



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE NIVELES DE SALUD
MENTAL, ESTRÉS, APOYOS Y TENSIÓN ARTERIAL
ENTRE MÉDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES DE
UN HOSPITAL DEL ISSSTE ”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN:

**NANCY COLÍN ÁLVAREZ
VALERIA FONTES PÉREZ**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RODOLFO E. GUTIÉRREZ MARTÍNEZ.

UNIVERSIDAD NACIONAL
PROYECTO CONACYT 27774H DE MÉXICO.
PROYECTO DAPA IN 305098



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



EXAMENES PROFESIONALES
DE PSICOLOGÍA.

2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias Dios por permitirme disfrutar de la vida y de momentos tan especiales como este, por regalarme la existencia de gente que me ama y darme al capacidad de amar.

Gracias papá y mamá por haberme enseñado que la vida se disfruta mejor cuando uno lucha por sus metas, ¡¡ los amo!!.

Lore, Gerardo y Cynthia: agradezco la existencia de gente tan valiosa que siempre esta dispuesta a apoyarme, los quiero mucho.

Nancy

Gracias a Dios por otorgarme la oportunidad de ser su hija y por dármeles a ustedes, que tanto me han amado y por ser parte importante en sus vidas. ¡¡A ustedes les dedico este esfuerzo!!.

Yanely, Silvana y Paco, los amo y sin ustedes esto no tendría el sabor tan especial que ahora tiene.

Gracias Felipe y Paty, por la paciencia y por la libertad que me han dado para que todo resulte como hasta ahora. También a mis amigos y toda la gente que estuvo conmigo y me apoyó para finalizar este proyecto.

Especialmente gracias, muchas gracias a la vida por colocarme junto a ti, yo no te estaba buscando, pero hoy y ahora estamos juntos, te amo Luis.

Valeria

Agradecemos el apoyo brindado por parte de los médicos del Hospital General "20 de Noviembre" en especial al Dr. Esparza, Coordinador de Enseñanza e Investigación.

Un especial agradecimiento al Dr. Rodolfo Gutiérrez por su apoyo y comprensión, por su interés y sobretodo por compartir con nosotras su experiencia y valores profesionales.

ÍNDICE

Introducción

CAPÍTULO 1

El médico como profesionalista

1.1 Profesión humana y social	.....	1
1.2 Relación médico-paciente	.....	3
1.3 El médico y su ambiente laboral	.....	5

CAPÍTULO 2

Estrés y Apoyo

2.1 Antecedentes	.....	13
2.2 Definiciones de Estrés	.....	14
2.3 Efectos psicofisiológicos del estrés	.....	16
2.4 Eustrés y Distrés	.....	21
2.5 Efectos cognoscitivos, emocionales y conductuales del estrés	.....	22
2.6 Consecuencias del estrés	.....	23
2.7 Estrés y Tensión arterial	.....	25
2.8 Estresores en el trabajo	.....	29
2.9 Diferentes tipos de apoyo	.....	39

CAPÍTULO 3

Salud Mental

3.1 Definición de Salud Mental	.....	43
3.2 Propuestas de indicadores de Salud Mental	.....	45
3.3 Salud Mental y Trabajo	.....	49
3.4 Afectación de Salud Mental	.....	50

CAPÍTULO 4

Método

4.1 Justificación	.....	52
4.2 Planteamiento	.....	52
4.3 Objetivo general	.....	52
4.4 Tipo de estudio	.....	52
4.5 Hipótesis	.....	53
4.6 Variable	.....	54
4.7 Diseño	.....	55
4.8 Muestra	.....	55
4.9 Criterios de inclusión	.....	55
4.10 Escenario	.....	57
4.11 Instrumento	.....	57
4.12 Procedimiento	.....	58
4.13 Análisis estadístico	.....	58

CAPÍTULO 5

Resultados

5.1 Características de la muestra	.....	59
5.2 Medidas de tendencia central	.....	63
5.3 Comparación de variables entre grupos	.....	64
5.4 Comparación entre los intervalos de cada variable	.....	65
5.5 Correlación de variables	.....	71

CAPÍTULO 6

Discusión

.....	72
-------	----

CAPÍTULO 7

Conclusiones y Sugerencias

.....	76
-------	----

ANEXO 78

REFERENCIAS 83

INTRODUCCIÓN

La medicina es una profesión reconocida como importante para el progreso de la sociedad, hoy en día es considerada como una de las profesiones con más exigencias a nivel personal para los que ejercen la profesión.

Los médicos son los encargados de mantener la salud pública en óptimas condiciones; por lo que es importante reconocer cuáles son los factores que afectan su estabilidad, con el fin de dar una solución al problema de raíz y mantener su salud integral.

El servicio médico que brinda el gobierno, es frecuentemente criticado; los usuarios se quejan de la existencia de una atención despersonalizada, el despotismo y de una mala actitud de los médicos en general.

Las exigencias y expectativas de la sociedad se combinan provocando que los niveles de estrés sean un factor que afecta a los médicos, además de sus niveles de salud mental.

Por tal motivo este trabajo tuvo la finalidad de analizar y comparar los niveles de salud mental, estrés y apoyos entre médicos adscritos y médicos residentes de un hospital del ISSSTE; dando al final del mismo propuestas de intervención para la mejora de las condiciones en las que los médicos ejercen su profesión.

CAPITULO 1

EL MEDICO COMO PROFESIONAL

1.1. Profesión humana y social

La época actual, con su evolución, sus tendencias, el surgimiento de nuevas corrientes, teorías, aplicación de soluciones, lleva al camino de una integración, lo que implica unificar la atención de la salud, tanto física como psicológica; esto con el fin de dar un servicio de mejor calidad, de tipo global o "integral".

El médico como ser humano requiere de la atención de la Psicología, ya que su personalidad, actitudes, intereses vocacionales, cultura y circunstancias, son aspectos que intervienen directamente en su ejercicio profesional.

El médico tiene la posibilidad de enfermar y hasta de enfermar profesionalmente, por lo que tampoco es desdeñable al tratar de conocer y comprender su ejercicio profesional. En consecuencia, puede afirmarse que el ejercicio de la medicina, no es la aplicación de los conocimientos adquiridos por el estudio y la experiencia solamente, sino que depende de diferentes factores de índole social y laboral.

Modernamente la medicina interviene en procesos que pueden considerarse modificadores de la naturaleza en la pretensión de que, gracias a sus manipulaciones sobre la fisiología, el hombre rinda por encima de sus capacidades naturales.

Los cambios que se están produciendo en la sociedad suponen modificaciones estructurales y dinámicas de los grupos sociales que afectan a la medicina, a los profesionales y a los pacientes.

La socialización de la medicina obliga al profesional de la salud a ser funcionario, asistente y hasta trabajador operativo de la sanidad. La burocracia en la que se ve

envuelto es creciente, lo que en muchas ocasiones lo obliga a funcionar como técnico médico dentro de las instituciones de salud.

El médico en su ejercicio profesional responde a las expectativas de la sociedad y en general, a las demandas del enfermo y especialmente a las de la familia del paciente.

La gran diversidad de aspectos de la medicina, de la enfermedad y la personalidad del médico, su formación profesional e intereses, hacen que su ejercicio pueda y deba considerarse como algo verdaderamente personal, y que pueda decirse, como lo han hecho Jeammet, Reynaud y Consoli (1982), que el ejercicio de la medicina será para cada médico el ejercicio de su medicina.

Delay y Pichot (1965), realizaron un estudio acerca de lo que la sociedad espera de los médicos; pretendían identificar cuáles eran las cualidades del médico más importantes para los enfermos; los datos revelaron que las cualidades humanitarias y morales son las más importantes por un lado, y la técnica científica por otro, con un ligero predominio de las primeras; estas expectativas varían en función de la edad y del nivel social de los pacientes. Además, las diferencias entre los aspectos científicos y humanitarios del médico, también se reflejan en las expectativas del enfermo; el cual espera una mejor calidad técnica dentro de los hospitales y más atención humana dentro de los consultorios privados.

Moor (1965), a partir de una división de clase socioeconómica, señala que la preferencia de los trabajadores de nivel económico moderado es acudir con el médico privado, en la búsqueda de la atención personalizada y empatía por parte de su médico. Mientras que las personas con nivel económico elevado dan más importancia a lo científico y la especialización del médico.

Sin embargo, el común denominador es que todos los enfermos esperan del médico cuatro conductas perfectamente definidas:

1. Una exploración adecuada, como base del diagnóstico
2. La nominación de la enfermedad en términos claros y precisos
3. Un tratamiento en todos sus aspectos
4. La consulta de un especialista en caso de ser necesario.

Por otro lado, los factores organizativos y procesos pueden influir en la calidad del ambiente de trabajo. El exceso de trabajo, la distribución irregular del personal y pocos fines de semana libres, pueden hacer aún más difícil el enfrentamiento a un trabajo emocionalmente exigente (Jenkis, 1986).

También la administración incompetente puede ocasionar sentimientos negativos intensos y exagerados entre los grupos de profesionales de la salud, lo que obstaculiza la prestación del cuidado integral y coordinado que requiere el paciente.

1.2. Relación médico-paciente

El médico trabaja frecuentemente con pacientes que experimentan graves traumas y crisis personales, causados por padecimientos que van desde incapacidades menores hasta enfermedades terminales. La respuesta emocional de los trabajadores de la salud a tales circunstancias, es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una adecuada atención; sin embargo, puede ocurrir una "recarga traumática" (síndrome burnout), debida a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte; lo que además de afectar su capacidad en el desenvolvimiento profesional, influye en su bienestar emocional y vida particular (De Board, 1978). Recientemente se ha

hecho alusión a esta sobrecarga traumática en el personal de la salud. Sus características son: cansancio emocional con agotamiento de los recursos emocionales, despersonalización con desarrollo de actitudes negativas con la gente con quien se trabaja y una desvalorización de los éxitos personales.

En Estados Unidos, esto ha recibido atención por parte de grupos profesionales de la salud (Hay & Oken, 1972; Pilowski & O'Sullivan, 1989; Firth Cozens, 1987) y es de creciente preocupación en el desarrollo de los servicios voluntarios y caseros de atención médica (Morris, Morris, Britton, 1988).

En base a lo anterior, es importante que se examinen los factores que abarcan el bienestar del personal, la calidad de la atención y la función integral de los centros de salud, con el fin de promover una mejora en el bienestar social.

Quienes trabajan en el cuidado de la salud, también se enfrentan a las variedades y complejas reacciones de los pacientes y sus familiares causadas por la enfermedad y el trauma. Las relaciones que el médico mantiene con el paciente y sus familiares suelen producir una evaluación a fondo de sí mismo, pero al mismo tiempo también puede causar una pena al médico.

Shulmann y Mantell en 1988 (En De la Fuente, 1996), mencionan que las exigencias para la toma de decisiones que afectan el bienestar de otros, en medio de la incertidumbre que rodea la práctica médica; el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los pacientes y el ser receptor de la confianza del paciente, son algunos de los factores encontrados en el desarrollo de las funciones médicas que promueven las variaciones en los niveles de estrés, cuyas consecuencias se manejarán con detalle en el siguiente capítulo.

El término "enfermedades iatrogénicas", se refiere a los trastornos causados inadvertidamente o propiciados por la intervención del médico, los cuales son en

su mayoría de índole físico, particularmente se debe a los efectos de los medicamentos, las radiaciones y las intervenciones quirúrgicas.

Sin embargo, hay otra forma de iatrogenia, la psicológica, que ha sido menos discutida que otras acciones médicas nocivas, pero que afecta en grado similar. Por ejemplo, no reconocer la carditis reumática es un error que tiene serias consecuencias, pero también las tiene el diagnosticar el padecimiento sin tenerlo en realidad. Así, la atención excesiva que se presta a un síntoma trivial o un comentario "inocente", efectuado por el médico, puede sugerir a un enfermo una enfermedad grave, lo que provoca en los pacientes un grado de angustia innecesaria, que confirma la magnitud del compromiso que tiene el médico ante la sociedad, el enfermo y los parientes del mismo (De la Fuente, 1996).

La deshumanización y devaluación del paciente provoca el surgimiento de desesperanza en las instituciones y del nihilismo terapéutico, que pueden ser los rasgos distintivos de algunos servicios; esto ocurre particularmente en sitios donde los pacientes reciben un cuidado institucional a largo plazo (De Board, 1978.).

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes que los médicos regularmente manifiestan cuando empiezan a sentir desesperación, soledad y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir los sentimientos de compasión de aquellos que permanecen en el trabajo, lo que da como resultado el distanciamiento, la deshumanización y que el médico aísle sus emociones y proporcione un cuidado frío y mecánico.

1.3 El médico y su ambiente laboral

Según Matrajt (1994), la forma como se han estructurado las instituciones médicas han producido dos tipos polares de médicos:

- a) El médico religioso de principios de siglo XX. Existe en las pequeñas ciudades y se percibe como un líder natural de las mismas. Posee un carisma personal, por lo cual interviene en múltiples problemas humanos de sus pacientes. Su intervención en la sociedad, se revierte en una expansión de su propia autoestima: poco a poco se va considerando a sí mismo como una suerte de Dios.
- b) El médico burócrata. Las grandes instituciones asistenciales modernas funcionan como cadena de montaje, que convierte al paciente en una máquina impersonal y deshumanizada, a la cual se le arreglan las cosas. Y vuelve al médico en un mecánico burocratizado, igualmente impersonal y deshumanizado, sujeto a reglamentos y ejecutante de normas.

Por otro lado, esta estructura de instituciones gubernamentales, generó al hospital como un sistema abierto, que mantiene relaciones de intercambio con su entorno. Así, debe existir una relación de interdependencia entre médicos, institución y entorno social para lograr sus objetivos terapéuticos y sociales.

Flórez (1994) afirma que en la actualidad, existen dos líneas de autoridad paralelas: la administrativa, que se refiere al nivel adquirido en base a la jerarquización de puestos dentro de una institución; y la profesional, referida como la autoridad adquirida por el tipo de especialización, actualización médica o experiencia laboral. Es frecuente la aparición de conflictos entre ambas, conflictos que en gran medida obedecen al choque entre conjuntos de valores distintos. Este choque genera una constante fuente de ansiedad y de estrés que puede contribuir a la desmotivación profesional.

La rutina de los procedimientos, la burocratización, la interrupción de actividades diarias, la existencia de diversas líneas de autoridad y la falta de participación en la organización del trabajo producen, lentamente la deshumanización de los médicos, como consecuencia de las situaciones de ansiedad que generan. Estas circunstancias favorecen la aparición de estados de depresión, al mismo tiempo

que se producen conductas autodestructivas, como el aumento del consumo de tabaco o alcohol.

En los servicios hospitalarios, la frecuencia de admisiones y salidas de los pacientes, tiende a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción proporcionado por el médico. La atención se ve interrumpida y el personal no tiene la oportunidad de observar al paciente desenvolviéndose en la sociedad, lo cual evita el desarrollo de una apreciación más satisfactoria del mismo.

Así, por ejemplo, en unidades especializadas, tales como cuidados intensivos o coronarios, se suministra cuidado breve y con frecuencia, altamente técnico; esto contribuye a la deshumanización de la relación médico-paciente y por lo tanto, no permite que el médico perciba resultados satisfactorios de su esfuerzo y llegue al agotamiento emocional.

Las autoridades sanitarias, conscientes de este fenómeno, han comenzado a aplicar determinadas estrategias para mejorar el rendimiento y la calidad asistencial. La mejora de las condiciones físicas, la participación en la organización y planificación hospitalaria y la flexibilización de los horarios, son algunas de las medidas que se han introducido paulatinamente. Pero también es cierto que a pesar de la mejora de las condiciones físicas y del ambiente del lugar de trabajo, la continua permanencia o contacto con la enfermedad o la muerte posibilita la aparición del síndrome de agotamiento emocional. Por ello, parece fundamental un tratamiento individual y grupal del personal médico, con el fin de prevenir el conjunto de alteraciones psicopatológicas que integran el cuadro clínico del agotamiento emocional (Flórez, 1994).

Matrajt (1994), menciona que las relaciones del trabajo con la salud mental en médicos y enfermeras están en la intersección de tres series de flujos de determinaciones: las que hacen a la historia individual de los sujetos, las immanentes a la naturaleza de la tarea que deben realizar y las socioinstitucionales.

Además el trabajo del médico puede aportar elementos muy importantes al desarrollo psicológico de muchos de ellos, en tanto que es un componente esencial de identidad, un espacio adecuado de sublimación de pulsiones y ansiedades inconscientes y un modo de expandir y consolidar la autoestima. Pero también, y por los mismos motivos, es fuente de sufrimiento psíquico en algunos otros.

Los médicos son responsables de la salud pública, lo que implica que tanto sus aciertos como sus errores repercuten directamente en la vida de otros. Por tal motivo su autoestima y nivel de satisfacción se ven afectados dependiendo de la opinión de sus pacientes, jefes y compañeros de trabajo en general.

Dado que los límites profesionales en la medicina son poco claros, se genera una diversidad de roles que debe asumir cada especialidad. La clasificación de conocimiento y habilidades por áreas es necesaria para suministrar apropiadamente atención especializada y para hacerse cargo de las múltiples labores a desarrollar, como son la revisión y el examen médico, entre otras actividades (Jiménez, 2000).

Lugo (1998), menciona que los médicos generales son los más solicitados dentro y fuera de las instituciones de salud, tienen un trabajo garantizado donde se presenten, lo cual no siempre sucede con los médicos especialistas de alta tecnología médica, debido a las propias condiciones económicas del país.

Becker en 1961 (En De la Fuente, 1996), habla de los motivos al realizar la elección de especialidad médica y reconoce factores aislados en cuatro apartados:

- Socioeconómicos (dinero, prestigio social de la especialidad y lugar en el que hay que residir).

- Laborales (horario de trabajo e intensidad del mismo).
- Psicológico (cualidades o aptitudes necesarias).
- Profesionales (prestigio, posibilidades intelectuales, duración de la residencia, tipo de relación médica derivada de la clase de enfermedad, grado y tipo de responsabilidad, y mayor o menor facilidad para responder a los problemas propios de la especialidad).

El médico residente es el profesionista que se encuentra realizando estudios de posgrado dentro de alguna institución hospitalaria. Las jornadas de trabajo que realizan los médicos residentes son largas y cumplen con la rotación de turnos. En algunos hospitales se les remunera o asigna un salario que funge como beca.

La vida personal de los residentes suele ser variada, así como sus actividades de recreación en sus días de descanso. Debido al estilo de vida y su compromiso con la profesión, resulta difícil para algunos médicos mantener o establecer relaciones interpersonales. Con esto se habla de la incapacidad de establecer vínculos duraderos con otros individuos, donde se dé una relación de respeto, comunicación, confianza, lealtad, compromiso, etc. (Franco, 1997, en Jiménez, 2000).

Se puede destacar que la profesión médica, en ocasiones se presta para que el profesionista no tenga un verdadero cuidado sobre sí mismo, debido a la carga de trabajo y a la vestidura social-psicológica que tiene su profesión.

Para esto hay varios factores a contemplar. Entre los aspectos a revisar se tienen los siguientes:

- No todos los médicos cuentan con las mismas condiciones en los aspectos personal, intelectual, cultural, económico, institucional, nutricional, social, espiritual e inclusive de género.

- Se debe tomar en cuenta que en las instituciones públicas se otorga servicio a un gran número de personas diariamente.
- Los médicos residentes, tienen varios roles, el de profesionistas titulados, como estudiantes de estancia continua y su vida privada.

Al reflexionar este el juego de roles, se puede pensar en primera instancia que es bueno que los profesionales de la salud se especialicen al término de la licenciatura, pero también se deben considerar los problemas que esto conlleva; es decir, los estudios de posgrado se llevan a cabo en hospitales, donde la admisión resulta complicada, además de que en las instituciones se presenta una excesiva carga de trabajo (Lugo, 1998).

Díaz (1988 en Flórez, 1994) señala con respecto a la medicina, que enseñar y educar a los médicos no significa saber más sobre las patologías que pueden aquejar a algún paciente, sino también implica el enseñar con gusto, satisfacción, felicidad de devolverle la salud al paciente y en el caso de que el mal sea incurable, lograr que el futuro médico sea capaz de transmitir afecto, compasión y calor humano a aquel paciente irrecuperable y confrontar no sólo a él, sino a sus familiares (Jiménez, 2000).

Con esto ya mencionado se infiere que se trata de una profesión compleja, contrastante y en ocasiones de alto desgaste físico y emocional.

En investigaciones en España que llevaron a cabo Díez, Barrón, Anguiano y Pastor (1994), con la finalidad de sondear su bienestar y malestar psicológico, se aplicaron: 1) la escala de depresión de Beck y 2) el GHQ (General Health Questionnaire) a médicos residentes de Bilbao. Se obtuvieron resultados significativos y correlacionados respecto a la aparición de una sintomatología general: ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos. Así mismo, los investigadores concluyeron que la naturaleza del trabajo que realizan, hace que

vivan situaciones potencialmente estresantes como: 1) muchas horas de trabajo, 2) sobrecarga laboral en el servicio de urgencias, 3) recibir un alto porcentaje de pacientes con patologías graves y 4) el nivel de experiencia profesional para desarrollar su labor.

Zurriaga, Bravo, González y Molina (1994) realizaron también en España una investigación de carácter exploratorio; su intención fue obtener información sobre los posibles antecedentes y consecuencias del estrés de rol, haciendo comparaciones entre médicos que trabajan en instituciones públicas y los que trabajan en privadas. Utilizaron seis cuestionarios de auto-informe de la Unión de Investigación de Psicología de la Organización y del Trabajo, los cuales midieron: 1) la tensión laboral, 2) la propensión al abandono laboral, 3) la estandarización o rutina de la tarea, 4) el conflicto de rol, 5) la ambigüedad del rol y 6) la satisfacción laboral. Se identificaron patrones diferenciales del proceso global de estrés de rol.

En Gran Bretaña, Deary, Blenkin, Agius, Endler, Zealley y Wood (1996) probaron el Modelo transaccional de estrés propuesto por Cox en 1978; aplicaron en médicos escoceses: 1) el "NEO-Five Inventory" para medir las dimensiones de personalidad; 2) el "Coping Inventory for Stressful Situation" para medir formas de afrontamiento 3) el "General Health Questionnaire" para medir angustia psicológica; 4) el "Maslach Burnout Inventory" para medir agotamiento emocional, despersonalización y el incumplimiento personal; 5) el "Specialist Doctors Stress Inventory" para medir el estrés relacionado con el trabajo; y 6) el "Consultants Work Demands Scale" para medir carga de trabajo clínico.

Entre los resultados, resalta que la dimensión de personalidad neurótica se relaciona con la disminución del factor extroversión y conciencia, así como con un mayor estrés laboral, especialmente en lo referente a las relaciones con compañeros de trabajo sobre la ejecución de la propia tarea y la tendencia a deshumanizar a los pacientes. Estos autores logran proponer un modelo de estrés laboral y un modelo de realización-logro personal válido para la población médica.

Esto abre posibilidades para entender el proceso particular de estrés y satisfacción personal de esta profesión que es de suma importancia para la población en general.

Un estudio realizado en E. U. A., pretendió determinar si el síndrome de burnout está presente en una muestra de médicos de urgencias. De acuerdo con los resultados obtenidos, las puntuaciones de estrés y burnout correlacionaron positivamente, y se encontró que la suma total de horas diarias de trabajo era un buen predictor del estrés ocupacional. Los médicos de la muestra informaron de un nivel moderado de estrés y puntuaciones altas en satisfacción laboral y realización personal; sin encontrar diferencias significativas en las puntuaciones más altas de estrés ocupacional. Estos resultados tienen implicaciones en el hecho de considerar la implantación de horarios fijos y el tomar en cuenta como parámetro de satisfacción laboral y la realización personal (Flórez, 1994).

CAPITULO 2

ESTRÉS Y APOYO

El estrés es un concepto que hoy en día es conocido como la causa de diferentes malestares; las personas, al sentirse agotados expresan "estoy estresado", sienten dolores musculares en cuello, espalda, piernas y dicen "tengo mucho estrés"; pero en realidad los orígenes e implicaciones que este concepto trae consigo, van más allá. Este capítulo está dedicado al estrés; considerándolo como un factor importante para la adaptación del ser humano a su ambiente.

2.1 Antecedentes

La palabra estrés deriva del griego "Stringere" que significa tensión o dureza, el término ha sido utilizado desde el siglo XIV.

A pesar de que el término ha existido durante siglos, es hasta mediados del siglo XIX que el fisiólogo Claude Bernard sugiere que los cambios del medio ambiente pueden tener repercusiones en el organismo y que es esencial que el estrés se presente con el fin de mantener un ajuste frente a tales cambios (Ivancevich y Matteson, 1989).

En 1920, Walter Cannon acuña el término "homeostasis" al proceso fisiológico que tiene como meta mantener el equilibrio entre los aspectos internos y externos del organismo y considera que el estrés es un perturbador de la homeostasis.

Selye (1984), propone por primera vez el término estrés al referirse al desgaste y deterioro ocasionado por la tensión. Posteriormente define al estrés como "una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda", es decir, todas las demandas requieren una reacción del cuerpo que lo devuelva a su estado natural. Toma como base que el estrés es una señal de alarma dirigida a través de la actividad simpático adrenal.

2.2 Definiciones del estrés

Debido a las consecuencias que el estrés trae consigo, ha sido motivo de estudio para diferentes investigadores y a continuación se exponen algunas de las definiciones que se han dado.

"El estrés es el resultado de una reacción entre el sujeto y su entorno al evaluarlo como amenazante o desbordante de su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1986).

"Estrés es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión" (Ivancevich y Matteson, 1989).

"Cualquier exigencia que produce un estado de tensión o amenaza y que exige un cambio o adaptación " (Morris et. Al., 1988).

"Estrés es una fuerza que produce tensión, una deformación del objeto sobre el cual dicha fuerza se aplica; en este sentido, se trata de un estímulo externo, de un agente cualquiera. Es el sentido activo del estrés" (Stora, 1992).

En el contexto hospitalario, Flórez (1994) define el estrés como un proceso dinámico en el que interactúan la preocupación de una situación amenazante dentro del hospital y la propia capacidad de afrontamiento ante la situación. La respuesta biológica trae como consecuencia desencadenar una patología cardiovascular digestiva y autoinmune.

Schell (1997) dice que "Es un proceso mente- cuerpo que inhabilita al ser humano de sacar sus reservas de energía cuando lo requiere, en respuesta a algunas demandas especiales(estímulos/estresores).

Como se puede apreciar, hay definiciones en las que se considera que el estrés está basado en la percepción que el sujeto tiene de su ambiente, otras en las que se menciona al estrés como un factor basado en los estímulos que el mismo ambiente otorga, pero un factor común es que en el organismo de todos los individuos hay cambios adaptativos de tipo fisiológico, emocional, cognitivos y conductuales.

Ünther en 1986 (Mendoza, 2001), considera que de todas las definiciones posibles de estrés se pueden deducir cuatro puntos de vista:

La reacción a corto plazo: ésta aparece en consecuencia de estímulos que se perciben como amenazantes (huida - agresión) consiste en reacciones musculares, alteraciones fisiológicas y emociones.

La reacción a largo plazo: consiste en alteraciones del rendimiento físico o del estado psíquico de una persona como consecuencia de permanecer un largo periodo bajo la influencia del estrés.

La situación: todos los estímulos del ambiente pueden actuar sobre el individuo de forma estresante. Se considera como estímulo cualquier manifestación de energía en el medio ambiente capaz de ser percibida por el sujeto al grado de provocar una respuesta de este. Por otro lado, cada sujeto cuenta con factores personales de adaptación a su ambiente, como son su historia individual, personalidad, umbrales a diferentes estímulos, etc., estos factores influyen sobre las respuestas que emite la persona a cada estímulo. Así, una situación es estresante para cada sujeto cuando es percibida por el mismo como un hecho

amenazante a su bienestar, ante la carencia o limitación de herramientas personales para responder a ella.

El factor emocional y mental: está originado por fuentes ambientales que rompen con la estabilidad de la vida cotidiana, entre las que se incluyen problemas en el trabajo, dificultades de relación, preocupaciones económicas, divorcio, separación, exámenes, etc.

En la actualidad el concepto de estrés ha cambiado de dirección, ya no solo se dirige al aspecto adaptativo del individuo a su entorno y a los acontecimientos amenazantes, ahora se propone un modelo transaccional que considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca, es decir el individuo es capaz de responder e interactuar directamente con su ambiente, los elementos ambiente e individuo otorgan un significado de interrelación.

2.3 Efectos psicofisiológicos del estrés

Selye plantea el modelo de Síndrome General de Adaptación (SGA), refiere que, síndrome denota, que las partes individuales de la reacción se manifiestan más o menos de manera conjunta y pueden ser interindependientes; es general por que las consecuencias que los estresores ejercen son sobre diversas partes del organismo; y adaptación se refiere a la estipulación de las defensas destinadas a ayudar al organismo para que se ajuste al estresor o lo afronte (Ivancevich y Matteson, 1989).

Mediante este modelo Selye define estrés como una reacción que se lleva a cabo en tres etapas:

La primera etapa es de alarma, esta reacción se divide en dos fases; donde se refiere a shock como la respuesta inicial e inmediata y es la combinación de varios síntomas fisiológicos como la baja temperatura, el cambio de la tensión sanguínea, la aceleración cardíaca, distensión muscular y entonces comienza la segunda fase, a la cual denominó *contraschock*, donde el cuerpo reacciona para movilizar sus defensas. A pesar de que estos cambios no son fáciles de explicar, el proceso se lleva a cabo en segundos.

Resistencia es la segunda etapa; es en este momento donde el individuo se ha adaptado y los síntomas iniciales mejoran o bien desaparecen. Esta etapa se caracteriza por la desensibilización a la mayoría de los otros estímulos, se manifiesta con mayor claridad los signos de desgaste en el organismo. Finalmente la etapa de agotamiento en donde el individuo usa mecanismos de defensa que cada vez se tornan más eficientes en un intento por controlar el estrés (Papalia y Wendkos, 1988).

Todos los seres vivos responden a su ambiente; sin embargo, los seres humanos responden psicológicamente y de diversas maneras ante un mismo estímulo. La adaptación que exige el afrontar el estrés produce numerosas alteraciones bioquímicas. Todo esto es necesario para garantizar una respuesta eficaz. Si la adaptación que se intenta es correcta, probablemente pasará inadvertida y producirá pocos o ningún efecto colateral negativo. Si es incorrecta, el resultado puede ser impropio y disfuncional.

Las reacciones bioquímicas ante los estresores pueden presentar una notable similitud en una amplia variedad de situaciones; por lo que es necesario tener conocimiento de los mecanismos involucrados en este proceso con el fin de comprender el estrés y sus consecuencias.

La fisiología de la respuesta del organismo ante los estresores es una descripción de la forma en que éste se moviliza para autoprotegerse. En las situaciones de estrés es muy compleja y afecta principalmente al sistema nervioso autónomo y al sistema endocrino.

La respuesta ante el estrés comienza en el cerebro, con la percepción del estresor. La sección del cerebro responsable de iniciar la cadena de respuestas es la corteza cerebral (parte del cerebro involucrado en la conducta y en los procesos mentales conscientes).

Cuando un individuo percibe un estresor, el hipotálamo (controlado por la corteza cerebral) activa el sistema nervioso autónomo, que a su vez inicia una serie de movimientos de adaptación o defensa; esto se logra a través de dos vías del sistema nervioso central: el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático.

El sistema nervioso simpático desencadena la actividad en diversas vías que son parte de los cambios que sufre el cuerpo mientras se prepara para la defensa. El individuo ante situaciones estresantes, presentará pulso acelerado, sudoración, "un vacío en el estómago" y el sistema nervioso parasimpático tendrá la responsabilidad de tratar de calmar y relajar al organismo.

Asimismo, el sistema endocrino integrado por numerosas glándulas, producen hormonas, las cuales circulan a través del torrente sanguíneo y tienen la función de ser reguladoras químicas de la actividad fisiológica, es decir, su principal tarea es la función estabilizadora en situaciones estresantes.

Dentro de las glándulas endocrinas se encuentra la pituitaria, que está directamente conectada con el hipotálamo; esta glándula se encarga de regular la producción y actividad hormonal dentro de todo el sistema endocrino. La hormona

cortisona preparan al organismo para que maneje o se adapte al estresor mediante la regulación del flujo sanguíneo, la respiración, etc.

También dentro del sistema endocrino, son puestas a funcionar las glándulas suprarrenales, gracias a la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la pituitaria, que a su vez produce la adrenalina y noradrenalina. Estas sustancias promueven la activación del organismo a su máxima capacidad con el fin de responder ante situaciones de riesgo.

Estas hormonas pasan directamente a la circulación sanguínea y de ahí a los músculos y órganos relevantes, lo que alerta al cuerpo para que se ponga en guardia contra cualquier amenaza que esté experimentando. (Ivancevich y Matteson, 1989).

El estrés produce notables alteraciones fisiológicas en el organismo; la adaptación exige el afrontamiento que trae consigo alteraciones bioquímicas que llegan a ser incluso necesarias para una respuesta eficaz. Sin embargo también pueden resultar disfuncionales en caso de que ocurran cambios significativos que generen una enfermedad (Ivancevich y Matteson, 1989).

Los efectos nocivos sobre la salud son: el flujo sanguíneo se incrementa en los músculos y por lo tanto los latidos del corazón se aceleran, si los eventos estresantes suceden con gran frecuencia, la presión sanguínea paulatinamente contribuirá a las enfermedades cardiovasculares.

Montero, Fuentes y Fernández (1990) descubrieron que el estrés provocado por el aislamiento social causa la destrucción de los axones noradrenérgicos que ascienden del tallo cerebral hacia el cerebro frontal, que tienen como función impedir el aumento de la presión sanguínea (Carlson, 1995).

El cortisol, también conocido como glucocorticoide, tiene diferentes funciones:

Ayuda a descomponer las proteínas y a convertirlas en glucosa, si esta acción se da por tiempo prolongado llega a provocar la afectación de la función del páncreas (órgano implicado en el procesamiento de la glucosa), esta afectación esta relacionada con el desencadenamiento de la Diabetes Mellitus.

Convierte la grasa (lípidos) en energía, evento que en tiempos prolongados provoca la pérdida de reservas, lo que genera una pérdida de peso corporal y de energía (agotamiento).

Aumenta el flujo sanguíneo lo que se relaciona con problemas cardiovasculares.

Además de disminuir la sensibilidad de las gónadas a la hormona luteinizante, que a su vez suprime la secreción de las hormonas esteroideas sexuales y por consiguiente la actividad sexual se ve afectada en un notorio decremento.

Otro efecto de las situaciones estresantes se ve reflejado en la liberación de glóbulos rojos de reserva, los cuales son necesarios para llevar oxígeno a los músculos; además de tener incidencia en el retraso de los procesos digestivos, puesto que en una situación de emergencia este proceso no tiene prioridad.

Si el período de estrés es breve, no suele haber problema, porque después el organismo tendrá tiempo para recuperarse; sin embargo cuando el estrés se acumula, además de provocar consecuencias fisiológicas severas, puede ocasionar un efecto adverso en las emociones, en los procesos mentales y en la condición física de una persona. Cuando el estrés se vuelve excesivo, los empleados experimentan cansancio psicológico y varios síntomas que dañan su desempeño, sus relaciones humanas y su salud física. •

Al deteriorarse la salud, también disminuye su resistencia y energía, lo que dará como resultando al mismo tiempo, que la motivación y el rendimiento sean menos satisfactorios (Fabregat, 1984).

2.4 Eustres y Distres

Dentro del amplio concepto del estrés, se diferencian dos tipos:

Eustres es el sinónimo de estrés positivo, funciona como fuente de energía para llevar a cabo acciones, es decir, de alguna manera incrementa la motivación, pues la magnitud es tolerable y normal, provoca la respuesta productiva ante los requerimientos del ambiente. Bensabat (1994), menciona que la mayoría de las veces, las respuestas del organismo se hacen en armonía, con la mayor naturalidad y sin consecuencias, ya que están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto.

El distres es el tipo de estrés negativo, ya que paraliza al individuo cuando este se registra en un nivel muy alto; en ocasiones puede finalizar en enfermedad. Las respuestas exigidas por una demanda intensa, prolongada y excesiva, superan las capacidades de resistencia y de adaptación del organismo. Bensabat (1994) menciona que este término se emplea para referirse a las situaciones en las que el organismo no dispone de recursos de dominio psicológico o biológico para enfrentar la amenaza o estímulo aversivo, con lo que se pone en peligro el equilibrio energético del organismo.

Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el estrés esta determinado por la evaluación que el individuo hace de una interacción específica con el medio ambiente donde se desarrolla, por lo tanto, afirma que esta evaluación se determina por diversos factores que forman parte de la vida del individuo, como sus compromisos, creencias, debilidades y los recursos con los que cuenta. Por lo tanto, para entender como el estrés afecta psicosocialmente a un individuo, se debe tener conocimiento de la referencia de la mediación psicológica; es decir, de la evaluación cognitiva como la variable que media entre el individuo y su entorno.

Esta perspectiva psicosocial se considera como generadora de demandas estresantes para el individuo y de las formas como las encara.

Así mismo, la sociedad forma parte de las herramientas que el individuo emplea para prevenir el estrés. Eventos estresantes como el ruido, el confinamiento, pequeñas descargas eléctricas, discriminación arbitraria, burocracia e incrementos de trabajo pueden afectar al modo en que la gente lleva a cabo sus tareas; pueden afectar a las personas muy negativamente, cuando estas no son capaces de predecirlos ni controlarlos.

2.5 Efectos cognoscitivos, emocionales y conductuales del estrés

Las respuestas del estrés se desarrollan dentro de un contexto de acuerdo a la formación, antecedentes y características de cada individuo; además de las respuestas fisiológicas, las personas generan respuestas de tipo cognoscitivo, afectivo y conductual, los diferentes tipos de respuesta que presentan las personas ante un situación dada se pueden generalizar, sin embargo estas respuestas no son una regla condicionada.

Ante el estrés constante, se observa un decremento en la concentración, atención y se presenta una disminución de la capacidad de observación, además de un deterioro en la memoria a corto y largo plazo, disminuyendo la capacidad para el recuerdo y el reconocimiento de material aún de tipo familiar.

La velocidad de respuesta se vuelve impredecible, regularmente disminuye, y en numerosas ocasiones se trata de compensar con decisiones apresuradas.

Hay un deterioro en la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo; en grados extremos, se pueden presentar delirios y trastornos del pensamiento, la

prueba de la realidad es menos eficaz, hay pérdida en la objetividad y capacidad crítica.

Conductualmente se presentan cambios repentinos como pérdida de interés y entusiasmo, consumo de alcohol, cafeína, nicotina e incluso otro tipo de drogas ilegales.

Emocionalmente se presenta mayor susceptibilidad, hipocondria, aparecen cambios en los rasgos de la personalidad, así como sumisión o autoritarismo, estados depresivos y pérdida repentina de autoestima.

Existe descenso en los niveles de labilidad emocional o energía, pérdida o aumento de sueño, tendencia a culpar a los demás y transportar las propias responsabilidades a otros. (Fontana, 1992).

2.6 Consecuencias del estrés

Los efectos o consecuencias del estrés son numerosos. Existen consecuencias primarias que afectan directamente al individuo, que a su vez traen consecuencias positivas a sus vidas como el incremento de la motivación; sin embargo el distres lleva consigo consecuencias negativas al individuo que provocan desequilibrio, lo cual suele resultar peligroso.

Maslach y Pine (1977), encontraron los siguientes síntomas que se pueden agrupar en cuatro áreas: psicosomáticas, conductuales, emocionales y defensivos.

1.- Psicosomáticos, que suelen ser de presentación precoz, padeciendo dolores de cabeza, problemas de sueño, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso,

dolores musculares (espalda y cuello), asma, hipertensión arterial y en las mujeres, la pérdida de la menstruación.

2.-Los conductuales, regularmente se ven reflejados en la incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, problemas matrimoniales y familiares. Dentro de la organización, puede surgir aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo, aficiones suicidas, ausentismo laboral; expresiones que de acuerdo a Flórez (1994), suelen ser una forma socialmente aceptada de rechazo ante el trabajo, mediante una pseudoenfermedad en la que subyace un trastorno de tipo funcional.

3.-Los síntomas emocionales provocan distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad; el sentimiento de que se puede convertir en una persona poco estimada, además dificultad de concentración, memorización, abstracción y elaboración de juicios por la ansiedad padecida. Todo esto repercute negativamente en su rendimiento laboral y en sus relaciones con los compañeros.

4.-Los mecanismos de defensa tienen su origen en la dificultad para aceptar los propios sentimientos. Se suele realizar una negación de las emociones, la supresión consciente de información, desplazamiento de sentimientos hacia otras personas o cosas, atención selectiva, todo ello para evitar una experiencia negativa (Montes de Oca, 1997).

Así mismo Cox en 1980 proporcionó una taxonomía de las consecuencias del estrés:

-Efectos fisiológicos: aumento de catecolaminas y corticoesteroides de la sangre y la orina, elevación de niveles de glucosa sanguíneos, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo en la garganta,

entumecimiento y escozor en las extremidades.

-Efectos subjetivos: Se presenta ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca autoestima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad.

-Efectos cognoscitivos: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

-Efectos conductuales: Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebida o de cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.

-Efectos organizacionales: absentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo (Ivancevich y Matterson, 1989).

El estrés es un estado provocado por múltiples factores y que afecta de manera positiva o negativa, compleja y general al individuo; el gremio médico es una población en la que se debe tener especial cuidado, ya que la disponibilidad de su profesión aumenta considerablemente las posibilidades de que exista un estrés permanente.

2.7 Estrés y Tensión arterial

En general, se asume que el estrés incide sobre la salud a través de la alteración

de mecanismos fisiológicos (Gutiérrez, Ito y Contreras 2000).

Las repercusiones fisiológicas del estrés presentan diversos síntomas, tales como la alteración en catecolaminas, triglicéridos y la tensión arterial (Seyle, 1985).

La sangre sale del corazón por las arterias y llega a todas las partes del cuerpo para llevar oxígeno y alimentos a todo el organismo. La "bomba" que impulsa la sangre es el corazón, con una fuerza que está dentro de los límites considerados como normales.

La presión se mide en milímetros de mercurio (mmHg) con un baumanómetro o esfigmomanómetro. En los adultos se considera la presión:

-Normal: por debajo de 130/85 mmHg

-Normal-alta: 130-139/85 mmHg

-Alta: arriba de 140/90 mmHg

Si los valores de la tensión arterial son menores a los normales se habla de Hipotensión arterial, y si los valores son mayores a los considerados como normales se trata de Hipertensión arterial.

La tensión arterial se compone de dos cifras, la máxima se llama presión sistólica y la mínima diastólica. La presión sistólica se produce cuando el corazón se contrae y la diastólica, se produce cuando el corazón se relaja.

Se dice que una persona tiene hipertensión cuando la presión sistólica es mayor de 140 mmHg o la diastólica mayor de 90mmHg. Algunas personas tienen aumento de ambas, sin embargo; existen casos en donde únicamente la toma de presión resulta alta en la diastólica o únicamente la sistólica.

Existen factores de riesgo que se pueden clasificar en dos grupos:

A) No Modificables:

El género; los hombres tienen una mayor predisposición a la hipertensión arterial que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos.

La edad difiere tanto en el hombre (después de los 45 años) como en la mujer (después de los 55 años) el riesgo de desarrollar hipertensión arterial aumenta significativamente. Después de los 75 años 3/4 partes de las mujeres son hipertensas.

La historia familiar en primer grado aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial sistólica, la modificación de otros factores de riesgo puede reducir esta circunstancia, además de prevenir otras enfermedades graves como el infarto agudo del miocardio (IAM) y enfermedades cerebro vascular (embolias y hemorragias); es decir, por la herencia, es un factor de incidencia.

En algunos estudios realizados en el ámbito mundial han demostrado una mayor predisposición en la raza negra afroamericana.

Por otra parte la diabetes Mellitus, acelera la arterioesclerosis e incrementa 3 veces el riesgo de hipertensión arterial sistólica.

B) Modificables:

El tabaquismo; se ha comprobado que los fumadores tienen al menos un riesgo dos veces mayor que los no fumadores de desarrollar enfermedades cardiovasculares y es tres veces mayor en los que fuman más de 2 cajetillas diarias. Aquellos que dejan de fumar antes de los 35 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores.

La obesidad (índice de masa corporal de 29-39 kg/m²) aumenta 7 veces el riesgo de cardiopatía y la moderada (índice de masa corporal de 25-29 kg/m²) lo aumenta 3 veces.

De igual manera la dieta diaria, constituye un factor de riesgo cuando se consume sal, grasas, productos lácteos y carnes rojas en exceso.

La falta de ejercicio o sedentarismo afecta al control de la tensión arterial, se recomienda al menos caminar vigorosamente cada 3er día por 30 a 45 minutos, otro tipo de ejercicio (como bicicleta estacionaria o correr), deben realizarse siempre bajo supervisión médica.

El estrés cotidiano, favorece un mayor trabajo cardíaco e incrementa la tensión arterial. Se recomienda realizar actividades agradables para el paciente como ejercicio, meditación, lectura o alguna actividad manual.

La hipertensión crónica, afecta a amplios sectores de la población, aunque alrededor de la mitad apenas sabe que tiene esa condición. Esta enfermedad entre otras causas puede tener su origen en lo estresante del estilo de vida y calidad de vida en el trabajo (Gutiérrez, Ito y Contreras, 2000).

La hipotensión significa tensión arterial baja, la cual debe considerarse como un síntoma y no como una enfermedad. La hipotensión no puede definirse con una cifra específica de tensión arterial. Este síntoma resulta de un gasto cardíaco inadecuado como el infarto del miocardio; o por la insuficiencia de los mecanismos reflejos que mantienen una presión arterial constante (Internet).

Los trastornos de hipotensión arterial provienen principalmente de dos factores:

Uno es la disminución del volumen plasmático debido a una hemorragia, pérdida de líquido, vómito, hemorragia interna no reconocible, deshidratación, diuresis excesiva o sudación excesiva.

El otro es el cambio de la capacidad del comportamiento que se llena de sangre (corazón, arterias, capilares y venas).

La hipotensión arterial desencadena diversos síntomas por los efectos de los mecanismos compensadores que están controlados por el sistema nervioso autónomo. Estos efectos provocan ansiedad, debilidad, palpitaciones, taquicardia, inquietud, vasoconstricción, sudación, palidez y extremidades frías.

Si la tensión arterial, desciende por debajo de límites normales, se presenta un

cuadro de shock que puede deberse a problemas graves de corazón, infecciones muy graves y otras (Higashida,1999).

2.8 Estresores en el trabajo

Estresores individuales

De acuerdo a Guillen (2000), los estresores del nivel individual explican el estrés provocado en las organizaciones; cinco de los principales estresores del nivel individual son: el rol conflictivo, la ambigüedad del rol, la sobrecarga de trabajo, la responsabilidad por otros y los estresores relacionados con el desarrollo de la carrera.

A) Rol conflictivo.- Los roles son una serie de tareas y conductas relacionadas entre si que se espera que un individuo realice y adopte. Hellriegell y Slocum (1988), dicen que el conflicto es la oposición resultante de desacuerdos sobre metas, ideas o emociones entre individuos, equipos, departamentos u organizaciones. El conflicto genera percepciones sesgadas que distorsionan la realidad, esto influye en la toma de decisiones y agrava el conflicto en lugar de moderarlo o resolverlo. Ante la problemática del rol, las personas se aferran a la imposición de sus intereses propios y tienden a ignorar las necesidades y puntos de vista de los demás. Este tipo de situaciones constituye un estresor que perturba el logro de las metas organizacionales y dañan al individuo, al mismo tiempo que disminuye la satisfacción en el trabajo (Guillen, 2000).

B) Ambigüedad del rol.- La ambigüedad de roles implica información inadecuada sobre las metas de desempeño esperadas de una persona, información poco clara o confusa sobre las conductas laborales esperadas y/o Incertidumbre

sobre las consecuencias (aumento salarial, ascenso o despido, por ejemplo) de algunas conductas laborales.

La ambigüedad del rol es una falta de claridad sobre el papel que se esta desempeñando. Ivancevich y Matteson (1989), basados en estudios de Kahn y colaboradores (1964) French y Caplan (1979) reconocen que las personas que experimentaban ambigüedad en su rol, reportan insatisfacción con su trabajo, una mayor tensión relacionada con el mismo y bajos niveles de confianza; asociado con indicadores de salud física y mental bajos, como presión sanguínea elevada.

C) La sobrecarga de trabajo.- Cuando un individuo no está en condiciones de manejar trabajo que excede sus posibilidades de acción, por carecer de herramientas, habilidades, estrategias adecuadas a la solución de problemas específicos de la tarea, o tiempo.

Margolis en 1974 realizó un estudio en el que descubrió que la sobrecarga se encuentra asociada a la baja confianza en sí mismo, disminución en la motivación para el trabajo, aumento en el ausentismo y decremento en la aportación de sugerencias por parte de los empleados sobrecargados. Esto es consecuencia indirecta, de la disminución en la calidad de la toma de decisiones, el deterioro de las relaciones interpersonales y los accidentes de trabajo (Ivancevich y Matteson 1989).

D) La responsabilidad por otros.- Las personas que tienen responsabilidad de subordinados tiene mayores probabilidades de padecer afecciones cardiacas elevados índices de colesterol, mayor probabilidad de fumar intensamente, ya que implica un papel mayor en la toma de decisiones y el requerimiento de mejores habilidades sociales y relaciones interpersonales.

E) Estresores relativos al desarrollo de la carrera.- Se define carrera como la secuencia percibida de actitudes y comportamientos asociados a experiencias y actividades relacionadas con el trabajo a lo largo de la vida de una persona. El significado que popularmente se da a la palabra carrera refleja la idea de ir ascendiendo en la línea de trabajo escogida. Ascender supone percibir mayores salarios y contar con mayor responsabilidad, mejor posición, más prestigio y más poder.

Las organizaciones que tratan de trabajar sin un plan y un organigrama se politizan y presentan casos de favoritismo en temas de ascensos y carrera profesional. Más aún, una organización que carezca de una clara descripción de cada puesto de trabajo, carece de base para preparar a los trabajadores que deban sustituir a los ascendidos, esto ocasiona que los trabajadores no se sientan seguros en su trabajo, que el progreso en cuestión de ascensos sea inadecuado y que no se encuentren satisfechos por la discrepancia entre las aspiraciones de su carrera y el nivel real de sus logros; lo que promueve un decremento en la motivación, un incremento en las actitudes de indiferencia hacia el trabajo y la aparición de conductas agresivas u hostiles.

-Estresores grupales o colectivos

Los grupos son un elemento importante en la estructura de cualquier organización, están integrados por dos o más personas que comparten valores y normas. Una misma persona puede ser miembro de dos o más grupos formales simultáneamente; esto puede contribuir a que existan roles conflictivos y roles ambiguos. Las organizaciones también están integradas por grupos informales, que son aquellos en los que la interacción se da de forma natural y extraorganizacional.

Existen muchas características de los grupos que pueden calificarse como estresores, que se clasifican en cuatro factores representativos: la falta de cohesión en el grupo, el apoyo inadecuado al grupo, los conflictos intragrupales y los conflictos intergrupales.

Falta de cohesión en el grupo.- La cercanía entre los miembros de un grupo y la tendencia a mantenerse unidos se le llama cohesión. "La cohesión en un grupo puede ser un estresor positivo o negativo. Si la cohesión es una característica valiosa, su ausencia podría originar una baja en la moral, un desempeño pobre y cambios fisiológicos, como el aumento en la presión sanguínea.

Es importante tener buenas relaciones interpersonales dentro de las empresas y que los grupos sean cohesivos, ya que esto les permite participar con más entusiasmo en el trabajo y las actividades del grupo, generalmente estas personas son estables emocionalmente, leales, tienen autoestima alta.

Apoyo inadecuado de grupo.- Los individuos necesitan de otros para hacer la evaluación de sus propias reacciones emocionales, y otras personas en el mismo estado emocional les brindan información sobre las respuestas correctas. La simple convivencia con otros y la capacidad de observar su conducta en momentos de estrés es una forma de apoyo grupal.

No todos los trabajadores prefieren o valoran el apoyo grupal. Algunas personas no experimentan la sensación de disminución de estrés por el apoyo emocional que brindan los compañeros de trabajo.

Conflictos intra e intergrupales.- La visión tradicional de la Administración generalmente concibe el conflicto como algo indeseable, por lo que debía atenuarse o eliminarse mediante una cuidadosa selección de personal, la capacitación, detalladas descripciones de puestos, reglas precisas y sistemas de incentivos.

Los empleados involucrados en una frecuente e intensa competencia y conflictos resultantes, experimentan altos niveles de tensión. Su molestia se puede expresar psicológicamente (apatía e indiferencia). En casos extremos, llegan a reaccionar con conductas agresivas y hostiles, como el robo de bienes de la organización o daños a sus propiedades (Ivancevich y Matterson, 1989).

-Estresores organizacionales

Ivancevich y Matterson (1989), postulan como estresores organizacionales a aquellos macrofenómenos que están asociados a una perspectiva global del trabajo.

Clima organizacional.- El clima de la organización puede conducir a un estilo relajado de trabajo o puede generar un estilo muy tenso y orientado a las crisis. El clima puede afectar a la gente de diferente manera.

El ambiente organizacional consta de dos categorías principales:

Los aspectos que se miden, se puede usar la jerarquía, los objetivos, las normas del desempeño y la medición de la eficiencia.

Las que no son visibles, como las actitudes, los sentimientos la satisfacción, etc.

Lo importante de medir el clima organizacional es que da pistas sobre la forma en que responden los empleados al sentir de la empresa. Estos indicios se deben usar antes de que afecten a la organización.

Estructura organizacional.- El efecto de la posición del individuo en la estructura organizacional sugiere que, manteniendo constantes otras dimensiones de la organización, hay más estrés por parte de las personas en jerarquías que tienen

poco que decir o que ejercen muy poco control sobre su trabajo. Esto es representativo en los trabajadores menos calificados, de nivel operativo, obreros, secretarías, meseros, laboratoristas.

El territorio de la organización.- Se refiere al espacio personal o escenario de actividades de una persona, el cual es individual y significativo. Cuando los individuos trabajan en territorios ajenos experimentan estrés.

Características de la tarea.- Se refiere a la complejidad y características de la tarea que se desempeña dentro de la organización, estas características tienen relación directa con el desempeño de los empleados y con el tipo de liderazgo que se ejerce en el área.

Los empleados que desempeñan tareas rutinarias y simples han reportado mayor satisfacción laboral cuando los líderes ejercen un liderazgo más participativo que directivo. Los empleados que desempeñan tareas no rutinarias y complejas han dado muestras de mayor productividad, aunque no necesariamente de mayor satisfacción laboral, cuando los líderes ejercen un liderazgo directivo.

Tecnología.- Es la aplicación de determinados conocimientos a la realización de un trabajo.

Las estructuras de las empresas reflejan la tecnología que emplean y la forma en que están diseñados y agrupados sus puestos de trabajo. Las limitaciones tecnológicas en una organización, aumentan los estresores y disminuyen las alternativas aprovechables, para disminuir el estrés.

Influencia del liderazgo.- En cualquier tipo de organización, existe un líder, que es la persona que ejerce un impacto significativo sobre las actividades del trabajo, el clima y el grupo; desempeña más influencia que cualquier otro aspecto del trabajo,

esto se deriva del hecho de que goza de una posición en la que tiene autoridad y poder.

Algunos líderes son considerados y tienen mayor amplitud para trabajar con los empleados; conocen el sistema político y la forma de usarlo para su provecho; otros tienen conocimientos técnicos que son valorados y necesarios, unos propician el estrés, mientras que otros lo reducen.

Las conductas del líder, influyen en la motivación y en la cohesión grupal, así, el líder transformacional dirige por medio de la motivación, apela a los ideales y valores morales de sus seguidores adoptando nuevas maneras de pensar y solucionando los problemas. La importancia de este tipo de liderazgo reside en el poder para inspirar a los demás con sus palabras, visiones y hacer realidad las aspiraciones de los seguidores. Un líder puede motivar a sus seguidores al fijar la importancia y valor de su tarea y de la necesidad de ponerla por encima de sus intereses personales.

Políticas para los turnos de trabajo.- La fisiología humana está adaptada por evolución y entrenamiento, para realizar labores durante las horas del día, y dormir durante las horas de la noche. Cuando se trabaja de noche y se duerme de día se sufre una alteración en los ciclos circadianos. Este es un estresor organizacional para aquellas personas con turnos variables o en constante rotación.

El ritmo cíclico de 24 horas se denomina ritmo circadiano, este se encuentra en las oscilaciones de la temperatura del cuerpo, el flujo de orina, el metabolismo, el pulso, la conducción de la piel, la producción cortical y medular de las hormonas suprarrenales, el ciclo de sueño y el funcionamiento general mental y físico.

-Estresores extraorganizacionales

Las personas, al igual que las organizaciones, se encuentran atadas a las condiciones de trabajo que existen en el mundo exterior.

Müller y Limmroth (1976; en Ivancevich y Matterson, 1989) mencionan que para muchas personas, los estresores extraorganizacionales provocan mayor estrés que cualquier estresor del trabajo, grupal u organizacional. Algunos estresores extraorganizacionales son : la familia, las condiciones económicas o financieras y las condiciones residenciales.

La familia.- El trabajo y la familia son elementos de interacción a los que se encara un individuo, así, la familia puede ser un núcleo donde se llegue a descansar para llenarse de energía o puede contribuir, afectar y acumular el estrés.

Un determinado fenómeno familiar puede ser fuente de estrés y también puede constituir una respuesta al estrés. Así, el estresor familiar puede ser una variable dependiente, independiente, o mediadora.

La medición de estos estresores se complica, ya que las hostilidades que se inician en la familia se pueden también manifestar en el trabajo, en la escuela o en alguna enfermedad que, en apariencia, no guarda relación con el estrés familiar; o este tipo de desplazamiento trascender a la inversa es decir salir del trabajo y manifestarlo en el hogar.

Estresores económicos y financieros.- En el país, el poder adquisitivo de la gente ha bajado al incrementarse los costos de los servicios necesarios para una calidad de vida digna, como: alimentos, la ropa, los gastos médicos y los servicios públicos.

Y esto ha ocasionado que la gente adquiera la responsabilidad de un segundo trabajo, lo que implica una jornada completa de 12 o más horas diarias fuera del hogar, incrementando así las probabilidades de estar sujeto a los efectos de más estresores.

Estresores residenciales.- El orden, la limpieza, la seguridad, los impuestos y el transporte son características usadas con frecuencia para describir la comunidad o vecindario del individuo. Estos y otros elementos pueden ser estresores que influyen sobre el comportamiento de los individuos (Ocampo, 1994).

Fontana (1992), hace una diferenciación entre causas generales de estrés que se encuentran relacionadas con las políticas de la institución o la empresa y las causas específicas, las cuales hacen referencia a las condiciones bajo las cuales se realiza la tarea y que dependen de las capacidades, percepción del empleado hacia su trabajo y las relacionadas con las tareas que son propias de las funciones a realizar en el puesto.

Las causas generales de estrés son:

Respaldo insuficiente.- La escasez de personal en puestos clave, puede significar que se tengan que realizar tareas que están debajo del nivel de entrenamiento y competencia, las cuales le quitan tiempo al trabajo que se debería estar realizando. No sólo interfieren la eficiencia en el trabajo, sino que dejan a los individuos con el sentimiento de que sus habilidades profesionales están subvaluadas.

Horas extras sin contactos sociales.- Trabajar horarios superiores a 8 horas es estresante en sí mismo. El organismo tiene un ritmo natural, (conocido técnicamente como ritmo circadiano) en el periodo de 24 horas. Hay un tiempo

para dormir, y un tiempo para trabajar, y un momento en que el metabolismo está en su cúspide y un momento en el que está en su punto más bajo; un tiempo en el que se trabaja con más eficiencia y se piensa con mayor claridad.

Los intentos extremos de romper con los ritmos circadianos innatos o las fluctuaciones abruptas, causan estrés tanto fisiológico como psicológico. Estudios realizados con trabajadores que cambian constantemente de trabajo muestran claramente la tasa que tienen en términos de enfermedades relacionadas con el estrés.

Las horas sin contactos sociales tienen dos repercusiones en el estrés. Primero, si estas horas son imprevisibles, le impiden al individuo sentirse seguro con las exigencias de trabajo. En cualquier momento, puede tener que cancelar un compromiso social para trabajar hasta tarde, o puede ser llamado cuando está descansando en casa, para que atienda problemas urgentes. En segundo lugar, pueden interferir en el desarrollo de las relaciones personales y de los pasatiempos de los cuales depende mucho el alivio del estrés.

Rituales y procedimientos innecesarios.- Aquí se hace hincapié al llenado de formas y el papeleo. Los trabajadores gastan más tiempo escribiendo informes y elaborando estadísticas de las que utilizan para hacer su trabajo real; mucho de este papeleo puede ser percibido como innecesario.

Reuniones excesivas. En muchas organizaciones profesionales y empresariales, los individuos se quejan amargamente de la proliferación de comités y reuniones de trabajo, lo cual les causa aparentes pérdidas de tiempo.

Incertidumbre e inseguridad.- La rutina y previsibilidad llegan a hacer monótono un trabajo. Aún los cambios agradables que crean excitación intensa pueden elevar los niveles de estrés. Cuando los cambios, son impredecibles y están

sujetos a virajes conflictivos, primero en una dirección y luego en otra, el resultado es potencialmente devastador, hablando en términos de estrés (Fontana, 1992).

Para entender el estrés, se propone un enfoque de adecuación persona-trabajo, el cual es útil para predecir el estrés, como una función del grado percibido de adecuación o congruencia entre las demandas del empleo y las capacidades laborales. Una de las investigaciones más amplias que usan esta aproximación, ha sido la de French, Caplan y Harrison,(1982). En su modelo teórico, las demandas objetivas de empleo, se definen muy ampliamente como algo que un trabajo requiere de una persona. Estas demandas objetivas de empleo determinan una percepción de los empleados de ellas, pero la exactitud de estas percepciones depende del grado de contacto con la realidad de los trabajadores. De forma similar, las medidas objetivas de los recursos del trabajador para afrontar las demandas laborales, se considera que determinan sus percepciones sobre los niveles de estos recursos.

Los estudios de French y cols. (1982), muestran que la sobre o infra percepción de la utilización de las capacidades determina en alguna medida el estrés laboral, tales como insatisfacción, aburrimiento y ansiedad

Los problemas ocasionados por el estrés dependen en forma importante del tipo de persona de que se trate, la forma en que las personas perciben las situaciones y los agentes estresantes, la manera en que reaccionan a estos agentes del ambiente y el tipo de apoyo que perciben del mismo .

2.9 Diferentes tipos de Apoyo

Existen diferentes fuentes de apoyo que modulan la cantidad de estrés, de una forma que éste sirva como activador (eustrés) y no como factor dañino de funcionamiento (distrés).

Apoyo en el trabajo (AT): son los elementos que propician plenamente el desarrollo de la potencialidad de la persona, el trabajo con alto significado, buenas relaciones interpersonales de apoyo y, en general, condiciones de trabajo confortables (Gutiérrez y Ostermann, 1994). Este tipo de apoyo puede mostrar la reciprocidad y consideración de la empresa para con el empleado, induce al compromiso psicológico. Los procesos de autoapertura y apoyo producen sentimientos de confianza, cercanía y aceptación, a medida que la cercanía aumenta el sentimiento de compromiso mutuo va aumentando entre las partes (Hutchison, 1987, en Vega y Garrido, 1998).

Apoyo personal (AP): refleja la disposición individual y de comportamiento consistente con actitudes de autoconfianza, habilidad para manejar y controlar eventos de la vida (buenas estrategias de enfrentamiento de los diversos estresores), satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes del sí mismo en una situación de vida (Gutiérrez y Ostermann, 1994).

Apoyo Social (AS): Alloway y Bebbington (1987; en Guillen, 2000), consideran el apoyo social como un sistema de modulación entre el padecimiento de adversidades psicosociales y el desencadenamiento posterior de enfermedad. Se postula que un buen nivel de apoyo social reduce el riesgo de enfermedad cuando existen condiciones adversas o bien, cuando la enfermedad ya ha hecho su aparición, protege evitando el empeoramiento de la misma. Gutiérrez y Ostermann (1994) se refieren a la ayuda proporcionada por amigos, y parientes que dan a la persona, que está bajo situación de estrés un confort tanto físico como psicológico. Comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito de trabajo y que afectan tanto relaciones compatibles, útiles y satisfactorias, como condiciones de vida confortables y protegidas.

Thoits (1983) menciona que el apoyo social puede funcionar como una estrategia de afrontamiento aislado, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor, dirigiendo así el uso de la estrategia para la solución de los problemas, a la vez que se proporciona ayuda tangible o emocional.

La insatisfacción profesional, psicológica y comunicativa que se forma en el sistema hospitalario entre médicos y enfermeras, promueve la creación de una organización informal, que en cierta medida, trata de aminorar los conflictos cotidianos, fungiendo como un apoyo social dentro de la organización.

Sin embargo, debido a los cambios frecuentes en las distintas unidades o servicios (vacaciones, sustituciones, cambios de planta, etc), la aparición de estas organizaciones informales se ve debilitada, así pues, los cambios frecuentes en el personal, merman las relaciones interpersonales en el sistema e impiden la creación del sentimiento de afiliación a un grupo entre las personas (Flórez, 1994).

Argyle (1992) sugiere que los estilos sociales son diferentes en hombres y mujeres, ya que las mujeres son mejor soporte para las relaciones por características como: mantener señales positivas no verbales, ser más cooperativas y mejores confidentes que los hombres. En consecuencia, las mujeres tienen más intimidad emocional con los amigos y por ello mayor apoyo social en cualquier ámbito.

Kaplan en 1988 analizó 13000 hombres y mujeres, encontró que los hombres con menos cantidad de relaciones fallecen mas rápido que aquellos que durante su vida mantuvieron más relaciones y principalmente mueren de afecciones cardíacas, mientras que en las mujeres no sucede lo mismo, es decir no hay relación tan marcada entre el apoyo social de tipo marital y la muerte. Los efectos del apoyo social no son los mismos para hombres que para mujeres.

Por lo tanto, se concluye que en la población médica, la carga de trabajo, el sistema organizacional hospitalario y el tipo de tarea que desempeñan, son factores determinantes de su ambiente en general y que se considera foco de alerta por los niveles de estrés personal, social y laboral que pueden desencadenar.

CAPITULO 3

SALUD MENTAL

3.1 Definición de salud mental

La salud mental desde el punto de vista biológico, psicológico y social; en este capítulo se revisarán algunas definiciones de salud y salud mental, que son de utilidad para poder tener una visión más específica acerca del tema que se está tratando.

- Hartmann (1939; en Dudete, 1999) comenta que una persona sana debe ser capaz de sufrir y de sentirse deprimida. Las consecuencias de negar la enfermedad y el sufrimiento resultan en la incapacidad para admitir que uno también puede enfermarse y sufrir. Un Yo sano ha de ser capaz de servirse del sistema de control racional y al mismo tiempo, de tener en cuenta el hecho de la naturaleza irracional de otras actividades mentales. De lo anterior se desprenden las dos primeras conceptualizaciones sobre salud mental que plantea:

-Estar libre de angustias, de emociones y tener libertad para realizar una tarea.

-Tener una conducta adaptada a la realidad.

- Para Haller (1961) la salud mental hace referencia a las adaptaciones o acoplamientos de los individuos a las situaciones y a los factores que las determinan. El fracaso de actuar de acuerdo a ciertas exigencias puede conducir a una inadaptación y a la posible expulsión del medio. Por ejemplo, cuando se contrata a un individuo, es esperada cierta conducta de él, referente a horas laborales, forma de vestir, relaciones sociales,

aceptación de normas y autoridad, de acuerdo al tipo de trabajo. Así mismo, el individuo tiene una serie de necesidades que espera satisfacer mediante su situación laboral, como son la seguridad económica y satisfacción laboral.

- Freedman, Kaplan y Sadock (1975), definen salud mental como "un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de su sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios" (García, 1993).
- Una definición dinámico-progresista, producto de las últimas investigaciones interdisciplinarias en ciencias sociales, dice que salud mental es el pleno desarrollo de potencialidades, con un uso instrumental de las defensas, y ausencias de sufrimiento, provocado por conflictos internos. Es la integración dialéctica al medio, con capacidad de transformarlo y de transformarse. Es la capacidad de crear y de tener la mejor calidad de vida (García, 1993).
- En el DSM-IV, no se define salud mental, sino trastorno mental y es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo. Ni el comportamiento desviado o el conflicto entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de disfunción (Dudet, 1993).
- Gutiérrez y Ostermann (1994), consideran la salud mental como el resultado de la interacción de dos factores: el estrés y el apoyo, tomando en cuenta que el sujeto interactúa en tres áreas; personal, social y laboral.
- Solórzano (1996) señala que la salud mental tiene relación con quienes rodean a una persona, con su contexto espacial, con su situación

económica y su posición social en dicho contexto, con su medio cultural expresado mediante normas, valores, creencias, religión y desde luego con su particular historial personal; por lo tanto la salud mental está íntimamente relacionada tanto con el estrés como con los diferentes tipos de apoyos.

3. 2 Propuestas de indicadores de salud mental

Haller en 1961 propone que la salud mental está relacionada con cuestiones como el absentismo, por ejemplo; las enfermedades emocionales son la causa del 45% de las ausencias en el trabajo al expresarse en alteraciones físicas, lo que equivale a tres días laborales de ausencia en el trabajo por año y empleado.

Las quejas en el trabajo son un indicador frecuente, ya que las personas que son hipersensibles a las condiciones de su circunstancia laboral (de acuerdo a sus características de personalidad), usan el procedimiento de agravio o quejas para expresar su insatisfacción o disconformidad.

En los accidentes se refleja la inadaptación de la persona a su ambiente, ya que generalmente el factor humano es la causa principal de los accidentes laborales.

Haller, además sugiere que los conflictos y problemas que se observan en un grupo de trabajo son reflejo de los niveles de salud mental predominantes de los trabajadores.

Kornhauser (1965) propone un modelo, la combinación de seis índices de salud mental y los considera como indicadores parciales de salud:

1. **Ansiedad manifiesta:** se refiere a la tensión emocional que la persona presenta ante las condiciones de su propio ambiente

2. Autoestima: contempla la evaluación favorable, en contraposición a los sentimientos negativos ante esta evaluación constante de capacidades, habilidades y aptitudes para enfrentar el medio.
3. Hostilidad: se trata de una actitud negativa hacia los demás, en contraposición con la confianza y aceptación de la gente.
4. Sociabilidad: es la facilidad con la que se entablan relaciones interpersonales.
5. Satisfacción con la vida: esta depende directamente de la evaluación constante de metas, logros y acontecimientos sucedidos alrededor de la vida propia.
6. Moral personal: implica tener un criterio propio para dirigir decisiones y actitudes de acuerdo al contexto donde se desenvuelve.

Warr (1987) propone que la salud mental tiene 5 componentes importantes:

1. Bienestar afectivo.- esta compuesto por dos dimensiones, el placer y la excitación; estos dos componentes generan una amplia gama de efectos como resultado de las posibles combinaciones; así, el estado de bienestar depende que tipo de afectos presenta la persona la mayor parte del tiempo.
2. Capacidad.- el grado de éxito o aptitud en actividades como la resolución de problemas y las relaciones interpersonales determinan en parte importante la salud mental de un individuo. Es decir, son los recursos psicológicos con los que cuenta una persona para enfrentar las condiciones y problemas de su medio ambiente.
3. Autonomía.- se refiere a la tendencia de luchar por una independencia y autorregulación. La habilidad que una persona presenta para evitar la influencia del medio sobre sus propias ideas, creencias y opiniones son un indicador de salud mental, ya que representa la capacidad para emplear la experiencia personal y la autorregulación ante los problemas cotidianos de la vida.

4. Aspiración.- el establecimiento de metas y el compromiso para alcanzarlas, marca en grado importante la salud mental de un individuo, ya que representa un alto nivel en la motivación y activación por alcanzar los propios retos. Así mismo, la aspiración determina la forma en que una persona actúa ante las adversidades de su ambiente, es decir, la facilidad con la que cuenta para cambiar sus condiciones cuando estas no son satisfactorias.
5. Funcionamiento integral.- para que un individuo se desarrolle en su ambiente como un todo, requiere de balance y equilibrio entre los componentes anteriores, es decir el individuo debe de contar con la capacidad de autorregulación y reconocimiento de cada uno de ellos.

En base a estos componentes de la Salud Mental, este autor propone que la satisfacción en el trabajo está determinada por factores del medio. Además identifica 9 factores determinantes que promueven el bienestar psicológico:

1. Oportunidad de control.- es la oportunidad que el ambiente da a una persona de controlar actividades y eventos. La salud mental es mejorada por ambientes que promueven el control personal y se compone de dos elementos principales; la oportunidad de decidir y actuar en el sentido en el que se ha elegido, y la probabilidad de elegir las consecuencias de los propios actos. La ausencia del segundo elemento produce un descontrol específico, es cuando una persona tiene la oportunidad de decidir y actuar, pero no puede predecir los resultados.
2. Oportunidad para usar habilidades.- se refiere al grado en que el ambiente inhibe o fomenta la utilización y desarrollo de habilidades. Las restricciones pueden ser de dos formas: no explotar las habilidades que la gente posee, y permitir sólo comportamientos rutinarios, o no adquirir nuevas habilidades, lo que desencadena que la persona se mantenga en bajos niveles de desempeño a pesar de su potencial para desempeñar actividades complejas.

3. Metas generadas externamente.- cuando un ambiente no genera demandas, no fomenta el logro de actividades; es decir, cuando un ambiente fomenta el establecimiento de metas tiene un impacto positivo en la salud mental de los individuos.
4. Variedad Ambiental.- el romper con la rutina genera novedad e innovación, además contribuye a la salud mental.
5. Claridad de ambiente.- se refiere a tres componentes que requiere el ambiente: la retroalimentación de las consecuencias de las acciones, la claridad de los requerimientos y expectativas acerca del propio rol; y el grado en que las normas son explícitas y aceptadas.
6. Disponibilidad de dinero.- el dinero perse, no implica salud mental, sino promueve el control de su medio; es decir, los recursos con los que se cuentan son parte importante para evitar problemas psicológicos por carencias de necesidades básicas
7. Seguridad física.- la sobrevivencia en el propio medio implica la protección y el resguardo, esto ayuda a evitar problemas en los aspectos tanto físicos como mentales.
8. Oportunidad de contacto interpersonal.- el contacto interpersonal provee de apoyo social al sujeto, lo que contribuye a la resolución de problemas y al incremento en los recursos de soporte del individuo.
9. Posición social valorada.- dentro de una estructura social, cada individuo recibe un grado de estima por parte de otro, gracias a las actividades inherentes a un rol. Existe un acuerdo generalizado respecto al nivel de estima que se deriva de cierta posición.

De acuerdo a lo anterior, una persona saludable se encuentra en evolución, tanto interior como exterior; se adapta a las exigencias de su medio y las integra positivamente a su vida cotidiana en forma de experiencias y formas de afrontamiento; además mantiene un nivel adecuado de autoestima, lo que le permite conducirse optimista, relajado y ecuánime.

3.3 Salud mental y trabajo.

La realización de un trabajo socialmente útil para el individuo adulto, continua siendo un elemento indispensable para el equilibrio mental y social, además de ser una parte importante en la vida.

El trabajo contribuye al desarrollo de la personalidad e interacción social, promueve la afirmación de sí mismo ante los demás, la expresión de la creatividad; constituye por lo tanto una experiencia gratificante y saludable para el individuo, además de ser un signo de identidad propia (Flórez, 1994).

Matrajt (1994), considera que hay psicopatologías propias de ciertos trabajos, sin postular una relación causa-efecto, sino la existencia de factores de riesgo. En el caso de las enfermedades mentales, el trabajo no es un factor suficiente ni determinante, ya que se puede presentar en personas inactivas laboralmente; sin embargo, sí se considera factor de riesgo por la importancia que tiene en la constitución y desarrollo del sujeto.

Almirall (2000) menciona que "no se puede aislar al ser humano de las demandas y exigencias de su actividad laboral, de la vida de relación en general y de las condiciones socioeconómicas en que transcurre su devenir", así, el asegurar condiciones de trabajo conlleva a una mejor calidad de vida laboral, lo que permite desempeñar la actividad profesional de una manera más oportuna y efectiva.

Flórez (1994), afirma que el trabajo puede tener un sentido terapéutico positivo; un traumatismo psíquico, una pérdida afectiva grave (muerte de un ser querido, abandono emocional, aislamiento social, etc.) que se acompaña generalmente de

sufrimiento, melancolía y desesperación, pueden ser compensados refugiándose en el trabajo.

El abuso del trabajo (trabajoholismo), puede funcionar como un escape a los problemas conyugales o familiares. La disfunción familiar, la incomunicación en la pareja, sus problemas sexuales, la agresividad intraconyugal, etc., pueden provocar que el individuo se aleje del hogar y se sumerja plenamente en su trabajo, refugiándose así en un medio que le permite defenderse de las circunstancias personales, familiares y emocionales negativas. El trabajo puede funcionar como un mecanismo de defensa para asegurar la integridad de la personalidad y la ansiedad engendrada; sin embargo algunas personas se aferran a su trabajo, como si éste fuese el único objetivo y contenido de su vida, dependen de su trabajo, no pueden prescindir de él, se consideran imprescindibles en el mismo; con relativa frecuencia experimentan una intensa ansiedad, llegando a sentir una sensación de muerte o de pánico.

La falta de asertividad en el trabajo, llega a desencadenar una intensa ansiedad, como consecuencia de una dependencia excesiva, que se expresa en forma de impulsividad, agresividad, irritabilidad, trastornos del sueño, etc. (Flórez, 1994).

3.4 Afectación de la salud mental

Cierto tipo de estrés afecta en un alto grado la salud mental, puede llevar al desequilibrio emocional de la persona, pero al mismo tiempo puede afectar la salud física del individuo pudiendo fomentar el surgimiento de enfermedades: "Como consecuencia de sus efectos sobre la constitución psicológica del individuo, el estrés predispone para todas las dolencias psicosomáticas, como el asma, la úlcera, la gastritis, la hipertensión o estados inflamatorios (colitis, artritis...)" (Comby, 1989; en Jiménez, 2000).

En cada organización social, el rol de la mujer, tanto en el ámbito social y familiar, como a nivel laboral, es totalmente distinto. Y la psicopatología es distinta, tanto de los hombres de su mismo modo de organización social, como respecto al de las mujeres de otros modos de organización social.

Las mujeres que trabajan como profesionistas, hacen del trabajo una expresión de su propia identidad; es decir, el trabajo implica un compromiso personal que no se limita a una etapa de la vida. En España el nuevo rol laboral tiene connotaciones psíquicas importantes; las mujeres de clase alta padecen de adicciones a fármacos en el 46 por mil de los casos, de mujeres mayores entre la edad de 31 a 50 años sufren el alcoholismo, particularmente las desocupadas, y de algunas enfermedades psicosomáticas como úlceras en el 44 por mil de las mayores de 15 años y colitis nerviosa en el 49 por mil de igual edad (Matrajt, 1994).

CAPITULO 4

MÉTODO

4.1 Justificación del estudio

El interés de realizar este estudio en una Institución Gubernamental, fue porque la burocratización en México tiene implicaciones notables dentro de las instituciones de salud que afecta a los pacientes y el adecuado desempeño de los médicos, al no brindarles la atención necesaria para el manejo de su propia salud; siendo necesario un diagnóstico oportuno de problemas referentes a la misma, con el fin de proponer soluciones viables de acuerdo a los resultados.

4.2 Planteamiento del problema

¿Existen diferencias en los niveles de salud mental, estrés, apoyos percibidos y tensión arterial entre los médicos adscritos y los residentes?

4.3 Objetivo General

Este estudio tiene por objeto comparar los niveles de estrés y apoyos en el área personal, social y laboral, así como la salud mental y tensión arterial entre médicos adscritos y residentes en el ISSSTE, considerando la especialidad, antigüedad, turno, horas de trabajo y variables personales.

4.4 Tipo de estudio

Se trata de un estudio comparativo ex - post - facto, en el cual no se manipularon las variables, solo se observaron en su contexto natural.

4.5 Hipótesis

- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estrés (personal, social y laboral) entre médicos adscritos y residentes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de salud mental entre médicos adscritos y residentes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de apoyos (personal, social y laboral) entre médicos adscritos y residentes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de presión arterial entre médicos adscritos y residentes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estrés de acuerdo a las variables de especialidad médica, antigüedad, horas laborales, turno y las variables personales.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de salud mental de acuerdo a las variables de especialidad médica, antigüedad, horas laborales, turno y las variables personales.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de apoyos de acuerdo a las variables de especialidad médica, antigüedad, horas de trabajo, turno y las variables personales.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de presión arterial de acuerdo a las variables de especialidad médica, antigüedad, horas de trabajo, turno y las variables personales.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre las variables: especialidad médica, antigüedad, horas de trabajo, turno, variables personales y las variables: salud mental, estrés, apoyos y tensión arterial.

4.6 Variables:

Niveles de Estrés:

a) Personal

- b) Social
- c) Laboral.

Niveles de Apoyos

- a) Personal
- b) Social
- c) Laboral

Salud mental:

- a) Buena
- b) Pobre.

Tensión arterial:

- a) Diastólica
- b) Sistólica

Variables organizacionales

- **Laborales:**

- a) Especialidad
- b) Antigüedad
- c) Turno de trabajo
- d) Horas de trabajo

- **Personales:**

- a) Sexo
- b) Edad
- c) Estado civil
- d) Nivel económico
- e) Número de dependientes

4.7 Diseño

El tipo de diseño fue no experimental, transeccional correlacional.

4.8 Muestra

La muestra fue determinada mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional y estuvo conformada por un total de 151 médicos adscritos y residentes de un hospital del ISSSTE (Hospital General "20 de Noviembre").

4.9 Criterios de inclusión

Los criterios para la aplicación fueron los siguientes:

La participación voluntaria de los médicos

Que su labor se llevará a cabo dentro del Hospital

4.10 Escenario

Hospital General "20 de Noviembre" ISSSTE, ubicada en Felix Cuevas s/n esquina con Miguel Mancera en la colonia Del Valle.

4.11 Instrumento

Se empleo el SWS – SURVEY (Gutiérrez y Ostermann, 1994), el cual funciona como un instrumento prescriptivo, que sirve para realizar un diagnóstico general.

El marco de referencia que se emplea en el SWS-Survey, está determinado tanto por "apoyos" como por "estresores" en las áreas personal (se refiere a la constitución personal – familiar y disposición propia), social (son las relaciones interpersonales ajenas al trabajo), laboral (involucra la situación proveedora de ingreso), y de salud mental.

La encuesta SWS de estrés y salud mental, consiste en una serie de 200 reactivos, los cuales están divididos en ocho escalas:

ESCALA DE SALUD MENTAL POBRE (SP): Estos reactivos incluyen los síntomas clásicos y los reportes de dolencias físicas asociadas con la inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado, dañino y perjudicial.

ESCALA DE BUENA SALUD MENTAL (BS): Estos reactivos reflejan los comportamientos de un individuo optimista, positivo, relajado, ecuánime, quien mantiene una alta autoestima, buena salud y una actitud y porte apropiado con los demás.

ESCALA DE ESTRÉS EN EL TRABAJO (ET): Estos reactivos incluyen factores de estrés en el lugar de trabajo que son debidos a la naturaleza del mismo, a las condiciones de trabajo, a conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz o conflictos entre el trabajo y las obligaciones personales y con sus necesidades propias de autorealización.

ESCALA DE APOYO EN EL TRABAJO (AT): Estos reactivos incluyen condiciones de trabajo que proporcionan plenamente el desarrollo de una potencialidad de la persona, trabajo con alto significado, buenas relaciones interpersonales de apoyo y en general condiciones de trabajo confortables.

ESCALA DE ESTRÉS PERSONAL (EP): Estos reactivos reflejan la disposición individual y comportamientos que incluyen emociones que generan desde culpa, fracasos e ineffectividad y comportamientos socialmente inapropiados generados, como por ejemplo, evitación, proyección y reserva extrema.

ESCALA DE APOYO PERSONAL (AP): Estos reactivos reflejan la disposición individual y comportamental consistente con actitudes de autoconfianza, habilidades para manejar y controlar eventos de la vida (buenas estrategias de

afrentamiento de los diversos estresores), satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes de sí mismo en su propia situación de vida.

ESCALA DE ESTRÉS SOCIAL (ES): Estos reactivos comprenden situaciones y circunstancias que ocurren dentro del ámbito del trabajo e incluyen condiciones de vida caóticas, peligrosas o insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica con la familia, con los amigos y los vecinos, responsabilidades abrumadoras, entre otros.

ESCALA DE APOYO SOCIAL (AS): Estos reactivos comprenden situaciones y circunstancias que ocurren dentro del ámbito del trabajo que incluyen relaciones compatibles, útiles y satisfactorias, además de condiciones de vida confortables y protegidas.

En México 90 jueces profesionales de la salud mental validaron el SWS – SURVEY (alfa de Cronbach por su escala de .913 a .963), los valores de consistencia interna fluctúan entre .78 a .90 (Gutiérrez, et al., 1994).

Los baremos de comparación del SWS- Survey se muestran en la tabla 1.

Tabla1. Baremos para las escalas del SWS-Survey.

	Muy bajo	Bajo	Término Medio	Alto	Muy alto
Puntaje total	72-112	113-187	188-262	263-337	338-375
Puntaje por dimensión	25-37	38-62	63-87	88-112	112-125

Esfigmomanómetro, para medir la tensión arterial y el pulso.

4.12 Procedimiento:

Las aplicaciones fueron realizadas en pequeños grupos o de forma individual, de acuerdo al área en que se trabajará y según la disponibilidad de tiempo por parte de los médicos.

Independiente a la aplicación de cada instrumento se realizó la toma de presión arterial por un equipo de enfermeras del mismo centro laboral.

4.13 Análisis estadístico:

El análisis de resultados de esta investigación se hizo mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS win versión 10) y se realizó:

- a) Análisis descriptivo de la muestra y las variables.
- b) Comparación de los grupos se realizó mediante la obtención de la *t* de student, se realizó una comparación entre los grupos formados de acuerdo a las variables clasificatorias y personales mediante la prueba de ANOVA.
- c) Mediante el coeficiente de correlación de Pearson, se determinó la relación entre variables clasificatorias y salud mental, estrés, apoyos y tensión arterial.

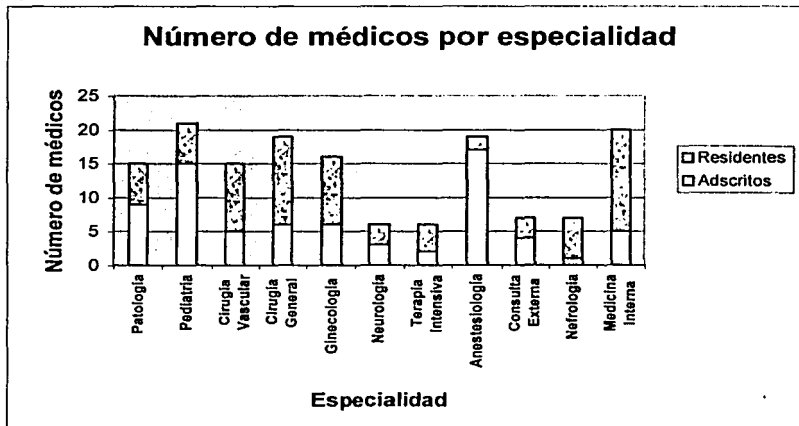
CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1 Características de la muestra:

A continuación se presentan los datos que describen la composición de la muestra estudiada en cada grupo (residentes y adscritos) de acuerdo a la especialidad (figura 1), antigüedad (figura 2), turno de trabajo (figura 3), horas de trabajo (figura 4).

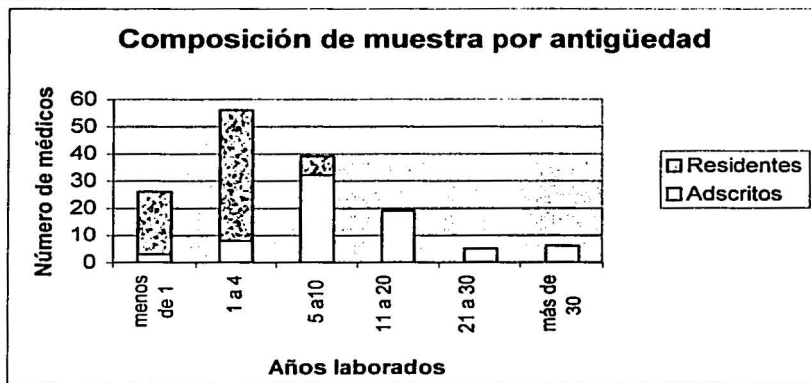
Figura 1. Representación gráfica del número de sujetos de ambos grupos por especialidad.



De acuerdo a la figura 1, la mayoría de los médicos adscritos tienen la especialidad en Anestesiología (23.29%) mientras que los médicos residentes se localizan dentro de la especialidad de Medicina Interna (19.23%).

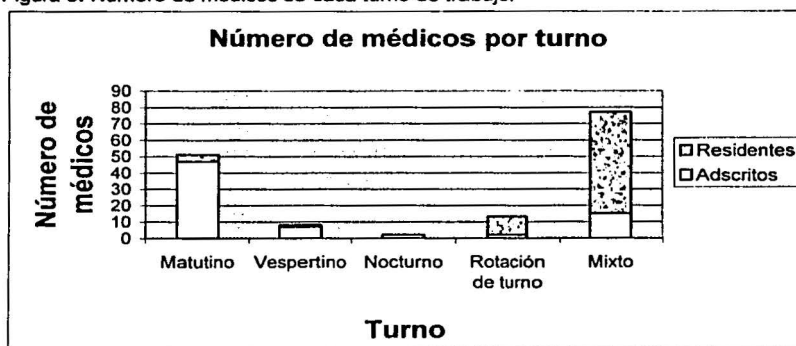
Las especialidades con menos número de sujetos dentro de la investigación son Terapia Intensiva (2.74% de médicos adscritos y 5.13% de residentes) y Neurología (4.11% de médicos adscritos y 3.85% de médicos residentes).

Figura 2. Conformación de la muestra de acuerdo al número de años laborados dentro del Instituto.



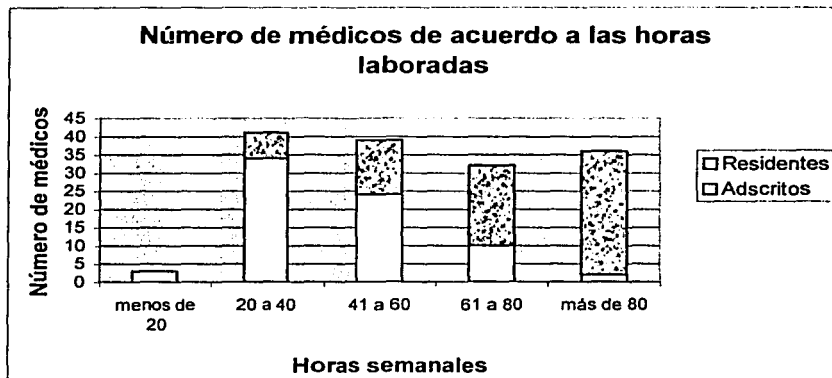
En la figura 2 se observa que la antigüedad del grupo de los médicos adscritos tiende a una distribución normal, con el mayor número de médicos en el rango de 5 a 10 años (21.19%) de labor dentro de la Institución.

Figura 3. Número de médicos de cada turno de trabajo.



La figura 3 muestra que los médicos residentes son quienes cubren turnos mixtos (41.06%) y de rotación (7.28%), mientras que los médicos adscritos cubren el turno matutino en su mayoría (31.13%).

Figura 4. Número de médicos de acuerdo a las horas que laboran semanalmente.



En la figura 4, se observa que los médicos residentes trabajan mayor número de horas semanales (22.52%) que los médicos adscritos (1.3%) y algunos casos de médicos que cubren menos de 20 horas semanales (1.99%).

La composición de los grupos de acuerdo a las variables personales se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Muestra de acuerdo a las variables personales.

VARIABLE		Adscritos	Residentes	Total
Sexo	Masculino	38	41	79
	Femenino	35	37	72
Edad (años)	20 – 29	8	51	59
	30 – 39	29	26	55
	40 – 49	23	1	24
	Más de 50	13		13
Estado civil	Soltero	26	46	72
	Casado	39	28	67
	Divorciado	5	4	9
	Unión libre	3		3
Nivel económico	Muy bajo	1		1
	Bajo	4	10	14
	Moderado	62	63	125
	alto	6	5	11
Número de dependientes económicos	Ninguno	16	42	58
	1 – 3	48	34	82
	4 – 6	8	2	10
	6	1		1

En la tabla 2, se observa que la muestra estuvo conformada por un mayor número de hombres (25.16% adscritos y 27.15% residentes) que de mujeres (23.17% adscritos y 24.50% residentes). En cuanto a la edad prevalectante, en el grupo de los residentes, la mayoría se encuentran en el rango de los 20 a 29 años (33.77%), mientras que los médicos adscritos, conforman en su mayoría el rango de los 30 a 39 años de edad (19.20%).

De acuerdo a la variable de estado civil, los médicos adscritos son casados en su mayoría (53.42%) y los residentes solteros (58.97%), la minoría de la población se encuentra en unión libre el 4.11% de médicos adscritos.

En cuanto a nivel económico el 84.93% de médicos adscritos afirman permanecer en un nivel moderado, así como 80.77% de residentes; el 1.37% de médicos adscritos reportan un nivel económico muy bajo.

Los residentes reportan no tener ningún dependiente económico en un 53.85% de los casos, mientras que el 65.75% reportan tener de 1 a 3 dependientes y solo el 1.37% de los médicos adscritos reportan superar los seis dependientes económicos.

5.2 Medidas de tendencia central

A continuación se describen las medidas de tendencia central y dispersión de las variables: tensión arterial, salud mental, estrés y apoyos obtenidos de la medición en ambos grupos (tabla 3).

Tabla 3 Medias por grupos de las variables exploradas.

	Medias		Desviación estándar	
	Médicos adscritos	Residentes	Médicos adscritos	Residentes
Presión Sistólica	114.06	111.45	18.49	18.48
Presión diastólica	73.03	71.05	11.00	11.65
SP	48.46	52.67	10.91	13.30
BS	99.12	98.27	7.14	11.83
ET	58.88	64.85	8.48	11.26
AT	94.54	93.00	9.29	11.32
EP	54.97	58.99	10.43	11.56
AP	95.07	94.20	8.00	11.48
ES	48.58	52.32	11.21	11.86
AS	94.36	92.22	9.50	11.95

En la escala de Buena Salud (BS), ambos grupos presentan una media en un rango alto (49.12 en médicos adscritos y 98.27 en residentes). En los médicos adscritos es hasta la segunda desviación estándar donde se localizan casos tanto de término medio como de muy alto, en los médicos residentes es en la primera desviación estándar donde se localizan estos casos.

En la escala Estrés Personal (EP, 54.97 y 58.99 adscritos y residentes respectivamente) se localizan en un nivel bajo, y es hasta la segunda desviación estándar donde se alcanzan niveles muy bajos.

El Apoyo Personal (AP, 95.07 en médicos adscritos y 94.20 en médicos residentes) se reporta un nivel alto en ambos grupos y sólo en los residentes existen casos que alcanzan un nivel muy alto después de la segunda desviación estándar.

El Estrés Social (ES, 48.58 en médicos adscritos y 52.32 en residentes) se presentan niveles bajos, en el grupo de los médicos adscritos es en la primera desviación, donde se observan casos con nivel muy bajo y en el caso de los residentes después de la segunda desviación.

Apoyo social (AS, 94.36 y 92.22 en médicos adscritos y residentes respectivamente), se presentan puntajes ubicados dentro del rango alto y es hasta la segunda desviación estándar donde llegan algunos casos a ocupar un nivel muy alto.

5.3 Comparación de variables entre los grupos

Se realizó la comparación de los resultados de las variables, entre los médicos residentes y los médicos adscritos, resultados que se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. T student comparación de medias entre grupos

Variable	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	.07	.80
PRESIÓN DIASTÓLICA	.36	.55
SP	1.62	.20
BS	11.72	.001
ET	6.42	.012
AT	.91	.34
EP	.40	.53
AP	7.92	.006
ES	.14	.71
AS	2.71	.10

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las variables BS (11.72, $p=.001$), donde los médicos adscritos presentan niveles más altos de buena salud mental (tabla 3); ET (6.42 $p=.012$), en el cual los residentes presentan niveles más altos de estrés (tabla 3); y AP (7.92 $p=.006$) donde los adscritos reportan percibir un nivel más alto. En el resto de las variables no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

5.4 Comparación entre los intervalos de cada variable

Se aplicó la prueba estadística de ANOVA ONE-WAY para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de cada variable en las variables analizadas, a continuación se presentan los resultados. Posteriormente se corrió una prueba Post Hoc de Tukey para conocer qué grupos marcan esa diferencia.

Tabla 5. ANOVA con de especialidad

	F	Sig.
PRESIÓN SISTÓLICA	1.32	.22
PRESIÓN DIASTÓLICA	1.27	.25
PULSO	1.77	.07
SP	1.93	.046
BS	.42	.93
ET	.62	.79
AT	.71	.71
EP	1.28	.25
AP	.50	.88
ES	.99	.45
AS	.88	.55

p>.05

En la tabla 5 se observan diferencias estadísticamente significativas en salud pobre.

Tabla 6. Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
SP	Cirugía Vascular	Patología	15.47	.019
		Cirugía General	-13.38	.05

Al considerar la variable de especialidad, se encontraron diferencias en el aspecto de salud pobre, las cuales están marcadas por los médicos del grupo de cirugía vascular, tanto con los médicos de patología como de cirugía general; ya que los primeros presentan una media más baja (40.93) que los otros dos grupos (56.40 y 54.31 respectivamente), tal como se muestra en la tabla 6.

Tabla 7. Anova de factor Antigüedad.

	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	3.09	.011
PRESIÓN DIASTÓLICA	3.06	.012
PULSO	.64	.67
SP	1.21	.31
BS	.30	.91
ET	3.03	.012
AT	.80	.55
EP	1.36	.24
AP	.07	.99
ES	1.41	.22
AS	1.15	.34

p>.05

En la tabla 7 se presentan los resultados obtenidos de la comparación de las variables entre los rangos según la antigüedad laboral.

Tabla 8. Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
PS	De 1 a 4 años	De 21 a 30 años	-25.62	.032
PD	Menos 1 año	De 21 a 30 años	-17.40	.019
	De 11 a 20 años		-16.56	.039
	De 1 a 4 años		15.88	.029
ET	De 1 a 4 años	De 11 a 20 años	8.30	.021

De acuerdo a la antigüedad, sólo existen diferencias estadísticamente significativas en las variables: Presión sistólica y diastólica, así como estrés en el trabajo; mostradas en la tabla 8.

En cuanto a la presión sistólica las diferencias fueron marcadas por los grupos de 1 a 4 años de antigüedad en el trabajo y los de 21 a 30 años, al registrarse valores una media más alta en el grupo de 21 a 30 años (134.60 vs. 108.98).

En la presión diastólica las diferencias están marcadas por el grupo de 21 a 30 años con los grupos de menos 1 año, de 11 a 20 y de 1 a 4 años, donde el primero registra el valor de la media más alta (87.40, 70, 70.84 y 71.52 respectivamente).

Estrés en el trabajo presenta diferencias entre las medias del grupo de 1 a 4 años y de 11 a 20 años, en donde el valor más alto es el del primer grupo (68.82 y 56.53 respectivamente).

Los resultados del análisis con el factor de turnos se observan en las tablas 9 y 10.

Tabla 9. ANOVA turnos

	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	3.12	.017
PRESIÓN DIASTÓLICA	1.51	.20
PULSO	1.20	.31
SP	.36	.83
BS	.24	.91
ET	4.50	.002
AT	1.31	.27
EP	1.45	.22
AP	.72	.58
ES	2.29	.06
AS	.92	.45

p>.05

La tabla 9 muestra el análisis de resultados con el factor de turnos.

Tabla 10. Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
PS	Nocturno	Matutino	4.16	.021
		Rotación	41.08	.027
		Mixto	44.06	.007
ET	Matutino	Mixto	-7.05	.001

En base a la tabla 10, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el factor de turno de trabajo en las variables de presión sistólica y estrés en el trabajo.

En la presión sistólica la diferencia fue marcada por el horario nocturno (155mmHg) con horarios matutino, rotación de turnos y mixto (114.84 mmHg, 113.92 mmHg y 110.94 mmHg respectivamente).

En estrés en el trabajo existen diferencias entre el turno matutino (58.04) y el turno mixto (65.1).

Tabla 11. ANOVA horas laboradas semanalmente.

	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	.97	.43
PRESIÓN DIASTÓLICA	.56	.69
PULSO	1.04	.39
SP	1.25	.29
BS	1.10	.36
ET	3.44	.01
AT	1.41	.23
EP	1.37	.25
AP	.70	.59
ES	1.43	.23
AS	1.84	.12

p>.05

Los resultados que muestra la tabla 11, es la comparación entre las variables de acuerdo al factor de horas laboradas semanalmente.

Tabla 12 Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
ET	20-40	Más de 80 horas	-8.00	.004

En el análisis con el factor horas laboradas semanalmente, la única diferencia que se encontró fue en la variable de estrés en el trabajo entre el grupo que labora de 20 a 40 horas (58) y el que labora más de 80 horas (96.33), resultados mostrados en la tabla 12.

Para analizar las diferencias en la variable sexo se aplicó una comparación de medias con la T student, en la cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

Tabla 13. ANOVA edad

	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	6.50	.000
PRESIÓN DIASTÓLICA	4.45	.005
PULSO	.80	.50
SP	3.38	.020
BS	.77	.51
ET	3.90	.010
AT	1.67	.18
EP	3.19	.026
AP	.62	.60
ES	4.34	.006
AS	1.52	.21

p>.05

En la tabla 13 se presentan los datos de la comparación de medias entre los rangos de edad

Tabla 14. Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
PS	20-29	Más de 50	-.18.91	.003
	30-39		-.24.37	.000
	40-49		-.18.53	.040
PD	20-29	Más de 50	-11.94	.003
	30-39		-12.03	.003
	40-49		-11.29	.018
SP	20 - 29	30-39	6.91	.013
ET	20-29	30-39	.579	.011
EP	20-29	40-49	7.64	.019
ES	20-29	30-39	6.87	.006

La tabla 14 muestra la comparación de las variables de acuerdo a los rangos de edad manejados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las siguientes variables:

Presión sistólica la diferencia estuvo marcada por el rango de médicos con más de 50 años, ya que estos presentan una presión más elevada (132.70 mmHg) que el resto de los grupos. (113.78,108.33, 114.17 mmHg respectivamente).

Así mismo en la variable de Presión diastólica, el grupo de más de 50 años de edad marca la diferencia con los niveles más bajos (83.46 mmHg) en comparación del resto de los grupos (71.53, 71.44, 72.17 mmHg respectivamente).

En Salud pobre, estrés en el trabajo y estrés social la diferencia se localizó entre el grupo de 20 a 29 años de edad (54.3, 65.42 y estrés social 54.27 respectivamente) y el grupo de 30 a 39 años (47.4, 59.63 y 47.40 respectivamente).

En Estrés personal entre los rangos de 20 a 29 (60.01) y 40 a 49 años (52.37) se encontraron las diferencias.

Tabla 15. ANOVA estado civil.

	F	Sig.
PRESION SISTÓLICA	2.14	.99
PRESIÓN DIASTÓLICA	3.71	.013
PULSO	1.13	.34
SP	2.15	.10
BS	1.49	.22
ET	.48	.70
AT	2.09	.10
EP	.41	.74
AP	2.31	.08
ES	1.13	.34
AS	1.73	.16

p>.05

Así mismo se realizó la comparación de medias entre el factor de estado civil, tal como lo muestra la tabla 15.

Tabla 16. Post Hoc Tukey de variables con diferencias estadísticamente significativas.

			Diferencia de x	Significancia
PD	Solteros	Casados	-5.14	.037

Según la tabla 16, en el factor de estado civil sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de presión diastólica entre los grupo de solteros (70.10 mmHg) y casados (75.24 mmHg).

Al manejar las estadísticas para encontrar diferencias entre los rangos tanto del factor económico como el número de dependientes no se encontraron valores significativos en ninguna de las variables.

5.5 Correlación de variables

Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson con el fin de identificar las relaciones estadísticamente significativas entre variables de tipo intervalar.

Tabla 17. Coeficiente de correlación de Pearson

	ANTIGÜED AD.	TURN O	HORAS LABORAD AS.	EDA D	NIVEL ECONÓMI CO.	NO. DEPENDIENT ES
PS	.21 .01	-.11 .19	-.01 .88	.14 .02	.07 .37	-.04 .64
PD	.22 .01	-.15 .06	-.08 .30	.20 .01	.01 .93	.01 .93
SP	-.10 .20	.10 .23	.01 .91	-.17 .03	-.03 .68	-.05 .51
BS	.08 .36	.03 .74	-.07 .36	.05 .51	.04 .63	.08 .35
ET	-.18 .02	.32 .00	.27 .00	-.19 .02	-.13 .12	-.03 .73
AT	.09 .29	.01 .90	-.10 .23	.05 .51	.04 .66	.05 .51
EP	-.13 .10	.18 .03	.07 .84	-.17 .03	-.03 .67	.06 .48
AP	.06 .99	.01 .86	-.05 .54	.03 .73	.05 .51	.05 .55
ES	-.08 .30	.21 .01	.15 .17	.16 .05	-.09 .29	-.05 .58
AS	.13 .12	-.01 .88	-.16 .47	.14 .08	.10 .20	.05 .50
p>.05						

En base a la tabla 17, se identifican las siguientes relaciones:

Antigüedad presenta relaciones positivas tanto con la presión sistólica (.21, $p=.01$) como con la presión diastólica (.22, $p=.01$) y negativa con el estrés en el trabajo (-.18, $p=.02$).

La variable de turno de trabajo tiene correlaciones positivas con estrés en el trabajo (.32, $p=.00$), estrés personal (.18, $p=.03$) y estrés social (.21, $p=.01$).

El número de horas laboradas semanalmente tiene relación positiva con estrés en el trabajo (.27, $p=.00$).

La edad mantiene correlaciones positivas con presión sistólica (.14, $p=.02$) y diastólica (.20, $p=.01$), con estrés social (.16, $p=.05$) y negativas con salud pobre (-.17, $p=.03$), estrés en el trabajo (-.19, $p=.02$) y estrés personal (-.17, $p=.03$). No existen correlaciones estadísticamente significativas en las variables: nivel económico y número de dependientes económicos con ninguna de las variables analizadas.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue comparar los niveles de salud mental, estrés, apoyos (en el área personal, social y laboral) y tensión arterial entre médicos adscritos y médicos residentes en el ISSSTE (Hospital General 20 de Noviembre), considerando especialidad, antigüedad, turno, horas laboradas y variables personales.

Después de realizar la aplicación a 160 médicos tanto residentes como adscritos; se eliminaron las aplicaciones de aquellos médicos que no completaron el instrumento, así como algunos casos en los que las respuestas se observaron tendenciosas; con esto, la muestra estuvo conformada por un total de 151 sujetos, en su mayoría médicos residentes.

La muestra no tiene la misma cantidad de sujetos de cada especialidad; para el análisis estadístico se tomaron en cuenta 11 especialidades.

Salud mental de acuerdo a la definición de Gutiérrez y Ostermann (1994), es el resultado de la interacción de dos factores, el estrés y el apoyo; tomando en cuenta que el sujeto interactúa en tres áreas (social, laboral y personal).

Aún cuando los dos grupos analizados (médicos adscritos y residentes) no presentan niveles de salud mental, estrés y apoyo social, laboral y personal elevados de acuerdo a los baremos establecidos del SWS- Survey, el análisis de los resultados muestran tendencias que se analizan a continuación

La comparación entre médicos adscritos y médicos residentes mostró que los médicos adscritos presentan niveles más altos en la variable de Apoyo Personal (AP) y niveles más bajos en Estrés en el Trabajo (ET); por lo tanto mejor nivel en la variable de Buena Salud (BS).

Estos resultados se explican al considerar que el ET está determinado por el clima, ambiente y estructura organizacional, las características de la tarea y tecnología, que aunque en ambos casos se dan las mismas condiciones por tratarse del mismo hospital; los médicos adscritos tienen un mayor control en el trabajo por contar con una jerarquía más alta, mayor libertad en la toma de decisiones y turnos más estables.

Además considerando las causas generales de estrés que propone Fontana (1992); los médicos residentes cuentan con un respaldo insuficiente dentro de sus labores profesionales, ya que en ocasiones realizan tareas secretariales, administrativas y de colaboración de los médicos adscritos; trabajan horas extras sin contactos sociales, las cuales suelen ser imprevisibles e interfieren el desarrollo de su vida personal; además dentro de sus labores existen rituales y procedimientos innecesarios y burócratas.

Estos factores influyen en el AP de los médicos adscritos, ya que adquieren actitudes para manejar y controlar eventos de la vida, satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes con la situación propia (Gutiérrez y Ostermann, 1994).

Por lo analizado, se puede decir que los médicos adscritos cuentan con bienestar afectivo, alta capacidad para solución de problemas y relaciones personales, autonomía y en general un buen funcionamiento integral por contar con oportunidad de control, oportunidad para usar sus habilidades, mayor variedad y claridad en su ambiente, seguridad económica y sobretodo una posición social valorada.

En cuanto a la variable de especialidad, los médicos de cirugía vascular presentan niveles más altos de Salud Pobre (SP) en comparación con los de patología y los de cirugía general; es decir, los médicos de cirugía vascular reportan más dolencias asociadas con inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado, dañino y perjudicial.

Esto se debe al tipo de tarea y contacto que se mantiene con el paciente, ya que los médicos patólogos la mayoría de los casos, no tienen contacto directo con este, sino actúa como auxiliar para el diagnóstico especializado.

Por otra parte, en el trato que el cirujano general mantiene con sus pacientes, existe cierto control sobre el estado de salud, en la mayoría de los casos éstos son más estables, regulares o hasta de tipo ambulatorio; lo mismo sucede con los cirujanos vasculares; sin embargo, estos últimos son más especializados y en muchos casos su tarea es amputar miembros de los pacientes, lo que involucra sentimientos ante la muerte, y ocasiona el rompimiento de las expectativas del enfermo que acude en busca de alivio.

Al analizar la variable de antigüedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos niveles de tensión arterial en los médicos que tienen de 21 a 30 años laborando dentro de la institución, cabe mencionar que existen casos que rebasan los 30 años de antigüedad que se requieren para obtener la jubilación; estos casos presentan niveles de tensión arterial más altos que el resto de la muestra; esto se ve influenciado por la relación con la edad, que también muestra la misma tendencia; es decir, los médicos mayores de 45 años tienen alto riesgo de desarrollar hipertensión arterial; de acuerdo a Gutiérrez, Ito y Contreras (2000), esta enfermedad puede tener su origen en lo estresante del estilo de vida y calidad de vida en el trabajo.

De la misma forma las diferencias encontradas en la variable de ET son marcadas por los médicos que tienen de 1 a 4 años dentro de la institución, las cuales pueden ser causa del control que otorga el conocimiento adquirido por la práctica; así mismo el análisis de la variable de edad funge de sustento, ya que los datos

muestran que a menor edad, mayor ET, de la misma forma se encontró de que acuerdo a la edad, los médicos más jóvenes presentan niveles más altos de SP, EP, ES; esto posiblemente se deba a que los médicos más jóvenes son los residentes; es decir, estos médicos reportan situaciones de vida desorganizada, relaciones conflictivas en las dinámicas familiares, con los amigos y los vecinos y responsabilidades abrumadoras.

En la variable de turno de trabajo, se observa una tensión arterial sistólica más alta en los médicos que trabajan en horario nocturno, lo cual se debe a la afectación en el ritmo circadiano.

El ET es mayor en los médicos que cubren un turno mixto, lo cual se relaciona directamente con la inestabilidad del contacto social con el equipo de trabajo.

Con la variable de estado civil, se encontró que los médicos casados presentan una presión diastólica mayor que los solteros, esto puede deberse en general a las características de la muestra, ya que la mayoría de los médicos adscritos reportan ser casados, por lo tanto se observa la relación con los niveles de presión arterial, antigüedad y edad.

Se confirma que si bien es cierto que la realización de un trabajo socialmente útil, es un elemento indispensable para el equilibrio social y mental, además de ser una parte importante de la vida, que contribuye al desarrollo de la personalidad e interacción social y promueve la afirmación de sí mismo ante los demás (Florez, 1994); también es cierto que los médicos, están expuestos a situaciones que se convierten en variables de riesgo, que incrementan la posibilidad de afectar su salud física y mental, así como su estabilidad psicológica.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En base al estudio se encontró lo siguiente:

- La profesión médica presenta niveles aceptables de estrés y salud mental por contar con niveles de apoyo adecuado (reconocimiento social, nivel de estudios competitivos y satisfacción por el trabajo).
- Se encontró que los residentes se desempeñan en condiciones laborales más adversas que los médicos adscritos, lo que afecta directamente en su calidad de vida, sin llegar a niveles altos, esto basado en que las diferencias fueron encontradas en las variables: turno de trabajo, horas laboradas, antigüedad y edad.
- En este caso particular, la presión arterial no fungió como indicador de estrés, sino estuvo relacionada con la variable edad, ya que a mayor edad, más altos niveles de estrés presentaron.
- La especialidad con mayor tendencia a la afectación en niveles de estrés en el trabajo, fue cirugía vascular.

Al conocer las condiciones en las que se desenvuelven los médicos y observar que existen variables de riesgo que pueden afectar su salud mental y niveles de estrés, se hace hincapié en la importancia del psicólogo a nivel preventivo, de tal forma se sugiere:

1. Brindar atención a las necesidades psicológicas a los médicos residentes, en función de realizar grupos de encuentro con el fin de facilitar el proceso de adaptación al ambiente hospitalario, de tal forma que todos los médicos aún sin estar en la residencia reciban esta atención; puesto que todos realizan prácticas en internado bajo las mismas condiciones hospitalarias.

2. Formar círculos de comunicación dentro de las instituciones hospitalarias independientemente de las sesiones clínicas; es decir, que se abran temas del manejo emocional de los médicos.

Limitaciones del estudio

- Debido a la poca colaboración por parte de la muestra, el acceso limitado en cuanto al tiempo dentro de las instalaciones y la queja de los médicos con respecto a lo extenso del instrumento SWS- Survey, la muestra no pudo ser aleatoria y existió muerte estadística
- Existió una restricción al acceso de determinadas áreas del hospital como terapia intensiva y cuidados paliativos

Recomendaciones para futuras investigaciones

- Realizar el estudio en hospitales del sector privado
- Comparar muestras de diferentes instituciones hospitalarias gubernamentales
- Tomar en consideración indicadores organizacionales de estrés en el trabajo tales como el absentismo, incapacidades, número de quejas, además de una escala que mida satisfacción laboral
- Realizar una investigación acerca de la calidad de vida en los médicos con el fin de analizar otros factores de riesgo

TFEIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



AVALADA POR LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL (WFMH)

SWS—SURVEY—forma GP^(C) (MÉXICO)

(C) (copyright 1994, Rodolfo E. Gutiérrez & Robert F. Ostermann)



La finalidad de este cuestionario es establecer la relación entre factores personales, sociales y de trabajo. Es importante que usted conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera. No hay respuestas ni buenas ni malas. Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación. (Tiempo aproximado: 35 a 45 minutos).

NOMBRE: _____ PUESTO: _____ D: _____ S: _____ P: _____
DEPARTAMENTO: _____ EMPRESA: _____ FOLIO: _____

DATOS GENERALES

Favor de marcar con una "X" la letra que lo describa

- 1.- Mi sexo es: A) Masculino B) Femenino
- 2.- Mi edad es entre: A) 15-19 B) 20-29 C) 30-39 D) 40-49 E) más de 50
- 3.- Soy: A) Soltero(a) B) Casado(a) C) Divorciado(a) D) Viudo(a) E) Unión libre
- 4.- Trabajo como: A) Obrero(a) B) Empleado(a) C) Vendedor(a) o comerciante D) Técnico E) Supervisor o Gerente
F) Profesional G) Trabajador(a) y estudiante H) Otro
- 5.- Mi escolaridad es: A) Primaria B) Secundaria C) Técnico o comercio D) Bachillerato E) Licenciatura F) Posgrado
- 6.- Dependientes (hijos, hermanos u otros): A) Ninguno B) 1 a 3 C) 4 a 6 D) 7 a 9 E) Más de 9
- 7.- Mi turno de trabajo es: A) Matutino B) Vespertino C) Nocturno D) Rotación de turnos E) Mixto
- 8.- Horas trabajadas a la semana: A) Menos de 20 hrs. B) 20-40 hrs. C) 41-60 hrs. D) 61-80 hrs. E) más de 80 hrs.
- 9.- Mi nivel económico es: A) Muy bajo B) Bajo C) Moderado D) Alto E) Muy alto
- 10.- Mi nacionalidad es: _____

SWS--SURVEY

Para contestar esta sección, se presenta una columna de letras, cada letra tiene un valor que va de:

A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

Ahora, por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una "X" la opción que, en general, mejor refleje su situación.

EJEMPLO:

Voy al cine A B C ☒ D E

SECCION I

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Pienso que la gente que me rodea es agradable y considerada | A | B | C | D | E |
| 2.- Disfruto fiestas y celebraciones | A | B | C | D | E |
| 3.- Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran | A | B | C | D | E |
| 4.- Me impaciento conmigo mismo(a) y con los demás | A | B | C | D | E |
| 5.- Sé que con mi trabajo contribuyo con algo valioso | A | B | C | D | E |
| 6.- Tengo hábitos nerviosos (tics) | A | B | C | D | E |
| 7.- Lo que se tiene que hacer en el trabajo no tiene sentido | A | B | C | D | E |
| 8.- Me es imposible ser lo que la gente espera de mí | A | B | C | D | E |
| 9.- Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente | A | B | C | D | E |
| 10.- Es fácil congeniar conmigo | A | B | C | D | E |
| 11.- Oigo voces e imagino cosas inexistentes | A | B | C | D | E |
| 12.- El trabajo me aleja de mi familia | A | B | C | D | E |
| 13.- Sigo las costumbres y rutinas socialmente aceptadas | A | B | C | D | E |
| 14.- Soy valiente y atrevido(a) | A | B | C | D | E |
| 15.- Donde trabajo, mis errores podrían causar serios problemas | A | B | C | D | E |
| 16.- Tan sólo hacer los trabajos rutinarios es un problema | A | B | C | D | E |
| 17.- Me gustaría rendirme, pero no puedo | A | B | C | D | E |
| 18.- Siento que ayudo a mejorar el mundo con mi trabajo | A | B | C | D | E |
| 19.- Si tengo problemas, los compañeros de trabajo me ayudarán | A | B | C | D | E |
| 20.- En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer | A | B | C | D | E |
| 21.- Sueño despierto(a), me pierdo en fantasías | A | B | C | D | E |

A	Nunca	B	Casi Nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy Frecuentemente
22.-	Mi trabajo se puede ajustar a mi vida familiar	A	B	C	D	E			
23.-	Encuentro muchas cosas interesantes que hacer	A	B	C	D	E			
24.-	La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice	A	B	C	D	E			
25.-	Una de las cosas más importantes de mi vida es el trabajo	A	B	C	D	E			

SECCION II

26.-Pienso que los demás me respetan	A	B	C	D	E
27.-Tengo amigos y compañeros buenos y leales	A	B	C	D	E
28.-Me preocupo por el trabajo aún cuando estoy en casa	A	B	C	D	E
29.-Me siento dividido(a) entre diversas responsabilidades sociales	A	B	C	D	E
30.-El trabajo me hace sentir importante y poderoso	A	B	C	D	E
31.-He perdido a alguien muy cercano a mí	A	B	C	D	E
32.-Tengo jaquecas, dolores de cuello/espalda por tensión	A	B	C	D	E
33.-Como, fumo o bebo café, en exceso	A	B	C	D	E
34.-Puedo ser castigado(a) sin razón	A	B	C	D	E
35.-Estoy de acuerdo en cómo se hacen las cosas en mi trabajo	A	B	C	D	E
36.-Le simpático y le agrado a la gente con quien trabajo	A	B	C	D	E
37.-Constantemente me quejo sin necesidad	A	B	C	D	E
38.-Tengo poco interés o placer por el sexo	A	B	C	D	E
39.-Soy firme y determinante en mis decisiones	A	B	C	D	E
40.-La gente en el trabajo sabe lo que hago y lo aprecia	A	B	C	D	E
41.-Me culpo a mí mismo(a), me disculpo, me justifico	A	B	C	D	E
42.-Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E
43.-Impido que la gente se aproveche de mí y tome ventaja	A	B	C	D	E
44.-Tengo cambios de humor súbitos y frecuentes	A	B	C	D	E
45.-Evito algunos lugares, personas o actividades para no ser molestado(a)	A	B	C	D	E
46.-Me gusta hacer las cosas tan rápido como me es posible	A	B	C	D	E
47.-Considero que la vida en mi comunidad es ordenada y segura	A	B	C	D	E
48.-Tengo problemas de respiración, pulso o digestión	A	B	C	D	E
49.-Siento que haga lo que haga, no está bien hecho	A	B	C	D	E
50.-La gente en mi trabajo me encuentra defectos	A	B	C	D	E

SECCION III

51.-Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas	A	B	C	D	E
52.-Soy cuidadoso(a) y dedicado(a) con mi trabajo	A	B	C	D	E
53.-Mis actividades religiosas me dan fuerza	A	B	C	D	E
54.-El lugar donde trabajo es sucio, insalubre	A	B	C	D	E
55.-Siento que alguien cercano a mí, morirá próximamente	A	B	C	D	E
56.-En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala	A	B	C	D	E
57.-Tengo dificultad para poner atención o recordar	A	B	C	D	E
58.-Siento que en el trabajo las personas dependen de mí	A	B	C	D	E
59.-La gente me insulta y se burla de mí	A	B	C	D	E
60.-Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc., donde vivo	A	B	C	D	E
61.-Veo el lado bueno de las cosas	A	B	C	D	E
62.-Participo y disfruto del entretenimiento	A	B	C	D	E
63.-Hago lo que haga en el trabajo, es insuficiente	A	B	C	D	E
64.-Siento que no existe algo realmente malo en mí	A	B	C	D	E
65.-Me es difícil desprenderme de pensamientos que me molestan	A	B	C	D	E
66.-Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida	A	B	C	D	E
67.-Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar	A	B	C	D	E
68.-Soy muy desorganizado(a) y dejo muchas cosas sin terminar	A	B	C	D	E
69.-Me canso fácilmente, me inquieto y tengo dificultad para dormir	A	B	C	D	E
70.-Me encierro en mí mismo(a), y evito a los demás	A	B	C	D	E
71.-Tengo arranques emocionales, me enoja, grito	A	B	C	D	E
72.-Cuido de mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable	A	B	C	D	E
73.-Pertenezco a un grupo que se preocupa por mi bienestar	A	B	C	D	E
74.-Camino con paso ligero y vivaz	A	B	C	D	E
75.-Me preocupo por cosas sin importancia	A	B	C	D	E

SECCION IV

76.-Ignoro lo que va a pasar en el trabajo	A	B	C	D	E
77.-La gente con quien trabajo, no se interesa por mí	A	B	C	D	E
78.-Es probable que los jefes me hagan daño	A	B	C	D	E
79.-Es inútil esperar que las cosas salgan todo el tiempo como quiero	A	B	C	D	E

Por favor continúe en la siguiente página ➡

A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

80.-Disfruto de herirme a mí mismo(a), o a otros	A	B	C	D	E
81.-Me rindo fácilmente y evado los conflictos	A	B	C	D	E
82.-Soy popular en mi comunidad	A	B	C	D	E
83.-Cuando hay problemas de trabajo, trato de resolverlos en equipo	A	B	C	D	E
84.-Me siento adaptado(a) a mi familia y amistades	A	B	C	D	E
85.-Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido	A	B	C	D	E
86.-Algunas personas con quienes trabajo, son mis mejores amigos	A	B	C	D	E
87.-Donde vivo las cosas van mal y no mejoran	A	B	C	D	E
88.-Investigo y ensayo cosas nuevas	A	B	C	D	E
89.-Me siento mal y sin esperanza de mejorar	A	B	C	D	E
90.-Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar	A	B	C	D	E
91.-Disfruto de cantar, silbar y/o bailar	A	B	C	D	E
92.-Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte	A	B	C	D	E
93.-Tengo que estar separado(a) de mi familia y de los que quiero	A	B	C	D	E
94.-Me es fácil relajarme, jugar y divertirme	A	B	C	D	E
95.-El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios	A	B	C	D	E
96.-Mi fe religiosa es muy fuerte	A	B	C	D	E
97.-Tengo confianza en mi habilidad	A	B	C	D	E
98.-El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades	A	B	C	D	E
99.-Pertenezco a una familia unida	A	B	C	D	E
100.-El trabajo me hace sentir seguro(a)	A	B	C	D	E

SECCION V

101.-Me siento atrapado(a)	A	B	C	D	E
102.-Pienso que la policía realmente me protege	A	B	C	D	E
103.-Me importa poco lo que pasa, me doy por vencido, quisiera huir	A	B	C	D	E
104.-Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco	A	B	C	D	E
105.-Me siento satisfecho con mi vida sexual en esta etapa de la vida	A	B	C	D	E
106.-Aún cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo	A	B	C	D	E
107.-Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado	A	B	C	D	E
108.-Sin importar lo que pase, siento que Dios proveerá	A	B	C	D	E
109.-Es seguro y confortable donde trabajo	A	B	C	D	E
110.-Siento que recibo muchas felicitaciones de la gente	A	B	C	D	E
111.-Tengo buen apetito	A	B	C	D	E
112.-Puedo canalizar mi estrés al trabajo productivo	A	B	C	D	E
113.-Mi hogar esta rodeado de cosas agradables y alegres	A	B	C	D	E
114.-Mi sueldo es adecuado	A	B	C	D	E
115.-Tengo miedo de perder el empleo	A	B	C	D	E
116.-Pienso que las dificultades que tengo, tienen una razón de ser	A	B	C	D	E
117.-En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso	A	B	C	D	E
118.-Tengo buena salud física	A	B	C	D	E
119.-Tengo demasiado trabajo que hacer	A	B	C	D	E
120.-Cuento con alguien que me ayuda	A	B	C	D	E
121.-Me recupero rápidamente de situaciones estresantes	A	B	C	D	E
122.-A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mi deber	A	B	C	D	E
123.-Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo	A	B	C	D	E
124.-Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor	A	B	C	D	E
125.-Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida	A	B	C	D	E

SECCION VI

126.-Me pongo en guardia, controlo mis emociones	A	B	C	D	E
127.-En general me siento satisfecho(a) con mi vida	A	B	C	D	E
128.-Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad	A	B	C	D	E
129.-Se necesita de mucho para lograr que me enoje	A	B	C	D	E
130.-Río, sonrío, me siento feliz y desprecupado(a)	A	B	C	D	E
131.-Cuando me enoja, presiono a los demás	A	B	C	D	E
132.-En el trabajo puedo arreglar las cosas a mi conveniencia	A	B	C	D	E
133.-Me mantengo en buen estado físico	A	B	C	D	E
134.-Me es fácil relajarme	A	B	C	D	E
135.-Me siento amado(a) y atendido(a)	A	B	C	D	E
136.-En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante	A	B	C	D	E
137.-El trabajo me da la oportunidad de mejorar	A	B	C	D	E
138.-Siento que el mundo ha sido bueno conmigo	A	B	C	D	E
139.-El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado	A	B	C	D	E
140.-Donde trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar	A	B	C	D	E

Por favor continúe en la siguiente página ➡

A	Nunca	B	Casi Nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy Frecuentemente
141.-Siento que puedo hacer realidad todos mis sueños	A	B	C	D	E				
142.-El trabajo me ayuda a mantenerme saludable	A	B	C	D	E				
143.-En el trabajo estoy contento(a) de hacer exactamente lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E				
144.-Mantengo la compostura en situaciones de conflicto	A	B	C	D	E				
145.-Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea	A	B	C	D	E				
146.-La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica)	A	B	C	D	E				
147.-Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos	A	B	C	D	E				
148.-Estoy decidido (a) a ser el (la) mejor todo el tiempo	A	B	C	D	E				
149.-Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido	A	B	C	D	E				
150.-Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E				

SECCION VII

151.-Puedo vivir solo(a)	A	B	C	D	E				
152.-Mi trabajo es divertido y disfruto haciéndolo	A	B	C	D	E				
153.-Evito que el trabajo gobierne mi vida	A	B	C	D	E				
154.-Siento que mis metas son realistas y alcanzables	A	B	C	D	E				
155.-La gente me está molestando	A	B	C	D	E				
156.-Pienso que el gobierno se interesa por mi bienestar social	A	B	C	D	E				
157.-Mis condiciones de vida no son saludables	A	B	C	D	E				
158.-Estoy constantemente preocupado(a) por mis problemas	A	B	C	D	E				
159.-En general, encuentro un lugar tranquilo y callado cuando lo deseo	A	B	C	D	E				
160.-La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago	A	B	C	D	E				
161.-A veces siento verdadero pánico y terror	A	B	C	D	E				
162.-Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos	A	B	C	D	E				
163.-Resuelvo mis problemas, pero estos persisten	A	B	C	D	E				
164.-Me siento contento(a) conmigo mismo(a): me gusta ser como soy	A	B	C	D	E				
165.-Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera	A	B	C	D	E				
166.-En mi casa hay demasiada gente	A	B	C	D	E				
167.-Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar	A	B	C	D	E				
168.-Estoy en tratamiento médico por problemas cardíacos o gastrointestinales	A	B	C	D	E				
169.-El trabajo que hago me da satisfacción personal, dignidad y orgullo	A	B	C	D	E				
170.-Tengo un sentido muy claro del bien y del mal	A	B	C	D	E				
171.-Necesito que alguien me presione	A	B	C	D	E				
172.-Acepto y disfruto mis responsabilidades sociales	A	B	C	D	E				
173.-Endurezco los músculos faciales, frunzo el ceño	A	B	C	D	E				
174.-Hay fiestas y celebraciones donde trabajo	A	B	C	D	E				
175.-Tengo la oportunidad de ayudar a otros	A	B	C	D	E				

SECCION VIII

176.- Culpó a otros por mis problemas y fallas	A	B	C	D	E				
177.- Pienso que en el trabajo es un gran reto hacer lo que parece "imposible"	A	B	C	D	E				
178.- Debo trabajar aún cuando estoy enfermo(a)	A	B	C	D	E				
179.- Me siento seguro en el vecindario o colonia	A	B	C	D	E				
180.- Necesito mucho apoyo y estímulo	A	B	C	D	E				
181.- Hay gente con quien puedo compartir mi vida con confianza	A	B	C	D	E				
182.- Invento excusas para mis errores y fallas	A	B	C	D	E				
183.- Puedo aceptar la presión cuando es necesario	A	B	C	D	E				
184.- Tengo una relación sentimental intensa	A	B	C	D	E				
185.- Me avergüenzo fácilmente	A	B	C	D	E				
186.- Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida	A	B	C	D	E				
187.- Sé que cualquier problema se resolverá de una manera u otra	A	B	C	D	E				
188.- Disfruto las vacaciones y las fiestas	A	B	C	D	E				
189.- Siento que mis condiciones de vida son buenas y mejoran constantemente	A	B	C	D	E				
190.- Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo	A	B	C	D	E				
191.- Soy eficiente en mi trabajo y lo hago bien	A	B	C	D	E				
192.- Me preocupo por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve	A	B	C	D	E				
193.- Reconozco que hay muchas cosas malas pero no me importa	A	B	C	D	E				
194.- Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida	A	B	C	D	E				
195.- Las cosas que hago con mis amigos me son muy estimulantes	A	B	C	D	E				
196.- Puedo expresar mi malestar cuando algo me molesta	A	B	C	D	E				
197.- Tengo una vida bien organizada y bajo control	A	B	C	D	E				
198.- Me da pánico en las crisis y pierdo el control por un tiempo prolongado	A	B	C	D	E				
199.- Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado, a veces audazmente	A	B	C	D	E				
200.- La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea	A	B	C	D	E				

!!!GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!!!

REFERENCIAS

- 1) Almirall, H. P. (2001). Ergonomía cognitiva. Apuntes para su aplicación en el trabajo y salud. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología.
- 2) Argyle, M. (1992). Benefits produce by supportive social relationship. In H.O.E. Viel & U. Baumann (Eds). The meaning and measurement of social support (pp.13-32). New York: Hemisphere.
- 3) Bensabat, S. (1994). Stress. Grandes especialistas responden. España: Ediciones mensajero.
- 4) Carlson, N. (1996). Fundamentos de psicología fisiológica. México: Printece Hall
- 5) Cox, H.D (1980). Occupational stress and individual strain a social – psychological study of emergency medical personnel. Dissertation Abstracts International. Vol 41 (6-A). Dec. 1980, 2768
- 6) De Board (1978) The Psychoanalysis of Organizations. Tavistock: London.
- 7) De la Fuente, R. (1996). Psicología médica. Fondo de Cultura Económica: México.
- 8) Deary, I., Blenkin, H., Agius, R., Endler, N., Zealley, H. y Wood, R. Models of job related stress and personal achievement among consultant doctors. British Journal of Psychology. (1996) 87: 3-29.
- 9) Delay, J., y Pichot (1965). Manual de Psicología. Toray – Masson. Barcelona.
- 10) Díez, L., Barrón, E., Anguiano, B. y Pastor, J. Un estudio bienestar / malestar psicológico en los médicos residentes de un hospital general. Psiquis. (1994) 15 (4). 11-19.
- 11) Dudet, L.C. (1999). La construcción social de la Salud – Mental. Tesis Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- 12) Firth – Cozens, J. Emotional distress in junior house officers. British Medical Journal, 1987, 295: 533-536.
- 13) Flórez, L. J. (1994). Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edika Med.
- 14) Fontana, D. (1992). Control de estrés. Manual Moderno: México.

- 15)García, S. (1993). El significado psicológico y social de la salud y enfermedades mentales. Tesis de maestría: UNAM.
- 16)Guillen, G.C. ET. Al. (2000). Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE. Antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de personas en salas de terapia intensiva. Tesis de Licenciatura: UNAM
- 17)Gutiérrez, R.E y Ostermann R.F. (1994). Encuesta SWS-Survey de Estrés, Salud Mental y Trabajo.
- 18)Gutiérrez, R.E; Ito,S.E y Contreras, I.C. (2000). Factores psicosociales de Estrés Organizacional y su relación con la Hipertensión. VIII Congreso Mexicano de Psicología Social. La psicología social en México Vol. VIII.
- 19)Hay, D., y Oken, D. (1972). The psychological stress of intensive cares unit nursing. Psychosomatic Medicine, 34: 109-118.
- 20)Haller (1961). Psicología Industrial. Barcelona : Ediciones Martínez Roca
- 21)Ivancevich, J.M. y Matterson, M.T.(1989). Estrés y trabajo. México: Trillas
- 22)Jeammet, Ph.; Reynaud, M., y Consoli, G. (1982). Manual de psicología médica. Masson: México
- 23)Jenkins, J.F. Evaluation of Burnout in Oncology Nurses, Cancer Nursing. 1986, (3): 108-116.
- 24)Jiménez, G. (2000). Niveles de estrés, salud mental y apoyos medidos mediante el "SWS-Survey" en médicos residentes de especialidad. Tesis de Licenciatura: Universidad Iberoamericana.
- 25)Kaplan, M. F. (1989). Task, situational, and personal determinants of influence processes in group decision making. Advances in group processes. Vol 6. Greenwich.
- 26)Kornhauser, A. (1965). Mental health of the industrial worker. John Wiley and Sons. Inc. Nueva York.
- 27)Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. México: Roca.
- 28)Lugo, E. (1998). Para ser médico: vocación, orígenes y tradiciones de la medicina. México: Trillas.

- 29)Matrajt, M (1994). Estudios en salud mental ocupacional. México: Taller abierto.
- 30)Montes de Oca, V.M. Estrés y trabajo. *Psiquis* 1997, 18 (3), 105-1014.
- 31)Moor, L. (1965). Elementos de psicología médica. Toray. Barcelona.
- 32)Morris, R.G., Morris, L. W., Britton, P. G., (1988). Factors Affecting the Emotional Welbeing of the Caregives of Dementia Suffers. British Journal of Psychiatry, 153,147,156.
- 33)Ocampo, V.M (1996). Eustrés y desempeño laboral. Tesis de licenciatura: UNAM.
- 34)Papalia, D.E & Wendkos, O.S (1988). Psicología. México: McGraw Hill.
- 35)Pilowski, L. E &O'Sullivan, G. Mental Illness in doctors. British Medical Journal, 1989, 298.
- 36)Rubio Sánchez, J.L. (1996). Efectos y significados psicológicos de los fármacos. Comunicación Psiquiátrica, 92,XVII: 67-81.
- 37)Selye, H. (1984). The stress of life. 2a edición. New York: Wiley.
- 38)Solórzano, N. (1996) Hacia un concepto de salud integral comunitaria en una universidad privada. Prometeo. 11, 34-37
- 39)Thoits, P.A. (1983). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Healt and Social Behavior, 23.145-159.
- 40)Shell B. H (1997). A Self – Diagnostic Approach to Understanding Organizational and Personal Stressors. The C-O-P-E Model for Stress Reduction. Wesport; Connecticut: Quorum Books.
- 41)Stora, J. (1992). El estrés. México: Publicaciones Cruz.
- 42)Vroom, V.H. (1964). Work and motivation. New York: Wiley.
- 43)Zurriaga, R. B., Bravo, M.J., González, P. y Molina,J. (1994). Un modelo de estrés de rol en los profesionales de la salud de organizaciones públicas y privadas. *Psiquis*. 15 (4). 20-28.