en la figura 1. Los trastornos músculo-esqueléticos y la fatiga se presentaron en una cuarta parte de la población. Esta información ha sido referida con mayor amplitud en otro trabajo, en el cual se da cuenta de las asociaciones que se establecen entre exigencias y daños a la salud (Sánchez & Martínez, 2014).

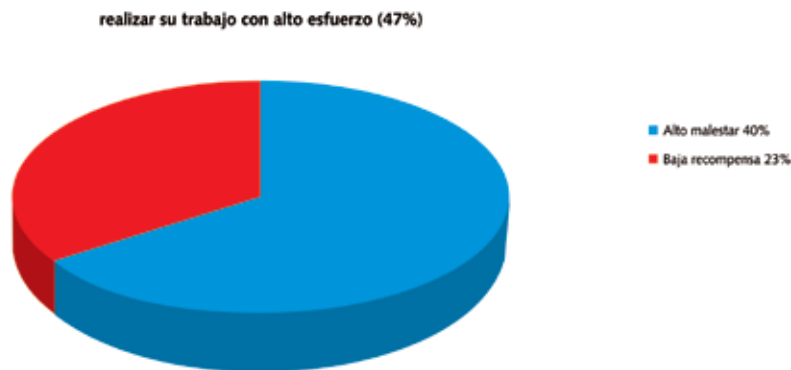
Figura No 1. Prevalencia de trastornos en docentes universitarios



Fuente: Encuesta Individual, 2012

El análisis en particular del Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa, muestra que de los 95 profesores que participaron en el estudio, el 47% señaló realizar su trabajo con un alto esfuerzo, y el 40% manifestó también un alto malestar ($p=.0001$), condición que se asoció con baja recompensa en el 23%, con una $p=.04$. Figura 2. Por otro lado quienes manifestaron tener mayor sobrecompromiso (41%), presentó también alto malestar 36% ($p=.0001$).

Figura 2. Docentes que realizan su trabajo con alto esfuerzo y su relación con un alto malestar y baja recompensa



Fuente: Encuesta Individual, 2012

En cuanto a la relación con los trastornos estudiados, el alto esfuerzo se asoció con, el distrés 24% ($p=.02$), la fatiga 18% ($p=.01$) la depresión 13% ($p=.02$) y la migraña 11% ($p=.04$). Sólo un 23% de la población en estudio reportó tener baja recompensa, la cual se asoció únicamente con la depresión en un 5% ($p=.004$). Tabla 3.

Tabla 3. Alto esfuerzo y baja recompensa, asociados a los trastornos estudiados

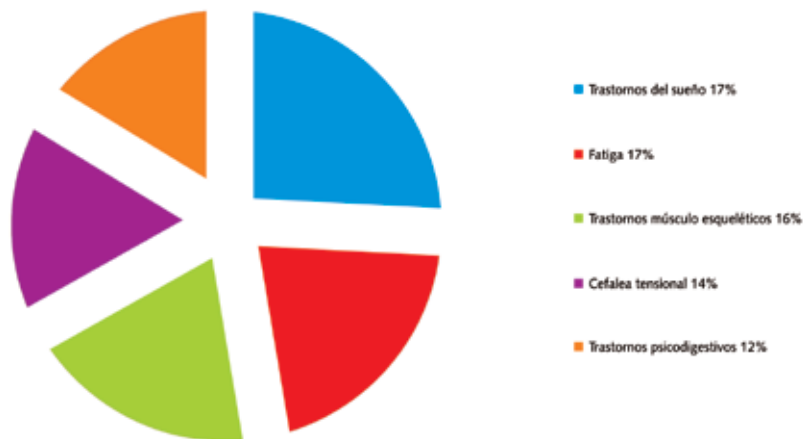
Alto esfuerzo	Valor de Ji ²	Baja recompensa	Valor de Ji ²
Distrés 24%	.02	Depresión 5%	.004
Fatiga 18%	.01		
Depresión 13%	.02		
Migraña 11%	.04		

Fuente: Encuesta Individual, 2012

El nivel de sobrecompromiso por su parte se asoció sólo con los trastornos psicodigestivos en un 11% ($p=.001$), pero el malestar experimentado por esta condición se asoció significativamente con los trastornos del sueño 20% ($p=.05$), la fatiga 17% ($p=.02$), los trastornos musculo esqueléticos 16% ($p=.03$), la cefalea tensional 14% ($p=.007$) y los trastornos psicodigestivos 12% ($p=.0002$). Figura 3.

Figura 3. Relación del malestar experimentado por un alto sobrecompromiso y los trastornos estudiados

Relación de los trastornos y el malestar experimentado debido a un alto nivel de sobrecompromiso



Fuente: Encuesta Individual, 2012

Finalmente, al averiguar si existe un desbalance entre el esfuerzo y la recompensa, se identificó que al menos el 37% de quienes se esfuerzan, no se sienten recompensados. La razón identificada fue de 1.37.

DISCUSIÓN

En general, la población de la UNAM estudiada, se pronunció calificando a las condiciones laborales como positivas; manifestando que *trabajar en una institución que anteriormente había sido su alma mater, representa un privilegio* (anónimo, cu. 2012).

...poner uno las cosas en su justo nivel, porque...cada semestre nos hacen evaluaciones los estudiantes, yo recibo buenos comentarios, eso me hace sentir bien, estoy dirigiendo buenas tesis, de licenciatura quizás porque a lo mejor no puedo dar de maestría o de posgrado; como que empieza a poner uno las cosas en su justa dimensión...cuando logras...darte cuenta de cómo estás trabajando...como que logras compensar... (Informante clave).

Mi trabajo me gusta y me proporciona lo que necesito, un salario estable y suficiente. Mi salud la mantengo combinando al trabajo intelectual con el ejercicio físico, una alimentación apropiada y suficiente descanso. Estoy muy contento con el tipo de vida que llevo. Encuesta 293.

Hay también profesores que no están del todo satisfechos y las relaciones con algunos daños a la salud son estadísticamente significativas. Cuando factores importantes como el respeto faltan en cualquier relación de trabajo, surgen dudas e inseguridades sobre la estabilidad laboral, el futuro en la institución y el desempeño personal en las actividades encomendadas:

En cuanto al ascenso, es posible, (...), dada mi antigüedad, que yo pueda solicitar la definitividad pero hay una ley no escrita en la facultad: *que al interino que la solicita, no lo vuelven a contratar*. Por otro lado la coordinación es una mafia: le asignan grupo a los cuates, de tal forma que yo sólo tuve un grupo mientras hacía la maestría y doctorado (porque estuve becada y no podía dar más de 16 horas de clase). Ahora que ya me doctoré y no tengo beca, igual la coordinación sólo me da un grupo (otra ley no escrita) argumentando solidaridad con los demás interinos... Mi trabajo me encanta lo que no me parece son las políticas del departamento de coordinación y sus leyes no escritas. Encuesta 252.

El testimonio antes citado y los datos obtenidos en este estudio, dan cuenta de que hay situaciones que deterioran paulatinamente la parte humana de su actividad, a tal grado de rechazar el que sus hijos se dediquen a la docencia (el 39% de los participantes en este estudio se pronunció en este sentido); situaciones que tienen que ver con la parte relacional que se pone en riesgo durante la asunción al poder (Foucault, 1979) por parte de grupos quienes deciden a quién sí se le apoya y a quién no.

No hubo asociaciones estadísticamente significativas entre alguna de las tres dimensiones y la participación en el PRIDE. El Modelo Desbalance Esfuerzo- Recompensa, como se puede observar en este estudio y otros más que ha coordinado Martínez (2013), dan cuenta de que los niveles que se analizan, se relacionan de manera significativa con más trastornos de índole orgánico y psicológico; Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot (1999), señalaron que altos niveles de esfuerzo, frente a una baja recompensa, se asociaron fuertemente con riesgos de alteraciones psiquiátricas; mientras que Bosna, Peter, Siegrist & Marmot (1998), identificaron una prevalencia 2.5 veces mayor a desarrollar problemas coronarios; incluso

se ha reportado la presencia de trastornos del sueño y fatiga como resultados del desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida (Fahlen, et., al 2006; cit., en Canepa, Briones, Pérez, Vera & Juárez, 2008).

En esta investigación, los profesores de la UNAM manifestaron realizar sus labores con sobrecompromiso (41%) y alto malestar (36%); también señalaron trabajar con un alto esfuerzo (47%) y alto malestar (40%) recibiendo a cambio, una baja recompensa (23%, $p=.04$). Mientras que Martínez (2013) en su estudio con población de la UAM-X, reportó que el 42% de los profesores trabajaba con sobrecompromiso y de éstos el 30% refirió malestar; quienes laboraban con alto esfuerzo registraron el 37%, que manifestó también un alto malestar 45% y baja recompensa 43% respectivamente.

En cuanto a la relación con los trastornos, estudiados en la UNAM el alto esfuerzo se asoció con, el distrés 24% ($p=.02$), la fatiga 18% ($p=.01$) y la depresión 13% ($p=.02$); siguiendo este mismo orden, en la UAM-X fue de 59% (0.0004), 40% (0.037) y 27% (0.044), respectivamente. Estos resultados dan cuenta de la consecuencia de laborar en un ambiente productivista, cuyo impacto afecta el bienestar psicológico, de los docentes; llama la atención los porcentajes duplicados en el caso de la UAM porque esto indicaría que es una población a la que se le está exigiendo aún más que a los profesores.

En el mismo tenor, en la UNAM, un bajo nivel de recompensa, se asoció únicamente con la depresión en un 5% ($p=.004$), mientras que en la UAM-X, este nivel se asoció a tres de los trastornos estudiados, es decir: con el distrés (51%), trastornos del sueño (45%) y depresión (28); situación que constata que en la UNAM, los académicos se sienten más recompensados por su trabajo académico.

El nivel de sobrecompromiso por su parte se asoció sólo con los trastornos psicodigestivos en un 11% ($p=.001$), mientras que en la UAM-X esta manera de auto exigencia por parte de los profesores se vio relacionada con nueve trastornos, destacando el distrés en un 61%, los trastornos del sueño con 47% y los trastornos músculo esqueléticos con 45%, situación que podría obedecer a que esta población cuenta con al menos cinco becas académicas, con sus respectivas exigencias. Sin embargo, el malestar que perciben los académicos de la UNAM derivado del nivel de sobrecompromiso, sí se asoció significativamente con los trastornos del sueño 20% ($p=.05$), la fatiga 17% ($p=.02$), los trastornos músculo esqueléticos 16% ($p=.03$), la cefalea tensional 14% ($p=.007$) y los trastornos psicodigestivos 12% ($p=.0002$).

Finalmente, al averiguar en la población de la UNAM si existe un desbalance entre el esfuerzo y la recompensa, se identificó que al menos el 37% de quienes se esfuerzan, no se sienten recompensados. La razón identificada fue de 1.37. en la UAM-X, Martínez (2013) identificó una razón de 1.26, resultados que reflejan que, pese a que los docentes de la UNAM, se sienten congruentemente recompensados, este reconocimiento siempre es menor al esfuerzo que realizan.

CONCLUSIONES

El grupo de profesores de la UNAM que participó en este estudio, puede ser considerado como privilegiado, dado que cuenta con la posibilidad de ascenso y prestaciones laborales, en un entorno social que se caracteriza por la inestabilidad y precarización laboral. Habría que resaltar que los académicos se sienten satisfechos en su trabajo, sin embargo hay a quienes no les gustaría que sus hijos se dedicaran a la profesión docente, quizás por las diversas exigencias a las que se ven sometidos que si bien son propias de la docencia, son exacerbadas por la tendencia productivista prevalente en los centros laborales.

En esta población también se logró identificar el desbalance que existe entre el esfuerzo que les implica realizar sus funciones en comparación a la recompensa que reciben. De acuerdo a las tendencias de fomentar la alta competencia y la rendición de cuentas, se abusa del alto compromiso que poseen los académicos, quienes en su afán por cumplir de manera cabal con sus tareas, redoblan esfuerzos que muchas veces no son suficientes ni son reconocidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canepa, C., Briones, J., Pérez, C., Vera A. & Juárez, A. (2008). *Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile*. Memorias del 2º Congreso de la Américas en investigación sobre Factores Psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo. Concepción y perspectiva local de un fenómeno global. 22 al 25 de octubre de 2008.
- Cabrero–García, J. Ferrer-Cascales, R., González-Gómez J.P. R., Herranz B. J. & Reig-Ferrer, A. (2007). La satisfacción académica de los profesores universitarios. *Dialnet*. Recuperado el 22 de agosto de 2013 de <http://www.eduonline.ua.es/jornadas2007/comunicaciones/2E5.pdf>
- Castro V. F. & Guerrero Barona, E. (1999). Estudios sobre la importancia del factor humano en la realización profesional y personal: satisfacciones e insatisfacciones de la profesión docente universitaria. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (RIFOP) 2(2, 1). Recuperado el 4 de febrero de 2015 de: http://aufop.blogspot.mx/2010_04_01_archive.html
- Comas-Rodríguez, O. & Rivera, M. (2011). *La docencia universitaria frente a los estímulos económicos*. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de: www.fpc.up.pt/ciie/revistaesc/.../Artigos_32_comas.Rodriguez.pdf
- De la Garza, E. (2006). *Del concepto ampliado de trabajo al sujeto laboral ampliado. Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques*. México: Anthropos y UAM.
- De la Garza, E. (2013). Ensayo: *Del concepto ampliado de trabajo al sujeto laboral ampliado*. Recuperado el 10 de septiembre de 2013 de: http://docencia.izt.uam.mx/egt/publicaciones/libros/teoria_social/introducción.pdf
- Fernández J. & Edo S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de la Psicología* 10(2), 127-133
- Gallardo, V. A. & Quintanar, C. K. (2008). La flexibilidad del trabajo académico. Problemática en la universidad pública. *Departamento de Administración y Organizaciones*. Año 9(17):55-65

- Herzber F. I. (1987). *Una vez más ¿Cómo motiva usted a sus trabajadores?* "One more time: How do you motivate employees? Harvard Business Review., Sep/oct87. Vol. 65 Issue 5, p109-120 (note: the reference to sales numbers is in the abstract written by the editors).
- Herencia-Leva J. (2003). Estimación de la satisfacción laboral mediante variables multimodales referidas a aspectos de la comunicación interna. *Revista electrónica de Metodología Aplicada*. 2003, Vol. 8 (1), pp. 24-36
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- López, A. & Ayensa J. (2008). Un método para anticiparse al estrés laboral: el modelo de Siegrist (I). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. No. 46, pág. 52, febrero 2008.
- Martínez, S. (2008-2012). Programa de estímulos económicos y su relación con diversos satisfactores y trastornos en la salud de trabajadores académicos de una universidad pública. Proyecto de Investigación del Área Salud y Trabajo. México: DCBS-UAM-X.
- Martínez, S., Méndez R. & Murata, C. (2011). Becas, estímulos y sus consecuencias sobre el trabajo y la salud de los docentes universitarios. *Reencuentro* 61, 56-70.
- Martínez, S. (2013). *El modelo desbalance esfuerzo-recompensa y la salud de docentes universitarios*. En: Aldrete, M. G, & Cruz, O. (coords.) *Estrés laboral y burnout en docentes de educación superior en México*. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas y Colección Montebello.
- Maslow A. (1981). *Motivación y personalidad*. Madrid España: Ediciones Díaz de Santos S.A
- Peiró, J. M., González, V., Zurriaga R., López J. R. & Bravo M. J. (1989). El cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud de Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP). *Revista Psicológica de la Salud*
- Peña A., Ramos Ma. & Martínez-Losa J. (2010). Valoración psicosocial mediante el uso de los modelos de estrés laboral de Demanda-Control y desequilibrio Esfuerzo-Recompensa. *Ecofield*. Salud y Seguridad Ocupacional, Ambiental e Industrial. Recuperado el 2 de febrero de 2015: [http://ecofield.com.ar/blog/valorac in-psicosocial-mediante-el-uso-de-los-modelos-de-estrs-laboral-dedeman da-control-y-desequilibrio-esfuerzo-recompensa/](http://ecofield.com.ar/blog/valorac-in-psicosocial-mediante-el-uso-de-los-modelos-de-estrs-laboral-dedeman-da-control-y-desequilibrio-esfuerzo-recompensa/)
- Rodríguez, R. & Urquidi, E. (2010). Distrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 10, 1-21.
- Rotter J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80(1), 1-28.
- Sánchez, C. & Martínez, S. (2014). Condiciones de Trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud. *Revista Salud de los Trabajadores*. Volumen 22(1): 19-28.
- Siegrist, J., Strake, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58: 1483-1499.

3.4 Diferencias por sexo de factores de riesgo psicosocial (estresores) en profesores universitarios y de bachillerato.

SARA UNDA ROJAS*, JESICA TÉLLEZ HERNÁNDEZ, OSCAR GARCÍA ARREOLA, CARLOS ESQUIVEL LOZADA, ROSA ALEJANDRA HERNÁNDEZ TOLEDANO, MARIANA MIÑÓN LÓPEZ Y ARTURO GARCÍA BENAVIDES.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Proyecto PAPIIT IN306514

*saraunda@unam.mx

RESUMEN

Los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (FRPS-T) docente se han incrementado debido a los cambios en las políticas educativas orientadas a un mayor mercantilismo y alta productividad en la educación. Por lo tanto es necesario identificar las condiciones laborales que producen estrés y malestar en los docentes. El objetivo del trabajo es explorar las fuentes de estrés y malestar en ellos que pueden ser posibles FRPS-T en dos muestras de profesores, una a nivel superior y otra a nivel bachillerato, comparando los resultados por sexo. La muestra total fueron 144 profesores, 75% de educación superior y 25% de bachillerato, 70 hombres (48.6%) y 74 mujeres (51.4%), el estudio fue exploratorio y se utilizó la técnica de redes semánticas naturales de Reyes Lagunes (1993). Los resultados obtenidos muestran que los hombres docentes de bachillerato (Bch) consideran a las autoridades como la principal fuente de estrés y en educación superior (ES), a la burocracia; las profesoras de Bch a la inestabilidad laboral y las de ES el tiempo. En cuanto al malestar, los hombres de Bch señalaron a la apatía y en ES a la burocracia; para las académicas de Bch, también la apatía y en Es la suciedad.

En conclusión, las fuentes de estrés en hombres están más centradas en la organización y para las mujeres en el contenido del trabajo, así como las condiciones para realizar el mismo. Lo anterior son indicadores importantes para el establecimiento de formas de evaluación, diagnóstico e intervenciones específicas en la población de docentes

Palabras clave: Estrés, Malestar, educación superior, bachillerato, factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

INTRODUCCIÓN

La educación es la fuente de mayor riqueza en cualquier país, el garantizar la formación de jóvenes y profesionistas para el futuro promueve el desarrollo económico y cultural del mismo, pero lo anterior depende de las condiciones en las que se dé la educación. En diversos países latinoamericanos y en México, existen políticas para evaluar y supervisar el trabajo docente implementadas desde el siglo pasado (Feldfeber & Andrade, 2006) que han modificado el Ethos y la forma del trabajo de los mismos. Actualmente, el gobierno en turno aprobó en el 2012 la llamada

“reforma educativa” que se traduce en cambios fundamentalmente de corte laboral, pues a través de la evaluación los docentes garantizan su permanencia o no en el puesto de trabajo creando condiciones de inestabilidad laboral y ambientes estresantes, individualistas, competitivos y productivistas.

Es importante, por lo tanto, identificar los factores de riesgo psicosocial en estos lugares de trabajo como posibles fuentes de estrés y malestar que pueden afectar tanto a la salud de los profesores como a las condiciones en las que se da la educación a través de las relaciones entre estudiantes, profesores y autoridades.

El trabajo de los profesores actualmente se caracteriza por la diversidad de actividades requeridas como: la adquisición de más grados académicos, la atención a estudiantes “difíciles” cada vez menos motivados y con pocas expectativas en su propia formación; a la búsqueda de financiamientos adicionales para la realización de sus funciones básicas como la investigación, realización de cursos, talleres, conferencias, diplomados, programas de apoyo adicional como tutorías individuales, organización de programas de servicio social, asesorías de tesis y actividades extra-curriculares, entre otras, tasados a través de la evaluación constante por organismos internos y externos a su institución para probar su calidad y desempeño en el trabajo en un contexto social adverso a través de una campaña de descalificación y linchamiento de la profesión docente promovido por los medios de comunicación.

En este contexto se pueden distinguir dos modelos de trabajo educativo y docente en la Ciudad de México: el primero, incluye a casi todos los profesores de educación superior y casi todas las instituciones de educación pública y privada. Este modelo se caracteriza por una visión productivista y mercantilista, como respuesta a las exigencias de la política neoliberal actual, con restricciones al presupuesto educativo, bajos salarios y programas de evaluación al desempeño. El segundo modelo que incorpora a los maestros de nivel bachillerato, surgió con el gobierno democrático de la ciudad en el año 2000, con plazas de tiempo completo, reducción de horas frente a grupo, trabajo individualizado por tutorías, salario digno a los profesores, aulas y edificios nuevos y equipados, con atención a estudiantes pertenecientes a zonas marginadas y cinturones de miseria de la Ciudad de México.

Cada modelo plantea diversos retos al trabajo docente y factores de riesgo psicosociales que es importante desentrañar.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y ESTRÉS

De acuerdo con Gil-Monte (2009) los factores psicosociales son todas aquellas condiciones existentes en una situación laboral vinculadas con: la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea e incluso con el entorno, y tienen la capacidad de afectar tanto positiva como negativamente la realización del trabajo mismo, así como la salud del trabajador; Tovalín y Rodríguez (2011) los definen como condiciones que surgen del proceso de organización y división del trabajo.

La transformación de factores psicosociales en FRPS-T, supone la consideración de varios de los siguientes criterios: la duración o tiempo de exposición a la condición que se percibe riesgosa; la intensidad del factor de riesgo; la frecuencia de presentación; y el potencial de daño o grado en que un factor es capaz de producir efectos negativos en la salud y el bienestar del trabajador (Villalobos, 2004). Por su parte Meliá, Nogareda, Lahera, Duro, Peiró, Salanova y Gracia (2006, pág. 16) los definen “como aquellos factores que pueden adoptar valores —por exceso, por defecto o por configuración— adversos o desfavorables que pueden afectar negativamente a la salud y seguridad de los trabajadores, así como al desarrollo del trabajo, entendiendo por factores psicosociales aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea”. Los FRPS-T comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo como el clima y la cultura organizacional, las funciones laborales y las relaciones interpersonales, así como el diseño y contenido de la tarea del trabajador que pueden ser potencialmente negativos e influir en la aparición del estrés laboral (Sauter, Murphy, Hurell, & Levi, 2001).

DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL

Selye (1978, p. 64) definió al estrés como una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que ocurra al organismo cuando la demanda externa excede los recursos disponibles, se convierte en un estado manifestado por un síndrome específico que incluye una serie de cambios inespecíficos en el sistema biológico. Posteriormente en 1981, el autor menciona que cualquier interacción de los individuos, derivada por los distintos procesos que se ven inmiscuidos en la producción, suceso, situación, condición o exigencia laboral, dependiendo su nivel de exigencia y carga producido se pueden percibir como un estímulo que produce una respuesta de estrés (Krohnea, 2002, p.2). Dicha situación conlleva a una amenaza al bienestar, incluyendo emociones indeseables (Lazarus, 1975, 1986) y exigencias ambientales de tipo físico o social (McGrath 1970), del mismo modo, Ramírez, D’Aubeterre y Álvarez (2010) mencionan que el estrés laboral es un estado de tensión personal o displacer generado por factores ligados directamente al entorno laboral o por factores externos vinculados estrechamente a él, que ocurre en condiciones de déficit personal cuando las exigencias del entorno superan los recursos individuales o bajo una frustración personal cuando los recursos individuales o ambientales son insuficientes (Caplan, 1987).

Para éste estudio se considerará el significado psicológico que los profesores señalen como fuentes de estrés y malestar ligados directamente a su entorno laboral, pueden ser posibles factores de riesgo psicosocial en el trabajo que desempeñan y que como lo señala Gil- Monte (2009) que deriven de la organización del trabajo, el contenido del puesto de trabajo y la realización de la tarea, y que adopten valores por exceso, defecto y configuración adversos o desfavorables capaces afectar negativamente la salud (Melia *et. al.*, 2006).

ESTRÉS, MALESTAR Y TRABAJO DOCENTE

Las condiciones en el trabajo docente se han modificado con un incremento de demandas laborales, una diversificación de funciones con exigencias tales como: una mayor productividad, nuevos perfiles docentes, cambios curriculares, innovaciones tecnológicas uso de TICs, elaboración de artículos para publicación, asistencia a congresos nacionales e internacionales, búsqueda y gestión de financiamientos para llevar a cabo sus proyectos, y particularmente, con la reforma educativa en México hay una mayor supervisión del trabajo docente a través de evaluaciones constantes que incrementa el riesgo de perder el trabajo o los incrementos salariales vía estímulos a la productividad, lo anterior pueden encaminar a diversos riesgos para el maestro, que como afirma la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998), la gama de riesgos puede ser extremadamente amplia dependiendo de las dimensiones del carácter de la institución, del tipo de programas académicos y de la naturaleza de las actividades de investigación (INSHT, 1994, p. 11).

Por otra parte, el malestar docente es entendido como el conjunto de consecuencias negativas que afectan a la personalidad del profesor a partir de la acción combinada de condiciones psicológicas y sociales en que se ejerce la docencia (Esteve, 1987). Prieto y Bermejo (2006) señalan que entre las principales consecuencias o manifestaciones del proceso se encuentra, en un nivel conductual, la falta de implicación en el trabajo, la disminución del rendimiento, el absentismo (como ausencia, bajas por enfermedad, peticiones de traslado, y abandono de la profesión), la inhibición, la rutina, etc. Entre las consecuencias psicológicas (malestar psicológico) se encuentran el cansancio, la insatisfacción, la irritabilidad, el insomnio, la ansiedad, la depresión, las adicciones y el burnout. Por último, en un nivel fisiológico se han citado quejas somáticas así como enfermedades tales como úlceras, hipertensión, trastornos cardiovasculares, entre otros.

En estudios recientes, Munera, Saenz y Cardona (2013), mostraron los niveles de riesgo psicosocial en 51 docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Colombiana "CES" dedicada al estudio de Ciencias de la Salud, clasificándolos en cuatro dominios: liderazgo y relaciones sociales en el trabajo, control sobre el trabajo, recompensas, y demandas del trabajo. El análisis del riesgo global intralaboral evidenció que si bien el porcentaje más alto de los docentes encuestados no presenta riesgo psicosocial (39,2%), existe un 37,3% de docentes que requieren intervención por encontrarse en un nivel alto y 23,5 % de docentes que ameritan observación.

Con relación al malestar, Esteve (1994) estudia algunos indicadores en los docentes y muestra una categorización de factores de primero y segundo orden. Los de primer orden, que incluyen: los recursos materiales y las condiciones directas de trabajo, tales como la relación docente-alumno; la violencia en las instituciones educativas; la carga de actividades en las que se halla inmersa la actividad docente y la relación docente-directivos y padres en la institución educativa. Los factores de segundo orden comprenden el contexto global o social donde se ejerce la docencia; cultura y valores imperantes en dicha sociedad; el imaginario social sobre

los docentes y las funciones que la sociedad ha atribuido o delegado al sistema educativo y por ende, a los docentes.

Así mismo, acudimos al ejemplo de Urquidi y Rodríguez (2010) con docentes adscritos a tres instituciones públicas de educación superior ubicadas en la región noroeste de México, los resultados muestran que las diez situaciones más estresantes se relacionan con los programas de estímulo académico que operan en las instituciones mexicanas desde 1990, las cuales son: omisión de actividades académicas importantes en el programa, los mecanismos para acreditar las actividades a concursar, cambios frecuentes en el reglamento, la forma burocrática de operar, inexactitud de los criterios del programa, las actividades de simulación promovidas por el programa de estímulos; y participar en comisiones o actividades no planeadas, la multiplicidad de tareas, sobrecarga de trabajo y asistir a reuniones prolongadas. Posteriormente realizaron un análisis factorial donde se muestran cuatro dimensiones que incorporan situaciones estresantes vinculadas, que son: la sobrecarga de trabajo y las limitaciones de tiempo para cumplir con las tareas académicas, el ambiente institucional, el reconocimiento que se otorga a través de los programas de estímulos y las condiciones físicas.

Respecto al estrés en docentes, Oramas (2013) compara su investigación realizada en trabajadores cubanos con estudios de una década anterior, observando mayor estrés en la actualidad, relacionado con la carencia de recursos materiales para el trabajo y otros aspectos organizacionales. Sánchez y Mantilla (2005) en un estudio llevado a cabo con maestros universitarios venezolanos, encontraron que las circunstancias estresantes para los docentes de ese país se relacionaban con la incertidumbre política, la percepción de falta de tiempo y los bajos recursos económicos, que en muchas situaciones no compensaba las demandas del trabajo. Mientras que en Argentina, las relaciones sociales de trabajo, el bajo salario, la multiplicidad de tareas y los espacios de trabajo inadecuados caracterizan las situaciones estresantes (Carbay, Benedetti, Paoloni, Senn, y Wehbe, 2001). En cuanto a México, un estudio realizado en docentes de la Universidad Autónoma Metropolitana, se encontró que los mayores índices de insatisfacción y posteriores generadores de estrés laboral crónico, se relacionaban con condiciones propias de la realización del trabajo como el sistema de estímulos implantado en las instituciones educativas y la sobrecarga laboral (Martínez, Méndez y Zúñiga, 2012). Con respecto a los educadores colombianos el contenido específico del trabajo, su organización y la carga mental derivada de la ejecución de actividades laborales, parecen ser los inductores más sobresalientes que producen un estrés crónico en los contextos de trabajo (Velásquez y Bedoya, 2010). En este sentido cabe resaltar que el factor económico condiciona las actividades y la producción académica (Botero, 2012).

La docencia es una profesión que contiene un alto índice de estresores causados por la sobrecarga de actividades y responsabilidades de diferentes jerarquías que le exigen llevar a cabo, sin ofrecerle los recursos necesarios para poder cumplir con los requerimientos exigidos; es una profesión obligada a realizar mal sus tareas y aunque no todos los docentes que perciben este malestar finalizarán estresados,

el malestar docente en condiciones de persistencia puede llegar a desencadenar estrés (Gavilán, 1999).

Es así como en diversas poblaciones se han encontrado una amplia gama de estresores como: las relaciones interpersonales, los bajos salarios, las múltiples tareas, la falta de reconocimiento y los espacios de trabajo inadecuados que caracterizan el malestar en las y los académicos argentinos (Carbay *et al*, 2001 citado en Urquidi y Rodríguez 2010). Un estudio realizado en Bélgica por Van Droogenbroeck, Spruyt y Vanroelen (2014) señala que cuatro relaciones interpersonales (estudiantes, colegas, supervisores y padres), la carga de trabajo asociada y no asociada a la docencia (e.g. papeleo) y la autonomía están relacionados al burnout.

En muchos países la docencia se ha convertido en una profesión precaria y a consecuencia de ello, el personal docente se ha empobrecido debido a la falta de recursos, contratos de corta duración y a tiempo parcial, sueldos insuficientes, escaso reconocimiento social, una formación deficiente y a la falta de un desarrollo profesional permanente (OIT/ UNESCO, 2008).

En un estudio realizado por Rojas y Bautista (2010) en profesores universitarios de enfermería geriátrica, se encontró diferencias en la percepción de las exigencias psicológicas cuantitativas por parte de los hombres pues en comparación con las mujeres, tienen peor relación entre la cantidad de trabajo y tiempo disponible, con ello infieren que los hombres son más inseguros en el trabajo y tienen menor claridad de rol.

De acuerdo a Ramón y Ferradás (2013), las mujeres presentan mayores niveles de estrés percibido que los hombres y para enfrentar al estrés recurren al apoyo social, mientras que los hombres buscan estrategias que tengan que ver con la realización de alguna acción, por ejemplo la resolución del conflicto. Del mismo modo Valencia (2013) realizó un estudio en la Ciudad de México, con un grupo de trabajadores de diversas empresas y puestos, incluidos gerentes y operarios, donde los resultados indicaron que existen factores organizacionales que provocan estrés, destacando el clima, la estructura, la influencia del líder y la falta de cohesión; reafirmando que las mujeres se estresan más que los hombres, lo que puede estar asociado a los diferentes roles que cubren las mujeres actualmente, como ser madres, esposas, trabajadoras, etc. y que a su vez tienen mayores demandas y menos recompensas en cuanto al salario y al reconocimiento.

Por otro lado Matud, Rodríguez y Matud, (2002) y Cladellas y Castelló (2011), no encontraron diferencias significativas en cuanto al estrés en profesores y profesoras de secundaria y de nivel superior.

OBJETIVO

Comparar por sexo las fuentes de estrés y malestar que pueden ser posibles FRPS-T en dos muestras de profesores, una a nivel superior y otra a nivel bachillerato de la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

1. Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, con un criterio de inclusión de profesores en activo. Se trabajó con un diseño exploratorio transversal exposfacto y de campo. Se entrevistaron a 144 profesores, 108 provenientes de una institución de educación superior y 36 de 11 distintos bachilleratos del GDF; 70 hombres (48.6%) y 74 mujeres (51.4%). La edad promedio fue de 48 años, (31-67) con una DE=8.85. El promedio de años de antigüedad fue de 16 años, (1-40) con una D=10.18. El promedio de horas contratadas es de 35, (4-55) con una DE=9.02; Las horas frente a grupo tienen una M= 20, (7- 55) con una DE=8.86. En relación al grado académico: 47 con licenciatura (33.6%), 70 de maestría (48.6%), doctorado 21 (14.6%), especialidad 2 (1.4%), y 4 (2.8%) no contestaron

2. Instrumentos

1. Ficha de datos sociodemográficos: edad, sexo, antigüedad, horas contratadas y grado académico (impresas en la primera hoja).
2. Ficha de redes semánticas de acuerdo a la técnica de Reyes- Lagunes (1993).

Esta se formó por 4 hojas impresas, con frases estímulo que se distribuyeron en diversas presentaciones en la aplicación para evitar el efecto de acarreo.

Dos frases fueron las que interesan en el estudio y tuvieron la función de distractoras:

EN MI TRABAJO ME ESTRESA...
EN MI TRABAJO ME MOLESTA...

3. Procedimiento

Se aplicó el instrumento a profesores que accedieron voluntariamente a contestar, la aplicación se realizó individualmente, se les pidió que contestaran lo más honestamente posible y se les reiteró que los datos eran confidenciales. Antes de iniciar se pidió llenar los datos sociodemográficos y leer las instrucciones. Se les proporcionó un ejemplo de cómo realizar las respuestas.

Se les dieron instrucciones por escrito, pidiendo definir el estímulo con un mínimo de cinco palabras sueltas como verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, nombres, pronombres sin utilizar artículos o preposiciones que jerarquizaran todas las palabras en función de la relación de importancia o cercanía que tuvieran con el estímulo definido.

Al término se revisó que todas las palabras escritas contarán con la jerarquización asignada. Toda la tarea se realizó de manera individual. Se sugirió ocupar un máximo de tres minutos por palabra, el máximo de tiempo ocupado por los participantes fue de 30 min.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el vaciado de datos se cuidó respetar la ortografía de las palabras para evitar errores en el recuento, se respetaron todas las palabras descritas por los participantes.

Al término se asignó el valor J para el número total de palabras aportadas en la muestra total.

El Peso Semántico (ψ_s) se consideró a través de la suma de la ponderación de las frecuencias por la jerarquización asignada por el grupo, en el que los jerarquizados por uno se multiplicaron por diez, el 2 por nueve y así sucesivamente hasta finalizar la ponderación. A partir de obtener el ψ_s de las definidoras, se seleccionó el conjunto Semantic Association Memory (S_{AM}), el cual está formado por las definidoras establecidas a partir del punto de quiebre, que en la mayoría coincidió con las primeras 15 palabras.

La Distancia Semántica Cuantitativa (D_{SC}) se determinó al asignarle al puntaje más alto el 100% y las subsecuentes a través de una regla de tres a partir de ese valor.

Se procedió a graficar cada uno de los resultados por grupo y al final se integró un cuadro que concentra las palabras jerarquizadas para poder realizar el análisis.

Para presentar los resultados los grupos a considerar son: la muestra total de docentes de nivel licenciatura y de bachillerato y la muestra de hombres de ambas instituciones, la muestra de mujeres y al final la comparación entre ambos.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las diferencias para la frase definidora, EN MI TRABAJO ME ESTRESA..., se puede observar que los hombres (H) de bachillerato consideran a las autoridades (100%) como la principal fuente de estrés, seguida por el ausentismo (93%); mientras que para los de educación superior es la burocracia (100%) seguida por tiempo (78 %), el punto de quiebre en Bch fue el tráfico con 34% y para ES la palabra alumnos también con 34%.

En el conjunto S_{AM} los profesores de Bch consideran estresantes dentro de las condiciones de organización a las autoridades, salario, burocracia, horario y tiempo; en cuanto al contenido del trabajo o actividad propia del puesto, el ausentismo, la impuntualidad, la falta de profesionalismo, la irresponsabilidad, los estudiantes y la elaboración de reportes; en cuanto a las condiciones en la que se realiza la tarea, a la falta de material y el tráfico.

Los H de ES consideran como fuentes de estrés en la organización a la burocracia, el tiempo, horario, autoridades, salario, en cuanto al contenido del trabajo, a la indiferencia, irresponsabilidad, impuntualidad, incompetencia y alumnos; y en las condiciones en las que se desempeña el trabajo, al ruido, los espacios, el estacionamiento, y recursos.

Tabla 1. Resultados del conjunto SAM en hombres de ambos niveles (en mi trabajo me estresa...)

Profesores hombres bachillerato			Profesores hombres nivel superior		
Palabra	PS	DSC%	Palabra	PS	DSC%
Autoridades	41	100	Burocracia	99	100
Ausentismo	38	93	Tiempo	77	78
Falta de material	34	83	Horario	77	78
Salario	25	61	Ruido	66	67
Burocracia	23	56	Autoridades	45	45
Horario	23	56	Indiferencia	45	45
Impuntualidad	21	51	Salario	41	41
Instalaciones	20	49	Espacios	41	41
Falta de profesionalismo	19	46	Irresponsabilidad	35	35
Irresponsabilidad	19	46	Impuntualidad	31	31
Tiempo	19	46	Incompetencia	31	31
Falta de apoyo	18	44	Estacionamiento	30	30
Estudiantes	15	37	Suciedad	22	22
Reportes	14	34	Recursos	14	34
Tráfico	14	34	Alumnos	14	34

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos de las fichas

Como se observa en la siguiente tabla (Tabla 2), hay ocho palabras que son iguales en ambas muestras, pero con diferentes PS y DSC, las palabras incluidas podemos considerarlas como situaciones estresantes propias de la actividad docente, y de las condiciones de organización de los centros educativos para los H.

En cuanto a las palabras que solo aparecieron en H del Bch están ausentismo, falta de material, instalaciones, falta de profesionalismo, falta de apoyo, y reportes, y para ES ruido, indiferencia, espacios, incompetencia, estacionamiento, suciedad y recursos.

Tabla 2. Diferencias de estresores entre profesores hombres de bachillerato y de educación superior

Hombres bachillerato	PS	DSC%	Hombres nivel superior	PS	DSC%	X ²	Nivel de significancia
Autoridades	41	100	Autoridades	45	45	20.86	.001
Salario	25	61	Salario	41	41	3.92	-
Burocracia	23	56	Burocracia	99	100	12.41	.001
Horario	23	56	Horario	77	78	3.61	
Impuntualidad	21	51	Impuntualidad	31	31	4.88	.05
Irresponsabilidad	19	46	Irresponsabilidad	35	35	1.49	---
Tiempo	19	46	Tiempo	77	78	8.26	.05
Estudiantes	15	37	Alumnos	14	34	.13	---

*Para establecer las diferencias significativas con la prueba X² se tomó el resultado expresado en la DSC por la diferencia de participantes en cada muestra.

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos de las fichas

Los resultados de la tabla 2 señalan diferencias significativas en el DSC en ambas muestras en autoridades (100% vs 55%) e impuntualidad con (51% vs 31%) que son estresores más para los profesores de Bch y en ES, mayormente burocracia, (100% vs 56%) y tiempo (76%vs 48%), en los otros estresores no se encontró diferencias significativas.

Las mujeres (M) (ver Tabla 3) de Bch consideran como los principales estresores, la inestabilidad laboral (100%), los compañeros (90%) y las de ES, el tiempo (100%) y el horario (86%).

Como parte de la organización las M de Bch señalan como estresores a la inestabilidad laboral, autoridades, el sindicato, desorganización, las juntas, el tiempo y las evaluaciones; como parte del contenido del trabajo que les resulta estresante; al ausentismo, apatía, impuntualidad y al ego; en cuanto a las condiciones para realizar su trabajo; señalaron a los compañeros, la violencia, el no tener una cafetería y la falta de compañerismo. Las M de ES señalan de las condiciones propias de la organización como estresores al tiempo, el horario, la presión, el salario, la burocracia, la prepotencia, los jefes y las autoridades. En cuanto al contenido del trabajo, la irresponsabilidad, los alumnos, la ignorancia y las actividades; y en lo referente a las condiciones para realizar el trabajo, al ruido, la suciedad y los espacios.

Tabla 3. Resultado del conjunto SAM en mujeres de ambos niveles (En mi trabajo me estresa...)

Profesoras mujeres bachillerato			Profesoras mujeres nivel superior		
Palabra	PS	%	Palabra	PS	%
Inestabilidad laboral	29	100	Tiempo	103	100
Compañeros	26	90	Horario	86	83
Autoridades	24	83	Ruido	67	65
Ausentismo	24	83	Suciedad	50	49
Apatía	20	69	Presión	42	41
Sindicato	19	66	Irresponsabilidad	40	39
Desorganización	18	62	Salario	40	39
Impuntualidad	18	62	Burocracia	36	35
Violencia	18	62	Espacios	32	31
Juntas	15	52	Prepotencia	32	31
Tiempo	14	48	Alumnos	31	30
Ego	10	34	Jefes	31	30
Evaluaciones	10	34	Ignorancia	29	28
Falta de cafetería	10	34	Actividades	26	25
Falta de compañerismo	10	34	Autoridades	26	25

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos de las fichas

De las definidoras coincidentes en ambos grupos consideradas como estresores se observa diferencias en el peso semántico; las autoridades (83% vs 25%) y el tiempo (48%vs 100%). La tabla 4 muestra las diferencias significativas con la prueba de X².

Tabla 4. Diferencia estadísticamente significativa de palabras definidoras de estrés entre mujeres de Bch y ES

Bachillerato	PS	DSC	Educación superior	PS	DSC	Chi2	Nivel de significancia
Autoridades	24	83	Autoridades	26	25	31.15	.001
Tiempo	14	48	Tiempo	103	100	18.27	.001

*Para establecer las diferencias significativas con la prueba X^2 se tomó el resultado expresado en la DSC por la diferencia de participantes en cada muestra.

Las profesoras de Bch destacan aspectos que no se tocan en los otros grupos y que son considerados en muchas organizaciones como sumamente estresantes, tales como la inestabilidad laboral, la violencia y la falta de compañerismo que reflejan condiciones propicias para el abuso y el acoso junto con poco apoyo social. En las M de ES son la presión y la prepotencia, estas definidoras probablemente puedan estar relacionadas con ambientes de acoso, violencia y hostigamiento, sobre todo las que laboran en Bch.

Los resultados para H y M, coinciden en señalar a las autoridades la burocracia y los jefes, como los que propician ambientes organizativos estresantes en el ámbito educativo; los salarios siguen considerados insuficientes y fuentes de estrés; el deterioro de las relaciones interpersonales propician señalar a los estudiantes y compañeros de trabajo como fuentes de estrés, aunado a las condiciones desfavorables, como la falta de mantenimiento de instalaciones y la falta de recursos para ejercer el trabajo, todas estas son consideradas condiciones estresantes en el trabajo.

RESULTADOS DE LA FRASE DEFINIDORA EN MI TRABAJO ME MOLESTA...

En la tabla 5, se observa que para los H de Bch que lo más molesto en el trabajo es la apatía (100%) y la falta de material (77%); mientras que los de ES consideran en primer lugar la burocracia (100%) y en segundo la apatía (47%).

Como se observa en el conjunto SAM las condiciones de organización que reportan como molestas los H de Bch son las autoridades, burocracia, favoritismo y falta de apoyo. En cuanto al contenido del trabajo, lo que les molesta, es la apatía, el ausentismo, la falta de compromiso, y la impuntualidad; y en lo referente a las condiciones en las que realizan su trabajo, incluyen la falta de material, hipocresía, a los compañeros, el acoso, explotación y la grilla. Para los H en ES, lo que les causa malestar como parte de la organización es la burocracia, el autoritarismo, el salario y la discriminación; en el contenido del trabajo, la apatía, irresponsabilidad, indiferencia, el ausentismo, la incompetencia, la simulación y el conformismo; y las condiciones en las que se realiza el trabajo los espacios, la basura, la inseguridad y los baños.

Tabla 5. Resultado del conjunto SAM para hombres de ambos niveles para la frase "En mi trabajo me molesta..."

Profesores hombres bachillerato			Profesores hombres nivel superior		
Palabra	PS	DSC %	Palabra	PS	DSC %
Apatía	39	100	Burocracia	138	100
Falta de material	30	77	Apatía	65	47
Autoridades	24	62	Autoritarismo	51	37
Impuntualidad	24	62	Irresponsabilidad	47	34
Falta de compromiso	23	59	Indiferencia	37	27
Ausentismo	21	54	Salario	36	26
Burocracia	20	51	Espacios	32	23
Hipocresía	18	46	Basura	31	22
Compañeros	16	41	Ausentismo	28	20
Favoritismo	13	33	Incompetencia	28	20
Acoso	11	28	Simulación	28	20
Falta de apoyo	11	28	Conformismo	27	19
Ambiente	10	26	Inseguridad	27	19
Explotación	10	26	Baños	26	19
Grilla	10	26	Discriminación	26	19

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos de las fichas

Las definidoras que aparecen coincidentes en ambos grupos son la apatía, el ausentismo y la burocracia. En la Tabla 6 se observan que los H de ambos grupos las señalan, pero les otorgan distinto peso semántico y reportan diferencias significativas con la prueba de X^2 , la apatía, que es mayor en Bch con un DSC de 100 % vs 47%, ausentismo con un DSC 54% vs 20% y en ES burocracia resultó mayor con un DSC de 100% vs 51%

Tabla 6 Diferencias estadísticamente significativas en definidoras de malestar entre hombres de Bch y ES

Bachillerato	PS	%	Educación superior	PS	%	Chi2	Nivel de significancia
Apatía	39	100	Apatía	65	47	19.11	.000
Ausentismo	21	54	Ausentismo	28	20	15.62	.000
Burocracia	20	51	Burocracia	138	100	15.90	.000

*Para establecer las diferencias significativas con la prueba X^2 se tomó el resultado expresado en la DSC por la diferencia de participantes en cada muestra.

Las mujeres de Bch (Tabla 7) consideran a la apatía como la mayor fuente de malestar en su trabajo (100%) seguido de la falta de material; y las profesoras de ES consideran a la Suciedad (100%) seguido por la burocracia (85%).

Tabla 7 Resultados de mujeres de ambos niveles En mi trabajo me molesta...

Profesores mujeres bachillerato			Profesores mujeres nivel superior		
Palabra	ps	%	Palabra	ps	%
Apatía	52	100	Suciedad	117	100
Falta de material	32	62	Burocracia	100	85
Compañeros	27	52	Apatía	95	81
Falta de compromiso	27	52	Injusticia	57	49
Instalaciones	24	46	Impuntualidad	49	42
Ausentismo	21	40	Irresponsabilidad	46	39
Autoridades	20	38	Autoritarismo	44	38
Hacinamiento	19	37	Indiferencia	42	36
Falta de apoyo	17	33	Favoritismo	35	30
Maltrato	15	29	Negligencia	34	24
Tiempo	14	27	Prepotencia	33	28
Ruido	13	25	Sindicato	29	25
Aburrimiento	10	19	Materiales	29	25
Corrupción	10	19	Compromiso	29	25
Falta de capacitación	10	19	Espacios	28	24

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados obtenidos de las fichas

En el conjunto SAM las M de Bch señalan como fuente de malestar originados por la organización a las autoridades, al tiempo y a la corrupción; en cuanto al contenido de su trabajo la apatía, la falta de compromiso, el ausentismo y el aburrimiento; y las referidas a condiciones en las que se realiza el trabajo, la falta de material, los compañeros, las instalaciones, el hacinamiento, el maltrato, el ruido y la falta de capacitación. Para las M de ES las condiciones de la organización que generan malestar son la burocracia, la injusticia, el autoritarismo, el favoritismo, la negligencia, la prepotencia y el sindicato; en cuanto al contenido del trabajo la apatía, la impuntualidad, la irresponsabilidad, la indiferencia y el compromiso; y las condiciones en las que se realiza el trabajo la suciedad, los materiales y los espacios.

La única definidora para malestar coincidente entre los dos grupos fue la apatía, pero como se observa en la tabla 8 no se encontraron diferencias estadísticamente con la prueba de X^2 .

Tabla 8. Diferencias de estresores entre profesoras mujeres de bachillerato y de educación superior para la frase definidora En mi trabajo me molesta...

Bachillerato	ps	%	Educación superior	ps	%	Chi2	Nivel de significancia
Apatía	52	100	Apatía	95	81	1.99	_____

*Para establecer las diferencias significativas con la prueba X^2 se tomó el resultado expresado en la psc por la diferencia de participantes en cada muestra.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos del significado psicológico del estrés y malestar en el ámbito del trabajo en docentes de ES y Bch. existen algunas diferencias:

Por un lado observamos que los profesores de ES señalaron como fuentes de estrés; la falta de recursos, las condiciones de descuido, falta de mantenimiento, suciedad de las instalaciones y baños, mientras que los docentes que trabajan en Bch señalaron; la falta de materiales, el hacinamiento y problemas con el mantenimiento de las instalaciones, por lo que suponemos lo anterior se debe a la falta de presupuesto para las instituciones educativas, similar a lo investigó Oramas (2013) que compara los niveles de estrés laboral en docentes cubanos, observando un decremento en los recursos materiales y facilidades para el trabajo.

Resulta alarmante el que los Bch del GDF, a quince años de su creación ya resienten las restricciones presupuestales, lo que limita la innovación de su modelo educativo y en ES esta política presupuestal hacia las Instituciones públicas a nivel mundial continúa desde hace casi treinta años y afecta directamente a los docentes (Aristegui & Martínez; 2008; Saforcada, Migliavacca & Jaimovich, 2008). Moreno en 2010, menciona que la situación financiera de la educación superior ha generado una crisis y afecta los salarios de los profesores y Sánchez y Mantilla (2005), también encontraron que las circunstancias estresantes para los docentes de ese país se relacionaban con la percepción de bajos recursos económicos, que en muchas situaciones no compensaba las demandas del trabajo.

Otro aspecto generalizado en profesor@s de Bch y de ES, es señalar a los estudiantes apáticos, irresponsables, indiferentes e impuntuales, con niveles altos de ausentismo, como una fuente importante de estrés en su trabajo; algunos autores como Esteve (1998); Parra, (2005); Gómez y Carrascosa (2000), refieren que la complejidad del trabajo docente se centra en que los "objetos" propios de su materia de trabajo son sujetos, lo que implica una relación no solo de trasmisión de conocimientos sino de involucramiento afectivo, de expectativas humanas, mediadas por una realidad social conflictiva, donde el valor social de la educación se ve mermado ante las exigencias del mercado, la descomposición social y el papel de la figura docente minimizada por una campaña de desprestigio social.

Lo anterior complica y complejiza la interacción actual entre docentes y estudiantes, aunado a la poca importancia que representa el atenderlos en ES para el ingreso y permanencia en los programas de estímulos, lo que contribuye a que los profesores tengan menor tolerancia, interés y más molestias ante las condiciones de desempeño de sus estudiantes dentro del aula (Unda, 2010, 2014).

Una constante, tanto en H como M de ambos niveles educativos (Bch. y ES) fue el señalamiento del horario y el tiempo como fuente del estrés y malestar en el trabajo docente. Lo anterior puede ser explicado porque algunos docentes trabajan en diversas instituciones educativas para completar el salario que permita atender

sus necesidades de vida, Aunque por otro lado existen diversos estudios que mencionan que el incremento de actividades (llegando incluso a la sobrecarga laboral) es debido a las exigencias productivistas por pertenecer a programas de estímulos, Urquidi, & Rodríguez en 2010 consideran que la presencia de estrés y diversos problemas de salud están relacionados con la sobrecarga de trabajo que representa la participación de docentes universitarios en los programas de estímulo académico que operan en nuestro país desde hace veinticinco años.

Otra fuente de estrés en los H de Bch son las autoridades y en ES la burocracia. Las M de Bch consideran a la inestabilidad laboral y en ES el tiempo. En cuanto al malestar, los H de Bch señalan a la apatía y en ES, a la burocracia. Para las M de Bch, nuevamente la apatía y en ES, la suciedad.

Las fuentes de estrés señaladas en Bch (las autoridades) puede deberse a la inexperiencia y falta de liderazgo de las autoridades de una institución novel como son estas escuelas, pero también porque en las mismas, se repite el patrón de nombrar personal directivo que no tiene experiencia, liderazgo o formación en el ámbito académico, capaces de llevar a cabo un proyecto alternativo, pues a veces responden más a nombramientos políticos del gobierno en turno.

En ES, la exacerbación de la burocracia es el resultado de la diversidad de trámites y requerimientos administrativos que subordinan a la academia en nombre de la productividad, la calidad y la excelencia. El aumento de supervisión del trabajo docente a través programas para evaluar desempeño y obtener mayores recursos o incrementar salario de los docentes, ha contribuido a aumentar y complejizar los trámites burocráticos

En el 2007 Gil-Monte señaló como una de las fuentes de estrés laboral a la configuración estructural de la organización señalando particularmente el papel de la burocracia mecánica y profesionalizada, la política organizacional, la ausencia de apoyo institucional y las normas burocráticas, también Murillo y Becerra en el 2009, señalan que testimonios de docentes evidencian la relación entre el clima relacional en los centros educativos y el estrés, agotamiento y malestar; los resultados que obtienen en su estudio con redes semánticas son similares a los encontrados aquí pues señalan entre otros significados al autoritarismo, la falta de tiempo, la diversidad, el dinero, la presión y la desorganización.

La inestabilidad laborar señalada en el grupo de M de Bch como una fuente de estrés, puede responder a la noticia de la aprobación de la reforma educativa del 2013 que señala la obligatoriedad de evaluación del trabajo docente por un organismo extra institucional (Instituto Nacional de Evaluación Educativa) que puede determinar la permanencia o no del docente en su trabajo como resultado de dicha evaluación.

Y en las M de ES el señalar el tiempo, puede deberse al incremento de actividades como ya se señaló, aunado a las actividades familiares y de trabajo doméstico producto de la doble Jornada de trabajo.

En referencia al malestar, tanto H como M de Bch consideran a la apatía, pensamos que este señalamiento se debe fundamentalmente a lo que los profesores señalan como queja constante, que ellos atienden a población estudiantil altamente desmotivada, con pocos recursos en cuanto al capital cultural y personal, de un origen socioeconómico bajo, con problemas de adicciones y con poca adherencia a la escuela y que requiere de una atención personalizada, un seguimiento estrecho por parte de los docentes y que no necesariamente reporta grandes logros y avances en su desempeño, lo que puede molestar incomodar o estresar a los docentes de éste nivel educativo.

En otro punto las M en Bch señalan como fuente de estrés y malestar a las relaciones con los compañeros de trabajo, junto con condiciones de acoso, violencia, ego y falta de compañerismo; mientras que las M de es señalan la presión, prepotencia, de los jefes, la ignorancia, lo que reflejan también condiciones de trabajo demandantes complejas y propicias para situaciones de violencia y acoso hacia el personal femenino.

De acuerdo con Rodríguez Oramas y Rodríguez (2007) el clima inadecuado de trabajo junto con falta de apoyo social entre colegas son fuentes de estrés en los docentes y estas situaciones negativas pueden afectar gravemente la capacidad de trabajo, estos sentimientos negativos se manifiestan en la pérdida de implicación con los alumnos y las tareas cotidianas del docente.

Uribe (2011) señala que los factores como el clima organizacional, la organización en el trabajo (burocracia, horario, desorganización) y el estilo de liderazgo (autoritarismo) son condiciones que favorecen la presencia de acoso laboral y Aldrete, Pando, Aranda y Torres en 2006 señalan en un estudio realizado en una Institución de Educación Superior en Guadalajara México, que el 86% de mujeres docentes se considera víctima de acoso, por lo que es más común las repercusiones en mujeres, sin dejar de lado las afectaciones a los hombres .

En conclusión, las fuentes de estrés que a través del significado psicológico expresan tanto profesores como profesoras de ambos niveles educativos coinciden con otros estudios realizados desde los noventas hasta fechas recientes (Antor, 1999; Fontana, 1995; González, Zurriaga & Peiró, 2002; Ramírez, D'Aubeterre & Álvarez, 2010; Sánchez & Mantilla, 2005) que señalan los cambios y exigencias del trabajo docente en las últimas tres décadas, que incide sin lugar a dudas en la conformación de factores de riesgo psicosociales que pueden ser dañinos para los trabajadores de la educación.

Los malestares señalados por los docentes, también reflejan conflictos propios de la profesión y del trabajo, docente, junto con los cambios propiciados por las políticas educativas que son caldo de cultivo de ambientes y climas escolares competitivos, productivistas propicios para el maltrato, la violencia y acoso dentro del trabajo, ya que el apoyo social disminuye en ambientes burocráticos y autoritarios.

Con respecto el estrés y malestar en el ámbito del trabajo entre H y M las diferencias se encontraron particularmente en que los H hacen mayor referencia a

las condiciones de la organización y las mujeres en las condiciones en las que se realiza el trabajo.

Particularmente es preocupante observar los resultados de los y las profesoras de bachillerato pues corresponden a un modelo alternativo que de no ser atendido con medidas de intervención adecuadas, desarrollará una falta de compromiso desdibujando los principios filosóficos y humanistas en los que se sustentó en su creación.

Los ambientes laborales de es reflejan el cambio de ethos de la profesión docente y el incremento y diversificación de demandas y problemas a los que los profesores se enfrentan cotidianamente en sus lugares de trabajo que hacen desde la perspectiva de los propios docentes lugares peligrosos y dañinos para la salud.

Las recomendaciones serán entonces realizar evaluaciones sistemáticas sobre los factores psicosociales en el trabajo docente que son capaces de producir estrés, malestar y daños a la salud como unas de las consecuencias por parte de las políticas hacia las instituciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrete, G., Pando, M., Aranda, C., y Torres, T., (2006) Acoso psicológico en el trabajo: ¿un problema de género? Enseñanza e Investigación en Psicología, 11 (1) 53-63 <http://www.cucs.udg.mx/iiso/files/File/502%20Acoso%20psicol%F3gi%20co%20en%20el%20trabajo%20un%20%20problema%20de%20g%E9nero.pdf>
- Aróstegui, José Luis y Martínez Rodríguez, Juan Bautista (coords.) (2008). Globalización, posmodernidad y educación. La calidad como coartada neoliberal. Madrid, Akal
- Aldrete, G., Pando, M., Aranda, C., y Torres, T., (2006) Acoso psicológico en el trabajo: ¿un problema de género? Enseñanza e Investigación en Psicología 11(1) 53-63.
- Antor, M. (1999) *Estrés, autoeficiencia y afrontamiento en docentes de preescolar*. Tesis de Maestría de la Universidad Simón Bolívar, Caracas.
- Cabanach, R; Fariña, F; Freire, C; González, P. & Mar Ferradas, M. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*. 6:19-32. doi:10.1989/ejep.v6i1.100
- Caplan, R. (1987). Person-Environment Fit Theory and Organizations: Commensurate Dimensions, Time Perspectives, and Mechanisms. *Journal of Vocational Behavior*, 31: 248-267.
- Carbay, M.I; Benedetti, A; Paoloni, P.C; Senn, S. y Wehbe, P. (2001). Salud mental y educación superior. Malestar docente. Ponencia presentada en el Quinto Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires, Argentina, 1-4 de agosto, 2001. Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del trabajo (ASET). Recuperado 05/02/2012 de: <http://www.aset.org.ar/congresos/5/aset/PDF/CRABAY.PDF>
- El Universal (2014, Junio 17). Mujeres sufren más estrés que los hombres en el trabajo. México. Retrieved from <http://www.eluniversal.com.mx/ciencia/2014/mujeres-estres-trabajo-90258.html>

- Esteve, J. M. (1987). El malestar docente. Barcelona: Laia.
- Esteve J, (1998). El sistema educativo ante la encrucijada del cambio social: una mirada hacia el futuro. *Aula Abierta*. (72): 23-62, <http://www.unrc.edu.ar/publicar/cde/2h3.html>.
- Fontana, D. (1995) Control del Estrés. Manual Moderno, México
- García, C. & Vaillant, D. (2009). Desarrollo profesional docente: ¿Cómo se aprende a enseñar? Madrid, España: NARCEA.
- Gavilán, M. (1999) La desvalorización del rol docente. *Revista Iberoamericana de Educación*. Num. 19. Biblioteca Digital de la OEI Recuperado de <http://www.rioei.org/oeivirt/rie19a05.htm>
- Gómez L, Carrascosa J. 2000. Prevención del estrés profesional docente. Valencia: Generalitat Valenciana.
- González, V., Zurriaga, R. y Peiró, J. (2002). Análisis y diagnóstico de las situaciones y experiencias de estrés colectivo en las unidades de trabajo y en las organizaciones de servicios sociales. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 20, 11-21.
- Lazarus, R. (1975). A Cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 30, 553-560
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Martínez Roca.
- Martínez, S, Méndez, L. y Zúñiga, J. (2012). Sobre la salud de los docentes universitarios de la UAM Xochimilco, 1–17. Retrieved from http://www.uam.mx/carrera_academica/correo/08_SUSANA_MARTINEZ_ALCANTARA.pdf
- McGrath, J. (1970). Social and psychological factors in stress. New York: Holt
- Meliá, J. L; Nogareda, C; Lahera, M; Duro, A; Peiró, J. M; Salanova, M; Gracia, D. (2006). Principios Comunes para la Evaluación de Riesgos Psicosociales en la Empresa, 13–36. MELSOI/1998/I)
- Moreno C., (2010) *Todo está para Hacer pero no se hace*: Pensamientos, Realidades y Posibilidades en la Educación Superior. Bruselas, CESAL. http://www.academia.edu/8272872/Todo_esta_para_hacer_pero_no_se_hace._Pensamientos_realidades_y_posibilidades_en_la_educaci%C3%B3n_superior
- Munera, M; Saenz, M y Cardona, D. (2013). Nivel de riesgo psicosocial intralaboral de los docentes de la Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín, 2011. *CES Medicina*, 27(2), 163–176. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/ces_m/v27n2/v27n2a04.pdf
- Murillo y Becerra (2009), Las percepciones del clima escolar por directivos, docentes y alumnado mediante el empleo de «redes semánticas naturales». Su importancia en la gestión de los centros educativos, *Revista de Educación* (350). 375-399 http://www.revistaeducacion.educacion.es/re350/re350_16.pdf
- OIT. (1998) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo; Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo4/sumario.pdf>
- OIT/UNESCO. (2008). Informe intermedio sobre alegaciones de organizaciones de docentes relativas al incumplimiento de las recomendaciones de 1966 y 1997 sobre el personal docente. Ginebra. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_099846.pdf

- Oramas, A. (2013). *Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria*. ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Retrieved from http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis_-_ARLENE_ORAMAS_VIERA.pdf
- Parra M. (2005). Condições de trabalho e saúde no trabalho docente. *Revista PREALC (UNESCO)*.1: 134-145.
- Prieto, M. y Bermejo, L. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una muestra de profesores de Secundaria. (Spanish). *Revista de Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones*, 22, 45–73. doi:10.2307/3247269 profesionales (Ginebra, 30 de marzo — 3 de abril de 1998) (Ginebra, documento MELSOL/1998/R), segunda edición (Ginebra).
- Ponce, C. Bulnes, M., Aliaga, J., Atalaya, M. y Huertas, R. (2005). El síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología*, 8 (2); 87-112. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a07.pdf
- Ramírez, T; D’Aubeterre, M; y Álvarez, J. (2010). Dimensiones asociadas al estrés laboral de los maestros Venezolanos. *Investigación Y Postgrado*, 25, 33–62. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Reyes-Lagunes, I. (1993) Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 11:81-97.
- Rojas, J. y Rodríguez, J. (2010). Factores de riesgo psicosociales en el profesorado de Enfermería Geriátrica de universidades españolas (1ª parte). *Gerokomos*, 21(4) 158-166. ISSN 1134-928X.
- Rodríguez L, Oramas A y Rodríguez E. 2007. Estrés en docentes de educación básica: estudio de caso en Guanajuato, México. *Salud en los trabajadores*. 15(1): 5-16. <http://www2.scielo.org.ve/pdf/st/v15n1/art02.pdf>
- Saforcada, Migliavacca y Jaimovich, 2008, Trabajo docente y Reformas neoliberales: debates en la Argentina de los 90’s, en Feldbergy M., y Oliveira D., Comp. Políticas Educativas y Trabajo docente: nuevas regulaciones, nuevos sujetos, Noveduc, Buenos Aires.
- Sánchez, M. y Mantilla de Gil, M. (2005). Situaciones generadoras de los niveles de estrés en docentes universitarios, 9, 140–162.
- Sauter, S; Murphy, L; Hurrell, J. y Levi, L. (2001). Factores psicosociales y de organización. *Enciclopedia de Salud Y Seguridad En El Trabajo*, 73.
- Selye, H. (1978) *The stress of life*. New york: McGraw-Hill
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzilge des Stresskonzepts. En Nitsch, J. R. *Stress, Theorien, Untersuchungen und Massnahmen*. Bem/Stuttgart/Wien : Verlag Hans Huber.
- Tovalín, H. y Rodríguez, M. (2011). Conceptos básicos en la evaluación del riesgo psicosocial en los centros de trabajo. In J. P. Editor (Ed.), *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicosocial en el trabajo* (1st ed., p. 224). Cuernavaca, México.
- Unda, S., (2010), Estudio de Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y su Asociación con Sobrecarga y Autoeficacia en Maestros de Primaria de la Ciudad de México, *Ciencia y Trabajo*, (55), 257- 262.
- Unda S, (2014) Significado psicológico del estrés laboral y del malestar en profesores universitario, *Remo*, 12 (26) 48-62

- Uribe, F., (2011). *Violencia y acoso en el trabajo mobbing*. Mexico: Manual moderno.
- Urquidi, L; y Rodriguez, J. (2010). Estrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica Publicada Por El Instituto de Investigación. En Educación Universidad de Costa Rica*, 10, 1–21. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44717910006>
- Van Droogenbroeck, F; Spruyt, B; & Vanroelen, C. (2014). Burnout among senior teachers: Investigating the role of workload and interpersonal relationships at work. *Teaching and Teacher Education*, 43, 99–109. doi:10.1016/j.tate.2014.07.005
- Velázquez, O; y Bedoya, E. (2010). Una aproximación a los factores riesgo psicosocial a los que están expuestos los docentes contratados bajo la modalidad de horas cátedra en la ciudad de Medellín. *Revista Uni-Pluri/versidad*, 10, (2), 1–14. Retrieved from <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/viewFile/7908/7423>
- Villalobos G. (2004). Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Cienc Trab*, 6 (14), 197–201.

3.5 ¿Estudias o Trabajas? Efectos de la Exposición Temprana a Riesgos Psicosociales en Alumnos de Bachillerato Profesional Técnico

HERIBERTO VALDEZ BONILLA.

Docente de CONALEP, plantel Zapopan.
hvaldezb.acad258@jal.conalep.edu.mx

RESUMEN

Las exigencias que la OCDE, UNESCO y otros organismos tienen hacia los países en desarrollo han dado un impulso significativo a la promoción de la educación tecnológica a nivel bachillerato, generando modelos educativos que promueven la rápida inclusión de los estudiantes al mercado laboral.

Con el objeto de prever los efectos de la inclusión de los estudiantes en espacios laborales formales, se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el que se aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte (2011), un cuestionario sobre prevalencia de síntomas psicosomáticos asociados al estrés y un cuestionario acerca del conocimiento acerca de los Factores Psicosociales de Riesgo en el Trabajo, diseñados específicamente para este estudio, a 140 alumnos de sexto semestre de la carrera de Profesional Técnico en Preparación de Alimentos y Bebidas del Colegio Nacional de Educación Técnica Profesional (CONALEP) con un promedio de año y medio dentro de centros de trabajo.

Los resultados demuestran un precario conocimiento de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y pocas nociones referentes a la seguridad ocupacional, aunadas a la presencia de indicadores de desgaste emocional, una significativa prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y sintomatología asociada al estrés, por lo que se propone complementar este tipo de programas educativos con el diseño de programas preventivos en materia de Riesgos Psicosociales, que servirían de protección a los alumnos y como inducción a una cultura laboral más saludable.

Palabras clave: Riesgos Psicosociales, Bachillerato Técnico, Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años se presenció en un congreso, una discusión acerca de la pertinencia de considerar como burnout, los síntomas experimentados por los estudiantes de diversas carreras profesionales, sobre todo en los períodos de conclusión de cursos. Entonces se hacía la aclaración de que el concepto de *quemarse por el trabajo* se circunscribía precisamente a un hecho que tiene lugar en un entorno laboral, y no a una actividad académica.

Sin embargo, y a manera de ejemplo, la exposición a riesgos en un entorno de trabajo ha sido un hecho constante para los estudiantes de medicina desde antes de terminar su carrera, es decir, aún sin el establecimiento de una relación laboral estipulada en un contrato (Universidad de Guadalajara, 2008) ¿Esto tiene un efecto modulador del impacto de las condiciones laborales sobre la salud de los estudiantes? es posible, pero dicha condición no implica que los factores de riesgo distingan, dentro de un espacio laboral, entre quienes están contratados o no.

Este tipo de exposición no es privativa de los programas de licenciatura. Desde principios de los años ochenta, la exposición a entornos laborales como parte de un diseño curricular académico, es una característica distintiva de los planes de estudio del subsistema educativo de educación tecnológica, a nivel bachillerato. De esta manera, se expone a adolescentes desde los 16 a los 18 años de edad a entornos laborales formales. No se cubren jornadas completas, y existen factores protectores, pero es exposición al fin... de menores de edad (Colegio de Educación Profesional Técnica –CONALEP-, 2014).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2011, registró un total nacional de 316,215 Estudiantes en el rubro: *“Alumnos existencias en profesional técnico”* El promedio anual de alumnos inscritos en este subsistema, mejor conocido como CONALEP, fue de 301,459 alumnos en la primera década de este siglo. Esto nos indica que a la fecha, 753, 648 alumnos han sido expuestos a entornos laborales formales durante un tiempo promedio de 5 horas diarias durante un año y medio aún antes de cumplir la mayoría de edad, pues el promedio de edad de estos estudiantes es de 16.5 años al iniciar el período de exposición.

Las Reformas a la Educación Media Superior, han provocado que se promueva la inclusión temprana de los estudiantes al mercado laboral, desde el cuarto semestre de su bachillerato, a través de servicio social y prácticas profesionales dentro del subsistema de bachillerato tecnológico.

Como muestra de ello, a partir de 2013, se ha pretendido que CONALEP ponga en marcha el Modelo Mexicano de Educación Dual en 10 entidades y en al menos 21 centros escolares de la institución (La Jornada, 2013).

Actualmente, el número de carreras para el pilotaje ha aumentado e incluye las carreras de: Electromecánica industrial, Máquinas herramienta, Mecatrónica, Informática, Administración y Hospitalidad turística (CONALEP, 2013).

México introduce la formación dual a partir de la necesidad de mejorar los procesos de formación del capital humano por la demanda de personal calificado. La formación dual en México en un principio estuvo relacionada casi exclusivamente con empresas automotrices, químicas, eléctricas y electrónicas, de alto nivel tecnológico. La mayoría de empresas que se comprometen con ella eran alemanas (Araya, 2008).

Sin embargo, el pilotaje del modelo actualmente incluye corporativos de otros países y otras carreras como la de Hospitalidad Turística, que tiene contemplado a un corporativo hotelero francés como empresa receptora de los estudiantes.

Se pretende en un mediano plazo, se incorporen los estudiantes desde el 4to semestre, al espacio de trabajo durante jornadas completas de 8 horas.

El modelo en cuestión implica para los alumnos, el ingresar a una empresa cuyo compromiso es rotar a los alumnos en los diferentes departamentos que la componen, con la finalidad de que desarrollen *in situ* las competencias laborales que el diseño curricular requiere.

Esto implica una estancia mínima de uno o dos años, según las dos modalidades que se pondrán a prueba durante 2015, en una o varias empresas si es necesario, hasta completar sus aprendizajes, en el caso de que una sola empresa no cuente con los departamentos o puestos necesarios. El mismo modelo sugiere una estancia mínima de tres meses en cada puesto y la posibilidad de cambio entre unidades de aprendizaje.

Algunas de las principales características del Modelo son:

- Participación activa del sector productivo en la formación profesional técnica.
- El estudiante-aprendiz se ubica en un puesto de trabajo dentro de la empresa.
- El apoyo será equivalente a 30 días de salario mínimo por 12 meses, renovable hasta la conclusión de su formación.
- La relación entre la empresa y el plantel se formalizará a través de un convenio de colaboración.
- Una vez consolidado el Modelo Mexicano de Formación Dual (MMFD), para el año 2018, el CONALEP contribuirá a aumentar la matrícula en formación dual, en al menos 10 mil estudiantes entre todos los subsistemas (CONALEP, 2013).

Este tipo de inclusión en la empresa ha sido un constante en el CONALEP desde sus inicios y frecuentemente los estudiantes han sido contratados como empleados en la empresa donde hacen su servicio social o prácticas profesionales, incluso antes de concluir el bachillerato, si han cumplido su mayoría de edad.

Quizá las nuevas variantes del Modelo Dual son: la carga horaria, que cambia de cinco a ocho horas y el que las materias del marco curricular común de bachillerato, serán cursadas en línea, por lo que la empresa debe comprometerse a otorgar una hora de la jornada laboral, para que los alumnos cursen en línea dichas materias.

Este modelo tiene en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) uno de sus principales promotores fuera de Alemania, país donde se origina este modelo y quien se encarga de supervisar la implementación de sus principios en los países que lo adoptan (Der Welt, 2014).

Revisando algunas experiencias con la implementación de este modelo en el contexto iberoamericano, nos encontramos que, si bien se generan expectativas alentadoras para los países en desarrollo como Costa Rica (Araya, 2008) y México (CONALEP, 2013), en España se ha cuestionado el modelo en el aspecto formativo, pero no encontramos referencia a las implicaciones para una adecuada gestión de riesgos, tal como podemos observar en los siguientes dos párrafos:

El propio alumno sufrirá el riesgo de recibir una enseñanza-aprendizaje que pudiera ser confundida con “mano de obra barata”, sin garantía de derechos laborales al no estar sujetos a la normativa de contratos de aprendizaje ni la normativa de prácticas de la Formación en Centros de Trabajo, amparado únicamente por una afiliación a la seguridad social y una regulación con lagunas que permitiría, por ejemplo, la expulsión unilateral del alumno por la empresa. Además, deja de computar en las listas de desempleo. (García 2014).

*El problema es que el mayor peso que puedan tener éstas puede convertir la formación práctica en excesivamente particularista, esto es, que la misma se circunscriba al proceso productivo de una determinada empresa, limitando la formación del alumnado para responder a las necesidades de otra empresa. La *FP dual*, desde luego, es un modelo selectivo y específico en cuanto a la formación práctica, muy vinculada a la demanda de la empresa concreta, limitando los progresos de desarrollo personal y profesional del alumnado. (Fernández, 2013).*

OBJETIVO

Explorar las consecuencias de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, en una muestra de adolescentes alumnos de sexto semestre de bachillerato profesional técnico con un año y medio en promedio de exposición, de cara a la propuesta de implementación del Modelo Mexicano de Formación Dual.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, de tipo cuantitativo – cualitativo, en una muestra aleatoria de alumnos (n= 140) de sexto semestre de la carrera de Profesional Técnico en Preparación de Alimentos y Bebidas y de la carrera de Hospitalidad del Colegio Nacional de Educación Técnica Profesional (CONALEP). La muestra se conformó con estudiantes de extracción socioeconómica media–baja con un 70% de participantes de sexo femenino, y un 30% de sexo masculino, a quienes se les aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte (2011).

Las actividades desarrolladas por los alumnos comprenden todos los servicios dentro de un hotel y/o restaurante. Mannasero (2008), considera estas actividades como “trabajo emocional”, que tiene dos dimensiones: actuación superficial y actuación profunda, y afirma que:

Ambas pueden tener consecuencias negativas para los trabajadores. En el caso de la actuación superficial, las emociones no sentidas crean una tensión denominada disonancia emocional (Middleton, 1989). Esta tensión se da entre las emociones que la persona siente y las que debe manifestar externamente cuando ambas son diferentes. En este caso puede aparecer SQT ya que desgasta los recursos emocionales de la persona (agotamiento emocional), apareciendo también una actitud cínica hacia los clientes y un desapego hacia los mismos (despersonalización).

De ahí la pertinencia de la aplicación del CESQT.

Adicional a ello, se aplicó un cuestionario acerca de la prevalencia de sintomatología asociada a la presencia de estrés y finalmente otro cuestionario acerca de la información/capacitación recibida en los espacios de trabajo acerca de Seguridad Ocupacional, Riesgos Psicosociales y el formato en que esa información les fue proporcionada (Taller, Publicaciones, Póster, etc.).

El tipo de empresas en los que los alumnos prestaron su servicio social comprende en su mayoría empresas multinacionales, del ramo hotelero, el cual constituyó el 75.71% de la muestra. El resto se desempeñó en empresas de comida rápida (4.29%) e instituciones de Gobierno.

Señalar este punto es un dato importante pues se esperaría que las empresas multinacionales tengan entre sus políticas empresariales, un esquema de seguridad ocupacional bien estructurado.

Al no existir precedente de este tipo de modelos al momento de hacer este estudio, se consideró pertinente revisar el efecto de la exposición laboral de los alumnos luego del tiempo transcurrido y acumulado entre sus prácticas y su servicio social.

Dentro de ese esquema, el alumno asiste a laborar en la empresa cinco horas diarias durante un promedio mínimo de seis meses, de lunes a viernes. Es preciso aclarar que el modelo de bachillerato técnico está diseñado de tal manera que el estudiante se integra de lleno a la actividad laboral debido a que, al llegar al período en que se le pide iniciar sus prácticas y/o prestación de servicio social, lleva ya desarrolladas destrezas y experiencia suficiente para cubrir las demandas del área en que se ha especializado. En el caso concreto de nuestra muestra, en preparación de alimentos y bebidas.

Regularmente no se les pide que realicen tareas secundarias o de poca demanda de actividad, sino que se les integra casi de inmediato a la actividad productiva que la empresa desarrolle. Esto da pie a considerar la jornada laboral de cinco horas como tal.

Es por ello que consideramos que esta actividad de los estudiantes cumple con los criterios de una actividad laboral formal, con una jornada reducida (y por lo tanto con un menor tiempo de exposición) en cuanto a tiempo, pero no en cuanto a demandas de desempeño.

Establecido lo anterior, consideramos que los datos que se obtienen, corresponden efectivamente a los efectos de una exposición laboral a factores de riesgo psicosocial y por lo tanto son representativos y pueden ser significativos no solo para exponer el estado actual de las cosas, sino también para hacer una prospección con un significativo índice de probabilidad, respecto a los efectos que tendría la inclusión de los estudiantes en espacios laborales bajo nuevos esquemas como el Modelo Mexicano de Formación Dual.

RESULTADOS

Hemos dividido la presentación de resultados en tres partes: la primera referente a la información que se les proporcionó a los alumnos respecto a la seguridad en el trabajo y la exposición a riesgos dentro de la empresa en la que estuvieron prestando su servicio social y/o sus prácticas profesionales. La segunda parte se referirá a la prevalencia de sintomatología asociada al estrés, desarrollada por los alumnos durante su estancia en el centro de trabajo, y la tercera referente al Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Información

La forma más frecuente de información acerca de las medidas de seguridad ocupacional fue por medio de carteles 76.04%, seguido de información durante la inducción 68.57%. En el 57.29% de estas empresas se realizaron talleres formales. En el resto de las empresas se utilizaron folletos, en algunas se les comunicó de manera verbal, llegando incluso al 12.86% de espacios laborales (Tres hoteles locales y tres instituciones públicas), en los que no hubo información alguna.

Sin embargo, mucha de esa información no se refiere específicamente a seguridad ocupacional, sino que se incluyen muchos contenidos referentes a “buenas prácticas” o a medidas de control de calidad. El 82.14% maneja esa información como un Reglamento de Seguridad. 16.43% de ellos hacen referencia a los riesgos psicosociales sin mencionarlos como tales (los alumnos reconocieron los contenidos en la forma en que se refieren al estrés, debido a que se les impartió un taller acerca del modelo Healthy Workplaces durante el primer semestre, modelo que incluye el entorno psicosocial).

La referencia a los Riesgos Psicosociales, como término solo se hizo en el 8.70% de los contenidos de los reglamentos de seguridad, limitándolos al manejo del estrés. Esto reproduce las características señaladas por Burton (2010) respecto a que las empresas “cuentan con sistemas tradicionales de gestión de riesgos que abordan principalmente los riesgos físicos, químicos, biológicos y ocasionalmente los ergonómicos y de manera superficial, los riesgos psicosociales”.

Sintomatología asociada al estrés.

Para registrar la sintomatología asociada al estrés en el trabajo, se utilizó un cuestionario diseñado para la detección (auto referida) de síntomas asociados a la pre-

sencia de estrés (Diabetes, Problemas Digestivos, Cardiovasculares, Ergonómicos y Emocionales) basándonos en la revisión de literatura hecha por la OMS y que ya hemos utilizado con anterioridad (Valdez, 2010), para recoger información sobre efectos de la exposición a riesgos psicosociales, que las personas no asocian de primer momento con las condiciones laborales.

Podemos observar en la Tabla 1 que los síntomas de mayor prevalencia fueron: Disminución del rendimiento académico, Insomnio o sueño excesivo, Falta de concentración, Dolor en la columna, Irritabilidad, Desórdenes alimenticios y Ansiedad.

Además, por la distribución de los porcentajes, se puede observar que los sujetos presentaron en la mayoría de los casos, varios síntomas a la vez.

Es importante señalar que el 25% de los alumnos refirieron haber tenido accidentes de trabajo con una deficiente o nula atención para la reincorporación al entorno laboral. Un 10% de alumnos refirieron episodios depresivos en los últimos seis meses, y en el caso de sujetos de sexo femenino, la depresión estuvo asociada a condiciones de embarazo (2% de la muestra).

Tabla 1. Frecuencia de sintomatología asociada a la presencia de estrés en el trabajo

Síntoma	Porcentaje Frecuencia	Síntoma	Porcentaje Frecuencia
Disminución del rendimiento académico	66.43%	Depresión	25.00%
Insomnio o sueño excesivo	60.00%	Colitis	22.86%
Falta de concentración	57.86%	Problemas familiares	22.86%
Dolor en la columna	47.14%	Incapacidad para disfrutar	18.57%
Irritabilidad	45.00%	Accidentes de trabajo	15.00%
Desórdenes alimenticios	39.29%	Problemas dentales	14.29%
Ansiedad	35.71%	Inicio en consumos	5.71%
Cansancio crónico	30.71%	Asma	4.29%
Conflicto con amistades	27.86%	Influenza	3.57%
Problemas de pareja	27.14%	Herpes	2.14%
Aumento de consumos de alcohol y tabaco	26.43%		

Fuente: Aplicación del Cuestionario sobre síntomas asociados al estrés (Valdez, 2014)

Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)

Los resultados de la aplicación del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, demostraron una prevalencia significativa del Síndrome de Quemarse por el Trabajo de tipo I (sin presencia de culpa) en el 32.86% de los sujetos, y de SQT del tipo dos (con presencia de culpa) en el 15.71% de la muestra.

Tabla 2. Distribución de Resultados por Dimensiones cesqt

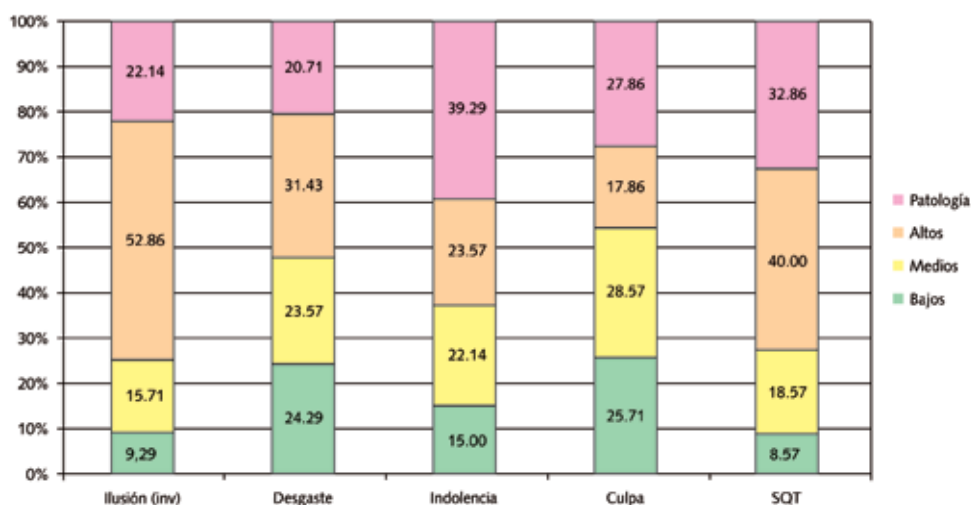
Ilusión (inv)	Desgaste	Indolencia	Culpa	SQT	SQT y Culpa
31	29	55	39	46	22
22.14	20.71	39.29	27.86	32.86	15.71
74	44	33	25	56	
52.86	31.43	23.57	17.86	40.00	
22	33	31	40	26	
15.71	23.57	22.14	28.57	18.57	
13	34	21	36	12	
9.29	24.29	15.00	25.71	8.57	

Fuente: Resultados de la aplicación del cesqt

Es posible observar también que por componentes, cada uno de ellos presenta niveles significativos de afectación en más del 20% de los sujetos.

La gráfica 1, ilustra la distribución de los puntajes dentro de cada uno de los componentes:

Gráfica 1. Distribución de resultados en cada componente del sqt



Fuente: Resultados de la aplicación del cesqt

Llama la atención observar que en los estudiantes es muy común expresar el agotamiento emocional como deseos de abandono de la carrera y un descenso notable en el desempeño escolar.

DISCUSIÓN

El objetivo de explorar las consecuencias de la exposición de estudiantes menores de edad a los entornos laborales se cumplió de una manera predominantemente descriptiva, debido a que no se establecieron correlaciones que nos permitan afirmar que la sintomatología detectada se deba precisamente a la exposición a un entorno laboral, al estrés de las actividades académicas o a ambos.

Igualmente sería interesante analizar la interrelación entre la información y entrenamiento en materia de seguridad ocupacional recibida por los alumnos en los centros de trabajo, y los niveles de desarrollo del *sQT* y la sintomatología detectada en esta muestra.

Sería conveniente analizar más a fondo los resultados de manera que se pueda observar si los sujetos que puntuaron más alto en *sQT*, son los mismos que presentaron más síntomas y que tenían menos información acerca de los Riesgos Psicosociales.

Otra variable a explorar sería la existencia de problemáticas de índole extra laboral y extra escolar que pudieran haber influido en los resultados.

La convergencia de dos fuentes importantes de estrés (el académico y el laboral), a las que están expuestos los sujetos de este estudio, así como las limitaciones metodológicas con las que fue abordada la problemática, dificultan el ser concluyentes respecto al entorno más determinante para generar los síntomas detectados. Para ello sería importante contar con un grupo control de sujetos de la misma edad incorporados a un modelo de bachillerato predominantemente académico, con lo cual se tendrían puntos de comparación que permitirían dar una lectura más concluyente a los resultados. Sin embargo, el problema de la exposición temprana al estrés laboral, seguirá demandando análisis cada vez más estructurados y minuciosos para evitar que afecte a los adolescentes al influir en sus estilos de vida, de convivencia, hábitos de salud y estabilidad emocional.

La posibilidad de prever qué puede suceder en los alumnos que se integren al Modelo de Educación Dual en base a estos resultados, puede considerarse aún especulativa, sin embargo hemos obtenido un panorama general de los síntomas que presentan los alumnos al final del bachillerato técnico, lo cual puede ser un punto de referencia para monitorear el pilotaje que habrá de llevarse a cabo en 2015.

CONCLUSIONES

A través de los resultados obtenidos es posible darse cuenta de que la exposición a entornos laborales si tiene consecuencias sensibles en los estudiantes de bachillerato profesional técnico, y deben ser tomados en cuenta como parte del colectivo laboral en el diseño de la gestión de riesgos en las empresas, especialmente aquellas que se interesen en participar en el Modelo de Educación Dual.

Si no existe en las políticas de la empresa un diseño de gestión de riesgos psicosociales, sería una oportunidad de que la presencia de los estudiantes de CONALEP, fuera el factor de cambio hacia la inclusión de estos temas en los esquemas tradicionales de seguridad e higiene en el trabajo.

Este estudio exploratorio es importante como referente para sugerir la incorporación, dentro de este tipo de los modelos académicos, de un modelo gestión de riesgos psicosociales desde el período de formación propedéutica, con el fin de que los estudiantes puedan contar con factores protectores antes de incorporarse a los espacios de trabajo, y su preparación sea realmente integral al desarrollar no solo las competencias laborales más afines al sector productivo o de servicios al que pretenden incorporarse, sino una cultura de la salud ocupacional que se incremente con la experiencia y contribuya a la generación de entornos laborales saludables.

El objetivo de hacer un estudio exploratorio que describiera las condiciones psicosociales de los alumnos expuestos a entornos laborales desde los 16 años, se ha logrado de una manera general.

Las limitaciones de este estudio también ponen en perspectiva la necesidad de generar una metodología adecuada al estudio y seguimiento de este tipo de iniciativas del sector educativo, como parte del proceso de gestión del talento humano y la formación educativa en el desarrollo de estilos de vida saludable y estrategias para generar una calidad de vida laboral sustentable, en conclusión, generar una cultura laboral que promueva la salud desde la adolescencia, desde los espacios de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya, I. (2008). La formación dual y su fundamentación curricular. *Revista Educación*. Vol. 32, No. 1, pp. 45–61. Universidad de Costa Rica. Versión electrónica revisada el 25 de febrero de 2015, desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44032105>
- Benach J. & Muntaner C. and Santana V, Chairs (2007). Employment conditions and health inequalities. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009. Citado en Burton, J. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Trad. Heriberto Valdez & Burton, J. (2010).
- CONALEP (2014). Reglamento escolar para alumnos del sistema Nacional de Colegios de Educación Profesional técnica. Dirección General Secretaría de Servicios Institucionales. México, D.F.
- CONALEP (2013). Modelo Mexicano de Educación Dual. Colegio Mexicano de Educación Profesional Técnica. Documento en PDF. Revisado el 01 de septiembre de 2014, desde: <http://www.conalep.edu.mx/academicos/Documents/mmfd/prsntcn-cnfrncmmfd.pdf>
- Der Welt (2013). Ein deutsches Modell macht Schulle. Publicación periódica alemana. Revisado el 26 de febrero de 2015 desde: <http://www.welt.de/wirts->

chaft/karriere /bildung/article120237878/Ein-deutsches-Modell-macht-Schule.html

- Der Welt (2013). Deutschlands Jugend strotzt vor Selbstbewusstsein. Publicación periódica alemana. Revisado el 26 de febrero desde: <http://www.welt.de/wirtschaft/article119370856/Deutschlands-Jugend-strotzt-vorSelbstbewusstsein.html>
- Fernández, J. (2013). La formación profesional dual: algunas reflexiones sobre su regulación y puesta en práctica. Comunicación Oral presentada en el marco de las XXXII Jornadas Universitarias Andaluzas de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales. *Retos Del Derecho del Trabajo Frente al Desempleo Juvenil*. Granada, España, 21 y 22 de noviembre de 2013.
- García, M. (2014). En defensa de la Educación Infantil: La Nueva FP Dual, más efectos colaterales de la LOMCE en Educación Infantil. Revisado el 26 de febrero de 2015 desde: <http://plataformademadrid06.blogspot.mx/2014/09/en-defensa-de-la-educacion-infantil-la.html>
- Gil-Monte, P. (2011) CESQT, Manual del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo TEA ediciones, Madrid, 2011. ISBN: 978-84-15262-16-9.
- INEGI (2012). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información. Fecha de consulta: 22/02/2015 20:15:00.
- Manassero, M., García-Buades, E., Ramis, C., Torrens, G. & Genovard, A. (2008). Trabajo emocional, Síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) y Engagement en el sector turístico. Presentación Oral en la 8va. Conferencia Europea de Profesionales de la Psicología de la Salud Ocupacional, Valencia, España, 2008.
- Poy L. (2013) Apuesta la SEP por un modelo educativo dual aula-empresa. Artículo del semanario La Jornada. Versión Electrónica del 27 de julio de 2013. Revisado el 25 de febrero de 2015 desde: <http://www.jornada.unam.mx/2013/07/27/politica/003n1pol>
- Universidad de Guadalajara (2008). Reglamento General para la Prestación de Servicio Social de la Universidad de Guadalajara. Reglamento Publicado en la Gaceta Universitaria No. 541 de fecha 08 de septiembre de 2008. Guadalajara, Jalisco, México.
- Valdez, H. (2014). Child Labour and Delinquency: The Less Known Psychosocial Risk. En: Proceedings of the 11th European Academy of Occupational Health Psychology Conference: Looking at the past-planning for the future: Capitalizing on OHP multidisciplinary Editors: I. Andreou, N.J.A. II. Jain, A. III. Hollis, D. IV. Hassard, J., V. Kevin Teoh. ISBN (Online version): 978-0-9928786-1-0

3.6 La precarización del trabajo en académicos universitarios. Las políticas neoliberales más allá del trabajo y la salud de académicos universitarios

SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA.

Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-X.
smartin@correo.xoc.uam.mx

En este momento histórico, de grandes cambios políticos, económicos y sociales que se han venido instaurando en México con las múltiples reformas realizadas en menos de dos años (del 2012 al 2014: la laboral, la educativa, la fiscal, la energética, la de telecomunicaciones, etc.) y que han caído como cascada sin la posibilidad de una discusión seria y respetuosa por parte de los legisladores, de especialistas en este campo y de los ciudadanos, que somos quienes finalmente sufrimos las consecuencias de las mismas, se precisa con base en este contexto, de una reflexión sobre la universidad y sus trabajadores que vaya más allá de los distintos aportes que se han hecho de manera puntual sobre la misma. A final de cuentas, el deterioro de las condiciones salariales y de trabajo en las universidades y los múltiples daños en la salud, no son más que un botón de muestra de lo que a un nivel más general está sucediendo en la sociedad.

Si deseamos analizar lo que ocurre en algunos ámbitos de la sociedad y que guarda relación con diversos fenómenos estudiados en el campo de la salud laboral, tendríamos que hablar en un primer momento, por lo evidente y por el impacto que está teniendo en la sociedad en su conjunto, del deterioro de las relaciones humanas que se ha venido agudizando como un fenómeno colectivo, presente en cualquier espacio de nuestra realidad social. Se ha denominado *bullying* cuando nos referimos a la violencia ejercida entre la población estudiantil, y a pesar de ser un fenómeno que se constata entre estudiantes, éstos vienen con la impronta de un problema que se suscita en la familia y que trasciende en su complejidad, porque tendría que dar cuenta, entre otras circunstancias sociales, del peso que tiene el deterioro laboral y salarial en la estabilidad física y mental de los padres y madres de familia. La violencia que se ejerce al interior de los centros laborales, es menos explícita y puede ir desde un conflicto manifiesto el cual puede resolverse a través del diálogo, hasta el acoso psicológico en el trabajo o *mobbing*, fenómeno que ha constatado su presencia no solo en el sector de los servicios, sino también en poblaciones fabriles. Este acoso por supuesto alcanza al ámbito familiar, ya que difícilmente un problema de este tipo, derivado del trabajo se queda ahí y viceversa, un problema engendrado en el hogar trascenderá al ámbito laboral. El acoso implica violencia que puede ser verbal, psicológica o física y el grupo que se articula alrededor de la misma, tiene como objetivo echar del centro laboral al sujeto acosado.

En un segundo nivel de análisis se tendrían que abordar fenómenos que implican ya no sólo este tipo de violencia, sino aquella soterrada que deriva de la carga

de trabajo enajenante. Las jornadas laborales en los últimos años, no solo son prolongadas, cubriendo más allá de 60 horas a la semana sino que son intensas y con pocos periodos para la recuperación. Este fenómeno se ha constatado a nivel mundial y en Japón, por su recurrencia y letalidad, la han llamado *karoshi* o muerte súbita. El cuadro tiende a complicarse cuando el estrés laboral ha llevado al suicidio. Un tercio de los suicidios anuales en Japón, tienen como base la presencia del estrés en el trabajo y reciben el nombre de *karoshisatsu*. (Japonismo, 2013). La Organización Internacional del Trabajo ha llamado la atención sobre este fenómeno dada la magnitud de muertes ocurridas en los últimos años. (OIT, 2013)

El suicidio, como una forma de autoviolencia, incrementa año con año su presencia entre niños, jóvenes y adultos. Obedece a múltiples causas ligadas generalmente con la marginación y falta de oportunidades en la vida. Sin embargo, el suicidio como fenómeno laboral colectivo, no se había visto en otro momento de manera tan cruda, da cuenta de condiciones de trabajo absolutamente degradadas, aunque se esté hablando de instalaciones ubicadas en países llamados del primer mundo, como aquellos casos que se sucedieron en la telefónica francesa, donde los trabajadores dejaron su testimonio por escrito de no poder más (Sbarbi, 2013). En estos países se podría suponer que las condiciones de trabajo están más reguladas y vigiladas por organismos internacionales, y que la pauta dictada por la OIT en relación con el trabajo decente es ya una realidad. Nada más lejano a ello.

¿Qué está sucediendo en el mundo, en Latinoamérica y en nuestro país? Por supuesto que los estudiosos de la economía y de la política dan cuenta de una crisis del gran capital, crisis energética, alimentaria, económica, ambiental, de seguridad nacional que amenaza la estabilidad y la supervivencia de este nuestro planeta. Víctor M. Toledo (La jornada, 2015) señala que una de las tesis que proclama la ecología política gira alrededor de que "el mundo actual y su deslizamiento hacia el caos o el colapso provienen de la doble explotación que efectúa el capital sobre el trabajo de la naturaleza y el trabajo humano. Ambos fenómenos se encuentran indisolublemente ligados y surgen al momento en que los grupos humanos generan sociedades desiguales, donde un sector minoritario explota al resto". Hay una tercera tesis que deriva de ésta, la cual señala entre otras cosas que "El mundo moderno basado en el capitalismo, la tecnociencia, el petróleo y otros combustibles fósiles; el individualismo, la competencia, la ficción democrática y una ideología del *progreso* y *el desarrollo*, lejos de procrear un mundo en equilibrio, está llevando a la especie humana, los seres vivos y todo el ecosistema global, hacia un estado caótico".

Este tema es bastante complejo y se conoce y/o intuye, sin embargo, no impide que, los ciudadanos de este país sigan su vida cotidiana con la esperanza de llegar a fin de mes y muchos de los campesinos e indígenas esperando el tiempo de la lluvia para la siembra o los programas de "oportunidades" ahora llamados "prograsa" que les dan para sobrevivir. Sin embargo, esta calma solo es aparente, en las ciudades, en las montañas, en las selvas, se están gestando movimientos de resistencia, que se constatan día a día.

En las universidades del país estamos viviendo un fenómeno no alejado de esta realidad. Las políticas laborales de corte neoliberal, han venido racionalizando los insumos bajo la lógica de hacer más con menos, lo que ha llevado a la asignación limitada de recursos económicos, humanos y materiales hacia distintas instituciones, que se ha traducido en la deshomologación salarial entre académicos, la búsqueda de recursos extraordinarios que el Estado y/o el sector privado ofertan, (que implica grandes esfuerzos acceder a los mismos, pero que en alguna medida facilitan el desarrollo de la investigación) y la profundización de la precarización de las condiciones de trabajo en el mundo laboral. Este fenómeno se da también a nivel mundial y laboran bajo la misma lógica los académicos de los llamados países del primer mundo (Izquierdo, 1998)

Algunos de los rasgos que caracterizan el trabajo docente en las universidades, reportados por diversos investigadores son la sobrecarga de trabajo en tres grandes vertientes: la relacionada con tareas de carácter administrativo, que conforme pasa el tiempo, se multiplican los informes y reportes a distintas instancias, tanto las institucionales como las externas a la institución (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, (CONACYT), Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, etc.). Esta tarea administrativa ha llevado –entre otras exigencias que se detallan más adelante- a que miembros del Instituto Nacional de Investigadores renuncien a éste o no postulen más (Lastra, 2010). Un segundo elemento que da cuenta de la sobrecarga de trabajo, está ligado a la impartición de docencia. Ésta se imparte de manera estrecha con el nivel de formación de los académicos, pero no necesariamente. Quienes sólo tienen la licenciatura, están obligados a dar clases todo el año a ese nivel. Excepcionalmente se les puede liberar de un trimestre cuando existen condiciones que lo justifiquen, como por ejemplo, el desarrollo de investigación. Quienes cuentan con maestría, tienen que llevar su conocimiento a los alumnos de pregrado y entonces, además de cubrir la docencia en el programa de posgrado de pertenencia y dirigir las tesis correspondientes, cubren una dotación de horas en licenciatura. Aunque se esgrimen criterios académicos, en realidad, una de las becas adicionales a las que se puede optar en la Universidad Autónoma Metropolitana –la de docencia- condiciona la misma a la presencia en pregrado. Por supuesto una formación adicional de los académicos puede contribuir a generar conocimientos novedosos en los estudiantes, pero lo que está en el fondo es la falta de docentes en la universidad para cubrir todos los niveles. Y quienes finalmente lograron obtener el doctorado, trabajando muchas veces jornada doble, -ya que el sabático no alcanza para concluir un doctorado- ahora tienen que ir, además de su programa de posgrado que puede ser el doctorado mismo, a dar clases en maestría y en licenciatura. Quienes realmente asumen la docencia como un proceso complejo de enseñanza-aprendizaje, pueden dar cuenta de las múltiples horas que implica la preparación de clases, la evaluación de alumnos, la asesoría de tesis e incluso la terapia de apoyo que muchas veces acompaña la relación docente-alumno.

Finalmente, la lógica productiva ha alcanzado a los miembros de las universidades y la investigación, proceso hermoso que implica la lectura, la reflexión, el análisis

sis, la síntesis, la retroalimentación del trabajo investigativo, etc., se ha constituido en un proceso maquilador de *papers*, si se publican en revistas de alto impacto mucho mejor, aunque no lleguen a las colectividades de donde se extrajeron los datos. Así, la elaboración del proyecto, -mejor si es entre distintas universidades de distintos países- su aceptación para el financiamiento muchas veces raquí-tico, el trabajo de campo, el armado de bases de datos, el análisis de los mismos, la búsqueda de referentes bibliográficos que den cuenta del fenómeno en estudio, la publicación de los resultados y/o presentación en congresos nacionales e internacionales, conforman la tercera sobrecarga de trabajo y que en palabras de García-Quero (2014), estaría dando cuenta de una crisis multidimensional, que arroja la generación de “estudiantes mediocres, sin reflexión y manipulables, académicos y académicas sin discusión, catedráticos y catedráticas sin cátedra y conversación e intelectuales sin intelecto”.

Entre paréntesis se tendría que decir que no siempre las condiciones ergonómicas son las más adecuadas: espacios de dos por un metro para dos o tres profesores, sillas duras de cuatro patas, computadoras desactualizadas, espacios mal iluminados, aulas modulares que se tornan pequeñas por los grupos cada vez mayores.

La sobrecarga de trabajo también da cuenta de la insuficiencia de personal académico. Quienes tienen el privilegio de contar con una plaza de base y de tiempo indefinido, asumen múltiples tareas. En ocasiones hay docentes temporales que aligeran de alguna forma el trabajo cotidiano, sin embargo, se encuentran en peores condiciones en relación con quienes son personal definitivo: su temporalidad le excluye de salario completo y de prestaciones: vacaciones, aguinaldo, seguridad social, guardería, etc. etc. Esta es otra de las consecuencias de la crisis económica, política y de credibilidad en las instituciones, por la que el país está atravesando y que hace mella en quienes tienen que dar resultados con presupuesto o sin él, es decir las universidades no se sustraen de la crisis y prueba de ello, es que los recortes al gasto social para paliar los efectos negativos de la crisis, se concentran en salud, educación y vivienda.

Volviendo a los profesores, que en estos momentos histórico-sociales se tornan privilegiados en virtud de que cuentan con una plaza definitiva y muchos de ellos todavía podrán optar por una raquí-tica pensión cuando ya no estén en condiciones de seguir laborando por vejez o enfermedad, a la sobrecarga de trabajo a la que se someten día con día, se añade la prolongación de la jornada laboral: 10 o 12 horas diarias, trabajo en fines de semana y en vacaciones. Las encuestas nacionales e internacionales como la de la OCDE (2013), dan cuenta de lo trabajadores que somos los mexicanos, hasta 2 mil 250 horas por año, casi 500 horas más que el resto de ciudadanos de países del bloque, que laboran mil 776 horas por año en promedio. Datos reportados por investigaciones que hemos realizado con personal académico de distintas universidades (Martínez, Méndez & Murata, 2011; Madrid, 2012; Torres 2012; Sánchez & Martínez 2014; Martínez, Martínez & Méndez, 2014) señalan que 8 de cada 10 académicos universitarios en nuestro país están laborando en días de descanso y entre el 77% y el 84% reportan la necesidad de

cubrir una “cuota” de trabajo. Esta jornada prolongada, implica un impacto en la vida de relación: con los hijos, con la pareja, con la familia, con los amigos. Alrededor del 40% de los académicos dan cuenta de esta situación. Este fenómeno ha llevado a la instauración de relaciones conflictivas y/o violentas que se traducen en divorcios o en rupturas de equipos de trabajo.

De sobra está decir que este conjunto de elementos asociados-derivados del trabajo, proveen las condiciones para la aparición de trastornos de distinta naturaleza, tales como el burnout, o síndrome del trabajador quemado, que es una consecuencia del distrés crónico, presente entre académicos de distintas instituciones y niveles (Aldrete & Cruz, 2013 Comp.) y que es un fenómeno muy común entre los médicos y enfermeras sobrecargados de pacientes demandantes, pacientes que además tienen que cubrir parte de la atención médica, que su privatizada seguridad social ya no les ofrece.

¿Qué otros trastornos son cotidianos entre la población trabajadora y en particular entre los docentes universitarios? Muchos de ellos se encuentran ligados al distrés laboral -ya tan cotidiano, que lo asumimos como parte de la vida misma y hasta las empresas e instituciones empleadoras lo requieren como requisito de ingreso laboral: “capacidad de respuesta bajo condiciones de distrés”. Las poblaciones académicas en estudio dan cuenta de la presencia del distrés como una de las manifestaciones más importantes, con prevalencias que oscilan entre 19 y 41 de cada 100 docentes estudiados (Martínez, Méndez y Murata, 2011; Sánchez & Martínez 2014; Martínez, Martínez & Méndez, 2015). La fatiga es otro de los efectos negativos del trabajo, la cual se puede considerar como un fenómeno común entre los trabajadores. Estudios realizados con trabajadores de la construcción ofrecieron una prevalencia de 38 de cada 100 (León, Noriega & Méndez, 2011), entre académicos se presentó con una tasa de 29 de cada 100 (Martínez, Méndez y Murata, 2011); es decir, estamos casi tan fatigados como los albañiles que trabajan bajo el rayo del sol durante 8 o 10 horas diarias. Es necesario precisar que en estos dos estudios se utilizó el mismo instrumento validado en población mexicana (Barrientos, Martínez & Méndez, 2004). ¿Estamos tan fatigados y estresados que no podemos dormir? ¿Eso lleva a la ansiedad o a la depresión? ¿La úlcera gástrica finalmente guarda relación con el distrés? ¿Y los infartos al miocardio que se han constituido en una de las principales causas de mortalidad entre la población mundial? Para dar respuesta a estas preguntas, hemos asumido que el distrés y la fatiga se constituyen en mediadores psicofisiológicos entre las condiciones de trabajo y los daños en la salud. Con esta hipótesis, se llevaron a cabo diversas evaluaciones entre la población académica de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Madrid, (2012) y Torres (2012) evaluaron la presencia del distrés entre académicos e identificaron que quienes reportaron la presencia de éste, tenían hasta 4 veces más ansiedad ($p < 0.0001$), 4 veces más trastornos del sueño ($p < 0.006$), 3 veces más fatiga neurovisual ($p < 0.004$) y casi dos veces más fatiga ($p < 0.012$) a diferencia de quienes presentaron el distrés, pero por debajo de la media poblacional.

Los trastornos músculo esqueléticos han ocupado un lugar preponderante en los últimos años y ya no son privativos de aquellos trabajadores sometidos a es-

fuerzo físico intenso o a posiciones incómodas o forzadas derivadas del trabajo. En el reporte que la Organización Internacional del Trabajo ofreció en el año 2013 en el marco del día mundial de la salud y la seguridad en el trabajo señala que “En los 27 Estados miembros de la UE, los trastornos musculoesqueléticos (TME) son los trastornos de salud relacionados con el trabajo más comunes. Los TME, incluido el síndrome del túnel carpiano, representaron el 59 por ciento de todas las enfermedades profesionales reconocidas que abarcaban las Estadísticas Europeas sobre Enfermedades Profesionales en 2005. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que, en 2009, más del 10 por ciento de todos los años perdidos por discapacidad correspondían a casos de TME”.

La pregunta obligada para este tipo de trastornos en la salud es si ¿tendrán alguna relación con el desarrollo tecnológico que obliga a la población trabajadora a pasar entre 10 y 12 horas delante de las computadoras? Seguro que sí, con la variante “novedosa” de que en muchas ocasiones el trabajo se realiza en casa, y la productividad laboral está monitoreada a distancia por modernos controles informatizados. Otra pregunta también obligada es si este tipo de trastornos musculoesqueléticos tendrán alguna relación con el mobiliario? Sin lugar a dudas. Generalmente no hay un cuidado ergonómico del puesto de trabajo y las tareas se realizan con mobiliario inadecuado, en espacios reducidos, mal ventilados y mal iluminados. Si este ambiente ergonómico no está cuidado en la oficina, menos lo estará en casa, donde los espacios no están diseñados para el trabajo de oficina.

Este panorama no es privativo de la población académica, las políticas neoliberales han configurado condiciones laborales precarias para todo el mundo, donde la prolongación de la jornada y la intensificación de los ritmos asociada al desarrollo tecnológico son características de los centros de trabajo, junto con la inestabilidad y la falta de seguridad social, derechos conquistados a lo largo de muchos años y de las luchas dadas por la clase trabajadora, ahora ya confiscados. Con la reciente contra-reforma laboral, se legitima el outsourcing, fenómeno que tenía tiempo de haberse instaurado en el país, solo que ahora los empleadores no tendrán mayor problema de esgrimir el respeto absoluto a la ley. Con la reforma laboral educativa, se está dando un paso hacia la privatización de la educación. Eso alcanzará a la universidad, ya que forma parte del sistema nacional de educación.

¿Qué alternativas tenemos ante esta situación? La problemática por la que atravesamos es de carácter estructural, sumamente compleja porque a pesar de las múltiples organizaciones civiles y políticas, con algún grado de confianza, que se encuentran dando la lucha, se percibe en el ambiente un nivel de inmovilidad social. Es posible que el miedo infundido por el gobierno de Calderón hacia la población con su guerra contra el narcotráfico, surtió un efecto de shock entre la población –tal como lo reseña Naomi Klein (2013)- y la mesa quedó puesta para el conjunto de reformas que se nos impusieron en este corto periodo de regreso del PRI al gobierno. Sin embargo algo habrá que hacer.

A nivel universitario, hay propuestas puntuales como el incremento del presupuesto para la educación que permita la contratación de un mayor número de

profesores de tiempo completo, -no se resolverá el problema de la educación en el país, pero es posible que se amortigüen los daños asociados a la sobrecarga laboral y se daría estabilidad a quienes han servido a la universidad durante muchos años como temporales-. Incorporar las becas y estímulos al salario e incrementarlo anualmente conforme se incrementa la inflación, de tal suerte que la búsqueda de mejora del salario no sea un impedimento para recobrar el espíritu creativo necesario para el desarrollo de la investigación con calidad, pero sobre todo que realmente resuelva los problemas que la sociedad plantea. El retorno al sindicato y a la defensa de condiciones de trabajo, de salud y de vida se dará cuando nos afecten el salario y dejemos de ser un grupo privilegiado aunque estemos fatigados, estresados y cada vez más enfermos. Por supuesto que es necesaria la organización de los trabajadores que trascienda el ámbito gremial para la conformación de verdaderos frentes de trabajadores, lo cual es posible que se dé en los próximos años, dado el nivel de deterioro por el que estamos transitando y que no parece que se pueda revertir en el corto plazo.

En el caso de México se recuperan los planteamientos finales de García-Quero (2014), quien señala que "Por suerte para todos y todas, aún hay muchas resistencias y un número considerable de profesorado y estudiantes, independientemente de que se les valore o no, siguen luchando y trabajando para crear una Universidad cuyo objetivo principal sea utilizar el conocimiento para una transformación social hacia la igualdad".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrete, M. & Cruz, O. (2013) (Compiladores). Estrés laboral y burnout en docentes de educación Superior en México. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Col. Montebello. Pp. 220.
- Barrientos, T., Martínez, S. Méndez, I. (2004). "Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga (Yoshitake) en trabajadores mexicanos", *Salud Pública de México*, Vol. 46(6) 516-523.
- García-Quero (2014). Crisis y Universidad: de intelectuales a hacedores de "papers". *Economistas Sin Fronteras*. http://www.eldiario.es/zonacritica/Crisis-Universidad-intelectuales-hacedores-papers_6_265683463.html. Recuperado el 30 de mayo de 2014.
- Izquierdo, M. (1998) Políticas y experiencias de evaluación de académicos. Políticas y experiencias de evaluación de académicos. *Colección pedagógica universitaria*. Universidad veracruzana. PP 35-58. http://www.uv.mx/cpue/coleccion/No_30_Coleccion.html
- Klein, N. (2013). La Doctrina del Shock. Ediciones Paidós.
- Lastra, R. (2010). Estímulos al profesorado universitario mexicano y sus antípodas institucionales. Libros a cielo abierto. Universidad de Guanajuato.
- León, L. Noriega, M. & Méndez, I. (2011). El trabajo precario: origen de los daños a la salud en la industria de la construcción. *Revista Salud de los Trabajadores*, 19(2): 103-114.
- Madrid, (2012). Estilos de afrontamiento, distrés y daños a la salud en docentes universitarios. (Idónea Comunicación de Resultados para obtener el grado

de Maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- Martínez, C., Martínez, S. & Méndez, I. (2015). Estímulos económicos, exigencias de trabajo y salud en académicos universitarios mexicanos. *Revista Salud de los Trabajadores*, 23(1).
- Martínez, S., Méndez, I. & Murata, Ch. (2011). Becas, estímulos y sus consecuencias sobre el trabajo y la salud de docentes universitarios. *Reencuentro. Estudios sobre la educación*. 61: 57-70.
- Sánchez, C. & Martínez, S. (2014). Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud, *Revista Salud de los Trabajadores*, 22, (1): 19-28.
- Sbarbi, M. (2013). Francia: ¿Cuál es la causa de la ola de los suicidios? <http://actualidad.rt.com/opinion/osuna/view/109323-francia-causa-suicidios>.
- Torres, H. (2012) Exigencias disergonómicas y distrés laboral como condicionantes de trastornos músculo esqueléticos y psíquicos en académicos de una universidad en la ciudad de México (Idónea Comunicación de Resultados para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). World Day for Safety and Health at Work 2013. Case Study: Karoshi: Death from overwork. Recuperado el 6 de feb. de 15. http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_211571/lang--en/index.htm
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). OIT urge a una acción mundial para combatir las enfermedades profesionales Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf
- Periódico la Jornada. (2013). *Mexicanos, los más felices entre los ciudadanos de naciones de la OCDE*. Miércoles 29 de mayo. p. 28
- Toledo, V. (2015) "Caos global y ecología política" en periódico La jornada, Sección Opinión pag. 16. 3 de febrero.

4. El estrés y el burnout como consecuencias, su impacto y su concepción desde lo sociocultural

4.1 Estrés laboral y factores psicosociales en relación al Síndrome Metabólico en personal de Salud Pública.

NORMA LILIA GONZÁLEZ JAIMES^{1*},
VERÓNICA ANDRADE ALMARÁZ² Y
ARTURO JUÁREZ GARCÍA¹

¹Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología.
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

²Hospital Regional "Centenario de la Revolución Mexicana" ISSSTE

*psicgonzalez@outlook.com

RESUMEN

El estrés laboral tiene alto impacto en la salud de los trabajadores, especialmente en los profesionales de la salud cuya prevalencia en México oscila entre el 22-63%. Así mismo, esta población presenta prevalencias de SM superiores al 40%; con base en estos datos, el presente estudio tiene como **Objetivo**. Determinar si existe relación significativa entre el estrés laboral, los factores psicosociales del estilo de vida (impulsividad, hábitos alimenticios y actividad física) y el SM. **Método**. Transversal-descriptivo-relacional. **Instrumentos**. Cuestionarios: Contenido del Trabajo (JCQ de Karasek), Impulsividad (Plutchik), Hábitos alimenticios y actividad física. Antropometría: IMC y Circunferencia de cintura. Medición de Bio-marcadores: GAA, hemoglobina glicosilada, perfil de lípidos y tensión arterial. **Muestra**. No aleatoria, N=146 trabajadoras. **Análisis Estadísticos**. Se construyeron 2 Modelos rivales de relación entre variables analizadas mediante ecuaciones estructurales con SPSS-19 y Amos 21. **Resultados**. El síntoma con mayor prevalencia fue obesidad (69.9%) seguido por niveles bajos de cHDL (57.7%), hipertrigliceridemia (41.1%), hiperglicemia (30.8%) e hipertensión (13.7%). Prevalencia de SM: 37.7%. El modelo de ecuaciones estructurales con mejores índices de ajuste especifica una relación entre el estrés laboral y la impulsividad que a su vez se asocia con hábitos alimenticios que coadyuvan al incremento de la obesidad y ésta última, muestra relación con el SM. La actividad física no presentó relación significativa ($p=.84$). **Conclusiones**. Se encontraron relaciones significativas entre estrés laboral, factores psicosociales del estilo de vida y SM, por lo que se recomienda implementar programas integrales de prevención y control para promover la salud y el bienestar de las trabajadoras.

Palabras clave: Estrés laboral, impulsividad, hábitos alimenticios y Síndrome Metabólico.

INTRODUCCIÓN

Estrés laboral, se ha definido como “El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo” (Levi, 1999 p. vi). Para este mismo autor, el estrés laboral es un estado que se caracteriza por la presencia de altos niveles de excitación y angustia, aunadas a una frecuente sensación de incapacidad para afrontarlas. La OMS (2010) identificó al estrés laboral como uno de los diez problemas principales en los contextos laborales que impactan en la salud de los trabajadores, especialmente al grupo de los profesionales dedicados al cuidado de la salud. Al respecto, Lerma-Martínez, Rosales-Arellano, Gallegos-Alvarado, (2009) explican que dichas profesiones generan en sus trabajadores altas cargas de estrés debido a su condición humanitaria al cuidado de las personas enfermas, aunado a la vivencia continua de emociones generadas dentro del marco de las actividades laborales, tales como: la compasión, la tristeza y la ansiedad ante las condiciones de enfermedad de los pacientes y ante la muerte, enfrentándose continuamente a riesgos de contagio. Por otro lado, Juárez-García (2007) utilizando el modelo demanda/control, encontró una relación entre el estrés laboral e indicadores cardiovasculares en personal de enfermería en México, y en particular destacó que estos profesionales afrontan de manera continua estrés laboral generado por la inseguridad en el empleo, las altas demandas laborales y su autopercepción de escaso control para hacer frente a tales demandas, aunado a la falta de apoyo tanto por parte de los compañeros como de los jefes.

Desde la perspectiva del Modelo Demanda/Control propuesto por Karasek y Theorell (1990), cuando el estrés laboral se mantiene a través del tiempo, se vuelve crónico y desencadena trastornos en la salud del trabajador, entre los que se encuentran, por nombrar algunos, aumento de la presión arterial, síntomas cardiovasculares y enfermedades coronarias (Hlatky *et al.*, 1995; Juárez, 2007; Landsbergis, Schnall, Warren, Pickering y Schwartz, 1994); hipertensión, hiperlipidemia, sobrepeso, consumo de alcohol y tabaco (Niedhammer *et al.*, 1998); alteraciones en el funcionamiento musculo-esquelético (Fonseca-Ribeiro, Pereira-Fernandes, Fontoura-Solla, Costa-Santos Jr., Santos de Sena Jr., 2012; Rugulies & Krause, 2005; Santos-Pataro, 2011); problemas cardiovasculares, obesidad y los componentes del síndrome metabólico (Chandola, Brunner y Marmot, 2006; Manuel-Román, Rodríguez-Martínez, Méndez-Vargas y Tovalín-Ahumada, 2010).

Los dos constructos claves del Modelo Demanda/Control (Karasek y Theorell, 1990) son: 1) Las demandas psicológicas, conceptualizadas como las exigencias de la tarea y las cargas de trabajo mental y, 2) El control laboral, concebido como la conjunción de la autonomía en la toma de decisiones y la utilización de habilidades personales. De acuerdo a los autores de dicho modelo, es la combinación de estos dos constructos el punto crucial para predecir el riesgo a la salud, en donde las altas demandas psicológicas y un bajo control por parte del trabajador para hacer frente a tales requerimientos, genera fatiga, ansiedad, depresión y enfermedades físicas.

Por otro lado, en el grupo de los profesionales mexicanos del Sector Salud se han reportado altas prevalencias de síndrome Metabólico (SM) cifras que han alcanzado poco más del 40% (Montes de Oca-García, Loria-Castellanos y Chavarría-Is-las, 2008; Palacios-Rodríguez, Paulín-Villalpando, López-Carmona, Valerio-Acosta y Cabrera-Gaytán, 2010). Dicho síndrome actualmente es concebido como uno de los principales problemas de salud pública de alto impacto en la población adulta mexicana y las prevalencias reportadas han alcanzado hasta el 56% (Wacher-Rodarte, 2009), condición que compromete la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes lo padecen, debido a los riesgos asociados con este padecimiento, entre ellos, el desarrollo de diabetes tipo 2 y de enfermedades cardiovasculares. Se ha señalado que las personas afectadas por dicho síndrome presentan un mayor riesgo de eventos coronarios a 10 años (Ares-Camerino, Sainz-Vera, Marchera-Aparicio, Soto-Pino y Suárez-Collantes, 2004), circunstancia que puede culminar en muerte y discapacidad prematuras; en particular, se ha reportado que más del 35% de las muertes anuales en México, equivalente a 130 mil decesos, son atribuibles al SM (Erosa-González, 2013).

Para la Federación Internacional de la Diabetes (Zimmet, Alberti y Serrano, 2005) el SM es el conjunto de síntomas o alteraciones metabólicas conformado por la presencia de obesidad central (cintura en mujeres > 80 cm y en hombres > 90 cm, o bien, la presencia de obesidad periférica, evaluado por el Índice de masa corporal (IMC) >30 Kg/m², según el cual la obesidad central o periférica es requisito indispensable para el diagnóstico del SM , más dos de los siguientes síntomas: 1) Nivel alto de triglicéridos ($\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) o seguir un tratamiento específico para este trastorno) y; 2) nivel bajo de colesterol HD ($< 1,03$ mmol/L (40 mg/dl) en varones; $< 1,29$ mmol/L (50 mg/dl) en mujeres o seguir un tratamiento específico para este trastorno); 3) Hipertensión (Sistólica: ≥ 130 mmHg o diastólica: ≥ 85 mmHg o seguir un tratamiento para hipertensión previamente diagnosticada) y 4) Nivel alto de glucosa en plasma (glucosa en plasma en ayunas $\geq 5,6$ mmol/l (100 mg/dl) o diabetes tipo 2 ya diagnosticada, los cuales pueden aparecer de forma simultánea o de manera independiente y secuencial en una persona, como resultado de la combinación de factores genéticos y/o ambientales, éstos últimos relacionados con los estilos de vida, en manera especial, la sobrealimentación y ausencia de actividad física (López, Sosa y Labrousse, 2007).

Al respecto de las comorbilidades del SM , se ha señalado puntualmente que el 80% de diabetes en México es generado por el sobrepeso y la obesidad, siendo la primer causante de decesos; se ha indicado que cada dos horas mueren 5 personas debido a las complicaciones del padecimiento (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López-R, 2004). La Secretaría de Salud (2002) manifestó que la diabetes es causa principal de las amputaciones de las extremidades inferiores de origen no traumático, la retinopatía y la insuficiencia renal. De la misma manera, con referencia a la hipertensión, sostiene que la prevalencia en población de 20 años en adelante, oscila alrededor del 26%, existiendo alrededor de 15 millones de personas con este padecimiento; asimismo reportó que sólo el 30% de las personas presenta presión arterial dentro de los estándares de lo saludable y el 44% restante, proba-

blemente está manifestando síntomas relacionados con este padecimiento pero no ha sido diagnosticado.

La obesidad juega un papel preponderante dentro del SM, se resalta que actualmente, ésta se considera como una de las principales enfermedades del Siglo XXI que afecta a la población mundial, en cuyas estadísticas, México se ha posicionado en segundo lugar con la población adulta y en conjunto con el sobrepeso manifiestan una prevalencia del 70% (Gobierno Federal Salud, 2010), cuyos orígenes, se han determinado como multicausales, en donde los aspectos genéticos, biológicos, sociales, psicológicos y económicos juegan un papel fundamental en su génesis, desarrollo y mantenimiento (OMS, 2011). Al respecto, mucho se ha discutido sobre sus posibles causas, hay quienes refieren que la obesidad se debe a un desequilibrio prolongado entre la ingesta y el gasto calórico Obregón (2007); otros científicos como Marques, Martí, Moreno y Martínez (2004) la atribuyen a factores genéticos, por otro lado, Mancilla, Durán, Ocampo y López (1992), entre otros, han encontrado una serie de rasgos de personalidad asociados a la obesidad, tales como: ansiedad, depresión e impulsividad; simultáneamente, otros investigadores (Guizado y Vaz, 2002; Granzella, 2009) han señalado a los factores psicológicos como generadores de la obesidad. En el mismo tenor, Guerrieri, Nederkoorn y Jansen (2008) enfatizaron que la impulsividad se relaciona con la sobreingesta alimentaria cuya consecuencia es la obesidad. En relación a la impulsividad, Plutchik y Van Praag (1989) la han precisado como la tendencia a responder rápidamente y sin reflexión. Las conductas impulsivas han sido vinculadas a diversos problemas que ponen en riesgo a la salud, al bienestar personal y social, entre ellos: las adicciones, los actos agresivos y los trastornos de la alimentación.

En lo que respecta a la actividad física, Jacoby, Bull y Neiman (2003) destacaron que la Organización Mundial de la Salud confirmó que en América Latina se registraron 119,000 defunciones vinculadas con estilos de vida sedentarios en el año 2002; en el caso de México, más de las dos terceras partes de la población no practican los niveles recomendados de actividad física (por lo menos 30 minutos diarios) para propiciar beneficios en la salud, declarando que "esta alta prevalencia del sedentarismo, con sus riesgos sanitarios, son especialmente alarmantes a la luz de los extensos y acelerados cambios del estilo de vida en zonas urbanas que fomentan la comodidad y el mínimo esfuerzo en todos los ámbitos de la vida: el trabajo, las tareas domésticas, el transporte y los pasatiempos" (Jacoby *et al.* 2003, p. 224). En lo referente a los hábitos alimenticios, la Organización Mundial de la Salud (2011) considera que el tipo de alimentación actual así como la poca actividad física son el resultado de los cambios que enfrentan las sociedades y el medio ambiente asociados con el desarrollo y la falta de políticas en los sectores de salud, agricultura, transporte, planeación urbana, medio ambiente, comidas procesadas, mercadotecnia y educación, por lo que fundamenta que la obesidad y el sobrepeso pueden ser prevenidos mediante la instauración de programas gubernamentales que proporcionen a la gente alternativas para consumir alimentos sanos y fomentar la actividad física. En cuanto al aspecto individual, recomienda que la gente evite la ingesta de alimentos altos en grasa, incremente el consumo

de vegetales, frutas, legumbres y todo tipo de granos, que disminuya la ingesta de azúcares, que realice actividad física de forma regular manteniendo una dieta balanceada, así como un peso saludable. Por otro lado, también se ha considerado que la frecuencia con la que se consumen los alimentos puede ser un factor determinante para la adquisición del sobrepeso y la obesidad, motivo por el cual, para combatir y prevenir estos trastornos, algunos profesionales de la salud recomiendan realizar 5 comidas diarias: desayuno, comida y cena; introduciendo dos ingestas más: una a media mañana y la segunda a media tarde con el propósito de distribuir la energía necesaria durante el día, evitando llegar a las comidas principales con hambre (Micó-Pascual, s/f). Al respecto, Metzner, Lamphiear, Wheeler y Larkin (1977) encontraron una relación inversa significativa entre la cantidad de comidas realizadas al día por los participantes en un estudio sobre el índice de grasa corporal, encontrando que una cantidad menor de comidas al día se asoció con un mayor índice de grasa corporal y a mayor cantidad de comidas consumidas durante el día, la presencia de la grasa corporal disminuía. De manera simultánea también se ha indicado que comer y masticar lentamente permite la producción y el envío de señales de saciedad al cerebro, procedimiento que toma por lo menos 15 minutos, por lo que recomiendan comer despacio y masticar lentamente los alimentos para evitar la sobreingesta y por consecuencia, la obesidad (Vázquez-Velásquez y López, 2001).

En las tres últimas décadas se han desarrollado diversos estudios científicos desde diferentes perspectivas con la finalidad de identificar los factores generadores, de desarrollo y de mantenimiento tanto de la obesidad como del SM debido al acelerado incremento de sus prevalencias en la población mexicana. En el ámbito de la salud ocupacional existe una gran preocupación con respecto a esta problemática debido a los riesgos en la salud y su impacto en el bienestar tanto de los trabajadores como de su entorno debido a que, como consecuencia de estos padecimientos, también se ven afectados de manera directa la economía, la familia, la organización laboral y las instituciones de salud. Sin embargo en la actualidad se cuenta aún con escasa información al respecto, por lo cual, la propuesta de este estudio se centra en explorar el mecanismo de relación de algunas variables psicosociales laborales con el SM (utilizando los criterios de la Federación Internacional de la Diabetes) de manera integral, tomando en consideración las condiciones del trabajo con base en el modelo demanda/control de Karasek, cuyo eje rector es el estudio del estrés laboral que, de acuerdo con varios especialistas (Juárez, 2007; Karasek y Theorell, 1990; Lerma-Martínez y *et al.*, 2009; OMS, 2010) es un factor asociado a las actividades de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud; los factores psico-sociales asociados a la obesidad (síntoma indispensable para el diagnóstico del SM), por un lado, la impulsividad (Plutchik y Van Praag, 1989) y por el otro, los estilos de vida asociados a los hábitos alimenticios (OMS, 2011) y a la actividad física (FAO/WHO/UNU, 2004).

OBJETIVO.

Determinar si existe relación significativa entre el estrés laboral, los factores psicosociales (impulsividad, hábitos alimenticios y actividad física) y el síndrome metabólico mediante 2 modelos de ecuaciones estructurales.

MÉTODO.

Transversal-descriptivo-relacional.

Instrumentos de evaluación

a) Evaluación psico-social-laboral.

1. Cuestionario del Contenido del Trabajo (JCQ, por sus siglas en inglés) traducido al Español por Cedillo (1999). Es un instrumento validado y estandarizado en población mexicana utilizado para evaluar los niveles de estrés de los trabajadores generados por las condiciones y características del trabajo. Es de auto-administración y se compone por 27 preguntas con 4 opciones de respuesta tipo Likert que van desde: "Totalmente en Desacuerdo" hasta "Totalmente de Acuerdo." Está integrado por 4 dimensiones: a) Demandas psicológicas; b) Control (utilización de habilidades y latitud de decisión); c) Apoyo social (apoyo social del jefe y apoyo social de los compañeros) y d) Inseguridad en el trabajo.
2. Escala de Impulsividad (Plutchik) validado en México por Paéz y colaboradores (1996). Este instrumento evalúa el nivel de impulsividad en las personas considerando la tendencia a tomar decisiones rápidamente, las tendencias a actuar sin pensarlo y la tendencia a involucrarse en conductas riesgosas. Se compone de 15 preguntas con 4 respuestas de opción múltiple jerarquizadas desde "Nunca" hasta "Muy frecuentemente", distribuidas en 4 dimensiones: autocontrol, planeación de las acciones en el futuro, conductas fisiológicas y actuación espontánea.
3. Encuesta sobre hábitos alimenticios, actividad física y datos sociodemográficos. Se trata de un cuestionario-auto-reporte (aún sin validar) construido con la finalidad de concentrar las características socio-demográficas de los participantes, tales como edad, escolaridad, actividad laboral, etc. En el primer apartado se pretende determinar la frecuencia de ciertos hábitos alimenticios, tales como el consumo de carbohidratos, grasas, número de ingestas alimenticias (desayuno, colaciones, comida, cena), así como las características de la ingesta, tales como: alimentación balanceada, comer rápido, consumo de comidas rápidas, etc. En el segundo apartado, se evaluó la actividad física de acuerdo a la propuesta de FAO/WHO/UNU (2004), la clasificación se da en tres dimensiones: a) Sedentarismo o estilos de vida con actividad ligera. Incluye a las personas cuyas actividades cotidianas no demandan mucho esfuerzo físico, no realizan ejercicio físico ni participan en deportes de manera regular. b) Activo o Estilos de vida con actividad moderada. En esta categoría se encuentran las personas que invierten tiempo en realizar una rutina de ejercicio físico (una hora al día de manera continua o en lapsos.) y c) Actividad vigorosa o Estilos de vida Vigorosos; incluye a las personas cuyos trabajos regularmente

implican gran actividad física o practican rutinas de ejercicio físico en promedio dos horas al día.

- b. Evaluación Antrópica: Se realizó la evaluación corporal (peso, estatura y circunferencia de la cintura) aplicando los criterios de la Sociedad Internacional para el avance de la Kineantropometría (ISAK, por sus siglas en inglés), utilizando una báscula digital marca Tanita BC 601-F con precisión de 100 gr., estadímetro profesional marca Seca 214 con una precisión de 1mm. y cinta métrica profesional metálica marca Lufkin W606PM, graduada en milímetros.
- c. Determinación de Bio-marcadores: Glucosa en ayunas (GAA), perfil de lípidos, hemoglobina glicosilada y Tensión arterial.

PROCEDIMIENTO

Para la conformación de la muestra, se emitió una convocatoria-invitación a las trabajadoras de un hospital de salud pública mediante pósters y trípticos, se realizaron pláticas informativas y las interesadas firmaron y entregaron la carta de consentimiento informado, consecutivamente se llevó a cabo la aplicación de encuestas (datos sociodemográficos, estrés laboral, impulsividad, hábitos alimenticios y actividad física). A las participantes se les extrajeron 5 ml de sangre venosa en ayuno para determinar los biomarcadores: glucosa, hemoglobina glicosilada y perfil de lípidos (colesterol total, triglicéridos y HDL) en el laboratorio del hospital. Así mismo, se midió la tensión arterial de las participantes por especialistas en la materia, después de 10 minutos previos de reposo, en posición sentada con ambos pies tocando el piso, con brazaletes en el brazo izquierdo. Se realizó la evaluación antropométrica por personal especializado y certificado por ISAK; para el cálculo del Índice de masa corporal (IMC) se determinó el peso corporal de cada uno de las participantes en una báscula digital marca Tanita BC 601-F con precisión de 100 gr., siguiendo las recomendaciones del fabricante para obtener lecturas exactas: portar poca ropa, pies descalzos y en ayunas; se midió la estatura con un estadímetro profesional marca Seca 214 con una precisión de 1mm. La participante se encontraba descalzo, de pie, en posición erguida en máxima extensión y cabeza erecta, ubicado en el plano de Frankfurt (línea imaginaria que une a la zona de la órbita del ojo con la línea superior del meato auditivo), de espalda al estadímetro con los pies juntos, tocando el plano del estadímetro con los talones, la escuadra del estadímetro se descendió hasta tocar el punto más elevado del cráneo (vértex) registrando por duplicado las lecturas, en los casos en que se presentó una diferencia menor al 10% entre las lecturas, se obtuvo el promedio. Se obtuvo el indicador IMC dividiendo el peso en kilogramos, entre el cuadrado de la altura en metros, utilizando la fórmula propuesta por la OMS (2011). La determinación de la circunferencia de la cintura, se efectuó midiendo la cintura con una cinta métrica profesional metálica marca Lufkin W606PM, graduada en milímetros, posterior a la inhalación y expiración de aire, en el punto más estrecho, entre el borde inferior de la décima costilla y el borde superior de la cresta ilíaca, el participante estuvo en posición de pie sobre un banco antropométrico, descalzo, relajado y con los brazos cruzados sobre el tórax.

Una vez realizadas e interpretadas las evaluaciones psicosociales-laborales de antropometría y de los biomarcadores, se llevó a cabo la devolución de los resultados personalizados con cada una de las participantes.

Muestra. No aleatoria y voluntaria, conformada por 146 trabajadoras de un hospital de Salud Pública del Estado de Morelos. Edad $\bar{X}=42.39$, $\sigma=10.51$, Rango: 18-66 años. Del 100% de la muestra, el 13% corresponde al personal médico, el 49.3% al personal de enfermería, el 19% al personal paramédico y el 17.8% a personal administrativo.

Análisis Estadísticos. Descriptivo y análisis de 2 Modelos rivales de ecuaciones estructurales con la finalidad de determinar cuál modelo presenta mejor evidencia empírica, se utilizaron los programas SPSS-19 y Amos 21.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

De acuerdo al Modelo Demanda/Control de Karasek y Theorell (1990) mediante la combinación de las dimensiones altas demandas psicológicas y bajo control, se encontró una prevalencia de estrés laboral de 17.8% en las trabajadoras de la salud, presentando la siguiente distribución en relación a la actividad profesional: 2.7% en personal médico, 4.8% en personal de enfermería, 4.8% en personal paramédico (laboratoristas, rehabilitación e imagenología) y 5.5% en personal administrativo.

La prevalencia de SM en la población de estudio fue de 37.7%. Se encontró que 1.4% del personal médico presenta SM, el 21.9% corresponde al personal de enfermería, el 6.8% a los paramédicos y el 7.5% al personal administrativo.

Con respecto a la impulsividad, se encontró una $\bar{X}=12.82$ y $\sigma=5.56$, cabe señalar que no existen puntos de corte para la determinación del grado de impulsividad en las personas, sin embargo, los resultados se enmarcan en un rango que va de 0 a 45 puntos. La interpretación se realiza en función del puntaje obtenido por los evaluados, a mayor puntuación, mayor grado de impulsividad.

En cuanto a la actividad física, el 93% de la población tiene un estilo de vida sedentario, de acuerdo a los criterios de FAO/WHO/UNU (2004).

En relación a los hábitos alimenticios, los reportes de las participantes muestran que entre 5 ó 7 días por semana, el 91.11% desayuna, sólo el 51.5% cena, el 63.7% realiza tres comidas al día, el 21.2% lleva un régimen alimenticio de desayuno-colación-comida-colación-cena, el 58.9% tiende a ingerir comidas balanceadas, el 40.4% suele ingerir carbohidratos en exceso, el 37.7% suele comer rápido, el 39.7% consume refrescos y/o bebidas azucaradas, el 42.5% cuida el consumo de comidas rápidas, el 42.5% cuida el consumo de golosinas, el 7.5% consume alimentos fritos en exceso.

En relación al SM y sus componentes, en la Tabla 1, se muestran los análisis descriptivos de la población en estudio. El 37.7% presentó SM de acuerdo a los criterios de la FID (Zimmet, *et al.*, 2005).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos Bio-marcadores. N=146 Mujeres

	N	Rango	Mínimo	Máximo	\bar{X}	σ	Valores de Referencia (FID, 2005)
IMC	146	37.25	15.89	53.14	28.42	5.77	IMC 25-29 Sobrepeso * OMS, 2012)
Circunferencia Cintura	146	86.00	61.00	147.00	86.49	13.44	> 80 cm Obesidad central
Triglicéridos	145	2242	34.0	2276.0	165.6	198.52	Normal <150
Colesterol HDL	142	62.6	17.7	80.3	48.9	11.61	Normal >50 mg/dl
Presión Arterial Sistólica	146	70	80	150	110.5	12.23	Ideal = 120 mmHg
Presión Arterial Diastólica	146	55	45	100	70.8	9.34	Ideal = 80 mmHg
Glucosa	145	262	65	327	102.7	38.14	Normal <100 mg/dl
Estatura	146	31.5	140.5	172.0	156.8	6.36	
Peso	146	103	40	143	69.9	15.14	
Síndrome Metabólico	37.7% presentó SM de acuerdo a los criterios de la FID (Zimmet, <i>et al.</i> , 2005)						

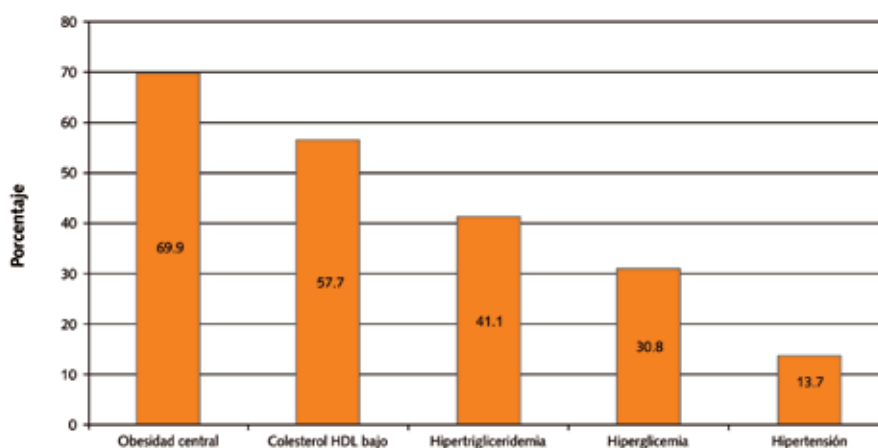
* IMC>27=Obesidad (Secretaría de Salud, 2008)

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al número de componentes del Síndrome Metabólico, se encontró que el 13% de la población en estudio no presenta síntoma alguno, el 21.9% presenta un solo síntoma, el 26.7% tiene 2 síntomas, en conjunto, las participantes que presentan entre 1 y 2 síntomas corresponde al 48.6%, mientras que de acuerdo a los criterios de la FID, el 37.7% presenta SM.

De los componentes del SM observados en la población de estudio: N=146 mujeres con Edad \bar{X} =42.39 años, σ =10.51, el síntoma de mayor prevalencia fue obesidad central >80 cm ó IMC>30 (69.9%) seguido por niveles bajos de colesterol HDL<50mg/dl o en tratamiento (57.7%), hipertrigliceridemia>150 mg/dl o en tratamiento (41.1%), hiperglicemia>100 mg/dl o en tratamiento (30.8%) e hipertensión>130/85 ó en tratamiento (13.7%), como se muestra en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Prevalencia de los síntomas del Síndrome Metabólico N=146 mujeres

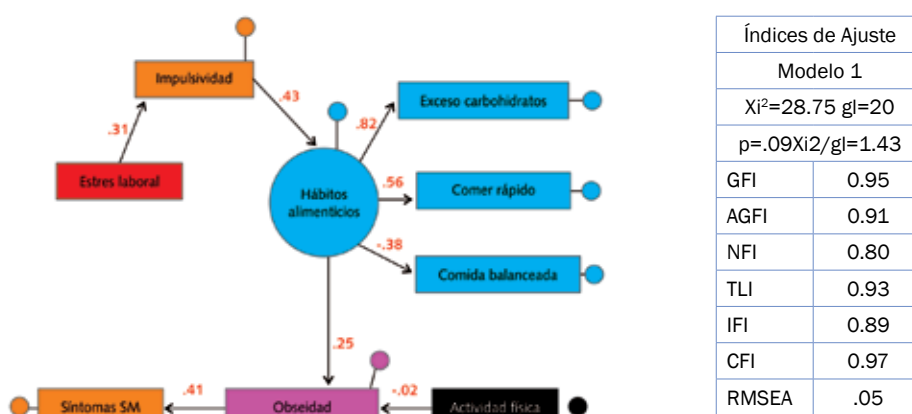


Fuente: elaboración propia.

Modelos rivales de ecuaciones estructurales.

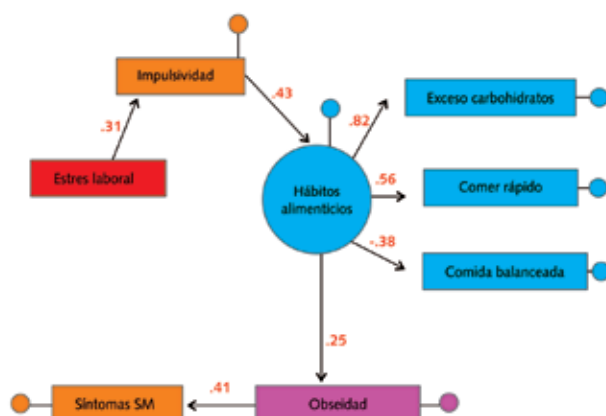
Con la finalidad de determinar si existe relación significativa entre el estrés laboral, los factores psicosociales del estilo de vida (impulsividad, hábitos alimenticios y actividad física) y los componentes del síndrome metabólico se diseñaron dos modelos de ecuaciones estructurales, en el primero de ellos se consideraron las variables: estrés laboral, impulsividad, hábitos alimenticios (ingestión de carbohidratos en exceso, comer rápido e ingesta de alimentación balanceada) y actividad física; cuyo mecanismo se muestra en la Figura 1, en donde se observa que la variable "actividad física" presenta una carga negativa, de acuerdo a lo esperado, pero la relación que presenta con la variable "obesidad" es muy pequeña (-.02), motivo por el que se decidió eliminarla en un segundo modelo, ver Figura 2.

Figura 1. Modelo 1



Fuente: elaboración propia

Figura 2. Modelo 2



Índices de Ajuste	
Modelo 2	
Xi²=19.36 gl=14	
p=.151 Xi²/gl=1.38	
GFI	0.96
AGFI	0.92
NFI	0.86
TLI	0.93
IFI	0.95
CFI	0.95
RMSEA	.05

Fuente: elaboración propia

El modelo de ecuaciones estructurales que mostró los mejores índices de ajuste (Modelo 2) específica que a mayor índice de estrés laboral existe un incremento significativo de la impulsividad (tendencia a tomar decisiones rápidamente y actuar sin pensarlo), generando ésta a su vez, hábitos alimenticios (ingesta de carbohidratos en exceso, comer rápido y falta de alimentación balanceada) que coadyuvan al incremento de la obesidad (central o periférica con IMC>30), encontrándose esta última, relacionada con hipertrigliceridemia, niveles bajos de cHDL, hipertensión arterial y alteración en la regulación de la glucosa, síntomas que conforman al SM.

DISCUSIÓN.

El objetivo del estudio consistió en determinar la existencia de relaciones significativas entre el estrés laboral, factores psicosociales del estilo de vida (impulsividad, hábitos alimenticios y actividad física) y los componentes del síndrome metabólico mediante modelos rivales de ecuaciones estructurales, el primero de ellos (Modelo 1) se enfocó en el análisis de las variables mencionadas en el objetivo, en donde se encontró que la variable "actividad física" desde la perspectiva de los expertos de FAO/WHO/UNU (2004) no fue significativa ($p=.84$) y su peso en regresión con la variable obesidad fue muy bajo ($-.02$), dados estos antecedentes, se procedió a construir un segundo modelo (Modelo 2), en donde se eliminó la variable en cuestión, mejorando sustancialmente los índices de ajuste. Por otro lado, se analizó la variable "actividad física" con el objetivo de vislumbrar la razón del bajo resultado obtenido en el Modelo 1; encontrándose, que del total de 146 participantes, 130 de ellas (el 93%) no realiza ejercicio físico, es decir, tienen un estilo de vida sedentario, 13 participantes (0.8%) tiene un estilo de vida con actividad moderada realizando ejercicio entre 5 y 9.59 horas por semana y sólo 2 participantes (0.01%) tienen un estilo de vida con actividad física vigorosa, hacen ejercicio 10 horas a la semana. En relación al ejercicio físico y los indicadores de obesidad, en este caso el

IMC (OMS, 2012), inesperadamente se encontró que, entre quienes tienen un peso dentro de los parámetros de lo saludable o normopeso, el 0.1% hace ejercicio, entre las participantes que presentan sobrepeso, el 11.47% hace ejercicio y entre quienes presentan obesidad, el 0.08% realiza ejercicio. Es decir, el porcentaje más alto de participantes que realiza ejercicio físico se encuentra en el grupo que presenta sobrepeso y el motivo de ello se debe a que con anterioridad habían presentado obesidad, según los reportes de las participantes.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al número de síntomas componentes del SM, muestran que solo el 13% de la muestra en estudio no presenta síntoma alguno, mientras que el 48% de esta población presenta entre 1 y 2 síntomas, en tanto que el 37.7% presenta entre 3 y 5 síntomas (obesidad más otros dos síntomas del cuadro sintomatológico propuesto por la FID), lo cual, visto desde esta perspectiva, se considera que los riesgos a la salud de las trabajadoras son altos debido a que la presencia de cualquiera de los síntomas componentes del SM, factores desencadenantes de enfermedades crónico degenerativas, circunstancia que puede culminar en muerte o discapacidad prematuras.

La población en estudio mostró una prevalencia de 41.1% de hipertrigliceridemia, que es un padecimiento considerado como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Oh & Lanier, 2007), 30.8% de hiperglicemia, considerada como una manifestación de diabetes mellitus tipo 2 (Romero-Mora, Durán-Íñiguez y Castro-Barajas, 2013) y entre las complicaciones de esta enfermedad, se encuentran las afecciones cardiovasculares, insuficiencia renal, neuropatía, entre otras. En relación a la hipertensión, la prevalencia encontrada fue del 13.7%, cuyas consecuencias derivan en accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio e insuficiencia renal (OMS, 2013). Así mismo, la obesidad presentó una prevalencia del 69.9% que ha sido relacionada con una larga extensión de trastornos orgánicos, entre ellos, las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cálculos vesiculares, cáncer de mama (Llamas-Olarian, 2008), dificultad para respirar, alto riesgo de sufrir fracturas, resistencia a la insulina y efectos psicológicos en edad temprana, entre otros más (OMS, 2011). Además, quienes padecen de obesidad septuplican la posibilidad de la aparición de artritis en rodillas y tobillos; se considera que un aumento de 10 kilos triplica el riesgo de contraer enfermedades en las mujeres, de la misma manera, un aumento del 10% en peso corporal aumenta el 12% de colesterol. Mientras que un $IMC > 31$ en mujeres y un $IMC > 35$ en hombres se asocia con el riesgo de padecer diabetes tipo 2 (insulino-no dependientes), un $IMC > 40$ presenta un alto riesgo de contraer cáncer, en convergencia, se ha corroborado que el 75% de las consultas por asma corresponden a personas que presentan obesidad, siendo la grasa abdominal la responsable de la alteración de la función respiratoria, más que la obesidad generalizada. Aunado a las comorbilidades anteriormente señaladas, la obesidad genera incapacidad física prematura en los adultos y muerte prematura (OMS, 2011).

Por otro lado, en lo que respecta a los análisis descriptivos en relación a la actividad profesional con el SM, el personal de enfermería fue quien mostró la más alta prevalencia (21.9%), sin embargo, es importante destacar que también fue

el grupo que se conformó con mayor población (72 participantes). Se realizó una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos con y sin SM en relación a la actividad laboral, cuyos resultados ($U=2220$, $p=.22$), muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos laborales con respecto a la presencia del SM, lo anterior se puede explicar por la desigualdad en el tamaño de los grupos de actividad laboral.

De la misma manera, con respecto a los análisis descriptivos concernientes a la prevalencia del estrés laboral, se encontró que el 17.8% de la población en estudio lo padece, situación que pone en riesgo a la salud de las trabajadoras debido a la morbi-mortalidad con la que ha sido asociada (Karasek y Theorell, 1990). Respecto al vínculo actividad profesional y estrés laboral, se observó que el grupo conformado por personal administrativo mostró el porcentaje más alto (5.5%), lo que confirma lo expuesto por la OMS (2010) respecto a que, entre las ocupaciones intrínsecamente más estresantes, se encuentran las actividades en que los trabajadores presentan altos niveles de contacto interpersonal con el público.

Mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos con y sin estrés laboral en relación a la actividad laboral, los resultados ($U=1232$, $p=.07$) mostraron que no existen diferencias significativas entre los grupos laborales con respecto a la presencia del estrés laboral, lo que se explica por la desigualdad en el tamaño de los grupos de actividad laboral. Sin embargo, es importante tomar en consideración que las actividades dedicadas al cuidado de la salud están consideradas como las ocupaciones más estresantes (OMS, 2006) y retomando las premisas del Modelo demanda/control (Karasek y Theorell, 1990), el estrés crónico desencadena trastornos en la salud de los trabajadores.

CONCLUSIONES.

En la actualidad, el SM se ha posicionado como uno de los principales padecimientos del siglo XXI que están impactando de manera contundente a todos los estratos de la población mexicana, comprometiendo seriamente la calidad de vida y la salud de quienes las padecen, cuyas consecuencias impactan a las familias, a las organizaciones, instituciones y a la economía del país; con consecuencias similares en los contextos laborales, se ha identificado al estrés como uno de los diez problemas principales de mayor impacto en la salud de los trabajadores, especialmente en el grupo de los profesionales dedicados al cuidado de la salud. En el presente estudio la prevalencia del SM fue del 37.7%, resultados semejantes a los reportados en estudios realizados en México con personal dedicado al cuidado de la salud (Montes de Oca-García *et al.*, 2008; Palacios-Rodríguez, *et al.*, 2010). Retomando el planteamiento de Ares-Camerino *et al.* (2008) sobre los riesgos de eventos coronarios en un lapso de 10 años en las personas afectadas por dicho síndrome, se deduce que la salud, el bienestar y la calidad de vida de esta población se encuentra en alto riesgo aunado a todas las implicaciones, sociales, económicas personales y de impacto en su Institución laboral. De la misma manera, la prevalencia del estrés la-

boral fue del 17.8%, porcentaje cercano al encontrado en estudios previos en una muestra conformada por profesionales del sector público de salud de 4 hospitales en México (González-Jaimes, Juárez-García, Camacho-Ávila, Noriega-Medina y Escobedo, en prensa), poniendo en alto riesgo a dicha población debido a la morbilidad (SM, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.) y mortalidad temprana relacionadas con este padecimiento (Karasek y Theorell, 1990).

Los hallazgos de este estudio muestran por un lado, que la población en estudio dedicada al cuidado de la salud presenta estrés laboral en un 17.8% derivado de la combinación entre altas demandas psicológicas y bajo control para hacer frente a tales requerimientos desde la perspectiva del modelo demanda/control (Karasek y Theorell, 1990) y, por el otro, una alta prevalencia de SM (37.7%) desde la perspectiva de la Federación Internacional de la Diabetes (Zimmet y colaboradores, 2005). En torno al estudio de relación entre las variables psico-sociales-laborales (estrés laboral, impulsividad, hábitos alimenticios, actividad física y SM) mediante dos modelos de ecuaciones estructurales para determinar cuál de ellos muestra la mejor evidencia empírica, se encontró que el Modelo 2 presentó mejores índices de ajuste (Batista-Foguet y Coenders Gallart, 2000) en contraste con el Modelo 1, el cual refleja que en la medida que se incrementa el nivel de estrés laboral existe un incremento significativo de la impulsividad, generando a su vez, hábitos alimenticios que coadyuvan al incremento de la obesidad (central $CC > 80$ cm. o periférica $IMC > 30$), encontrándose ésta última relacionada con hipertrigliceridemia, niveles bajos de cHDL, hipertensión arterial y alteración en la regulación de la glucosa, síntomas que conforman al SM, motivo por el que, en lo que respecta a los escenarios laborales, especialmente en el rubro de los profesionales de la salud -eje rector de esta investigación- surge la inminente necesidad de identificar los factores laborales de riesgo de estrés laboral con la finalidad de implementar programas de intervención para la optimización de la estructura organizacional y propiciar ambientes de trabajo saludables y, con la finalidad de prevenir y controlar el SM se requiere promover en los trabajadores una cultura de hábitos dirigidos a la mejora y conservación de la salud, especialmente en lo que respecta a la ingestión de alimentación balanceada y ejercitación física.

Limitaciones. Los resultados sólo son aplicables a la población en estudio. Tamaño de la muestra conformada por invitación y sólo población femenina.

REFERENCIAS

- Ares-Camerino, A., Sainz-Vera, B., Marchena-Aparicio, J.C., Soto-Pino, M.L. y Suárez-Collantes, M. (2004). Diagnóstico del Síndrome Metabólico a través de la vigilancia de la salud. *Mapfre Medicina*, 15(4) 266-272. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1066132>
- Batista-Foguet, J.M. y Coenders Gallart, G. (2000). *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. Modelos para el análisis de relaciones causales. Madrid: La Muralla, S.A.
- Cedillo, L. (1999). *Psychosocial Risk Factors among Women Workers in the Maquiladora Industry in México*. (Disertación Doctoral). USA: University of Massachusetts.

- Chandola, T., Brunner, E. y Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.38693.435301.80. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388129/>
- Erosa-González, C. (22 de Agosto, 2013). Síndrome Metabólico genera 130 mil muertes al año en México [Noticia de prensa]. Recuperado de <http://ferriz.com.mx/gadgets/el-sindrome-metabolico-genera-130-mil-muertes-al-ano-en-mexico/>
- FAO/WHO/UNU, Expert Consultation. (2004). Human energy requirements. Rome, 17-24 October 2001. <http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e00.HTM>.
- Flores-Villavicencio, M.A., Troyo-San Román, R., Valle-Barbosa, A.M. y Valle-López, M.G. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, (3)1, 1-17.
- González-Jaimes, N.L., Juárez-García, A., Camacho-Ávila, A., Noriega-Medina, L. y Escobedo, J.P. (2015) (en prensa). Validez factorial y Confiabilidad del Cuestionario del Contenido del Trabajo (JCQ: Job Content Questionnaire) en empleados del sector salud, México. En: Juárez-García, A. (Ed) (2015). *Evaluación Psicosocial en el Trabajo: Investigaciones Psicométricas en Trabajadores Mexicanos*. México: Plaza y Valdéz-UAEM (en prensa).
- Gobierno Federal. Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf
- Granzella, L., Cacavelos, R.S. (2009). Aspectos psicosociales. Análisis de un caso de obesidad. *Rev.Sociedad Argentina de Obesidad y trastornos alimentarios*. Argentina. 20(2). Recuperado de <http://www.saota.org.ar/TEXTOS/09/revista/vol202009Nro2.pdf>
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2008). The effects of an impulsive personality on overeating and obesity: Current state of affairs. (Los efectos de una personalidad impulsiva en sobreingesta y obesidad: Un estado de enamoramiento). *Psychological Topics*, 17(2), 265-286. Original Scientific Article – UDC – 159.923 613.25 616.89-008.441.42
- Guisado, J. A. y Vaz, F. J. (2002). El miedo a madurar en mujeres con obesidad mórbida postgastrectomía: predictores clínicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. (81), 31-35. [citado 2011-09-25], Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100004&lng=es&nr-m=iso>. ISSN 0211-5735. doi: 10.4321/S0211-57352002000100004
- Hlatky, M.A., Choi Lam, L., Lee, K.L., Clapp-Channing, N. E., Redford B., Williams, R.B., Pryor, D.B., Califf, R.M. & Mark, D.B. (1995). Job Strain and the prevalence and Outcome of Coronary Artery Disease. *Circulation* 92, 327-333, Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/92/3/327.full>
- Jacby, E.R., Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública.*, 14(4),223-5. Recuperado de http://journal.paho.org/index.php?a_ID=569
- López, M.E., Sosa, M.A., Labrousse, N.P.M. (2007). Síndrome Metabólico. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 174, 12-15. Recuperado de http://med.unne.edu.ar/revista/revista174/3_174.pdf

- Llamas-Olaran, J.M. (2008). Investigación para la Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales (ANTAD). OBESIDAD_Y_SOBREPESOformatopdf-AdobeReader. Recuperado de <http://www.antad.net/>
- Juárez García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*, 49 (2) 109-117. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-6342007000200006&script=sci_arttext
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life*. USA: Basic Books.
- Levi, L. (1999). Guía sobre el Estrés relacionado al Trabajo. La "sal de la vida" o el "beso de la muerte". Comisión Europea. Recuperado de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20Europeo%20Estres%20Laboral.pdf
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Warren, K., Pickering, T.G. y Schwartz, J.E. (1994). Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain. *Scand J Work Environ Health* 1994, 20(5), 349-363 doi:10.5271/sjweh.1386. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40966276?uid=3738664&uid=2&uid=4&sid=21101250166403>
- Lerma-Martínez, V.L., Rosales-Arellano, G.V., Gallegos-Alvarado, M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *Revista Conamed* 14 (Supl. 1)5-10. ISSN 1405-6704, Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59703&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41
- Mancilla-Díaz, J.M., Durán-Díaz, A., Ocampo-Télez-Girón, M.T. y López-Alonso, V.E. (1992). Rasgos de Personalidad comunes en obesos. *Salud Pública*. México, 34(5), 533-539. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001222>
- Manuel-Román, Rodríguez-Martínez, Méndez-Vargas y Tovalín-Ahumada (2010). Condiciones laborales generadoras de estrés y su asociación con el síndrome metabólico en trabajadores de una plataforma petrolera marina. Tercer foro de las Américas Recuperado de <http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo/trabajos/documentos/TL03.4.pdf>
- Marques, L., Marti, A., Moreno, A.M.J., y Martínez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. (Aspectos genéticos de la Obesidad). *Rev. Nutr.* [online]. 17(3), 327-338 [cited 2011-10-09]. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1415-5273. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000300006>.
- Metzner, H.L., Lamphiear, D.E., Wheeler, N.C., y Larkin, F.A. (1977). The relationship between frequency of eating and adiposity in adult men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Am J Clin Nutr*, (30)5, 712-715. The American Journal of Clinical Nutrition 30: USA
- Micó-Pascual, M. (s/f) Importancia de las 5 comidas diarias, evitar los picoteos. En Consejos y recomendaciones para combatir mi obesidad. *Clínica Obésitas*. Recuperado de http://www.clinicasobesitas.com/documentos/Clinica_Obesitas_Consejos_y_recomendaciones_para_combatir_mi_obesidad.pdf

- Montes de Oca-García, E., Loría-Castellanos, J. y Chavarría-Islas, R. A. (2008). Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico en personal médico de un servicio de urgencias. *Revista Cubana de Medicina Interna y Emergencias*, 7(3), 1260-1272. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_3_08/mie11308.pdf
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S., Bugel, I., Landre, M.F., (1998). Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52, 93–100. Recuperado de <http://jech.bmj.com/content/52/2/93.full.pdf>
- Obregón, M.J. (2007), Obesidad, termogénesis y hormonas tiroideas. *Rev Esp Obes.*, 5(1), 27-38. Recuperado de <http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2007-n1-Revision-Obesidad-termogenesis-y-hormonas-tiroideas.pdf>
- Oh, R.C. & Lanier, J.B. (2007). Management of hypertriglyceridemia. *American Academy of Family Physicians*, 1,75(9),1365-71. Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2007/0501/p1365.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud (1984). Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra: OIT, 1984. Recuperado de http://www.ergonomia.cl/eee/Biblioteca/Entradas/2010/7/7_OIT_OMS_Factores_Psicosociales_en_el_Trabajo_files/FPS-OIT-OMS.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2010). Prevención del suicidio. Un instrumento de trabajo. WHO/MNH/MBD/00.8. (Clasificación LC/ NLM: HV 6545) ISBN 978 92 4 1594387.Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Obesidad y sobrepeso. Fact sheet N°311 Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Raul Ariza, J.P., Ortega Soto, H. y Nicolini, H. (1996). Estudio de Validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=25461&id_seccion=1762&id_ejemplar=2630&id_revista=1
- Palacios-Rodríguez, R. G., Paulín-Villalpando, P., López-Carmona, J.M., Valerio-Acosta, M.M.L. y Cabrera-Gaytán, D.A. (2010). Síndrome metabólico en personal de salud de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(3), 297-302. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=46&IDARTICULO=37024&IDPUBLICACION=3931>
- Plutchik, R. & Van Praag, H. (1989). The Measurement of Suicidality, Agressivity and Impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacol and Biological Psychiatry (Suppl)*, 13, 23-34. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0278584689901073>
- Fonseca-Ribeiro, N., Pereira-Fernandes, R.C., Fontoura-Solla, D.J., Costa-Santos Jr, A. Santos de Sena Jr, A. (2012). Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2),429-438. Recuperado de <http://www.scienc>

lo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200020&lng=en&tlng=.

- Romero-Mora, L.M., Durán-Íñiguez, F. y Castro-Barajas F.J. (2013). Hiperglucemia en ayuno e intolerancia a la glucosa. El papel de los antecedentes familiares directos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 308-13. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133n.pdf>
- Rugulies, R. & Krause, N. (2005). Job strain, iso-strain, and the incidence of low back and neck injuries. A 7.5-year prospective study of San Francisco transit operators. *Social Science & Medicine* 61(1), 27-39. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15847959>
- Sánchez- Castillo, C.P., Pichardo-Ontiveros, E. y López-R., P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica Mexicana*, 140(2) 3-20. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>
- Secretaría de Salud. (2002). Metformina y Síndrome Metabólico. Manual de Uso. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7520.pdf>
- Santos-Pataro, S.M., (2011). *Lombalgia em trabalhadores de limpeza urbana*. (Disertación Maestría). Universidade Federal da Bahia. Faculda de Medicina da Bahía. Brasil. Recuperado de <http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/172011111221.pdf#page=59>
- Vázquez-Velásquez, V. y López-Alvarenga, J.C. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- Wachter-Rodarte, N. (2009). Epidemiología del Síndrome Metabólico. *Gaceta Médica Mexicana* 145(5),384-391. Recuperado de http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/24_vol_145_n5.pdf
- Zimmet, P., Alberti, G.M.M., Serrano, R.M. (2005). Una nueva definición del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Esp Cardiología*, 58(12), 1371-6.

4.2 Género, estrés laboral y salud mental en personas trabajadoras adultas mayores

LIGIA SÁNCHEZ TOVAR¹, M^a. PILAR MATUD AZNAR²,
M^a JOSÉ DEL PINO ESPEJO³, TERESA VELASCO PORTERO⁴,
DAVID COBOS SANCHIZ³

¹Universidad de Carabobo (Venezuela) ligia.uc@gmail.com;

²Universidad de La Laguna (España);

³Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España);

⁴Universidad de Córdoba (España)

RESUMEN

El estrés laboral en personas adultas mayores ha sido poco estudiado, en este sentido se propone como objetivo conocer si hay diferencias en función del género en estrés laboral, sintomatología mental y autoestima en las personas trabajadoras adultas mayores. Se indagó el estrés laboral, derivado de los sucesos y cambios laborales, la insatisfacción con el rol laboral, y el apoyo social. Se desarrolló un estudio transversal y correlacional, con una muestra por conveniencia formada por 178 hombres y 140 mujeres españolas, insertadas en el mercado laboral, con edades entre 55 y 65 años. La edad media de los hombres era de 57,85 años ($DS=2,75$) y la de las mujeres de 58,01 años ($DS=2,52$). Se utilizaron como instrumentos el Cuestionario de salud general de Goldberg en su versión en escalas (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979) Cuestionario de Satisfacción con el Rol laboral (SRO, Matud, 1998a); Inventario de sucesos vitales estresantes (Matud, 2008); Escala de Apoyo social (AS, Matud, 1998b); Inventario de Autoestima (Self-Esteem Inventory, SEQ; Rector y Roger, 1993). Los resultados revelaron sintomatología de tipo somático y de ansiedad e insomnio, sobre todo en las mujeres. El género resultó relevante en los riesgos psicosociales a que están expuestas las personas trabajadoras en esta etapa final de su vida laboral. La insatisfacción con su rol laboral fue más relevante en la salud de las mujeres que en la de los hombres, mientras que es más relevante en los hombres que en las mujeres el estrés derivado de los sucesos y cambios laborales experimentados.

Palabras clave: trabajo, género, estrés laboral, autoestima, sintomatología mental.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, la tasa de participación femenina ha mantenido un crecimiento sostenido desde los años sesenta (Kring y Kawar, 2011). Particularmente en las últimas dos décadas el incremento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, ha sido considerable y creciente (Abramo y Valenzuela, 2004). En América latina, la incorporación y crecimiento de la fuerza laboral femenina en el mercado de trabajo ha superado la de los hombres (Iranzo y Richter, 2002). Desde la década de los sesenta el aumento de la tasa de actividad femenina es superior a 34,2%, en

relación al crecimiento mostrado por la oferta laboral masculina. Las mujeres pasaron de ser el 31,5% de la fuerza de trabajo a principios de los noventa a constituir el 36,7% en el año 2000 (Cáceres y López, 2009).

Llama la atención la figuración de las personas mayores de 55 años en el mercado laboral, si bien este grupo etario, en América Latina, ya se considera en proceso de baja laboral o próxima a solicitar jubilación. A pesar que las personas adultas mayores puedan contar con el ingreso económico de su jubilación, se ha observado la tendencia a que las personas adultas mayores se interesen en permanecer activos laboralmente, luego de haber sido dado de baja por jubilación en su actividad laboral. De acuerdo a Camba y Flores (2010) la baja ocurre, en general, más por presiones que generan el desempleo, la subutilización de la fuerza de trabajo y la obligatoriedad de la jubilación en el sector formal, que por una decisión personal. Es importante destacar que, en esta etapa de la vida, se pueden presentar dos situaciones que se conjugan en el ambiente psicosocial de las personas mayores; por una parte están los sentimientos generados por la representación que se tiene de la persona adulta mayor en su grupo social, la cual puede estar asociada a la condición de *utilidad* que se tiene de ella, en función de los factores económicos y de salud que median su participación en su entorno social y familiar, bien como proveedor de ingreso económico adicional a la familia o como apoyo en el cuidado de sus nietos/as. Y por la otra, se encuentra que la figura de la persona adulta mayor sea valorada en su entorno social y familiar por considerar que representa un baluarte, poseedor de experiencias y conocimientos, es decir cuenta con el reconocimiento y apoyo de su grupo social y familiar. En cualquier caso, la oportunidad que la persona adulta mayor tenga de participación en el mundo laboral le abre la posibilidad de contar con un espacio de relaciones que favorece la autopercepción positiva de sí mismo/a.

En España, la evolución de la actividad laboral masculina y femenina ha manifestado diferencias importantes en los últimos cinco años. Las mujeres mayores de 55 años lo hacen en un 44,8% frente al 7,2% de los varones. Es decir, el grupo de mujeres mayores de 55 años, ha experimentado un paulatino aumento en la tasa de actividad en los últimos cinco años; observándose que para 2007 ocupaba una tasa promedio de 32,54% y en el 2012 la tasa fue de 43,76%. Este incremento sostenido no se observa en los otros grupos etarios de menor edad (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

En la actualidad, la permanencia en actividad laboral de los adultos mayores es casi una constante en el mundo. En América Latina y el Caribe, si consideramos la tendencia sostenida en el tiempo del crecimiento de los adultos mayores de 60 años, éstos pasarán del 6,5% que ocupaban en el año 1975 a 23,4% para el año 2050 de la población total (Cepal, 2003). De acuerdo a informes de la Organización Internacional del Trabajo (2013) la incorporación masiva de las mujeres a la fuerza de trabajo se considera uno de los hechos que ha marcado las últimas décadas. En particular la relacionada con las trabajadoras mayores de 50 años. Asimismo, la Cepal (2011) sostiene que "El aumento de la participación laboral femenina es quizá uno de los cambios más drásticos que los mercados laborales

latinoamericanos han experimentado en los últimos 20 años (...) En contraste, la participación de los hombres en el mercado laboral ha experimentado una leve disminución” (p.120).

Tanto para las mujeres como para los hombres adultos mayores, el trabajo tiene una significación diferente. Kring y Kawar (2011), sostienen que en el actual escenario del mercado de trabajo se observa una marcada segregación y segmentación ocupacional, en perjuicio de las mujeres. En este segmento hay una limitada flexibilidad del mercado laboral que profundiza las diferencias salariales entre hombres y mujeres y favorece la subutilización de las potencialidades de la fuerza de trabajo femenina. Esta situación condiciona la ocupación de las mujeres en empleos de baja cualificación y poca remuneración, además limita la posibilidad que desempeñen ocupaciones que requieran conocimientos de ciencia y tecnología. Es decir, “la segregación laboral también contribuye a incrementar la brecha salarial en la medida en que las mujeres quedan confinadas a ocupaciones de menores ingresos mientras que, a pesar de tener las competencias suficientes, tienen un acceso limitado a otras ocupaciones donde podrían obtener mejores salarios (...)” (Krause, Castro y Herrera 2007, p. 53). Independientemente del segmento etario donde se ubique la trabajadora, bajo estas condiciones, en el ámbito psicosocial se generan condicionantes desfavorables a la salud de las trabajadoras asociados al estrés.

Respecto al trabajo y el estrés, en encuestas realizadas recientemente en Estados Unidos y en la Unión Europea se ha encontrado que una de las fuentes más comunes de estrés es el trabajo, si bien se ha reconocido que tal riesgo se puede diferenciar en función del género ya que, aunque las diferencias son escasas, dicho estrés es padecido con mayor frecuencia por las mujeres que por los hombres. Así, en un estudio realizado con personas trabajadoras de 27 países de la Unión Europea (European Agency for Safety and Health at Work, 2013) se encontró que el 54% de las mujeres y el 49% de los hombres afirmaron que el estrés era habitual en el entorno laboral. Y en una encuesta realizada en 2012 en Estados Unidos (American Psychological Association, 2013), con 2.020 personas mayores de 18 años, residentes en dicho país, el 66% de las mujeres y el 64% de los hombres mencionaron el trabajo como fuente de estrés, siendo la fuente más frecuente después del dinero. También era más común que las mujeres (el 82%) respecto a los hombres (el 75%) afirmasen que el estrés había impactado en su salud.

La Organización Mundial de la Salud (2003) plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura dan lugar a las diferencias de género, debido a la existencia de normas y valores que producen desigualdades de género. Tales diferencias pueden ser particularmente relevantes en el área laboral, ya que la socialización de género tradicional ha enfatizado los roles laborales en los hombres y los familiares en las mujeres. Pero se trata de un área aún poco conocida, sobre todo en España y los países latinoamericanos ya que la incorporación de las mujeres al mundo laboral ha sido más tardía que en los países anglosajones y en algunos países europeos.

En efecto, históricamente el desempeño de las mujeres en determinados tipos de actividades laborales ha estado articulado a lo que socialmente se ha considerado como trabajos propios de las mujeres, donde se destaca entre otros el servicio doméstico y, en general, aquellos que requieren poca cualificación. Esta situación ha sido más marcada en los países menos industrializados. Sin embargo, según Saiz (2010), con la globalización económica el rol de la mujer ha cobrado importancia, al menos en los países industrializados, donde el papel de la mujer en cargos directivos ha tenido relevante figuración, fundamentalmente aquellas con elevada formación. En todo caso hay que tener en cuenta que existe evidencia de que el empleo no supone una amenaza para la salud de las mujeres, sino todo lo contrario, favorece su autoestima y su salud mental, aunque es importante la calidad del rol desempeñado (Barnett, Marshall, Raudenbush y Brennan, 1993).

Es importante considerar que en estudio del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013) se destaca que, por una parte, en España el número de mujeres en posición de liderazgo está por encima de la media de la OCDE; asimismo se enfatiza en la capacidad de la mujer como empresaria, con capacidad de generación de empleo, superando a los hombres. Por otro lado, se revela en relación al paro, que éste ha afectado más a las mujeres de edad intermedia que a las de mayor edad. Es de hacer notar que de acuerdo a los resultados presentados "...se mantiene el incremento de la población activa de mujeres adultas, pero desciende entre las jóvenes..." (Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013, p. 6). El mayor aumento de activas femeninas se registra en los grupos de más edad: entre las mujeres mayores de 55 años, las activas pasan de representar el 41,5% del total en 2011 y al 42,3% en 2012.

Tomando en cuenta que la participación de las personas adultas mayores en el mercado de laboral se ha convertido en una situación ya reconocida por los organismos internacionales, es necesario ahondar en la indagación y conocimiento de la realidad laboral de este segmento de la población trabajadora, para el diseño de políticas y estrategias que disminuyan los riesgos psicosociales de las personas trabajadoras adultas mayores, dirigidas a proteger y fomentar la salud de este grupo etario altamente vulnerable.

OBJETIVOS

1. Conocer si hay diferencias en función del género en estrés laboral, sintomatología mental y autoestima en las personas trabajadoras adultas mayores.
2. Analizar la relevancia que el estrés laboral, tanto el derivado de los sucesos y cambios laborales como de la insatisfacción con el rol laboral, y el apoyo social tienen en la salud mental de mujeres y hombres trabajadores/as en esta etapa laboral.
3. Conocer la relevancia de las características sociodemográficas en el estrés laboral y en la salud mental de las mujeres y hombres trabajadores/as adultas mayores.

METODOLOGÍA

Participantes

Muestra de conveniencia formada por 178 hombres y 140 mujeres españolas insertadas en el mercado laboral con edades entre 55 y 65 años. La edad media de los hombres era de 57,85 años ($ds=2,75$) y la de las mujeres de 58,01 años ($ds=2,52$), diferencias que no eran estadísticamente significativas, $t(316)=-0,60$, $p=.53$. Su profesión era diversa, siendo de tipo no manual en el 26,8%; de tipo manual cualificado en el 23,1%; técnico universitario de grado medio en el 16,8%; técnico universitario superior en el 14,9%; de tipo manual no cualificado en el 15,8%; y el 2,6% tenía su pequeña empresa. Cuando fueron entrevistadas, la mayoría estaba en activo pero el 11,8% estaba en situación de desempleo, lo cual era mucho más común en las mujeres (el 20,9%) que en los hombres (el 4,7%).

Al analizar su nivel de estudios se encontró que el 3,2% no había completado la formación básica obligatoria, el 27,6% tenía estudios básicos, el 4,4% formación profesional básica, el 6%, formación profesional superior, el 21,5% bachillerato, el 19,9% estudios universitarios de tres años de duración (diplomatura) y el 17,4% estudios universitarios licenciatura, cuya duración en España es de cinco o seis años.

Más de la mitad (el 68,2) estaban casados/as o tenían pareja, el 10,4% eran solteros/as, el 15,1% se había separado o divorciado y el 6,3% había enviudado. El rango en el número de hijos/as iba desde 0 (lo que se daba en el 13,9%) hasta 10, lo que solo se daba en un caso. En la muestra de hombres, la media del número de hijos/as era de 2,24 ($ds=1,41$) y en la de mujeres 1,91 ($ds=1,34$), diferencias que eran estadísticamente significativas, $t(314)=2,09$, $p=.04$.

Instrumentos

Cuestionario de salud general de Goldberger su versión en escalas (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979). Consta de cuatro escalas, formadas cada una por 7 ítems, que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, y depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí (Lobo y Muñoz, 1996). La versión utilizada es la traducida al español y validada por estos autores. Se ha utilizado la puntuación tipo Likert y se ha encontrado que, en la muestra del presente trabajo, la consistencia interna de la escala de síntomas somáticos es de .82, de la de ansiedad e insomnio .88, la de disfunción social .80 y la de depresión grave .91.

Cuestionario de Satisfacción con el Rol laboral (SRO, Matud, 1998a). Prueba en la que se plantean cinco cuestiones relacionadas con su rol laboral: si la persona está satisfecha con su rol laboral; si es el que eligió; si desea cambiar; en qué medida le genera sensación de plenitud; y si le hacen sentirse bien consigo mismo/a. El análisis factorial de los resultados cuantitativos evidenció una solución monofactorial, factor que evalúa la insatisfacción con el rol laboral y cuya consistencia interna en la muestra del presente trabajo es de .78.

Inventario de Sucesos Vitales Estresantes (Matud, 2008). Consta de 27 ítems que recogen la presencia durante el año anterior de una serie de cambios y sucesos, tanto de tipo laboral, como familiar, personal y salud. En el presente estudio solo se han incluido los referidos a cambios y sucesos laborales, que son 5: cambio de empleo, pérdida de empleo, comenzar un nuevo empleo, cambio en las condiciones laborales y acoso laboral.

Escala de Apoyo social (AS, Matud, 1998b). Está formada por 12 ítems y evalúa apoyo social percibido, estructurándose en dos factores: apoyo social emocional, formado por 7 ítems cuya consistencia interna en la muestra del presente trabajo es .86; y apoyo instrumental, formado por 5 ítems con una consistencia interna de .84.

Inventario de Autoestima (*Self-Esteem Inventory*, SEQ; Rector y Roger, 1993). Prueba que evalúa la autoestima a través de la valoración de varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, así como la valoración del grado de incertidumbre en las mismas. El estudio de validación de la versión española evidenció la existencia de dos factores: valoración negativa de sí mismo/a, formado por 28 ítems, cuya consistencia interna en la presente muestra es de .98; y autoconfianza, formado por 15 ítems cuya consistencia interna es de .93.

Hoja de recogida de datos sociodemográficos, donde se registran las características sociodemográficas y laborales de las personas participantes.

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio transversal y correlacional. El acceso a la muestra fue a través de diversos centros laborales y de personas pertenecientes a las redes sociales del alumnado de psicología y de sociología que colaboraron en el pase de pruebas. Todas las personas participaron voluntariamente en el estudio y cumplimentaron las pruebas de forma individual tras su consentimiento informado. Los datos del presente trabajo se insertan dentro de un estudio más amplio sobre género y salud y fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna.

RESULTADOS

La mayor parte de la muestra (el 77,5%) dijo no haber experimentado ningún suceso ni cambio laboral durante el último año. En la Tabla 1 se muestra el número y porcentaje de mujeres y hombres que experimentaron sucesos y cambios laborales durante el año anterior. Como puede observarse, excepto en acoso laboral, que fue más del doble de frecuente en mujeres que en hombres, el resto de cambios laborales fue experimentado con mayor frecuencia por hombres que por mujeres, si bien las diferencias solo fueron estadísticamente significativas en dos: cambio de empleo y cambio en las condiciones laborales.

Tabla 1. Sucesos y cambios laborales experimentados por mujeres y hombres durante el último año

	Hombres		Mujeres		X ²
	n	%	n	%	
Cambio de empleo	16	9,8	5	3,7	4,09*
Pérdida de empleo	12	7,3	8	6	0,21
Comenzar nuevo empleo	13	7,9	4	3	3,35
Cambio en condiciones laborales	32	19,5	14	10,4	4,64*
Acoso laboral	2	1,2	4	3	1,16

N=número de personas que experimentó cada tipo de suceso durante el año anterior.
X²=comparaciones de porcentajes entre mujeres y hombres. *p<.05

Al analizar los datos relativos a la insatisfacción con el rol laboral se encontró que, aunque lo más común en mujeres y en hombres fuesen las puntuaciones bajas, prácticamente todos/as los/as participantes (el 98,7% de hombres y el 96,9% de mujeres) informaron de alguna insatisfacción con su rol laboral. La media en la muestra de hombres fue de 4,81 (DS=3,45) y en la de mujeres de 5,24 (DS=3,83), diferencias que no eran estadísticamente significativas, $t(279)=-0,98$, $p=.33$. Al analizar si la insatisfacción con el rol laboral se asociaba con los sucesos y cambios laborales experimentados durante el año anterior, se encontró que dichas variables no correlacionaban de forma estadísticamente significativa en mujeres ($r=.14$, $p=.13$) ni en hombres ($r=.00$, $p=.99$).

Aunque el 53,8% de la muestra carecía de sintomatología de depresión grave, solo el 8,6% no tenía ningún síntoma de ansiedad y el 1,3% estaba totalmente libre de sintomatología somática. Para conocer si había diferencias en sintomatología mental entre mujeres y hombres se hicieron análisis de varianza considerando como factor el género y como variables dependientes las cuatro escalas del GHQ-28. El MANOVA mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas, $F(4, 308)=4,21$, $p=.002$. En la Tabla 2 se muestran las medias, desviaciones estándar y las comparaciones entre mujeres y hombres para cada síntoma. Como puede observarse, las mujeres tenían más sintomatología somática y de ansiedad e insomnio y mayor disfunción social que los hombres.

Tabla 2. Medias (M), desviaciones estándar (SD) y comparaciones (F) entre mujeres y hombres en sintomatología mental

	Hombres		Mujeres		F
	M	SD	M	SD	
Síntomas somáticos	4,79	3,28	6,38	3,75	16,07***
Ansiedad e insomnio	5,06	3,76	6,47	4,35	9,55**
Depresión grave	1,44	2,58	2,10	3,77	3,33
Disfunción social	7,12	2,02	7,62	2,30	4,15*

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

También se hicieron análisis de varianza para conocer si había diferencias en autoestima y en apoyo social entre mujeres y hombres. El MANOVA en que el factor fue el género y las variables dependientes los dos factores de autoestima mostró que no había diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 303) = 1,38, p = .26$; y tampoco había diferencias a nivel univariado en ninguno de los dos factores de autoestima, tal y como se muestra en la Tabla 3. El MANOVA en que el factor fue el género y las variables dependientes los dos factores de apoyo social mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 315) = 8,99, p < .01$. Los análisis univariados mostraron que las diferencias estadísticamente significativas se daban únicamente en apoyo social emocional (véase Tabla 3). Y, tal y como puede observarse, los hombres percibían mayor apoyo social emocional que las mujeres.

Tabla 3. Medias (M), desviaciones estándar (SD) y comparaciones (F) entre mujeres y hombres en autoestima y apoyo social

	Hombres		Mujeres		F
	M	SD	M	SD	
Valoración negativa de sí mismo/a	20,02	11,79	20,87	14,37	0,32
Autoconfianza	30,82	8,06	31,66	7,56	0,87
Apoyo social emocional	16,71	4,36	15,58	4,63	5,03*
Apoyo social instrumental	9,05	4,20	9,56	4,00	1,35

* $p < .05$

Para conocer la asociación entre el estrés laboral, tanto el derivado de los sucesos y cambios laborales experimentados durante el último año, como el generado por la insatisfacción con el rol laboral, y el apoyo social con la sintomatología mental y la autoestima se hicieron análisis correlacionales, resultados que se muestran en la Tabla 4 para la muestra de mujeres y en la Tabla 5 para los hombres. Como puede observarse en la Tabla 4, en las mujeres el número de sucesos y cambios laborales experimentados el año anterior es independiente de su sintomatología mental y de su autoestima; por el contrario, dichos indicadores de salud mental se asocian con su insatisfacción con el rol laboral, mostrándose las mujeres más insatisfechas con tal rol, más sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio, más disfunción social y menor confianza en sí mismas; además, se valoran a sí mismas de forma más negativa y confían menos en ellas mismas. El apoyo social, sobre todo el emocional, también se asociaba en las mujeres con menos sintomatología mental y mayor autoestima, si bien es independiente de la sintomatología somática.

El estrés laboral también se asociaba en las mujeres con el apoyo social, correlacionando la insatisfacción con el rol laboral con el apoyo emocional $-.32 (p < .001)$ y con el apoyo social instrumental $-.27 (p < .001)$. Y los sucesos y cambios laborales experimentados durante el último año correlacionaban $-.17 (p = .05)$ con apoyo social emocional y $-.20 (p = .02)$ con el apoyo social instrumental.

Tabla 4. Correlaciones de la sintomatología mental y la autoestima con el estrés laboral y el apoyo social en la muestra de mujeres

	Nº de sucesos y cambios laborales	Insatisfacción con el rol laboral	Apoyo social emocional	Apoyo social instrumental
Síntomas somáticos	.14	.33***	-.09	-.04
Ansiedad e insomnio	.11	.32***	-.28**	-.21*
Depresión grave	-.01	.36***	-.33***	-.20*
Disfunción social	.09	.35***	-.32***	-.22**
Valoración negativa de sí mismo/a	-.08	.34***	-.36***	-.18*
Autoconfianza	.06	-.28**	.28**	.12

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tal y como puede observarse en la Tabla 5, en los hombres, los sucesos y cambios laborales se asocian con mayor valoración negativa de sí mismo y con más sintomatología de ansiedad e insomnio. También la insatisfacción con el rol laboral se asocia con mayor valoración negativa de sí mismo pero es independiente de susintomatología mental. El apoyo social emocional, y en menor medida el instrumental, se asocian con menor sintomatología mental y menor autoestima, aunque la fuerza de la asociación es baja, lo cual también se observa en la muestra de hombres en todas las correlaciones entre los indicadores de salud mental con el estrés laboral y el apoyo emocional.

Tabla 5. Correlaciones de la sintomatología mental y la autoestima con el estrés laboral y el apoyo social en la muestra de hombres

	Nº de sucesos y cambios laborales	Insatisfacción con el rol laboral	Apoyo social emocional	Apoyo social instrumental
Síntomas somáticos	.05	.08	-.16*	-.10
Ansiedad e insomnio	.21**	.13	-.09	-.12
Depresión grave	.07	.13	-.25**	-.16*
Disfunción social	.11	.05	-.20**	-.12
Valoración negativa de sí mismo/a	.29***	.19*	-.14	-.15*
Autoconfianza	-.10	-.03	.23**	.02

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

También se hicieron análisis correlacionales para conocer la asociación entre las características sociodemográficas de edad, número de hijos/as y nivel de estudios con el estrés laboral y la salud mental de mujeres y hombres. Todas las correlaciones se realizaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, excepto en el caso del nivel de estudios ya que, como se trataba de una variable ordinal, se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Como puede observarse en

la Tabla 6, en las mujeres la edad es independiente del estrés laboral y de la salud mental, sucediendo algo similar con el número de hijos/as, si bien se observa una cierta tendencia a mayor sintomatología somática en las mujeres con más hijos/as. Y, aunque el nivel de estudios es independiente de la sintomatología mental y de la autoestima de las mujeres, está asociado con su insatisfacción con el rol laboral, teniendo mayor insatisfacción con tal rol las mujeres con menor nivel de estudios.

Tabla 6. Correlaciones del estrés laboral, la sintomatología mental y la autoestima con la edad, número de hijos/as y nivel de estudios en la muestra de mujeres

	Edad	Nº de hijos/as	Nivel de estudios [§]
Nº de sucesos y cambios laborales	-.15	.01	-.17
Insatisfacción con el rol laboral	.05	.04	-.41***
Síntomas somáticos	-.02	.17*	-.09
Ansiedad e insomnio	.04	.01	-.06
Depresión grave	.06	.08	-.11
Disfunción social	.04	.01	-.04
Valoración negativa de sí mismo/a	.06	.00	-.11
Autoconfianza	.05	.15	-.05

[§]Coefficientes calculados mediante *Rho* de Spearman

* $p < .05$; *** $p < .001$

Tabla 7. Correlaciones del estrés laboral, la sintomatología mental y la autoestima con la edad, número de hijos/as y nivel de estudios en la muestra de hombres

	Edad	Nº de hijos/as	Nivel de estudios [§]
Nº de sucesos y cambios laborales	.05	.18*	-.19*
Insatisfacción con el rol laboral	-.15	-.02	-.01
Síntomas somáticos	.03	.06	-.09
Ansiedad e insomnio	.02	.05	-.06
Depresión grave	-.12	.11	-.15
Disfunción social	.08	-.04	.12
Valoración negativa de sí mismo/a	-.03	.10	-.20**
Autoconfianza	.00	-.14	.10

[§]Coefficientes calculados mediante *Rho* de Spearman

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tal y como se muestra en la Tabla 7, en la muestra de hombres la edad y el número de hijos/as era independiente de su sintomatología mental y de su autoestima. Y, aunque la insatisfacción con su rol laboral era independiente de las características sociodemográficas y del nivel de estudios de los hombres, el número de sucesos y cambios laborales experimentados el año anterior se asociaba con mayor número de hijos/as y con menor nivel de estudios. Además, había una cierta tendencia a valorarse más negativamente en los hombres que tenían menor nivel de estudios.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, cuyo objetivo general es conocer la relevancia del género en el estrés laboral y en la salud mental de las personas trabajadoras adultas mayores, se ha podido constatar que, aunque en algunos indicadores de estrés laboral como es la insatisfacción con el rol laboral y algunos tipos de cambios y sucesos laborales, como la pérdida de empleo, o el comienzo de uno nuevo no hay diferencias en función del género; en otros, como son el cambio de empleo o los cambios en las condiciones laborales, sí las hay, siendo los hombres los que citaban en mayor medida, respecto a las mujeres, dichas fuentes de estrés laboral. En todo caso, destaca que menos de la cuarta parte de la muestra experimentó cambios o sucesos laborales durante el último año, lo cual quizá sea consecuencia de que se trata de personas que están en la última etapa de su vida laboral y sus puestos de trabajo están muy consolidados. De hecho, en un estudio de la Unión Europea, en el que se realizaron entrevistas a más de 16.600 personas trabajadoras de los 27 países de dicha Unión, se encontró que el estrés laboral era más común entre las personas con edades entre 18 y 54 años (European Agency for Safety and Health at Work, 2013). En el presente trabajo se ha mostrado que las mujeres trabajadoras adultas mayores no tienen mayor estrés laboral que los hombres, a diferencia de lo encontrado en otros países (American Psychological Association, 2013), si bien su tasa de desempleo es superior a la de los hombres; pese a ello, cabe destacar que en los últimos años el paro ha afectado más a las mujeres con edades intermedias que a aquellas mayores de 55 años Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013), en el cual se ubica el grupo del presente estudio.

Tampoco las mujeres trabajadoras adultas mayores tienen menor autoestima que los hombres, ni menor apoyo social instrumental, pero sí mayor sintomatología somática y de ansiedad e insomnio, además de mayor disfunción social y menor apoyo social emocional. Un factor que parece ser muy relevante en la salud mental de las mujeres, tanto en su sintomatología mental como en su autoestima, es la insatisfacción con su rol laboral, el cual se asocia con un menor nivel de estudios y menor apoyo social. Así, los resultados del presente trabajo evidencian que, frente a la consideración tradicional de que las prioridades de las mujeres no se sitúan en su rol laboral, así como los postulados de las teorías tradicionales sobre el género, el trabajo y la familia (Barnett y Hyde, 2001), el rol laboral representa una importante fuente de autoestima y de salud mental para las mujeres, al menos para aquellas que tienen elevado nivel de estudios y apoyo social. En la medida que el nivel laboral se asocia con mayor nivel de estudios, siendo requisito imprescindible para muchas profesiones, estos resultados indican la importancia de la realización de estudios formales en las mujeres; por tanto, es necesario que se fomente la formación académica de las chicas adolescentes y jóvenes. Los resultados del presente trabajo coinciden con los obtenidos ya hace años en Estados Unidos respecto a la relevancia de la calidad del rol laboral en el bienestar psicológico de las mujeres (Barnett *et al.*, 1993) ya que el segmento de las mujeres con menor nivel de estudios fue el que

presentó mayor insatisfacción con el rol laboral. Según (Kring y Kavar, 2011) este grupo, en general, se desempeñan en ocupaciones, de baja cualificación, bajos ingresos y poca valoración social, lo cual explica su insatisfacción con el rol laboral.

Por el contrario, la satisfacción con el rol laboral es independiente de la salud mental de los hombres, si bien se observa una cierta asociación entre la insatisfacción con tal rol y una mayor valoración negativa de sí mismo. Pero, mientras que en las mujeres los sucesos y cambios laborales sucedidos en el último año parecen ser independientes de su salud mental y de su autoestima, en los hombres se asocian con mayor valoración negativa de sí mismos y con más síntomas de ansiedad e insomnio. Y dicha valoración negativa en los hombres también se asocia con un menor nivel de estudios.

CONCLUSIONES

Se concluye que la mayoría de las personas trabajadoras adultas mayores informa de alguna insatisfacción con su rol laboral, aunque no es muy frecuente el estrés derivado de cambios y sucesos en sus condiciones laborales. Además, es común que tengan sintomatología de tipo somático y de ansiedad e insomnio, sobre todo las mujeres. El género también es relevante en los riesgos psicosociales a que están expuestas las personas trabajadoras en esta etapa final de su vida laboral, siendo más relevante la insatisfacción con el rol laboral en las mujeres que en los hombres, mientras que es más relevante en éstos el estrés derivado de los sucesos y cambios laborales experimentados, los cuales se asocian con mayor valoración negativa de sí mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramo, L. y Valenzuela, M.E. (2004) ¿Inserción laboral de las mujeres en América latina: una fuerza de trabajo secundaria? *Revista Estudios Feministas*, 12, 224-235.
- American Psychological Association (2013). *Stress in America: Missing the Health Care Connection*. Washington, DC: Author. Recuperado el 20 de junio de 2013 de: <http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2012/full-report.pdf>
- Barnett, R. C. y Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family .An expansionist theory. *American Psychologist*, 56, 781-796.
- Barnett, R. C., Marshall, N. L., Raudenbush, S. W. y Brennan, R. T. (1993). Gender and the relationship between job experiences and psychological distress: a study of dual-earner couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 794-806.
- Cáceres Fernández, G. y López, C. (2009). El liderazgo femenino ambiental en Mérida. (2009). *FERMENTUM*, 56, 570-595.
- Camba, N. y Flores, R. (2010). Protección social al adulto mayor: un análisis del ordenamiento jurídico venezolano. *Revista Gaceta Laboral*, 16, 63 – 90.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2003). Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la Po-

- blación 1950-2050. Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población. Recuperado el día 12 de diciembre de 2014 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/america_latina_y_el_caribe_el_envejecimiento_de_la_poblacion._1950-2050_cepal.pdf
- European Agency for Safety and Health at Work (2013). *European Opinion Poll on Occupational Safety and Health—May 2013*. Recuperado el 20 de junio de 2013 de <https://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/eu-poll-press-kit-2013.pdf>
 - Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
 - Iranzo, C. y Richter, J. (2002). El espacio femenino en el mundo laboral. *Revista Venezolana de Gerencia (RGV)*, 7, 509-535.
 - Krause, A., Castro, P. y Herrera, R. (2007) Discriminación y segregación laboral. MIDEPLAN: Santiago de Chile. Recuperado el día 28 de diciembre de 2014 de: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/genero/discriminacion-y-segregacion-laboral-2000-2006.pdf>
 - Kring, S. M. y Kawar, M. (2011). *Directrices para incluir la perspectiva de género en las políticas de empleo*. Organización Internacional del Trabajo, Departamento de Políticas de Empleo. Ginebra: OIT. Recuperado el día 4 de diciembre de 2014 de
 - http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_emp/documents/instructional-material/wcms_170457.pdf
 - Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHO). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
 - Matud M. P. (2008). *Género, estrés y salud: estudio de su asociación y del papel de los medios de comunicación como transmisores de los roles de género tradicionales*. Proyecto de Investigación. La Laguna: Universidad de Laguna.
 - Matud, M. P. (1998a). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Informe del proyecto de investigación. Las Palmas de Gran Canaria : Instituto Canario de la Mujer.
 - Matud, M. P. (1998b). *Social Support Scale* [Database record]. PsycTESTS. doi: 10.1037/t12441-000.
 - Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013). *La situación de las mujeres en el mundo del trabajo 2012*. España: Autor. Recuperado el día 22 de diciembre de 2014 de http://www.empleo.gob.es/es/sec_trabajo/debes_saber/Pdf/SituacionMujeresMTrabajo2012.pdf
 - Organización Internacional del Trabajo (2013). *Trabajo decente e igualdad de género. Políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo de las mujeres en América Latina y el Caribe*. Informe Regional. Santiago: Autor. Recuperado el día 4 de diciembre de 2014 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_233161.pdf
 - Organización Mundial de la Salud (2003). *Why gender and health?* Recuperado el día 3 de enero de 2004 de <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>
 - Rector, N. A, y Roger, D. (1993, julio). Self-concept and emotion-control. *Presentación en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology*. Helsinki, Finland.

- Saíz, J.M. (2010). Mujer y mercado de trabajo español ¿Un cambio estructural?. *Clm. Economía*, 17, 43-55. Recuperado el día 13 de diciembre de 2014 de http://www.clmeconomia.jccm.es/pdfclm/saiz_clm17.pdf

AGRADECIMIENTOS

Investigación financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad de España. Subdirección General de Proyectos de Investigación, Referencia: FEM2012-34632

4.3 Variables predictivas de estrés y burnout en una muestra de trabajadores de Chiapas, México

OSCAR CRUZ PÉREZ, JESÚS OCAÑA ZÚÑIGA*,
MARTÍN DE JESÚS OVALLE SOSA Y
GERMÁN ALEJANDRO GARCÍA LARA

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales,
Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. *jesus.ocana@unicach.mx

RESUMEN

El estrés y síndrome de burnout son problemáticas psicosociales que, en los últimos años, han cobrado gran notoriedad en las organizaciones debido a los evidentes efectos nocivos que se producen en los trabajadores y en la productividad al interior de las mismas cuando estos aparecen. En este sentido, el objetivo de este trabajo es valorar el efecto que tienen variables sociolaborales en la probabilidad de presentar estrés y burnout. Para ello se utilizó una muestra de 142 trabajadores del estado de Chiapas, México, a partir de la cual, se generaron modelos de regresión logística multivariable para realizar pronósticos respecto a que un trabajador presente o no el estrés y el burnout en función de las variables involucradas en el modelo. Los resultados sugieren que el sector, el turno y el estado de salud físico pueden considerarse como factores de riesgo para presentar estrés o burnout. Las conclusiones abordan los posibles orígenes de estas asociaciones entre variables así como la emergencia de abordar el impacto de presentar altos niveles de estrés y burnout en las organizaciones.

Palabras clave: Riesgos psicosociales, síndrome de burnout, estrés.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones socioeconómicas actuales, de alta competitividad, disminución del empleo, mayor exigencia y menor remuneración, entre otros aspectos, así como de la cultura y dinámica organizacional, configura un escenario que demanda del trabajador mayores competencias físicas y psicológicas, fuentes de estrés.

De acuerdo con Colligan y Higgins (en Hermosa y Perilla, 2015, p. 254), el estrés se explica como el cambio en el estado mental o físico de una persona en respuesta a situaciones (estresores) que representan un desafío o una amenaza; por lo que el estrés ocupacional deriva de "la interacción dinámica entre la persona y su ambiente laboral, cuya característica son los procesos cognitivos y las reacciones emocionales que soportan esta interacción". La investigación sobre el tema (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001; Ahmad, Zia-ur-Rehman y Rashid, 2011), señala como fuentes de estrés los elementos ambientales o situacionales, el contenido de trabajo, la falta de reconocimiento, las relaciones interpersonales, la sobrecarga de trabajo, situaciones altamente emotivas y la falta de oportunidades de carrera.

Una condición estrechamente relacionada al estrés es el burnout, término introducido por Freudenberger (1974), el cual, de acuerdo con Maslach (1982) es un síndrome de estrés crónico, que incluye ámbitos como la fatiga emocional, despersonalización y limitado logro personal; siendo la fatiga emocional, la que mejor refleja la respuesta al estrés (Greenglass, 2005; Martínez, 2015).

En las investigaciones sobre los factores que predisponen al estrés y al burnout en los trabajadores, se reconoce que estos se asocian a variables organizacionales (Cherniss, 1981), como la sobrecarga de trabajo, ambigüedad de roles, falta de control en el propio trabajo, y el clima organizacional. Para Gil-Monte y Peiró (1997) los principales desencadenantes del burnout son varios: ambiente físico de trabajo, contenidos del puesto, estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales, desarrollo de la carrera, estresores relacionados con las nuevas tecnologías y fuentes extraorganizacionales como las relaciones trabajo-familia y/o trabajo-pareja. Son diversos los trabajos que han explorado las problemáticas de estrés y burnout y su relación con algunas de estas variables, sin embargo solo algunos de ellos abordan la capacidad predictiva de tales variables en modelos complejos. Por ejemplo, Hernández y cols. (2008) realizaron una investigación para tratar de determinar las dimensiones del burnout y su relación predictiva con las variables de personalidad (locus de control interno, autoeficacia laboral, falta de control emocional) y organizacionales (supervisión controlante, reconocimiento, apoyo organizacional e inseguridad laboral); encontrando resultados significativos en la capacidad predictiva de ellas. Por su parte, Garrosa y cols. (2005) analizaron la influencia de variables organizacionales y de los procesos emocionales de resistencia, como lo son el optimismo, el pesimismo, la autoestima y la competencia emocional, dentro del proceso de origen y desarrollo de burnout en profesionales de enfermería. Por su parte, en cuanto al estrés, Pozos-Radillo y Cols. (2014) realizaron un estudio con migrantes mexicanos en Canadá, encontrando que la situación de estrés y la minimización de la amenaza son variables que favorecen el desarrollo de altos niveles de estrés, y que por tanto, se consideran como variables predictoras en el estudio de esta problemática.

En este sentido, la identificación de posibles factores asociados altos niveles de estrés y burnout cobra relevancia, pues a menudo en las organizaciones no se advierte la aparición de ellos sino hasta cuando sus repercusiones son en extremo evidentes. Es por ello que, en aras de poder actuar con oportunidad en la intervención para el tratamiento de estas problemáticas, es deseable poder pronosticar mediante una metodología confiable la probabilidad de que éstas se presenten en una organización.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es valorar, a partir de modelos multivariados, el efecto de las variables antigüedad, sector (público o privado), turno, edad, sexo y problemas de salud física, en la probabilidad de que un trabajador presente estrés y burnout.

METODOLOGÍA

El estudio es correlacional, no experimental con un diseño transeccional. Se recolectó una muestra por conveniencia de 142 trabajadores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Esta muestra se integró con empleados del sector público, que laboran en oficinas de gobierno de la administración estatal y tienen interacción con usuarios; y con trabajadores del sector privado, principalmente de empresas de servicios, que tienen contacto permanente con clientes.

Se utilizó la Escala de Síntomas de Estrés de Seppo Aro (ESE) de 18 ítems (Aro, 1981) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) de 22 ítems (Maslach y Jackson, 1996). Para identificar los casos con presencia de riesgo para ambas problemáticas se utilizaron referencias a manera de puntos de corte en ambos instrumentos. En lo que se refiere al MBI, si bien es cierto que no existe un punto de corte definido y homologado que indique contundentemente la existencia o no del síndrome de burnout, existen referencias experimentales que han sido validadas en numerosos estudios realizados con trabajadores de diversas áreas y campos disciplinares. En este trabajo, para cada dimensión del MBI (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal), se han adoptado los siguientes valores de referencia para indicar niveles bajos, medios y altos: AE (≤ 18 , 19-26 y ≥ 27), DP (≤ 5 , 6-9 y ≥ 10) y RP (≥ 40 , 34-39 y ≤ 33). Utilizando estos valores se contabilizaron como casos en condiciones de riesgo de burnout aquellos que presentaron puntajes por arriba del valor de referencia en una o más dimensiones de la escala. Los casos considerados con síndrome de burnout son aquellos que alcanzaron puntajes altos para las tres dimensiones del inventario. Para el caso de la escala ESE, un valor total superior a 10 puntos se consideró como presencia de estrés. Para valorar el efecto de variables de interés en la probabilidad de presentar estrés y burnout, se obtuvieron modelos de regresión logística multivariable para cada problemática en función de las variables antigüedad, sector, turno, edad, sexo y salud. Con estos modelos se realizaron pronósticos de la probabilidad de que un trabajador presente o no el estrés y el burnout en función de los factores identificados, utilizando para tal propósito los casos extremos, es decir, cuando coinciden las variables de interés en los valores que alteran la probabilidad de presentar o no estrés y burnout.

RESULTADOS

El análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach entregó valores de .844 para ESE y .735 para MBI, los cuales son suficientes para asumir la consistencia interna de ambas escalas en la muestra.

Del total de casos, la mayoría son mujeres (61.35%). La edad se encuentra entre los 18 y 65 años, siendo el grupo mayoritario el de 40 a 49 años (38.7%). El 82.4% trabaja en turno matutino y una proporción importante tiene más de 10 años de antigüedad. Estos resultados resaltan el hecho que se tratan de trabajadores que tienen estabilidad laboral y que, por tanto, posiblemente tienen mucho tiempo realizando actividades similares. Se resalta también que prácticamente la mitad de ellos declaró tener un padecimiento de salud física (tabla 1). Entre los

padecimientos referidos se mencionaron problemas gástricos crónicos y respiratorios, así como enfermedades crónico degenerativas como obesidad, diabetes e hipertensión.

Tabla 1. Frecuencias de las variables de interés

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	55	38.7%
	Femenino	87	61.3%
	Total	142	100%
Edad	-20	5	3.5%
	20-29	40	28.2%
	30-39	34	23.9%
	40-49	55	38.7%
	50-59	6	4.2%
	60+	2	1.4%
	Total	142	100%
Sector	Privado	59	41.5%
	Público	83	58.5%
	Total	142	100%
Turno en que labora	Matutino	117	82.4%
	Vespertino	25	17.6%
	Total	142	100%
Antigüedad	Menos de 1 año	22	15.5%
	1 a 2 años	22	15.5%
	3 a 4 años	13	9.2%
	5 a 9 años	19	3.4%
	10 años o más	66	46.5%
	Total	142	100%
¿Tienes algún padecimiento de salud actualmente?	No	63	44.4%
	Sí	72	50.7%
	No contesto	7	4.9%
	Total	142	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de los instrumentos en la muestra de estudio (2013).

En cuanto a la escala de estrés y de burnout, los resultados se muestran en la Tabla 2. Utilizando las referencias como puntos de corte de los dos instrumentos aplicados, ambas condiciones presentan, en la muestra de estudio, una prevalencia superior al 30%. Además, el 49.3 % de los sujetos presenta condiciones de riesgo en al menos una problemática o las 2 inclusive.

Tabla 2. Frecuencias de riesgo de Maslach Bournout Inventory (MBI) y la Escala Sintomática de Estrés (ESE)

		Frecuencia	%
MBI	No	91	64.1%
	Sí	51	35.9%
	Total	142	100%
ESE	No	99	69.7%
	Sí	43	30.3%
	Total	142	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de los instrumentos en la muestra de estudio (2013).

Los coeficientes del modelo de para ESE así como los cocientes de probabilidades (Odds Ratio) de la variables predictoras se muestran en la Tabla 3. La significancia del modelo general es de .000. Las pruebas de significancia para cada variable indican que tres de ellas son significativas en el modelo: sector, turno y problemas de salud física. De acuerdo a las OR obtenidas, el trabajar en el sector privado y tener problemas de salud física aumenta en 4.5 veces y 1.7 veces respectivamente, la probabilidad de presentar estrés; en cambio, trabajar en turno vespertino tiene un efecto en sentido contrario, siendo éste inferior a 1.

Tabla 3. Modelo de regresión logística para la Escala Sintomática de Estrés (ESE)

Variable	Coficiente	Sig.	OR
Antigüedad	.726	.206	2.067
Sector	1.509	.005	4.521
Turno	-.331	.007	.718
Edad	-.023	.350	.978
Sexo	-.601	.163	.549
Problema de salud física	.546	.016	1.726
Constante	-.998	.262	.369

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de los instrumentos en la muestra de estudio (2013).

Por tanto, la transformación LOGIT del modelo para ESE es la siguiente:

$$\hat{Y} = -.98 + (.726)Ant + (1.509)Sec - (.331)Tur - (.023)Eda - (-601)Sex + (.546)Sal$$

Al resolver el modelo en los casos extremos los resultados hacen evidente estas relaciones. Cuando se resuelve el modelo para un trabajador con antigüedad mayor, del sector privado, turno matutino, joven, de sexo femenino y que declara tener un

padecimiento físico, la probabilidad de que presente niveles de estrés elevados es de .8560. En tanto, cuanto el trabajador tiene poca antigüedad, del sector público, turno vespertino, tiene más edad, es hombre y declara no tener padecimiento físico, la probabilidad disminuye a .1242.

En la tabla 4 se muestran los coeficientes del modelo para MBI y los cocientes de probabilidades de la variables predictoras. La significancia general del modelo es de .025. A diferencia de ESE, para MBI solo dos variables son significativas: el sector y la edad. De la misma manera que en ESE, el trabajar en el sector privado aumenta la probabilidad de presentar riesgo de síndrome de burnout. Este aumento es de 1.3 veces respecto a cuándo se trabaja en el sector público. Por otra parte, se encontró que cuando se tiene más edad la probabilidad de presentar burnout es menor. Se destaca que, aunque la prueba de significancia no resultó favorable, el padecer problema de salud física disminuye la probabilidad de presentar niveles altos de burnout.

Tabla 4. Modelo de regresión logística para el Maslach Bournout Inventory (MBI)

Variable	Coeficiente	Sig.	OR
Antigüedad	.627	.276	1.871
Sector	.315	.043	1.370
Turno	-.041	.943	.959
Edad	-.075	.005	.928
Sexo	-.089	.828	.915
Problema de salud física	-.469	.270	.626
Constante	1.927	.035	6.870

Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación de los instrumentos en la muestra de estudio (2013).

Por tanto, la transformación LOGIT del modelo para MBI es la siguiente:

$$\hat{Y} = -1.927 + (.627)Ant + (.315)Sec - (.041)Tur - (.075)Eda - (.089)Sex - (.469)Sal$$

Cuando el modelo se resuelve para un trabajador con mucha antigüedad, que labora en el sector privado, turno matutino, joven, de sexo femenino y que declara no tener un padecimiento físico, la probabilidad de que se encuentre en una condición riesgo de padecer burnout es de .9462. En tanto, en el mejor caso, esta probabilidad de presentar niveles de riesgo de burnout disminuye a .7778, la cual sigue siendo alta.

DISCUSIÓN

Un porcentaje cercano al 30% de los sujetos presenta valores altos de estrés y un 35% condiciones de riesgo de presentar síndrome de burnout. Los modelos de regresión multivariable para valorar el posible efecto de variables de interés en la

probabilidad de presentar o no estrés y burnout, sugieren que trabajar en el sector privado es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de presentar estrés y riesgo de burnout. Esto, en el contexto del estudio, puede tener explicación en que el horario de trabajo en el sector privado es menos favorable que en el sector público y, con frecuencia, menos días de descanso y una menor tolerancia a la comisión de errores. En este sentido, también puede asociarle tal condición de estrés al hecho que existe menor estabilidad laboral en el sector privado y en consecuencia, mayor temor a ser despedido. Otras variables predictoras significativas en el modelo para estrés fueron el presentar problemas de salud como factor de riesgo y trabajar en turno vespertino como factor de no riesgo. En el modelo de burnout se presume que la edad es una variable de no riesgo, puesto que a mayor edad se reduce la probabilidad de presentar riesgos altos. Esto último resulta interesante puesto que diversos trabajos, como el realizado por Noriega y otros (2001), han reportado que a mayor edad existe mayor probabilidad de presentar problemáticas en salud. También es notable que en ambos modelos la antigüedad no tenga una carga significativa, lo que contrasta con los hallazgos de Rojas-Martini (2002) en relación a que la antigüedad es un factor para una mayor probabilidad de presentar una problemáticas de salud y psicosociales. Como trabajo futuro, se vislumbra incluir en los modelos otras variables que, presumiblemente, puedan resultar significativas para el modelo predictivo. Por ejemplo, una de las variables que podría incluirse en el modelo en trabajos posteriores y que se asume como una limitación de éste, es la tipología de las actividades realizadas por los trabajadores, lo cual, puede ser determinante en la probabilidad de presentar o no las problemáticas referidas. Adicionalmente, también se sugiere matizar la interpretación del modelo considerando el hecho de que la muestra de estudio incluyó a trabajadores que desempeñan funciones en oficina, que tienen contacto limitado con personas externas a la organización, lo cual que difiere en cierto sentido a las condiciones habituales en las que se han estudiado ambas problemáticas.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio adquieren relevancia en el contexto donde se realiza. En este sentido, es imperativo continuar realizando trabajos que puedan orientar el rumbo de las decisiones de los responsables de las organizaciones e instituciones en Chiapas, y de esta manera, enfocar esfuerzos para atender estas problemáticas psicosociales en el ámbito organizacional. En el caso de Chiapas, los resultados hacen evidente que en el sector privado existe un mayor riesgo a presentar estrés y burnout. El origen de esta condición puede explicarse en el hecho que en Chiapas el sector público representa un espacio laboral estable, con mayor tolerancia a los errores y con una carga de trabajo inferior respecto a las condiciones del sector privado, donde el nivel de exigencia patronal es mayor y los horarios más extensos. Por tanto, la atención de ambas problemáticas en este sector debe orientarse hacia la capacitación, la rotación de actividades, programas de incentivos y la procuración de tiempos de descanso durante la jornada laboral.

Respecto a la experiencia metodológica se destaca que, tal como lo ha sugerido Juárez-García y otros (2014), existe en la literatura una amplia variedad de criterios y puntajes de referencia para la valoración del Maslach Bournout Inventory que se ha aplicado en población mexicana. En este sentido, se esboza la pertinencia de contrastar en trabajos futuros los hallazgos de esta investigación explorando rutas diferentes a las seguidas en este texto y de esta manera confirmar el sentido de lo presentado.

Referencias

- Ahmad, A., Zia-ur-Rehman, M., & Rashid, M. (2011). Assessing the characteristics of work-related stress in public sector organizations. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2, 511-523.
- Aro, S. (1981). Stress morbidity and health-related behaviour. *Scand J Soc Med* 25(Supp), 81-6.
- Cherniss C. (1981). *Profesional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Publishers. Cap. 14: 227-258.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- Garrosa E., Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Carvajal R. & Morante M.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 199 (1), 5-13.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. España: Síntesis Psicología.
- Greenglass. E. R. (2005). Introducción. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 21, núm. 1-2, 2005, pp. 5-13. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, España.
- Hermosa, A.M. & Perilla, L.E. (2015). Retos investigativos en psicología de la salud ocupacional: el estrés laboral. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 3 (2), 252-261. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a12.
- Hernández-Vargas C. I., Juárez García, A., Arias Galicia F. & Dickinson Bannack M. E. (2008). *Factores psicosociales predictores de Burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria*. Memorias del 2º. Foro de las Américas en investigación sobre factores psicosociales. Estrés y salud en el trabajo 2008. URL <http://factorespsicosociales.com/segundoforo/simposio/hernandez-juarez-arias.pdf> (consultado 20 de junio 2014).
- Juárez-García A., Idrovo A., Camacho-Ávila A. y Placencia-Reyes O. (2014) Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental* 37(2).
- Martínez Ramón, J. P. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burnout y estrategias de afrontamiento. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 31 (2015) 1-9.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 29-40). Beverly Hill: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3a edición). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Noriega M.E, Franco J.G., Martínez S. (2001). Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores. 1ra Edición. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. 159 p.
- Pozos-Radillo B., Aguilera-Velasco M, Acosta-Fernández M. y Pando-Moreno M. (2014). Perfil de estrés y estrés crónico en migrantes mexicanos en Canadá. *Salud Pública*. 16 (1), 63-75.
- Rojas-Martini M., Squillante G., Espinosa, C. (2002). Condiciones de trabajo y salud de una universidad venezolana. *Salud pública México*, online ISSN 0036-3634. (44)5: 413-421.

4.4 Síndrome de Burnout en el sector público en Ecuador: primera evidencia en el sector no asistencial

ENRIQUE GEA-IZQUIERDO^{1,2,3*},
MARÍA VERÓNICA GARCÍA-OQUENDO⁴ Y
DIEGO ANDRÉS SÁENZ-TINOCO⁵

¹Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Ecuador.

*enriquegea@yahoo.es

²Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito, Ecuador.

³Universidad de Málaga, Cátedra de Seguridad y Salud en el Trabajo, Málaga, España.

⁴Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito, Ecuador.

⁵Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Quito-Ecuador.

RESUMEN

El síndrome de burnout es un fenómeno que resulta de la exposición “prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo” y que se caracteriza por un agotamiento emocional extenuante, sentimientos de desapego hacia varios aspectos del trabajo y sensaciones de ineficacia. Aunque la mayor parte de los estudios se han centrado en los profesionales de los servicios humanos, los investigadores más representativos han hallado que el burnout se extiende, inclusive, hasta las profesiones no asistenciales. En el Ecuador, este fenómeno no ha tenido suficiente acogida en el campo de la investigación, pese a los impactos negativos que puede presentar en las organizaciones y personas. El presente trabajo de investigación pretende identificar los factores organizacionales que producen el síndrome en trabajadores administrativos de dos instituciones públicas. En la metodología se planteó medir la presencia del síndrome mediante la aplicación del MBI-GS, examinar la existencia de diferencias significativas en cuanto a la experimentación del burnout según el nivel jerárquico y verificar si los factores organizacionales propuestos podrían explicar los puntajes del burnout obtenidos. Los resultados mostraron que existía presencia del síndrome con discrepancias relevantes para la dimensión de eficacia y que los factores propuestos solo permitían explicar una parte de los puntajes. De esta manera, se concluye que aunque la presencia del burnout es en general baja, es necesario el diseño e implementación de planes de intervención orientados a generar compromiso en los trabajadores que padecían el síndrome.

Palabras clave: Síndrome de burnout, sector público, ministerio, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (SBO) es un fenómeno poco estudiado en la República del Ecuador. Los análisis que pueden encontrarse sobre este tema están enfocados en su mayoría al ámbito de los servicios humanos (Tomaschewski-Barlem *et al.*, 2014), espacio donde el síndrome fue identificado por primera vez y en el que abundan las investigaciones a nivel mundial, especialmente en estudios de prevalencia (Mafla *et*

al., 2014; Al-Imam & Al-Sobayel, 2014) y efectos del síndrome en profesionales de la salud de hospitales públicos (Pereira-Lima & Loureiro, 2014; Agha *et al.*, 2014), relacionados con el incremento en la mencionada medida de algunos riesgos psicosociales (Gil-Monte, 2012). No obstante, no se ha dado la justa importancia a las implicaciones que el burnout podría tener en trabajadores que ocupan otras posiciones y menos aún en aquellos que pertenecen al sector público ecuatoriano. Por lo tanto, en Ecuador el SBO no ha tenido una gran acogida en el campo de la investigación, muy a pesar de los impactos negativos que pudiera ocasionar en las organizaciones y personas.

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 establece como parte de sus políticas y lineamientos estratégicos el “propiciar condiciones apropiadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente” mediante la “implementación de planes de salud y seguridad ocupacional en empresas públicas y privadas” (Secretaría Nacional, 2013). En el ámbito de la salud laboral, en las últimas décadas se ha estudiado al SBO como una patología fundamentándose en la teoría de ajuste persona-puesto, teoría motivacional de Herzberg, modelo de estrés laboral demanda-control, teorías sobre equidad y justicia social y apoyo social y conflicto interpersonal.

Es de común conocimiento, de investigadores y quienes dirigen organizaciones de todo tipo, que la gestión de personas es uno de los aspectos de la Dirección que representa una apreciable complejidad. En los últimos años se ha podido observar que la gestión de personas empieza a ocupar una importancia estratégica, ya que la misma se ha constituido en fuente de ventaja competitiva (Hellriegel, Jackson & Slocum, 2002) y, con esto, en un elemento clave para la supervivencia de las organizaciones.

Esta situación ha llevado a diseñar y poner en práctica políticas tendentes a mejorar la calidad de la gestión de las personas. En lo que respecta al sector público en el Ecuador, el Gobierno actual ha impulsado en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica del Servicio Público y su Reglamento, Normas Técnicas para los subsistemas de talento humano y se han creado unidades organizacionales como la de Salud y Seguridad Ocupacional y Clima Organizacional.

El SBO resulta de la exposición “prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo” y se caracteriza por un agotamiento emocional extenuante, sentimientos de desapego hacia varios aspectos de trabajo y sensaciones de ineficacia. Sus causas, consecuencias, modelos interpretativos e instrumentos de medición han sido estudiados ampliamente en las últimas décadas a nivel mundial. Aunque la mayor parte de los estudios existentes se han centrado en los profesionales de los servicios humanos (Laba, Bosman & Buitendach, 2005), se ha identificado que el síndrome se extiende inclusive hasta las profesiones no asistenciales (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

El SBO ha sido objeto de estudio en más de 3000 investigaciones (Pérez, 2012) desde que el término fue introducido por primera vez por Freudenberger en 1974 (Freudenberger, 1974; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Aunque pueda aplicar-

se en varios ámbitos y no exista una definición consensuada del mismo, desde la perspectiva laboral el *sbo* se entiende como un “síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimientos de cinismo y desapego por el trabajo y una sensación de ineficacia y falta de logros” (Maslach & Jackson, 1981).

Las principales consecuencias asociadas al *sbo*, y por lo cual su adecuado tratamiento debería ser una prioridad en la gestión de recursos humanos, son la insatisfacción laboral, bajo compromiso con la organización (Bottiani, Bradshaw & Mendelson, 2014), bajo desempeño, mala calidad del trabajo (Burghi *et al.*, 2014), absentismo (Pranjic & Males-Bilic, 2014), intención de dejar el trabajo y rotación, sin contar aquellas que afectan a la salud y relaciones familiares del trabajador.

Por ello, la mayor cantidad de investigaciones realizadas a nivel mundial sobre el *sbo* se han centrado en personas que trabajan en áreas de salud, educación y servicios humanos (Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998) aunque se ha extendido el concepto de burnout a ocupaciones no relacionadas con este tipo de servicios (Sharma, 2007). En Ecuador no se han identificado estudios sobre la presencia del *sbo* en trabajadores administrativos del sector público y las causas que lo producen, conociendo la importancia manifiesta del mismo. Por este motivo es necesaria la investigación de este tema, como aporte a la mejora de la Administración Pública en lo que respecta a la gestión del talento humano.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es determinar los factores organizacionales que pueden producir el *sbo* así como contribuir al conocimiento de sus dimensiones en trabajadores administrativos de instituciones del sector público de Ecuador. Asimismo, pretende explicar qué aspectos organizacionales impactan en las dimensiones del *sbo* tras la aplicación del *MBI-GS* (Maslach Burnout Inventory- General Survey) y contribuir a que las instituciones participantes puedan contar con información para tomar decisiones que mejoren la gestión del talento humano y cumplan, de esta manera, con lo prescrito en el Plan Nacional del Buen Vivir.

METODOLOGÍA

El planteamiento metodológico consideró medir la presencia del *sbo* mediante la aplicación del *MBI-GS*, determinando la existencia de diferencias significativas en cuanto a la experimentación del burnout según el nivel jerárquico en 167 trabajadores. Para ello se estimó la clasificación del sector público en dos grupos generales: operativos (136) y directivos (31). Además se valoraron y caracterizaron las subdivisiones ocupacionales estándar determinadas por el Ministerio de Relaciones Laborales mediante una metodología de valoración de puestos por puntos. Asimismo, se verificó si las características del trabajo podrían explicar los puntajes del burnout obtenidos. Para ello se administró on line el test más un cuestionario de factores organizacionales.

Conforme lo sugiere el Manual del MBI (Maslach *et al.*, 1996) la corrección se realizó calculando el promedio de todas las calificaciones (frecuencia: 0-6) que los participantes asignaron a las preguntas que componen cada dimensión del burnout, evaluando los puntajes obtenidos de manera independiente.

Para la identificación de las posibles causas del SBO en los participantes de esta investigación se utilizó un cuestionario de elaboración propia. Este cuestionario constó de 20 preguntas, agrupadas en seis grupos según las causas del SBO (Tabla 1), empleando una escala Likert de 4 puntos: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Tabla 1. Clasificación del cuestionario, según las causas de SBO

Causas del SBO	Grupos de preguntas del cuestionario
Sobrecarga de trabajo	Condiciones de trabajo
Falta de control	Liderazgo
	Contexto organizacional
Recompensas insuficientes	Condiciones de trabajo
	Liderazgo
	Desarrollo
	Remuneraciones y prestaciones
Quiebre en la comunidad	Contexto organizacional
	Relaciones con pares
Ausencia de imparcialidad	Desarrollo
Conflictos de valor	Condiciones de trabajo
Conflicto y ambigüedad del rol	

El cuestionario fue sometido a una prueba de fiabilidad mediante un estudio piloto con 34 participantes de los Ministerios de Justicia, Derechos Humanos y Cultos y del Ministerio de Recursos Naturales No Renovables.

Las variables que se consideraron en el estudio fueron las siguientes: ministerio, unidad organizacional, puesto, grupo organizacional, provincia, años de servicio en la institución a la que pertenece, género, estado civil, edad, nivel de estudios, condiciones de trabajo, liderazgo, desarrollo, contexto organizacional, relaciones con pares, remuneraciones y prestaciones, y agotamiento emocional.

Se seleccionaron al azar varias instituciones del sector público con exposición del tema de investigación. De este proceso cuatro mostraron interés: Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (MJDHC), Ministerio de Recursos Naturales No Renovables (MRNNR), Ministerio de Transporte y Obras Públicas y Ministerio del Ambiente; sin embargo, las dos últimas decidieron no participar por motivos de carácter institucional. Las personas implicadas en el estudio correspondían a la validación de puestos de trabajo de nivel jerárquico (inferior y superior; operativo y directivo respectivamente) presentes en las Normas Técnicas de Valoración de Puestos por Puntos de la Administración Pública Central e Institucional y que

dependen de la Función Ejecutiva (Ministerio, 2013) y del Subsistema de Clasificación de Puestos del Servicio Civil (SENRES, 2005). La recolección de datos se realizó utilizando la encuesta confeccionada al efecto, respetando el anonimato de los trabajadores.

Para el desarrollo del estudio se elaboró un modelo de regresión lineal que permitiera identificar si existen relaciones entre los resultados de cada dimensión del MBI y factores organizacionales. Dicho de otra forma, si las preguntas contenidas en el cuestionario de posibles causas mantenían una relación significativa con las puntuaciones obtenidas para "cada dimensión del burnout (agotamiento emocional-AE, despersonalización-DP y eficacia-EF)". En el modelo, y en caso de que no existiera relación alguna entre las variables, las causas que producirían el síndrome no podrían explicar los puntajes obtenidos por los trabajadores para cada dimensión.

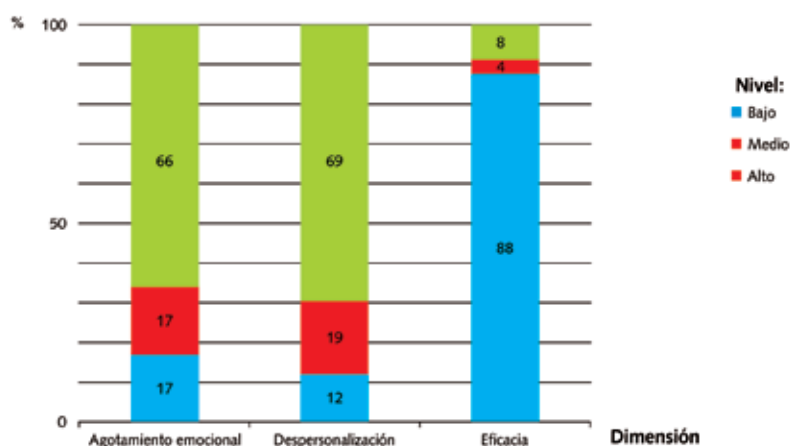
La investigación fue de tipo descriptivo, considerando que en el Ecuador no se han determinado estudios previos relacionados con el tema objeto del presente proyecto. Adicionalmente, la interpretación de los resultados obtenidos se realizó mediante una Prueba T de muestras independientes a través del paquete informático SPSS (Copyright SPSS Inc., 2012. Windows. Versión 20.0.1.)

RESULTADOS

En la identificación de la existencia del SBO en los trabajadores de ambas instituciones se calculó el puntaje para cada dimensión del burnout, asignándose el nivel de intensidad (alto, medio o bajo) en la forma en la que lo sugiere el Manual del MBI para la corrección del MBI-GS (Maslach *et al.*, 1996).

En la Figura 1 se puede observar que la mayor cantidad de trabajadores se ubican en el nivel de intensidad bajo para las dimensiones de AE y DP, y en el nivel alto para la dimensión de EF, lo que implica que la presencia del SBO en las instituciones objeto de este estudio es en general baja.

Figura 1. Porcentaje de trabajadores públicos por dimensión y nivel de experimentación del burnout



En las Figuras 2 y 3 se muestran, respectivamente, el puntaje promedio por dimensión del burnout en ambas instituciones y el puntaje promedio por institución pública. El puntaje máximo es 6 para cada dimensión: en el caso de AE y DP un puntaje de 6 se relaciona con mayor nivel del burnout, mientras que para EF este mismo puntaje significa menor nivel.

Figura 2. Puntaje promedio por dimensión del burnout

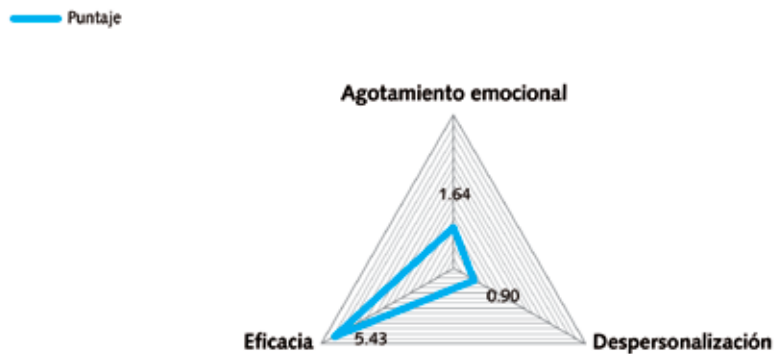
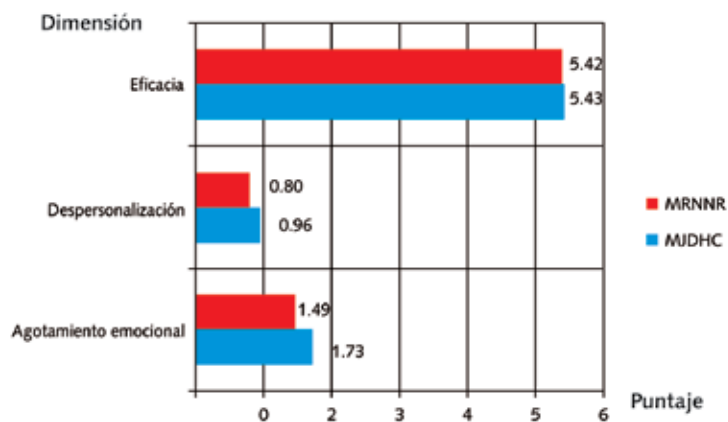


Figura 3. Puntaje promedio por dimensión e institución pública



No obstante, los datos también muestran que un 17% y un 12% de los trabajadores, respectivamente, están experimentando niveles altos del burnout en las dimensiones de AE y DP, mientras que un 8% se ubica en niveles bajos de EF. Los porcentajes de trabajadores por dimensión del burnout e institución pública se muestran en las Figuras 4, 5 y 6.

Figura 4. Porcentaje de trabajadores públicos según nivel de agotamiento emocional

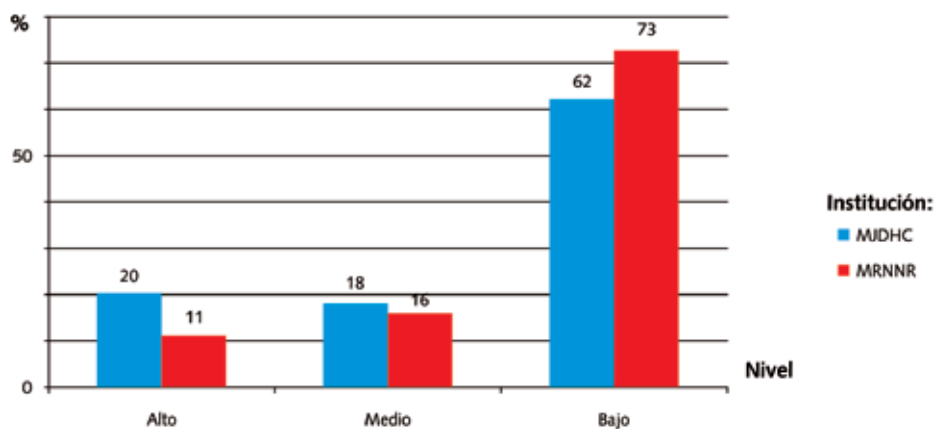


Figura 5. Porcentaje de trabajadores públicos según nivel de despersonalización

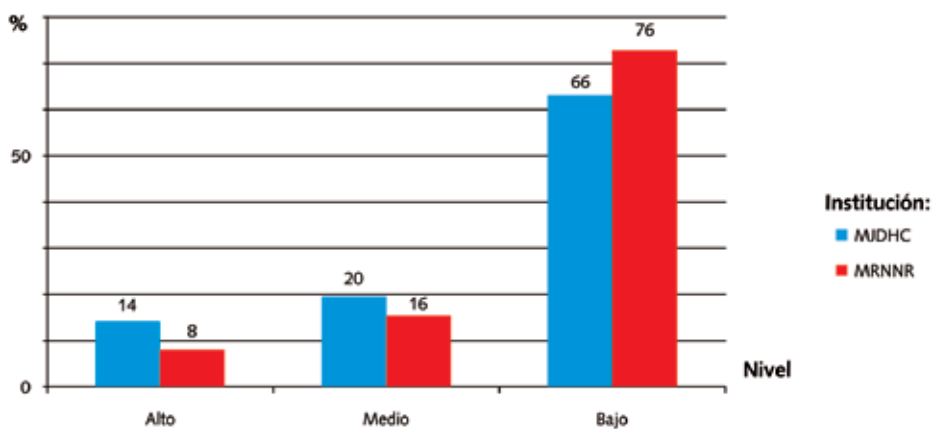
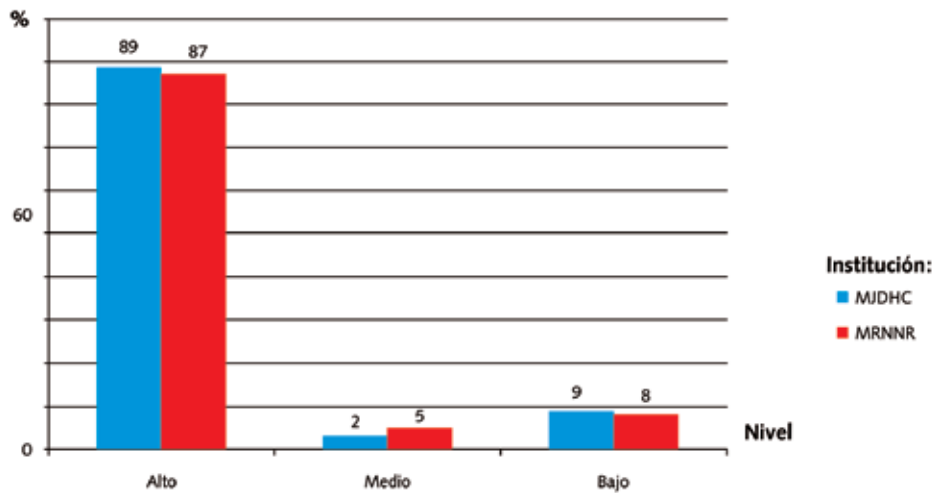


Figura 6. Porcentaje de trabajadores públicos según nivel de eficacia



El cuestionario sobre posibles causas del burnout mostró a través de la prueba de fiabilidad una Alfa de Cronbach=0,898, en relación a las 30 variables que conformaron el cuestionario y la aplicación del estudio piloto.

Los resultados que se obtuvieron se mostraron para “cada dimensión del burnout” mediante dos modelos de regresión: considerando la totalidad de las variables y únicamente con las variables estadísticamente significativas. Para ello se construyeron sendos modelos referidos al AE, DP y EF. Los resultados se interpretaron utilizando el nivel de significación y considerando el signo del coeficiente no estandarizado “como indicador” del tipo de relación (inverso o directo) que mantendría con el puntaje respectivo.

Referido al AE se obtuvo que el horario de trabajo tenía una relación inversa (-0,42; $p < 0,05$), lo que quiere decir que si las 8 horas de la jornada laboral fueran suficientes para llevar a cabo las actividades asignadas a los trabajadores, se podría esperar una calificación baja. Lo mismo sucedió con las posibilidades de ascenso (-0,41; $p < 0,05$) y el pago puntual de remuneraciones (-0,37; $p < 0,05$). Para el caso del estado civil, los resultados indicaron que el nivel de AE era más bajo en los estados civiles: viudo (-1,51; $p < 0,05$) y divorciado (-0,82; $p < 0,05$). En contraste, si un trabajador debía actuar en contra de sus creencias para cumplir con su trabajo, se deberían esperar una puntuación de AE alta (0,42; $p < 0,05$), debido a la existencia de una relación directa con esta variable.

Respecto a la DP se observó que el valor era menor en el Ministerio de Recursos Naturales No Renovables que en el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos (-0,48 vs. -0,32; $p < 0,05$); pudiendo deberse a que el último refleja mayor cantidad de casos de trabajadores con AE, ya que las personas con exceso de éste tienden a desarrollar la DP como una forma de autoprotección.

Para la EF se determinó que el nivel de estudios influye inversamente ($-0,36$; $p < 0,05$), lo que significa que los trabajadores se sienten más capaces y satisfechos al llevar a cabo sus funciones en la medida en la que su preparación es mayor. Además, se muestra que mientras los beneficios y prestaciones son más adecuados, se esperaría un valor más bajo de EF ($-0,28$; $p < 0,05$). Esto podría deberse a que la motivación de los trabajadores es intrínseca o que los beneficios y prestaciones no constituyen factores motivacionales que influyen en esta dimensión, quizás porque estos los asumen como parte de sus "derechos".

La prueba T para muestras independientes planteada para el estudio de diferencias entre niveles jerárquicos relativos a los puntajes obtenidos del burnout así como que son los trabajadores de nivel operativo aquellos que padecen niveles más altos del síndrome, determinó que no existían variaciones en cuanto a los valores registrados para cada dimensión del burnout por nivel. Por lo tanto, no se presentaron disimilitudes estadísticamente significativas entre trabajadores directivos y operativos ($AE=0,086$, $p < 0,05$; $DP=0,648$, $p < 0,05$; $EF=0,077$, $p < 0,05$). A pesar de ello, la dimensión EF es más fuerte en la medida en la que el Test del MBI puntuó más alto que para las restantes.

DISCUSIÓN

En Ecuador, como ya se mencionó anteriormente en este documento, no existen investigaciones específicas sobre el SBO en trabajadores administrativos del sector público, considerando únicamente los pocos estudios que se han llevado a cabo en el campo de los profesionales de la salud (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga, 2009). Sin embargo, para Golembiewski (1996) los hallazgos relacionados con el burnout en la administración pública, explicados a través de su modelo de fases, se constituye en un gran reto para este sector no solamente por los impactos económicos producto de la alta rotación, el uso del seguro médico y el bajo desempeño sino también porque en ambientes laborales contaminados como estos se afectaría la efectividad a largo plazo. En lo que respecta a las iniciativas de cambio, éstas se encuentran condicionadas a las distintas distribuciones de fases del burnout en las que puedan encontrarse los trabajadores de una organización: fases como antecedentes del cambio, como condición limitante del cambio y como consecuencia del cambio.

La experimentación del burnout por parte de los trabajadores de las instituciones participantes fue en general baja, lo cual es positivo. No obstante, hay que resaltar que existe un 34 y 31% de trabajadores que puntúan respectivamente en niveles medio y alto de AE y DP , y que un 12% de ellos se ubica en el nivel bajo de EF . Este hecho merece especial atención en las unidades de gestión de talento humano, puesto que indicaría posibles defectos en el funcionamiento de los subsistemas de recursos humanos y afectaría a los trabajadores. Podría resultar que los procesos de selección y contratación esté operando inadecuadamente, produciendo el ingreso de personas que no cuentan con las capacidades suficientes para afrontar las tareas asignadas a sus puestos, por lo que sentirían que sus funciones son de-

masiado exigentes y les llevara a experimentar burnout. Es decir, tendrían mayor AE porque sentirían que no poseen recursos suficientes para llevar a cabo sus tareas, con decisiones de mantenerse alejado del trabajo, mostrando finalmente un rendimiento inadecuado y que el producto del esfuerzo laboral no tiene valor. Por ello conviene resaltar que los resultados obtenidos adquieren mayor importancia si los trabajadores afectados son claves en el desarrollo de procesos institucionales vitales.

Se determinó que entre los trabajadores de nivel operativo y directivo de las instituciones objeto de este estudio no existían diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el MBI para las dimensiones de AE y DP. Sin embargo, si existe una diferencia significativa para la dimensión de EF. Por ejemplo, el 90,44% de los operativos se ubican en un nivel alto de EF frente a los 77,42% de los directivos. En el nivel bajo de éste, son los directivos los que en mayor cantidad sienten que son incompetentes, que sus logros son insuficientes y que la productividad de su trabajo es baja -16,13% vs. 6,82% de los trabajadores operativos-, (Maslach, 2009; Rodríguez & De Rivas, 2011; Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs & Schaufeli, 2001). Por último, mencionar que la mayor parte de los trabajadores indicaron que las instituciones no les ofrecieron estabilidad laboral, obligándoles a mantener contacto frecuente con clientes externos o internos, o presentándose continuos cambios organizacionales, sin que estos hayan resultado ser factores determinantes para los puntajes obtenidos para cada dimensión.

Las demandas adicionales de tiempo (sobrecarga de trabajo) y la deshonestidad (conflicto de valor) están relacionadas como causantes del SBO (Leiter & Maslach, 2005), por lo que es comprensible que los resultados de las variables que se relacionan con estas causas sean significativas para explicar los puntajes de AE obtenidos en este estudio.

En lo que respecta al pago puntual de remuneraciones se pueden producir tensiones debidas a la probabilidad de que no exista una recompensa por el trabajo realizado, lo que también podría percibirse como un signo de futura inestabilidad laboral. Finalmente, los trabajadores perciben que las oportunidades de ascensos no son iguales para todos, con presencia de ciertos favoritismos, con lo que habría ausencia de imparcialidad.

A pesar de que las causas identificadas en el modelo de regresión apuntan a explicar los valores en la dimensión EF mediante el "nivel de estudios" y los "beneficios y prestaciones", estas sólo se refieren al 8,6% de las puntuaciones obtenidas. Esta situación probablemente se deba a la falta de recursos con los que desempeñan las funciones o a la falta de apoyo de las autoridades o del personal que tienen a cargo los directivos. Del total de las veinte causas que al inicio de la investigación se presumieron, solamente algunas fueron significativas, explicando el 36,8% el AE, 25,9% la DP y 8,6% la EF.

Es probable que existan otros factores organizacionales (European Agency, 2007) subyacentes que influyan en los puntajes del burnout dentro de las insti-

tuciones estudiadas, y que no fueran consideradas en el presente trabajo, o que simplemente los trabajadores tengan un alto nivel de compromiso. Por último, cabría destacar como causas significativas la sobrecarga de trabajo, ausencia de imparcialidad y el conflicto entre valores.

CONCLUSIONES

Es conveniente que para aquellos trabajadores que han puntuado medio y alto en el test MBI se definan con mayor detalle las causas que estarían provocando el síndrome en ellos y que se prepare un plan de intervención encaminado a incrementar los niveles de compromiso (Han, Han, An & Lim, 2014). Se sugiere establecer un plan de acción que responda a la pregunta "¿cómo promovemos el compromiso en el trabajo?", planteando estrategias para cada una de las causas estudiadas en la investigación. Así para la sobrecarga de trabajo se podrían emplear técnicas de administración del tiempo, mejorando la resiliencia de los trabajadores (p. ej. a través de programas de ejercicio) o distribuyendo mejor la carga laboral; o para el conflicto de valores promoviendo aquellos que son constructivos en la institución, agregándole mayor sentido al trabajo o manteniendo la integridad.

Es recomendable que la Unidad de Talento Humano de ambas instituciones evalúe el desempeño de los subsistemas de recursos humanos para identificar deficiencias que podrían estar produciendo la presencia del SBO. Asimismo, si los directivos cuentan con los recursos adecuados y suficientes para llevar a cabo su trabajo.

Para futuras investigaciones deberían considerarse otros instrumentos de recolección de información (p.ej. las entrevistas personales), con el fin de mejorar la precisión en la identificación de factores organizacionales que podrían promover la presencia del SBO en trabajadores del sector público. También resultaría de mucha relevancia que el cuestionario MBI y su escala sea ajustada a la realidad ecuatoriana, ya que esto podría haber influido en los resultados obtenidos en esta investigación. Finalmente, no debería descartarse la posibilidad de realizar investigaciones que relacionen al burnout con indicadores como rotación e intención de rotación, desempeño laboral, enfermedades, satisfacción laboral, compromiso, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Agha, A., Mordy, A., Anwar, E., Saleh, N., Rashid, I. & Saeed, M. (2014). Burnout among middle-grade doctors of tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Work*, 0, 1-9.
- Al-Imam, D.M. & Al-Sobayel, H.I. (2014). The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. *Journal of Physical Therapy Science*, 26(8):1193-8. doi: 10.1589/jpts.26.193
- Bottiani, J.H., Bradshaw, C.P. & Mendelson T. (2014). Promoting an equitable and supportive school climate in high schools: The role of school organizational health and staff burnout. *Journal of School Psychology*, 52(6):567-582. doi: 10.1016/j.jsp.2014.09.003

- Burghi, G., Lambert, J., Chaize, M., Goinheix, K., Quiroga, C., Fariña, G., Godino, M., Pittini, G., Pereda, S., Fregossi, C., Mareque, S., Bagnulo, H. & Azoulay, E. (2014). Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Medicine*, 40(11), 785-786. doi: 10.1007/s00134-014-3454-x
- European Agency for Safety and Health at Work. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007. Recuperado de <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gil-Monte, P.R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-241.
- Golembiewski, R. T. (1996). Public-sector change and burnout. *Public Productivity & Management Review*, 20, 56-69.
- Grau Martín, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2): 215-30.
- Han, S.S., Han, J.W., An, Y., S. & Lim, S., H. (2014). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*. doi: 10.1111/jjns.12067
- Hellriegel, D., Jackson, S. E. & Slocum, J. W. (2002). *Administración: Un enfoque basado en competencias*. (9.a ed.). Colombia: International Thompson Editores, S. A. de C. V.
- Laba, K., Bosman, J. & Buitendach, J. H. (2005). Job Insecurity, burnout and organisational commitment among employees of a financial institution in Gauteng. *Journal of Industrial Psychology*, 31:4, 32-40.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. San Francisco, Calif: John Wiley & Sons, Inc.
- Mafla, A.C., Villa-Torres, L., Polychronopoulou, A., Polanco, H., Moreno-Juvinao, V., Parra-Galvis, D., Durán, C., Villalobos, M.J. & Divaris, K. (2014). Burnout prevalence and correlates amongst Colombian dental students: the STRESSCODE study. *European Journal of Dental Education*. doi: 10.1111/eje.12128
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout/ Understanding burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ministerio de Relaciones Laborales (2013). Acuerdo Ministerial No. MRL-2013-0139. Recuperado de <http://www.cit.org.ec/files/RO-No.-69S-del-29-08-2013.pdf>
- Pereira-Lima, K. & Loureiro, S., R. (2014). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 17:1-10.
- Pérez Cruz, O.A. (2012). Análisis de la seguridad laboral mediante la medición de los niveles de estrés laboral. *Forum Empresarial*, 17(2): 53-71.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). *Plan Nacional de Desarrollo/ Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Senplades, Quito, Ecuador.

- Pranjic, N. & Males-Bilic, L. (2014). Work ability index, absenteeism and depression among patients with burnoutsyndrome. *Materia Socio Medica*, 26(4):249-52. doi: 10.5455/msm.2014.249-252
- Rodríguez, R. & De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 72-88.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *CareerDevelopment International*, 14(3), 204-220.
- SENRES. (2005). Resolución No. SENRES-RH-2005-000042. Recuperado de <http://blog.espol.edu.ec/vpa/files/2009/10/normas-senres.pdf>
- Sharma, R.R. (2007). Indian model of executive burnout. *Vikalpa*, 32(2), 23-38.
- Taris, T.W., Peeters, M.C., Le Blanc, P.M., Schreurs, P.J. & Schaufeli, W.B. (2001). From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 303-323.
- Tomaschewski-Barlem, J.G., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Barlem, E.L., Silveira, R.S. & Vidal, D.A. (2014). Burnout syndrome among undergraduate nursing students at a public university. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 0:0.
- Weber, A. & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7), 512-517.

4.5 Arquitectura de sueño y trastornos del dormir asociados al horario de trabajo

IVONNE SELENNE VERDE TINOCO*, RICARDO ROMEL GUTIÉRREZ ESCOBAR,
RAYNERIO SALDAÑA ACEVES, CARLOS MIRANDA ORTIZ, ELI ANAYA VELA Y
ULISES JIMÉNEZ CORREA

Clínica de Trastornos del Sueño. División de Investigación. Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México.
*selenne_10@yahoo.com.mx

RESUMEN

El ser humano, al igual que otros seres vivos, tienen un reloj corporal interno que regula los ritmos corporales, incluido el del sueño-vigilia. La mayoría de estos ritmos es cercano a las 24 horas (circadiano) y están preparados para sincronizarse con el ritmo ambiental diario de luz-oscuridad, es decir, para estar activos y despiertos de día, y para dormir y descansar de noche; coincidiendo con el descenso de la temperatura corporal que comienza a última hora del día.

Cuando se trabaja de noche o en turnos rotatorios el sistema circadiano no logra adaptarse de forma rápida al nuevo horario y da como resultado una asincronía entre el ritmo biológico y las exigencias horarias externas.

Actualmente las demandas de las empresas son cada vez mayores para ser competitivas y poder cumplir metas de producción, por lo anterior es necesario mantener operaciones las 24 horas del día y que los trabajadores laboren de noche de forma fija o rotatoria, durante esta jornada presentan somnolencia en las horas laborales presentando un mayor riesgo de accidentes de trabajo.

La rotación de turno en el trabajo es una realidad y produce consecuencias negativas para la salud del trabajador. Estos efectos son el resultado de dos mecanismos fundamentales: el desfase de los ritmos biológicos y por privación de sueño.

Existen enfermedades o padecimientos que afectan la salud con mayor intensidad en turnos rotatorios y nocturnos, las comorbilidades asociadas a turnos rotatorios y nocturnos son: enfermedades coronarias, cerebro vasculares, depresión, síndrome metabólico, obesidad, problemas reproductivos y en el embarazo, así como accidentes laborales y trastornos inmunológicos.

Palabras clave: sueño, trastornos del dormir, privación de sueño, ritmo circadiano, somnolencia excesiva diurna.

INTRODUCCIÓN.

Michel Jouvet (1964) describe el sueño como una disminución natural, periódica y reversible de la percepción del medio externo, con la conservación de cierto grado de reactividad; se trata de un proceso orgánico cuya ocurrencia es regulada por un

reloj biológico endógeno (del organismo), pero también por estímulos ambientales, entre ellos el tiempo de exposición a la luz del sol, actividades sociales, horarios de trabajo, escuela y de alimentación (Aguilar, Guadarrama, & Valderrama, 2009). Por lo tanto los horarios están condicionados por el ciclo sincronizado con el día y la noche dentro de un periodo comprendido de 24 horas y que tiene el nombre de ciclo circadiano.

El sueño tiene como funciones: el descanso, la renovación física, procesos de regeneración celular, secreción y asimilación de sustancias necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo así como la consolidación de procesos cognoscitivos tales como la atención, retención y almacenamiento de información adquirida durante la vigilia, entre otras; de esta manera el ciclo sueño/vigilia se vuelve un indicador del estado de salud general de las personas; es considerado un proceso homeostático es decir: entre más prolongado sea el periodo de vigilia, mayor será la necesidad de dormir y menor la capacidad de mantener la atención, este estado de conciencia también es considerado un ritmo circadiano (Aguilar *et al*; 2009).

De ahí la relevancia del estudio del sueño, ya que nos permite conocer y clasificar las distintas etapas y los procesos biológicos característicos de cada uno de ellos así como la repercusión que tendrían las etapas si se ven afectadas en cantidad y calidad del dormir.

El sueño es esencial en la vida y no sólo por la cantidad de tiempo que se dedica a dormir sino por el significado que se le atribuye a una noche de descanso y el efecto que tiene en la salud.

Para su estudio el sueño se divide en MOR (por sus siglas en inglés *rapid eye movement*) y sueño noMOR, este último se subdivide en sueño ligero (compuestos por etapas N1 y N2) y sueño de ondas lentas (N3). Estas etapas presentan un orden consecutivo y son cíclicas durante un periodo de sueño a este conjunto de etapas se le denomina arquitectura de sueño.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ETAPAS DE SUEÑO.

El sueño noMOR está constituido por: el sueño ligero N1 caracterizado por ser un estado de transición de vigilia a sueño ligero, en esta etapa el sujeto se encuentra en un periodo de relajación, con actividad en el electroencefalograma (EEG) de ondas theta en más del 50% de la época, se presenta una disminución en el tono muscular en electromiograma de mentón EMGm, movimientos oculares lentos y una disminución en la percepción de los estímulos externos. El sueño N2 está caracterizado por la actividad theta de base con husos y complejos K, en regiones fronto centrales del EEG, se presenta una reducción acentuada del tono muscular en EMGm, y ausencia de los movimientos oculares.

Esta etapa se compone también por la etapa de sueño N3 caracterizada por actividad de ondas lentas en más del 20% de la época y generalizada en EEG, otra característica presente es la disminución del tono muscular con respecto a la etapa

de sueño N2. En la fase del sueño MOR se observan movimientos oculares rápidos, además de EEG con actividad rápida y de bajo voltaje.

Una forma de saber acerca de esta arquitectura de sueño es por medio de la Polisomnografía (PSG), estudio que tiene como objetivo la obtención, cuantificación y análisis de variables neurofisiológicas, necesarias para evaluar el sueño y otras variables cardiopulmonares como: derivaciones de (EEG), derivaciones de electro-oculograma (EOG), derivaciones de (EMGm), derivaciones de electromiografía de piernas (EMGp), señal de flujo de aire, señal de esfuerzo respiratorio, saturación de oxígeno y derivaciones de electrocardiograma (EKG) (AASM, 2014).

El sueño insuficiente se relaciona con mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad o problemas de abuso de sustancias adictivas (alcohol o nicotina, por mencionar algunas); así como accidentes laborales o disminución de la productividad (Drake, Roehrs, Richardson, Walsh, & Roth, 2004).

Cabe señalar que en los adultos cualquiera que sea su condición natural, el ciclo sueño-vigilia está ajustado a los fenómenos ambientales y sociales por lo que se considera un ritmo sincronizado con el día y la noche (Akerstedt & Gillberg, 1981).

Los ritmos biológicos se han visto alterados en su funcionamiento a partir de la presencia de luz artificial que permite el alargamiento de la vigilia y el acortamiento del sueño, por lo que la proporción de adultos sanos que presentan alguna alteración del ritmo sueño-vigilia es cada vez mayor (Sack, Auckley, & Auger, Carskadon, Kenneth, Wright, Vitiello & Zhdnova, 2007).

Actualmente se reporta de manera general que el 30% de la población mexicana padece algún trastorno del dormir, el 30% de la población ronca y aproximadamente un 7% padece apnea de sueño (Aguilar *et al*; 2009).

La principal consecuencia de estos trastornos de sueño son: los síntomas de insomnio o somnolencia diurna (sd); lo cual trae consigo un consumo excesivo de café, alcohol y de fármacos inductores de sueño en ambos sexos (Härmä, Tenkanen, Sjöblom, Alikoslu & Heinsalmi, 1998).

En cuanto al plano de las exigencias laborales, el estilo de vida y la jornada de trabajo son factores que disminuyen la calidad del sueño provocando alteraciones del estado de ánimo que a su vez afectan indicadores de productividad (Khaleque, 1999).

En términos generales se debe establecer una definición del trabajo en turnos y considerarse de este tipo de contratación a todo sistema de empleo en que el horario exceda las 8 horas de trabajo, que incluye horarios vespertinos y nocturnos, turnos rotatorios, divididos, de llamada u ocasionales, de 24 horas, horarios irregulares ejemplo personal de vuelo y otros horarios no diurnos (Bonfond, Muzet, Winter-D, Bailloueil, Bitouze & Bonneau, 2001).

De acuerdo a cifras reportadas referentes a trabajadores de turno fijo, una cuarta parte de trabajadores se adapta parcialmente y sólo un 3% de manera normal.

Al presentarse una desincronización interna debido a factores externos como; la dificultad para dormir con luz, ruido en horario inapropiado fisiológicamente; inadecuación o incompatibilidad social, se tiene impacto en síntomas como: el apetito en momentos inoportunos, dificultades de digestión, ingesta de alimentos con alta carga energética (Serra, 2013).

Lo anterior está relacionado con una calidad de sueño deficiente, que incide directamente en accidentes automovilísticos, domésticos y laborales (Leger, 1994). Actualmente la medicina del sueño nos permite diagnosticar enfermedades que están relacionadas con el ciclo sueño-vigilia, entre ellas las alteraciones del ritmo circadiano provocadas por turnos laborales.

PRIVACIÓN DE SUEÑO

El sueño insuficiente es un trastorno en el que trabajadores por turno sufren consecuencias negativas en sus labores por la privación de sueño. La somnolencia excesiva (SE) es una queja frecuente en gran parte del trabajo, así como en la actividad fuera de horario de oficina (AASM 2014), en el caso de los trabajadores de turnos rotatorios y nocturnos duermen menos y presentan mayor somnolencia que los trabajadores diurnos (Wright, Bogan, & Wyatt, 2013).

Las personas que trabajan en turnos nocturnos duermen en promedio de 4 a 6 horas diarias, si además sufren de trastorno de sueño por rotación de turno el promedio de sueño se reduce a menos de 5 horas; estos pacientes bajo condiciones ambientales controladas óptimas, logran un sueño diurno menor a 6 horas aún teniendo oportunidad de dormir 8. A nivel poblacional esto ha sido corroborado por la encuesta "*Sleep in América 2008*" enfocada hacia el tema de trabajo y sueño, donde se encontró que el 58% de los trabajadores de turnos pasa menos de 6 horas en cama (comparado con un 14% de los trabajadores sin turnos) y el 33% de los turistas dormían menos de 6 horas comparado con sólo un 15% de los trabajadores con horario normal (Knauth, 1993).

De manera complementaria a lo anterior, el proceso de recuperación del desfase circadiano es lento, también lo es el proceso de recuperación de la falta de sueño, en especial cuando la privación de sueño es crónica y el requerimiento es de dormir 2 noches de 10 horas y hasta 7 noches de 8 horas, para volver a un ritmo habitual dependiendo de cuanto sueño se adeude (Folkard, 2008).

Las consecuencias de la privación de sueño no son exclusivas de los trabajadores por rotación de turno, en ellos el problema se ve agravado por la crono disrupción, sin embargo hay que considerar que una población mucho más amplia está expuesta a las consecuencias de un sueño insuficiente.

Se calcula que entre la década de los 50's y los 90's la media de sueño se redujo de 8-9 a 7 horas y que para el 2004 la proporción de adultos que dormía en forma regular menos de 6 horas alcanzó el 30% (Knutsson & Van, 2008).

La evidencia actual señala que la privación de sueño está asociada a mayor morbilidad, obesidad, diabetes, accidentes de trabajo y deterioro cognitivo. Con la privación de sueño no sólo se afecta la ejecución de tareas simples, sino también de funciones cognitivas (toma de decisiones, problemas en la memoria y concentración).

Finalmente debe considerarse que existe una desigualdad entre las repercusiones objetivas y las percepciones subjetivas de quienes terminan por habituarse a la falta crónica de sueño, que determina que estos últimos tienden a no ser conscientes del nivel de somnolencia que les afecta (Balkin, Rupp, Picchioni & Wesensten, 2008).

TRASTORNO DE SUEÑO POR TRABAJO EN TURNOS.

La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño en su tercera edición (ICSD-3 2014) considera la presencia de Trastornos del Ritmo Circadiano, al hablar del trastorno de sueño por rotación de turno, también llamado trastorno de sueño secundario a trabajo de rotación por turnos. Se manifiesta clínicamente por insomnio o somnolencia excesiva acompañada de una reducción del tiempo total de sueño (7 a 4 horas) así como una eficiencia y calidad de sueño disminuida, cansancio diurno, baja productividad y desempeño laboral, asociado a un horario de trabajo que se sobrepone a la hora habitual de dormir.

Los turnos que inician por la mañana (entre 04:00 y 07:00 a.m.) están asociados a quejas de dificultad de inicio de sueño y para despertar, mientras que los turnos nocturnos permanentes pueden estar vinculados a la dificultad para mantener el sueño (Knauth, 1993).

Los turnos laborales que exigen trabajar de día, noche o rotación se manifiestan en los trabajadores a través de síntomas como somnolencia excesiva, acompañados de deterioro cognitivo y la necesidad de tomar siestas (Drake *et al*; 2004).

Existen varios tipos de horarios por turnos entre ellos: turnos matutinos, vespertinos, rotativos, divididos y de jornadas de trabajo prolongadas; la tolerancia a ellos depende de la capacidad de adaptación de cada individuo (Natale, Martoni & Cicogna, 2003), de las horas de trabajo, la periodicidad del mismo y las comorbilidades que acompañen al individuo (Härmä *et al*; 1998).

De acuerdo a investigaciones reportadas, la prevalencia de este trastorno se estima en un 20% en los países industrializados, de los cuales el 5% son sintomáticos.

Se han descrito complicaciones como consecuencia de la privación por el trastorno de sueño por trabajo en turno entre ellas: problemas en el estado de ánimo, aislamiento social, poca interacción con los compañeros de trabajo, depresión, mayor riesgo de consumir sustancias nocivas, cometer errores o sufrir accidentes de trabajo y automovilísticos; además de un deterioro en la salud por el desarrollo o exacerbación de las enfermedades gastrointestinales, metabólicas, neoplásicas,

cardiovasculares, (Akerstedt, 1998), así como riesgo de sufrir obesidad, trastornos psicológicos, inmunológicos, fatiga crónica insomnio y somnolencia (Serra, 2013).

Para integrar un diagnóstico del trastorno de sueño por horario de trabajo se han establecido criterios (A-D). Los cuales se pueden ver en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios diagnóstico y de apoyo para el trastorno de sueño por trabajo en turnos.

<p>A. La queja principal es por insomnio o somnolencia excesiva acompañada de una reducción del tiempo total de sueño, asociada a un horario de trabajo que se sobrepone a la hora habitual de dormir.</p> <p>B. La presencia de los síntomas se asocia a los horarios de trabajo, y se presentan desde los 3 meses.</p> <p>C. El registro de sueño y monitoreo por actigrafía (siempre que sea posible y preferentemente con medición de la exposición a la luz) durante al menos 14 días (de trabajo y días libres) muestra un patrón perturbado del ciclo sueño - vigilia.</p> <p>D. La perturbación del sueño no se explica por otro trastorno del sueño, médico, neurológico, mental, mala higiene de sueño o uso de medicamento o drogas.</p>
<p>Elementos de apoyo en el diagnóstico</p> <ol style="list-style-type: none">1. Turnos matutinos se pueden asociar a dificultad en iniciar el sueño y en despertar.2. Turnos vespertinos permanentes se pueden asociar a dificultades en iniciar el sueño.3. La somnolencia excesiva se manifiesta especialmente durante el trabajo en turno (especialmente en la noche), a menudo acompañado por la necesidad de una siesta y disminución de las capacidades mentales.4. Disminución de la alerta, no sólo durante el turno, se puede asociar a la disminución del rendimiento y consecuencias en la seguridad.5. Fracciones importantes del tiempo libre deben utilizarse para recuperar el sueño, con consecuencias sociales adversas. Irritabilidad.

Fuente: Serra, M. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y médicas. *Revista Médica Clínica Condes*, 24 (3) 443-451.

En estudios polisomnográficos a pacientes con rotación de turno se han observado hallazgos en la disminución del tiempo total de sueño, aumento en la latencia a sueño, dificultad para mantener el sueño y fragmentación de la arquitectura de sueño. La Prueba de Latencias Múltiples a Sueño (PLMS) muestra datos objetivos de somnolencia excesiva.

CONSECUENCIAS METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

De acuerdo con investigaciones previas, en estudios experimentales se ha observado que la privación de sueño tiene repercusiones sobre las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, aumento del apetito y disminución del gasto energético que conducen a insulino-resistencia /diabetes mellitus y obesidad (Aldabal & Bahammam, 2011).

Estudios epidemiológicos han demostrado un incremento consistente en el Índice de Masa Corporal (IMC) en las últimas décadas, que ha sido paralelo a la reducción en la cantidad de horas de sueño promedio (Vorona, Winn, & Babineau, 2005).

Un análisis en población adulta en atención primaria demuestra que los pacientes obesos y con sobrepeso duermen menos que aquellos con Índice de masa corporal normal, un meta análisis de estudios longitudinales mostró la asociación positiva entre menor duración de sueño e incremento de peso (Serra, 2013).

ACCIDENTES DE TRABAJO.

Las consecuencias más directas del trabajo en turno son la somnolencia, fatiga, alteración cognitiva y alteración del sueño; esto conlleva a serias implicaciones en las áreas de rendimiento laboral y accidentabilidad (Wright, 2013).

Los episodios de sueño involuntario son más frecuentes durante los turnos de noche (especialmente entre las 3 y 6 am), con mayor riesgo de accidentes vehiculares, de aviación e industriales.

Se ha reportado un riesgo 3 veces mayor de accidentes en trabajadores de turnos nocturnos comparado con quienes trabajan de día. Los accidentes no sólo son laborales sino también en el trayecto a casa, hasta un 48% de los trabajadores en turno nocturno ha reconocido haber conducido somnoliento (Wright, 2013, Sack, 2007, Pack, 1995 & Pruchnicki, 2011).

La principal causa de los accidentes es la somnolencia excesiva, que se ha objetivado en los trabajadores con trastorno de sueño por rotación de turno mediante PLMS, presentando promedios de latencia de sueño de 2.0 minutos, somnolencia patológica más intensa aún que la de pacientes con Narcolepsia (Czeisler, Walsh, Roth, Hughes, Kenneth, Wright, Kingsbury, Sanjay, Schwartz, Niebler & Dinges, 2009).

En pacientes con somnolencia excesiva se ha establecido un riesgo relativo mayor de accidentabilidad, respecto a otras condiciones que superan incluso el uso de benzodiazepinas.

En el grupo de adultos mayores se ha observado que tienen mayor somnolencia y dificultad de adaptación circadiana, existe aumento en la comorbilidad con otros trastornos de sueño y con el uso de hipnóticos, finalmente en forma fisiológica la calidad de sueño empeora con el envejecimiento; por lo tanto se considera que la edad avanzada es un factor de intolerancia al trabajo en turnos (Sack *et al*; 2007).

SOMNOLENCIA EN AMBIENTES LABORALES.

La somnolencia excesiva (SE) es una condición común en las personas que tienen trastornos de sueño primarios como el síndrome de apnea del sueño o aquellos con higiene inadecuada del dormir. Es frecuente encontrar síntomas de SE en los ambientes laborales, principalmente en los trabajadores con rotación de turno y en los que laboran durante la noche (Drake *et al*; 2004).

La SE es un problema que anualmente cuesta millones de dólares; provoca disminución del rendimiento escolar y laboral e incrementa el riesgo de sufrir accidentes caseros, de trabajo, en el transporte y la industria (Leger, 1994). Los sujetos con RT de trabajo pueden presentar somnolencia diurna durante sus actividades laborales.

En 1988 se documentó que 52% de los accidentes laborales se relacionaron con somnolencia y que entre 75 y 90% de los trabajadores en el horario nocturno tenían SE en el trabajo lo que provocaba los accidentes más frecuentes (las caídas y los accidentes en vehículos de motor).

La privación de sueño por más de 17 horas podría estar relacionada con una disminución del rendimiento laboral, sobre todo en los empleados con RT, quienes tienen más de 15 horas de vigilia antes del inicio de turno de trabajo. Este grupo es de alto riesgo para sufrir accidentes por lo que los trabajadores deben ser informados acerca de este riesgo y tener una evaluación clínica para descartar otros factores que pudieran incrementar el peligro.

La SE en los centros de trabajo contribuye significativamente con los errores en los procedimientos de producción, por ejemplo, la probabilidad de que el personal de enfermería cometa un error de trabajo aumenta tres veces después de laborar más de 13 horas; pero el riesgo empieza a incrementar después de 9 horas de trabajo continuo. Los errores de trabajo más frecuentes en el personal de enfermería que se han reportado en investigaciones son:

- Administración de medicamento al paciente equivocado.
- Vía de aplicación errónea.
- Dosis incorrecta.
- Horario erróneo.
- Omisión de administrar el medicamento.

Las enfermeras con rotación de turno presentan más alteraciones del ciclo sueño-vigilia, cabecean con mayor frecuencia en su turno de trabajo y tienen el doble de posibilidad de sufrir un accidente o cometer un error en el trabajo relacionado con la SE (Gold, Rogacz, Bock, Tosteson, Baum, Speizer & Czeisler, 1992).

La privación de sueño disminuye las capacidades cognitivas incrementando el riesgo de cometer errores. Se ha determinado que la SE está implicada en accidentes durante operaciones industriales, en plantas nucleares y en cualquier medio de

transporte. Por ejemplo, en los conductores de trenes y controladores de tráfico ferroviario el riesgo de padecer SE fue de 6 a 14 veces más alto en el turno nocturno respecto al turno diurno (Dinges, 1997).

En las plantas nucleares Three mile island (Pennsylvania), Oak Harbor (Ohio) y Sacramento (California) se presentaron errores humanos entre la 1:00 y las 4:00 a.m. que provocaron un alto riesgo de explosión de los reactores; oficialmente el accidente de Chernobyl fue consecuencia de una serie de errores que iniciaron en la madrugada.

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS.

Se ha descrito la posible relación causal de factores como la oscuridad, la monotonía, el flujo vehicular, el uso de alcohol, el suicidio, el exceso de velocidad y el tiempo de manejo sin descanso con los Accidentes Vehiculares Nocturnos (AVN) en carretera; sin embargo, la privación de sueño y la SE son dos factores presentes en estos accidentes (Akerstedt, Kecklund & Hörte; 2001).

Los accidentes automovilísticos es una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. Se ha estimado que entre 3 y 30 % de ellos se deben a la SE al volante. Los accidentes vehiculares tienen dos picos de frecuencia dentro de las 24 horas que coinciden con los dos puntos de mayor somnolencia debido al ritmo circadiano sueño-vigilia.

El primero se presenta entre las 12 y las 7 am en el que generalmente se lesionan sujetos jóvenes entre los 20 y 25 años (Pack, Rodgman, Cucchiara, Dinges & Schawab, 1995) y el segundo se observa alrededor de las 3 pm en el que con mayor frecuencia están implicados adultos mayores (Horne & Reyner, 2000).

En (1985) Kerkhof documentó sobre los accidentes relacionados con la SE, y reportó la probabilidad de que el horario de sueño irregular, propio del fin de semana, contribuye con la alta incidencia de accidentes durante el sábado y domingo. El riesgo de accidentes vehiculares diurnos depende del tráfico, los AVN dependen de factores homeostáticos y circadianos.

Después de la privación de sueño de 24 horas se encontró que el incremento de la somnolencia diurna, correlacionó con un aumento de los choques y errores de manejo (exceso del límite de velocidad) en una tarea de simulación de manejo (Pizza, Contradí, Mostacci, Mondini & Cirignotta, 2004).

Con una prueba de manejo, se encontró que después de una noche de trabajo hubo un incremento (de 2.4 a 7.6 veces) del número de errores al conducir, de la SE subjetiva y del tiempo que mantenían cerrados los ojos los sujetos; además de una disminución de la latencia al primer accidente.

Existe un riesgo importante de sufrir accidentes relacionados con SE en la carretera, en investigaciones previas, encontraron que en una población de 4000 sujetos, 3.6% presentaron datos relacionados con SE: sobrepeso, ronquido, datos de

apneas, fatiga matutina e hipertensión; estos sujetos también reportaron 10 veces más accidentes vehiculares respecto a los controles (Masa, Rubio & Findley, 2000).

Los conductores que manejan grandes distancias tienen importantes deudas de sueño y por consecuencia disminución de la latencia al dormir, con un incremento en el riesgo de accidentes con signos electro-fisiológicos de somnolencia (Philip, Taillard, Guilleminault, Quera, Bioulac & Ohayon, 1997).

En investigaciones relacionadas a lo mencionado, se estudió el dormir de forma diurna y nocturna de conductores profesionales de autobús; relacionado con la duración y eficiencia del sueño diurno los resultados fueron que de manera diurna tanto la duración de sueño como la eficiencia son menores con respecto al sueño y la eficiencia nocturna; también se encontró que el 38% de la muestra tuvo más de 5 apneas por hora de sueño, 50% roncaron y 38% tuvieron movimientos periódicos de las extremidades (Santos, De Mello, Pradella, Luchesi, Nogueira & Tufik, 2004).

En investigaciones previas, se estudió la calidad del sueño de conductores de camiones y encontraron que 75% tenía cansancio crónico (conducían en promedio 93 horas por semana), 50% tuvo sueño insuficiente (5.4 horas +/- d.e. 2.3 por día), 62% reconoció haber tenido cabeceos mientras manejaba y 80% manifestó tener frecuentes despertares por exceso de ruido ya que duermen en el camarote del camión.

En otra investigación, se encontró que la edad influye en la tolerancia a la fatiga por conducir; los sujetos jóvenes tuvieron un tiempo aceptable de reacción después de viajes cortos (2-4 horas) en comparación con los adultos mayores; pero también tuvieron una disminución muy importante del tiempo de reacción después de 8 horas de manejo sin descanso; donde se mostró mayor vulnerabilidad a la fatiga (Philip *et al*; 1997).

COMORBILIDAD Y TRASTORNOS DE SUEÑO POR HORARIO DE TRABAJO.

En otro sentido, la presencia de alteraciones de sueño también es un factor de riesgo de accidentes laborales y baja productividad; por ejemplo los síntomas de cansancio y somnolencia provocados por los trastornos respiratorios del sueño, la somnolencia que acompaña a la narcolepsia o los problemas de funciones mentales superiores son consecuencia del insomnio (Masa, Rubio & Findley, 2000).

Por diferentes mecanismos, todos los trastornos del dormir provocan disminución del sueño, incremento de los despertares y deficiencias en el funcionamiento durante la vigilia.

Debido a lo anterior es necesario apoyar los tratamientos farmacológicos tradicionales con alternativas terapéuticas eficaces de corta duración para trastornos del sueño como en el caso del insomnio, con el fin de reducir probables dependencias a medicamentos y costos económicos de los pacientes (Czeisler *et al*; 2005).

A continuación se muestra una relación de los factores entre la somnolencia y los accidentes automovilísticos. Véase tabla 2.

Tabla 2. Factores implicados en la relación entre la somnolencia y los accidentes automovilísticos.

Conductor	Características del accidente	Otros
Experiencia manejando.	Condiciones mecánicas de los autos involucrados.	Clima.
Estado de salud en general.	Tipo de vehículo que provocó el accidente (particular, pesado, carga, servicio).	Condiciones del camino.
Edad del conductor.	Número de vehículos implicados en el accidente.	Visibilidad.
Datos antropométricos.	Choque de frente	Accidente en ciudad / carretera.
Tiempo de sueño de la noche previa (factor homeostático).	Pérdida de control (se salió del camino).	Horario del accidente (factor circadiano).
Hábitos de vigilia y sueño del conductor.	Choque por alcance.	
Uso de sustancias (estimulantes, alcohol, otras drogas).	Número de ocupantes del automóvil accidentado.	
Medidas para mantenerse despierto (radio, aire acondicionado, chicles, etc).	Velocidad del vehículo responsable.	
Ocupación del conductor.	Velocidad del tráfico	
SD		
Experiencia en el camino del accidente.		
Tiempo de manejo sin descansar.		

Fuente: Zucconi, (2001) Distribution of road accidents in policemen on shift-work on Italian highways: the contributing role of sleepiness. *Sleep Medicine*, 2 (6) 561-563.

La capacidad para mantener el nivel de alerta es uno de los factores psicológicos de mayor relevancia en muchas tareas en las que cualquier sujeto puede verse implicado cotidianamente, este nivel de alerta se ve seriamente amenazado tanto por la somnolencia como por la fatiga. Diversas investigaciones han señalado que el trabajo nocturno tiene importantes efectos perjudiciales en términos de ausencia de salud, una deficiente calidad de vida y deterioro social.

Se ha reportado que la mayoría de los trabajadores considera que las características de su actividad laboral nocturna no sólo alteran el sueño, sino que además crean dificultades en su vida familiar, restringen su vida social, reducen sus actividades de esparcimiento y afectan adversamente su salud. Las alteraciones del sueño son uno de los principales problemas de este tipo de trabajadores. La tasa de problemas de sueño varía entre el 5%, en los trabajadores con turno de día y hasta el 90% en los que tienen turno de noche (Härmä *et al*; 1998).

En México, la comunidad de especialistas en trastornos del sueño debe trabajar en conjunto con los empresarios y las autoridades laborales para proponer la normatividad encaminada a disminuir la SE y incrementar la calidad del sueño en los trabajadores. Con el fin de mejorar las condiciones de seguridad laboral para los empleados con RT como los obreros, choferes, personal de salud y seguridad ya que con ello se tendrían beneficios para la seguridad y la salud del trabajador.

Por lo anterior resulta importante aplicar los conocimientos acerca de los ritmos circadianos para diseñar los horarios de trabajo; por ejemplo en los hospitales con el fin de buscar una mejoría en la salud, así como la protección del personal y de los usuarios.

MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE ACCIDENTES POR SOMNOLENCIA DIURNA.

Se han llevado a cabo investigaciones para determinar las diferencias individuales para adaptarse a la RT (tipología circadiana particular) con el objetivo de determinar si existen sujetos que podrían adaptarse con mayor facilidad al horario nocturno de trabajo.

La privación de sueño durante el turno de trabajo y la disminución del tiempo de sueño diurno incrementan la SE y esto podría explicar la gran incidencia de los accidentes que ocurren por la noche, debido a lo anterior, se propone que los trabajadores de turno nocturno tomen una siesta de una hora dentro de su horario de trabajo. En este sentido se ha mencionado que los descansos regulares son una manera efectiva de controlar la acumulación del riesgo de accidentes durante la rotación de turnos en la industria.

La implementación de medidas de higiene del sueño puede ser efectiva para disminuir accidentes laborales, por ejemplo en un grupo de trabajadores como lo son las enfermeras. El ajuste de los horarios de trabajo, de la duración del turno de trabajo y de los descansos, junto con acciones encaminadas a incrementar el periodo principal de sueño podrían disminuir la SE severa en los trabajadores transportistas, por mencionar un sector de la población trabajadora.

Las medidas que elijen los conductores para disminuir o reducir la somnolencia (utilizar el aire acondicionado o escuchar el radio) son efectivas durante corto tiempo; pero definitivamente lo más objetivo es detenerse durante 30 minutos para tomar una taza de café y dormir una siesta de hasta 20 minutos.

APOORTE-INTERVENCIÓN

Una de las aportaciones importantes para el manejo del trastorno de sueño por RT es la educación, en el sentido de optimizar los tiempos y espacios de descanso, la adecuada higiene de sueño (hábitos), prácticas de salud general y educación relacionada a los daños y riesgos de la crono-disrupción (horarios de vulnerabilidad para accidentes, somnolencia, etc.) son considerados medidas importantes para la prevención de accidentes por rotación de turno.

Otro de los factores importantes que debe considerarse para aumentar los niveles de alerta consiste en la programación de siestas antes del turno y/o a mitad del mismo, el uso de fármacos estimulantes con la debida precaución de que su uso no interfiera con el descanso post-turno. Ambas intervenciones cuentan con excelente nivel de evidencia que las respaldan. Por otra parte, el uso de hipnóticos ha demostrado facilitar el sueño diurno, pero no mejorar el estado de alerta nocturna.

Con la finalidad de desarrollar programas preventivos en la práctica cotidiana los especialistas de la salud describen una propuesta de hábitos de sueño generales, para mejorar la calidad del dormir, el estilo de vida y el desempeño diurno, estas sugerencias resultan eficaces y fáciles de realizar antes de dormir.

De manera general para tener una adecuada higiene de sueño, se le pide al paciente relajarse antes de irse a dormir, se restringe el ejercicio, la ingesta de alimentos y de café así como ver la televisión o estar frente a la computadora, para evitar la activación por estimulación luminosa horas previas al irse a la cama.

Es importante que se asocie al sueño y a la hora de dormir con un estado de relajación placentero. De ahí que se debe evitar el estrés antes de ir a la cama.

Otra recomendación señala que, si en los primeros veinte minutos la persona no ha logrado conciliar el sueño, se levante de la cama (para evitar el condicionamiento de estar despierto en su dormitorio o en la cama por las noches) y cuando se vuelva a sentir somnoliento regrese a intentar dormir.

Por lo anterior, es importante que en los programas de salud en los ambientes laborales se implementen acciones que promuevan la buena calidad del sueño; principalmente en aquellos que por el tipo de actividad laboral que desempeñan en sus puestos de trabajo tienen alteraciones de ritmo circadiano.

Es importante no olvidar que el insomnio, es el trastorno del sueño más frecuente que se ha reconocido y tratado con medicamentos y sustancias hipnóticas durante largo tiempo, y en las últimas décadas del siglo pasado, se conocen de forma más optima sus características y la incorporación de tratamientos no farmacológicos para controlarlo, entre los cuales están la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), que incluye el control de estímulos, de restricción del sueño, imaginación guiada, control de la respiración, entre otras.

Actualmente, existen métodos para determinar la presencia y severidad de la SE, opciones especializadas como la Prueba de Latencias Múltiples de Sueño (PLMS) y alternativas prácticas y sencillas como los cuestionarios. El estudio de la SE por los métodos antes mencionados ha permitido recabar información útil con fines de diagnóstico y de tratamiento; para posteriormente prevenir accidentes.

Se debe destacar que la somnolencia ha dejado de ser un fenómeno paralelo con el desinterés, la irresponsabilidad y la "pesadez" para formar un conjunto de signos y síntomas que integran diferentes criterios diagnóstico detallados en la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño.

Sin embargo, aún se tienen que hacer esfuerzos importantes para educar a la comunidad de los servicios de salud con el fin de poder identificar un paciente con problemas de SE y referirlo a clínicas de sueño especializadas para un manejo multidisciplinario con profesionales de la salud en trastornos del dormir recibir atención.

El cuidado oportuno del paciente con SE permitirá implementar un tratamiento adecuado con el fin de trabajar para disminuir las consecuencias de la SE: el descenso del rendimiento escolar y de la productividad en el trabajo, junto con el incremento de la demanda de los servicios de salud, del riesgo de accidentes en la escuela, empleo, en la vía pública o al conducir un automóvil.

La privación de sueño, la alteración del ritmo circadiano y los trastornos del dormir (como el síndrome de movimientos periódicos de las extremidades y de apnea del sueño) actúan sinérgicamente provocando SE y disminución de la salud del individuo. De manera que las clínicas de sueño deben participar en la certificación de los empleados que ocupen puestos de "alto riesgo de accidentes".

Por todo lo anterior, es claro que la SE es un factor de riesgo muy importante para la salud y el bienestar de los seres humanos; pero también, es un síntoma que puede ser fácil y confiablemente detectado ya que sus causas pueden ser corregidas en un porcentaje alto. Poner atención en la presencia de SE, en su origen y tratamiento, así como en el desarrollo de programas preventivos, debe ser una práctica cotidiana para los especialistas de la salud.

A manera de conclusión es importante incluir en los programas de esquemas laborales la prevención y control de los trastornos de sueño del ritmo circadiano provocado por los horarios de trabajo, que el personal del área de la salud en el trabajo este entrenado y participe en el diagnóstico de los trastornos de sueño. Cuidando dos aspectos importantes: la mejora de la calidad de vida del trabajador por medio de un descanso o sueño reparador.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, R. Guadarrama, P. & Valderrama, K. (2009). Ritmos circadianos en el hombre y sus mecanismos de regulación. En: Valencia M, Salín R. Pérez R (Eds) *Trastornos del Dormir, Diagnóstico y Tratamiento*. (pp. 123-152). México: McGraw-Hill.
- Akerstedt, T & Gillberg, M. (1981). The circadian variation of experimentally displaced. *Journal of Sleep* 4 (2), 159-69.
- Akerstedt, T. (1998). Shift work and disturbed sleep/ wakefulness. *Sleep Medicine*, 2, (2), 117-128.
- Akerstedt, T. Kecklund, G. & Hörte L. (2001). Night driving, season and the risk of highway accidents. *Journal of Sleep* 24 (4), 401-406.
- Aldabal L & Bahammam A. (2011) Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The Open Respiratory Journal Medicine*, 5, 31-43.
- American Academy of Sleep Medicine, eds. (2014) International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed.: Diagnostic and Coding Manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine. 215-219.

- Balkin T, Rupp T, Picchioni & Wesensten N. (2008). Sleep loss and sleepiness: Current Issues. *Journal Chest*, 134 (8), 653-660.
- Bonnefond, A. Muzet, A. Winter-Dill, A, Bailloueil, C. Bitouze. F. Bonneau A. (2001) Innovative working schedule: introducing one short nap during the night shift. *Ergonomics*; 44 (10), 937-945.
- Czeisler C., Walsh J., Roth, T. Hughes D., Wrigth K., Kingsbury L., Sanjay A., Schwartz J., Niebler G. & Dinges D. (2009). Modafinil for excessive sleepiness associated with shift-work sleep disorder. *The New England Journal of Medicine*, 353 (5), 476-486.
- Dinges D., Pack, Williams F., K.Gillen K., Powell J. & Geoffrey E. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 20 (4), 267-277.
- Drake C., Roehrs T., Richardson G., Walsh J. & Roth T. (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Journal of Sleep*, 27 (8), 1453–1462.
- Folkard S. (2008). Do permanent night workers show circadian adjustment? A review based on the endogenous melatonin rhythm. *Chronobiol Int*; 25 (2), 215- 224.
- Gold S., Rogacz N., Bock T., Tosteson T., Baum F., Speizer E., Czeisler C. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public health*; 82 (7), 1011-1014.
- Tenkanen L., Härmä M., Sjöblom T., Alikosku T. & Heinsalmi P. (1998). Combined effect of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scandinavian Journal Work and Environ Health*, 24 (5), 351-357.
- Horne J. & Reyner, L. (2000). Driver sleepiness and sleep disorders, whit particular reference to Parkinson disease. *European Journal of Neurology*, 7 (4), 15-20.
- Kerkhof, G. (1985). Inter-individual differences in the human circadian system: a review. *Biological Psychology*, 20 (83), 112 40.
- Knauth, P. (1993). The design of shift systems. *Ergonomics*, 36 (1-3), 15.
- Khaleque, A. (1999). Sleep deficiency and quality of life of shift workers. *Social Journal Indicators Research*, 46 (2), 181-189.
- Knutson K., Spiegel K., Penev P. & Van C. (2007). The Metabolic Consequences of Sleep Deprivation. *Sleep Medicine Reviews*; 11(3), 163-178.
- Knutson K., & Van E. (2008). Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1129, 287-304.
- Masa J., Rubio M. & Findley L. (2000). Habitually sleepy drivers have a high frequency of automobile crashes associated with respiratory disorders during sleep. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 162 (4)1407–1412.
- Natale V., Martoni M. & Cicogna P. (2003). Effects of circadian typology on sleep-wake behavior of air traffic controllers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 57 (5), 539-541.
- Pack A., Pack AM., Rodgman E., Cucchiara A., Dinges D. & Schwab C. (1995). Characteristics of crashes attributed to the driver having fallen asleep. *Accident Analysis and Prevention*, 27 (6), 769-775.

- Philip P., Taillard J., Quera-Salva M., Bioulac B. & Akerstedt T. (1999). Simple reaction time, duration of driving and sleep deprivation in young versus old automobile drivers. *Journal of Sleep Research*, 8 (1), 9-14.
- Pizza F., Contradí S., Mostacci B., Mondini S. & Cirignotta, F. (2004). A driving simulation task: Correlations with Multiple Sleep Latency Test. *Brain Research Bulletin* 63 (5) 423-426.
- Pruchnicki S., Wu L. & Belenky G. (2011). An exploration of the utility of mathematical modeling predicting fatigue from sleep/wake history and circadian phase applied in accident analysis and prevention: the crash of Comair Flight 5191. *Accident Analysis & Prevention*, 43(3), 1056-1061.
- Sack R., Auckley D., Auger R., Carskadon M., Wright K., Vitiello M. & Zhdanova I. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. *An American Academy of Sleep Medicine review*, 30(11), 1460-1483.
- Serra L. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales. *Revista Médica Clínica La Condes*; 24 (3), 443-451
- Santos E., Tulio De- Mello M., Pradella-Hallinan M., Luchesi L., Nogueira-Pires M. & Tufik S. (2004). Sleep and Sleepiness among Brazilian Shift-Working Bus Drivers. *Chronobiology International: The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*, 21 (6), 881-888.
- Vorona R., Winn M., Babineau T., Eng B., Feldman M. & Ware C. (2005). Overweight and Obese Patients in a Primary Care Population Report Less Sleep Than Patients With a Normal Body Mass Index. *JAMA Internal Medicine*, 165(1), 25-30.
- Wright K., Bogan R. & Wyatt J. (2013). Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). *Sleep Medicine Reviews*; 17(1), 41-54.
- Zucconi M. (2001). Distribution of road accidents in policemen on shift-work on Italian highways: the contributing role of sleepiness. *Sleep Medicine*, 2 (6), 561–563.

4.6 Construcción social del estrés. Una propuesta integradora

JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ

Profesora-Investigadora, Posgrado en Antropología Física ENAH
josefinaram@prodigy.net.mx

RESUMEN

A partir de una amplia revisión sobre los estudios y modelos de estrés, se observó que existen, en términos generales, dos grandes aproximaciones. Aquellas cuya definición tiende a argumentar que el estrés es una respuesta neurohormonal, analizada a partir de instrumentos de medición. Y otras, cuya preocupación nodal está orientada no tanto en la medición sino en la interpretación y explicación de cómo éste ocurre. En esta participación se expondrán ambas aproximaciones para dilucidar sus elementos problemáticos y los factores explicativos que nos conducen a la necesidad de pensar el estrés desde la construcción social. El propósito es destacar dicha propuesta, pero también llamar la atención en la necesaria convergencia de las aproximaciones, en tanto se advierten más complementarias que contradictorias. Se subraya que la tendencia analítica de los hechos sociales, como el estrés, debe ser multi-epistémica, multi-teórica, y multi-metodológica, dado que sólo así podemos aproximarnos a explicar la realidad heterogéneamente compleja.

Palabras clave: definición del estrés; paradigma cuantitativo; paradigma cualitativo; construcción social del estrés.

INTRODUCCIÓN

Se revisó la literatura sobre estrés durante las 4 últimas décadas, en el ámbito nacional e internacional y desde la biomedicina, epidemiología, psicología, sociología y antropología (Ramírez, 2010a; 2010b) a fin de ilustrar los principales enfoques aplicados, los elementos problemáticos para su estudio y sus factores explicativos. Dicha revisión mostró dos grandes aproximaciones para su estudio distinguidas por el paradigma cuantitativo y el cualitativo que coinciden afrontando problemáticas conceptuales, metodológicas y epistemológicas, pero se distancian precisamente en sus definiciones y rutas paradigmáticas, desprendiéndose de ello la configuración del estrés como objeto de estudio antropológico. El interés en esta indagación estriba en que por lo menos en nuestro país una revisión así es poco común, de ahí su importancia, llamando la atención además en la necesaria convergencia de las aproximaciones, en tanto se advierten más complementarias que contradictorias. Por ello se subraya que la tendencia analítica de los hechos sociales, como el estrés, debe ser multi-epistémica, multi-teórica, y multi-metodológica, dado que sólo así podemos aproximarnos a explicar la realidad heterogéneamente compleja.

OBJETIVO

El objetivo es mostrar las formas de estudiar el estrés a partir de sus usos conceptuales y abordajes metodológicos evidenciando dos grandes enfoques. Desde esta revisión se deriva una perspectiva antropológica sobre estrés, que pone el acento en la necesaria relación actor/contexto y que, de la básica revisión teórica ha pasado a la ineludible reflexión epistemológica sobre el saber y práctica de todo lo concerniente al estrés, para proyectarse a vislumbrar los principales escollos en el desarrollo de su investigación y pugnar por un acercamiento complementario que pueda dar cuenta del estrés en términos cuantitativos y cualitativos.

METODOLOGÍA

La revisión sobre estrés fue dirigida por la siguiente pregunta ¿Cómo se ha construido el saber sobre el estrés en términos conceptuales y metodológicos? La búsqueda se hizo cruzando diferentes fronteras disciplinares (biomedicina, epidemiología, psicología, sociología y antropología). En un primer momento se buscaron respuestas en la literatura nacional y enseguida en la internacional privilegiando la producción anglosajona. Esta clasificación permitió ver que en el ámbito nacional no existe una tendencia hacia la teorización ni a la crítica conceptual y metodológica, no obstante hay un interés más firme en la validación de modelos analíticos de otros países para ser aplicados en el nuestro. En razón de ello la revisión de la literatura a la que haremos alusión es mayoritariamente la internacional que muestra claramente su interés en la discusión conceptual, metodológica y epistémica.

LO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS

La voluminosa bibliografía sobre estrés que se ha generado de manera exponencial en países anglosajones y que en países como el nuestro, casi podríamos decir que prospera sin precedentes a partir del presente milenio, tiene como elemento singular de su configuración el hecho de que al mismo tiempo que los esfuerzos académicos se dirigieron a esclarecer el asunto en términos teóricos, conceptuales y metodológicos, el concepto se fue popularizando irrumpiendo en la escena cotidiana con tal fuerza que se ha venido vaciando de contenido, o se ha resignificado, utilizándose para designar múltiples estados de malestar. He ahí su importancia.

Para países como México, este creciente interés y consecuente popularización se inicia hace aproximadamente dos décadas, mientras que en los países anglosajones esta misma advertencia se puede ubicar hacia la década de los 1960. El estudio del estrés desde su configuración teórica-conceptual y su consecuente popularización requiere de análisis acucioso desde diversos órdenes (como fenómeno biológico, psicológico, social, cultural e ideológico).

La historia del estrés es larga, e incluso es posible decir que su primera explicación está en concebirse como resultado de la guerra moderna que sembró el terror

y la desmoralización, no sólo en la población militar, sino también en la población civil ¹.

Décadas de investigación permitieron ver que el estrés no sólo era un problema de tiempos de guerra sino también de tiempos de paz, de esta manera se reconoce que éste se genera tanto por las catástrofes más graves, como la guerra, como por las pequeñas y grandes dificultades diarias que son reflejo de la interacción humana que se da en la vida cotidiana². De ahí que uno de los problemas que se advierten de inicio en la definición de estrés está referido a lo que los investigadores definen como estrés a partir de los elementos que lo conforman.

Pero volvamos un poco al origen. En los años 40 el concepto de estrés hizo su aparición cuando Selye incorporó nociones de la ingeniería y de la física a la biología contemporánea para explicar la manera en que los cuerpos responden a partir de ciertos estímulos medioambientales (Selye, 1976).

La teoría moderna sobre estrés formulada por Selye pone el acento de manera importante en el aspecto fisiológico. Las principales coordenadas describen el modo en que responde el organismo cuando debe movilizarse para manejar los peligros y amenazas a su integridad. Así se describió un conjunto de reacciones neuroquímicas orquestadas como defensas corporales -denominada síndrome de adaptación general (SAG)- encargado de defender al organismo de las condiciones nocivas o estresores físicos o externos. En este sentido se entiende que la primera definición pone atención a las demandas externas que agotan al organismo. Sin embargo en el desarrollo de esta teoría Selye subraya que el iniciador del SAG puede ser tanto las demandas externas, como las internas, con lo cual se estaba dando también un espacio de importancia a la idea de que lo que pasa por la mente de las personas pueda dañar su organismo³.

- 1 Esta consideración nos previene de no perder de vista que la concepción del estrés, explicado a partir de un modelo neurohormonal desarrollado por Selye en 1936, tiene una estrecha relación con los esfuerzos de la farmacología para dotar, durante la posguerra, de medicamentos que lo atendieran. Berman (1990) señala que se puede establecer un paralelo entre la aparición del concepto, su creciente aceptación acrítica y su difundida vigencia actual, con la expansión y desarrollo del potencial tecnológico de la industria farmacéutica en general y el consumo de psicofármacos en particular.
- 2 En este orden es que ha sido necesario advertir, más allá de la definición de estrés, los diferentes eventos, factores, circunstancias que lo provocan, y para ello un primer ordenamiento parte de concebir eventos estresantes agudos y crónicos. Volveré más adelante con ello.
- 3 Esta es una noción que permite elaborar propuestas como la de la mediación cognitiva desde la psicología (Lazarus, 1999) o la de la importancia del significado del estrés, desde la perspectiva de la interpretación (Véase Ramírez, 2010a) desde la cual se puede subrayar la idea de que los sujetos no sólo reaccionan fisiológicamente ante condiciones nocivas sino que también elaboran nociones, creencias, representaciones, explicaciones, metáforas sobre dichas condiciones, pero en general de su vida, de sus relaciones, de sus situaciones que pueden ser pensadas como nocivas aunque no lo sean. Volveremos más adelante.

En razón a ello la primera definición de estrés que contiene las bases de la teoría de Selye describe al SAG como “la respuesta del organismo ante eventos o demandas ambientales, internas, o ambas, que agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo” (Monet y Lazarus, 1977)⁴. Además para su comprensión se establecieron tres estadios. El primero es el de la *reacción de alarma*, reconocido como una respuesta de defensa del organismo. El segundo es el de *resistencia*, si el estrés persiste con lo cual el cuerpo sigue movilizándose para defenderse dando una respuesta hormonal (adrenocorticoides). El tercer estadio es el del *agotamiento*, en donde si el estrés fue suficientemente grave, o continuo, durante suficiente tiempo, los recursos orgánicos empiezan a no responder, se genera merma de éstos con el potencial coste fisiológico de la defensa y puede devenir la enfermedad y la muerte⁵.

Pero ¿cómo se lleva a la práctica dicha definición? La revisión que hemos realizado sobre estrés desde los campos disciplinares de la biomedicina, psicología, sociología y antropología, (Ramírez, 2008a, 2008b, 2010a) pone de manifiesto que éste se ha analizado mayoritariamente en el nivel fisiológico, (estableciendo una indagación sobre las reacciones que están asociadas a éste con pruebas de laboratorio) y en el psicológico aplicando *test* buscando medir el estrés a partir de una serie de indicadores y de inferencias estadísticas, y relacionándolo también con enfermedad, es decir poniendo atención en el resultado.

En este sentido el síndrome de adaptación al que dieron lugar las ideas de Selye, fue interpretado posteriormente por gran cantidad de investigadores como una relación lineal de estrés y enfermedad. Incluso el mismo Selye (1979) en una de sus prominentes obras hacía hincapié en que la secuencia estrés/enfermedad es muy compleja y se ha entendido de manera imperfecta, no obstante entre 1980 y 1990 la relación estrés y enfermedad es quizá una línea de investigación más atendida⁶.

En términos generales los estudios de psicología, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, al hablar de estrés apuntan que éste es visto como *estímulo* o estresor (*input* externo) y como *respuesta* o reacción (*output*). Ahí inicia

4 Citado en Lemus y Linares (1988)

5 Para ejemplificar cómo estas nociones científicas de estrés se popularizan habrá que revisar varias propuestas críticas sobre su conceptualización. Por ejemplo Pollock (1988) argumenta, a partir de un estudio realizado en Inglaterra, que la percepción general que tienen las personas de que el estrés es parte integral de su vida diaria, no se debe tanto a cualquier cambio estructural que ha tenido lugar en la sociedad, sino al éxito espectacular, durante las últimas décadas, de la firme difusión y popularización de las diferentes teorías que sobre estrés han promovido numerosos científicos sociales y conductuales. Desde nuestra perspectiva esta afirmación se constata con el estudio que realizamos sobre el estrés de operadoras telefónicas en el cual advertimos dicha popularización, que es ejemplificada por la definición de Nora, una de las participantes quien apelando a un conocimiento sintetizado entre sus nociones de sentido común y las nociones profesionales terminaba diciendo: “El estrés es algo que al principio te ayuda, pero después te hace mierda...” (Ramírez, 2010a:348)

6 Un gran compendio de literatura está disponible en <http://www.workhealth.org>.

su ambigüedad, por ello la pregunta obligada es ¿cuándo consideramos que es estímulo y cuándo es respuesta?

Pregunta que difícilmente ha sido respondida y que en todo caso lo que sí se advierte es que la mayoría de los estudios sobre estrés se han enfocado más a la respuesta o reacción, es decir a la enfermedad que produce. Y cuando se ha tratado como estímulo, la tarea de los investigadores ha sido dedicada a enlistar un conjunto de posible estresores (crónicos o agudos) dependiendo de los eventos estresantes que se encuentren en juego⁷.

MIRADAS CRÍTICAS SOBRE EL CONCEPTO DE ESTRÉS

Miradas críticas sobre el concepto emergieron en los años 80 del siglo pasado, desde diversas disciplinas y aproximaciones, manifestando que en su estudio existe primeramente un dilema conceptual, toda vez que no hay acuerdo en su definición, (Young, 1980; Pollock, 1988; Jacobson, 1987; Vingerhoets y Marcelissen 1988; Berman, 1990; Aneshensel, 1992; Dressler, 1996; Van Derdoef y Maes, 1999) debido a que ésta es imprecisa y contribuye a generar modelos analíticos que lo colocan en el mundo natural y con una carga pesadamente psicologizada, alejándose con ello de la importante tarea de explicar tanto la difusión de su existencia, como la función social que ha venido cumpliendo⁸.

Hay que subrayar que la importancia del estrés desde los 1960, estriba en que se convirtió en un símbolo abreviado, utilizado para explicar la mayoría de los males del mundo contemporáneo y nombrado para explicar condiciones tan diversas como morderse las uñas, tener tics, fumar, comer, beber, e incluso cometer homicidio, tener cáncer y/o sufrir de infarto. Antropológicamente se podría explicar la función del estrés, al mencionar que éste sirve para dar sentido a los diversos malestares de la sociedad moderna, de la misma manera que el “mal de ojo” y los espíritus malignos mantienen la función de explicar, en otras sociedades, las

7 El estrés crónico refiere a condiciones vitales perjudiciales o amenazadoras, pero estables y de roles estresantes que desempeñan las personas continuamente en su trabajo y en la familia. El estrés agudo, por el contrario, suele estar provocado por acontecimientos mayores o menores pero en un momento dado y de tiempo limitado que son perjudiciales pero sólo en un período relativamente breve. Sin embargo se reconoce que los sucesos estresantes, especialmente los que son graves, a menudo crean nuevas fuentes de estrés crónico o diario, dificultando así la distinción entre lo crónico y lo agudo.

8 Young (1980) discutiendo la manera en que se construye el discurso sobre estrés, apunta que entre los investigadores no hay acuerdo sobre su definición o sobre sus propiedades esenciales, y subraya que es una noción imprecisa e ideologizada, que a la vez ha sido manipulada desde una visión psicologista, que no ha podido esclarecer la función que ha cumplido su empleo. En una veta similar Pollock (1988) argumenta, a partir de un estudio realizado en Inglaterra, que la percepción general que tienen las personas de que el estrés es parte integral de su vida diaria, no se debe tanto a cualquier cambio estructural que ha tenido lugar en la sociedad, sino al éxito espectacular, durante las últimas décadas, de la firme difusión y popularización de las diferentes teorías que sobre estrés han promovido numerosos científicos sociales y conductuales. Volveremos con ello más adelante.

diversas desgracias y dolencias también pensadas como resultado del desequilibrio del mundo social y simbólico⁹.

La gran mayoría de los estudiosos sobre estrés, como ya lo apuntamos, han advertido el uso incoherente y acrítico que se hace de éste¹⁰. Un ejemplo lo encontramos en el dicho popular mencionado por Vingerhoets y Marcelissen (1988:279): "*Además de ser lo que es, y el resultado de sí mismo, también es la causa de sí mismo*"¹¹. Esta expresión pone de manifiesto la confusión que puede advertirse al ser considerado "resultado de y causa de".

Algunas definiciones que pueden derivarse de esa idea es aquella que popularmente se menciona como "el estrés es algo que estresa", de ahí que como han señalado Young y Pollock es preferible dejar de usar tal noción, en razón de su ineficacia. Otros autores más bien se han dado a la tarea de explicar los elementos que lo componen.

Con relación a la idea de estrés agudo o crónico también se han subrayado algunas críticas toda vez que de acuerdo con algunos autores (Gotlieb, 1997) los estudios sobre estrés agudo han merecido un análisis abundante, mientras han sido muy poco tocadas las problemáticas de la vida cotidiana que se convierten en circunstancias de demandas continuas tales como la violencia o el crimen en el vecindario, la discapacidad y enfermedad crónica al interior de la familia. En este sentido es que se hace un llamado a considerar la importancia tanto de los eventos estresantes agudos concebidos como sucesos vitales (muerte de algún familiar, divorcio, pérdida de empleo, etc., la lista es larga), hasta los que se van configurando como cotidianos y permanentes, de ahí que sean eventos estresantes crónicos, pues a decir de Lazarus (1999:46) "*el estrés se produce en cualquier lugar donde las personas trabajan en equipo o tienen relaciones estrechas como, por ejemplo, con compañeros de trabajo, miembros de familia, amantes, amigos, estudiantes y profesores*". Aunque hoy esta idea se acepta sin restricción, es claro que décadas atrás había una serie de limitaciones impuestas por la noción de estrés y de los propios modelos implementados por los investigadores. Por ejemplo se decía que sólo

9 Desde esta orientación, más adelante se planteará la definición que hemos elaborado para aplicarla a la investigación empírica.

10 Queremos hacer notar que una búsqueda reciente de bibliografía muestra que la discusión conceptual del estrés no se vuelve a tocar entrado el presente milenio. O por lo menos no en el sentido de la crítica hacia su uso y su función como si se advierte dos décadas atrás. Posiblemente ello se deba a que se prefiere discutir los diversos modelos analíticos propuestos, en lo que se advierte un juego de variables distinto, de acuerdo a cada modelo. O bien probablemente se deba a las nuevas conceptualizaciones que dan cuenta del malestar psicoemocional, tales como *burnout, mobbing, bossing y bullying* o las referidas a la violencia laboral que ya hemos apuntado anteriormente.

11 "*In addition to being itself, and the result of itself, is also the cause of itself*". Esta noción popular que muestra claramente la falta de precisión elaborada en lo teórico y transmitida en el medio anglosajón es cercana, a lo que yo he encontrado referido por las operadoras quienes con frecuencia mencionaron "*el estrés es, estar muy estresado*".

cierto tipo de trabajadores varones¹², podrían estar expuestos al estrés, mientras ni siquiera era imaginado esto para las mujeres. Es obvio que esta consideración parte de una perspectiva tradicional de la división del trabajo, que en buena medida se reflejaba en las conceptualizaciones que los investigadores realizaban, no sólo del estrés, sino también del trabajo, concebidos por estereotipos fincados desde el género. De esta manera se advierte que, considerando el trabajo masculino como peligroso y desgastante y el femenino carente de tales características, la investigación se vició, dejando de lado elementos potencialmente riesgosos y malignos del trabajo que realizan desde hace décadas las mujeres, una vez que se han incorporado masivamente al mundo laboral.

En el ámbito internacional, entre 1960 y 1980, la producción de estudios sobre estrés laboral, o bien excluye a las mujeres o no analiza las diferencias por sexo (Ramírez, 2001). Por lo menos eso indicaría el dato que muestra que los estudios sobre estrés son definitivamente escasos en grupos de trabajadoras. Pero además es posible advertir que ciertos resultados de investigación se producen de manera estereotipada, pues cuando se trata de varones, los contenidos de los estresores se ubican en el trabajo, mientras para las mujeres se encuentran en la familia (Haw, 1983)¹³.

En la década de los 1990 emergieron una serie de reflexiones sobre el estrés, su diagnóstico y los modelos analíticos utilizados para su estudio, en los que se puso de manifiesto una serie de elementos antes no tomados en cuenta. Consideramos que uno de ellos es la vulnerabilidad por género que abrió una veta enorme de posibilidades de nuevas teorizaciones, dando pie a que se reflexionara críticamente sobre la tendencia hacia las generalizaciones. Los estudios de género aplicados al mundo laboral, ya sea por sociólogos, antropólogos o psicólogos, fueron los que, a nuestro entender, han brindado pautas muy ilustrativas para comprender que no es posible establecer generalizaciones, tanto para las indagaciones como para los hallazgos. En consecuencia se advierte que el mundo laboral está conformado de manera heterogénea y compleja, en donde se expresan relaciones desiguales de poder, de clase, de género y de generación, que no se pueden desdibujar y que en definitiva son los elementos que se vislumbran para enunciar las propias limitantes

12 Hace tres décadas, la investigación sobre estrés y trabajo puso atención en ciertos puestos laborales, donde se relacionó el grado de compromiso y exigencias de ciertos puestos de alta jerarquía laboral, con la conducta de los trabajadores, tipificada como conducta Tipo A, caracterizada por una personalidad obsesiva, competitiva con alto grado de autoexigencia y sentido de responsabilidad asociada, de acuerdo con los estudios de Glass (1977), a una conducta estresante y en consecuencia a una incidencia mayor de enfermedad coronaria.

13 Para una interesante y aportadora reflexión sobre el trabajo femenino y sus problemas de salud, particularmente el estrés, véase Messing (1995) y Lippel, (1995). Ambas autoras se preocupan por aportar discusiones en el orden teórico, conceptual y sobre todo político, para incidir en los tomadores de decisiones sobre cómo atender las compensaciones por invalidez por estrés. Al respecto Lippell destaca de manera nodal que existe diferencia entre hombres y mujeres, al determinarse la invalidez, cuestión en la que influye sobre manera las ideas estereotipadas por género.

de las metodologías tradicionalmente aplicadas para el estudio del estrés, basadas en cuestionarios con ideas preconcebidas por los investigadores, que terminan por convertir a los sujetos en datos generalizables, que expresan una realidad comprimida, homogeneizada, que en la mayoría de los casos puede no referir su propia realidad.

Las diferencias sobre la expresión de estrés entre hombre y mujeres, y la importancia del trabajo y la familia como contextos concebidos como espacios potencialmente estresantes evidenció la necesidad de realizar nuevas interrogantes que condujeron necesariamente a dar un espacio de consideración a lo que los sujetos conciben como estresores y sobre la manera en que actúan sobre ellos. Es decir al proceso de significación, con lo cual se puso atención a las causas, los procesos y la producción significativa de los eventos vitales.

Los investigadores de estrés han podido discernir que no sólo hay diferentes elementos que configuran el estrés, sino que existen diferentes niveles para su análisis, y estos pueden ser el fisiológico, psicológico y sociocultural.

De acuerdo a la definición de Selye es posible considerar que los dos primeros han sido objeto nodal de análisis, por lo menos desde algunas especialidades de la biomedicina y de la psicología. El estrés sociocultural se ha atendido en menor medida y se ha reducido al ámbito de las disciplinas sociales y antropológicas en los cuales se ha puesto especial interés en la significación sociocultural y por ende en las causas y los procesos. A sabiendas que para una comprensión más cabal del fenómeno de estrés, se requiere de la articulación de tales niveles, es que hemos hecho hincapié en la necesidad de construir una perspectiva relacional entre dichos niveles, más aún cuando es claro que, una característica común de las investigaciones biopsicológicas, es que si bien casi todas toman en cuenta el nivel social del fenómeno, todavía se observa una limitante en los propios resultados, ya que el estrés aparece dibujado más como un fenómeno eminentemente biológico o psicológico, que social. Y desde la perspectiva sociocultural podríamos decir que, por lo menos el referente neurohormonal aparece desdibujado.

Con respecto a las orientaciones conceptuales sobre estrés podemos sintetizar que, si bien hay acuerdo en que los elementos que componen en estrés son: estresores, y recursos de resistencia o moderadores, una afirmación plausible ha sido que para explicar el estrés no basta con enunciar una larga lista de estresores, sino que es necesario esclarecer los factores implicados en su aparición, y relacionarlos con el [apoyo social y los recursos con los que se cuentan para afrontar, manejar y resolver el estrés](#) (Young, 1980; Dressler, 1996). Esta nueva orientación contribuiría a explicar por qué no todos los individuos supuestamente expuestos a los mismos estresores reaccionan con respuestas similares, o con el mismo tipo y grado de estrés, lo cual en buena medida ha permitido vislumbrar la importancia de [reconocer a las personas \(y particularmente a los trabajadores si de estrés laboral se trata\) como actores sociales diferenciados por el género, la generación, la estratificación social, la etnia y que luchan constantemente con múltiples demandas que surgen tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral, destacando así la relación](#)

actor/contexto.(Ramírez, 2010:124). Congruente a ello se estimó relevante poner atención en el significado sociocultural que cada persona le otorga al estrés, los estresores, el apoyo social, los recursos con los que cuenta; en definitiva en *su propia experiencia, suponiendo que la experiencia humana se caracteriza fundamentalmente por su producción de sentido y significado*. (Young, 1980; Brief& Nord, 1990; Lazarus, 1999).

El paradigma del significado sociocultural se articula al nuevo significado que algunos autores han dado *al estrés, al analizarlo ya no como evento estático sino como proceso* (Dressler, 1996; Pearlín, Mckean Y Skaff, 1996; Lazarus, 1999).

Desde esta noción de estrés como proceso, ha resultado imprescindible trascender *el ámbito laboral para pensar en un continuum entre éste y el ámbito familiar*. Desde este punto de vista, visualizar los dominios del trabajo y de la familia como procesos articulados y desde el significado sociocultural ha contribuido a entender también cómo los individuos rigen sus respuestas emocionales y guían sus opciones y acciones a partir del valor y significado que le adjudiquen a tales espacios, que es claro que cambian a través del tiempo, (Eckenrode Y Gore, 1990; Kohn, 1995). Teórica y empíricamente se asumió que el estrés no puede seguirse analizando exclusivamente en referencia al ámbito laboral, ya que los procesos de significación no se dan sólo en el trabajo, sino también en la familia (Brief, & Nord, 1990) y en general en la vida, (Kossek, and Lambert, 2005).

Por lo tanto los investigadores han ampliado sus interrogantes para explicar el estrés yendo más allá del reconocimiento de las exigencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales derivadas de los roles laborales para asociarlas con las derivadas de los roles familiares, utilizando la noción de *spillover*¹⁴. Desde este concepto los investigadores han dado cuenta de la manera en que el mundo laboral y el familiar se encuentran y pueden generar la sensación de sentirse “desbordado”. A partir de visibilizar ese *continuum* se ha generado una explicación más integral de la experiencia laboral y familiar y su relación con el estrés, tomando en cuenta, desde luego, el ciclo de vida, el género, el estado civil, la presencia de hijos menores de edad y, la calidad de las relaciones laborales y familiares, entre otros factores (Perry-Jenkins, *et al*, 2000; Repetti and Saxbe, 2009).

14 El término *work-family spillover*, de difícil traducción, ha sido utilizado por investigadores anglosajones, de manera general, para referir los efectos que tiene el trabajo en la interacción familiar. La investigación inicial surgió para indagar si el empleo de madres trabajadoras podría afectar negativamente a sus hijos y familiares. Sin embargo esta suposición pintó un cuadro demasiado simplista de la vida laboral y familiar ya que, la amplia investigación de las últimas dos décadas realizada básicamente por mujeres a nivel internacional, (Perry-Jenkins, *et al*, 2000; Kossek, and Lambert, 2005; Repetti and Saxbe 2009), muestra que las características específicas de los puestos de trabajo y sus experiencias, más que el trabajo en sí mismo, tienen consecuencias tanto positivas como negativas para la familia.

LO METODOLÓGICO

Uno de los fundamentos teóricos que quisiéramos destacar como esenciales de toda investigación científica es que los objetos de estudio se construyen. Expresión constructivista que alude a la revisión de las operaciones lógicas de la investigación y que promueve la ruptura con aquellas posturas tradicionales que anteponen la comprobación, a la construcción. Es decir aquellas posturas que imponen de entrada un tipo de técnica, o un modelo analítico antes de configurar el objeto de estudio y despreocupadas por las definiciones que como hemos enunciado son indispensables porque se constituyen como vehículos explicativos.

Las decisiones metodológicas son en buena medida tareas creadas al interior de los campos disciplinares, pero también es claro que, ante las fronteras porosas que hoy existen entre las disciplinas, se crean perspectivas o enfoques teórico-metodológico-conceptuales que hacen mucho más complejos nuestros análisis.

Un poco hemos delineado los problemas que se derivan de la conceptualización del estrés y sus componentes y cuya aplicación resulta importante porque define la metodología que los estudiosos aplican para explicarlo.

Reconociendo que existen numerosos modelos analíticos de estrés y además diversos enfoques que por razones de espacio no vamos a tratar, simplemente queremos plantear los rasgos que definen dos grados aproximaciones metodológicas para el estudio del estrés, para destacar que [nos inclinamos por la articulación de dichas aproximaciones que deberían pasar por la complementariedad más que por los distanciamientos](#). Aunque lo que hemos visto en la práctica es que los usos profesionales favorecen la divergencia, quizá por una cuestión que pasa más por la tradición analítica, pero también consideramos que se debe en buena medida en que aún la investigación científica en general sigue siendo presa del dogma de la objetividad con lo cual los cuestionamientos hacia la producción del significado social, que los conjuntos construyen para explicar sus condiciones, limita considerablemente la posibilidad de encontrar visiones complementarias.

Tales aproximaciones metodológicas se pueden delinear de la siguiente manera:

1. Aquellas que ponen el acento en la *medición del estrés*. Son básicamente orientaciones biopsicosociales que tienen en su base paradigmática el dogma positivista, caracterizado por una metodología cuantitativa basada en la aplicación de test o cuestionarios orientados por el interés de relacionar los estímulos observables con respuestas observables, en un esfuerzo por predecir la conducta. Para ello, ponen la mirada en la relación estímulo respuesta (S-R). En estas aproximaciones metodológicas el sujeto no aparece, ya bien, porque se da cuenta de un sujeto tácito (Young, 1980), o bien, porque a través de los *test* dicho sujeto se ha convertido en un objeto extraído del contexto de su red de relaciones sociales y en esta acción se pretende representar a un conjunto mediante un subconjunto. Es decir se homogeneiza la realidad. Es preciso mencionar que esas circunstancias ocurren debido a los estatutos epistemológicos que fundamentan la psicología, para la cual ha sido más importante

analizar los fenómenos atendiendo a la estructura que a los procesos, es decir a lo estable, lo que es consistente con el transcurso del tiempo, porque esto es más fácil de medir y manejar que la acción y el cambio, que son más evanescentes (Lazarus, 1999).

2. Aquellas otras perspectivas, compartidas entre varias disciplinas (psicología, biomedicina, sociología y antropología) cuyo punto de convergencia está precisamente en *interpretar* el estrés, y además, las condiciones, los procesos y las causas que se asocian a éste. Noción que al interior de la psicología implica ampliar el modelo de (S/R) a un modelo de pensamiento más complejo de estímulo/organismo/respuesta (S/O/R). En donde la O está representada por el organismo que, para Lazarus¹⁵ y otros investigadores, es nada menos que el sujeto pensante, toda vez que los pensamientos que se producen entre la manifestación de los estímulos ambientales y la respuesta conductual, ejercen una influencia causal sobre la respuesta. Este ordenamiento implica un alejamiento epistemológico de los dogmas del conductismo y positivismo para adoptar, según Lazarus, (1999) una nueva perspectiva denominada teoría del valor-expectancia o mediación *cognitiva*.

Aunque dicha aproximación está propuesta desde los 1950 y es hasta los últimos años de la década de los 1990 que cobra mayor importancia, se observa que todavía son muchos los psicólogos que se muestran reacios a adoptar una postura subjetiva en la investigación y teoría psicológica¹⁶.

Sin embargo los pocos que existen le dan un peso específico importante a la producción del significado social, pues ante la pregunta simple de ¿por qué unas personas sufren de estrés y otras no?, las respuestas conllevan a reconocer que hay diferencias individuales y colectivas en la forma en que se realizan las transacciones con el entorno, que dependen de numerosos condicionantes que hay que enfocar, pero además es preciso destacar que no sólo hay diferencias individuales y colectivas, sino también intraindividuales lo cual ha conducido a los estudiosos a advertir los procesos, por ejemplo las trayectorias de vida de los sujetos para comprender los cambios en la significación.

15 Lazarus (1999) menciona que “La O de S/O/R significa organismo, pero normalmente se refiere a los pensamientos que se producen entre la muestra de estímulos ambientales y la respuesta conductual, y se dice que estos pensamientos ejercen una influencia causal sobre la respuesta. Sin embargo, la O debería referirse más ampliamente a la mente porque otros procesos como la motivación, las intenciones situacionales, las creencias sobre el self y el mundo y los recursos personales, por nombrar algunos de los más importantes, integran también la O en la psicología del S/O/R”.

16 En su texto epistemología y metateoría Lazarus observa que la mayoría de los textos críticos sobre el conductismo se hicieron durante los años cincuenta. Produjeron teorías amplias de la mente y de la conducta, que a menudo eran francamente subjetivas, y abrieron el estudio de la mente a una amplia gama de fenómenos y procesos no contemplados por los conductistas radicales. Esto facilitó el desarrollo de teorías subjetivas sobre el estrés y, más recientemente, teorías de la emoción que se centran en el modo en que las personas valoran las circunstancias de sus vidas. Sin embargo por lo menos en nuestro país estas propuestas no tienen cabida aún.

Al respecto, desde la antropología observamos con beneplácito que sea un psicólogo como Lazarus, estudioso por más de 50 años del estrés y la emoción, el que mencione la imprescindible tarea de recuperar la subjetividad de las personas cuando afirma *“Sería útil hacer un mayor uso de los relatos personales y de las biografías. Son una fuente de conocimiento que tradicionalmente ha constituido el anatema de aquéllos que defienden la ciencia a la antigua usanza con una mayúscula, pero los relatos parecen estar volviendo a ponerse de moda”*.

El trabajo de Lazarus como el de muchos otros psicólogos anglosajones ha logrado un tránsito del conductismo al cognitivismo y de ahí al interpretativismo¹⁷, pues no sólo se queda con la idea de que el sujeto es pensante sino que además valora, reflexiona, e interpreta sus circunstancias.

Aunque Lazarus no habla realmente de interpretación como lo hacemos en antropología, es claro que estamos hablando de lo mismo, ya que mientras él habla de la valoración subjetiva del individuo, en antropología hablamos del punto de vista del actor, y el punto de encuentro entre las dos perspectivas es que ambas están interesadas en comprender la perspectiva de la gente sobre lo que le está sucediendo. Y aunque es claro que también, poner atención a la perspectiva microsocial individual tiene sus limitaciones, volvemos a insistir en la importancia de la complementariedad.

EL ESTRÉS DESDE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Ahora bien, desde la sociología y antropología podemos decir que también ha habido reflexiones en el orden teórico-metodológico-conceptual y sobre todo epistemológico pues pese a que por lo menos la antropología se considera una ciencia que busca interpretaciones de primer y segundo orden, también ha sido presa de los dogmas positivistas, aunque tiene la argucia metodológica de producir datos científicos in situ, por lo que su sino de relativismo le impide en buena medida buscar generalizaciones al estilo de la psicología.

Respecto del estudio del estrés desde la construcción social, cuyo objetivo en concreto es su interpretación, podemos decir que su mayor aporte se encuentra en el ámbito internacional con importantísimos trabajos y numerosos autores¹⁸ que abordan desde el tema epistemológico hasta el conceptual poniendo de manifiesto que lo nodal de la investigación no puede perder de vista que debe de partir del punto de vista del actor. Un fundamento epistemológico importante es que dicho actor debe estar perfectamente descrito y contextualizado para comprender las re-

17 Es claro que analizar con detenimiento dicho tránsito requiere de un mayor espacio, sin embargo es importante hacer notar que existen estas propuestas que sobre la práctica se están mostrando en cercanía con aproximaciones socioantropológicas.

18 Véase a Kleinman y Good (1985), siguiendo su pista se puede encontrar a diversos estudiosos del estrés y la depresión desde la perspectiva sociocultural.

presentaciones, metáforas y, significaciones en general, que de otra manera no cobrarían sentido, toda vez que asumimos que a nivel individual, los actores sociales razonan o reflexionan acerca de sus estados físicos y/o emocionales principalmente a partir de su experiencia del padecer y de su cuerpo, pero son las relaciones en las que se encuentran inmersos –sociales, culturales e ideológicas– las que proveen la lógica de tal racionalidad (Ramírez, 2007; Ramírez, 2010:48).

Con esta orientación se considera al estrés como un padecimiento históricamente determinado, que representa y designa determinado espectro de síntomas físicos y estados emocionales. En consecuencia es un hecho social. Como tal surge a partir de representaciones y prácticas que los conjuntos sociales ponen en acción para darle significado a las situaciones y relaciones en las cuales se encuentran inmersos. Tales representaciones y prácticas se crean en una compleja concepción construida desde la experiencia corporal que se extiende en un andamiaje de metáforas, dependiendo del contexto y de su momento histórico. Esto quiere decir que el estrés no es sólo un malestar físico sino también social y político, que va más allá del cuerpo y del ámbito laboral.

Con la afirmación de que el estrés tiene una naturaleza polisémica, queremos poner en evidencia que las diferentes metáforas que se expresen acerca de él cumplen la función de interpretar la realidad, de orientar nociones, explicaciones, conductas y relaciones sociales que generan cohesión y dan identidad; y también tiene la función de legitimación y fundación del orden social, en cuyo caso se aprecia el gran peso que tiene el saber y práctica médica y la apropiación que los grupos hacen de éste para la explicación de sus estados de malestar.

Desde una propuesta teórica y empírica (Ramírez, 2010:41-42) hemos definido **al estrés** como una construcción social. Es decir, que su constitución es producto de la relación generada por los actores sociales. En este sentido, si bien asumo que la noción de estrés es una elaboración del saber profesional de la biomédicina y psicología que describe, a través de diversos indicadores, la reacción neurohormonal y psicológica de un individuo a una variedad amplia de estímulos medioambientales; constituye simultáneamente una metáfora que los conjuntos sociales, manejan y aplican para explicar síntomas físicos, así como situaciones y relaciones en las cuales se encuentran inmersos. En esta investigación sobre la construcción social del estrés de operadoras telefónicas, el centro de interés está puesto en la manera en que éstas lo definen, experimentan y actúan para resolverlo. Considero entonces que el estrés es una figura que encierra diversos significados que se crean en una compleja concepción construida desde la experiencia corporal que se despliega en un andamiaje de metáforas, dependiendo del contexto y de su momento histórico.

Para orientar nuestra indagación destacamos *al estrés como un estado físico, emocional, moral, social que, reconocido como proceso, se extiende a lo largo de la vida de las personas, variando su expresión. Dicha expresión depende de lo que las personas entienden como estresores, o de circunstancias adversas que ponen en riesgo o en mayor probabilidad de enfermar y de la manera en que consideran*

que disponen de determinados recursos de resistencia¹⁹ -individuales y sociales- para dominarlo, tolerarlo, o reducirlo.

Quisiéramos cerrar este capítulo mencionando la reflexión final que nos provocó haber realizado una investigación sobre estrés con operadoras telefónicas, en la cual abordamos el estrés desde la construcción social.

“Como lo ha apuntado Allan Young, primero en 1980 en su trabajo sobre el discurso convencional de estrés y en los noventa al estudiar el estrés posttraumático de excombatientes de la guerra de Vietnam, (Young, 1995) notable estudio en el que utilizó como título la metáfora de “la armonía de las ilusiones”, decir que el estrés es una construcción social no quiere decir que éste no exista, que no sea real. Por el contrario. Y aquí retomo su argumentación para subrayar que, la realidad del estrés está confirmada empíricamente por el lugar que tiene en la vida de las operadoras, por sus experiencias y convicciones, y por las inversiones personales y colectivas que ellas han hecho de éste. Como Young, subrayo que mi trabajo como antropóloga investigadora del estrés, no es negar su realidad sino explicar cómo ésta y su experiencia han devenido en un hecho real que genera diversas transformaciones en aquellos que sufren de estrés.

Decir que el estrés es una metáfora *no significa exponerlo como irreal o inverosímil, por el contrario me parece que de esta manera pude ver la realidad de los actos cotidianos de violencia y las sensaciones de pérdidas personales que han experimentado las operadoras en este proceso de cambio social.* (Ramírez, 2006)

RESULTADOS

Si bien es importante destacar que existen numerosos modelos analíticos sobre estrés, es posible advertir que de acuerdo a los paradigmas aplicados y el manejo conceptual se destacan dos grandes enfoques que se estructuran a partir de los siguientes lineamientos centrales. El primer enfoque constituye la tendencia hegemónica, destacada por la biomedicina y la psicología. Se distingue por argumentar que el estrés es la respuesta neurohormonal orquestada como defensa corporal ante condiciones nocivas o estresores físicos o externos que agotan o exceden los recursos del individuo. El segundo enfoque, es una tendencia subalterna, configurada por la mirada crítica de destacados psicólogos sociales, sociólogos y antropólogos médicos, se anota aquí como complementario dado que pone el acento en factores sociales y culturales que el anterior enfoque desdibuja. Su línea estructural está

19 Están conformados por el estilo de afrontamiento (coping), apoyo social, dominio de la persona o control que tiene de su vida (que puede estar soportado por el nivel económico, educativo los recursos culturales y afectivos)

dada no tanto en la búsqueda de la medición del estrés, cuanto en la interpretación y explicación del estrés, las condiciones, los procesos y las causas asociadas a éste.

Analizar los diferentes enfoques con sus aportes y limitaciones permitió configurar con mayor solidez la perspectiva del estrés como construcción social. Esto quiere decir en primer lugar admitir la importancia del sujeto como productor de sentido, que construye ideas, representaciones y prácticas sobre la enfermedad, ya que ésta significa y representa.

Desde el punto de vista conceptual queremos subrayar que el tema de la definición conceptual de estrés no es menor, ya que asumimos que los conceptos son vehículos explicativos que se crean en función de problemas y por lo tanto a través de los mismos se articulan concepciones derivadas de diferentes teorías. Esta aseveración cobra importancia al observar que en el ámbito de los estudios sobre estrés, si bien se han generado una serie de conceptos adicionales, de los cuales apenas hemos mencionado algunos, la mayoría de los estudiosos inicia sus indagaciones aplicando modelos creados ex profeso y para otras realidades, en donde, si bien se parte de un supuesto básico que refiere a la respuesta de desajuste entre las exigencias a las que se somete cualquier persona y sus capacidades para adaptarse, y para lo cual en la actualidad casi todas las definiciones parten de reconocer que lo que causa el estrés es un deficiente "ajuste persona-entorno", son verdaderamente escasos los trabajos que con claridad definen de entrada su concepto de estrés. Igualmente son pocos los estudios sobre estrés como resultado de una causalidad estructural, especificando la sintomatología que lo configura, y precisando los estresores no como situaciones estáticas sino dinámicas y desde los procesos de significación que generan los propios sujetos que experimentan estrés. Cuestión que estamos seguros conducirá a la necesidad de despejar la interrogante que pone la atención hacia qué es el estrés y qué lo causa, pero también a visualizar el proceso que implica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo nos interesamos en la discusión conceptual y metodológica mostrando las cercanías y distanciamientos entre dos paradigmas que refieren a la observancia del estrés como un objeto medible y al estrés como un hecho biopsicosocial susceptible de explicarse a través de actividades interpretativas. Se comentó la importancia de ir más allá de la relación lineal entre estrés y enfermedad ya que en ese sentido el estrés, en sí mismo, o lo que se considere que es, pasa a un segundo término, fundamentalmente porque, por lo menos en México, médicos y psicólogos no lo consideran enfermedad, lo consideran un síndrome. La pregunta obligada será ¿cuál es la diferencia sustantiva entre síndrome y enfermedad?²⁰ O

20 Si bien esta es una pregunta que requiere de otro marco de discusión donde se profundice sobre la práctica biomédica y psicológica aplicada al ámbito laboral, consideramos que su planteamiento es

más bien ¿por qué no se recupera todo el saber producido por la teoría de Selye sobre el SAG para concebir el estrés como un problema de salud y, si se consideran otro conjunto de enfermedades (cardiopatías, hipertensión, colitis, problemas musculoesqueléticos, artritis, e incluso diabetes) como resultado del estrés? Esto es claro cuando se observa, en términos generales, que la biomedicina ha construido una cantidad considerable de elementos para diagnosticar la enfermedad orgánica. Por ello no hay problema. El dilema aparece cuando existen problemáticas de salud que no encajan en los criterios diagnósticos configurados y, por tanto, cuestiones como el estrés se desdibujan y se desactivan como potenciales problemas de salud al no ser considerados como enfermedad²¹.

Habrá que destacar también que en el ámbito laboral pese a que cada vez se reconoce la relación entre situaciones estresantes e hipertensión y cardiopatías, difícilmente se aceptan éstas como enfermedades profesionales, precisamente porque en dicho ámbito, lo referente a la clasificación de enfermedades muestra con mayor énfasis una tendencia proclive al uso de modelos unicausales, medibles y comprobables (Checkoway *et al.* 1989), *“dado que la epidemiología ocupacional construye para sí como objeto de estudio, los efectos de la exposición a los factores de riesgos derivados de la actividad laboral”* (Martínez, 1987). Desde tal perspectiva, se tiende a focalizar exclusivamente el agente nocivo observable, porque produce señales y síntomas; a individualizar el riesgo sin problematizar los complejos procesos sociales, culturales, políticos que determinan formas particulares de vivir, padecer y enfermar, aún y cuando de manera reciente se reconozca en la práctica a la organización del trabajo como factor de riesgo²².

necesario, toda vez que [estamos convencidos de que la conceptualización del estrés tiene implicaciones en su reconocimiento](#). De ahí insistimos en su necesaria reflexión. Ahora bien, consideramos que síndrome y enfermedad comparten cuadros clínicos ya concebidos por la biomedicina y la psicología, no obstante el problema que deriva de dicha distinción tiene que ver con la definición de enfermedad, sobre todo profesional. En las discusiones generadas al respecto, hemos manifestado que la distinción entre enfermedad y síndrome no es tan crucial, dado que lo más importante es que, en ambos casos, lo que se advierte es un deterioro de la salud psicoemocional de los trabajadores, que debe ser atendido para evitar llegar a la fase en la que ya no hay recuperación.

- 21 Un ejemplo claro que podemos documentar parte de la exigencia de un grupo de operadoras telefónicas quienes pugnaron porque se reconociera el estrés como enfermedad profesional, advirtiendo que debido a las características del trabajo que desempeñan la mayoría estaba, no sólo expuesta, sino sufriendo ya los embates del estrés. Cuando se avanzó en la investigación con un grupo de trabajadoras seleccionadas por considerar que sufrían de estrés, uno de los hallazgos más importantes fue que ninguna contaba con diagnóstico médico (Ramírez, 2010a).
- 22 Con esto lo que preciso destacar es que en la producción de conocimiento epidemiológico se advierte un dilema conceptual, teórico y epistemológico en relación con la construcción teórica y práctica de la epidemiología convencional. Sus principales fundamentos, de corte positivista, tienden aun (a pesar del discurso multicausal y su “modelo ecológico”) a basarse en modelos explicativos unicausales, que privilegian explicaciones de corte reduccionista, donde el modelo biomédico tiene un papel predominante para diagnosticar enfermedades o problemas de salud, con base en la clasificación internacionalmente aceptada, cuya organización refiere a un sistema de categorías a las que se les asignan entidades morbilidad de acuerdo a criterios pre-establecidos.

Reconocemos que si bien éste es también un tema que rebasa los límites de la argumentación, resulta importante porque el diagnóstico de estrés depende en buena medida del concepto que los médicos del trabajo, o hacedores de políticas de salud, manejan. Además de ello es preciso mencionar que no es que se considere incorrecto atender la enfermedad orgánica, lo que nos parece necesario es que se explique y atienda el agotamiento psicológico o emocional de numerosos grupos de trabajadores, pues como lo hemos mencionado al inicio los trastornos de ansiedad están tomando lugares considerables en las formas de enfermar de la población trabajadora y, el problema que concierne a un país como México, es que lamentablemente éste todavía no cuenta con un registro preciso de cómo se perfilan las nuevas enfermedades, definidas con cifras precisas (Ramírez, 2011).

El debate conceptual sobre el estrés ha sido muy importante y gracias a éste, por lo menos en lo teórico, numerosos investigadores a lo largo de varias décadas, han reformulado sus interrogantes. Algunas de las más importantes ya no se detienen a indagar qué es el estrés, sino más bien a configurar los elementos que lo componen.

Hay acuerdo entre la mayoría de los investigadores acerca de los componentes de estrés, aunque algunos difieran en los nombres. Sin embargo el acuerdo es que existen factores que desencadenan o producen reacciones físicas, emocionales y sociales en los individuos y factores que cumplen la función de amortiguar, moderar, tolerar y en consecuencia poder responder a aquellos.

Los primeros son considerados factores de riesgo definidos como estresores, es decir, eventos y circunstancias que ocurren y que aumentan la probabilidad de que un individuo se enferme. Pueden ser agudos -eventos vitales que refieren a crisis o transición en el ciclo de vida- o crónicos -aquellos que no violentan de manera momentánea como lo hacen los eventos vitales, sino que persisten en la estructura de los roles sociales cotidianos y sus circunstancias.

Los factores que tienen la función de amortiguar o moderar, son el apoyo social y los recursos de afrontamiento personales. El primero refiere a la disponibilidad de ayuda real o imaginaria con la que los sujetos cuentan en momentos de necesidad. Aquí se estima la importancia de la interacción social que el sujeto logra con los otros, para generar una red o sistemas de apoyo en el orden socioemocional, instrumental e informativo. Los segundos aluden a los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que los sujetos implementan ante lo que perciben como estrés o estresores. En conjunto estos factores se subscriben bajo la rúbrica de recursos de resistencia, como apuntó Dressler (1996). A nosotros nos parece importante la distinción entre recursos de resistencia y factores moderadores. La distinción esencial es que los recursos de resistencia se trazan específicamente para responder y actuar ante el desafío, es decir, van a responder a motivos que generan interacciones y respuestas elaboradas por los actores en una situación dada. Analizados de manera conjunta, dan cuenta de la relación individuo/sociedad, actor/contexto, toda vez que el afrontamiento se refiere a acciones que uno debe de hacer por sí mismo y el apoyo refiere a las acciones emprendidas por otras personas.

Con la argumentación expuesta aquí nos interesa contribuir a construir aproximaciones que, partiendo de la importancia por establecer mediciones precisas y apuntando datos epidemiológicos sólidos sobre el estrés como problema de salud, se articule también la producción cualitativa, dando con ello visibilidad a lo que el estrés, entendido como proceso y desde la significación, pueda mostrar a partir de la experiencia de los propios sujetos trabajadores, quienes independientemente de tener o no la razón en cuanto a lo que exponen o por lo que luchan, sus afirmaciones, creencias, representaciones y prácticas, son elementos claves para la comprensión del fenómeno de manera contextualizada.

En este sentido esperamos que una reflexión como la presente contribuya a ir más allá de la discusión de si el estrés es o no enfermedad, para entrar al epicentro del asunto que es analizar las causas y los procesos de manera contextualizada, en cada conjunto de trabajadores y para cada momento específico. Reconociendo que una limitante tajante para el desconocimiento del estrés como malestar del mundo moderno se funda en la ideología del saber biomédico que, basada en la racionalidad científica, excluye claramente el saber del paciente.

Como se mencionó al inicio, es preciso establecer puentes entre ambas aproximaciones a fin de encontrar mejores explicaciones, sobre todo porque a partir del presente siglo se observa la gran necesidad de reflexionar sobre las limitantes que se encuentran en las perspectivas que sólo se inclinan por medir el estrés, dejando de lado las causas y los procesos que implican el desarrollo del mismo.

REFERENCIAS

- Aneshensel, Carol (1992) "Social Stress: Theory and Research". *Annu. Rev. Sociol.* 18: 15-38.
- Berman, S. (1990 marzo). "¿Fatiga, estrés, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre trabajo y salud". *Cuadernos Médicos Sociales*, no. 51.
- Checkoway, H., N. Pearce y D. J. Crawford-Brown (1989) *Research Methods in Occupational Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Dressler, William (1996) "Culture, Stress, and Disease". En Carolyn Sargent y Thomas Johnson [Edit.] *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*. 557. Greenwood Press, London.
- Eckenrode, John y Gore, Susan (1990) "Stress between Work and Family. Summary and Conclusions". En: *Stress between work and family* / Ed. by John Eckenrode and Susan Gore. New York: Plenum.
- Gottlieb, Benjamin H (1997) *Coping with chronic stress*. New York Plenum.
- Haw, MA (1983) "Mujeres, Trabajo y Estrés: una revisión y un programa para el futuro", *Cuadernos Médicos Sociales*, No. 24. Rosario, Argentina.
- Jacobson, D. (1987) "Models of Stress and Meanings of Unemployment: reactions to Job Loss Among Technical Professionals". *Social Science & Medicine*, 24(1), 13-21.
- Kohn, M. L (1995) "Social structure and personality through time and space". En P. Moen, G. H. Elder, Jr., & Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 141-168). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kossek, Ellen Ernst y Susan J. Lambert (2005) *Work and Life Integration: Organizational, Cultural, and Individual Perspectives*. Edited by Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ and London, 570 pp.
- Kleinman, A y Good, B. 1985. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of affect and disorder*. University of California Press, Berkeley.
- Lambert, Susan (1990) "Processes linking work and family: A critical review and research agenda". *Human Relations*, 43: 239-257.
- Lazarus Richard S (1999) *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lemus, N y Linares, I. 1988. *Estrés Ocupacional. Estudio de caso en una empresa automotriz Venezolana*. Tesis de sociología Pp.151. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Martínez Oliva, L. (1987). Rol de la epidemiología en la salud ocupacional *Cuadernos Médico-Sociales* (Santiago de Chile) 28 (4):149-153
- Messing, Karen; Bárbara, Neis y Lucie, Dumais (1995) "Invisible. Issues in Women's Occupational Health". Pp 401. Canada, Gynergy books.
- Pearlin Leonard, I. y Marilyn McKean Skaff (1996) "Stress and the Life Course: A Paradigmatic Alliance". *The Gerontologist*, 36 (2): 239-247.
- Perry-Jenkins, Maureen y Rena L. Repetti, Ann C. Crouter (2000) "Work and family in the 1990's". *Journal of Marriage and the Family*, 62:981-998.
- Pollock, Kristian (1988) "On the nature of social stress: production of a modern mythology". *Soc. Sci. & Med.* vol. 26, No. 3: 381-392.
- Ramírez, Josefina (2001) "Mujer, Trabajo y estrés" *Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo* Vol. 1 No. 2: 58-74 Mayo-Agosto 2001
- Ramírez, Josefina (2006) "El estrés como metáfora. Apuntes y resultados de un estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas". *Diario de Campo. Ritos de Paso* No. 4, 51 pág. INAH-CONACULTA.
- http://www.antropologia.inah.gob.mx/pdf/pdf_diario/julio_06/ritos_4_06.pdf
- Ramírez, Josefina (2007) Estresadas, deprimidas o embrujadas. O de cómo un grupo de operadoras telefónicas se representa su malestar laboral actual. En *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 649-673, México, 2007, ISSN 1405-5066
- Ramírez, Josefina (2008a) "Estrés laboral desde la perspectiva sociocultural". *Revista Salud Problema*. Segunda época, año 1, núm 3, enero- junio, pp 9-20 ISSN-0187-3148
- Ramírez, Josefina (2008b) "Una Mirada Antropológica sobre el Estudio del Estrés Laboral desde Diferentes Áreas Temáticas y Tendencias Analíticas". Cap. 10 en Jesús Felipe Uribe Prado, [Edit]. *Psicología de la Salud Ocupacional en México*. Pp 325-354 Editorial UNAM, ISBN 978-607-2-00152-7
- Ramírez, Josefina (2010a) "El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas". 454 pp. México, Colección Científica. CONACULTA-INAH.
- Ramírez, Josefina (2010b) *El desarrollo de una antropología física crítica y la generación de antropólogos físicos situados*. Ponencia publicada en memorias del Primer Congreso Nacional de Antropología Social y Etnología de México, Rectoría de la UAM, México, D.F.
- Ramírez, Josefina (2011) "Relevancia de la epidemiología sociocultural en el ámbito laboral. Una reflexión a partir del estudio del estrés entre un grupo de

operadoras telefónicas”, En Jesús Armando Haro Editor. *Epidemiología socio-cultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial, 2010: 307-347. Buenos Aires, Argentina.

- Repetti Rena L. Y Darby Saxbe (2009) “The Effects of Job Stress on the Family: One Size Does Not Fit All” En D.R.Crane and E.J.Hill(Eds), *Hand book of Families & Work: Interdisciplinary Perspectives*. (pp.62-78). NewYork: University Press of America.
- Selye, Hans (1976) *The Stress of Life*. McGraw-Hill, New York.
- Van Derdoef, M. &Maes, S (1999) “The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research”. *Work &*
- Vingerhoets, AJJM y Marcelissen, FHG. (1988). Stress Research: its Present Status and Issues for Future Developments. *Soc. Sci. & Med.* 26 (3): 279-291.
- Young, Allan. (1980) “The Discourse on Stress and The Reproduction of Conventional Knowledge”. *Soc. Sci. & Med.* 14B: 133-146.
- Young, A. 1995.*The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

**5. Condiciones
laborales y de salud
en colectivos.
Miradas alternativas
para el abordaje de
la salud mental**

5.1 Bicitaxis y mototaxis de la de la Delegación Tláhuac: condiciones laborales y de salud

LUIS DAVID BERRONES SANZ¹ Y
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES²

¹Universidad Autónoma de la Ciudad de México
luis.berrones@uacm.edu.mx

²Universidad Autónoma de la Ciudad de México- San Lorenzo Tezonco

RESUMEN

Esta investigación, busca describir las condiciones laborales y de salud del colectivo de los bicitaxis y mototaxis de la delegación Tláhuac; bajo la premisa de que el estudio del proceso de trabajo y su caracterización histórica, hacen posible comprender cómo es que viven, piensan y se mantienen las estructuras organizacionales que lo sustentan, para lo que se debe explorar el dominio de la actividad, los riesgos y las exigencias a las que están expuestos los trabajadores y su relación con las condiciones de salud.

La metodología utilizada en la investigación fue de corte cuantitativo, con el propósito de profundizar en la compleja realidad de las condiciones laborales de los choferes de bicitaxi y mototaxi de la delegación Tláhuac. La encuesta, de carácter descriptivo y exploratorio, se realizó en junio de 2013, el cuestionario fue supervisado y tenía 47 reactivos, con variables personales, del entorno familiar y laboral, relacionadas con la salud, con la satisfacción en el trabajo y la satisfacción personal o en el ocio.

Los resultados muestran condiciones laborales precarias, con bajos ingresos, largas jornadas laborales y sin ninguna protección social; en la salud y sus factores de riesgo, se encontró menor proporción de enfermos y de factores de riesgo, como obesidad, que otros grupos de trabajadores del volante, sin embargo, el riesgo en la seguridad vial, llega a ser hasta 28.4 veces mayor.

Palabras clave: choferes, bicitaxis, mototaxis, condiciones laborales.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, en la ciudad de México, siempre se ha tenido el problema del transporte de su población. Por un lado, los habitantes demandan un servicio de transporte de calidad, rápido, económico y que les permita poder realizar sus múltiples actividades diarias; sin embargo, en torno a la organización y oferta del

transporte urbano, existe otra dimensión que la determina y está compuesta por intereses políticos y económicos que se oponen al bienestar de la población. Es así, que desde la época pos-revolucionaria, diferentes organizaciones y sindicatos de transportistas -muchos de ellos conformados por los dueños de los vehículos y no por los trabajadores-, se fueron fortaleciendo y adquiriendo poder, al grado que sus dirigentes pronto tuvieron cargos políticos de alto rango, entre los que se han incluido jefe del Departamento del Distrito Federal¹, diputados y senadores.

Durante la década de los setentas, el transporte urbano era controlado por la alianza de Camioneros, mejor conocida como el Pulpo Verde. Su poder, a pesar de las constantes quejas de abuso -no sólo a los usuarios, sino también a sus empleados-, sólo disminuyó con la implementación del polémico proyecto de la construcción del sistema de trenes urbanos, "el Metro", que fue promovido por el gobierno federal y que demandaba usuarios para justificar su inversión. Fue así que se logró una reorganización de las rutas camioneras y, pocos años después, en 1981, se creó un organismo público descentralizado denominado "Autotransportes Urbanos de Pasajeros Ruta-100". Este proceso, conocido como la municipalización del autotransporte, en el que sólo Ruta-100 podía otorgar el servicio, trajo beneficios a la población, ofreciendo una calidad en el transporte urbano, que no se había visto antes. Esta política pública, respondió a los conflictos sociales que se originaron a lo largo del siglo veinte, el transporte urbano fue parte de las demandas de la población y, por lo tanto, del debate político. Los choferes, los dueños de los vehículos y los dirigentes sindicales, tenían objetivos políticos y económicos diferentes; mientras que los choferes buscaban beneficios laborales, los patrones y los líderes sindicales tenían un interés económico, y mientras más poder adquirieron, más se iban menguando las condiciones laborales de los choferes. Los sindicatos no defendían los derechos de los trabajadores, los contratos colectivos de trabajo sólo eran de protección, las jornadas laborales llegaban hasta 18 horas, se les pagaba casi por destajo y no se les pagaban días de descanso, vacaciones, aguinaldos o seguridad social. Esto, sólo cambió con la llegada de Ruta-100 y la adición de cerca de 7,000 choferes como trabajadores del Estado, a los que se les otorgaron todos los beneficios señalados en apartado "B" del artículo 123 Constitucional.

Con el transcurso del tiempo, la Ruta-100 fue controlada por su sindicato y, al oponerse a intereses gubernamentales, fue aislada políticamente, careció de recursos, de apoyos y de proyectos. Por su parte, las autoridades fueron tolerando vehículos de baja capacidad -las Combis y minibuses- que coexistieron con Ruta-100 hasta su disgregación en el año 1995.

Con la creciente expansión demográfica de la ciudad de México, que demandaba el servicio de transporte, la desaparición de Ruta-100 y la tolerancia de vehículos

1 Octavio Sentíes Gómez, fue abogado de la Alianza de Camioneros y posteriormente jefe del Departamento del Distrito Federal durante el periodo presidencial Luis Echeverría Álvarez.

de baja capacidad -relativamente más baratos-, combinados con la profunda crisis económica de la década de los noventa y el desempleo, rápidamente promovió la utilización de vehículos de transporte individual y de baja capacidad, que fueron comprados, en muchos casos, con las liquidaciones de trabajadores desempleados, tanto de Ruta-100 como de otras empresas. También, desde principios de esta década, los bicitaxis comenzaron a dar servicio de transporte, primero en el centro histórico y más tarde por toda la ciudad.

Actualmente, en la ciudad de México, hay más de 20,000 moto y bicitaxis² y se han popularizado debido a que son una alternativa para el transporte en distancias cortas, otorgan un servicio puerta-puerta y circulan en calles donde los transportes motorizados no entran o en espacios que evitan el tránsito intenso en zonas congestionadas. Pero, principalmente, el rápido crecimiento del sector, se debe a la falta de oportunidades laborales, el bicitaxi, representa una opción de autoempleo, de baja inversión y que no requiere cualificación en el trabajo. Es así que, en tan sólo cinco años, en la delegación Tláhuac aumentó 200% el número de trabajadores de bici y mototaxi. Actualmente, la Dirección General Jurídica y Gobierno de la delegación (2015) reporta 31 organizaciones y 2902 trabajadores³, 18.26% de bicitaxis, 62.85% de mototaxis y 18.26% de carros eléctricos -usualmente utilizados en campos de golf y mejor conocidos como golfitaxis-. Este número continúa creciendo, con presiones y disputas por las zonas de trabajo; no sólo con otros bicitaxis, sino con otros modos de transportes como taxis locales -vehículos tipo sedan- con los que compiten por el pasaje. De ahí que se forman grupos, asociaciones y cooperativas que buscan, más que los beneficios y derechos del trabajador, que se les permitan seguir trabajando y otorgando el servicio en ciertas rutas o zonas de la delegación. Las nuevas formas de organización del transporte y los procesos laborales, requieren describir las condiciones laborales y de salud del colectivo de los bicitaxis y mototaxis, para que los trabajadores, consigan mayor control sobre los elementos que determinan su perfil patológico, y en particular, la forma en que su colectivo se inserta en los modos de producción, condiciones que se expresan tanto en las laborales como en materiales y que finalmente dan como resultado perfiles particulares de salud-enfermedad.

De ahí que esta investigación busca describir las condiciones laborales y de salud del colectivo de los bicitaxis y mototaxis de la delegación Tláhuac, bajo la premisa, de que el estudio del proceso de trabajo y su caracterización histórica hacen posible comprender cómo es que viven, piensan y mantienen las estructuras organizacionales que lo sustentan, para lo que se debe explorar el dominio de la

2 González (2013) indica que son veinte mil, otros llegan a las cifra de cincuenta mil (PVEM, 2013), lo importante es el número elevado de personas que se dedican a esta actividad.

3 Aunque cifras no oficiales indican que son cerca de 10,000 trabajadores de moto y bicitaxi en la delegación Tláhuac.

actividad, y riesgos y exigencias a las que están expuestos los trabajadores, y su relación con las condiciones de salud.

Por otra parte se busca describir las relaciones al interior de estos espacios sociales, para identificar los imaginarios, representaciones y nociones relacionadas con la satisfacción y la calidad del trabajo. En este sentido, se ubica a los trabajadores de los bicitaxis y mototaxis, en un espacio social donde se insertan sujetos que viven en condiciones materiales de vida y con un capital cultural e ideológico particulares, que se expresa a través de un discurso y de una práctica determinada.

EL PROCESO DE TRABAJO

El trabajo, además de ser el medio mediante el cual se producen los bienes para satisfacer las necesidades del ser humano, también es un medio donde los individuos se desarrollan física y mentalmente; al transformar la naturaleza, se transforman ellos mismos. Sin embargo, en el capitalismo, como modo de producción, el objetivo principal del trabajo no es el desarrollo físico o mental del ser humano, sino la generación de ganancias a través de la producción de bienes y servicios. Esto genera una división de la sociedad, en donde un grupo reducido se apropia de los medios productivos y se encarga de controlar, organizar y dirigir el proceso de trabajo (PT). Se reduce al hombre a fuerza laboral y el trabajo se convierte en un proceso enajenante que impide, a los empleados, tener el dominio de su actividad, con efectos fisiológicos y psíquicos generados por la exposición a los riesgos y las exigencias.

El PT, en este caso de los choferes de bicitaxis y mototaxis, tiene lugar en distintos momentos históricos y en espacios heterogéneos, por lo que resulta de interés indagar sobre el desarrollo socio-histórico para explicar el momento actual. Un análisis crítico del proceso de trabajo de este grupo permite descubrir los riesgos y exigencias a las que se ven expuestos, y cómo estos elementos determinan las manifestaciones de salud y enfermedad que presentan. Además, mediante una exposición del desarrollo histórico es posible describir cómo otros macroprocesos que están relacionados con las políticas, la economía y la cultura determinaron las condiciones en las que se encuentran actualmente el sistema de transporte urbano y sus trabajadores.

De manera general, al caracterizar los riesgos y exigencias, como expresión de las condiciones laborales, se puede analizar al PT, como uno de los determinantes del perfil patológico y de la calidad de vida de los trabajadores. Es así, que se establece el grado en que la sociedad provee a sus miembros de las condiciones para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación, trabajo, movilidad y un ambiente seguro, entre muchos otros factores; además de determinar las sensaciones de felicidad y bienestar psicosocial, político y económico.

Así, de acuerdo con Noriega (1989) es necesario estudiar cuatro elementos del proceso de trabajo -los objetos, los instrumentos o medios, las actividades y la organización y división del trabajo- para describir los riesgos y exigencias que comparte un colectivo laboral.

El *objeto de trabajo* (OT) está compuesto por las materias primas o materiales sobre los que se trabaja; pueden ser diversos, productos terminados, sub-ensambles o bien, pueden ser consumidos durante el proceso. Es importante conocer las propiedades de los materiales, debido a que en su estado natural o durante su transformación, pueden causar daños inmediatos o a largo plazo a la salud y bienestar de los trabajadores.

Las herramientas, los instrumentos, las máquinas, las computadoras y las instalaciones que son utilizados para el proceso de transformación de los materiales o la realización los servicios; conforman los *Medios de Trabajo* (MT).

La actividad que realizan los trabajadores, requiere de capacitación y aprendizaje; por lo que se deben desarrollar habilidades y capacidades humanas, que finalmente se manifestaran en un esfuerzo físico y mental.

La organización y división del trabajo, se refiere a las formas en que se controlan los ritmos de trabajo, las jornadas, la supervisión y los incentivos para la producción.

LOS RIESGOS DE LOS TRABAJADORES DE MOTO Y BICI TAXI

Los riesgos se caracterizan por los objetos y los medios de trabajo; estos, constituyen los elementos nocivos que generan la posibilidad de ser lesionado, afectado o dañado por los factores, agentes y elementos físicos, químicos, mecánicos o biológicos presentes en el ambiente.

Así, dentro de los *riesgos físicos* a los que se encuentran expuestos los trabajadores de los bicitaxis y mototaxis, están el ruido, las vibraciones, la iluminación, la temperatura, la ventilación y la humedad.

Los choferes se exponen a ruidos de los motores de los vehículos -propios o cercanos-, los cláxones y el ambiente de la vía pública, que han registrado niveles que superan los 105 decibeles (dB) y que son dañinos para la salud.

Las vibraciones, son producto del estado de la superficie de rodamiento y las condiciones mecánicas del vehículo, principalmente en lo que se refiere al sistema de suspensión y el estado de los neumáticos. El movimiento constante, ligado a problemas posturales y ergonómicos, generan enfermedades en la columna vertebral, como lordosis, xifosis, escoliosis y otros problemas osteomusculares, que son referidos por los trabajadores del volante como las molestias de mayor frecuencia (Berrones y Rosales, 2011); además, los perjuicios de las vibraciones, no sólo afectan las dimensiones orgánicas, sino también, las psiconeuronales, repercuten sobre la esfera psíquica de los trabajadores (Mugica, Román, y Cádiz, 2004), generan distrés y, por lo tanto, mayor afectación a síntomas y enfermedades relacionadas.

La iluminación tiene como principal finalidad la seguridad, ya que una correcta visualización del camino, permite ver los objetos, otras personas y vehículos que se encuentren durante el tránsito del vehículo y, que sólo podrán ser evadidos si son vistos por el conductor; situación que no es posible en un ambiente oscuro.

Además, la correcta iluminación otorga comodidad y contribuye a la salud, ya que la iluminación, en los trabajadores del volante, sea natural o artificial –ya sea luz solar o luz de los faros de los vehículos- puede causar fatiga ocular, y manifestarse en doloras irritaciones de los ojos, percepción de dos imágenes en lugar de una (Diplopía), disminución de la capacidad visual y dolores de cabeza. La fatiga nerviosa, puede ser provocada por una demanda intensa o permanente de la percepción visual. La tensión visual sostenida puede traer una reducción de la velocidad de ciertas funciones como la disminución de la rapidez entre reacción y lentitud en los movimientos, sensación de malestar e indiferencia, vértigos, insomnio e inapetencias.

La temperatura, la ventilación y la humedad, pueden causar: fatiga, síncope, calambres, agotamiento y apoplejías. Para evitar este tipo de problemas, se recomienda (ISTAS, 2010) que la temperatura oscile entre los 17 y los 27 grados centígrados (°C). En el Distrito Federal, la temperatura media anual es de 16°C, con un máximo medio de 25°C, durante los meses de marzo a mayo y un mínimo promedio, alrededor de 5°C, en el mes de enero, aunque se llegan a presentar temperaturas de hasta 35°C y niveles debajo de los 0°C (INEGI, 2015). Para evitar este tipo de problemas debidos al calor intenso, se debe beber agua o un jugo de frutas de forma constante, no consumir alcohol, cafeína o diuréticos, usar ropa holgada de color blanco, manga corta de fibra natural y usar sombrero o gorra.

Agentes químicos. Durante toda su jornada laboral, los choferes están sobre los vehículos, en las vías, en las bases o terminales -que son puntos donde se acumulan los vehículos- por lo que respiran, de primera mano, las emisiones de bióxido de carbono, dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno y demás partículas y contaminantes contenidos en el humo que generan los escapes de los vehículos. Identificar los efectos en la salud-enfermedad de los riesgos químicos, tiene gran complejidad, debido a que, en su mayoría, no se presentan efectos de inmediato y las consecuencias se producen a largo plazo.

Agentes mecánicos. En los choferes, los riesgos mecánicos incluyen la vialidad, el mobiliario urbano, las bases, las terminales, las escaleras, las rampas, las paredes y todas las instalaciones. Además de los vehículos, la falta de ropa protectora -reflejantes, botas, guantes y casco- o inadecuada -para mal tiempo-, la carga desequilibrada de los vehículos puede ocasionar volcaduras y cualquier tipo de heridas o lesiones, ya sea ocasionadas por el esfuerzo físico, accidentes viales, robos o enfrentamientos a clientes agresivos, ebrios o drogados.

EXIGENCIAS DE LOS TRABAJADORES DE BICITAXI Y MOTOTAXI

Las exigencias son las necesidades específicas que impone el proceso laboral, a los trabajadores, como consecuencia de la actividad que desarrollan y de las formas de organización y división técnica del trabajo en un centro laboral (Noriega y Villegas, 1989), tales como la jornada, la rotación de turnos, el trabajo estático o dinámico, el trabajo nocturno, el ritmo intenso, la supervisión, condiciones de entregas bajo presión o por tiempo, el trabajo en solitario, las organizaciones, sindicatos y afiliaciones a las que pertenecen, normatividad y las reglas de calidad.

Se pueden separar entre las que afectan la fisiología del individuo y las que afectan lo mental, aunque en mayor medida afectan ambas (Rosen, 1977). A causa de estas diferencias, Mariano Noriega (1993) clasifica a las exigencias, en las derivadas de la actividad propia del trabajo y, en las derivadas de la organización y división técnica del trabajo.

1. **Exigencias laborales derivadas de la actividad de los trabajadores del volante.** El proceso de trabajo y la actividad misma del conducir, genera manifestaciones físicas y mentales determinadas por ciertas exigencias. En esta división, podemos incluir aspectos tales como las características del esfuerzo, el aislamiento, la dificultad de desplazamiento, las posiciones incómodas y forzadas, el sedentarismo, la minuciosidad de las tareas y la monotonía. El conducir es clasificado como trabajo ligero ya que es una actividad que se realiza sentado, con movimientos moderados de brazos y tronco, con un gasto calórico de entre 137.5 a 162.5 Kilo-Calorías por hora (Kcal/h), mientras que el trabajo de bicitaxi, podría ser clasificado incluso como trabajo pesado y superar las 200 Kcal/h (DOF, 2002).
2. **Exigencias laborales derivadas de la organización y división técnica del trabajo de los profesionales del volante.** Aquí se incluyen las exigencias generadas por la manera como se organiza y divide el trabajo en el centro laboral. Abarca la esfera mental y física del trabajador y se manifiesta con fatiga, estrés, enfermedades psicosomáticas, alteraciones orgánicas y funcionales, como: trastornos del sueño, pérdida del apetito, alteraciones de la vida sexual, depresión, ansiedad, irritabilidad, dolores de cabeza, trastornos de digestión, úlcera, gastritis, angina de pecho, infarto, hipertensión arterial.

Mariano Noriega (1993) ordena las *exigencias laborales derivadas de la organización y división técnica del trabajo* en función del tiempo, de la cantidad o intensidad, de la vigilancia y de la calidad del trabajo.

En función del tiempo de trabajo. En esta clasificación, se incluyen la duración de la jornada diaria y semanal, la extensión del tiempo de trabajo u horas extras, los dobles turnos, las guardias, el tipo y la rotación de turnos, el trabajo nocturno y las pausas o descansos.

- a) **En función de la cantidad e intensidad del trabajo.** Esta categoría, se ve determinada por el grado de atención necesaria para realizar la actividad, los tiempos, ritmos y rapidez de los movimientos para la ejecución de las tareas, la repetitividad, la prima de producción y la forma de pago. Lo anterior está determinado por las tendencias actuales de la economía global, que da origen a la flexibilización y desregulación laboral y, a su vez, a la modificación de la duración e intensidad del trabajo; representadas cada vez con mayor frecuencia por el trabajo a tiempo parcial, el trabajo compartido, el teletrabajo, la polivalencia y las jornadas discontinuas que, entre otros aspectos, condicionan la limitación de acceso a servicios de salud, la disminución del salario, la exclusión de garantías sobre mejores condiciones de trabajo, inestabilidad laboral y hasta pérdida del empleo. La derivación de estos cambios, emanan manifesta-

ciones psicosomáticas, estrés, fatiga y trastornos de personalidad organizados por la precarización del trabajo (Haro-García, Sánchez-Román, Juárez-Pérez, y Larios-Díaz, 2007). Los choferes, ejercen un alto grado de atención durante la conducción de sus vehículos, debido a que deben estar alerta para evitar accidentes. Además, aunque la actividad requiere cierto grado de destreza, es repetitiva y exige frecuencias e intervalos, que marcan el ritmo de su trabajo; de tal manera, que durante la conducción, resulta casi imposible, perder la atención o hacer una pausa para atender sus necesidades fisiológicas.

- b) **En función de la vigilancia del trabajo.** Esta clasificación incluye la supervisión; que puede ser estricta, con maltrato o con un fuerte control de calidad. La actividad de conducir es un oficio auto-regulado y con autonomía formal, ya que el trabajador, aunque de forma relativa, puede fijar las pausas y los tiempos de descanso. Lo que según Aguilar Nery (1999), hace atractiva la actividad del chofer, pues contrasta con las desventajas de otros oficios urbanos, especialmente las de baja cualificación laboral; como lo aburrido de las fábricas y lo poco que se genera en el comercio informal. Sin embargo, la supervisión está marcada por la organización social del viaje, conformada, por el conjunto de reglamentos vigilados por la autoridad –Secretaría Movilidad y Secretaría de Seguridad Pública- una estructura colectiva y un conjunto de lugares para la circulación de personas y vehículos. Los reglamentos de tránsito buscan controlar y organizar la competencia entre empresas, asociaciones e individuos para disputarse las distintas rutas y, con ésto, la demanda del servicio; cuya estructura colectiva trata de regular el nivel de servicio, estableciendo horarios, roles de trabajo, intervalos de salida de los vehículos y frecuencias de pasos, entre otros.
- c) **En función de la calidad del trabajo.** Aquí se incluye la calificación para el desempeño de la actividad, la posibilidad de iniciativa, la dirección y la toma de decisiones, el grado de conjunción entre concepción y ejecución y el interés de los trabajadores en su actividad. En los choferes, aunque la actividad requiere ciertas destrezas, inteligencia táctica, concentración absoluta y un complejo conjunto de conocimientos -como regulaciones, aspectos de seguridad, habilidad técnica para fallas mecánicas, entre otros-, podemos decir que el resto de los puntos en esta clasificación, a excepción del interés sobre la actividad, no están presentes. Sin embargo, entre los jóvenes de clases populares, laborar como chofer es uno de los medios más socorridos para insertarse en la vida pública como hombres adultos, ya que entre los jóvenes se reconoce la habilidad y capacidad de manejar un vehículo –mayor prestigio a mayores dimensiones- y la responsabilidad que implica ser un trabajador de este oficio.

MÉTODO DE ESTUDIO

La metodología utilizada en la investigación fue de corte cuantitativo, con el propósito de profundizar en la compleja realidad de las condiciones laborales de los choferes de mototaxi y bicitaxi de la delegación Tláhuac. Dada la carencia de información sobre las ubicaciones de las bases y las organizaciones de los transportistas, se pensó realizar un recorrido en la delegación; por lo que la muestra no se realizó de manera aleatoria, sino que más bien a través de la técnica de bola de nieve, para identificar los puntos donde se ubican las bases y los domicilios de las

organizaciones. Esto debido a que los choferes, no sólo son renuentes a contestar las encuestas, sino que, las organizaciones transportistas, prohíben a los choferes proporcionar cualquier tipo de información.

Consecuentemente, la búsqueda de posibles salvoconductos, para realizar el estudio, se dio en una primera etapa de campo, en la que más de cien trabajadores se negaron a proporcionar información. Sin embargo, el equipo compuesto por cinco estudiantes y un profesor de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), logró que 95 personas accedieran a contestar las preguntas, de forma voluntaria y sin ningún aliciente, obteniendo información no sólo sobre la encuesta previamente elaborada, sino también sobre las ubicaciones de sus organizaciones y otra información informal sobre su operación, sus costumbres y sus organizaciones.

La encuesta, de carácter descriptivo y exploratorio, se realizó en junio de 2013, el cuestionario fue supervisado y tenía 47 reactivos, con variables personales, del entorno familiar y laboral, relacionadas con la salud, con la satisfacción en el trabajo y la satisfacción personal o en el ocio. El cuestionario fue construido, basado principalmente, en el marco teórico de los riesgos y exigencias en el trabajo del autor Mariano Noriega (1993) y en estudios previos a choferes del transporte urbano -de taxis y microbuses- (Berrones y Rosales, 2011) con la finalidad de identificar los niveles de satisfacción de los trabajadores, así como conocer las condiciones laborales y de salud de los choferes de bicitaxi.

Adicionalmente se buscó información secundaria que permitiera contextualizar las entrevistas, sin embargo, no se obtuvieron datos oficiales, y sólo recientemente (2015), la delegación Tláhuac a través de Dirección General Jurídica y Gobierno ha proporcionado el número de vehículos. No obstante, el análisis hemerográfico, planteó la problemática del sector: principalmente en el gran número de personas que se dedican a esta actividad y la falta de regulación sobre este modo de transporte.

ELECCIÓN DEL SITIO

Para el estudio de corte descriptivo y exploratorio, se seleccionó la delegación Tláhuac, no sólo por estar cercana al Plantel San Lorenzo Tezonco de la UACM, en la que se encuentran los miembros del equipo; sino porque, de acuerdo a la investigación bibliográfica, la delegación Tláhuac es de las más conflictivas, con mayor número de organizaciones y trabajadores de los moto y bicitaxis.

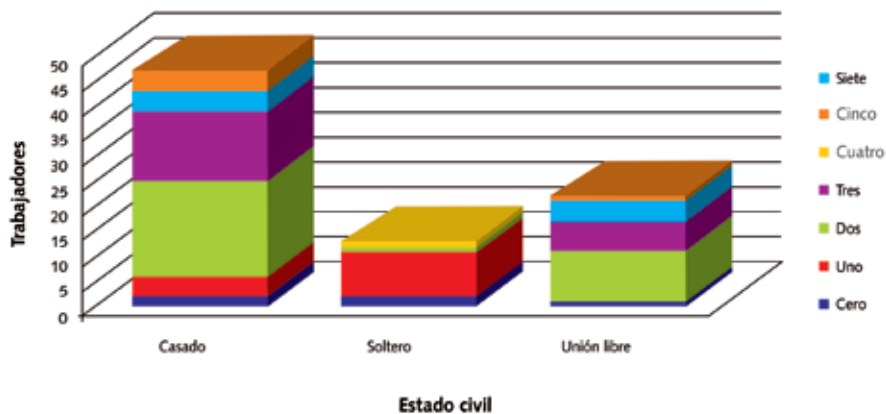
Paralelamente, se realizaron entrevistas a organizaciones del centro histórico, pioneros en este tipo de servicio, que se encuentran bajo mayor control de las autoridades. Esto con la intención de hacer un estudio comparativo de los dos espacios geográficos, sin embargo, en el Centro Histórico circulan los vehículos híbridos, de pedales y energía eléctrica, conocidos como ciclotaxis, y desde el 11 de febrero de 2014, son los únicos autorizados para este tipo de servicio, ya que se prohibió la circulación a otras organizaciones, con una estricta política de sanciones que incluyen la confiscación del vehículo y multas, que en muchos casos, superan el valor de las bicicletas. Aunque los ciclotaxis, tienen una organización es-

tablecida como cooperativa, con un servicio mejor organizado y de mayor calidad que la mayoría de los bicitaxis. Los vehículos pertenecen al fideicomiso del Centro Histórico, que también subsidia las instalaciones, por lo que ejerce gran influencia sobre los trabajadores. Es así, debido a los actores y los procesos sociotécnicos para el servicio de ciclotaxis, que se decidió abordar a este colectivo laboral, en etapas subsecuentes de esta investigación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

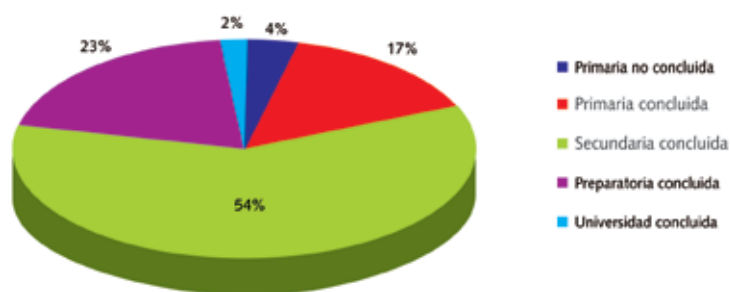
Los resultados indican que es una actividad que realizan casi exclusivamente varones (96.81%), con 30 años en promedio y entre los 16 y los 65 años de edad; casi todos (95.74%) residentes de la Delegación Tláhuac. La mayoría son casados (51.06%) o viven en unión libre (23.40%) (Gráfica 1) y tienen hasta siete dependientes económicos (2.4 en promedio). De sus parejas, sólo 28% trabajan y 1.33% son pensionadas, en su mayoría, no contribuyen al ingreso familiar: ya que 62.67% se dedican al hogar, 2.67% se dedican sólo a estudiar y 5.33% se encuentran desempleadas.

Gráfica 1 Número de dependientes económicos por estado civil



La mayoría concluyó los estudios secundarios -nueve años escolares-, aunque su nivel educativo es muy variado, se encontraron trabajadores que no saben leer y escribir y personas con educación profesional (Gráfica 2).

Gráfica 2 Nivel educativo



El 48.42% refiere pertenecer a alguna organización, cooperativa o unión de bicitaxis, con una cuota promedio de \$77.35 pesos por semana, además, de los gastos relacionados con el trabajo: \$100 pesos diarios para los que rentan el vehículo, es decir "tienen patrón", y \$66.94 en combustible. Otros gastos se describen en la tabla 1.

Tabla 1 Costos y datos operativos

Variable	Bicitaxi	Mototaxi	Golfitaxi
Costo del vehículo	\$8,333.33	\$15,802.08	\$34,450.00
Gasto en electricidad o combustible (\$/día)	\$0	\$63.44	\$74.80
Gasto de mantenimiento (\$/mes)	\$350.00	\$305.71	\$417.65
Otros gastos (\$/día)	\$40.00	\$54.14	\$108.19
Cobro promedio por viaje (\$/viaje)	\$5.33	\$5.28	\$6.38
Número de viajes por día (viajes)	33.33	48.88	47.05

El ingreso semanal neto, es de \$801.50 pesos para los que no son propietarios del vehículo (45.26%) y de \$863.65 para los que sí lo son (54.74%), trabajan en promedio seis días por semana con jornadas diarias de 11.40 y de 10.76 horas respectivamente.

El servicio de transporte se ofrece entre las 4:00 y las 23:30 horas, no obstante, en promedio inician a trabajar a las 7:00 y terminan a las 18:00 horas (tabla 2).

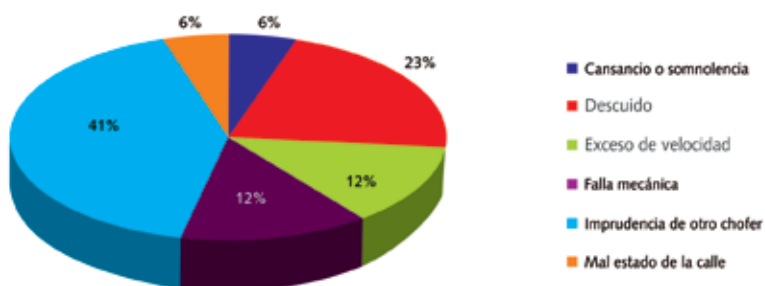
El 20% tiene otro trabajo, principalmente en la industria de la construcción -realizan trabajos de albañilería-. Sólo 2.13% firmó algún tipo de contrato laboral y, aunque se tienen 5.27 años de experiencia promedio en esta actividad, sólo 14.74% ha recibido algún tipo de capacitación, que en ningún caso excede diez horas y no se incluyen temáticas como la seguridad vial.

Tabla 2 Estadística descriptiva

Variable	Datos (n)	Media	Valor mínimo	Valor máximo	Moda	Desviación estándar	Intervalo de confianza (95%)
Edad (años)	95	30.04	16	65	31	10.45	2.13
Peso (kg)	94	70.09	45	122	70	12.26	2.51
Estatura (m)	95	1.66	1.2	1.89	1.6	0.09	0.02
Número de dependientes económicos	82	2.40	0	7	2	1.32	0.29
Años de estudio	94	9.01	0	15	9	2.68	0.55
Años de experiencia	94	5.27	0.06	30	1	5.64	1.15
Horas conduces sin descansar	94	6.73	3	15	5	2.61	0.53
Hora inicial de la jornada	92	6.96	4	14	7	1.40	0.29
Hora final de la jornada	91	18.26	10	23.5	19	3.21	0.67
Horas por jornada	91	11.29	3	19	11	3.48	0.72
Días trabajados por semana	95	6.36	3	7	7	0.86	0.18
Ingreso (sem)	93	842.04	100	1800	1200	399.67	82.31
Duración del viaje promedio (min)	95	7.07	3	20	5	3.73	0.76
Número de accidentes	95	0.18	0	1	0	0.39	0.08
Tiempo de ser propietario del vehículo (años)	68	2.68	0	25	0	3.67	0.89

Respecto a los riesgos, aunque 17.89% reporta haber tenido un accidente de tránsito, ocasionado por diferentes causas (Gráfica 3), 77.89% de los vehículos no están asegurados; asimismo, los trabajadores indican haber sido víctimas de la delincuencia y despojados de su dinero con armas blancas (10.53%), arma de fuego (4.21%) o con golpes (3.16%).

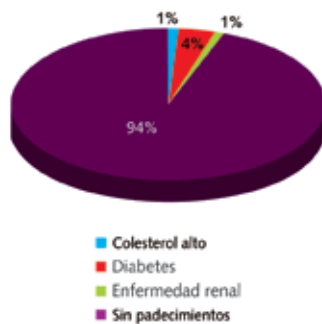
Gráfica 3 Causas de accidentes de tránsito



A pesar de los riesgos, la mayoría carece de seguridad social, sólo 11.58% se encuentran afiliados, principalmente por otros empleos, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En relación a la salud subjetiva, sólo 6.32% indica padecer alguna enfermedad (Gráfica 4), aunque 49.47% refiere padecimientos osteomusculares (Gráfica 5), 28.42% fuma, pero no refiere sintomatología o patología asociada a este hábito y; de acuerdo al Índice de Masa Corporal: 28.72% tienen sobrepeso y 17.02% obesidad. De todos ellos, sólo 3.16% declaran que están en tratamiento.

Gráfica 4 Enfermedades



Gráfica 5 Padecimientos musculo-esqueléticos

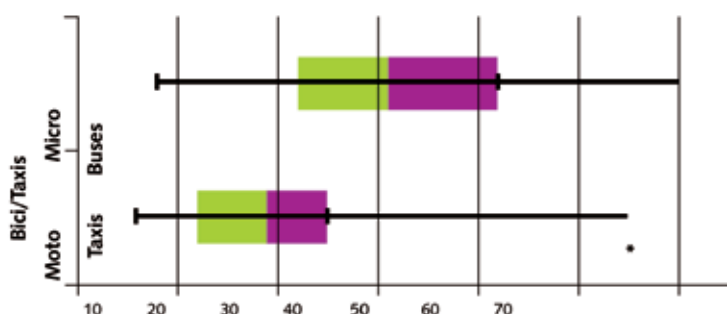


En la satisfacción subjetiva, en general los conductores afirmaron que su trabajo es agradable (94%) y que se sienten felices con su vida (77.89%) o muy felices con su trabajo (77.89%); sin embargo, las preferencias declaradas indican que 54.74% cambiarían de actividad y que si pudieran elegir, sólo 21.05% trabajaría en lo mismo; incluso, 17.89% refirió, que si tuvieran la oportunidad, preferirían trabajar en una fábrica.

DISCUSIÓN

Los trabajadores de los bicitaxis y mototaxis tienen en promedio 8.5 años menos de edad que la población económicamente activa a nivel nacional (INEGI, 2014); a diferencia de los choferes de auto-taxi y microbús, con promedio de 41.9 años y que se encuentran arriba de la media nacional (Berrones Sanz, 2010). La gráfica 6, muestra la discrepancia entre los cuartiles dos (Q2) y tres (Q3) en ambos grupos de trabajo; se puede inferir, que dado que los bicitaxis requieren mayor esfuerzo físico, obliga a los trabajadores a buscar otros empleos después de cierta edad, por ejemplo: aunque se encuentran valores atípicos (*) el rango intercuartílico se encuentra en los 54.5 años de edad y el límite del cuartil tres, en los 35 años.

Gráfica 6 Diagrama de caja de las edades de los choferes



Acorde a esto, y por la experiencia que los trabajadores de bicitaxis adquieren en el sector transporte, es posible que cambien al grupo de taxis y microbuses, que tienen en promedio los mismos años escolares -nueve- y un ingreso de \$1346.46 por semana (Berrones y Rosales, 2011), esto excede 59.90% su salario y disminuye una hora diaria su jornada laboral.

La actividad laboral de los bicitaxis y mototaxis, se mantiene caracterizada por la atractiva autonomía de los choferes del transporte urbano (Aguilar Nery, 1999; Berrones y Rosales, 2011) sin embargo, parece aumentar la precariedad del ambiente informal. Por ejemplo: el número de personas que firmaron algún tipo de contrato, cambia de 7.69% para taxis y microbuses a 2.11% para el grupo de estudio, además, se reduce la tasa de trabajadores con seguridad social (IMSS e ISSSTE) de 20% a 11.58%. Notoriamente, no son indicadores directos de la actividad, dado que el contrato que elaboran no certifica la formalidad, ya que son estipulaciones informales que no aseguran los beneficios que exige la Ley Federal del Trabajo, además, de que la seguridad social, se adquiere a través de otros medios, como un segundo empleo o sus jubilaciones.

Por otro lado, diversas investigaciones, (Amaran y Salako, 2014; Tovalín y Lazcano, 1991; CENFES AC, 2010) indican enfermedades características del grupo de trabajo -hipertensión arterial, ametropías, miopías, problemas gastrointestinales, enfermedades respiratorias y mialgias entre otras- consecuencia de exponerse a trabajos sedentarios durante largas jornadas, además, de los riesgos químicos físicos y mecánicos asociados a la actividad -vibraciones, accidentes de tránsito y contaminación ambiental o acústica-. Sin embargo, la salud subjetiva indica que el grupo de estudio padece menores problemas de salud, sólo 6.32% contra 13% del grupo de comparación (Berrones y Rosales, 2011); obviamente, la edad, el esfuerzo físico y el ejercicio -en los bicitaxis- son un factor protector, que se ve reflejado en el índice de masa corporal; que para los bicitaxis, no hay obesidad y, para los mototaxis, sólo 28.72% tienen sobrepeso y 17.02% obesidad, mientras que los choferes de taxi y microbús, 41.6% tienen sobrepeso y 44.7% obesidad. Además, en lo que respecta a la seguridad vial, el grupo de estudio indica menor frecuencia en los ac-

cidentes de tránsito, 17.89% contra 45.38% de los taxis y microbuses. Es evidente, que las bajas velocidades son un factor protector de los accidentes y, aunque no hay estadísticas para los bicitaxis y mototaxis, en el Distrito Federal, sólo 0.59% y 3.44% de los accidentes de tránsito son atribuidos a las bicicletas y motocicletas (INEGI, 2012); perceptiblemente, el número de automóviles es 50.3 veces mayor que el de motocicletas, es así que al analizar datos de los viajes persona-día, en los modos de transporte colectivos (SETRAVI, 2007) y el número de accidentes viales (INEGI, 2007), se obtiene un Riesgo Relativo (RR), lo que significa que hay 2.18 veces más probabilidades de sufrir un accidente mortal en bicicleta (95% IC: $1.81 < RR < 2.61$) y 28.40 veces para las motocicletas (95% IC: $26.50 < RR < 30.45$). A partir de estos riesgos, los mototaxis son considerados por las autoridades como vehículos irregulares, no aptos para el transporte público y que representan un riesgo para los pasajeros; la Ley de Movilidad, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) el 14 de julio de 2014, prohíbe en su artículo 59 la utilización de motocicletas para el transporte público, además, de que esta actividad, se convierte en delito y se sanciona con pena privativa de la libertad, en los siguientes artículos:

Artículo 258.- Comete el delito de transportación ilegal de pasajeros o de carga, el que sin contar con la concesión o permiso expedidos por la Secretaría para tales efectos, preste el servicio público, privado o mercantil de transporte de pasajeros o de carga en el Distrito Federal.

Artículo 260.- Se sancionará con pena privativa de libertad de tres a seis años y multa de setecientos a mil días de salario mínimo, a quien dirija, organice, incite, induzca, compela o patrocine a otro u otros, a prestar el servicio público de transporte de pasajeros o de carga, sin contar con la concesión correspondiente.

Por su parte, la Ley de Movilidad sí permite el servicio de transporte público en bicicleta adaptada, pero los somete a nuevas exigencias como póliza de seguro vigente y pagos de permisos -artículos 90 y 123 respectivamente-. Estos costos, se sumarán a las cuotas que entregan a sus organizaciones y otros gastos que genera el servicio (Tabla 1), por lo que afectará el ingreso de los choferes o se verá reflejado en un incremento de tarifa, que afectaría la demanda del servicio, posiblemente con la disminución de viajes y, por lo tanto, disminuyendo los ingresos y las condiciones laborales, la calidad de vida y la satisfacción en el trabajo de los trabajadores.

A pesar de que la metodología y los instrumentos utilizados no permiten establecer asociaciones causales ni detallar en su totalidad la situación laboral y de salud en la que se encuentran los conductores, nos acerca a describir los niveles de satisfacción de los bicitaxis y mototaxis. Asimismo, dibuja una panorámica sobre los problemas más relevantes, los riesgos y exigencias a que están expuestos estos trabajadores. Con estos datos, se puede diseñar instrumentos y estudios de cohorte, por ejemplo, que busquen de forma más sistemática los problemas que podrían relacionarse entre las condiciones laborales y de salud.

No obstante, con la descripción de estas características, se puede inferir que existe en el colectivo una relación entre las condiciones de vida -a través del salario- y laborales -desgaste físico- con los problemas de salud; ya que las condiciones materiales de vida precarias de los conductores (aunque habrá que indagar en éstas) dificulta la reproducción de su fuerza laboral y también sus proyectos de vida, determinando así su calidad de vida. Siendo un grupo de jóvenes trabajadores podemos considerar que los perfiles patológicos que los caracterizan serán a lo largo de los años un problema de salud pública. Aún más, si tomamos en cuenta la falta de acceso a los servicios de salud -que refieren- y las reformas tanto al sector salud como al laboral.

Para poder describir de forma precisa la relación de estos procesos, se han planeado varias etapas subsecuentes a esta investigación, en las que se crearán grupos focales dentro del colectivo para el mapeo de los riesgos y exigencias de la actividad y posibilidades de mejorar, a través de las organizaciones, algunas de estas situaciones. En cuanto a las condiciones de salud se indagarán realizando estudios de estrés, ya que como lo demuestran estudios, está asociado al síndrome metabólico, medidas antropométricas y antecedentes patológicos; por lo que se realizarán estudios biométricos, además de estudios de prácticas alimenticias para caracterizar el perfil patológico del grupo y para configurar los riesgos expuestos.

CONCLUSIONES

Los riesgos y las exigencias son los componentes derivados de los elementos del proceso de trabajo que pueden dañar de forma física o psicológica a los trabajadores, por lo que es necesario, que sean el principal punto de estudio para nuevas tecnologías y para la organización y división del trabajo en los sistemas de transporte. Además, los estudios, que son escasos en este sector, no son realizados para las condiciones antropológicas del mexicano, por lo que es necesario que sean adecuados y personalizados a las necesidades de la población y, que no sean sólo estándares, normas, reglamentos y documentos de otros países.

Es necesario que las regulaciones sean orientadas a las condiciones laborales de los trabajadores de los bicitaxis y no sólo dirigidas a la regulación del servicio del transporte público, algo importante para la ciudad, pero que no considera a los trabajadores. La productividad y calidad en el servicio no deben ser el único criterio para definir los ritmos de trabajo, los tiempos, movimientos y otros elementos que intervienen en la organización técnica y división social del trabajo en los sistemas de transporte; ante todo, debe tomarse en cuenta la salud de quienes hacen posible el servicio de transporte público.

Para esto, es necesario, que los trabajadores sean capacitados y sensibilizados de la importancia del proceso de trabajo y sus repercusiones en su salud/enfermedad, para que los riesgos -como los problemas posturales- sean erradicados, o al menos mitigados. En este grupo de trabajo, aunque tienen condiciones laborales precarias, con bajos ingresos y sin ninguna protección social, es claro que la satisfacción laboral y la satisfacción personal o en el ocio, son un factor de ventaja

de esta actividad, frente a otras que requieren el mismo nivel de calificación en el trabajo. Aunque en su mayoría, los trabajadores no son dueños de los medios de producción y existe falta de regulación, no sólo en su trabajo sino en toda su actividad en general, la autonomía y la actividad física de este trabajo, que a pesar de aumentar lesiones musculoesqueléticas, parece ser un determinante (al comparar con otro tipo de choferes, como de taxi y microbús) que ayuda a la salud de los trabajadores, disminuyendo el riesgo de padecer, al menos, obesidad y sobrepeso, entidades asociadas al síndrome metabólico. Sin embargo, para poder demostrar estas aseveraciones es necesario hacer estudios más detallados en la que se utilicen instrumentos que arrojen datos empíricos sobre las condiciones materiales de vida y sus condiciones de salud.

Por otro lado, la prohibición de los mototaxis, se convertirá en otro apartado no acatado ni sancionado por la ley; como, entre otros, los artículos del reglamento de tránsito metropolitano: 8, 16 y 19 -la preferencia de paso en los cruceros, la obligación de sistemas de geolocalización y las utilización de luces de neón respectivamente-. Lo preocupante, es el haber cambiado de infracción a delito y castigar con pena privativa de la libertad, sin embargo, el gran número de trabajadores y de organizaciones de esta modalidad de transporte, no tardarán en ejercer presión política, y con esto, vendrán los amparos, la protección de los partidos políticos y la tolerancia para la prestación del servicio.

Respecto a la viabilidad técnica del servicio y la seguridad vial, la falta de estadística dificulta el análisis del servicio. Para esta investigación, es necesario considerar que los resultados del riesgo relativo en los accidentes viales, tienen un gran sesgo, lo que ocasiona mayor prevalencia en el riesgo, debido a que los datos secundarios utilizados en la metodología, combinan la utilización de bicicletas y motocicletas en sus modalidades de público y privado. Por lo que resulta esencial que, para estas modalidades, las estadísticas oficiales registren de forma exclusiva los accidentes viales ocurridos en el transporte público.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Nery, J. (1999). Choferes, antropología y vida cotidiana Notas de un viaje por la Ciudad de México. *Versión*(9), 127-162.
- Amoran, O. E., y Salako, A. A. (2014). Screening for Common Occupational Health Diseases Among Long Distance Professional Drivers in Sagamu, Ogun State, Nigeria. *International journal of Preventive Medicine*, 5(4), 516-521.
- Berrones Sanz, L. D. (2010). *Condiciones laborales de los trabajadores del volante del transporte público de pasajeros y su repercusión en la ciudad*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Berrones Sanz, L. D., y Rosales Flores, R. A. (2011). Condiciones laborales y de salud de los choferes de taxi y microbús del Distrito Federal. (UAM-X, Ed.) *Salud Problema, Segunda época* (9), 18-25.
- CENFES AC. (2010). *2do. informe*. México: Centro para el fomento de la Educación y salud de los Operarios del Transporte Público de la ciudad de México A.C.

- Cuellar, R., y Noriega, M. (1996). Modernización, Condiciones de trabajo y Salud. *Revista Salud de los Trabajadores*, 4(1), 6-15.
- DGJG. (2015). *Padron de representantes y agremiados de las organizaciones de bicitaxis de la delegación Tláhuac*. Tláhuac: Dirección General Jurídica y Gobierno.
- DOF. (14 de junio de 2002). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-STPS-2001, Condiciones térmicas elevadas o abatidas-Condición de seguridad e higiene. *Tabla A. 1 definición del regimen de trabajo según la actividad*, (Cuarta Sección) 1-15. México: Diario Oficial de la Federación.
- GODF. (14 de julio de 2014). *Gaceta Oficial del Distrito Federal (1899 Bis)*, págs. 5-65.
- González, R. (29 de diciembre de 2013). Aumenta el número de bicitaxis en la ciudad; no hay regulación. *La Jornada*, pág. 26.
- Haro-García, L., Sánchez-Román, R., Juárez-Pérez, C. A., y Larios-Díaz, E. (2007). Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 191-197.
- INEGI. (2012). *Accidentes de tránsito terrestre/Ent y mun de ocurrencia : Distrito Federal*. Recuperado el 7 de febrero de 2015, http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/transporte/accidentes.asp?s=est&c=13159&proy=atus_accidentes
- INEGI. (2014). *Indicadores de ocupación y empleo al tercer trimestre de 2014*. Recuperado el 7 de febrero de 2015, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>
- INEGI. (2015). *Distrito Federal*. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de Clima: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/clima.aspx?tema=me&e=09>
- ISTAS. (2014). *Riesgos psicosociales*. Obtenido de Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=3185>
- Mugica Cantelar, J. P., Román Hernández, J. J., y Cádiz García, A. A. (2004). Efectos del ruido y las vibraciones en operadores de equipos pesados. *Rev Cubana Salud Trabajo*, 5(1), 39-47.
- Noriega, M. (1993). Organización laboral, exigencias y enfermedad. *Salud y Sociedad* 2000(3), 167-187.
- Noriega, M., y Villegas, J. (1989). *El Trabajo sus riesgos y exigencias*. México: SITUAM.
- PVEM. (28 de enero de 2013). Regularizando moto y bicitaxis se frena la corrupción en ese sector: Partido Verde. *Boletín 17/13*. México: Partido Verde Ecologista de México.
- Rosen, G. (1977). *Da policia médica á medicina social ensaios sobre a história de assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- SETRAVI. (2007). *Encuesta Origen Destino*. México D.F.: Secretaría de Transporte y vialidad.
- Tovalín Ahumada, H., y Lazcano Ramírez, F. (1991). Las condiciones de salud de los conductores de autotransportes urbanos de pasajeros de la Ciudad de México. *Bol Of Sanit Panam*, 111(4), 324-332.

AGRADECIMIENTOS

El estudio es parte del proyecto PI2011-37R y fue realizado gracias al apoyo financiero de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTI).

5.2 Diferencias en condiciones de empleo, condiciones de trabajo y en salud mental laboral, según la posición de clase social de trabajadores asalariados de bogotá, 2013.

BELCY MAYERLI ESPITIA CASTELLANOS¹,
LUZ AMPARO PÉREZ FONSECA² Y
JAIRO ERNESTO LUNA GARCÍA³

¹Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Psicología, Maestría en Psicología.
bmespitiac@unal.edu.co

²Candidata a doctorado en Salud Pública. Catedrática titular departamento de Psicología.
Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Psicología,

³Phd en Salud Pública. Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia.
Laboratorio de Ergonomía, Escuela de Diseño Industrial

RESUMEN

El presente estudio buscó identificar diferencias existentes en condiciones de empleo, condiciones de trabajo y en salud mental laboral, según la posición de clase social (PCS) en trabajadores asalariados de Bogotá. El estudio fue transversal. Se realizó un análisis secundario de la encuesta ETESSA (Encuesta de Trabajo, Empleo, Salud y Seguridad Social) para una muestra de 789 trabajadores (Edad, M=35; D.E.12; 48,7% mujeres). Se conformaron nueve grupos de análisis entre directivos, mandos medios y subordinados, según sus calificaciones en términos de expertos, calificados y no calificados. Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con nueve niveles, para examinar el efecto de la PCS en el empleo, el trabajo y la salud mental laboral de los grupos. Los resultados mostraron que hay diferencias significativas entre los grupos en dichas variables. Las comparaciones múltiples arrojaron diferencias significativas entre algunos grupos específicos. La confirmación del efecto de la PCS en las diferencias entre grupos constituye la principal contribución teórica del presente estudio en el contexto del trabajo asalariado y la salud mental laboral.

Palabras clave: Posición de clase social, condiciones de empleo, de trabajo y salud mental laboral.

INTRODUCCIÓN

Origen de las desigualdades.

Para identificar dichas desigualdades con base en la posición de clase social de los trabajadores, hay que considerar el contexto socioeconómico y los demás factores en que se generan. Hoy por hoy, asistimos al proceso de globalización económica dirigido a integrar progresivamente las economías nacionales de países de ingresos medios y bajos al ámbito internacional de las economías de los países de altos ingresos; entre otras muchas cosas. Entre los efectos de estos procesos están la creación de dependencia del primer grupo de países respecto de los segundos y la pérdida

en la autonomía de políticas económicas y sociales de los países locales (Estefanía, 2002). Un impacto específico de este fenómeno es el desmejoramiento de las condiciones laborales lo que, a su vez, incide en la salud de los trabajadores tanto en el plano físico como el mental. Infante (2011), por ejemplo, refiere que en las últimas décadas la flexibilidad laboral en el ámbito de la globalización desfavorece las condiciones laborales, por tanto, éstas deben ser examinadas dado que propician desmejoras en el bienestar y la salud de los trabajadores. Dichas desmejoras se reflejan en jornadas extensas de trabajo, flexibilidad en las formas de vinculación, bajos esquemas de remuneración, precarias herramientas para trabajar, menor acceso a la calificación y al entrenamiento, entre otros. (Iranzo & de Paula, 2006).

De la mano de la globalización se instaura el modelo de desarrollo económico neoliberal, el cual se caracteriza por la relevancia que cobran los derechos de la propiedad privada y el libre comercio (Harvey, 2007, citado por Sánchez & Manenova, 2014). La función que toma el Estado en este modelo es crear el marco institucional para el pleno desarrollo de tal sistema económico. Moutsatsos, (2011) refiere entonces que la globalización, es legitimada por las políticas y prácticas neoliberales que facilitan la influencia de los mercados sobre los gobiernos, desarticulando de él la protección social y las iniciativas que propician el bienestar de la población.

En América Latina, los mercados globales representados en bienes, servicios, tecnología y el desarrollo de mercados financieros, impacta también la estructura productiva, los procesos sociales y el desarrollo de las economías locales. Especialmente, el mercado laboral es afectado por modelos laborales flexibles donde sobresalen la reducción de costos, la competitividad entre las empresas (Abadía-Barrero, Pinilla, Ariza & Ruiz, 2012).

En Colombia, el mercado global ha transformado la economía local, siendo la industria y la agronomía los sectores más afectados, cuya estructura neoliberal sigue vigente desde los años 90. Según Estrada (2006), (citado por Vega, Ramirez, Luna, Fresneda, & Giraldo, 2014), con la implantación del modelo neoliberal, el desarrollo económico cambió para orientarse hacia lo transnacional, proceso que necesitó modificar estructuralmente aspectos políticos y económicos en el país. En el mismo texto, el autor describe que la transformación se originó en cinco momentos: a) ejecución de reformas para desregular la economía, (reforma laboral y la apertura a la importación de productos), b) formulación de una constitución económica, que reorganizara el ámbito político y judicial en el país, c) asentar la desregulación económica con reformas legales que favorezcan la apertura a nuevos mercados (seguridad social y educación), d) crisis y reforzamiento de la desregulación económica mediante exposición a deudas con fondos internacionales con el objetivo de sanear finanzas públicas, y e) la consolidación de los tratados de libre comercio con diferentes países.

El trabajo asalariado a nivel mundial, regional y local.

La creación de nuevos empleos es menor frente a la oferta de mano de obra, solo existen aquellos donde las condiciones son precarias, situación que agudiza la pobreza y las desigualdades de quienes trabajan (Neffa & Brown, 2012).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2011), indica que los trabajadores del mercado asalariado representan alrededor del 61,4% de la población ocupada en el mundo; que el 65,1% corresponde al empleo asalariado, y de esta proporción el 51,9% se ocupa en el sector privado mientras que el 13,2% en el sector público. En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2014), hasta el segundo trimestre del 2014, el 37,7% y el 4% son empleados del sector privado y del gobierno respectivamente. En el área metropolitana, constituida por las 13 ciudades principales del país, se refiere que el 49,6% y el 3,6% son empleados del sector privado y del gobierno respectivamente; Bogotá de acuerdo con la Secretaria de Hacienda del Distrito (2014), indica el 53% y el 3,2% siguiendo el mismo orden. De acuerdo con estos datos, el grupo de trabajadores asalariados tiene una representación significativa en la población ocupada del país, cifras que justifican la necesidad de este estudio.

Cómo se ha explicado la salud de los trabajadores.

Desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana (Laurell & Noriega, 1989) exponen los siguientes como modelos de mayor importancia, a) el método LEST creado por un centro de investigación en Francia cuyo interés es dar cuenta de las condiciones del trabajo, la relación con la salud y la vida personal del trabajador; contempla cinco dimensiones: ambiente físico, carga física, carga mental, el ámbito psicosociológico y el tiempo de trabajo, b) la propuesta de Gardell y Frankenhaeuser da cuenta del proceso laboral considerando las condiciones físicas y el contenido psicológico que demanda el trabajo a realizar, c) el Método Obrero Italiano se sitúa en la experiencia colectiva de los trabajadores. En cuanto a los factores psicosociales, éstos que de acuerdo a los citados autores, han alcanzado una mirada más precisa con la aplicación de modelos tales como d) el modelo demanda-control-apoyo social el cual constituidos por: la demanda psicológica, el control sobre las tareas y el apoyo social de supervisores y compañeros de trabajo; y e) el modelo Desequilibrio Esfuerzo – Recompensa que evalúa el esfuerzo, recompensa y el sobre-compromiso en el trabajo (Charria, Kewy & Sarsosa, 2011). Modelos que corresponden a explicaciones micro-estructurales de la salud laboral. Esto permite identificar que las explicaciones desde el puesto de trabajo cuentan con un desarrollo importante. De otra parte, quedarían por explorar las explicaciones macro-estructurales que también constituyen un eje de análisis.

Explicaciones de la salud laboral desde el Modelo de Employment Conditions Network (EMCONET, por sus siglas en inglés).

En 2004 la OMS documentó la existencia de ciertas inequidades determinantes en la salud de la población y como propuesta para ampliar el conocimiento de éstas y profundizar en el conocimiento de las relaciones entre los determinantes sociales y las desigualdades en salud, creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). De la comisión surgieron nueve redes de conocimiento dentro de las cuales se destaca la Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo, (EMCONET), cuyo objetivo es el estudio de la relación entre las inequidades, las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y la salud laboral.

Dichas desigualdades ejercen influencia tanto las relaciones de poder político como las del proceso productivo. Para explicar mejor este planteamiento Benach, et al (2010) desarrollaron dos modelos, uno de ellos macro-estructural y el otro micro-estructural, el primero integra el estudio de instituciones y de relaciones sociales que explica los efectos del poder político en el diseño y ejecución de políticas públicas y la influencia que tienen los mercados laborales sobre las condiciones de empleo; muestra el influjo del gobierno sobre el mercado laboral, visible en las políticas públicas de protección social, regulación laboral, negociación colectiva y la organización sindical. El segundo modelo establece los vínculos entre las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y los determinantes en salud, en tres vías: a) la conductual, b) la psicosocial, c) la fisiopatológica, las cuales están relacionadas con las características particulares del puesto de trabajo donde el trabajador está expuesto a factores de riesgo: características físicas, psicológicas, psicosociales y ambientales.

La pertinencia del modelo EMCONET, para efectos de este trabajo radica en que el análisis de clase social es parte de los factores macro-estructurales. Considera a las condiciones de empleo como las circunstancias en las que un trabajador ejecuta un trabajo o una ocupación, puesto que casi siempre hay una relación contractual entre una empresa o contratante y un trabajador que ofrece su trabajo. Condiciones de trabajo en donde los trabajadores están expuestos a múltiples riesgos tales como: a) ambiente físico, b) químico, c) biológico y d) ergonómico, en la organización de la tarea; también involucra el ámbito psicosocial, la ejecución y el control del propio trabajo, el número de tareas que se hace, las herramientas, los elementos tecnológicos, los estilos de liderazgo y la participación de los trabajadores, incluyendo a la misma organización del trabajo. (Benach, et al 2010).

Antecedentes empíricos de las condiciones de empleo y condiciones de trabajo y la salud física y mental de los trabajadores.

En España, los resultados de la encuesta nacional de salud del año 2000 (n=2.322 hombres, n=1.836 mujeres) corrobora la existencia de efectos desfavorables para la salud mental por diferencias en la calificación profesional hacia las mujeres con ocupaciones menos calificadas; también establece que las condiciones de trabajo de orden psicosocial, se asocian con el mal estado de salud mental de los participantes del estudio, en términos del General Health Questionnaire (GHQ-12) (Cortès, Artazcoz, Rodríguez-Sanz & Borrell, 2004).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2012) lleva a cabo un estudio comparativo sobre condiciones de trabajo y salud en trabajadores asalariados del sector salud (n= 1.015) con la participación de cuatro países: Brasil, Argentina, Costa Rica y Perú. Los trabajadores participantes del estudio reportan molestias en su salud relacionadas con el estrés, el agotamiento físico y mental, asociadas con las condiciones de trabajo materiales y psicosociales, como la falta de espacios y herramientas suficientes para realizar el trabajo; los aspectos relacionados con la organización de las tareas tanto en la distribución y coordinación de las mismas así como la carga de trabajo asignada a cada puesto de trabajo

o la que tenían que asumir por la ausencia de otros colegas. En la Argentina (26%) de los trabajadores participantes del estudio reportaron una percepción negativa de sus condiciones trabajo, esta misma condición fue reportada en Perú por el 18% y en Brasil por el 13%; en contraste, los trabajadores de Costa Rica lo reportaron solo en un 10%.

En Colombia, la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (II ECNSST, N=3.284 trabajadores), realizada por el Ministerio de Trabajo, (2013) incluye la participación de los trabajadores dependientes del sector público y privado del país. Algunos de sus principales resultados se describen a continuación: en relación con las condiciones de empleo (o condiciones contractuales), el 43.87% los encuestados son empleados de planta. Respecto a las condiciones de trabajo, los principales factores de riesgo identificados por ellos son los de orden psicosocial, relacionados con el control y ritmo en el trabajo. En lo que concierne al control sobre el trabajo, el 15,5% de los trabajadores participantes casi nunca tiene posibilidad de cambiar el método de trabajo, el 11,9% tiene muy pocas posibilidades de decidir la duración de las pausas en el trabajo, y el 21,91% tiene poca libertad para elegir cuándo tomar vacaciones y días libres. De otra parte, en lo relacionado con el ritmo de trabajo, reportan que siempre son objeto de control por parte del jefe (25,05%), deben cumplir plazos en la realización del trabajo (30,73%), y siempre hay metas que hay que alcanzar en la producción (34, 68%).

Concepciones de la salud mental

Ferro, (2010) expone que el ámbito laboral contemporáneo requiere re-conceptualizar a la salud mental y agregar a los elementos teóricos tradicionales de orden médico, psicológico y biológico, factores de orden económico, social y político de donde se pueden extraer aportes teóricos, que contribuyen a la re-conceptualización del fenómeno.

Las concepciones positiva y negativa de la salud- enfermedad mental.

Además de la construcción teórica que aportan los modelos clásicos como el biológico a la salud mental, en el ámbito de trabajo se suman diversos referentes conceptuales de otras disciplinas como: la psicología, medicina y psiquiatría sociales así como la anti-psiquiatría, los cuales se caracterizan por hacerle una fuerte crítica al modelo clásico, por la conceptualización negativa de la salud mental. Ante el desacuerdo con el paradigma hegemónico con el que había explicado el fenómeno el cual asumía la salud mental como ausencia de enfermedad o trastornos mentales, en los últimos años emergió un nuevo concepto que da cabida a la conceptualización de la salud mental positiva, que interpreta la salud mental bajo el concepto de bienestar y la habilidad para afrontar adversidades (Charria & Sarsosa, 2011)

El abordaje que se hace desde la perspectiva de la salud mental positiva resalta el funcionamiento adecuado de diferentes ámbitos del ser humano que aportan a su bienestar y calidad de vida. Este enfoque promueve el desarrollo de cualidades

y capacidades en las personas las cuales fomentan el bienestar físico, psíquico y social. (Lluch, 1999). Por lo anterior, este es el referente teórico del cual se parte porque ofrece una conceptualización que enmarca aspectos positivos de la experiencia de vida, los cuales se reflejan en la satisfacción de las personas con distintos aspectos de la misma incluyendo el ámbito laboral.

Explicaciones de la salud desde la perspectiva de clase social

En América Latina, el estudio a partir de la Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores en Chile, concluye que existen diferencias según la posición de clase social de los trabajadores del sector formal. Los gerentes y los empresarios con calificación alta reportan mejor estado de salud. Por el contrario, los trabajadores subordinados y los supervisores no calificados refieren peor estado de salud en comparación con los primeros, reiterando con esto, que la posición de clase social genera aspectos diferenciales en el estado de salud física y mental de los trabajadores (Rocha & Muntaner et al, 2013).

En Colombia, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, viene documentando la función que cumple la posición social en la explicación de las desigualdades en salud planteadas en el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). El Centro de investigaciones para el Desarrollo aporta un análisis para identificar las desigualdades en la calidad de vida y salud según la posición de clase social en Bogotá (los datos para el estudio se tomaron de la encuesta de calidad vida 2007; para efectuar el análisis se consideró tanto el trabajo de identificación de grupos socio ocupacional del sociólogo colombiano Fresneda -1993; 2009- como los enfoques de clase social de Goldthorpe y de Wright). Los resultados obtenidos indican que predomina la clase media, conformada por empleados administrativos, del comercio y de los servicios con el 35%, le siguen la pequeña burguesía (21%), los obreros industriales (20%), los profesionales y técnicos (15%), los directores y gerentes alcanzan al 4%. Con lo anterior se confirma la segmentación social que hay en la ciudad, aspecto que propicia las desigualdades (Fresneda, 2012).

Desarrollo del concepto clase social

La concepción y la medición de clase social se pueden hacer considerando atributos de relación en torno al poder, la propiedad y el control de activos. Estableciendo por atributos individuales donde el acceso a oportunidades y servicios, al nivel de ingresos, la formación educativa, la ubicación geográfica difieren de manera particular (Johnson, 2012). De acuerdo al neo-marxista Erik Olin Wright, la clase media, se entiende como una “posición de clase contradictoria”, porque incorpora los intereses de las dos clases antagónicas, la capitalista y la proletaria. Esta posición queda representada en las casillas de directivos y mandos medios. Por otro lado, las relaciones de explotación vinculadas a las de propiedad de los productos se amplían más allá de la sola explotación capitalista de apropiación del plusvalor e incorporan otras dos dimensiones de explotación, la de los bienes de organiza-

ción, es decir el control que, por ejemplo, un directivo posee sobre el proceso de trabajo en un centro laboral, y que en la Figura 1 se denomina nivel de autoridad, y la dimensión de posesión de habilidades infrecuentes en el mercado laboral, que se concretan en títulos educativos o credenciales y que están bajo la denominación de relación con habilidades escasas. A partir de estos componentes, es que Wright propone las nueve posiciones de clase proletaria que ya se han mencionado y que se pueden observar en la misma figura.

Figura 1. Tipología de clase social de Erik O. Wright

Relación con los medios de producción						
Propietario		Propietario				
Número empleados	1 Capitalistas	4 Directivo experto	7 Directivo Calificado	10 Directivo No Calificado	Directivos	
	2 Pequeños empleadores	5 Mando medio experto	8 Mando medio Calificado	11 Mando medio No Calificado	Supervisores	
	3 Pequeña burguesía	6 Sub-ordinados experto	9 Sub-ordinados Calificado	12 Sub-ordinados No Calificado	Sub-ordinados	
		Experto	Calificado	No calificado	Relación con autoridad	

Relación con habilidades escasas.

Fuente: Wright, E. O. (2000)

Ahora bien, para comprender mejor las relaciones que se dan entre las clases descritas anteriormente, es necesario detallar dos conceptos que desarrolla Wright a saber: a) el concepto de explotación y b) la posición de clase contradictoria. Define la explotación en el marco de una la relación de poder que ejerce un capitalista propietario de los medios de producción quien compra la fuerza de trabajo de otro, con el propósito de promover el poder, un proletario no propietario de los medios de producción que vende su fuerza de trabajo a cambio un salario para subsistir o adquirir bienestar económico, generando una relación de interdependencia entre uno y otro. En segunda instancia, el autor integra dos dimensiones de análisis que también integran las relaciones entre las diferentes clases, a) los niveles de autoridad y b) las credenciales de cualificación. El primero es un factor desde donde se ejerce dominación para garantizar la producción, aquellos quienes la ejercen asumen por parte del capitalista el control de la producción y debido al nivel de jerarquía recibe mejor salario o ingresos; el segundo aspecto se relaciona con la diferenciación en las credenciales, habilidades y conocimientos que poseen los trabajadores, contar con dichas cualificaciones les permite tener posición privilegiada donde son explotados en una menor proporción (Wright 2000). Retomado el concepto de la posición contradictoria de clase que se mencionó previamente, es importante precisar que este concepto hace referencia a una situación dual que afrontan los proletarios que ocupan cargos directivos y de supervisión en los centros de trabajo, quienes ejercen roles de autoridad y controlan la producción. Es decir, en su posición de clase se conjugan, de manera inherente, los intereses antagónicos de la clase capitalista y de la clase proletaria. Los trabajadores en estas

posiciones comparten con la clase capitalista el control sobre el proceso productivo y la fuerza de trabajo en las unidades productivas, a la vez que comparten con la clase proletaria la no propiedad de los medios de producción (Carabaña, 1995).

El aporte teórico de esta investigación radica en introducir la perspectiva de clase social neo-marxista para examinar desigualdades en las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y en las condiciones de salud mental asociada al trabajo, en trabajadores asalariados. Según se muestra en el esquema conceptual de la figura 2.

Por tanto, se formula la siguiente hipótesis de estudio.

Ho1: La clase social tiene efectos diferenciales por posiciones de clase en:

Ho1a. Condiciones de empleo en que se realiza el trabajo

Ho1b. Condiciones materiales y psicosociales de trabajo

Ho1c. Afectividad positiva y negativa en salud mental laboral

Figura 2. Esquema conceptual relación posición de clase social, condiciones de empleo, condiciones de trabajo y salud mental laboral.



Fuente: elaboración propia, tomando el modelo Wright, E. O. (2000).

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar diferencias existentes en condiciones de empleo, de trabajo y de salud mental laboral entre trabajadores asalariados de una muestra de Bogotá, según su posición de clase social.

MÉTODO

Diseño

El presente es un estudio transversal de análisis secundario, a partir de la base de datos de la encuesta ETESSA (Encuesta de Trabajo, Empleo, Salud y Seguridad Social) realizada en Bogotá en 2013, en el marco de un proyecto mayor a cargo de FLACSO Chile sobre “Desigualdades en Salud, Trabajo y Acceso a Seguridad Social de Trabajadores Informales en América Latina”, en convenio con la Universidad Javeriana y la participación de Universidad Nacional de Colombia. Por último, es pertinente señalar que la metodología para el desarrollo de la presente investigación fue tomada de la metodología empleada en el marco de la investigación y la tesis doctoral de la directora de este estudio a quien se agradece por su generosidad.

Participantes

La muestra total del estudio la constituyeron 789 trabajadores asalariados (Edad, M=35; D.E.12; 48,7% mujeres) tomados de la muestra representativa de la población ocupada de Bogotá, obtenida en ETESSA con 1.653 participantes. Los criterios de inclusión fueron estar ocupado, o desocupado por no más de doce meses al momento de responder la encuesta, tener 15 años en adelante y ser residente en la zona urbana de la ciudad.

Siguiendo el planteamiento de Wright sobre las posiciones que constituyen la clase social asalariada, se conformaron los nueve grupos de posiciones de clase combinando las dimensiones propiedad de los medios de producción, autoridad y calificación credenciales educativas, a partir de las variables de la base de datos de ETESSA.

La consideración ética tomada en cuenta en la recolección de la información de ETESSA, fue la solicitud de la firma del consentimiento informado a la muestra de participantes. Para el análisis del presente estudio se hizo anónima la siguiente información personal incluida en la base de datos: documento de identificación, nombres y apellidos, teléfonos, dirección de residencia, y correo electrónico.

Procedimiento

Verificación de la calidad de la base de datos

El grupo FLACSO estableció las reglas de validación para aplicar a la base de datos general. Se corroboraron las correspondientes a las consistencias teóricas en el subconjunto de datos de encuestados asalariados.

Con el programa SPSS versión 22 se realizó el procedimiento de seleccionar casos correspondientes a trabajador dependiente o asalariado y crear un nuevo conjunto de datos filtrando en la variable A6 (Situación en el empleo). Este nuevo conjunto de datos constituyó la base de datos en la que se realizaron los análisis del estudio. Debe mencionarse que ETESSA no contempló el trabajo doméstico como trabajo

asalariado y por esta razón este grupo de trabajadores no pudo ser examinado. La construcción de la variable se ilustra en la figura 3.

Figura 3. Reglas para la conformación de grupos por posición de clase social

No. de grupo	Posición de clase social asalariada	Regla para la construcción
1	Directivo o gerente experto	A24=1 & G3=4 A24=1 & G3=5
2	Directivo o gerente calificado	A24=1 & G3=3
3	Directivo o gerente no calificado	A24=1 & G3=1 A24=1 & G3=2
4	Mando medio experto	A24=2 & G3=4 A24=1 & G3=5
5	Mando medio calificado	A24=2 & G3
6	Mando medio no calificado	A24=2 & G3=1 A24=2 & G3=2
7	Subordinado experto	A24=3 & G3=4 A24=3 & G3=5
8	Subordinado calificado	A24=3 & G3=3
9	Subordinado no calificado	A24=3 & G3=1 A24=3 & G3=2

Fuente: Base de datos, ETESSA (2013)

Diseño de la matriz de datos para encuestados asalariados

De la base de datos ETESSA se extrajeron las variables de interés para efectuar los análisis según la hipótesis del estudio. Se consolidó una matriz con información relacionada con posición de clase social asalariada, condiciones de empleo, condiciones de trabajo y salud mental laboral. Estas variables se operacionalizaron siguiendo el siguiente orden: variable, dimensión, sub-dimensión, ítems/descripción, escala de medida y, puntuaciones esperadas. Su principal función fue suministrar la información para orientar los análisis de la investigación.

Análisis estadístico

Se corrieron análisis de varianza (ANOVA) de un factor con nueve niveles (Directivo experto, Directivo calificado, Directivo no calificado, Mando medio experto, Mando medio calificado, Mando medio no calificado, Subordinado experto, Subordinado Calificado, Subordinado no calificado). La independencia de los grupos se estableció mediante la verificación del valor de los grados de libertad entre grupos. Por otro lado, se comprobó la normalidad estadística de los grupos, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (grupo > 50) y Shapiro-Wilk (grupo < 50), se asumió el supuesto de normalidad si más de la mitad de los grupos cumplían el supuesto (Kenneth, 1997). Se debe mencionar que en el caso de la variable de satisfacción con distintos aspectos de la vida, se encontraron algunos valores extremos que afectaron su distribución normal. Por esta razón se realizó una transformación log(10) de estos datos (Field, 2006). También se confirmó la homogeneidad de varianza con la prueba de Leven, se encontró que se podían asumir varianzas iguales en cada una de las medidas analizadas.

VARIABLES

Variables Socio-demográficas

Sexo, edad, nivel educativo, estado civil, nacionalidad, grupo étnico, tiempo que vive en Bogotá, tamaño y composición del grupo familiar, estrato socioeconómico, ingreso, localidad, sector en que labora.

Variable Independiente

Posición de clase social asalariada. Hace referencia a aquella ubicación de la persona, en el conjunto de las relaciones de clase, en la cual vende su fuerza de trabajo, en el mercado laboral, por un tiempo determinado a cambio de un salario. Los criterios que diferencian las posiciones asalariadas son la relación del individuo con la autoridad en el proceso de producción y la posesión de calificaciones (Wright, 2000).

Variables dependientes.

Condiciones de empleo, condiciones de trabajo y salud mental laboral. Se detallan a continuación.

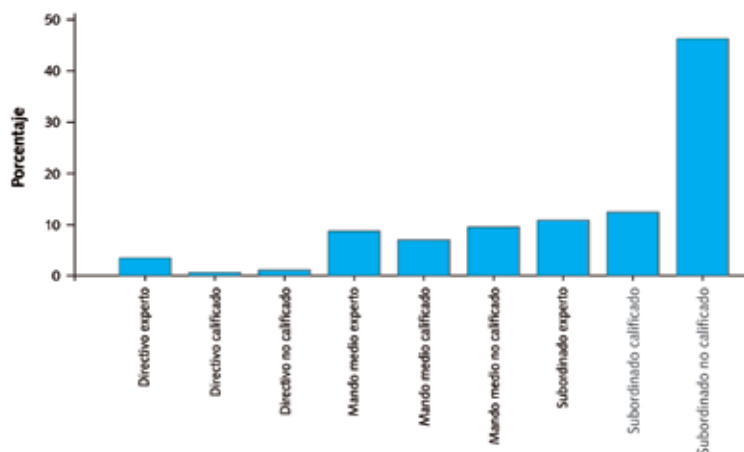
Condiciones de empleo, consideran las condiciones o circunstancias en las que una persona realiza un trabajo u ocupación, supone un acuerdo o relación laboral sujeta a disposiciones legales sobre forma contractual, estabilidad en el empleo, jornada de trabajo, derechos laborales, ingresos laborales y afiliación a seguridad social (OIT, 2000; citado por Benach *et.al.*, 2010). El empleo puede desenvolverse en el ámbito mercantil o en actividades sin fines de lucro, y llevarse a cabo sin relación de dependencia o como asalariado (ETESSA). Las condiciones de trabajo, comprenden aspectos del puesto y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo, y el diseño y contenido de las tareas (ETESSA). En Salud mental laboral, incluye la presencia de afectividad positiva en términos de satisfacción con distintos aspectos de la vida y el trabajo. Así mismo, la presencia de algunos trastornos mentales como depresión, angustia y ansiedad conforme fueron evaluados en ETESSA.

RESULTADOS

Características socio- demográficas de los participantes

La distribución porcentual de los grupos examinados se muestra en la Figura 4. A partir de la autoridad ejercida, los directivos fueron, en un 3,4% expertos, sólo en un 0,5% calificado y en un 1% no calificado; constituyeron el grupo minoritario. El grupo de los mandos medios se distribuyó de forma similar con 9,5% expertos, 7% calificados y 8,8% no calificados. La distribución de los subordinados reveló un patrón dispar con un 47,4% de subordinados no calificados, 12,4% de subordinados calificados y 10,8% de subordinados expertos.

Figura 4. Distribución porcentual de posiciones de clase



Fuente: Fuente: Base de datos, ETESSA (2013)

El principal hallazgo encontrado es el efecto significativo de la PCS en algunas de las condiciones examinadas respecto del empleo, el trabajo y la salud mental laboral de los grupos de trabajadores asalariados bajo estudio como se presenta en la Tabla 1. Estos resultados dan soporte empírico parcial a la hipótesis de investigación por cuanto en los siguientes factores:

Tabla 1. Estadísticos de la ANOVA de un factor para PCS sobre condiciones de empleo, trabajo y salud mental laboral

Variables/factores	Homogeneidad de la varianza		Grados de libertad	ANOVA			Tamaño del efecto
	Levene	Sig.		Media	F	Sig.	Eta cuadrado
Condiciones de empleo							
Factor 1- Control de la producción y dominación	1,513	0,154	8	11,65	37,169	0,001	0,585
Condiciones de trabajo							
Factor 1- Control en el trabajo, apoyo social, reconocimiento	1,793	0,075	8	16,01	13,173	0,001	0,124
Salud mental laboral							
Satisfacción con la vida	1,046	0,400	8	558,97	6,05	0,001	0,071
Satisfacción con el trabajo	1,528	0,144	8	21,27	1,998	0,044	0,021

Fuente: Base de datos, ETESSA (2013)

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar en qué posiciones de la tipología de clase social establecida para la muestra se presentan diferencias en cuanto a condiciones de empleo, condiciones de trabajo y salud mental laboral.

En relación con las condiciones de empleo, la hipótesis Ho1a, recibe soporte de los resultados en cuanto a las condiciones diferenciales entre los grupos. En particular se observó que el grupo de los trabajadores directivos reportó mayor control en el proceso de trabajo y mayor ejercicio de dominación en comparación con los demás grupos. Se considera que éste es el patrón esperado en el funcionamiento de las jerarquías en los centros de trabajo, en la medida en que, por ejemplo, así queda instituido en la lógica de los organigramas de las organizaciones; sin embargo, cuando se integra el análisis de la perspectiva de la clase social, la diferencia se puede interpretar como un factor que refleja las dinámicas de las desigualdades sociales que afrontan los grupos que se pueden materializar en afecciones a la salud para quienes trabajan. Este hallazgo coincide con los estudios de Muntaner, *et al*, (2010) quienes documentaron los resultados de una investigación aplicada a una muestra de funcionarios Británicos, donde se demostró una fuerte correlación entre la posición de clase social (asociada a un escalafón de empleo) con el padecimiento de algunas enfermedades respiratorias y afecciones en el estado de salud reportado por los trabajadores.

Las diferencias identificadas también involucran las condiciones de trabajo especialmente las de orden psicosocial, lo que permite establecer la confirmación de la segunda hipótesis, Ho1b. Específicamente, se encontró que los trabajadores de los grupos mando medio y subordinado no calificado reportan menor control sobre el trabajo, y menor apoyo social y reconocimiento en comparación con los grupos directivo experto, mando medio experto, mando medio calificado y subordinado experto. Este resultado concuerda con los resultados de la segunda ENCSST (2013) realizada en Colombia con trabajadores de diferentes sectores económicos, en aquellos resultados los trabajadores también refieren experimentar bajo control en el trabajo. Este hallazgo, también va acorde con el trabajo de Siegris & Marmot, (2004) quienes documentaron que los trabajadores que ejercen menor control en el trabajo tienden a ubicarse en una posición de clase vulnerable, aspecto que incrementa no solo las posibilidades de afrontar condiciones de trabajo adversas sino que también las afecciones a su salud.

En salud mental laboral, los resultados este trabajo dan soporte empírico a las diferencias de clase en la afectividad positiva, de acuerdo con la hipótesis Ho1c. Los hallazgos concuerdan con lo reportado en el estudio de características similares, realizado en Chile, mediante la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo Trabajo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida (ENETS), Ministerio de Salud (CL), 2010). Los trabajadores reportaron baja satisfacción con distintos aspectos de la vida y el trabajo (Los investigadores abordaron estos aspectos desde la perspectiva afectividades positivas de la calidad de vida). Así mismo, Rocha *et al* (2013), considerando la misma fuente información de la encuesta, profundizaron en el análisis incluyendo

la variable clase social. Identificaron la existencia de desigualdades en salud mental laboral relacionadas con la posición de clase social, puesto que trabajadores directivos con la calificación de expertos reportaron mejores indicadores en este ámbito, en comparación con los trabajadores subordinados no calificados, reafirmado la existencia de diferencias según la clase social establecida en la ENETS.

La principal implicación teórica de la investigación contribuye a introducir en los estudios de la relación la salud y trabajo el estudio de la clase social frente a las perspectivas tradicionales del análisis de las condiciones de trabajo. Se considera relevante la explicación que ofrece la clase social en las diferencias en las condiciones de empleo según la interpretación que se puede dar al valor de eta cuadrado que se obtuvo.

Otra implicación teórica es la relación entre el resultado de las diferencias identificadas en las condiciones de empleo en cuanto al control del trabajo de otros y el ejercicio de la dominación en los centros de trabajo; frente a los hallazgos identificados en las condiciones psicosociales de trabajo en el cual los trabajadores refieren tener bajo control y decisión en las tareas asignadas. Pareciera que lo que ocurre es que en las condiciones de empleo se genera un efecto que desencadena en las condiciones de trabajo, donde el control y la dominación que se ejerce, conlleva a limitar el control que el propio del trabajador de la tarea.

Respecto a las implicaciones metodológicas se resalta el alcance de una fuente de datos de una muestra representativa de la población ocupada de Bogotá, cuyo tamaño facilitó la labor del análisis estadístico.

Por último, revisando las limitaciones de la investigación se considera que al constituir un análisis secundario limita el abordaje de algunos componentes de las variables acorde con la necesidad de los objetivos e interés de la investigación. Otro aspecto, es que al constituir un estudio transversal limita las posibilidades de explicación frente a la posibilidad que puede ofrecer un estudio longitudinal.

CONCLUSIONES

En la distribución de los trabajadores en las diferentes posiciones de clase social, la de mayor presencia en el estudio es la del grupo subordinado no calificado. Este mismo grupo es el que más registra en las diferencias identificadas, lo que permite concluir que los trabajadores con poca o escasa calificación son más vulnerables a afrontar condiciones de empleo, de trabajo y de salud mental desfavorables.

La posición de clase social del grupo directivo y mando medio experto, registran mejores condiciones de empleo y mejores condiciones de trabajo a diferencia de los demás grupos, lo que quiere decir que ubicarse en una posición de clase con credenciales como experto disminuye el factor de exposición a condiciones adversas de empleo y trabajo.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere diseñar estrategias de evaluación e intervención en los centros de trabajo que se ajusten dar un adecuado tratamiento a las diferencias que se pueden encontrar entre las diferentes posiciones de clase social de los trabajadores aun cuando ellos estén ocupando los mismos niveles jerárquicos. También se deben adelantar investigaciones que integren objetivos con perspectiva de género y sectores económicos específicos desde el análisis de clase social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadía-Barrero, C., Pinilla, M., Ariza, K., & Ruiz, C. (2012). Neoliberalismo en salud: la Tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, (1), 18–31. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Neoliberalismo+en+salud:+La+tortura+de+trabajadoras+y+trabajadores+del+Instituto+Materno+Infantil+de+Bogotá#0>
- Benach, J., Vergara, M., & Laboral, S. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles de Relaciones ...*, 29–40. Retrieved from http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesi%F3n+Social/Desigualdad,+pobreza+y+exclusi%F3n/desigualdad+en+salud_BENACH+VERGARA+Y+MUNTANER.pdf
- Carles Muntaner, Joan Benach, Michael Quinlan, Orielle Solar, V. S. (2010). *Empleo, Trabajo y Desigualdades en salud: una Visión Global*. (Icaria, Ed.). España.
- Charria, V. H., & Kewy V Sarsosa, F. A. (2011). Factores de riesgo psicosocial laboral : métodos e instrumentos de evaluación, 29, 380–391.
- Cortès, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 351–359. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911104718440>
- Crisy Moutsatsos. (2011). *Capítulo 2, La globalización económica y sus efectos sobre el trabajo; P Schnll , M Dobson, E Roskam en Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. (2011 Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Ed.). Bogotá.
- Erik Olin Wright. (2000). *Class-Counts*. (C. University Press, Ed.). Estados Unidos de America.
- Estefania, J. (2002). *La globalización y la generacion perdida en La nueva economía: la globalización*. (Editorial Debate, Ed.). Bcelona, España.
- Ferro, R. (2010). Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*. Retrieved from <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7082/8155>
- Field, A. (2006). *Discovering Statistics Using SPSS*. (SAGE, Ed.). California, Estados Unidos de America.
- Infante, R. (2011). *El desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe Ensayos sobre políticas de para la igualdad*.
- Iranzo Consuelo, D. paula M. (2006). *Capítulo 13, La subcontratación laboral en America Latina, De la Garza Toledo en Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques*; (Atrophos, Ed.). Mexico.

- Johannes Siegris; Michael Marmot. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges., *Volume 58*, (Issue 8,), 1473. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_eid=1-s2.0-S0277953603003496&_ts=1432375753&md5=3da5511389138dd01e158adb23244833
- Johnson. (2011). Capítulo 3, *La globalización económica y sus efectos sobre el trabajo*; P Schnll , M Dobson, E Roskam en *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. (F. de C. S. Universidad de los Andes, Ed.). Bogotá.
- Kenneth, H. (1997). *Estadística básica, para las ciencias sociales y el comportamiento*. (A. S. & S. Company, Ed.).
- Laurell C y Noriega M. (1989). *El estudio del proceso de trabajo y salud: Análisis crítico de cuatro propuestas metodológicas. En salud en la fábrica la industria siderurgia en Mexico*. (ERA, Ed.). Mexico.
- Lluch, T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva, 1–308.
- Ministerio de Salud (CL). (2010). Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras 2009-2010 ENETS, 72. Retrieved from <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/10/PRESENTACION-ENETS-2009-2010-FINAL-INTERINSTITUCIONAL.pdf>
- Ministerio de Trabajo, C. (2013). Informe Ejecutivo de la Segunda Encuesta Nacional Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el Sistema de Riesgos Laborales de Colombia., 1–56.
- Neffa J, Brown B, L. E. (2012). Empleo, desempleo y políticas de empleo. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Estudio Comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. *Zhurnal Eksperimental'noi I Teoreticheskoi Fiziki*, 142. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:-No+Title#0>
- Oscar Fresneda. (n.d.). *FresnedaO_Las desigualdades por clase social.pdf*.
- Rocha, K., & Muntaner, C. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Rev Panam Salud ...*, 33(5), 340–348. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n5/a05v33n5.pdf>
- Sánchez, Y., & Manenova, V. (2014). Mercado de trabajo y condiciones laborales de la población joven asalariada en Toluca y Mérida, 2005-2010, 18, 1–27. Retrieved from <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/10753>
- Vega Roman, Ramirez Jaime, Luna Jairo, Fresneda Oscar, G. J. Convenio FLACSO – Pontificia Universidad Javariana Informe Final Estudio de Caso de I nformalidad y Acceso a la Salud y Seguridad Social Bogotá 2014 (2014).

5.3 Preceptoría na Saúde: uma possibilidade de prática multiprofissional e motivacional nos espaços de trabalho

ROSANE DE LUCCA MAERSCHNER^{1*},
ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES² Y
ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS³

¹Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza Ceará, Brasil. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará. *rosanelucca@gmail.com

²Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ceará, Brasil. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

³Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Ceará, Brasil. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

RESUMO

Este artigo objetiva analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o exercício da preceptoría no Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e as influências deste trabalho em seu cotidiano profissional. Participaram 15 preceptores de várias categorias profissionais, lotados em Unidades de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os dados coletados através de entrevistas semi-estruturadas, foram transcritos e analisados na perspectiva da Análise Categórica Temática da Análise de Conteúdo. Resultados indicaram que as motivações para atuar nessa função são: a oportunidade de reaproximação com a Universidade e qualificação profissional, as possibilidades de mudança nos processos de trabalho e a superação do sentimento de trabalho individual para uma atuação multiprofissional e colaborativa com acadêmicos de graduação das áreas da saúde. O fato do exercício da preceptoría possibilitar articular prática e aprendizado produz efeito positivo nos trabalhadores. Apesar de enfrentarem alguns desafios, tais como aprender a lidar com variadas profissões, as inseguranças perante o novo, a falta de apoio de gestores para ações na comunidade, não os imobiliza, ao contrário estimula. O desafio expresso para as equipes e gestores é a superação do modo de operar em núcleos específicos, de maneira parcelar e dicotomizada, e passar a agir integrando conhecimentos e rompendo a hierarquia entre os saberes e a fragmentação do olhar sobre os usuários e suas necessidades sociais de saúde. Conclui-se que o exercício de ser preceptor nesse Programa é percebido como potente para provocar mudanças nos processos de trabalho, colaborando para sua satisfação pessoal e profissional, sendo bem aceito pelos profissionais que o vivenciam.

Palavras chave: ensino em saúde, preceptor, educação permanente, trabalho, motivação.

INTRODUÇÃO

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde Brasileiro (sus) tem bases na luta histórica pela conquista dos direitos de cidadania, a qual contribuiu para instituir a saúde como direito social na Constituição Federal de 1988. Esta concepção de saúde exigiu novas conformações ao modelo vigente, sobretudo na Atenção Primária (AP), com o intuito de viabilizar um cuidado integral focado na família, na interação com a comunidade, bem como no trabalho multidisciplinar (Andrade & Barreto, 2007).

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população, de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades de pessoal qualificado e infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando, único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. O Ministério da Saúde (MS) tem investido nessas áreas por meio de projetos em parceria com Estados e Municípios (PNAB, 2012).

Esse modelo se constitui na lógica da ampliação do conceito de saúde enquanto qualidade de vida, fundamentado em teorias e práticas construídas no cotidiano dos serviços. Com a participação e integração de diversos atores sociais, valoriza ações de prevenção, autocuidado e inclusão dos sujeitos, invertendo a lógica da centralidade nas ações do médico, da atenção curativa e fragmentada (PNAB, 2012).

Essa Política pressupõe o redirecionamento do modelo de atenção, estabelece a necessidade de transformação da organização dos serviços e do processo de trabalho das equipes. Implica assim, na gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho, o que passa a exigir de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia na busca de práticas transformadoras (PNAB, 2012).

Essas características fundamentam as importantes discussões acerca da formação profissional pertinente ao mundo do trabalho em saúde, pois se situa na confluência das marcantes transformações neste campo e consiste em um dos desafios para a remodelagem da atenção, por conta da sua dinamicidade e complexidade (RIBEIRO, 2012).

A discussão sobre o trabalho na área da saúde demanda necessidades que passem pela formação, inserção, disponibilidade e vínculo dos trabalhadores com o sistema. Não obstante, é presente a precarização das relações de trabalho, dificultando a manutenção de um quadro funcional estável, motivado e comprometido com as questões do trabalho em saúde (Assis, Alves & Santos, 2008).

O trabalho na saúde tem ainda outras complicações, como ressalta Campos (2007a) pois esse trabalhador, lida com a dor e o sofrimento humano, trabalhando

em ambientes insalubres, muitas vezes em locais de vulnerabilidades sociais, vivenciando a violência urbana, doméstica, e do trânsito, dentre outras (CAMPOS, 2007a).

Aponta-se para a necessidade de avanços na política de gestão de pessoas, valorização profissional, regulamentação de um plano de carreira, cargos e salários, que possibilitem a ascensão profissional, maior motivação e desprecarização do processo de trabalho; implantação de estratégias de educação permanente, respeitando-se as necessidades dos serviços e a satisfação dos trabalhadores, além de mecanismos de compensação salarial (ASSIS *et al.*, 2008).

Paralelamente, o processo de formação na área, não tem dado conta de preparar profissionais para o enfrentamento das dimensões exigidas pelo conceito ampliado de saúde, criando lacunas importantes na abordagem dos problemas de saúde da população brasileira (BRASIL, 1997).

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS), visa modificar a realidade da educação profissional e, sustentado pelo artigo 200 da Constituição Brasileira de 1988 em seu inciso III, que atribui a competência de ordenar a formação na área da saúde, reforça estratégias e políticas voltadas para a qualificação dos trabalhadores, aproximação dos serviços ao cenário social, alicerçada no atendimento às necessidades de saúde da população, na perspectiva de superar alguns desafios do SUS (BRASIL, 1988).

A fim de minimizar as deficiências da formação frente às demandas sociais e dos serviços, e como forma de induzir transformações, foi implementada uma série de programas para aproximar o ensino ao serviço. Um dos programas é o de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, com várias linhas de atuação. Uma delas é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, onde se estimula a aproximação de estudantes ao serviço, tendo como preceptores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é a organização estruturante da Atenção Primária (AP) no País (BRASIL, 2008).

Esse programa passa por aprovação do Ministério da Saúde (MS) e financia bolsas, como incentivo, para preceptores, estudantes e professores, permitindo que acadêmicos de várias profissões, adentrem aos serviços, acompanhados pelos profissionais que as vivenciam. São firmados convênios, através de editais com Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas que coordenam todo o processo, em conjunto com as Secretarias Municipais. Envolve, portanto, profissionais vinculados à ESF na função de preceptoria, estudantes bolsistas e docentes atuando como tutores. Operam em conjunto nos vários cenários de práticas nos serviços e na comunidade (Brasil, 2008).

Dentre esses agentes, o preceptor desempenha papel fundamental na formação, pois lhe cabe fazer aproximação/articulação entre saberes, práticas, serviços e sujeitos, objetivando a integração entre ensino-serviço-comunidade e a qualificação dos profissionais, dos serviços e dos futuros trabalhadores, para o fortalecimento do SUS.

De acordo com Botti e Rego (2011), o preceptor promove a integração, os conceitos e valores da escola à prática clínica, do profissional em formação, para o desenvolvimento de habilidades na resolução de problemas do cotidiano da atenção à saúde.

Estudo realizado por Pagani e Andrade (2012) a respeito da atuação do preceptor na AP pondera sobre os aspectos das dimensões humanas e pessoais, consideradas relevantes para os processos de educação permanente em Saúde e transformação das práticas dos profissionais. Para tanto as competências apresentadas são para além de conhecimentos conceituais no campo da Saúde Coletiva e das relações humanas, incluindo a capacidade de desenvoltura, o conhecimento e utilização de métodos de ensino, o desenvolvimento de relações harmoniosas e de participação entre os atores sociais (Pagani & Andrade, 2012).

O valor desse estudo consiste, portanto, em apresentar a percepção de profissionais envolvidos com essa trama de situações complexas do cenário da AP, numa posição de preceptoria, isto é, atuando como propulsores do aprendizado de acadêmicos.

Percebe-se nas situações do cotidiano do trabalho, que as relações interpessoais, o trabalho alienado, fragmentado e isolado, a sobrecarga emocional, baixos salários, entre outros motivos, podem ser razões de descompromisso, desmotivação e insatisfação, stress nas equipes e um desafio para as gestões dos serviços.

Torna-se, por conseguinte, relevante o estudo dessa função na ESF, uma vez que cabe ao preceptor proporcionar condições para a reflexão no campo da formação, de modo a adequá-la às exigências do contexto atual da AP, em que profissionais precisam desenvolver análise crítica, ética e humanística para um cuidado integral, em cenários complexos e diversos, mediante práticas colaborativas multi e interprofissionais.

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o exercício da preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e as influências deste trabalho em seu cotidiano profissional.

METODOLOGIA

Pela natureza do problema proposto no estudo, trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, a qual se propõe trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, aprofundando a compreensão dos valores culturais e das representações de determinados grupos sobre temas específicos (Minayo, 2012).

A referida pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-Ceará, Brasil, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014, com profissionais de saúde, lotados em Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), componentes da estru-

tura organizacional do município, no convênio entre a Coordenadoria Regional de Saúde – VI (CORES) e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Participaram 15 preceptores que atuaram no programa PET–Saúde da referida Universidade, anos de 2009 a 2012, e exerceram esta função por no mínimo um ano.

Utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada comum roteiro composto da identificação dos profissionais e questões orientadoras, possibilitando ao participante falar abertamente sobre o tema. Forneceram informações por meio do diálogo e trouxeram reflexão do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada (Minayo, 2012). As entrevistas foram gravadas em áudio digital, após autorização expressa dos entrevistados.

Para analisar os diversos aspectos expressos pelos participantes, empregamos a abordagem da Análise Categral Temática da Análise de Conteúdo (Minayo, 2010). Optamos por efetuar as transcrições das entrevistas como um modo de aproximação do material coletado, iniciando uma escuta intensa e profunda. Após a transcrição, a reflexão com o conteúdo possibilitou apreender uma visão do conjunto, as diferenças e as convergências, decompondo os dados e fazendo a relação entre as partes. Os discursos dos participantes foram confrontados entre si e procedemos à classificação por diferenciação e depois via reagrupamento.

Na etapa final, elaboramos os eixos e as categorias, seguindo-se a análise dos resultados. O projeto desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o parecer consubstanciado n.614.308, e está em acordo com as normas da Resolução 466/2012 – Diretrizes e Normas Regularizadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012). Consta, também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme Resolução 466/2012 – Diretrizes e Normas Regularizadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, os quais foram assinados pelos sujeitos de pesquisa, ficando uma cópia com o pesquisador e uma com o sujeito.

As entrevistas foram gravadas e analisadas com todo o rigor científico, e as gravações serão arquivadas por um período de cinco anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total dos participantes, 13 foram do sexo feminino e dois do masculino, sendo sete enfermeiras, duas médicas, cinco odontólogos (as) e uma farmacêutica. A faixa etária predominante foi de 33 a 46 anos e o período de atuação profissional de 10 a 18 anos de exercício. A experiência na função de preceptor diversificou: dois possuíam experiência de apenas um ano; sete de dois anos e seis com três anos, sendo que apenas dois se encontravam ainda nessa atividade no período da pesquisa. Apreendeu-se que os significados da preceptoría no PET–Saúde na ESF estão impregnados pela dialética das relações do mundo individual e coletivo, no âmbito de trabalho desses profissionais, e trazem consigo uma gama de desejos, interesses e compromissos. Os significados que despontaram a partir da análise

temática foram: motivações e possibilidades de mudanças no cotidiano do trabalho; trabalho “isolado” versus trabalho multiprofissional, e interações e desafios no exercício da preceptoria.

MOTIVAÇÕES E POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS NO COTIDIANO DO TRABALHO

Um resultado que se destacou foi o significado da preceptoria enquanto fator motivacional e promotor de mudanças no cotidiano do trabalho. O espírito de renovação, o “sair da rotina” e fazer algo novo e diferente, como um movimento de desestabilização do usual, é um grande impulsionador para os trabalhadores nessa função, de modo que *“trouxe estímulo para ir trabalhar, ia trabalhar mais satisfeita, desempenhando uma coisa que era totalmente diferente pra mim”* (E 9), segundo nos revelou um dos participantes.

O exercício da preceptoria permite deste modo, certa ruptura na rotina alienante da UAPS, o que pode abrir brechas para um trabalho vivo em saúde (Merhy, 2002), pois a participação e a contribuição do profissional no campo da preceptoria cooperam para maior estímulo ao desempenho das atividades cotidianas inerentes ao seu papel profissional.

Esse movimento de ‘desestagnação’ pode trazer sentimentos de insegurança e estresse, concomitantes ao prazer e satisfação: *“Fiquei nervosa, me estressei, porque tive que voltar a estudar”* (E3); *“Quando a Unidade foi uma das escolhidas para fazer parte do PET-Saúde, eu fiquei super feliz, entusiasmada e valorizada”* (E9).

A interação com os estudantes torna-se motivadora, na medida em que contribui para o seu crescimento intelectual. Permite, *“sentir-se como um professor”* (E10), inaugurando uma dinâmica na vida profissional, demonstrada na quantidade de artigos e trabalhos defendidos em congressos fruto destas experiências:

Pra mim foi um ganho muito grande, a gente tem que estar pesquisando [...] muito bom pra prática (E12); A gente apresentou muito trabalho em congresso, foi muito rico, nós fomos até premiados com um trabalho que fizemos (E 4).

Consideramos que essas oportunidades de produção de conhecimentos consistem em estímulos ao preceptor; com suporte nelas, planeja e executa de forma criativa suas atividades. Sem dúvida, representa uma vivência potente para produzir nos sujeitos deslocamentos, à proporção que desafia, instiga e provoca reflexões.

O aspecto financeiro apareceu como estímulo apenas para dois participantes que expressaram os ganhos com a “bolsa” como o principal aspecto que os mobilizou para o exercício da preceptoria. O PET-Saúde prevê, como recompensa pelo empenho em receber e orientar acadêmicos, a retribuição de uma bolsa paga pelo Ministério da Saúde. Apesar das atividades serem exercidas no trabalho, ele deve ter disponibilidade de quatro horas semanais de atividades extraordinárias fora do seu

horário normal. Entendemos esta remuneração como incentivo pela sua implicação no desenrolar de todas as atribuições extras, uma vez que expressam a necessidade de estudos visando ao preparo para o ensino, registro e planejamento das atividades; além da realização das suas tarefas rotineiras na assistência aos usuários.

Percebemos, contudo, que o PET-Saúde consiste em investimento para quebrar resistências às mudanças e dar sustentabilidade às possíveis inovações na produção de saúde, ao misturar, no ambiente de efetivo exercício dos princípios e diretrizes do SUS, os profissionais e a universidade (por meio dos estudantes e professores/tutores) em interação direta com a comunidade.

Mudanças nos processos de trabalho são necessárias, de modo que os profissionais ganhem espaços para atuar com maior criatividade e autonomia, exercitar sua capacidade de agir em equipe, com o fim de ampliar a capacidade do usuário, considerando as subjetividades dessas relações (Campos, 2007).

As possibilidades de modificação no trabalho cotidiano da UAPS na perspectiva dos profissionais/preceptores funcionam como motivadoras, pois

impulsiona a buscar coisas novas e não me acomodar (E8), de uma vez que aprendo coisas novas, saio da rotina (E14).

Essas ideias são corroboradas pelos conceitos de Chiavenato, ao definir mudança como transformação, interrupção, perturbação, ruptura, uma abdicação do padrão atual de comportamento em favor de um novo padrão (Chiavenato, 1999).

Mudança é, portanto, a fase em que novas ideias e práticas são apreendidas e as pessoas começam a pensar e a agir de outra maneira. No caso do PET, o principal agente de mudança é a presença do acadêmico no dia a dia da unidade e o desempenho do papel de preceptor, no qual um estimula o crescimento do outro, sob a supervisão de um tutor. Assim, essa presença motivadora do estudante constitui em um dos significados mais relevantes do exercício da preceptoria do PET-Saúde.

TRABALHO ISOLADO VERSUS TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

As categorias profissionais em formação, envolvidas no PET deste estudo incluem os cursos na área da saúde da IES, tais como: Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Nutrição e Terapia Ocupacional. Essa diversidade de profissões inseridas no interior dos serviços promove inquietações, desafios e superações, resultando em processo de rico aprendizado. Uma das grandes significações manifestadas pelos sujeitos da pesquisa foi à possibilidade da interação com múltiplas visões e vivenciar o trabalho em equipe.

Ressentem-se da rotina de trabalho solitária, embora trabalhem com outros profissionais na UAPS. Delineia-se um processo fragmentado, sem planejamento em equipe para a abordagem aos usuários, causando desestímulo ao profissional:

ao longo do tempo você vai perdendo aquele interesse em trabalhar, porque às vezes você se sente sozinha, pois o planejamento era individual (E 3).

Apesar de reconhecerem a insuficiência de uma atenção centrada no modelo biomédico, percebem que são “cobrados pela sociedade e pela gestão” para uma assistência baseada em procedimentos e na “medicalização”, em detrimento de ações voltadas para as necessidades da população:

A gestão, a sociedade, os pacientes, me cobram que esteja atuando numa medicina curativa (E 1).

A experiência da preceptoria, entretanto, ensina a trabalhar em equipe, tanto aos profissionais quanto aos alunos, em razão da chance do trabalho em conjunto, na interface de múltiplas visões e saberes, o que amplia as possibilidades de intervenção:

cada um trouxe a sua contribuição para complementar, acabei aprendendo muito com os meninos (estudantes). Foi bom porque eu acho que mais aprendi do que ensinei, foi uma troca ótima (E 3);

Eu trabalhei com alunos mesclados: fono, nutrição, medicina, terapeuta ocupacional, foi um olhar ampliado mesmo, olhares diferentes misturando para um mesmo objetivo, fizemos um trabalho com Dengue, que não era de nenhuma área, mas de todos (E 14).

Nas práticas cotidianas, observamos que as relações se aproximam mais de um agrupamento de trabalhadores de várias profissões, agindo de forma isolada sobre a demanda e aos programas predefinidos, do que equipes voltada para a resolução conjunta dos problemas de saúde da comunidade (Kell & Shimizu, 2010). Estas características que persistem neste contexto, talvez expliquem parte da importância atribuída pelos sujeitos ao trabalho em equipe que a preceptoria potencializa.

Os entrevistados anunciam a necessidade da interação e incorporação de outras visões e saberes no processo de trabalho rotineiro, constituindo uma equipe multiprofissional, o que proporcionaria uma atuação mais efetiva, pois:

os grupos se fortaleceriam se não tivesse só a enfermeira dando palestra e sim uma equipe com vários conhecimentos” (E 9),

incluindo “um profissional de educação física, um psicólogo, uma nutricionista, a gente faria um trabalho perfeito (E 3).

Afinal, para a elaboração do projeto de Saúde da Família, é necessário que a equipe formule um projeto comum e, para tanto, os trabalhos especializados de cada

profissional se complementem, estabelecendo, de tal maneira, uma ação de intercâmbio dos profissionais e destes com os usuários (Ceccim, 2010).

Consoante Heckert e Neves (2010), o trabalho em equipe multiprofissional, se baseia na possibilidade de produzir abertura para outras sensibilidades, materializando-se na relação entre os sujeitos envolvidos para a formação do vínculo, tanto nos modos de acolher, fazer a escuta e gerir, como no compartilhamento de saberes e distintos modos de ver e viver a vida.

O desafio de quebrar as barreiras das profissões é apontado pelos participantes:

como é que a gente vai trabalhar interdisciplinar se a gente não consegue nem na formação? É um grande desafio... (E 7)

Bem como o de valorar cada profissão, sendo esta uma preocupação do preceptor. Nessa função, aprende a estimular a participação de todos e buscar em cada um seu potencial, porquanto:

o mais importante é eles (os alunos) perceberem que cada profissional tem seu valor" (E 8).

Os preceptores relatam que a dinamização trazida pelo trabalho multiprofissional possibilita realizar ações de Promoção e Educação em Saúde em contraposição ao cotidiano de atenção assistencial, impondo um trabalho colaborativo e beneficiando a comunidade:

*O trabalho multiprofissional era ótimo... a gente juntava a contribuição de cada um e ficava muito bom para o paciente (E 3);
Quando se misturam as áreas, um aluno da medicina fazendo trabalho educativo misturado com os de fono, eu vejo outro comportamento, é diferente, passam a valorizar as outras categorias, de entender que eles podem realmente colaborar com o trabalho do outro (E 14).*

Ceccim (2010) assume a posição de que, na produção de saúde em equipe, há necessidade de um borramento das fronteiras profissionais, não para eliminar uma ou outra profissão, mas para aprender umas com as outras e ensinar novos conhecimentos, saberes e práticas.

Os preceptores manifestam ainda, a noção de que o contato com os alunos faz repensar sua atuação e qualificar seu processo de trabalho, pois esta relação com o diferente provoca tensão em posições arraigadas, proporciona novas visões e amplia a perspectiva sobre a realidade:

Eles tem uma visão diferente, porque às vezes a gente que tá no serviço não enxerga as coisas, deixa passar, eles vêm e ficam percebendo o serviço, com outro olhar, e aí faz a gente repensar a nossa atuação, qualifica a nossa ação (E 8).

Essa é uma das possibilidades que o programa apresenta, muito significativa na visão dos participantes, que fazem uma comparação entre trabalhar “isolado” e o trabalho multiprofissional com os alunos, quando ouvimos a seguinte fala:

eu consegui sair da caixinha (E2).

O exercício desse deslocamento, para Guizardi, Stelet, Pinheiro e Ceccim (2006), decorre das situações estranhas à rotina, expressas pela interferência recíproca dos sujeitos envolvidos. A inserção dos alunos nos serviços, assim, delineia novos espaços de trocas que tendem a provocar atitudes solidárias, amplia suas leituras sobre a realidade e, conseqüentemente, expande as possibilidades de ação e intervenção, para um cuidado integral.

Como parte das exigências do PET-Saúde, os profissionais têm disponibilidade de tempo direcionada para ações de extensão e pesquisa voltadas para as necessidades da comunidade, muitas vezes transpondo o seu núcleo profissional. Isso abre um conjunto de possibilidades, antes inexistentes ou reduzidas. Requereu do preceptor a necessidade de estudar sobre assuntos dos quais antes não sentia necessidade:

Pense, um dentista trabalhar com adolescente, catador de lixo... a gente pouco imagina que possa atuar nessas áreas... aí eu tinha que estudar (E 13).

Como toda novidade, essa interação com variados sujeitos e profissões origina algumas dificuldades e inseguranças, para preceptores e acadêmicos, no sentido de atuar com núcleos de formação diferentes de sua categoria. Alguns relatam que se sentiam mais à vontade com alunos de sua mesma formação, pois:

o maior desafio foi à história de pegar alunos de outras graduações

O que levava a pensar:

e agora o que é que eu vou fazer com os meninos (estudantes)? (E 11).

Em relação a “sua caixinha de saber”, nem sempre, é tarefa simples para os profissionais no exercício da preceptoria:

no primeiro momento foi difícil, como preceptora puxava a sardinha pro meu lado e a farmácia, a farmacovigilância (E 2).

A articulação e recomposição dos processos de trabalho são imprescindíveis. Na leitura de Peduzzi (2001) é essencial a convivência entre ações privativas das respectivas profissões, bem como, são cruciais as ações executadas por todos os agentes de variados campos de atuação para a efetivação de um trabalho em 'equipe interação'.

Na perspectiva dos participantes, a abordagem interdisciplinar e em equipe possibilita a abertura de vasos comunicante entre as diversas formações, favorecendo uma visão expandida aos profissionais e estudantes acerca da complexidade da AB. Como exemplo citam que:

quando a gente trabalhava a saúde do bebê, cada um tinha a sua contribuição...era um aprendizado mútuo(E 5).

A finalidade da interdisciplinaridade, como pensa Thiesen (2008), é responder à necessidade de superar a visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento, é um caminho para novas formas de organização do conhecimento. Quando Jupiassu leciona que 'um saber em migalhas revela uma inteligência esfacelada', explicita o grande desafio lançado à educação na atualidade - a contradição entre os problemas cada vez mais globais e a persistência de um modo de conhecimento que privilegia os saberes fragmentados, parcelados e compartimentados (Jupiassu, 2006, p.1).

A inserção de estudantes precocemente nos serviços, como observamos, pode impulsionar mudanças curriculares, uma vez que promove o encontro, o "borramento" (Ceccim, 2010) dos conhecimentos específicos das profissões perante as necessidades de criar situações de atuação multidisciplinar e práticas inovadoras e pode contribuir assim para maior satisfação do trabalhador.

INTERAÇÕES E DESAFIOS NO EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA

O campo de atuação dos preceptores é composto de muitas variáveis. Incluem as circunstâncias e condições de trabalho nas UAPS, a interação com tutores, alunos, gestores, profissionais e comunidade, que constituem os agentes sociais do Programa. Uma característica fundamental do PET-Saúde é a possibilidade concreta de integração do ensino com o ambiente de trabalho (Brasil, 2008).

Na relação com seu tutor, um docente indicado pela IES, sinaliza a necessidade de maior aproximação destes nas unidades, no sentido do conhecimento da realidade do funcionamento do serviço em ato, para apoio e suporte nas fragilidades individuais para o exercício da preceptoria:

a relação com o tutor é boa, mas acho que é muito distante, deveria vir mais para unidade de saúde (E6).

Por outro lado, quando a tutoria é presente no serviço, os afazeres do preceptor são potencializados, porque os problemas são discutidos e resolvidos com seu apoio, participando da organização das atividades com os estudantes:

a minha relação era muito boa, ela era uma pessoa muito assim, que tanto exigia, como era presente, sempre estava dando apoio, inovando, sugerindo (E5).

Essas manifestações acerca da tutoria expressam a importância que os preceptores sentem sobre a sua presença como estimuladores de ensino-aprendizagem, sugerindo a necessidade de melhor definição sobre o perfil e do tempo disponibilizado para essa função; podemos inferir também, a necessidade de se investir na formação dos docentes, diminuindo a distância (abismo?) entre a academia e a prática.

Podemos abrir um parêntese nesta discussão e questionar sobre o porquê do afastamento dos docentes no cenário de prática: será que não se aproximam por não disporem de tempo devido à sobrecarga de trabalho? Ou não colaboram porque estão arraigados e limitados ao espaço da função acadêmica de professor? Esse assunto merece aprofundamento em estudos posteriores.

Concomitante a esta visão, a relação com os alunos aparece como um bálsamo, uma alegria, uma motivação para o trabalho, uma relação de compartilhamento. Os acadêmicos originam novas possibilidades para a sua vida profissional, trazendo a juventude, o brilho, o conhecimento:

*Estar do lado dos meninos (estudantes), a gente se renova, eu voltei a me sentir jovem, parece que tinha 18 ou 19 anos, adorei...(E 10);
Eles vinham com sangue novo, passavam experiência pra gente, eles vêm com conhecimentos atualizados, é muito valioso (E4).*

De outra parte, a comunidade é pouco citada pelos profissionais como parceira, o que denota baixa interação no que se refere ao planejamento conjunto. Realizam muitas ações 'para ela', mas não 'com ela'. Torna-se, com efeito, receptiva aos ensinamentos, mas não participativa. Referem a pouca participação popular como:

*resultante da baixa escolaridade (E1);
a violência nas comunidades mais vulneráveis, aliada à falta de transporte institucional (E9)*

...como razão impeditiva para inserções no território.

Essa distinção demonstrada indica existir diferenciação nos modos de viver e um abismo cultural dos profissionais em relação às comunidades que atendem; isso ainda causa um impacto na organização dos serviços, trazendo, para as práticas, preconceitos sobre o universo popular (Barreto, Andrade, Moreira, Machado, Silva, Condeet al, 2012).

A superação dessas diferenças deve ser perseguida na gestão dos serviços, bem como estimulada nos processos formativos, a fim de concretizar práticas mais inclusivas que considere o usuário e seu modo de viver a vida.

A interação com a gerência local e com outros trabalhadores/equipes é indicada como desafio para os preceptores. Em Fortaleza, cada UAPS é gerenciada por um profissional da área da saúde, que nem sempre apresentava perfil adequado, demonstrado através de depoimentos que indicavam uma não compreensão da proposta do Projeto, como um processo fomentador de reflexão da prática, um predomínio de visão biomédica corroborada pela cobrança por atendimentos e procedimentos em detrimento das atividades desenvolvidas com os estudantes, conforme relatos:

uma dificuldade era a coordenação do posto, dizia que eu ficava com os alunos em vez de ficar atendendo; no pensamento dos gestores de lá, isso era ruim (E11) ou a coordenação não dava muito apoio, muitas vezes a gente não se sentia apoiado quando saía pra fazer atividade do PET (E5)

e ainda:

era difícil pra ela (coordenadora) compreender os processos, às vezes ela embaurrejava algumas coisas, não ouvia a gente(E7).

De modo oposto, quando a coordenação da Unidade compreendia a proposta e era proativa, as ações desenvolvidas conseguiam envolver toda a unidade, os alunos interagiam e os preceptores recebiam apoio de outros profissionais, ao mesmo tempo em que os ajudavam nas suas atividades educativas. Os benefícios para os processos de trabalho na Unidade eram percebidos, havia maior colaboração interprofissional e integração de ações:

O negócio foi tomando uma maturidade tão imensa que a coordenadora no final queria que a gente ajudasse na coordenação, nos grupos, eles se integraram na territorialização do posto, no acolhimento, construíram a sala de situação, nas campanhas, para tudo nós éramos chamados (E2).

Foram ainda mencionadas dificuldades em envolver outros profissionais da Unidade, dando margem para questionar o quanto as gestões locais desconsideram o potencial gerador de mudanças e ressignificação dos processos, a integração e inclusão dos estudantes nos serviços; segundo Ellery (2012) compartilhar práticas e saberes mobiliza sentimentos dos profissionais que podem facilitar ou dificultar a interprofissionalidade e conseqüentemente, a atuação colaborativa.

Vários autores discutem a importância da gestão dos serviços e seu impacto nas práticas cotidianas. A racionalidade gerencial hegemônica apoia-se, segundo Campos(2007b) em uma série de arranjos organizacionais voltados para uma verdadeira educação direcionada ao servilismo e mediocridade. Formas autoritárias e centralizadas de gestão levam ao empobrecimento do universo de expectativas dos trabalhadores (Campos, 2007b).

As práticas integradoras de ensino-serviço-comunidade, por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS), como o modelo proposto no PET-Saúde, configuram dispositivos para a análise e deslocamentos (mudanças), uma vez que a vivência e a reflexão podem propiciar contato com o desconforto e produzir opções para o desafio das transformações (BRASIL, 2009). Deslocamentos provocam reflexões, que excitam contradições, o aflorar de desejos, o despertar de interesses, o estabelecimento de pactos de compromissos e corresponsabilidade.

É fato que essa função na Atenção Primária é bem aceita pelos trabalhadores que vivenciaram e/ou vivenciam a experiência:

Eu gostei de ser preceptora (E10), Eu gostei, muito bom, foi muito bom na época (E5), Gostei de ser preceptor, foi uma coisa legal (E13), Eu me sinto valorizada, eu gosto de ser preceptora, é um plus (E8)

Reforçando que a Educação Permanente é um processo importante na vida dos trabalhadores em saúde, gerando mais significado ao dia a dia desses profissionais.

Pesquisa sobre as estratégias utilizadas por gerências de serviços de saúde para promover o trabalho em equipe demonstram que a comunicação é um elemento fundamental na relação, sendo preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica gerencial (Peduzzi,Carvalho, Mandú, Souza, &Silva2011). A atitude do gerente deve ser de escuta e compartilhamento de decisões, sendo um articulador e mediador da política pública de saúde, para operacionalização dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços no fortalecimento de atuação em equipe colaborativa (Pinto & Coelho, 2008). Corroborando essa análise, Campos (2007b) defende a ideia de que, para os grupos expressarem, analisarem e reconstituírem suas metas, objetivos e representações (isto é, para os coletivos pensarem no sentido e significado do seu trabalho) tem-se que instituir espaços de cogestão.

Evidenciou-se durante as entrevistas, que mesmo frente a essas influências, que às vezes lhes impõe algumas restrições e dificuldades, os profissionais mostraram animação ao comentarem sua atuação acerca dessa vivência de preceptoria, percebiam-se envolvidos com os alunos, em um aprendizado grupal para um fim comum; buscavam envolvê-los com criatividade:

o mais interessante pra mim é poder usar nossa criatividade para fazer atividades diversas (E7);

Proporciona experiência agradável, pois coloca a prova sua capacidade intelectual para o trabalho e a vida. Esses elementos contribuem para que o preceptor realize o trabalho de forma mais prazerosa (Rollo, 2007) diminuindo efeitos das precárias condições do exercício profissional. Sentindo-se mais protagonista e criativo, há mais possibilidade de atenuar os desgastes e, portanto, proteger sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar como preceptor apresenta oportunidades de sair da rotina desestimuladora e superação da sensação de isolamento no trabalho; os profissionais experimentam movimentos de atuação em equipe multiprofissional e atitudes colaborativas e encontram nos estudantes o ânimo perdido, o estímulo de inventar e produzir novos processos. Passam a “sair da sua caixinha”, e a se abrir para um aprendizado de novos conhecimentos.

O estudo permitiu analisar que os preceptores empenhados na sua função de proporcionar uma atenção integral, humanizada, e em equipe, muitas vezes se desestimulam no trabalho, onde não tem espaço para problematizar suas necessidades.

Essas considerações despertam para refletir sobre o caminho a ser percorrido para a efetivação de práticas integradoras de cuidado, que leve em consideração as subjetividades dos usuários, trabalhadores, gestores e as diversidades do território, conseqüentemente melhorando a qualidade prestada e diminuindo o stress e o sofrimento individual protegendo a saúde do trabalhador.

O desafio expresso para as equipes e gestores é a superação do modo de operar em núcleos específicos, de maneira parcelar e dicotomizada, e passar a agir integrando conhecimentos e rompendo a hierarquia entre os saberes e a fragmentação do olhar sobre os usuários e suas necessidades sociais de saúde. Os relatos favorecidos pela participação no PET-Saúde nos mostram que mudanças são possíveis e devem ser contínuas e estimuladas nos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Primária.

BIBLIOGRAFIA.

- Andrade, L.O.M., & Barreto, I.C.H.C. (2007). *sus passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. (2aed.). São Paulo: Hucitec.
- Assis, M. M. A., Alves, J. S., & Santos, A. M. (2008). Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): Apontamentos para o debate. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(suppl.1), 7-15.
- Barreto, I., C. H.; Andrade, L. O. M., Moreira, A. E. M. M., Machado, M. M. T. Silva, M. R. F., Conde, L. C. O. et al. (2012, São Paulo). Gestão participativa no sus e a integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde Soc.*, 21(suppl.1), 80-93.
- Botti, S. H. O., & Rego, S. T. A. (2011, Rio de Janeiro). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1) 65-85.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde*, (Série B. Textos Básicos de Saúde, 64 p.) Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. (110 p.: il. Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1988). Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 16 outubro de 2014, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
- Brasil. (1997). Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. *Parecer 776*. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Recuperado em 10 de setembro de 2014 de: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>.
- Brasil. (2008). *Portaria Interministerial Nº 1.802*, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET- Saúde.
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 14 de agosto de 2014, de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Campos, G. W. S. (2007). Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Santos-Filho, S., B., Barros de Barros, M. E. Ijuí: Ed. Unijuí, 272 p.
- Campos, G. W. S. (2007). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Ceccim, R. B. (2010). Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde. In *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e prática*. Pinheiro, R; Barros, M. E. B.; Mattos, R. A. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. Rio de Janeiro.
- Chiavenato, I (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Ellery, A. E. L. (2012). *Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidades para a integração de saberes e a colaboração interprofissional*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

- Guizardi, F. L., Stelet, B. P., Pinheiro, R., & Ceccim, R. B. (2006). A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In Pinheiro, R., Ceccim, R. B., Mattos, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde* (pp.153-77). Rio de Janeiro: IMS/UERJ—CEPESC—ABRASCO.
- Heckert, A. L. C., & Neves, C. A. B. (2010). Modos de formar e intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivos. In Pinheiro, R., Barros, M. E., Mattos, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. CEPESC—IMS/UEFRANCO, 2013—ARI—ABRASCO. Rio de Janeiro.
- Jupiasu, H. (2006). O espírito interdisciplinar. *Cadernos EBAPE*. BR,4(3), 01-09.
- Kell, M. C. G., & Shimizu, H. E. (2010). Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1) 1533-1541. Recuperado em 10 de maio de 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>.
- MERHY, E. E.; (2002). *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>, recuperado em novembro de 2013.
- MINAYO, M.C.S. (2010). *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*—12º ed – São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, M.C.S. (2012). *Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade* – (org.). 3º ed.
- Pagani, R., & Andrade, L. O. M. (2012). Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde e Sociedade*, 21(Suppl. 1), 94-106.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1): 103-9. Recuperado em 12 de julho de 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.
- Peduzzi; M. Carvalho, B. G., Mandú, E. N. T., Souza, G. C., & Silva, J. A. M. (2011, Rio de Janeiro). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physys Revista de saúde coletiva*, 219(2) 629-649.
- Pinto, C. A. G., & Coelho, I. B. (2008). Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In Campos, G. W. S., Guerrero, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*.
- Ribeiro, E. C. O. (2012). Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11 (Supl. 1).
- Rollo, A. A. (2007). É possível valorizar o trabalho em saúde num mundo “globalizado”? In Santos-Filho, S. B., Barros, M. E. B. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí.
- Thiesen, J. S. (2008). A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Rev. Bras. Educ.*[online]., 13(39) 545-554.

5.4 Propuesta de Actuación en Atención Psicosocial para el Funcionario Público Federal Brasileño

TAÍS BLEICHER¹ Y
JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO²

¹Universidade Federal do Ceará.
taisbleicher@hotmail.com

²Universidade Estadual do Ceará

RESUMEN

Ese trabajo tiene como objetivo hacer una introducción breve a las cuestiones que afectan a la salud mental del funcionario público, especialmente el federal, y presentar una propuesta de atención psicosocial integrada al SIASS. Se realizó una revisión bibliográfica sobre la salud mental del funcionario público en Brasil y un análisis documental sobre la legislación federal en salud y los ejes propuestos en las cuatro conferencias nacionales de salud mental. A partir de ahí, se realizó una propuesta de actuación psicosocial para los funcionarios públicos federales, entendiendo que el servicio público presenta cuestiones específicas en cuanto a la salud mental del trabajador. La creación de una política de Estado, que tiene directrices y financiamiento propios, hace posible concretar la comunicación entre los servicios de salud de los órganos federales y el re-modelaje de los servicios destinados a la salud del trabajador. Específicamente, respecto a la atención psicosocial, una reorganización del servicio posibilita que, en vez de contener acciones dirigidas sólo para el trabajador, actúe en toda la institución, desde una perspectiva crítica, con el objetivo de prevenir y promover la salud mental. Con el levantamiento de datos es necesario subsidiar el enfrentamiento de este modelo de relación entre Estado y funcionalismo público que enferma y que se repite con las administraciones centralizadas, verticales, sin espacio para la autonomía del trabajador. Por lo tanto, se trata de crear mecanismos propios para el servicio público que posibiliten la horizontalidad de las relaciones laborales.

Palabras clave: Atención Psicosocial; Políticas Públicas de Salud; Salud del Trabajador; Funcionalismo Público Federal.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas en salud en Brasil siguen un modelo que se acerca a los treinta años de existencia. Objetivan las directrices de la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986, directrices oficializadas en la Constitución Federal de 1988 (Brasil, 1988a).

Uno de los principales problemas de la asistencia a la Salud en Brasil hasta entonces consistía en ser destinada sólo a los trabajadores formales. La Salud no era un derecho, y aquél que no estuviera amparado por este sistema de seguridad social debía recurrir a las instituciones filantrópicas o privadas. El gran beneficiario de ese sistema era el sector hospitalario privado, ya que el Instituto Nacional de Provisión Social –INPS– dirigía sus recursos directamente a él, sin un control riguroso.

Además, ese aparato estaba destinado a la asistencia médica curativa, en tanto los problemas de salud pública estaban vinculados con el Ministerio de Salud, con menos recursos y una estructura organizacional bloqueada por la fuerte burocracia. Las acciones entre los ministerios no se comunicaban (Bleicher, 2003).

Con la redemocratización brasileña, fue necesario crear políticas públicas que garantizaran los derechos sociales. Las políticas sociales existentes, a la manera descrita para el campo de la Salud, eran fragmentadas, excluyentes y sectorizadas. Afirmar la Salud como derecho consistía en su universalidad, atendiendo a personas que no estaban vinculadas al mercado formal de trabajo y que, por lo tanto, eran especialmente vulnerables (Cunha & Cunha, 2002).

Se realizó una descentralización de los poderes caracterizada por la adopción de la modalidad de federalismo participativo. Conforme el proyecto de cada política específica, esto podría significar

transferência parcial ou total de responsabilidades do governo federal para os Estados; do governo federal para o nível local ou do governo estadual para o local. Podia significar, também, mudança de funções entre níveis de governo, ou de um nível do governo para outras organizações públicas ou privadas, por exemplo: do governo estadual para as escolas; ou do governo para organizações assistenciais, cooperativas, ONGs⁴ (Almeida & Carneiro, 2003, p. 129).

Uno de los principales ejes de cambio de actuación fue la importancia dada a las acciones de promoción, prevención, rehabilitación, vigilancia sanitaria y epidemiológica, intentando una atención integral. Sin embargo, estos avances ocurrieron más rápidamente en los equipamientos vinculados al Ministerio de la Salud. Las acciones de salud de los demás ministerios siguieron diferentes ritmos. También muy distinta fue la difusión de las acciones por el territorio nacional, ya que la estructura federativa concedía autonomía a los poderes locales. Por tanto hubo

4 “transferencia parcial o total de las responsabilidades del gobierno Federal para los Estados; del gobierno federal para el nivel local o del gobierno estatal para el local. Podía significar, también, el cambio de las funciones entre los niveles de gobierno o de un nivel del gobierno para otras organizaciones públicas o privadas, por ejemplo: del gobierno estatal para las escuelas; o del gobierno para organizaciones asistenciales, cooperativas, ONG” (Almeida & Carneiro, 2003, p. 129).

diferentes desarrollos entre las 27 unidades federativas, 26 estados y un distrito federal, y entre los 5,570 municipios brasileños.

Sobre la atención psicosocial, las principales directrices del actual modelo fueron elaboradas en la I Conferencia Nacional de Salud Mental -CNSM, en 1987. La salud mental sufría de los problemas generales de la asistencia a la salud, pero presentaba cuestiones específicas. La nota clave era la necesidad del fin de los manicomios, que segregaban y cronificaban a los pacientes psicóticos. A las personas con trastornos mentales leves, el contexto era de ausencia de cuidados. Con la nueva Constitución y las legislaciones específicas, fueron creados los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) para trabajar con la demanda general de la población. Muchos de estos CAPS centraron la asistencia en el público psicótico, continuando la situación de ausencia de cuidados para la población en general.

Hasta el presente se han realizado cuatro CNSM en Brasil. En 1987, 1992, 2001 y 2010. El tema trabajo apareció desde el inicio, pero fundamentalmente relacionado a la cuestión de la ciudadanía del psicótico, como forma de rehabilitación social. El informe final de la I CNSM destacó la necesidad de crear centros de rehabilitación profesional para personas sin trabajo por motivos de enfermedad, así como crear estructuras de trabajo protegido para evitar la jubilación obligatoria. Se dedicó especial atención al trabajador en Salud Mental:

O trabalhador de saúde mental precisa romper o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional, lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida⁵ (Brasil, 1988b, p. 12).

En aquella I CNSM, la salud del trabajador fue abordada desde una perspectiva ideológica y adoctrinante y en general, afirmaba la necesidad de incluir en el sus las acciones de protección, seguridad e higiene del trabajo.

En las CNSM siguientes, las propuestas se acentuaron apuntando a las cuestiones prácticas encontradas en lo cotidiano, además de adentrarse en públicos específicos. Adicionalmente a los ingresos en los manicomios, era preciso pensar la salud mental en las especificidades respecto a los niños, las personas mayores, las personas que vivían en las calles y los indígenas, entre otros. Respecto a la salud mental

5 El trabajador de salud mental debe romper el círculo vicioso, en el que se gana mal y se trabaja mal, combatiendo la violencia en las instituciones y uniendo esfuerzos con la sociedad civil para una liberación institucional, luchando por mejores condiciones de salario y de trabajo asociadas a las mejoras de las condiciones institucionales y de vida (Brasil, 1988b, p. 12).

del trabajador, ya en la II CNSM, la discusión evolucionó más allá de los trastornos mentales mayores, planteando que sería necesario:

Criar mecanismos de vigilância visando identificar, nos locais de trabalho, os fatores de riscos que levam ao sofrimento psíquico, para que sejam eliminados; Incluir, nos Mapas de Risco das Empresas, os fatores de risco para a saúde mental: condições inseguras, pressão psicológica, responsabilidades, más condições de trabalho, relações de trabalho, organização do trabalho; Registrar, em todas as instituições que atendam à saúde do trabalhador, as intercorrências (acidentes do trabalho, licenças-saúde, aposentadorias etc.), com seus efeitos e causas, função do trabalhador, tempo na função, horário da ocorrência no trabalho, jornada e turno, lesão determinada, grau do dano (se definitivo ou não), condições em que ocorreu o acidente ou doença⁶ (Brasil, 1994, p. 18).

En cuanto a los derechos laborales, se trataba de asegurar que los exámenes de salud no se convirtieran en instrumentos de exclusión de la vida productiva; que se crearan centros de referencia en salud del trabajador; que las enfermedades mentales fueran reconocidas como enfermedades laborales, siempre que se hubiera comprobado que las actividades laborales contribuían para su surgimiento, y que las empresas se responsabilizaran por los daños psíquicos que pudieran sobrevenir a sus empleados a causa del trabajo. Además de eso, debía garantizarse que los desempleados fueran considerados categoría de riesgo en salud mental (Brasil, 1994).

En la IV CNSM, en relación a los trabajadores se apuntó la importancia de la reducción de las jornadas laborales como estrategia de la política de Salud Mental, para que el trabajador contara con tiempo para el ocio. Se empezó a considerar los problemas de lo cotidiano, como el acoso moral y sus implicaciones para la salud mental del trabajador (Sistema, 2010).

Al mismo tiempo que del campo de la salud mental, heredero de la psiquiatría clásica, hasta hace poco influenciado por la filosofía, sociología, psicología y psicoanálisis, el campo de la salud del trabajador se constituye como heredero de la medicina del trabajo, también influenciado por la psicología organizacional, la ergonomía y la sociología del trabajo.

6 Crear mecanismos de vigilancia buscando identificar, en los locales de trabajo, factores de riesgo que conllevaran al sufrimiento psíquico, para ser eliminados; incluir en los mapas de riesgo de las empresas, los factores de riesgo para la salud mental: condiciones inseguras, presión psicológica, responsabilidades, condiciones, relaciones y organización del trabajo. Registrar, en todas las instituciones de atención a la salud del trabajador, las complicaciones (accidentes de trabajo, licencias-salud, jubilaciones etc.) con sus efectos y causas, función del trabajador, tiempo en la función, horario de la ocurrencia en el trabajo, jornada y turno, lesión determinada, grado de daño (si definitivo o no), y condiciones en que ocurrió el accidente o enfermedad (Brasil, 1994, p. 18).

Ambos, no obstante con ritmos diferentes y matrices teóricas frecuentemente enfrentadas, dieron un salto cualitativo al situarse en el ámbito de las políticas públicas y de un sistema universal de salud, articuladas con la colosal iniciativa social del Movimento Brasileiro de Reforma Sanitaria (MBRS).

Además, la salud del trabajador se diferenciaba de las disciplinas de origen por no tratarse de una lectura académica sobre el enfermo mental o sobre el trabajador, que lo tomarían como objeto de sus intervenciones, pero sí por la acentuada intersección de intereses de diversos actores sociales. En el caso de la salud del trabajador, la intersección de intereses involucró centrales sindicales, sindicatos, partidos políticos, trabajadores, técnicos e investigadores, que buscaban cambios en los cuadros relacionados a la salud laboral, es decir, mejores condiciones de trabajo respecto a la legislación vigente, e implementación concreta e inmediata de políticas públicas (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997).

El marco de referencia de la política de salud del trabajador emergió de imperativos prácticos. Las discusiones sobre salud del trabajador y salud mental, en un momento, se mantuvieron distanciadas ya que, de inicio, los sindicatos no estaban dedicados a las cuestiones de salud mental, no obstante la Constitución Federal de 1988 indicara ya que el sufrimiento debía ser considerado en la dimensión de las pérdidas de salud del trabajador, tanto como la insalubridad y la peligrosidad.

En la década de 2000 el Gobierno Federal empezó a programar las políticas públicas en Salud del Trabajador. Para los trabajadores del campo de la Salud, la política nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador-PNSST empezó a ser delineada en 2004. Sin embargo no es sino hasta después de 2007 que se ha establecido el compromiso de crear e implantar una Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho del Servidor Público Federal-PASS, sustentada por un sistema de información de salud del funcionario, de sólida base legal y una red de unidades y servicios, con garantía de recursos financieros específicos para la implementación de acciones y proyectos, lo que constituye el Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor-SIASS.

OBJETIVO

Ese trabajo tiene como objetivo hacer una introducción breve a las cuestiones que afectan a la salud mental del funcionario público, especialmente el federal, y presentar una propuesta de atención psicosocial, integrada en el SIASS.

METODOLOGÍA

Se realizó revisión bibliográfica sobre salud mental del funcionario público en Brasil y un análisis documental sobre la legislación federal en salud y los ejes propuestos en las cuatro conferencias nacionales de salud mental. A partir de esto, se realizó una propuesta de actuación psicosocial para los funcionarios públicos federales, en el modelo del SIASS.

RESULTADOS

Antes de la implantación del SIASS, las prácticas acerca de la salud del trabajador, en los órganos federales fundamentalmente estaban vinculadas a la pericia médica con fines de concesión de licencias y alguna atención ambulatoria, y debido a la inexistencia de articulación entre pericia y levantamientos epidemiológicos, era difícil trazar un perfil de la salud mental del funcionario público.

Ezio Bazzo apunta, a fines de los 90, la casi inexistencia de fuentes sobre el tema o, aún, la falta de fiabilidad de las existentes. Desarrolló su trabajo a partir de la realidad encontrada en la experiencia psicoterapéutica de funcionarios públicos. Por tanto su análisis aporta una perspectiva más puntual e individual, buscando integrar la dimensión organizacional, partiendo de una escucha y no de un levantamiento cualitativo sobre la realidad encontrada (Bazzo, 1997).

En esa época era alto ya el número de funcionarios que sufrían de trastornos mentales y enfermedades psicosomáticas relacionadas a la organización del trabajo. El gran número de demandas en las consultas médicas, se derivaba para las especialidades más diversas.

Como é arriscado admitir um distúrbio psíquico, os funcionários recorrem compulsivamente às mais variadas especialidades que, mesmo não "detectando" neles nenhum "mal", pelo menos lhes prescrevem algum tipo de placebo, o que lhes garante uma espécie de desabafo, de desafo e de alívio⁷ (p. 42).

La especificidad del servicio público, en relación a las demás realidades de trabajo, era la falta generalizada de planteamiento, lo que aparecía de innumerables formas: los frecuentes cambios de los jefes nombrados según criterios políticos y de nepotismo; ausencia de nexos entre la capacitación de los funcionarios y el verdadero trabajo a desarrollar; la carencia de criterios para nombrar o exonerar personas; la asimetría acentuada entre los funcionarios; la falta de un plan de cargos y sueldos que cualificara los rendimientos; la lucha por el poder fomentada entre los funcionarios; el hecho de que de los departamentos de Recursos Humanos tuvieran como función máxima sólo la ejecución de hojas de pago.

Todo ello, envuelto en la expandida corrupción asociada a asuntos administrativos, que afectarían tanto a quien la practicara como a quienes no; este último, por la necesidad de callarse ante la realidad encontrada, constituía un primer paso para la confusión mental. Al depender de su personalidad, crece la angustia de lle-

7 Como es arriesgado admitir un disturbio psíquico, los funcionarios recurren compulsivamente a las más variadas especialidades que, incluso no "detectando" en ellos ningún "mal", por lo menos les prescriben algún tipo de placebo, el que les garantiza una especie de salida, de respiradero y de alivio (p.42).

vase bien con la corrupción, en corruptos y corruptores; tomar cuerpo, generando pérdida de esperanzas en la realización profesional, por la percepción de que sólo tienen éxito los apadrinados y los que participan de esquemas de aceptación ilegal de dinero. Además de quienes llegan a tener alteraciones de carácter,

... os próprios corruptos assim como os corruptores vão aos poucos apresentando sinais indistigáveis de instabilidade emocional, de angústias neuróticas e mesmo de insanidade mental. "A energia investida para ocultar, disfarçar, negar ou racionalizar seus atos ilícitos, os prostram mais cedo ou mais tarde"⁸ (Bazzo, 1997, p. 43).

El resultado de ese escenario era asumir lo imposible de transformar el trabajo en algo gratificante, provocando una tendencia masiva hacia la jubilación. El autor planteaba la inconveniencia de los gobiernos para ocuparse por temáticas de la salud mental del funcionario público, una vez que ella evidenciaría disparates administrativos, económicos e burocráticos, sistemáticamente escamoteados (Bazzo, 1997).

Más de una década después del relato de Bazzo, otros intentos de intervención fueron los programas de Gestión de Calidad de Vida Laboral (CVL), que llegaron al servicio público tardíamente, en comparación cronológica con la iniciativa privada, y se constituyeron en directriz nacional.

Durante 2009 treinta instituciones de los tres poderes de la república poseían estos programas. Mientras tanto, a pesar de las metamorfosis del mundo del trabajo y de los intentos de cambios en los procesos de gestión, ocurridos en aquella década, no hubo una modificación radical del servicio público en el contexto de la reestructuración productiva. Se evidenciaba el aumento prácticamente exponencial del ausentismo, accidentes de trabajo, enfermedades de trabajo y licencias por salud en las organizaciones públicas brasileñas (Ferreira, 2009).

Los principales factores prejudiciales a la CVL en los órganos públicos serían el cobro y la presión sobre funcionarios menos motivados, la novedad del incremento de la carga de trabajo y la infra-estructura deficiente. Sin embargo, en investigación realizada por (Ibidem, 1997) fue evidente que los programas de CVL no actuaban sobre la causa de los problemas, sino sólo superficialmente en actividades anti-estrés, como las físico-corporales. "O caráter ideológico, nesse caso, transita da aparência para a essência: as práticas de gestão se inscrevem numa perspectiva

8 Los propios corruptos, así como los corruptores, poco a poco, presentan señales apreciables de inestabilidad emocional, angustias neuróticas e incluso de trastorno mental. "La energía investida para ocultar, disfrazar, negar o racionalizar sus actos ilícitos les pasa factura más temprano o más tarde" (Bazzo, 1997, p. 43).

obstinada em garantir desempenho satisfatório dos servidores a qualquer preço, sem a oferta real de condições⁹” (p. 325). Las actividades no se proyectan para la institución y los procesos de trabajo, sino para los individuos, que necesitan ser ajustados. Además de esto, los programas no fueron creados como políticas institucionales, sino como procedimientos improvisados y asistemáticos, donde faltaban “por exemplo, descrição de cenários, objetivos, metas, recursos instrumentais e método de avaliação como alguns dos elementos que caracterizam a formulação de uma política impacta negativamente na qualidade do processo de gestão de QVT¹⁰” (Ibid. p.324).

Pero, es verdad que este cuadro de ausencia de política de salud, que las tentativas de implantación del CVT mostraban tenuemente, ha cambiado con la creación del SIASS. El Gobierno Federal ha avanzado en la esfera normativa y en la implantación de acciones de intervención en cuanto a la función pública, especialmente respecto a la asistencia suplementaria a la salud y a la salud ocupacional del funcionario público. Sin embargo, como bien alertan Nunes e Lins (2009), son avances de una categoría que no necesariamente cuestiona la caracterización primordial del trabajador del servicio público, es decir, su vinculación con el Estado.

Por ley, las relaciones de trabajo entre los funcionarios públicos y el Estado son unilaterales, siempre de acuerdo con los intereses de la administración pública. La organización del trabajo es regida por los planes políticos y por los gobiernos a ellos vinculados. La centralización del poder por el gobierno lleva a la falta de autonomía en los órganos públicos y cambios de política cada vez que un nuevo gobierno asume el poder.

El modelo de gestión altamente jerarquizado, técnico-burocrático y las relaciones impersonales de trabajo son la clave del sufrimiento de los funcionarios, ya que conllevan falta de autonomía y frustración. El funcionario también es frecuentemente culpado por deficiencias en el servicio público causadas por crisis de las instituciones públicas. Todo este cuadro favorece, especialmente al estrés, fatiga, lesiones por esfuerzo repetitivo y procesos psicossomáticos diversos, de acuerdo con las historias individuales. Por tanto, se puede afirmar que existen características propias del servicio público que justifican la creación de una política pública de promoción y prevención en salud mental específica para los funcionarios públicos. Las formas de asistencia hasta entonces se centraban en el individuo y despreciaban el contexto macro social e institucional. En este contexto, fue creado el SIASS.

9 El carácter ideológico, en este caso transita de la apariencia a la esencia: las prácticas de gestión se inscriben en una perspectiva obstinada en garantizar el rendimiento satisfactorio de los funcionarios a cualquier precio, sin la oferta real de condiciones (Traducción de los autores).

10 por ejemplo, la descripción de escenarios, objetivos, metas, recursos instrumentales y el método de evaluación, así como algunos elementos que caracterizan la formulación de una política que impacta negativamente en la calidad del proceso de gestión de CVL (p. 324).

Según el inciso III del artículo 3° del decreto 6.833, de 29 de abril de 2009, que instituyó el SIASS y el Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, las acciones en los ambientes de trabajo deben ser dirigidas para la promoción, prevención y acompañamiento en salud. En el caso de la salud mental, los tratamientos deben realizarse en los CAPS. Se propone la creación, en las instituciones públicas, de un centro que se dedique especialmente a la salud mental del trabajador y a la construcción de políticas y programas con este enfoque.

Tal intención atiende a los principios del Sistema Único de Saúde, el SUS. La ley 8.080, de 19 de septiembre de 1990, artículo 6°, afirma, entre otros aspectos, que pertenecen al SUS las acciones de promoción y protección de la salud de los trabajadores. El principio de la equidad, por su parte, hace referencia al reconocimiento de que las condiciones de salud varían con la comunidad, la etnia, el curso de la vida, el género, la vulnerabilidad social y la organización del trabajo. La salud, tal como se entiende hoy, según el artículo 3° de la ley 8.080,

tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais¹¹ (Brasil, 1990).

Para que haya salud es necesario que las políticas públicas sean transversales y contemplen los factores citados. El trabajo, por tanto es incluido, en este proyecto, como un aspecto constituyente de la subjetividad y que tiene repercusiones para la salud mental, repercusiones que pueden manifestarse como sufrimiento psíquico. Por ende es necesario que un servicio de atención psicosocial para el funcionario público adopte los siguientes objetivos:

- Implantar acciones de promoción y prevención en salud mental, incluso en lo que se refiere a la organización del trabajo;
- Acompañar los trastornos psicogénicos relacionados o no con el trabajo;
- Reducir los índices de licencias de los funcionarios por motivo de trastorno mental, a través de las acciones anteriores;
- Constituirse como espacio de investigación e intervención en salud mental y trabajo, coordinándose con los programas de grado y pos-grado de las universidades;
- Establecer un proceso de formación permanente en salud mental y trabajo;
- Trabajar conjuntamente con el sector de pericia, buscando contribuir en el levantamiento de información epidemiológica y para las discusiones sobre el

11 Tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, los ingresos, la educación, el transporte, el ocio y acceso a bienes y servicios esenciales (Brasil, 1990).

establecimiento del nexo casuístico entre enfermedad mental y las condiciones de trabajo.

Para alcanzar tales objetivos, las acciones del núcleo debieran realizarse en tres ejes asociados, a saber: promoción, prevención y acompañamiento en la salud mental. Además, serían desarrolladas actividades de investigación en salud mental y trabajo. Un equipo interdisciplinar trabajaría de forma conjunta para la realización de actividades que consideren las condiciones psicosociales de los usuarios, así como la organización del trabajo en los respectivos sectores.

Las actividades serían distribuidas de la siguiente forma:

1. Promoción.
 - Actividades de educación en salud mental: realización de conversaciones, capacitaciones y elaboraciones de materiales informativos;
 - Apoyo a actividades artísticas, culturales y de ocio a saber, grupos de arte en general, actos de socialización e integración y eventos deportivos;
 - Asesoría a los programas cercanos a la temática de salud mental del trabajador, tanto en la definición de políticas como en la articulación estratégica de los planteamientos en esta área;
 - Comunicación y crítica social, con consultoría a los órganos de comunicación de masas en relación a la temática de salud mental del funcionario;
 - Realización de grupos de apoyo psicosocial con la finalidad de promover la salud del trabajador mediante situaciones de diálogo, cambio de experiencias y aprendizajes dirigidas al incremento de la cualidad de vida.
2. Prevención.
 - Producir análisis sobre la organización del trabajo en los diversos sectores de la función pública, con la implantación de acciones sobre los factores etiológicos de la enfermedad mental;
 - Prevenir la etiquetación y el estigma de funcionarios con trastornos mentales en el ambiente de trabajo.
3. Acompañamiento
 - Al enviar los funcionarios para la red de atención a la salud mental, responsabilizarse por su salud en cualquier punto de la red en que se encontraban;
 - Evaluar las condiciones psicosociales de los usuarios del servicio con el objetivo de favorecer su integración al ambiente de trabajo.
4. Formación e investigación.
 - Realizar el levantamiento de la información epidemiológica;
 - Internamente, realizar la formación continuada, por medio de seminarios, estudios de casos y textos para el equipo;
 - Participar de proyectos de investigación y acción, en colaboración con los núcleos de grado y postgrado de áreas afines a la salud mental del trabajador;
 - Fomentar las discusiones sobre el establecimiento del nexo casuístico entre la enfermedad mental y las condiciones de trabajo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El Sistema Único de Salud ha conseguido considerables avances en la consolidación de las políticas públicas de salud brasileñas. Sin embargo, su ideario y principios aún no son palpables, inclusive para los servicios de salud. Las instituciones federales no son diferentes; perpetúan las acciones de pericia y tratamiento en un contexto de precaria comunicación con el SUS. La creación del SIASS como política de Estado, con directrices y financiamiento propios, hace posible concretar esta comunicación y el re-modelaje de los servicios destinados a la salud del trabajador.

Específicamente con relación a la atención psicosocial, una reorganización del servicio posibilitaría que, en vez de proceder sólo desde acciones centradas en el trabajador, se intervenga en toda la institución y desde una perspectiva crítica, con el objetivo de prevenir y promover la salud mental.

Cada organismo federal posee sus equipos de recursos humanos y de salud. No se trata de crear nuevos servicios, pero sí de remodelarlos de acuerdo con los principios establecidos, específicamente, los del SUS.

El modelo del SIASS propone que un organismo actúe como centro, en cada unidad federativa, responsabilizándose de los demás; los sectores de pericia, que ya existen, debiesen articularse con los sistemas de levantamiento epidemiológico. Sin embargo, tradicionalmente, pericia y levantamiento epidemiológico son practicados por médicos que no suelen estar atentos a los condicionantes psicosociales de las enfermedades. Así, es urgente que los modelos de levantamiento de las informaciones existentes permitan el acceso amplio a estos condicionantes.

Programas de CVL y otros que ya existan pueden ser aprovechados por el SIASS, integrados como formas de intervención dentro de una política de mayor espectro y, por tanto, necesariamente ser evaluados en conceptos, metas y resultados. Las intervenciones no pueden reducirse sólo al individuo y tampoco limitarse al propio organismo.

Con el levantamiento de datos, es necesario cambiar este modelo de relación entre Estado y función pública, que enferma a los funcionarios y que se extiende a las administraciones de los organismos centralizados verticalistas, sin espacio para la autonomía del trabajador. Por tanto, es necesario crear mecanismos propios para el servicio público que posibiliten la horizontalidad de las relaciones laborales.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, M. H. T. de, Carneiro, L. P. (2003). Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. *Opin. Publica*, 9 (1), 124-147.
- Bazzo, E. F. (1997). Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. *Psicol. cienc. prof.*, 17 (1).
- Bleicher, L. (2003). *Saúde para todos, já!* Salvador: Étera.
- Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil (1988a). Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

- Cunha, E. de P., Cunha, E.S.M. Políticas Públicas e Sociais (2007). In A. M. Carvalho (Ed.). *Políticas públicas* (p. 11-26). UFMG, 2002. MEC 2007. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília. (1988b).
- Ferreira, M. C., Alves, L., Tostes, Natalia. (2009). Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 25 (3).
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Minayo-Gomez, C., Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, 13 (2), 21-32.
- Nunes, A. V. de L., Lins, S. L. B. (2009). Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. *Revista Psicologia*, 9(1), 51-67.
- *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. (1994).
- Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV CNSM - Intersetorial. (2010) *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial*. Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

5.5 Pensar la salud mental de trabajadores no asalariados con perspectiva clasista neomarxista

LUZ AMPARO PÉREZ FONSECA^{1*} Y
JAIRO ERNESTO LUNA GARCÍA²

^{1,2}Universidad Nacional de Colombia. *laperezf@unal.edu.co

INTRODUCCIÓN

En este ensayo nos proponemos contribuir a la discusión teórica sobre la salud mental de los trabajadores, en especial de aquel grupo poblacional que constituye el mayor sector de la población ocupada en la región y en nuestro país, el de los trabajadores urbanos no asalariados. Los países de América Latina vienen compartiendo el surgimiento y desarrollo de la clase social de trabajadores urbanos no asalariados con especial fuerza durante el periodo de implantación del modelo de desarrollo neoliberal. Y aun cuando en cada contexto se asumen dinámicas y trayectorias específicas, presuponemos que una muestra de las experiencias que aquí exponemos, circunscritas al caso de Bogotá-Colombia, podrían ser de algún modo similares y útiles a las reflexiones que se adelantan en otras regiones de las Américas.

En este trabajo planteamos un marco analítico que explica cómo la categoría de clase social neo-marxista es el principio explicativo más general de la relación conceptual entre las condiciones de empleo, de trabajo urbano-no asalariado y de salud mental laboral. En lo metodológico seguimos la consulta de literatura teórica y empírica de alcance internacional, regional y local referente a la economía laboral y al tópico de la salud-enfermedad mental de los trabajadores que laboran al margen de la condición asalariada.

Frente a la expansión del trabajo urbano no asalariado y el escaso conocimiento que tenemos a cerca de la salud mental de este grupo de trabajadores, según arroja la revisión de la literatura, la sustentación del marco de análisis que hemos planteado la desarrollaremos en el curso de la discusión de cinco aspectos. El primero aborda la problemática que encierra la pregunta sobre cómo se trabaja en la actualidad en la región y en Colombia-Bogotá, en el contexto de una economía globalizada, un orden social y económico neo-liberal y unas realidades laborales emergentes afrontadas por trabajadores no asalariados. El segundo se refiere al conocimiento del fenómeno en términos de las descripciones que ofrecen las investigaciones respecto de la salud mental laboral de las personas trabajadoras no asalariadas. Podemos aseverar que dichas descripciones hacen referencia principalmente a categorías de empleo o de trabajo, y es por este motivo que las situaciones de salud mental de los trabajadores informales representan una de las temáticas que más está llamando la atención de los investigadores. Como alternativa a los

alcances y las limitaciones del conocimiento en el campo de la salud mental de este grupo de trabajadores, en los aspectos tercero y cuarto abordamos la plausibilidad del concepto clase social neo-marxista, como principio explicativo del nexo trabajo urbano no asalariado-salud mental. Finalizamos con las implicaciones teóricas metodológicas que conlleva el marco propuesto.

¿CÓMO SE TRABAJA EN LA ACTUALIDAD?

Estudiosos de la estructura y el funcionamiento de la economía colombiana (Misas, 2002; Estrada, 2004; Ocampo, 2010; Urrea, 2010), mencionan como una de las principales características del contexto socio-histórico de la sociedad colombiana-bogotana, la adopción en su organización, de la creación y el mantenimiento histórico de una profunda desigualdad económica y social. En el núcleo de la configuración de clase social que aquí nos interesa, se encuentran cuatro hechos centrales. En primer lugar, la formación y consolidación de la fracción correspondiente a los propietarios de grandes empresas industriales y de otros sectores económicos acaecida en el marco de una polarización social. En segundo lugar, el surgimiento de diversos modelos de trabajador no asalariado mediante el uso empresarial del recurso de la subcontratación laboral (generalizado hoy día), en el contexto de una transformación de la estructura productiva encaminada hacia la apertura a los mercados externos. En tercer término, la profundización de la heterogeneidad de la fuerza laboral urbana determinada por el modelo de desarrollo neoliberal por la vía de varios procesos generales entre los que se destacan la desregulación laboral, la reducción de uso de la fuerza de trabajo, la generación de múltiples modalidades de trabajador por cuenta propia, la estratificación de la estructura empresarial y, transversal a todo lo anterior, el desplazamiento que deja el conflicto armado. La dinámica de la clase trabajadora urbana no asalariada, condicionada por el régimen productivo, se traduce en que el motor de la actividad económica del país, y por ende de Bogotá, reside en las micro y las pequeñas empresas por ser, en conjunto, el grupo mayoritario del empresariado, por vender a las grandes empresas buena parte de los productos y servicios que éstas compran y por ser las que emplean a la mayoría de los trabajadores. Éstos, a su vez, se incorporan a un mercado laboral multi-fragmentado que, o bien vinculados o bien trabajando por cuenta propia, laboran en condiciones de empleo desmejoradas. Un proceso relevante asociado a estos aspectos es el que concierne a las determinaciones recíprocas entre las formas de trabajo asalariado y no asalariado que dejan, como balance final, la reducción significativa del primero frente a la gran expansión de fracciones "pluriclasistas" del segundo, en una heterogeneidad tal, que desafía las posibilidades de su investigación. Entonces, asistimos a una composición y dinámica de clase social urbana no asalariada, determinada estructuralmente, de gran representación en la población ocupada de la ciudad y el país, que afronta complejas realidades laborales.

¿QUÉ SABEMOS DE LA SALUD MENTAL DE TRABAJADORES URBANOS NO ASALARIADOS?

Consideramos que la evidencia empírica acerca de la salud mental laboral del grupo de trabajadores no asalariados ocupados en ámbitos urbanos se está desarrollando dado el predominio de estudios empíricos sobre el trabajo asalariado y su relación con la salud tanto en el ámbito global como local. Pero por sobre todo, asumimos que constituye una aproximación al fenómeno en el sentido que se lo aborda desde la óptica de categorías analíticas restringidas al empleo y al trabajo como, por ejemplo, las de trabajador independiente o de trabajador informal. Ello se verifica al tomar en consideración las más grandes encuestas nacionales colombianas que incluyen el examen de las dimensiones laboral y de salud. Se puede señalar que en el caso colombiano, la I Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales (I ENCST - Ministerio de la Protección Social, 2007), al excluir a la población ocupada no afiliada al sistema de riesgos profesionales, deja de lado la información referente a la salud y seguridad laborales de los trabajadores no asalariados, dado que éstos no forman parte de dicho sistema. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS - 2007), que incluye categorías ocupacionales con un enfoque afín a la visión de desigualdades, sí permite acercarse a la problemática. De acuerdo con la información que ofrece esta encuesta, los profesionales independientes presentan las mejores condiciones de salud de manera sistemática en los aspectos examinados, mientras que las trabajadoras familiares y ayudantes sin remuneración tienen las condiciones menos favorables (Fresneda & Luna, 2014). Y por último, la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (II ENCST - 2013), que incorpora en el estudio a los trabajadores independientes e informales del país, reporta que entre los grupos de los trabajadores informales (11%) e independientes (9%) figuran las mayores proporciones de personas que refieren ser objeto de violencia por delincuencia común en sus trabajos. En lo relativo al estado de salud percibido, los trabajadores informales (27%) consideran que su salud es regular en comparación con el total de los trabajadores. A nuestro parecer, estos hallazgos sugieren que si bien hay un creciente interés en los ámbitos regional y local por el tópico de la salud mental asociada al trabajo de quienes laboran en condición no asalariada, la información disponible da muestras de aportar pocos conocimientos. Al respecto, la mirada de la academia pone en evidencia que el tema de la salud mental laboral del grupo poblacional no asalariado, llama gradualmente la atención de los investigadores, como se muestra a continuación:

Descripciones del ámbito *macro-estructural* o de las condiciones de empleo. Las descripciones de la salud mental laboral basadas en la evidencia del papel que tienen las condiciones macro-estructurales son aún pocas. Se puede reseñar el estudio realizado por la OIT y la OMS (2000) que muestra cómo la población trabajadora en países de renta alta padece problemas de salud mental cada vez con mayor frecuencia. El análisis revela que aun cuando los orígenes de las dificultades mentales son complejos y multi-causados, un elemento clave a la base de la alta incidencia

de condiciones como estrés, cansancio y depresión asociados al trabajo, es la mundialización económica y los cambios concomitantes con el mercado de trabajo. Se señala que en el presente los trabajadores enfrentan, como nunca antes, nuevos procesos y estructuras laborales que pueden afectar su salud mental tales como inseguridad, tecnologización, exigencias de aumento de la productividad, subcontratación, cuyo indicador es el empleo temporal. Durante 2012, se encontró en una muestra bogotana ($n=300$) de trabajadores de baja calificación conformada por tenderos de estratos socioeconómicos 1 a 3¹² que las condiciones de empleo, en términos de la plena responsabilidad por el riesgo económico que se asume en la actividad y el control de la autoridad en la toma de decisiones que se tiene, explican en mayor proporción la varianza del bienestar subjetivo de los tenderos evaluados (Pérez, 2012). Es decir, las explicaciones del nivel macro-estructural de la salud laboral de los no asalariados es una tarea que está abierta a la investigación.

Descripciones del ámbito *micro-estructural* o de las condiciones de trabajo. Por contrapartida, las descripciones de orden micro-estructural de las condiciones de trabajo tienden a incrementarse, si bien no de una manera importante, a juzgar por la evidencia que la epidemiología laboral está acumulando en la región y en el país. Los estudios empíricos comparten, en general, la evaluación de condiciones físicas o psicosociales de los trabajos y su relación con la salud general y mental de trabajadores informales principalmente. En el noreste de Brasil, Ludermir y Lewis (2003) observan, en una muestra de trabajadores formales e informales, que los trabajadores informales presentan prevalencias mayores en desórdenes mentales comunes de acuerdo con el DSM III, comparados con los trabajadores formales. En Colombia, García-Ubaque, Riaño-Casallas, y Benavides-Piracón (2012) reportan que, a pesar de la escasa investigación sobre las condiciones de trabajo en empleos informales y precarios, en el perfil de salud-enfermedad de las trabajadoras informales figuran los trastornos emocionales y mentales, al lado de otros problemas de salud como los músculo-esqueléticos, los trastornos de salud reproductiva y las enfermedades circulatorias. En Sincelejo (Colombia), González, Baena, Gómez, y Mercado (2012) comprueban, en una muestra de trabajadores por cuenta propia ($n=55$) dedicados a la actividad de transformación de la madera, la existencia de riesgos por exposición a disolventes orgánicos y la afectación a su salud mental referida a insomnio (14,5%). En el departamento del Cauca, Muñoz y Chois (2012) describen la percepción de salud de una muestra de personas ocupadas en el sector informal del comercio ($n=223$) en cinco municipios del departamento donde, de manera contra intuitiva, el 60% mani-

12 En Colombia los estratos socio- económicos se definen por las características de las viviendas y su entorno. Esta forma de estratificación constituye un instrumento clasificatorio para efectos de cobro diferencial por los servicios públicos domiciliarios y la asignación de subsidios y de contribuciones. Las viviendas se clasifican en uno de seis (6) estratos; los estratos 1,2, y 3, son los estratos bajos en donde habitan los usuarios que tienen la menor capacidad económica y que reciben subsidios en servicios públicos, mientras que los estratos altos los 5 y 6 son habitados por usuarios con la mayor capacidad económica y pagan contribuciones o sobrecostos en los servicios.

fiesta tener una buena salud y más del 50% percibe su lugar de trabajo como un lugar seguro para trabajar. El grupo que mejor se siente con el trabajo que realiza es el de vendedores de leche (92,3%). En la ciudad de Bucaramanga, Jaimes y Amaya (2013) encuentran, en una muestra de personas adultas, mayores de edad, en situación de desplazamiento forzado (n=741), sobrepeso (32%) y obesidad (12%), percepción de salud muy buena o excelente (20%) o regular (38,6%), tabaquismo actual o pasado (30%) y consumo de alcohol (32%). La evidencia aportada por estos estudios en conjunto pone de presente que la salud de personas no asalariadas informales constituye un problema de población en nuestro medio que impele a comprender y abordarse. De hecho, Benach, Muntaner, Solar, Santana, y Quinlan (2010) proponen dirigir los esfuerzos de investigación al análisis de la forma en cómo las condiciones de empleo y las condiciones de trabajo se articulan con la salud y el bienestar de la población no asalariada, y por ende, de la que labora en la informalidad.

De otro lado, las investigaciones reseñadas también dejan apreciar que las explicaciones de la salud mental laboral de las personas no asalariadas que se basan en estudios de condiciones de empleo y de trabajo no aclaran qué determina esas condiciones laborales, por tanto, el alcance de esos hallazgos resulta limitado. Por lo tanto, existe la necesidad de ahondar en la comprensión de los procesos determinantes del fenómeno. Al respecto, la literatura consultada muestra que se viene acumulando evidencia empírica en torno de la idea que propone a la clase social como la categoría que aporta la principal explicación a los resultados en salud, operando bien de manera directa sobre ésta o bien, por la vía de las condiciones de empleo y de trabajo.

Descripciones de salud laboral con perspectiva de clase social. La caracterización de la clase social como determinante importante de la salud laboral, parte de las visiones clásicas de Marx, Lenin y Weber y se funda en las re-elaboraciones teóricas contemporáneas conocidas como neomarxista y neoweberiana (Johnson, 2011).

La teoría marxista de la clase y del trabajo tiene una influencia importante en la investigación de salud laboral, aun cuando solo recientemente se empieza a considerar esta perspectiva relacional (Johnson, 2011); por ejemplo, Navarro (1998) y otros miembros de un grupo de académicos norteamericanos de orientación crítica, postularon una epidemiología materialista en la realización de estudios de salud en que examinaban el contexto social en términos de las relaciones sociales de producción y la distribución de recursos. Un estudio emblemático del grupo fue el publicado en 1990 en *The Lancet* donde mostraron que las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular fueron 1.8 veces más altas entre hombres negros que entre hombres blancos, pero fueron 2,4 veces más altas entre trabajadores de cuello-azul que entre abogados corporativos.

En América Latina y Colombia se están empezando a generar investigaciones representativas con perspectiva neomarxista. Aunque Muntaner *et. al.*, 2012, en una revisión bibliográfica de estudios empíricos latinoamericanos sobre la clase social y la salud, bajo las perspectivas weberiana y marxista, constatan la escasez de hallaz-

gos puesto que de un total de 28 estudios, tan solo uno, con perspectiva neomarxista, se ocupa de los accidentes de trabajo como indicador de salud: se encuentra que la prevalencia de accidentes de trabajo en zona rural en Brasil es mayor entre las personas de clases sociales menos privilegiadas. Los hallazgos de este estudio de revisión sugieren a los autores la necesidad de emplear criterios de medición fundamentados teóricamente como los indicadores neomarxistas y neoweberianos, los cuales aportan mayores posibilidades explicativas que los tradicionales de posición socio-económica y ocupacional. Así mismo, las nuevas realidades laborales en la región, vinculadas a la globalización y la informalidad, demandan continuar el esfuerzo por conceptualizar y medir las desigualdades en salud laboral. Por su parte, Rocha *et. al.*, (2013) examinan con perspectiva neomarxista la relación existente entre la clase social y el estado de salud percibido y las conductas relacionadas con la salud en la población trabajadora chilena ($n=9.503$); encuentran que los medianos empresarios reportan la menor prevalencia de mala salud, los gerentes básicos bajo riesgo en salud mental; que los empresarios fuman con menor frecuencia y son, junto a los supervisores expertos y los trabajadores semi-calificados, los que realizan más actividad física. Por el contrario, el proletariado formal e informal y los supervisores básicos presentan los indicadores de salud más bajos. Por lo tanto, los hallazgos confirman que la clase social es un determinante clave en las desigualdades en salud en la población. Por último, Fresneda (2012) realiza una evaluación de las desigualdades en calidad de vida y salud en Bogotá utilizando información de encuesta a partir de la elaboración de un esquema de posición de clase que integra los criterios del propio autor sobre la identificación de grupos socio-ocupacionales así como adaptaciones a los marcos de análisis de Wright y Goldthorpe; encuentra que en la ciudad los directivos y gerentes, así como los profesionales y técnicos resultan más beneficiados en los índices de salud (por niveles alto, medio y bajo) en comparación con los trabajadores domésticos que se ubican en una posición de desventaja.

Para concluir, a nuestro juicio la perspectiva de clase social, en particular la inscrita en la visión neomarxista, brinda herramienta analítica plausible para la ampliación y la profundización del conocimiento en torno a la salud laboral de los trabajadores no asalariados, de modo que a partir de los antecedentes hasta aquí expuestos, arriesgamos como propuesta alternativa, un marco de análisis de enfoque de clase social neomarxista para el estudio de este fenómeno. Para ello procedemos, en primer término, a presentar los lineamientos teóricos-conceptuales sobre los cuales se soporta nuestra propuesta.

PERSPECTIVA NEOMARXISTA DE CLASE SOCIAL

Entre las diversas propuestas desarrolladas por la sociología y otras disciplinas sociales entorno a la formulación de estructuras de clases, basadas en la organización del empleo de las sociedades capitalistas avanzadas, el trabajo de enfoque neomarxista del académico sociólogo norteamericano Erik Olin Wright sobre clase social, en desarrollo desde mediados de los años 70, emerge a juicio de varios autores, como el esfuerzo teórico-empírico más riguroso y sistemáticamente elabo-

rado. En nuestro modelo acogemos sus ideas, por lo que estimamos conveniente anteceder la exposición del mismo de una sucinta referencia a algunos elementos teóricos que dan luces para pensar un mapa de clase social no asalariada como variable explicativa de la salud mental de quienes se sitúan en ella.

En particular, se trata de dar cuenta de lo que Wright designa como las *complejidades* que revisten las clases en las sociedades capitalistas actuales dejando atrás el legado de Marx de un modelo binario de clase –burguesía, proletariado–. A dichas *complejidades* se atribuye que pueden dar respuesta a muchos problemas-preguntas actuales, para los cuales la posición de clase forma parte de la respuesta y el modelo binario resulta insuficiente. Por ejemplo, las variaciones en condiciones de trabajo tales como en la autoridad y en el control, realmente no son variaciones entre las personas que pertenecen a la misma y única clase proletaria, sino que son variaciones vinculadas a relaciones de clase que las personas afrontan en el seno de sus trabajos (Wright 2000, 2005).

La centralidad del trabajo en la definición neomarxista de clase social la convierte a nuestro parecer, en una categoría por excelencia para estudiar la salud de los trabajadores. Compartimos con los sociólogos de la tradición neomarxista la definición de las clases primordialmente en términos de posiciones estructurales comunes dentro de la organización social de producción. Wright (1979) perfila los rasgos distintivos de la noción neomarxista de clase social en función de tres dimensiones teóricas anidadas, que a su juicio, son las que de manera más sustantiva diferencian la comprensión neomarxista de clase frente a las nociones no neomarxistas tales como la gradacional, la jerárquica o la de mercado. En la primera dimensión, la clase social se entiende fundamentalmente como de carácter relacional; en la segunda, las relaciones de clase se consideran situadas en las relaciones de producción; y en la tercera, la producción se analiza en términos de explotación. Valoramos de estas peculiaridades el potencial que tienen como principios orientadores tanto para el conocimiento de nuestras condiciones y realidades sociales como para su transformación.

En contraste con las nociones gradacionales de clase, en las que los grupos se diferencian según el grado en que poseen la característica criterio de división, como por ejemplo, el nivel de ingresos; la teoría marxista de clase se basa en una concepción relacional de la desigualdad social. Las clases se definen en relación social con otras clases. Los criterios de clase se basan en diferencias cualitativas. Así, los trabajadores ocupan una posición dentro de las relaciones sociales, que simultáneamente define la clase trabajadora y la capitalista. Bajo esta visión relacional, se asume que las estructuras de desigualdad en una sociedad, también son la base para la acción colectiva, es decir, las clases constituyen actores sociales (Wright, 2010).

La visión relacional, interdependiente de clase, es el punto de partida para especificar el tipo de relación de clase al que se hace referencia. En el debate teórico sobre las definiciones relacionales de clase, el enfoque neomarxista da prioridad a las relaciones de producción, las relaciones entre actores en el proceso de producción mismo como fundamento de la estructura de clases, lo cual es opuesto a la con-

cepción weberiana de clase, que enfatiza las relaciones de mercado, definidas como relaciones de intercambio entre vendedores y compradores en diversas clases de mercancías. La estructura de las relaciones de producción, que constituye la base de definición de las clases, se entiende como un sistema de explotación, diferenciándose de las visiones de división técnica del trabajo y de autoridad. El sello distintivo de la concepción marxista de clase es el énfasis que otorga al concepto de explotación, el cual denota la apropiación, por parte de la clase explotadora, del excedente de trabajo producido por la clase explotada.

Establecidas las características propias de la concepción marxista de clase, Wright (1979) define las clases como "posiciones comunes dentro de las relaciones sociales de producción, donde la producción es analizada ante todo como un sistema de explotación" (p. 17). Esta definición se sustenta en ciertas premisas paradigmáticas según las cuales las relaciones económicas cumplen un papel básico en la estructuración de otro tipo de relaciones sociales y, entre las relaciones económicas, las relaciones sociales de producción, estructuran tanto las relaciones técnicas de producción como las relaciones de intercambio.

Con base en esta definición de clase, Wright ahonda en el análisis de las relaciones de clase capitalistas a fin de llegar a la construcción de un mapa de clases de las sociedades capitalistas avanzadas que dé cuenta, además, de las varias posiciones en la estructura social que se denominan la "clase media".

El análisis de Wright estipula criterios de definición de las posiciones de clase, sustento de precisión conceptual para el estudio de las clases. La revisión histórica de las transformaciones de las relaciones de clase capitalista lo lleva a postular tres dimensiones interdependientes o procesos subyacentes a la relación básica capital-trabajo: una atinente a las relaciones sociales de control sobre el capital monetario, o de la inversión y la acumulación; otra a las relaciones sociales de control sobre el capital físico, o del uso de los medios de producción; y una tercera a las relaciones sociales de autoridad, o de control sobre la fuerza de trabajo en el proceso laboral. La primera se refiere a las relaciones de propiedad económica, las dos últimas a las de posesión. Estas tres dimensiones o procesos son, ante todo, el eje real de las relaciones de clase en la sociedad capitalista, no elaboraciones analíticas a priori; por ello, constituyen criterios de definición de las posiciones de clase (Wright, 1978; 1979).

El planteamiento del esquema de posiciones de clase resulta plausible para el análisis de clase del grupo poblacional no asalariado. Las combinaciones de los tres procesos mencionados dan lugar a las posiciones de clase en la producción capitalista. Estas pueden ser o bien posiciones básicas, o bien posiciones de clase media articuladas en el concepto de "posiciones contradictorias dentro de las relaciones de clase". En este punto permítasenos intercalar un par de comentarios pertinentes sobre las posiciones contradictorias antes de proseguir con el esquema de clases. Ha de tenerse presente que éstas corresponden a posiciones reales de la sociedad y no a un problema del ejercicio clasificatorio abstracto, en la medida en que los procesos que las determinan constituyen procesos objetivos de las relacio-

nes de producción. En segundo lugar, estas posiciones no representan ubicaciones intermedias en una escala; antes bien, su carácter contradictorio radica en que, de manera simultánea, los intereses de clase que le son propios, son producto de combinaciones inherentemente incompatibles de los intereses de diferentes clases. Ahora bien, bajo estas consideraciones, en el mapa de clases están presentes las posiciones de clase en las que es posible categorizar al grupo laboral correspondiente a los trabajadores no asalariados.

En un análisis por niveles jerárquicos de abstracción, se organizan dos posiciones básicas, la burguesía y la pequeña burguesía, a las que se agrega una posición contradictoria, la de los pequeños empleadores. En el nivel de abstracción más alto, en donde tienen lugar las determinaciones fundamentales, el nivel del modo de producción capitalista puro, se determina la burguesía caracterizada por controlar el proceso de acumulación, la forma como deben ser utilizados los medios físicos de producción y la estructura de autoridad dentro del proceso de trabajo. En el nivel de abstracción inmediatamente inferior, en el que se dan las determinaciones secundarias, en la llamada formación social, surgen otras posiciones de clase por dos principales vías; en primer lugar, en razón a que las sociedades capitalistas reales incorporan modos de producción subordinados, dentro de la producción mercantil simple (en que la producción para el mercado la realizan productores autoempleados independientes que no contratan trabajadores), la pequeña burguesía entonces, se define por tener la propiedad económica y la posesión de los medios de producción pero no el control sobre la fuerza de trabajo, ya que no emplea ninguna.

Una segunda vía tiene que ver con el hecho de que los tres procesos fundamentales de las relaciones de clase no siempre coinciden. Esta falta de coincidencia es clave para la comprensión de las posiciones contradictorias dentro de las relaciones de clase. Así, entre la burguesía y la pequeña burguesía, se sitúa la posición de los pequeños patronos. Cómo y cuándo surge tal posición contradictoria es un proceso que empieza en la producción mercantil simple, en la que no hay explotación por cuanto el plusvalor es generado por el productor pequeño burgués y su familia. Pero cuando un productor pequeño burgués emplea *un solo ayudante* tiene lugar un cambio inmediato en las relaciones sociales de producción debido a que, desde ese momento, puede explotarse el trabajo de un obrero. La incorporación de empleados adicionales hace decrecer la proporción del plusproducto total generada por la familia pequeñoburguesa lo que convierte al productor pequeñoburgués en un pequeño capitalista. No existe un criterio a priori para establecer a partir de cuántos empleados se cumple dicha transformación pero se estima que el número variará en función de las diferentes tecnologías a disposición y para diferentes periodos históricos (Wright, 1978). Utilizando un criterio de rango de límite inferior de 10 empleados y de límite superior de 50 empleados, Wright (1979) obtuvo la siguiente distribución tomada de la población económicamente activa de los EEUU: burguesía (1-2%), pequeños patronos (6-7%), pequeña burguesía (4,5%). El criterio de diez empleados lleva el porcentaje cercano al 6% de la población, mientras que con 50 empleados el porcentaje se incrementa hasta un 7%.

Para un mejor abordaje de los criterios de definición de posición de clase social que han de tenerse en cuenta en la indagación empírica del análisis de clase en la salud mental laboral de trabajadores no asalariados, la Tabla 1, los presenta de manera resumida.

Tabla 1. Criterios de definición de posiciones de clase básica y contradictoria

	Dimensiones interdependientes o procesos subyacentes a la relación básica capital-trabajo			Categorías jurídicas de las relaciones de clase		
	Propiedad económica	Posesión		Propiedad legal		Trabajo asalariado
	Control inversiones y recursos	Control medio físicos producción	Control fuerza de trabajo otros	Títulos legales de propiedad	Estatus legal de patrono	Venta de propia fuerza de trabajo
Burguesía						
Capitalistas tradicionales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Pequeña burguesía	Sí	Sí	No	Sí	No	No
Situación contradictoria entre pequeña burguesía y burguesía						
Pequeños patronos	Sí	Sí	MNMO	Sí	MNMO	No

Fuente: Basada en Wright (1978). Crisis, clase y estado.

La clase social incorpora una faceta atinente a la clase social mediata. Esta dimensión de clase social se concreta por la manera cómo funcionan ciertos mecanismos no laborales, principalmente las estructuras familiares y las relaciones de parentesco. En este caso, la vinculación a las relaciones de clase opera por las diversas vías en que se moldean las experiencias, los intereses y las opciones de clase de las personas, es la extracción social de la que se procede. Alternativamente, la clase social directa es la que se define por la forma como las personas participan en el proceso de producción respecto del control y el uso de los recursos productivos, es la posición ocupada desde los propios puestos de trabajo (Wright, 2000).

Por último, interesa conocer cómo la clase social incide en las vidas de las personas al influir en diferentes aspectos de las mismas. Con ello queremos significar que, a más de las complejidades que hemos reseñado en este apartado, un análisis de clase social sobre la salud mental laboral de trabajadores urbanos no asalariados ha de tener presente los nexos que la clase social misma establece con otras categorías sociales; esto es a lo que aspiramos llegar en la propuesta que ponemos a consideración en la siguiente sección.

MODELO DE PERSPECTIVA NEOMARXISTA¹³

A la luz de los lineamientos de perspectiva neomarxista precedentes, en nuestra propuesta ilustrada en la Figura 1, Concebimos la clase social como un concepto que incorpora dos dimensiones centrales, las posiciones de clase social mediata y las de clase social directa. Creemos razonable plantear que estas dos dimensiones se determinan recíprocamente en la medida en que cada una influye en la otra respecto de las opciones y las posibles vías de inserción a las relaciones de clase capitalistas delimitadas a los distintos grupos sociales de una determinada sociedad. Pero también, en sí mismas, estas dimensiones afectan la vida de las personas y de los grupos constituyendo, cada una, una vía de repercusión en los procesos de salud-enfermedad mental de los trabajadores. La posición de clase social mediata determina diferencialmente modos de vida, creando oportunidades y condiciones distintas a diversos grupos de personas según la inserción social de la que provienen. Por ejemplo, las experiencias de doble presencia y triple carga postuladas por Breilh (2004), tan relevantes en la etapa laboral del ciclo vital, forman parte importante de las condiciones diferentes que afrontan los trabajadores según el grupo social de pertenencia. El modo de vida moldea, a su vez, procesos de orden más individual, como los estilos de vida y la posición socioeconómica. Las conductas de estilo de vida asociadas a la salud, tanto las beneficiosas como las nocivas, son, en buena medida, función de las experiencias vividas en la historia de familia y de comunidad inmediata. La educación, el ingreso y la ocupación se obtienen en complejas interacciones entre grupos sociales en torno al acceso y el control de recursos materiales y productivos y se relacionan con las oportunidades de inserción en la dinámica laboral (Wright, 2000; Muntaner, *et. al.*, 2010).

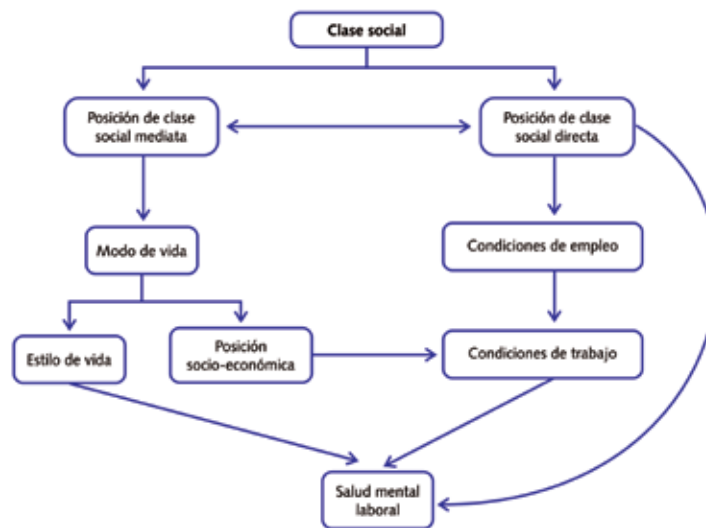
Por su parte, la experiencia de vivir en una posición de clase directa específica, incrementa las probabilidades de construir determinadas percepciones, creencias y valores en torno a cómo opera la sociedad, cómo es la experiencia del trabajo que se realiza y cómo es el funcionamiento mental, protector o destructivo, asociado a estos aspectos. La posición de clase directa, además, entra en juego con las variaciones en las condiciones de empleo y de trabajo definidas a individuos y grupos sociales. En esencia, las posiciones de clase marcan diferencias en aspectos como la protección social, los beneficios laborales así como el contenido, la exposición a factores de riesgo y otras condiciones del trabajo de las personas (Borrell, Muntaner, Benach, y Artazcoz, 2004). Asumimos, entonces, que las posiciones de clase, mediata y directa, determinan vías de desigualdades en las condiciones laborales de los trabajadores, y que éstas desigualdades condicionan, a su turno, desigualdades en salud laboral general y mental de los mismos. Igualmente admitimos que la condición de salud mental laboral de un trabajador particular, es un fenómeno

13 El modelo que aquí se presenta así como la descripción que se hace del mismo son tomados de Pérez, L.A., Luna, J.E. (2015). Clase Social: Entre los Alcances y Limitaciones de la Salud Mental Laboral y la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 32 (supl 1), 28-43.

de carácter individual pero subsumido en las relaciones de clase social de las cuales forma parte.

Lo anterior significa, siguiendo a Breilh (1997), que la llegada de un trabajador a un centro de trabajo, viene aparejada del peso histórico que tienen, en su proceso de salud-enfermedad mental, los determinantes de su clase social de origen, y que en el curso de su trayectoria laboral, en el balance final de su afrontamiento a las condiciones de empleo y de trabajo, intervendrán las mediaciones de los recursos de orden social e individual que encuentre a su disposición. Específicamente, las redes sociales de apoyo, su fenotipo y su funcionamiento psicológico.

Figura 1. Perspectiva integrada de clase-trabajo-salud mental



Fuente: Pérez, L.A. & Luna, J.E. (2015). Clase Social: Entre los Alcances y Limitaciones de la Salud Mental Laboral y la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 32 (supl 1), 28-43.

IMPLICACIONES DE LA PROPUESTA

En este trabajo hemos registrado algunas bases empíricas y ciertos elementos teóricos que bien pueden ser considerados en el debate y el avance de la comprensión del nexo trabajo-salud mental laboral. En primer término, hemos centrado la atención en el grupo poblacional de trabajadores no asalariados en reconocimiento de su amplia representación en la estructura laboral en América Latina y en Colombia, particularmente. Corroboramos que se trata de un grupo altamente heterogéneo, que se ocupa bajo diversas condiciones de empleo y de trabajo. En segundo lugar, identificamos que los datos en materia de salud mental laboral de este grupo de trabajadores son limitados, y que la evidencia que aportan es indirecta dado el predominio de la investigación del empleo informal o el independiente. Una cuestión relacionada con este aspecto es la verificación del énfasis que se da a las condiciones de trabajo y de empleo en las descripciones de la salud mental labo-

ral de los grupos estudiados. Estos puntos nos sirvieron de base para justificar la validez del enfoque de clase social para el análisis de la salud mental laboral de quienes trabajan de forma no asalariada, y en particular, los desarrollos logrados en la visión neomarxista de Wright. Concluimos proponiendo un marco integrado de clase social, condiciones de empleo y de trabajo a ser evaluado en la investigación empírica.

Nos interesa señalar la cercanía que advertimos entre nuestra propuesta y las ideas de la perspectiva de la medicina social Latinoamericana, en cuanto al reconocimiento del papel central que cumplen las condiciones de existencia históricas y sociales en la determinación del fenómeno de salud mental laboral. Con este enfoque se podría admitir que las dimensiones subyacentes a las relaciones de clase así como las tres posiciones de clase que hemos presentado, constituyen una potencial alternativa ante el reto de dar organización a la fuerte heterogeneidad de la población urbana no asalariada para su estudio. Adicionalmente, una implicación teórica relevante es la posibilidad que se abre de emprender, de manera renovada a la luz de las posiciones de clase no asalariada, la comprensión de la alienación, fenómeno distintivo y central del sistema de producción capitalista como es el caso colombiano y otros de la región.

Nos parece pertinente hacer mención a posibilidades y ciertos retos que se plantean a las investigaciones empíricas inscritas en el campo del trabajo y la salud con enfoque de clase neomarxista. En el complejo marco de desigualdad material propio de nuestro medio y de la región, resaltamos la relevancia teórica de la categoría clase social neo-marxista por su potencial explicativo e integrador de las diversas aristas que entraña el fenómeno de la salud mental asociada al trabajo no-asalariado. Así mismo, creemos que si se combina la literatura disponible de clase social neo-marxista con las realidades socio-históricas de cada contexto particular, se podrá generar nuevo conocimiento que amplíe nuestra comprensión de la clase social y su relación con la salud mental de trabajadores no asalariados. Entre los retos debemos señalar la necesidad de abordar el tratamiento de las complejidades en las estructuras de clase, acordes con las realidades laborales emergentes de los trabajadores no asalariados en ámbitos específicos. Esto, porque consideramos que son la base para dar cuenta de la heterogeneidad, rasgo distintivo del grupo de trabajadores no asalariados. Finalmente, señalamos la relevancia de la articulación de los conceptos con las metodologías cuantitativas y cualitativas, los estudios de encuestas permiten explorar aspectos de la dinámica social mientras que los estudios cualitativos facilitan profundizar en procesos y vivencias asociados a la experiencia laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud. Madrid: Icaria Editorial.
- Borrell C., Muntaner C., Benach J., & Artazcoz L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*, 58 (10),1869–87

- Breilh J. (1997). *Nuevos Conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para el taller de metodología*. Quito: Ediciones C.E.A.S.
- Breilh, Jaime. (2004). Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social, 1–11. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3565>
- Encuesta Nacional de Salud (ENS). (2007). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana.
- Estrada, J. (2004). *Construcción del modelo neoliberal en Colombia 1970-2004*. Bogotá: Editorial Aurora.
- Fresneda, O. (2012). Las desigualdades en la calidad de vida por posiciones de clase social. En Fresneda, O. (Ed.), *Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá* (pp. 61–108). Bogotá. Universidad Nacional de Colombia: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID).
- Fresneda, O. & Luna J. (2014). Características del sistema de salud laboral. En Vega R., Ramírez, J., Luna, J., Fresneda, O., Giraldo, J., Ariza, L., Pérez, L. & Espitia, M. (Informe final. Estudio de Caso de Informalidad y Acceso a la Salud y Seguridad Social, Colombia 2013). Bogotá: Convenio Flacso-Pontificia Universidad Javeriana.
- García-Ubaque, J.C., Riaño-Casallas, M.I., Benavides-Piracón, J.A. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14 sup (1), 138-150.
- Gonzáles, G., Baena, B., Gómez, W., Mercado, Y. (2012). Riesgo de exposición a compuestos químicos en trabajadores de transformación de la madera. *Hacia la promoción de la salud*, 17 (1), 105-117.
- I Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales (I ENCST). (2007). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo (II ENCST). (2013). Bogotá, Colombia: Ministerio de trabajo, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).
- Jaimes, C. & Amaya, R. (2013). Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia. *Investigaciones Andina*, 15(26), 628–639.
- Johnson, J. V. (2011). El desequilibrio en aumento: clase, trabajo y salud en una era de creciente desigualdad. In R. Schnall, P. Dobson, M. (Ed.), *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. (pp. 55–86). Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Ludermir, A.B. & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38,485.
- Misas, G. (2002). *La ruptura de los 90. Del gradualismo al colapso*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Muntaner, C., Borrell, C., Vanroelen, C., Chung H., Benach J., Kim IH & Ng E. (2010). Employment relations, social class and health: a review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2130–40.
- Muntaner, C., Rocha, K., Borrell, C. Vallebuona C., Ibáñez C., Benach J., & Sollar O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31 (2),166-175.

- Muñoz, A. & Choís, P. (2013). Salud, trabajo e informalidad en el Cauca, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 13 (1), 9-18.
- Navarro, V. (1998). A historical review (1965-1997) of studies on class, health, and quality of life: a personal account. *International Journal of Health Services*, 28 (3), 389-406.
- Ocampo, J. (2010). *Seis décadas de debates económicos latinoamericanos*. Retrieved from policydialogue.org/files/events/SEGIB-PNUD_Ocampo-final.pdf
- OIT & OMS (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva.
- Pérez, L.A. (2012). *Factores psicosociales laborales en el empleo independiente y bienestar subjetivo: ocupación tendero*. *Revista colombiana de Psicología*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Pérez, L.A. & Luna, J.E. (2015) Clase Social: Entre los Alcances y Limitaciones de la Salud Mental Laboral y la Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (supl 1), 28-43.
- Rocha, K., Muntaner C., González, M., Bernales P., Vallebuona C., Borell C. & Solar O. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(5), 340-8.
- Urrea, F. (2010). Dinámica de reestructuración productiva, cambios institucionales y políticos y procesos de desregulación de las relaciones asalariadas: el caso colombiano. En De la Garza, E., Nefa, J.C. (Comp). *Trabajo y modelos productivos en América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, México, y Venezuela luego de las crisis del modo de desarrollo neoliberal*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO.
- Wright, O. (2000). *Class counts*. Student edition. Cambridge University Press.
- Wright, O. (2005). *Approaches to Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press
- Wright, O. (2010). *Preguntas a la desigualdad*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. (trabajo original publicado en 1994).
- Wright, O. (1979). *Class structure and income determination*. New York: Academic Press
- Wright, O. (1983). *Clase, crisis y estado*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A. (trabajo original publicado en 1978)

Semblanzas

[Ana Patrícia Pereira Morais](#). Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, Mestre em Saúde Pública e Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Docente dos cursos de Mestrado Profissional Ensino na Saúde e Graduação em Enfermagem da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho da UECE. anapatricia.morais@uece.br

[Annatalia Meneses de Amorim Gomes](#). Psicóloga e Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Mestre em Educação em Saúde, pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Vice-coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família e Docente do curso de Mestrado Profissional da UECE. Membro dos Grupos de Pesquisa Vida e Trabalho e Cultura, Saberes e Práticas da UECE, Apoiadora do Ministério da Saúde da Política de Humanização. annataliagomes@gmail.com

[Arturo García Benavides](#). Egresado de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Participa en la investigación del Síndrome de Estar Quemado por el Trabajo y temas relacionados con el estrés laboral. Trabaja en el área de Capacitación y desarrollo de personal, en el ámbito privado. tulito01@hotmail.com

[Arturo Juárez García](#). Psicólogo y doctor en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana (UNAM). En 2009 obtuvo un reconocimiento internacional por sus investigaciones y liderazgo en el tema de estrés laboral en Latinoamérica por parte de la American Psychological Association (APA) y del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I y es profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAEM). arturojuarezg@hotmail.com

[Belcy Mayerli Espitia Castellanos](#). Psicóloga egresada de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia de Colombia, estudios de Maestría en Psicología en la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña en el sector privado en el área organizacional realizando funciones en procesos de evaluación y selección de personal, salud ocupacional y desarrollo del talento humano. mayerliespitia01@gmail.com

[Brenda Janette Hidalgo González](#). Es Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Especialista en Psicoterapia Gestalt por el Instituto Gestalt de Guadalajara con sub especialidad en Psicoterapia Gestalt con Parejas y en Psicoterapia Gestalt con Niños. Psicoterapeuta de adultos desde el año 2010. brenda.hgo@icloud.com

Carlos Esquivel Lozada. Psicólogo, egresado de la FES Zaragoza UNAM. Ha colaborado en convenios de evaluación e intervención en la industria petrolera, participa en proyectos de investigación sobre factores psicosociales en el trabajo asociados al Síndrome de Quemarse por el Trabajo, su investigación está encaminada a tender un puente entre el estudio de los factores psicosociales en el trabajo y la epistemología de la complejidad. Ha participado en Congresos Nacionales especializados en estudios del trabajo y colaborado en Congresos Internacionales. carloesquivellozada@gmail.com

Carlos Iván Miranda Ortiz. Es Licenciado en Biología por la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México. Desde el 2014 participa en distintas actividades académicas en la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM. krlosmoci@hotmail.com

Claudia Sánchez López. Es Psicóloga Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestra en Ciencias por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Labora en la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, UAM-X. clausanlo@yahoo.com.mx

David Cobos Sanchíz. Es Psicólogo y Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad de Sevilla (España), Máster en Gestión de la Prevención por el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social y Experto en E-Learning por la Universidad Camilo José Cela. Actualmente es Profesor del Departamento de Educación y Psicología Social de la Universidad Pablo de Olavide (España). Autor y coautor de diversos capítulos de libro y artículos científicos. dcobos@upo.es

Diego Andrés Sáenz-Tinoco. Obtuvo su título profesional en Ingeniería Comercial con mención en Finanzas en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En la misma línea se especializó en el IDE Business School, donde obtuvo el certificado de Máster in Business Administration. Ha trabajado durante los últimos 6 años en el sector público, específicamente en la Unidad Financiera como Director de Seguimiento y Monitoreo de Proyectos en el Ministerio de Educación y en el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos de Ecuador. dasaenz@gmail.com

Eli Anaya Vela. Es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Miembro de la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM desde el 2005. Coordinador y asesor de prácticas dentro de diplomados organizados por la Sociedad Mexicana para la Investigación y Medicina del Sueño, la UNAM y la UAM-I. Especialista en Psicología Clínica por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. Labora en la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM. eli_anve@hotmail.com

Enrique Gea-Izquierdo. Doctor (PhD, UMA). Máster en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública (UGR). Máster en Prevención de Riesgos Profesionales (UPM). Máster en Gestión de Riesgos Laborales, Calidad y Medio Ambiente (UMA). Licenciado en Ciencias Biológicas (UAM). Experto Universitario en Epidemiología (ISCIII, UNED) y Métodos Avanzados de Estadística Aplicada (UNED). Experiencia aproximada de dos décadas en el ámbito de la Salud Laboral y Ambiental. Autor

de numerosos artículos científicos y libros relacionados con la Salud Pública. enriquegea@yahoo.es

[Estefany Vianey González Tapia](#). Licenciada y Maestra en Psicología por la Universidad Autónoma del estado de Morelos (UAEM). Institución donde cursa el Doctorado del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología e imparte clases a nivel Maestría. Es Tanatóloga Humanista por la Asociación de Desarrollo Humano y Tanatología del Estado de Morelos. estefanyvianey@gmail.com

[Germán Alejandro García](#). Lara es Psicólogo, Maestro en Educación Superior y Doctor en Educación. Cuenta con publicaciones en revistas indizadas, con participación en nueve libros, siendo coordinador de seis de ellos. Dentro de los temas de su interés se encuentra el de las problemáticas psicosociales en el trabajo. Es Profesor de Tiempo Completo, Coordinador de Posgrado de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales en la UNICACH, integrante del Cuerpo Académico: Educación y procesos sociales contemporáneos, perfil PROMEP y miembro del SNI, nivel I. german.garcia@unicach.mx

[Germán Gómez Pérez](#). Es Profesor en Psicología Social UNAM desde hace 39 años. Cuenta con Maestría en: Psicología Social por parte de la UNAM y otra en Antropología Física-ENAH. gopogrem@gmail.com

[Gustavo Hidalgo Santacruz](#). Médico Cirujano y Partero, Maestro en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Profesor Docente Titular en el Departamento de Fisiología de la Universidad de Guadalajara, con participación en las carreras de Medicina, Licenciatura en Enfermería y Enfermería a nivel técnico, Profesor con perfil deseable PRODEP desde 2007, miembro del Cuerpo Académico Consolidado "Salud y Trabajo" (UDG-CA-380). Línea de investigación: Epidemiología laboral, educación para la salud y recursos humanos. Autor y coautor de artículos en revistas nacionales e Internacionales. gvohgo@hotmail.com

[Heriberto Valdez Bonilla](#). Es Licenciado en Psicología por la Universidad de Guadalajara. En 2003 comienza a investigar los Riesgos Psicosociales en Personal de Prisiones. De 2005 a 2013, es Coordinador del Módulo de Atención Integral, para la atención del Personal Penitenciario. Ha colaborado con Manuel Pando, Pedro Gil-Monte, Wilmar Schaufeli y Evelyn Kortum. Es docente del CONALEP plantel Zapopan, donde promueve la Salud Ocupacional desde la etapa de formación. Es parte del equipo docente del programa piloto de Formación Dual. heribermai@hotmail.com

[Ivonne Sellenne Verde Tinoco](#). Es Licenciada en Promoción de la Salud, egresada de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, (UACM) 2012. Cursa la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Coordina las actividades de atención y seguimiento a pacientes con Trastornos del Dormir en la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM, participa en Congresos y protocolos de investigación en el área de trabajo y medicina de sueño. Socia activa de la RIFAPT, A.C. sellenne_10@yahoo.com.mx

[Jacques Antonio Cavalcante Maciel](#). Cirurgião-Dentista aluno do curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC Campus Sobral e Membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva-LABSUS da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. jacques.maciel@yahoo.com.br

[Jairo Ernesto Luna García](#). Médico cirujano, especialista en salud ocupacional, magíster y PhD en Salud Pública con énfasis en Salud de los Trabajadores. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia, adscrito al Laboratorio de Ergonomía y Factores Humanos en la Escuela de Diseño Industrial en la Facultad de Artes, y profesor de la Maestría y el Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Asesor sindical sobre salud laboral, medio ambiente y seguridad social, vinculado al Departamento de Seguridad Social de la Corporación Aury Sará Marrugo de la Unión Sindical Obrera. jelunag@unal.edu.co

[Jesica Téllez Hernández](#). Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la carrera de Psicología. Es parte del equipo de investigación en el proyecto PAPIIT IN306514 sobre Riesgos Psicosociales laborales asociados a la aparición del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesores universitarios. Asistente de congresos nacionales e internacionales sobre Salud en el trabajo. Actualmente se encuentra realizando investigación sobre factores psicosociales de riesgo presentes en profesores de medio superior de D.F, obteniendo diversas publicaciones derivadas del estudio de esta población. lic.psic.tellez@gmail.com

[Jesús Ocaña Zúñiga](#). Es Doctor en Ciencias en Desarrollo Sustentable. Profesor de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH impartiendo cursos de análisis de datos asistido por software a nivel licenciatura y posgrado. Cuenta con publicaciones en revistas indizadas, capítulos de libros y participaciones como ponente en congresos y foros nacionales e internacionales abordando temas respecto a problemáticas psicosociales en población vulnerable y sustentabilidad. Es miembro del Sistema Estatal de Investigadores de Chiapas. jesus.ocana@unicach.mx

[Jorge A. Kohen](#). Es Médico. Doctor por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina (UNR), donde es Director y fundador de la Carrera y Especialización en Medicina del Trabajo de la Facultad de Ciencias Médicas. Profesor-Investigador de la carrera de Psicología y de los posgrados de Ingeniería en Seguridad Industrial y Derecho Laboral de la UNR. Asesor sindical desde el 2007. Participó en ALAMES como cofundador de la Escuela Continental en Salud de los Trabajadores y en la coordinación de la Red Salud y Trabajo. Investiga temas relacionados con la salud y los trabajadores, el trabajo docente, trabajo Infantil, trabajo inmaterial, entre otros. jkoharos@gmail.com

[Jorge I. Sandoval Ocaña](#). Es Lic. en Psicología por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza de la UNAM, Maestro en Psicología del Trabajo por la Universidad Autónoma de Querétaro y Doctorando en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco. Asesor sindical. Fundador de la Red de Investigadores sobre

Factores Psicosociales en el Trabajo y presidente de la misma (2013-16). Profesor de tiempo completo de la FES Zaragoza, UNAM. Ha impartido clases en maestrías y diplomados sobre salud en el trabajo, psicología del trabajo, entre otros. sandoca60@hotmail.com

José Jackson Coelho Sampaio. Possui graduação em Medicina, mestrado em Medicina Social e doutorado em Medicina Preventiva. Atualmente é Professor Titular em Saúde Pública, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, e Reitor da Universidade Estadual do Ceará. jose.sampaio@uece.br

Ligia Sánchez Tovar. Es Socióloga y Doctora en Sociología del Trabajo. Profesora e Investigadora de la Universidad de Carabobo. Actualmente es Coordinadora de la Maestría en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral de la Universidad de Carabobo (Venezuela) y Directora de la Revista Salud de los Trabajadores. Tiene una importante producción como autora y coautora de artículos científicos en el área de la salud ocupacional. ligia.uc@gmail.com

Luz Amparo Pérez Fonseca. Es Candidata Ph.D. Psicóloga egresada de la Universidad de los Andes de Bogotá-Colombia. Postgrado en Terapia Sistémica y Familiar, Centro de Sistemas Humanos en asocio con el Kensington Consultation Center de Londres. Maestría en Investigación Psicosocial, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Actualmente noveno semestre de Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Docente, catedrática titular del Departamento de Psicología de esta misma universidad. laperezf@unal.edu.co

Ma. José Del Pino Espejo. Es Socióloga y Doctora en Sociología. Profesora e investigadora de la Universidad Pablo de Olavide (España). Es autora y/o coautora de artículos publicados en revistas científicas. Interviene con asiduidad en Jornadas, Seminarios y Congresos a nivel nacional e internacional. mjpinesp@upo.es

M^a Pilar S. Matud Aznar. Es Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna, España. Es Licenciada y Doctora en Psicología y en Ciencias de la Información y Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Actualmente es profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna e imparte docencia de grado y postgrado. Es autora o coautora de varios libros, capítulos de libro y artículos publicados en revistas científicas. pmatud@ull.es

María Guadalupe Aldrete Rodríguez. Profesora de Educación Primaria, Médico Cirujano y Partero, Maestra en Educación para la Salud y Doctora en Ciencias de la Salud, Área Socio-médicas. Profesora Investigadora Titular en el Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Docente de la Maestría y del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Profesora con perfil deseable PRODEP y líder del Cuerpo Académico 380 "Salud y Trabajo". Línea de investigación: Mujer Trabajo y Salud. Autora de libros, capítulos de libros y artículos en revistas nacionales e internacionales. draaldrete@yahoo.com.mx

María Verónica García-Oquendo. Es Psicóloga Organizacional titulada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, donde tiene su actividad laboral docente desde hace 13 años, tanto como Coordinadora de Autoevaluación de Carreras en la Facultad de Psicología y Coordinadora del Área de Intervención Organizacional. Complementó su formación profesional con una Maestría en Gerencia Empresarial con mención en Recursos Humanos y la Organización para el desarrollo de consultorías en la empresa. mvgarciao@hotmail.com

Mariana Miñón López. Egresada y miembro del equipo de trabajo de investigación en Psicología de la Salud Ocupacional de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM. Principales aportes en investigación: la relación entre género y el Síndrome de Quemarse por el Trabajo, se han presentado parte de los resultados en el 2° Foro de Investigación de Posgrados de Salud en el Trabajo y en el Foro de Difusión y Consulta organizado por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. euphorbia_cardiaca@hotmail.com

Mariana Ramalho de Farias. Graduada em Odontologia. Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Coletiva. Atualmente supervisiona os estágios em atenção primária e secundária e leciona as disciplinas de Saúde Coletiva e Evidência Científica na Universidade Federal do Ceará- Campus Sobral. marifarias_odonto@yahoo.com.br

Martín de Jesús Ovalle Sosa. Es Psicólogo, Maestro en Psicología Laboral con veinte años de experiencia en diversas posiciones relacionadas con la Gestión del Capital Humano en organizaciones públicas y privadas, ex Director de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH, actualmente se desempeña como Profesor de Tiempo Completo de esa institución y Consultor Organizacional. Premio Iberoamericano de Psicología del Trabajo 2013 por la Sociedad de Psicología Aplicada A.C. martin.ovalle@unicach.mx

Mónica Isabel Contreras Estrada. Licenciatura en Trabajo Social, Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Especialidad en Educación para la Salud, Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesora Investigadora Titular en el Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Docente de la Maestría y del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Profesora con perfil deseable PRODEP y Miembro del Cuerpo Académico 380 "Salud y Trabajo". Línea de investigación: Mujer Trabajo y Salud, Formación de recursos humanos. Autora de libros, capítulos de libros y artículos en revistas nacionales e Internacionales. monicaudg@gmail.com

Oscar Cruz Pérez es Psicólogo. Maestro en Psicología Social, Maestro en Educación Superior y Doctor en Ciencias Sociales y Humanísticas. Actualmente es Director de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH. Líder del Cuerpo Académico *Educación y Procesos Sociales Contemporáneos*. Es miembro del Sistema Estatal de Investigadores de Chiapas y de la Red Nacional de Investigación en Salud Ocupacional. Coordinador de la Red de Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación de la Región Sur-Sureste del CNEIP. cruzperez25@hotmail.com

Oscar García Arreola. Es Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, obtuvo el título en 2015 con Mención Honorífica; es miembro de la Asociación Mexicana del Trabajo y de la Red de Investigadores de Factores Psicosociales. Ha participado en proyectos de investigación en docentes sobre temas de Burnout y Formación Pedagógica y ha participado como ponente en diversos congresos nacionales e internacionales. guitarraiders@gmail.com

Raquel González Baltazar. Médico Cirujano y Partero, Maestra en Gerencia de Servicios de Salud y Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesora Docente Titular en la Universidad de Guadalajara; docente de la Maestría y del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Profesora con perfil deseable PRODEP, miembro del Cuerpo Académico Consolidado UDG-CA-380. Línea de investigación: Calidad de Vida en el Trabajo, Factores Psicosociales y Apoyo Social. Creadora del instrumento CVT-GOHISALO para evaluar Calidad de Vida en el Trabajo. Autora de artículos nacionales e Internacionales. raquel_gh@hotmail.com

Raynerio Saldaña Aceves. Originario de Guanajuato, graduado de Otorrinolaringología en el 2011 y adscrito del Hospital Central Militar desde el 2013. Realizó el Curso de Alta Especialidad en Medicina Integral del Sueño en Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM en el 2014. Es Jefe de la Consulta de Trastornos del Sueño del Hospital Central Militar desde el 2015. Actualmente se desempeña como médico adscrito de la Clínica de Trastornos del Sueño de la UNAM y profesor adjunto del Curso de Alta Especialidad impartido en este centro. rayneriosaldana@gmail.com

Ricardo Romel Gutiérrez Escobar. Estudió Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Realizó su servicio social en la Clínica de Trastorno del Sueño (CTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2002, donde posteriormente se incorporó a la plantilla laboral, ha realizado estudios de sueño (polisomnografía) y ha participado en diferentes foros relacionados a la medicina del dormir, participa en investigaciones realizadas dentro de la misma institución. Coordina el laboratorio de sueño de la CTS. gtz_romel@hotmail.com

Rosa Alejandra Hernández Toledano. Obtuvo la Licenciatura en Psicología con Mención Honorífica por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. A través de su formación académica he participado como ponente en congresos y foros nacionales. Participante en el proceso de valuación de factores de riesgo psicosociales en una empresa petroquímica. Miembro de la Asociación Mexicana del Trabajo y actualmente participa en un proyecto de investigación de factores de riesgo psicosocial y su relación con la Aparición de burnout en docentes universitarios. ale_toledano@exalumno.unam.mx

Rosane de Lucca Maerschner. Dentista, formada pela Universidade de São Paulo; Especialista em Gestão de Serviços de Saúde – Centro de Extensão da Unicamp; Mestre em Saúde da Família – FIOCRUZ/UECE; experiência em gestão de serviços de Atenção Primária e Saúde Mental, atuação na coordenação, docência e tutoria em processos de formação de trabalhadores do SUS no modelo de residência multi-

profissional em Saúde Coletiva e em outros cursos relacionados a qualificação de profissionais. rosanelucca@gmail.com

Roselia Arminda Rosales Flores. Estudió el Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Actualmente es profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México Plantel San Lorenzo Tezonco, en la licenciatura de Promoción de la Salud. Interesada en el estudio de las desigualdades sociales. Sus líneas de investigación son los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad, así como las prácticas sociales en salud como respuesta a estos problemas. roselia.rosales@uacm.edu.mx

Santiago Gascón. PhD coordina en la Universidad de Zaragoza (España) el grupo de investigación sobre evaluación e intervención en riesgos psicosociales. El equipo multidisciplinar, formado por psicólogos, psiquiatras, médicos de atención primaria, especialistas en derecho laboral, etc. ha obtenido diversos proyectos de investigación de la Unión Europea y del Gobierno de España para estudiar los efectos de intervenciones en áreas de sanidad, educación, hostelería, bomberos, etc., cuyos resultados han sido publicados en revistas internacionales. sgascon@unizar.es

Sara Unda Rojas. Es Lic. en Psicología por la UAM. Maestra en Investigación y Desarrollo de la Educación por la Universidad Iberoamericana. Doctorante en Psicología Social y Ambiental con área en Psicología Ocupacional por la UNAM. Profesora Investigadora de la Carrera de Psicología desde hace 30 años. Presidenta de la Academia Multidisciplinaria de Investigación y Educación Superior. Miembro fundador de la RIFAPT. Miembro de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo y de la UNIPSCO de la Universidad de Valencia España. saraunda@unam.mx

Susana Martínez Alcántara. Es Lic. en Psicología por la FES-Zaragoza de la UNAM, Maestra en Medicina Social, por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Es profesora-investigadora Titular, desde hace 19 años de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Es socia fundadora de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo, A.C. Autora de diversos contenidos científicos sobre el tema de la salud mental en el trabajo. smartin@correo.xoc.uam.mx

Tais Bleicher. Es Psicóloga, Máster en Psicología Clínica y Cultura, Doctora en Salud Colectiva, con estancia doctoral en Psicología Social. Ha trabajado en las áreas de Psicología de la Salud, Psicología Forense, Psicología Comunitaria, Psicología Clínica y Asistencia Social. Desde 2008, es psicóloga clínica de la Universidad Federal de Ceará, Brasil. En 2014, fue habilitada profesora visitante de la Escuela de Salud Pública de Ceará. Áreas de interés, investigación y trabajo: Políticas Públicas en Salud y Educación; Psicoanálisis; Arte y procesos creativos. taisbleicher@hotmail.com

Teresa Velasco Portero. Es abogada y Doctora en Derecho del Trabajo. Desde hace 25 años ejerce la docencia y la investigación, en la Universidad de Córdoba y actualmente en la Universidad Loyola Andalucía (España). Autora de diversos capítu-

los de libros y artículos científicos. Por ambas facetas ha recibido diversos Premios Nacionales. tvelascoportero@gmail.com

[Ulises Jiménez Correa](#). Es Licenciado en Psicología y Maestro en Psicobiología egresado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Doctor en Biología Experimental egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Miembro del SNI Nivel 1. Ha publicado artículos nacionales e internacionales y dirige estudiantes de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado. Jefe de la Clínica de Trastornos del Sueño, de la División de Investigación de la Facultad de Medicina, de la UNAM. ulisesjc@yahoo.com