

01985



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES Y PERSONALIDAD
EN RELACIÓN A LA SALUD LABORAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ARTURO JUÁREZ GARCÍA

COMITÉ TUTORAL:

DIRECTOR: DR. FERNANDO ARIAS GALICIA

SINODALES: DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ

DR. PEDRO ALMIRALL HERNÁNDEZ

DR. RODOLFO ENRIQUE GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ SOSA

DR. FELIPE URIBE PRADO



MÉXICO, D.F.

2005

0348803



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ARTURO JUÁREZ

FECHA: 26-SEP-2005

FIRMA: GA

Agradecimientos

A Mariana y Pau, por ceder gran parte del espacio de convivencia familiar al esfuerzo de estos últimos años que hoy se ve culminado en este escrito. Gracias por su cariño, que definitivamente ha sido la motivación más grande en la consecución de esta meta y en los retos que están por venir.

A mi madre, mis hermanos y mis sobrinos por su apoyo y cariño. Saben que no se trata de un logro personal sino familiar por no sé cuántas generaciones. La estafeta esta aquí.

A mis compañeros de trabajo Elena y José Antonio así como a mis alumnos, particularmente Aydee, Ivette y Lupita quienes también tuvieron contribuciones importantes en el desarrollo de este trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el programa UCLA-Fogarty por su apoyo en la consecución de esta meta.

A mis asesores:

Al Dr. Fernando Arias, por su apoyo incondicional, su calidad humana y su distinguido brillo académico, que siempre serán un ejemplo a seguir.

Al Dr. Arturo Silva, el Dr. Juan José Sánchez y el Dr. Felipe Uribe por sus sugerencias y valiosos comentarios que mejoraron substancialmente este trabajo.

Al Dr. Pedro Almirall, por su guía, dedicación y amistad incondicional. Su compromiso con la ciencia frente a las adversidades es una lección para todos.

Al Dr. Rodolfo Gutiérrez por su contribución destacada en mi saber hacer, saber pensar y saber ser, lo que ha dejado una huella imborrable en mi vida académica.

A la Dra. Patricia Andrade por su disposición y calidad docente que figuró trascendentalmente en mi formación durante estos años.

Especial reconocimiento al Dr. Peter Schnall, asesor complementario de este trabajo, por su generosidad, sus enseñanzas y su gentil apoyo a mi desarrollo académico, pero también por su impulso a la investigación de los factores psicosociales del trabajo en México.

Arturo Juárez García, Septiembre 2005.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
1. FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SALUD	8
1.1 Definición y componentes conceptuales.....	8
1.2 Modelos y variables basados en un enfoque de tensionantes psicosociales del contexto laboral.....	12
1.3 Modelos y variables basados en un enfoque de tensionantes psicosociales personales.....	24
1.4 Modelos que incorporan el enfoque del contexto y de la persona.....	34
1.5 Modelos y variables basados en un enfoque de efectos y consecuencias (proceso tensionante).....	44
2. DESARROLLO DE UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO	52
2.1. ESTUDIO 1. Estudio descriptivo-exploratorio de posibles variables psicosociales representativas en diferentes ocupaciones.....	53
Objetivo.....	55
Resultados.....	57
2.2 ESTUDIO 2. El Modelo de Tensión laboral, el Afrontamiento, la Hostilidad y su asociación con síntomas de enfermedad.....	68
Objetivo.....	69
Resultados.....	71
2.3 ESTUDIO 3. Factores Generales de Personalidad de los Cinco Grandes y su relación con la salud.....	74
Objetivo.....	77
Resultados.....	78
2.4 ESTUDIO 4. Estudio de validez de la teoría de efectos negativos de tipo psicológico.....	80
Objetivo.....	82
Resultados.....	83
3. CONFORMACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN MÉXICO: EL MODELO DE CONTROL PERSONAL/LABORAL (CPL)	88
3.1. Recapitulación y discusión general de los estudios anteriores.....	88
3.2. El concepto de "Control" como eje principal del modelo de control personal /laboral (CPL)	91
3.3. Esquematización del modelo y sus principios.....	96
4. ESTUDIO FINAL. EL MODELO CPL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO MENTAL	97
4.1. La enfermedad cardiovascular y la tensión arterial como variables de salud.....	98
4.2. Grupos Ocupacionales vulnerables: Las organizaciones de Servicio Humano.....	104
4.3. Objetivos.....	106
4.4. Método.....	107
4.5. Resultados.....	115
4.6. Conclusión y Discusión del estudio final.....	145
4.6.1. Limitaciones del estudio.....	153
5. DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS	155
5.1. Relevancia de la Investigación y Potencial para su aplicación práctica.....	160
REFERENCIAS	164

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como propósito general brindar un aporte para el complejo e importante tema de los factores psicosociales en el trabajo (FPS-T) y su relación con la salud. Para ello se realizó una revisión teórica del tema, incluyendo su definición, sus variables y algunos de los modelos más documentados. Particularmente, el objetivo esencial consistió en desarrollar un modelo alternativo para la evaluación de FPS-T y su relación con la salud, para lo que se realizaron un total de cinco estudios. Los primeros cuatro estudios tuvieron un carácter exploratorio con diferentes aproximaciones metodológicas para identificar diversas variables psicosociales tradicionalmente relacionadas con la salud en el contexto laboral mexicano en diferentes ocupaciones y, de este modo, incorporarlas a un modelo generalizador. El primer estudio exploratorio-descriptivo, permitió identificar factores psicosociales relevantes tales como las demandas (carga) de trabajo, el apoyo social, la falta de recursos para el trabajo, la autoeficacia y componentes de entusiasmo laboral. El segundo estudio confirmó el papel importante de variables como la demanda psicológica, libertad de decisión, apoyo social y la hostilidad en los síntomas somáticos. Con respecto al tercer estudio, se encontraron relaciones significativas entre el componente emocional de personalidad y los síntomas somáticos y la tensión arterial. En el cuarto estudio se buscó la validez del constructo de efectos psicológicos en trabajadores mexicanos, lo cual no se pudo confirmar, pues se encontraron factores diferentes a la teoría, entre los que se pudo identificar que existían factores negativos (burnout) y positivos (autoeficacia y entusiasmo laboral). Los resultados de estos estudios y la revisión teórica realizada permitieron dilucidar una estructura teórico-conceptual o un modelo inicial para el diagnóstico y pronóstico de FPS en trabajadores mexicanos. El modelo propuesto se llamó "Modelo de Control Personal/Laboral" (CPL) e incorporó las variables del entorno y de la persona que destacaron en los estudios previos y en la literatura, las que se clasificaron en una taxonomía basada en las teorías del control. Finalmente, se realizó un quinto estudio con el modelo propuesto para averiguar la validez teórica-instrumental y su relación con distintas variables de salud (efectos psicológicos o de tensión, problemas de salud percibida, síntomas cardiovasculares y tensión arterial). Los resultados mostraron que el modelo CPL es una opción válida para el análisis psicosocial laboral ya que obtuvo relaciones significativas con todos los indicadores de salud. Asimismo, se propone una versión reducida del modelo que mantiene también sus relaciones con la salud de forma significativa. Los presentes hallazgos y el modelo propuesto son un punto de partida que futuros estudios deberán confirmar. Entre tanto, se vislumbra un modelo teórico-instrumental con viable utilidad en el área de salud ocupacional, así como una gran aplicabilidad en materia de salud mental y cardiovascular en población laboral en general.

INTRODUCCIÓN

El trabajo es la fuente de toda riqueza, afirman los especialistas en Economía política. Lo es en efecto, a la par de que la naturaleza le provee de los materiales que el mismo convierte en riqueza. Pero el trabajo es muchísimo más que eso, es la condición básica y fundamental de toda vida humana y lo es en tal grado que, hasta cierto punto, se debe decir que el trabajo ha desarrollado al propio ser humano. Desde los orígenes mismos del ser humano, el trabajo ha sido una necesidad básica y se ha caracterizado por la producción de los bienes necesarios para su subsistencia mediante instrumentos de producción que le han permitido crecer y desarrollarse, moldeando su mano y cerebro. De esta forma, con el trabajo, el ser humano ha transformado la naturaleza por una parte, pero también, el mismo trabajo ha desarrollado su inteligencia, su destreza, su agilidad física, su entendimiento, su socialización y evidentemente su especie (Engels, 1988).

Este hecho refleja que la relación persona-trabajo es dinámica y mutuamente influenciable y en tales términos, este círculo interdependiente puede caracterizarse por sus implicaciones positivas, por ejemplo, la productividad, el desarrollo humano y la salud y por otro lado, por aquellas de índole negativa, tales como la improductividad, la enajenación, la enfermedad o incluso la muerte.

En este sentido es de destacar la evolución histórica que ha tenido el proceso del trabajo, ya que con el desarrollo del modo de producción capitalista y el descubrimiento de nuevos energéticos como el vapor, la electricidad, la energía nuclear, la energía solar, así como el desarrollo de máquinas, nuevas tecnologías y modernos métodos de trabajo, se ha multiplicado la producción masiva de bienes y servicios, pero también al mismo tiempo, han aumentado las enfermedades y los accidentes de trabajo, soslayando así la salud y calidad de vida de los trabajadores.

Desde los estudios iniciales de Taylor (Braverman, 1981; Ortega, 1981) la concepción de la relación persona - trabajo tuvo una visión mecanicista y sólo se concibió al trabajador como un engrane más en la maquinaria de producción, de hecho el estudio del trabajo era conocido con el nombre de "estudios de tiempos y movimientos". Las aproximaciones tradicionales al estudio del trabajo era reduccionista ya que sólo estudiaban en la influencia de las condiciones, organización y medio ambiente de trabajo y su influencia en la productividad omitiendo la salud de los trabajadores (OIT, 1995).

Esta consecuencia, convertida en necesidad social, ha llevado al surgimiento y desarrollo de distintas ciencias como la medicina del trabajo y la salud ocupacional.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que el objetivo de la Salud Ocupacional es colocar y mantener al trabajador en una ocupación que convenga a sus aptitudes, adaptando el trabajo al ser humano y cada ser humano a su labor, enfocándose en los efectos negativos del trabajo a fin de preservar la salud física y mental del trabajador (Almirall, 1993).

En términos prácticos y administrativos, la salud ocupacional se lleva a cabo en los centros de trabajo bajo las disciplinas de la seguridad e higiene industrial, cuyo objetivo es abolir o minimizar los posibles riesgos y accidentes de trabajo (Arias y Heredia, 1999; Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1995).

Sin embargo, mas allá de discutir el hecho de que el ejercicio actual de la salud ocupacional es más administrativo que de real vigilancia, el paradigma teórico-práctico tradicional en el que se basan la salud ocupacional, la medicina del trabajo y la epidemiología ocupacional clásicas consiste, como problemática básica, en explorar qué “factores de riesgo” -generalmente físicos o químicos- presentes en el ambiente de trabajo provocan daños específicos en la salud (Almirall, 1996).

Esto implica una aproximación muy limitada, en el que subyace como problema básico lo que se entiende por salud.

El primer avance en este sentido ha sido la superación de la visión biologicista, centrada en la enfermedad, por otra que considera como parte de la salud a la dimensión mental y social y que no implica sólo la ausencia de enfermedad. De esta forma, desde la perspectiva de la OMS la salud es un estado completo de bienestar físico, *mental* y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2004). Sin embargo, Noack y Kaznachev entre otros (en: Almirall, 1996) hacen algunas críticas al concepto de salud propuesto por la OMS:

- La salud parecería una norma o meta ideal que puede ser expresada, pero que no hay manera o estrategias reales para alcanzarlas
- Es un concepto ambiguo, tautológico, substituido por “bienestar” (más ambiguo aún).

- Este concepto sigue siendo, en esencia, reduccionista ya que ubica la salud en el ámbito exclusivo de la expresión médica y por supuesto bajo su control y jurisdicción.

Los mismos autores proponen que la salud es un estado donde hay un balance o equilibrio productivo entre este estado y otros subsistemas, tales como un órgano, otra persona o grupo social... además es un proceso de conservación y desarrollo de las capacidades biológicas y psicológicas, fisiológicas y psíquicas del hombre, su capacidad laboral óptima y una actividad social adecuada durante la prolongación máxima de la vida. Con respecto a Bienestar, lo definen como el estado dinámico de los procesos psíquicos que se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, necesidades, expectativas y las exigencias u oportunidades del medio ambiente. Como índices de salud mencionan: El buen aspecto somático, normalidad de funciones y ejercicio pleno de la personalidad.

Además, el concepto de salud incluye necesariamente y como se ha tratado de enunciar, la realización de las potencialidades humanas, donde la productividad resulta un reflejo y de ahí que, a pesar de que el trabajo puede representar un elemento morbídico por su tipo y condiciones, por el área donde se realiza, por las condiciones ambientales o peligros que entraña, por las características propias del contrato laboral, por los métodos, medios y sitios donde hay que realizarlo, o por las repercusiones en la salud o en la familia que de él puedan derivar, el trabajo representa, en todos los sentidos, la alternativa a la productividad y a la salud tanto individual como colectiva (Souza y Machorro, 1988).

Dado lo anterior, se puede decir que la aproximación tradicional de la salud ocupacional en los medios laborales actuales posee un paradigma que comúnmente soslaya que:

- a) **La “salud” y/o “enfermedad” implican un proceso dinámico.** Como proceso implica movimiento, puede ser situacional y altamente cambiante, por ello son necesarias metodologías y aproximaciones que no la visualicen como un proceso estático.
- b) **Los términos salud y enfermedad no son mutuamente excluyentes.** La salud no es la ausencia de enfermedad ni viceversa.
- c) **Se debe tener la visión del individuo como un ente biopsicosocial.** La salud y la enfermedad surgen como proceso en los campos de lo biológico, lo psicológico y lo social, y la interacción de los mismos. Por tanto, además de los factores físicos o químicos, existen factores

psicológicos, sociales y subjetivos, ya sea dentro o fuera del trabajo, que tienen un papel relevante en la salud de los trabajadores y a su vez representan el estatus de la misma.

- d) **Es indispensable un enfoque sistémico para su concepción.** Cualquier disfunción de salud o manifestación de enfermedad tienen que ver con un desequilibrio del sistema biopsicosocial del individuo en su conjunto, aún cuando funcionen bien partes de él.
- e) **Existen varios ámbitos de expresión en el individuo.** Puede ser objetivo y subjetivo, puede ser fisiológico, psicológico, conductual, etc.
- f) **El proceso salud-enfermedad no es producto de causas únicas y directas.** Se requiere de un enfoque que supere la visión simple de la relación lineal causa-efecto unifactorial, pues se deben considerar sinergias multifactoriales indirectas en la influencia a la salud.
- g) **Rescate del enfoque salutogénico.** Aunque un riesgo siempre expresa toda condición o proceso que afecta la salud en un sentido negativo, existen factores que deben favorecer la salud en un sentido positivo, es decir, se debe reconocer que el trabajo tiene efectos positivos y estos factores deben considerarse. No se debe tener sólo un enfoque centrado en la exterminación de la enfermedad, sino también ceder espacio para la concepción positiva y el trabajo de la promoción a la salud.
- h) **Fortalecimiento de la visión preventiva.** Un paradigma que se centra en la intervención tendrá menos resultados que un enfoque preventivo, por tanto este último debe predominar con énfasis en el trabajo grupal en complemento al individual.

Almirall (2000) describe tres momentos importantes que han representado los paradigmas imperantes en Salud y Trabajo:

Primero, cuando estos estudios responden a un criterio eminentemente biologicista, con su objeto de estudio establecido a partir de la enfermedad, con la clínica médica como corriente predominante y que limita el espacio de la relación salud y trabajo al diagnóstico y terapéutica de las enfermedades profesionales.

En un segundo momento se añade la consideración de los factores higiénico ambientales, es la época de gran auge en las mediciones del ambiente, la determinación de las concentraciones principalmente químicas, límites permisibles y la valoración de las mismas como aspecto determinante en las alteraciones de la salud que presentan los trabajadores, así toma fuerza el término de “enfermedades asociadas al trabajo”.

Aunque en los anteriores existió un avance que significó la consideración y cuantificación de los factores ambientales en la salud del trabajador, en la mayoría de los modelos de investigación-acción de esa etapa se presenta una relación lineal entre el ser humano y las condiciones externas en que desarrolla su actividad; se desconocen los problemas de la subjetividad y del contenido del trabajo sobre el proceso salud-enfermedad.

De esta forma y como un tercer momento, Almirall (op.cit.) señala que en los últimos años se ha presentado un enfoque diferente, centrado en la actividad laboral y la subjetividad, a partir de la necesidad de su estudio bajo una integración de ésta a todas las referencias vitales por las que transcurre la existencia. 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.

Román y Rodríguez (1997) mencionan que el interés por el estudio de los determinantes psicológicos y sociales de la salud ha llevado a un cambio sustancial del pensamiento médico. Esa evolución de dicho pensamiento, conceptualmente, ha consistido básicamente en la superación del llamado paradigma biomédico unicausal, mecanicista y lineal, en favor de un paradigma biopsicosocial, más amplio e integrador, con enfoque dinámico y multifactorial, que comprende los determinantes psicológicos y sociales de la salud y de la enfermedad.

En nuestro país desafortunadamente son pocos los estudios de salud ocupacional que se llevan a cabo y menos aún, los que incorporan un paradigma que integra la visión de los factores psicológicos y sociales y su influencia en la salud. No obstante, se encuentran difundidas algunas publicaciones. Por ejemplo, en décadas anteriores Tecla (1982), Souza y Machorro (1988) y Matrajt (1994, 1996), comenzaban a dilucidar las estructuras conceptuales de la "salud mental ocupacional" y sus posibles implicaciones en trabajadores mexicanos. En los últimos 20 años, un grupo de investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana en la ciudad de México han documentado consistentemente las implicaciones de la organización del trabajo en la salud mental y psicósomática de los trabajadores (Laurell, 1983, 1993; Martínez, 2000; Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear, y López, 2001). Entre otros grupos de investigación igualmente conformados, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se encuentran investigadores del Campus Zaragoza que han difundido algunos escritos en los que se discuten aspectos de la "psicopatología laboral" (Gómez, 1993; Sandoval, 2000); en la Facultad de Psicología de la misma UNAM, un otro grupo de investigadores han desarrollado modelos conceptuales y múltiples evidencias empíricas de

la influencia del estrés organizacional sobre la salud en trabajadores (Gutiérrez, 2001a, 2001b; Contreras-Ibañez, et. al, 2001; Gutiérrez, Contreras-Ibañez & Ito, 2003, Gutiérrez e Ito, 2005).

Recientemente la Universidad de Guadalajara ha comenzado también estudios de factores psicosociales en el trabajo (Pando, 2003). Vale la pena mencionar que a la par del presente trabajo, se desarrollo una publicación donde se presentan investigaciones de factores psicosociales llevadas a cabo por investigadores de toda la república, presentadas en una reunión bi-nacional (Juárez y Ramírez, 2005).

Desde cualquier perspectiva, es claro y se puede afirmar que la literatura nacional citada en párrafos anteriores en comparación con el tamaño real del problema y su emergencia, sigue siendo escasa.

Por ello el presente trabajo pretende brindar un aporte en este campo. Primeramente se realizó una revisión teórica del tema de los factores psicosociales laborales, su definición, sus variables y modelos más relevantes comprendidos en el primer capítulo; en el segundo, se muestran algunos estudios empíricos que buscaron ubicar variables psicosociales destacadas en trabajadores mexicanos de distintas ocupaciones; en el tercer capítulo, con base en los estudios realizados se propone un modelo alternativo para el estudio y evaluación de factores psicosociales, y por último, se realiza un estudio de campo para probar su viabilidad teórica y su asociación con diversos indicadores de salud.

1. FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SALUD.

1.1. Definición y componentes conceptuales.

Desde principios del siglo XX las personas de ciencia analizaban los factores humanos que influían en el mantenimiento de la salud, se sentían inquietos ante ciertos parámetros psicológicos de carácter laboral; sin embargo, no es hasta la 27ª Asamblea Mundial de la Salud en 1974, en donde se reconoció la necesidad de considerar la influencia de los factores psicosociales en la salud y se demandó la elaboración de un programa para el estudio de esos factores y la salud mental (Rodríguez, 1991).

la influencia del estrés organizacional sobre la salud en trabajadores (Gutiérrez, 2001a, 2001b; Contreras-Ibañez, et. al, 2001; Gutiérrez, Contreras-Ibañez & Ito, 2003, Gutiérrez e Ito, 2005).

Recientemente la Universidad de Guadalajara ha comenzado también estudios de factores psicosociales en el trabajo (Pando, 2003). Vale la pena mencionar que a la par del presente trabajo, se desarrollo una publicación donde se presentan investigaciones de factores psicosociales llevadas a cabo por investigadores de toda la república, presentadas en una reunión bi-nacional (Juárez y Ramírez, 2005).

Desde cualquier perspectiva, es claro y se puede afirmar que la literatura nacional citada en párrafos anteriores en comparación con el tamaño real del problema y su emergencia, sigue siendo escasa.

Por ello el presente trabajo pretende brindar un aporte en este campo. Primeramente se realizó una revisión teórica del tema de los factores psicosociales laborales, su definición, sus variables y modelos más relevantes comprendidos en el primer capítulo; en el segundo, se muestran algunos estudios empíricos que buscaron ubicar variables psicosociales destacadas en trabajadores mexicanos de distintas ocupaciones; en el tercer capítulo, con base en los estudios realizados se propone un modelo alternativo para el estudio y evaluación de factores psicosociales, y por último, se realiza un estudio de campo para probar su viabilidad teórica y su asociación con diversos indicadores de salud.

1. FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SALUD.

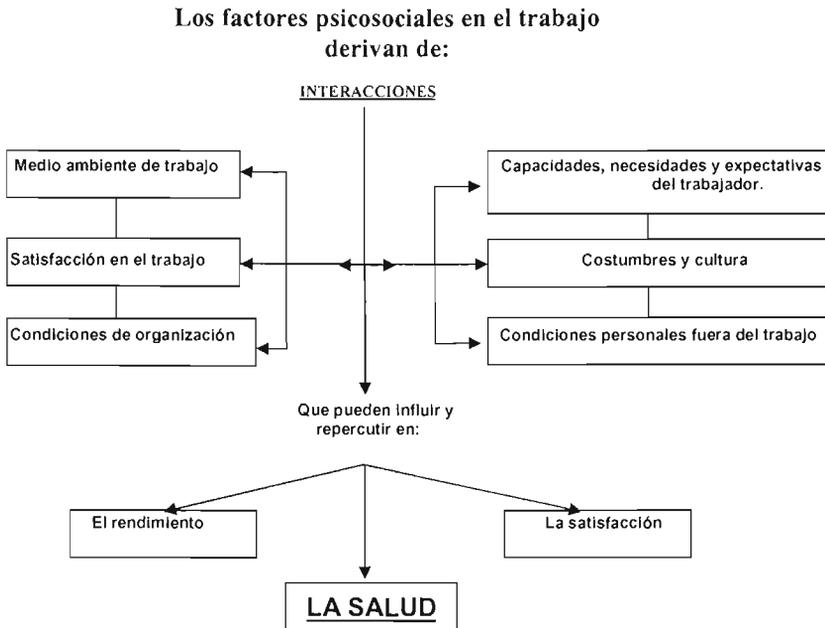
1.1. Definición y componentes conceptuales.

Desde principios del siglo XX las personas de ciencia analizaban los factores humanos que influían en el mantenimiento de la salud, se sentían inquietos ante ciertos parámetros psicológicos de carácter laboral; sin embargo, no es hasta la 27ª Asamblea Mundial de la Salud en 1974, en donde se reconoció la necesidad de considerar la influencia de los factores psicosociales en la salud y se demandó la elaboración de un programa para el estudio de esos factores y la salud mental (Rodríguez, 1991).

Posteriormente, en 1984 el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) examinó de forma sistemática los progresos en el estudio de los factores psicosociales. La novena reunión del mencionado Comité dio a conocer los principales aspectos de estos factores: su identificación, evolución, así como las medidas para su prevención (OIT/OMS, 1984).

En esta reunión se mostró que los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de las percepciones y experiencias del empleado y abarcan diversos y variados aspectos. Algunos de estos se refieren al trabajador individualmente, mientras que otros están ligados a las condiciones y al medio ambiente de trabajo; otros mas se refieren a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo, pero que repercuten en él. El Comité Mixto OIT/OMS (1984) define: “los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra , las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual por medio de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento” (pag. 3). La siguiente figura ayuda a ejemplificar mejor esta definición:

Fig. 1. Modelo de interacción de las diferentes categorías de los factores psicosociales y sus implicaciones según el comité mixto OIT/OMS (1984).



Ciertamente el presente modelo ofrece un panorama integral y dinámico de los factores psicosociales en el trabajo, no obstante también se presta a fuertes ambigüedades conceptuales. Román (1998) señala que la propia definición de los factores psicosociales que ofrece el Comité Mixto OIT/OMS se refiere a una enumeración acumulativa de estos factores, además de ser expuestos con poca sistematicidad, lo que implica que bajo la rúbrica de factores psicosociales se encuentran cientos de conceptos equivalentes, entre ellos menciona conceptos como satisfacción en el trabajo, compromiso con el trabajo, estrés, patrón de conducta tipo “A”, alienación, etc.

Kinicki y Mckee (1996) en una revisión de los índices de bases de datos de ABI/Inform y Psychlit entre los años 1991-1995, identificaron 1000 artículos con la palabra “Occupational Health”. Todos contemplan el desarrollo de una taxonomía o modelo conceptual que integra diversas variables psicosociales involucradas. Entre las variables o conceptos que encuentra están: Demandas laborales, estrés, ambigüedad de rol, cambios tecnológicos, condiciones físicas, balance de vida y trabajo, vigor, apoyo social, autoeficacia, disposición afectiva, percepción cognitiva, afrontamiento, características ambientales, características individuales, percepción cognitiva, y efectos en la salud ocupacional a corto y largo plazo.

En este sentido, es innegable el problema metodológico e instrumental que viene tras analizar la definición y los componentes que integran la categoría de factores psicosociales; no sólo tiene una fuerte ambigüedad conceptual, sino que la evaluación y aplicabilidad de todas las categorías y conceptos que proponen se observa poco viable y clara.

Asimismo, se encuentran expresiones tales como “*organización de trabajo*”, “*factores organizacionales*”, o “*factores tensionantes*” frecuentemente utilizados en sinonimia al concepto de *Factores Psicosociales*, en referencia a las condiciones de trabajo que provocan estrés (Sauter, Hurrell, Murphy y Levi, 1998), y por tanto, su equivalencia también con el concepto de *estresores laborales*, lo que implica la consideración del concepto de estrés y sus fuertes debates acerca de su definición y marco conceptual.

Otros autores limitan el uso del concepto de factores psicosociales al campo de las relaciones interpersonales y clima social laboral (Almirall, 2000) y otros la reducen a la categoría única de efectos psicológicos derivados de las condiciones de trabajo (Noriega, et.al., 2001).

Ante esta falta de convencionalismo y normatividad del concepto de factores psicosociales, en este trabajo se hace necesario definir lo que se entiende por factores psicosociales. Para ello, es indispensable recuperar los componentes estructurales que ofrece el modelo OIT/OMS, ya que se ofrece una visión dinámica y de interacción entre la persona y ambiente laboral, que es lo que otros autores han acordado en clasificar y recuperar (Peiró y Prieto, 1996).

De esta manera, en este escrito *se entenderá por factores psicosociales (en el trabajo) al proceso de conformación e interpretación que tiene el trabajador de su realidad laboral y de su propia personalidad (reflejo y resultado de la misma interacción dinámica –objetiva y subjetiva– entre sus condiciones generales de trabajo y sus características individuales); e incluye un proceso tensionante que es un efecto derivado de esa interacción que puede ser de carácter positivo o negativo.*

Caracterizando y haciendo viable metodológicamente los componentes que integran la definición, se encuentra que para evaluar los factores psicosociales es necesario conocer:

- a) Un componente de condiciones generales de trabajo, que incluye las características y condiciones del ambiente, la organización del trabajo, la tecnología y sus exigencias, que bien pudieran llamarse tensionantes psicosociales del contexto laboral.
- b) Un componente de características individuales que comprende los recursos y factores disposicionales que cada trabajador tiene, su personalidad, su cultura, sus creencias, etc., y que pueden influir directamente u moderar o facilitar la influencia de la realidad externa, bien pudieran llamarse tensionantes psicosociales personales.
- c) Finalmente, un componente que implica efectos derivados de la interacción trabajador-condiciones, que pueden tener un carácter negativo o positivo, agudo o crónico, y bien pudiera llamarse “proceso tensionante”.

De esta forma, los conceptos de estrés, eustrés y distres, incluyendo sus procesos fisiológicos, psicológicos y sociales bastante documentados (Fontana, 1992), son materia de este enfoque. El fenómeno de estrés ha dado lugar a ciertos debates respecto a su concepción, como por ejemplo, que algunos lo ven como un estímulo elicitor (presión), otros como una respuesta adaptativa del individuo y otros como la combinación de ambas (Ivancevich y Matteson, 1985). Particularmente, en este trabajo se adopta el concepto de “tensión” como proceso, en lugar del tan debatido concepto de “estrés”.

En las últimas décadas se han desarrollado una serie de modelos y metodologías para el análisis del trabajo en general, y particularmente, para el análisis de los factores psicosociales en el trabajo; de los que su visión teórica y enfoque, pudiera ubicarse en cualquiera de los incisos anteriores, o incluso incorporar en su visión más de un componente anteriormente señalado.

En los siguientes apartados se describen algunos de los modelos psicosociales más representativos por su relación con la salud o más utilizados en investigaciones diversas, clasificando su visión particular de acuerdo a los tres componentes señalados.

1.2. Modelos y variables basados en un enfoque de tensionantes psicosociales del contexto laboral.

Los modelos basados en un enfoque de tensionantes del contexto laboral se caracterizan por proponer a las condiciones generales del entorno laboral, la organización del trabajo y sus exigencias, como aspectos primordiales y determinantes de la salud de los trabajadores. En estos modelos se otorga un papel preponderante a lo social y las condiciones objetivas de existencia, por lo tanto, el papel de las diferencias individuales y personales no representan un rol activo en el proceso de salud-enfermedad. Aunque reconocen algún carácter subjetivo o incluso psíquico, dichos elementos se conciben como el resultado de condiciones objetivas “introyectadas”, “subjetivadas” o “manifestadas” en el individuo. A continuación se describen de los modelos más relevantes que recuperan este enfoque.

A) El Modelo Obrero.

El modelo obrero se publicó en Italia en 1976 por Ivan Oddone para el Instituto del Desarrollo de la Formación Profesional del trabajador (ISFOL). Dicho modelo incorpora la participación de los trabajadores para identificar los factores negativos en el ambiente laboral. Oddone (1987), propone los siguientes principios en los que se basa el modelo:

- La no delegación de la salud: El trabajador debe estar consciente de la importancia de su participación en los temas de su salud. No debe delegar este aspecto a la responsabilidad única del médico, técnico o evaluador de la empresa.

- Experiencia Obrera: Nadie conoce mejor el ambiente laboral en que se desenvuelve el trabajador que él mismo. Por lo tanto, se rescata el carácter subjetivo de las condiciones laborales.
- Grupo homogéneo: se parte de la formación de grupos en los cuales se comparte un mismo tipo de trabajo, situaciones de riesgo, condiciones ambientales, etc.
- Validación consensual: El acuerdo del grupo homogéneo valida el método y los resultados de éste.

En el proceso de evaluación se identifican 4 grupos de riesgo característicos, los cuales representan determinadas consecuencias y se pueden evaluar con determinados instrumentos de evaluación que complementan el reporte subjetivo del trabajador (Tabla 1).

Tabla 1. Grupos de riesgo y/o factores que se evalúan en el Modelo Obrero

GRUPO	COMPONENTE	INSTRUMENTOS DE EVALUACION	EFFECTOS
1º. Gpo. (Se representa en color verde en el mapa de riesgo).	Luz, Ruido, Temperatura, Humedad y ventilación.	Fotómetro, Fonómetro, Termómetro, Higrómetro, Anemómetro.	Lesiones de radiaciones (p.e. cataratas) y lesiones por radiaciones ultravioletas (p.e. daños en retina) daños en el oído, sistema nervioso, circulatorio o muscular, falta de concentración y fatiga.
2º. Gpo. (Se representa en color rojo).	Polvo, gas, vapores, humos radiaciones, vibraciones, otros.	Coniómetros, precipitador electrostático.	Silicosis, asbestosis, saturnismo, benzolismo, etc.
3º. Gpo. (Se representa en color amarillo).	Fatiga estática y dinámica, fatiga fisiológica y patológica.	Gasto calórico.	Accidentes y enfermedades inespecíficas.
4º. Gpo. (Se representa en color azul).	Mecanización, fatiga industrial, ritmos, responsabilidad, posiciones incómodas.	Daño en el sistema músculo esquelético	Úlceras gastroduodenales, colitis crónica u otras enfermedades específicas.

Fuente: Oddone, I. (1987) El modelo obrero. Traducción elaborada en la ENEP Iztacala UNAM, Proyecto de educación para la salud.

Según Villegas y Ríos (1993) para llevar a cabo el análisis de trabajo según el modelo obrero, se siguen cinco pasos:

1. Observación directa: Se realiza un recorrido por las instalaciones y los lugares de trabajo para identificar los factores potencialmente nocivos presentes de acuerdo a la clasificación de los grupos de riesgo propuestos.
2. Formación del grupo homogéneo: se organiza a los trabajadores de tal manera que se realice una discusión colectiva de las condiciones y factores nocivos.
3. Recolección de la información con un cuestionario: se contesta el instrumento de manera consensuada analizando los factores, condiciones y proceso de trabajo.
4. Cuantificación de datos bioestadísticos mediante la medición y registro de factores nocivos y lugares donde se encuentran, además de ausencias, incapacidades, accidentes, muertes, enfermedades, rotación, etc.
5. Elaboración de mapa de riesgo: se trata de representar de manera gráfica los efectos nocivos a la salud y los efectos más frecuentes y se simbolizan con colores. Esta es la base para tomar acciones concretas.
6. Acciones concretas: Con base en el mapa de riesgo y su interpretación se negocian las modificaciones tanto en normas de seguridad como en acciones relacionadas con la propia tarea.

Cabe mencionar que todos los pasos llevan implícito la validación consensual de los puntos encontrados.

El Modelo Obrero posee la gran virtud de la recuperación de la experiencia subjetiva de los obreros como un primer paso para el reconocimiento de fenómenos de carácter “psíquico” en el lugar de trabajo y sus implicaciones en la salud. Además, es una propuesta con un enfoque de “evaluación-acción” en el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Sin embargo, aunque ha tenido un uso relativo en México, incluyendo algunos intentos en el sistema de transporte colectivo (metro) (Nava e Izco, 1998), no existe documentación alguna que confirme el éxito en su utilidad para trabajadores mexicanos. Se puede pensar que entre los problemas que limitan este éxito se encuentran:

Por parte de los empleadores:

- La falta de un valor trascendental que es la preocupación por el bienestar y la salud de los trabajadores antes que el máximo incremento del capital y la productividad.
- Resistencia ante el principio de “conceder” al trabajador la autonomía y responsabilidad por su propia salud y los controles administrativos que pudieran derivarse de ello.
- Un paradigma resiliente que implica cierto temor ante las reuniones de trabajadores que se pueden prestar a convertirse en asambleas con intereses opuestos a la empresa.

Por parte de los trabajadores:

- Apatía ante los problemas de su salud y poco interés en la delegación de esta responsabilidad a su favor.
- El gran reto que implica la consecución del principio de la validación consensual. Por ejemplo, exhaustivas jornadas pueden ser insuficientes para que el trabajador mexicano llegue a acuerdos concretos, con diferencias que se convierten en personales al final del largo camino de la discusión.
- Aceptación de afiliaciones sindicales obligatorias que no proveen de las cuestiones para los que fueron creados y, por el contrario, amenazan los verdaderos intereses de los trabajadores.

En cuanto a su relevancia teórica-práctica, el modelo obrero significa un importante inicio en la consideración de aspectos sociales y subjetivos en la salud con un enfoque que intentaba, en su origen, trascender de las limitaciones de los paradigmas tradicionales. Es de gran valía la consideración de los aspectos subjetivos de los trabajadores, sus percepciones y su opinión del contexto laboral en el que está inserto; asimismo, el papel importante del trabajador en el proyecto de su salud y bienestar, su participación y autonomía. Aunque con una perspectiva un tanto limitada, se puede pensar que esta metodología implica una relativa consideración de los factores psicosociales y su influencia a la salud, con diversas áreas de oportunidad que deben ajustarse al contexto específico del mundo laboral mexicano.

B) El Método LEST

El método LEST llamado así por el Laboratorio de Economía y de Sociología del Trabajo (LEST) del Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) de Aix-en Provence, Francia, se basa principalmente en el estudio de distintos aspectos de las condiciones de trabajo a partir de la observación directa de un puesto de trabajo (Guelaud, Beauchesne, Gautrat y Roustang, 1981).

A diferencia del modelo obrero, el LEST pretende tener un carácter objetivo en la evaluación de las condiciones de trabajo, lo que para sus autores significa un amplio poder de aplicabilidad con una mínima posibilidad de sesgos.

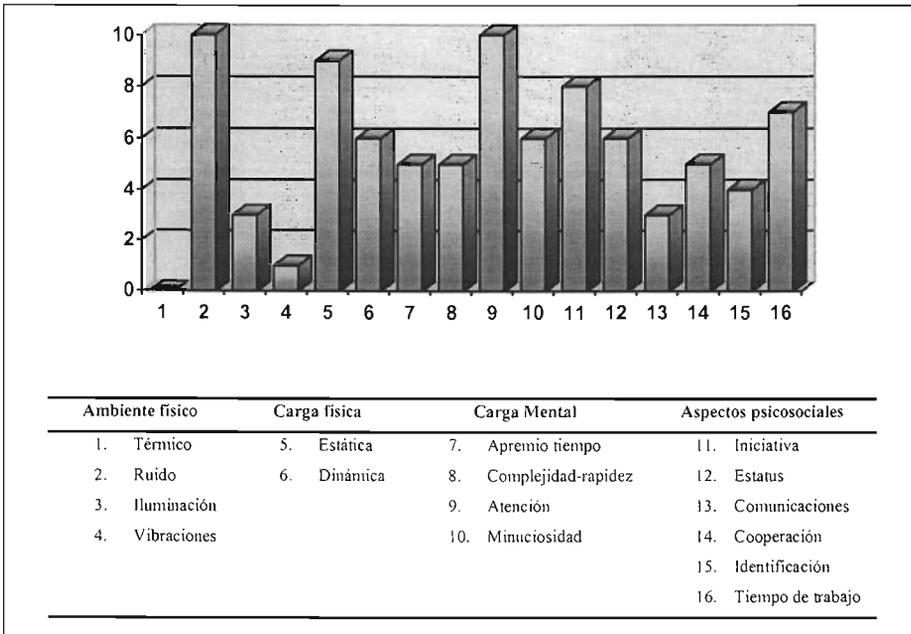
El LEST consta de una guía de observación que permite recoger de un puesto cierto número de informaciones para los distintos elementos que conforman las condiciones de trabajo con el fin de elaborar un diagnóstico. El método permite evaluar:

- 1) El ambiente físico del trabajo: Temperatura, ruido, iluminación y vibraciones.
- 2) La carga física de trabajo: Posturas, carga dinámica.
- 3) La carga mental: Apremio de tiempo, complejidad-rapidez, atención, minuciosidad.
- 4) Aspectos psicosociales: Iniciativa, estatus social, comunicación, cooperación, identificación del producto y tiempo de trabajo (duración de jornada, pausas).

De esta forma, el LEST establece un diagnóstico con base en estas categorías y sobre la base de normas existentes, los autores han establecido un puntaje para cada elemento considerado con las siguientes categorías: situación satisfactoria (0,1,2), molestia débil (3,4,5), molestia media, riesgo de fatiga (6,7), molestia importante, fatiga grave (8,9) y nocividad grave (10).

El conjunto de los datos recogidos, después de haber sido transformados en puntaje, se representa bajo la forma de histograma:

Fig. 2. Histograma del Método LEST. Ejemplo de análisis de un puesto



Novick (1993) señala algunas ventajas y desventajas del método LEST, entre las primeras, destaca:

- Es un método que permite una gran objetividad en la recolección de datos, ya que son tomas de forma directa.
- Permite tener en un solo histograma el espectro general de las condiciones objetivas de trabajo.
- Cada factor es analizado desde un conjunto de variables donde la exigencia de la tarea desempeña un papel central.
- Propone una guía original e inicial de carga mental y aspectos psicosociales en comparación con otros métodos.

Como críticas señala:

- Los parámetros así como los límites de tolerancia, en el modelo se asumen como estáticos, cuando se encuentran en permanente cambio.
- Existe un desconocimiento de la suma de los efectos de cada factor, o sea la carga que produce la totalidad de exigencias combinadas sobre el individuo
- Puede existir una atención excesiva sobre estos aspectos específicos en los puestos de trabajo descuidando otros (aspectos de la organización y el contexto general).

- Puede subestimar o sobreestimar las diversas exigencias en función de las estrategias que cada trabajador desarrolle para reducir tales exigencias en su puesto.
- Dificilmente aplicable a situaciones de trabajo más complejas (trabajo no operativo).

En general, el método LEST ha tenido una relevante aplicabilidad en México (Monroy, 2002) y varios países de Latinoamérica. Hasta el momento, muchos departamentos de seguridad e higiene lo utilizan dentro de sus funciones cotidianas con gran frecuencia.

El método LEST se caracteriza por el inicio de una etapa fundamental en donde se trató de incorporar los elementos psicosociales y mentales del trabajador. El método propone descomponer estos elementos en las variables enumeradas dentro de las categorías de “aspectos psicosociales” y “carga mental” con objeto de tener al fin, una medición de tales variables. Innegable el enfoque ingenieril que corresponde a las mediciones tan limitadas de tales dimensiones. Es una interesante propuesta que procura “objetivizar” estas mediciones, aunque por tratarse de variables psicosociales y su fuerte substrato subjetivo, se podría pensar que “en el método lleva la penitencia”. Grandes áreas de oportunidad tiene el método, que implican el reto de extender su aplicabilidad a masas de trabajadores no operativas tales como médicos, enfermeras, abogados, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales que se caracterizan por las exigencias mentales y psicosociales.

C) El Modelo de Tensión laboral o Demanda/ Control de Karasek (1998).

A diferencia de los modelos anteriormente expuestos, existe un modelo que aunque reconoce la importancia de las condiciones físicas o químicas del trabajo, se enfoca cien por ciento a los aspectos de carácter psicosocial: el Modelo de Tensión laboral, llamado también Demanda/Control o modelo de Karasek. Sin duda alguna, se trata del modelo de factores psicosociales del trabajo de mayor trascendencia en la actualidad por su utilidad y evidencias empíricas en países como E.U., Suecia, Inglaterra, Canadá, Japón, Australia, etc (Karasek, 1998). El modelo de tensión laboral se desarrolló a partir de la tesis doctoral en Sociología de Robert Karasek en 1976 y se basa en la representación de dos factores psicosociales del trabajo, que para el autor, recuperan las características más importantes del medio psicosocial laboral y al mismo tiempo incorporan la visión de las corrientes más tradicionales en el estudio de estos aspectos como son la sociología y la Psicología. Tales variables se refieren a la percepción que tiene el trabajador de dos aspectos específicos del trabajo: las demandas psicológicas o carga de trabajo (cuánto se trabaja) y

una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades (campo de decisión-autonomía y utilización de habilidades).

Fig. 3. Modelo de Tensión laboral o Demanda/ Control de Karasek (1998).



La línea de investigación que ocupa el presente trabajo lleva a revisar esta propuesta por dos razones fundamentales: una empírica y otra teórica, pues se trata del modelo con mayores evidencias empíricas y además es una propuesta que integra eficazmente los enfoques tradicionales para el estudio del estrés laboral resaltando la dimensión social, tal como se define en sus principios:

1. Que las características de la organización social del trabajo, y no sólo los riesgos físicos, producen enfermedades y lesiones;
2. Que las consecuencias relacionadas con el estrés tienen que ver con la organización social de la actividad del trabajo y no sólo con sus exigencias;
3. Que también la actividad social del trabajo afecta a los riesgos relacionados con el estrés, no sólo las características personales;
4. Que la posibilidad tanto de “un estrés positivo” como de “un estrés negativo” puede explicarse en términos de combinaciones de demandas y control

5. Se ofrece un modelo sencillo (con una validez nominal básica) con el cual empezar a analizar la respuesta personal al estrés en el caso de los empleados de comercio, los administrativos y otros trabajadores para los que ésta es una cuestión sensible.

Se han caracterizado ya diversas profesiones en este diagrama, utilizando las características laborales medias de las distintas profesiones incluidas en el Censo de Códigos Profesionales de Estados Unidos, ubicándose en el cuadrante (2) trabajos activos (demanda-control altos) abogados, jueces, médicos, profesores, ingenieros, enfermeras y directivos de todo tipo; en el cuadrante Pasivo (4) figuran trabajadores administrativos como los empleados de almacenes y contables, los empleados de empresas de transportes y el personal de servicios de nivel bajo, como los conserjes. En el cuadrante de mucha tensión (1) figuran los operarios que siguen el ritmo de una máquina, como los montadores, cortadores, inspectores y manipuladores de cargas, camareros, cocineros; aquí son frecuentes las ocupaciones femeninas (costureras, camareras, telefonistas, etc.). En el cuadrante de poca tensión (3) es donde el ritmo lo marca el propio trabajador, como los empleados de reparaciones, vendedores, agricultores, electricistas, naturalistas, etc.

De esta forma el modelo sustenta, entre otras hipótesis:

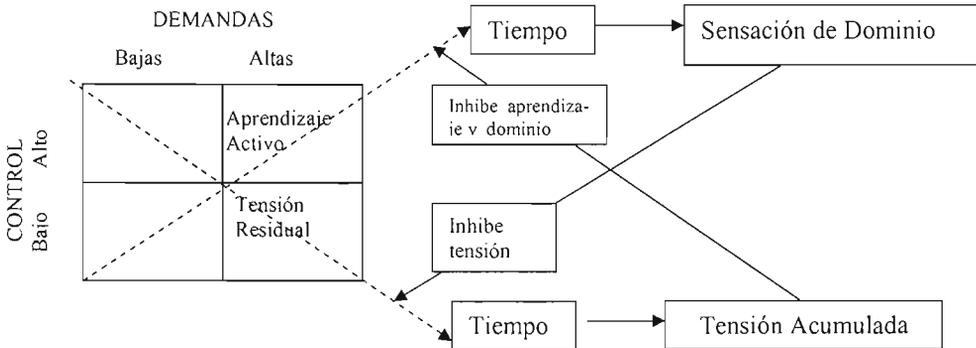
- a) En puestos con poco control y altas demandas se produce una tensión psicológica residual que es duradera y tiene implicaciones directas en la enfermedad. Tal es el caso de los operadores de líneas de montaje.
- b) Fuera de lo que se espera, en el modelo el cuadrante con demandas altas y control altos (característico de los ejecutivos) se da un fenómeno en donde el control alto tiene una influencia positiva sobre la dinámica de los estresores, lo que hace tener un óptimo nivel de rendimiento al tener las “demandas necesarias para el desempeño” y la situación se percibe como una oportunidad para desarrollar nuevos patrones de comportamiento. Así que la tensión en este cuadrante, según el modelo, es moderada.

En un principio el modelo negaba la elaboración de una alternativa a la explicación socialmente conservadora de que los factores básicamente responsables del estrés son la percepción del trabajador o las orientaciones de la respuesta, como lo afirman algunas teorías basadas en la persona (e.g. teoría de afrontamiento de Lázarus y Folkman, 1986); sin embargo, pronto el autor del modelo demanda/control aceptó que a) las percepciones basadas en la personalidad son un

componente importante del proceso de influencia del entorno sobre el individuo y b) hay diferencias duraderas en las respuestas personales al entorno.

De esta forma, Karasek y Theorell (1990) elaboraron una versión del mismo modelo que era temporalmente dinámico, integrado y con base en el entorno y la respuesta:

Fig. 4. Desarrollo de la dinámica entorno/persona en el modelo Demanda / Control (Karasek y Theorell, 1990)



Como se observa en la fig. 4, la perspectiva de la personalidad es global y con base en el ambiente, en donde los dos mecanismos dinámicos que ligan a la persona y el ambiente requieren de dos orientaciones de respuesta personales que resultan de una exposición ambiental acumulada y que los autores las denominan como las dos categorías generales de personalidad: la sensación de dominio (que inhibe la tensión) y la tensión acumulada (que inhibe el aprendizaje). En el caso de la sensación de dominio, surge de una exposición acumulada de situaciones de trabajo activas y después de su conformación, ésta modera la afectación de los estresores en la respuesta de tensión, por otro lado, el caso de la tensión acumulada, surge luego de una exposición crónica de situaciones de tensión, y ésta inhibe el aprendizaje y consecuente desarrollo de estrategias funcionales de afrontamiento.

De esta forma, aunque para el modelo se conciben respuestas personales ante el estrés, éstas siempre estarán determinadas en última instancia por el entorno. Por esta razón, el modelo se ubica en esta sección que refiere a modelos con un enfoque basado en tensionantes psicosociales del contexto antes que de la persona.

Por otra parte, Johnson (1986, en Karasek y Theorell, 1990), pensó insuficiente abordar los fenómenos sociales del trabajo con la variable libertad de decisión y consideró que una de las esferas altamente necesarias para el análisis psicosocial laboral y su influencia en la salud corresponde a las relaciones interpersonales dentro del medio laboral: el apoyo social. De esta forma realizó un estudio en el que demostró que el apoyo social mejoraba las predicciones de nuevos casos de enfermedad cardiovascular, en comparación con la sola consideración de las demandas y la libertad de decisión. Otros estudios han confirmado estos hallazgos (Karasek, 1998, Schnall, Belkic, Landsbergis y Baker, 2000)

De esta forma y con base en evidencias empíricas, el apoyo social fue una variable que se consideró importante incluir en el modelo de tensión laboral y por ello su necesaria ampliación añadiendo una tercera dimensión (Karasek y Theorell, 1990)

Por apoyo social laboral, Karasek y Theorell (op. Cit) se refieren a los niveles generales de ayuda que están disponibles en las interacciones sociales en el trabajo (compañeros de trabajo y supervisores). Aunque resulta complejo definir los mecanismos por los cuales el apoyo social laboral afecta el bienestar de los trabajadores, en el modelo se considera un papel directo y principalmente moderador.

Así, la hipótesis básica consiste en que los puestos de trabajo con grandes demandas y escaso control – y también un escaso apoyo social- son los que mayor riesgo de enfermedad presentan; suposición que se ha probado empíricamente con éxito en diversos estudios con enfermedad crónica (ver: Karasek y Theorell, 1990). Es así como podemos caracterizar las ocupaciones con mayor y/o menor riesgo para la salud:

Tabla 2. Características psicosociales con distinto riesgo ocupacional según el Modelo de Tensión laboral.

<i>Característica</i>	<i>Riesgo a la salud</i>
Demandas altas	Muy Alto
Control y apoyo social bajos	(Trabajos de tensión alta)
Demandas bajas/moderadas	Baja
Control y apoyos social altos	(Trabajos de tensión baja)

En los últimos años ha habido, más que nunca, diversas investigaciones que confirman la hipótesis de este modelo (ver Schnall, 2005), por citar algunas, en cuanto a distintos índices que reflejan el estado de salud de los trabajadores se encuentran en relación con: Síntomas de desórdenes musculoesqueléticos (Skov y cols., 1996; Engström y cols., 1998; Deveraux, 1999), ausencias por enfermedad (Niedhammer y cols, 1998;), enfermedades cardiovasculares y riesgos coronarios (Theorell, 1993; Orth Gomer & Schneiderman, 1996; Theorell y Karasek, 1996), Trastornos de sueño (Theorell y cols., 1995) Enfermedades y salud en general (Petterson & Arnetz, 1997; Doncevic y cols., 1998; Levi, 1998; Akker y cols., 2000;), incluso la muerte (Michie & Cockcroft, 1996). Asimismo, ha recibido ya este modelo algunas sugerencias críticas (Soderfeldt, 1996). En México, existe un estudio donde se demostraron distintos tipos de validez del modelo en trabajadoras de una maquiladora en Sonora (Cedillo, 1999).

Se puede pensar que existen algunos elementos importantes a rescatar del modelo:

- Presenta variables básicas, específicas y claras en su conceptualización y medición, lo que lo hace un modelo altamente parsimonioso y muy práctico.
- Ofrece hipótesis claras que se dirigen a efectos negativos y positivos de la salud.
- Brinda distintas posibilidades a nivel de intervención, pues no sólo las centra en el individuo, sino en la organización del trabajo y el diseño de puestos.
- Representa evidencias empíricas importantes en todo el mundo, lo que puede representar la universalidad de sus variables.

Dados los antecedentes, en este trabajo se recupera la teoría de este modelo como eje de análisis, sin dejar de reflexionar aspectos como los siguientes:

- Contempla algunas orientaciones generales de respuesta (personalidad), no obstante, lo hace bajo un paradigma que las conceptualiza como determinadas (principalmente) por el contexto social de la organización del trabajo y no deja ver la posibilidad de que variables de personalidad o afrontamiento existan independientemente de tal contexto, es decir, es un modelo sociológico más que psicológico.
- Determina como agentes psicosociales centrales a las demandas, el control y el apoyo social en el trabajo. No obstante, es ambicioso delimitar el mundo psicosocial laboral en tres únicos elementos, es necesario un enfoque más amplio que incluso, contemple estresores psicosociales de contextos culturales particulares y no sólo “universales” como lo son las demandas y el control.

1.3. Modelos y variables basados en un enfoque de tensionantes psicosociales personales.

Es aquí donde a disciplina de la psicología de la salud juega un papel importante, pues ha permitido identificar ciertos factores de carácter individual que contribuyen al proceso de salud-enfermedad. Se abordarán como aproximaciones psicosociales basadas en un enfoque personal-individual, aquellas que se caracterizan por considerar que en las alteraciones de la salud existe un papel esencial determinado por un programa psicobiológico personal, de historia de aprendizaje, de percepción y de recursos de afrontamiento individuales que, independientemente del entorno, definen en buena parte el estatus de salud, por lo que no coinciden con cualquier generalización que vaya mas allá del nivel de la variación individual. A continuación se describen las variables psicológicas personales más documentadas por su relación con la salud.

A) Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad

Son las variables psicológicas personales más estudiadas en relación a su influencia en la salud (principalmente cardiovascular), independientemente del entorno. Desde los estudios de Friedman y Rosenman (1974) se definió al patrón de conducta tipo A como un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica e incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, y si es necesario, contra la oposición de cosas o personas.

Este patrón conductual está constituido por una serie de conductas entre las que se observan: excesiva competitividad, esfuerzos por realizar muchas tareas, agresividad, urgencia de tiempo, aceleración de actividades comunes, no buscan descansar, hostilidad, hiperalertas, explosividad al hablar, tensión de músculos faciales, lucha contra el tiempo, insensibilidad al ambiente; además estos sujetos son ordenados, bien organizados, autocontrolados, autoconfidentes, prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión, no se distraen fácilmente mientras trabajan y son incapaces de relajarse (Reynoso & Seligson, 1997).

Los sujetos “tipo A” a diferencia de los “no A” muestran una tasa cardíaca más elevada, mayor tensión arterial (sistólica y diastólica), incremento en la conductividad de la piel, mayor secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos, ya sea durante la entrevista clínica o durante tareas de tiempos de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados en

pruebas de desempeño psicomotor, en el test de agua fría y en general, en circunstancias que representen retos para estos sujetos (Reynoso, Alvarez, Tron, de la Torre & Seligson, 2002).

La evidencia más fuerte de la relación del patrón de conducta tipo A y la enfermedad cardiovascular fue la investigación en el *Western Collaborate Group Study* en 1961, donde los doctores Meyer Friedman y Ray Rosenman examinaron mediante entrevistas, ciertos patrones conductuales de 300 hombres adultos considerados sanos, alrededor de la mitad de estos hombres manifestaron conductas “tipo A”. Ocho y medio años después, los autores encontraron un índice de enfermedad cardíaca de más del doble en los “tipo A” que los “no A” (Charlesworth & Nathan, 1984). Esta investigación fue el inicio de una larga cadena de estudios que lograron demostrar la relación entre el patrón de conducta tipo A y la enfermedad cardiovascular (Edwards, 1991) y por ello, organismos como la *American Heart Association* (1981) han llegado a considerar este patrón como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial.

En nuestro país se han elaborado estudios longitudinales donde se presume este patrón desde la infancia e incrementa conforme el niño va creciendo (Tron y Reynoso, 2000). No obstante, al parecer los Mexicanos no nos caracterizamos por ser individuos Tipo A, pues en estudios hechos de este patrón conductual en nuestro país, revelan apenas entre el 6% y el 10% de sujetos que podrían clasificarse como “clásicos tipo A” de las muestras totales (Reynoso et. al, 2001), en comparación con otras naciones altamente industrializadas, en donde incluso es difícil encontrar un número suficiente de sujetos no “A” para investigación (Glass en Karasek y Theorell, 1990). Resulta importante señalar que, un sujeto A “clásico”, significará un individuo con altas puntuaciones en todas las dimensiones que incluyen tal constructo sean competitividad, hostilidad, impaciencia, etc.; empero podemos encontrar sujetos con altas puntuaciones en una o dos únicas dimensiones de este constructo, y aún no representando a los sujetos tipo A “clásicos”, cualquiera de estas dimensiones en puntajes elevados podría representar un elemento de la personalidad vulnerable a la enfermedad.

A este respecto diversos autores aseguran que mientras que los resultados de múltiples estudios indican que el patrón de conducta tipo A es un fuerte predictor independiente de la mortalidad por enfermedad del corazón, investigación alterna y subsecuente ha fallado para sostener estos hallazgos (Hellriegel, Slocum, & Woodman, 1999; Byrne, 2000; Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000). Edwards (1991) plantea que dichos resultados contradictorios se explican por la

multidimensionalidad del constructo del patrón A, que es lo que dificulta su estimación respecto a sus efectos a la salud, por lo que propone abandonar las medidas globales a favor de las medidas específicas de los componentes del patrón, pues no se puede asumir como un constructo unidimensional.

A partir de los hallazgos de multidimensionalidad del Tipo A, diversos autores decidieron realizar estudios diferentes de los diversos componentes del mismo, tratando de determinar si algún factor era más importante que otro (Jenkins, Zyzanski & Rosenman, 1978; Landy et al, 1991; Wright et al, 1994).

Recientemente se ha demostrado que de los componentes que integran el complejo constructo tipo A, la variable hostilidad ha emergido como el posible factor de riesgo mayormente predictivo, importante y determinante para la enfermedad cardiovascular (Williams & Williams, 1993; Byrne, 2000; Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000). Asimismo en México, Juárez, Frías y Reynoso (2002) comprobaron en un estudio con trabajadores administrativos que la variable hostilidad fue la única de todos los componentes del tipo A que obtuvo asociaciones estadísticas significativas con síntomas somáticos de enfermedad.

De esta forma, se puede suponer que más que la simple posesión del factor de riesgo (en este caso el tipo A), se puede obtener un poder predictivo clínico mayor si se analizan las relaciones específicas de los componentes del patrón y si éstos ocurren en combinación con otros factores psicosociales del entorno, como puede ser un ambiente ocupacional frustrante, o un trabajo con escaso control y excesivas presiones (e.g. modelo de tensión laboral de Karasek). A este respecto, Lázarus y Folkman (1986) mencionan que uno de los aspectos con los que interactúa este patrón afectando a la salud es el control sobre la situación que siempre busca el sujeto "A" y que lógicamente no siempre obtiene, por lo tanto lo hace sensible a los efectos negativos en la salud. Interesante argumento del que no se encontró algún estudio y, por tanto, surgen preguntas del efecto en la salud que produzca la combinación de variables como la hostilidad y la falta de control tal y como se conceptualiza en el modelo de tensión laboral, analizando sus posibles interacciones.

Por otro lado, no se puede asumir que todos los componentes del Tipo A de conducta son patogénicos o negativos, pues variables como el locus de control interno, la autoeficacia, el involucramiento en el trabajo o la motivación al logro son también elementos característicos de este patrón. Valencia (1998), diferencia a los sujetos tipo A en aquellos que poseen una ambición

saludable (funcional) y aquellos que tienen una competitividad mal ajustada (disfuncionales). En su aspecto positivo, se han realizado investigaciones del patrón A de conducta en ejecutivos mexicanos, encontrado relaciones de éste con estilos de dirección altamente funcionales y eficaces, y con modelos de efectividad organizacional considerados como más productivos (Torres, 1992; Martínez, 2001). De este modo, como lo afirma Reynoso et. al., (2002): “Así pues, el patrón conductual tipo A contiene tanto componentes benignos como otros predisponentes a la enfermedad coronaria, que necesitan ser diferenciados y evaluados separadamente” (P. 63).

Por otra parte, es indispensable recuperar la dimensión de la percepción individual, que refiere a un proceso cognitivo de respuesta ante situaciones de exigencia externa. La categoría más utilizada para el análisis de este proceso ha sido denominada “estilos de afrontamiento”, motivo del siguiente apartado.

B) Estilos de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se presenta como ejemplo de un elemento activo transaccional de la personalidad desarrollado recientemente. Según la teoría de Lazarus y Folkman (1986), el Afrontamiento (Coping) se define como: *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*. El afrontamiento sirve para dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Además, los autores desarrollan una escala donde contemplan 8 variables (tipos) en el proceso de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidance, planificación y reevaluación positiva.

Dentro de los aportes más importantes de este modelo es que se consideran los procesos de afrontamiento desde una óptica distinta, más dinámica, menos disposicional, más interaccionista y transaccional (Buela y Caballo, 1991).

En el contexto “demandas del entorno - respuesta del individuo”, el concepto de afrontamiento tiene un lugar insustituible y necesariamente considerable. Actualmente, en el ámbito teórico, resulta imposible hablar de estrés omitiendo el concepto de afrontamiento. Sin embargo,

sigue habiendo controversia en el concepto y acepción del concepto, pues algunos lo ubican como un aspecto más disposicional y lo llaman “rasgo” y otros lo ubican como un estilo más momentáneo y contextual (Schwartz, Neale, Marco, Shiffman y Stone 1999).

Lazarus y Folkman (1986) han enfatizado que el afrontamiento se debe observar como un proceso contextual y dinámico y no como un elemento disposicional o de “rasgo estable” y plantean: “Si la determinación de los rasgos de afrontamiento permitiera predecir lo que realmente hará el individuo para afrontar determinadas situaciones estresantes, la investigación sería algo sencillo puesto que todos los intentos y propósitos de un individuo quedarían determinados por sus rasgos.....la labor (de afrontamiento) requiere de todo un conjunto de estrategias cuya complejidad no puede ser captada por una medición unidimensional.....no hay más remedio que recurrir a la evaluación directa de las conductas de afrontamiento y la forma en que cambian, a medida que lo hacen las demandas de la situación y las evaluaciones que el individuo hace de ellas” (Pp.151-153).

Además de la teoría de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) existen algunos otros modelos que contemplan otras dimensiones de afrontamiento aparte de las tradicionales centradas en la emoción y centradas en el problema, considerando dimensiones como estrategias de aproximación, de evitación, de negación, comportamental, cognitiva, solución de problemas, búsqueda de apoyo, etc. Pudiendo encontrar cientos de dimensiones propuestas (Omar, 1995).

Sobre lo que mayormente no existe disenso es que las estrategias de afrontamiento son estilos orientados a cambiar la representación subjetiva de los elementos objetivos inherentes a una situación amenazante; que constituyen clases comportamentales que pueden ser combinadas dentro de estrategias de orden superior y que las personas pueden ser distinguidas en función del empleo habitual de una u otra clase de estrategias en situaciones de amenaza.

Sin embargo, en la vida real las reacciones individuales a la amenaza están organizadas generalmente como actos de afrontamiento complejos y pueden ser definidas como la capacidad adaptativa individual, la cual necesariamente está influida por modos de actuar y de pensar específicos de la persona en ese contexto, es decir, las estrategias de afrontamiento están determinadas por elementos del entorno y también de la persona, sus formas de ser y actuar en ese entorno, constituyendo un factor de potencial importancia en la relación estrés- salud-enfermedad.

Por ejemplo, Omar (1995) ha demostrado el carácter predictivo de la asertividad en la utilización de estrategias de afrontamiento como el apoyo social y la no-evitación. En México, Góngora y Reyes (2000) han demostrado la relación significativa entre estrategias de afrontamiento y el locus de control, este último se refiere a la percepción de la contingencia de los sucesos de sus vidas en relación a cuestiones internas (locus interno) o debidas a la suerte, el destino, Dios u otros (locus externo), así encontraron que las estrategias evasivas se asocian al rasgo locus de control externo, mientras que las estrategias directas revalorativas se asocian al locus de control interno.

Aunque de forma poco clara, distintos autores están de acuerdo en que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (directas) pueden estar relacionadas a la salud, mientras que las centradas en la emoción (evasivas) están mas relacionadas con la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986; Omar, 1995; Laborín y Vera, 2000

Aunque dentro de la categoría de estilos de afrontamiento resulta clara la importancia de la apreciación subjetiva de las exigencias externas, también resalta la necesidad de considerar la apreciación subjetiva de las propias capacidades que se poseen, elemento estudiado bajo el concepto de autoeficacia.

C) Autoeficacia

Respecto a la *autoeficacia percibida*, ésta refiere a la creencia de que uno puede lograr un objetivo propuesto o ejecutar un comportamiento de manera exitosa. Se basa en la confianza de que uno puede cumplir las exigencias que conlleva el logro de un objetivo. Según Bandura (1997) nos autoevaluamos de acuerdo al nivel de proximidad que hemos alcanzado en el logro de una meta. El individuo que tiene una historia que ha cosechado muchos triunfos o éxitos, probablemente establecerá metas más elevadas que el que ha fracasado repetidas veces. Nos encontramos motivados a perseverar en una tarea, en la medida que nos creemos capaces para lograr la meta, es decir, en la medida que creemos que nuestro esfuerzo será útil.

De acuerdo con Bandura (1997) las creencias de autoeficacia están constituidas de cuatro fuentes principales de información: 1) experiencias activas de maestría, que sirven como indicadores de capacidad; 2) experiencias vicarias, las que alteran las creencias de eficacia mediante la transmisión de competencias y comparaciones con otros; 3) persuasión verbal y otros tipos de

influencia social, de que uno posee ciertas capacidades y 4) estados fisiológicos y afectivos de los cuales la gente juzga parcialmente sus capacidades, fortalezas y vulnerabilidad a la disfunción.

De esta forma, las creencias de autoeficacia contemplan no sólo el ejercicio de control sobre las acciones y el entorno, sino también la autorregulación de procesos de pensamiento, motivación y estados afectivos y fisiológicos personales e independientes del contexto. Por ello, la percepción de la autoeficacia representa un importante papel en la consecución de las metas, en sentimientos depresivos, sentimientos positivos, la salud y por supuesto, en el estrés (Schwarzer, 1992; Bandura, 1997; Aramburu y Guerra, 2001;).

Por otra parte y con base en lo expuesto en los últimos apartados, surge la siguiente interrogante: ¿sería posible pensar en la integración de ciertas variables psicológicas que posibiliten la conformación de una “personalidad resistente”? Actualmente existe una aproximación que ha buscado esta posibilidad y que dio origen al constructo que lleva el nombre de “resistencia”, motivo del siguiente apartado.

D) Resistencia (Hardiness)

Los estudios de Hardiness o Personalidad Resistente se vinculan fundamentalmente a Kobasa (1979) que ha definido esta variable como aquella actitud básica de una persona ante su ambiente que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder a los retos:

- El compromiso hace referencia al grado en que el sujeto se involucra en las situaciones en las que está implicado, la capacidad para creer en la verdad, importancia e interés del valor de lo que uno es y está haciendo y por lo tanto, la tendencia a comprometerse en las diferentes situaciones del trabajo, la familia, las relaciones interpersonales.
- El control hace referencia al grado en que el sujeto está convencido de poder intervenir en el curso de los acontecimientos, a la tendencia de creer que uno mismo influye en los eventos y resultados de sus acciones, minimizando las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros y buscando explicaciones sobre el porqué de los hechos, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar o del destino; se refiere al concepto de “locus de control interno” propuesto por Rotter (Lefcourt, 1991). De hecho, se ha

encontrado en múltiples estudios un papel relevante de esta sola variable en la salud y bienestar (Reich y Zautra, 1997; Leung, Siu y Spector, 2000; Laborín y Vera, 2002).

- La disposición al reto refiere al grado en que el sujeto percibe que las situaciones complicadas son una oportunidad para crecer y para desarrollarse más que percibir las como una amenaza para la seguridad, además involucra el buscar nuevas experiencias y aproximarse a ellas con flexibilidad cognitiva.

Kobasa (op.cit) en su estudio de seguimiento por tres años en un grupo de ejecutivos estresados, encontró que la probabilidad de enfermar fue mayor en los ejecutivos que no poseían una personalidad resistente (compromiso, control y disposición al reto) en contraste con aquellos que sí presentaban esta característica. Diversos estudios han puesto de relieve que elevados niveles de las tres características correlacionadas: compromiso, control y reto, influyen de forma positiva en el manejo del estrés y la conservación de la salud en general (Kobasa, Maddi y Courington, 1993; Ouellette, 1998).

No obstante, actualmente existen controversias sobre la estabilidad de este constructo, su estructura teórica y psicométrica, de tal forma que hallazgos subsecuentes no han podido sustentar la hipótesis de esta teoría en relación con el estrés y la salud (Jennings y Staggers, 1994; Green y Nowack, 1995; Benishek y Lopez, 1997; Ouellette, 1998).

Con estos hallazgos recientes, se puede observar que la teoría de la personalidad resistente es débil, aunque puede significar el comienzo de una buena aproximación que necesita una reconstrucción teórico-conceptual que rescate la importancia de la vulnerabilidad psicológica individual ante el estrés y la salud.

E) Factores Generales de Personalidad y Salud

¿Qué otras variables individuales o rasgos personales están asociados con el bienestar y la salud de los trabajadores?, ¿existen “clasificaciones” o tipos generales de personalidad que integren estas diferencias o rasgos individuales que pudieran representar la diversidad humana?, ¿cuáles de estos tipos generales de personalidad están relacionados con la salud de los trabajadores?.

Evidentemente existe la posibilidad de que otros rasgos o patrones de comportamiento individuales pueden estar relacionados con la salud, pero existen tantos tipos o rasgos como

palabras para describir a una persona. El número y la variedad de características o dimensiones específicas de la personalidad que han contemplado las aproximaciones clásicas en este terreno son sorprendentes. En las últimas décadas se han identificado, nombrado y examinado miles de características, las cuales han llegado a denominarse “rasgos de personalidad”. Sin embargo, en la actualidad hay una creciente necesidad de los investigadores de identificar factores generales que describan la personalidad total. Estos factores generales suponen una estabilidad de la personalidad del individuo en diversos contextos, por ello se han considerado como elementos estables y generales.

De acuerdo con Allport (1963) la personalidad se define como: “la interacción dinámica de los mecanismos biopsicológicos que determinan la particular adaptación del individuo a su ambiente”. (cit. por Arias y Heredia, 1999). Por ello, se puede pensar que estas diferencias individuales son cruciales en el proceso salud- enfermedad. Pero, ¿cuáles y cuántos factores de personalidad existen?

En diversos desarrollos recientes se ha mostrado que la integración total de la personalidad en los seres humanos se conforma de sólo cinco factores, creando así el modelo de la teoría de los Cinco Grandes (Big Five) (Hellriegel y cols., 1999), el cual ha recibido grandes críticas, pero también fuertes apoyos (Borkenau y Ostendorf, 1997; Soldz y Vaillant, 1999).

El modelo de los 5 factores es de inspiración factorial de los desarrollos de Cattell y es, según Uribe (1998), uno de los modelos más fuertes, estables, útiles y capaces de ser desarrollados para la investigación. Según este autor, los 5 factores fueron inicialmente propuestos por Norman (1963) y considerados intensamente para investigación por Goldberg (1981). Estos factores son los siguientes:

FACTOR 1. EXTROVERSION/INTROVERSION. Esta dimensión se refiere a la facilidad de una persona para establecer relaciones interpersonales, implicando adjetivos propios de la cultura mexicana tales como: Introverso-Extroverso; Callado-Parlanchín; No entusiasta-entusiasta; Tímido-Aventado; Insociable-Sociable.

FACTOR 2. AGRADABILIDAD/DESAGRADABILIDAD. Esta dimensión se refiere a la tendencia que una persona tiene a ser aceptada por los demás. Incluye adjetivos como: Frío-Cálido; No cooperativo-Cooperativo; Dificil en su trato-Político; Inflexible-Flexible.

FACTOR 3. CONSCIENCIA / INCONSCIENCIA. Esta dimensión se refiere a la tendencia de una persona por ser responsable ante sus compromisos personales y sociales. Incluye adjetivos como: Desorganizado-Organizado; Irresponsable-Responsable; Flojo-Trabajador; Descuidado-Cuidadoso.

FACTOR 4. ESTABILIDAD EMOCIONAL. Esta dimensión tiene que ver con un grado determinado de **neuroticismo**. Incluye adjetivos como: Tenso-Relajado; Envidioso-No envidioso; Inseguro-Seguro; Inestable-Estable.

FACTOR 5. INTELECTUALIDAD. Esta dimensión incluye el grado de apertura de una persona por las nuevas experiencias, otros valores y aceptación de sentimientos diferentes a los propios. Incluye adjetivos como: Tonto - Inteligente; Imperceptivo - Perceptivo; No analítico - Analítico; No imaginativo - Imaginativo; Inculto - Culto.

Existen pocos estudios dentro de este modelo de los cinco grandes en relación con el estrés y la salud. Fogarty y cols. (1999) analizan las correlaciones entre los cinco factores y variables como estrés y satisfacción, encontrando prácticamente nulas correlaciones significativas. Sin embargo, encuentra a la variable “disposición afectiva” en relación altamente significativa con la satisfacción y el estrés. Es necesario observar que reporta una alta correlación entre neuroticismo y disposición afectiva y una correlación menor, pero significativa, de ésta última con el factor extroversión.

De igual forma, en diversos estudios se ha manifestado ya la alta correlación entre afectividad negativa y niveles altos de neuroticismo, considerándolos incluso como sinónimos (Sandín, 1993). Asimismo, se ha demostrado en diversidad de estudios la importancia del neuroticismo y la extroversión como factores disposicionales con relación al estrés y la enfermedad (Furnham, 1992; Omar, 1995; Fogarty, 1999).

En cuanto a las investigaciones de la personalidad en relación con el estrés y la salud laboral, se han encontrado relaciones importantes de ciertos rasgos como el locus de control asociado a distintos niveles de estrés y satisfacción (Leung y cols, 2000); Disposición afectiva con relación al estrés, afrontamiento y personalidad (Fogarty y cols. 1999); también se ha documentado la relación entre personalidad, afrontamiento y burnout (Bárbara, 1988), neuroticismo y su relación con el estrés (Low, 1996; Sinclair y Tetrick, 2000;), la relación entre optimismo y afrontamiento (Lai y Wong, 1998) y estudios de los resultados de pruebas proyectivas en relación con medidas psicofisiológicas (Almirall y Oramas, 2000).

No obstante, los estudios de los factores de personalidad asociados a la salud y seguridad laboral, se estiman aún insuficientes (OIT/OMS, 1984) y sobre todo contradictorios. Respecto a los accidentes de trabajo, Blum y Naylor (1976) toman los estudios de diversos investigadores de los factores de predisposición, que los utilizan como una teoría para explicar el factor humano de los accidentes, concluyen que si bien es cierto que el principio de propensión a los accidentes sostiene que la conducta generadora de accidentes no es un fenómeno aleatorio, tampoco se logra definir ni evaluar sus dimensiones, así como sus elementos constituyentes ni las técnicas para utilizarla de manera práctica. En nuestro país ha habido intentos de relacionar algún factor de personalidad con los accidentes de trabajo de empleados operativos, mediante el uso del MMPI, sin obtener éxito alguno en la confirmación de sus hipótesis iniciales (Hernández y Torres, 1980; Gómez, López y Monroy, 1987)

Por su parte, Furnham (1992) menciona que mientras que los mecanismos no están del todo claros existen algunos modelos o teorías “plausibles y comprobables” que unen la conducta social determinada por la personalidad con los cambios endócrinos e inmunológicos que están directamente relacionados con el estrés y por tanto, con la enfermedad; por consiguiente –dice el autor- no hay duda de que diversos rasgos de personalidad estén implicados en esta extensa variedad de problemas laborales.

Dado lo anterior, es necesario integrar en el modelo de análisis psicosocial los factores generales de personalidad y estudiar su relación con el proceso salud-enfermedad, ya que la dispersión de los estudios realizados recalca la necesidad de conocer cómo se relacionan cada uno de los factores generales con las diversas variables, además que se ofrece la posibilidad de un acuerdo y una convención entre los conceptos sobre la base de teorías de personalidad ya desarrolladas.

1.4. Modelos que incorporan el enfoque del contexto y de la persona.

Actualmente existe una tendencia creciente que incorpora, a diferencia de los modelos anteriores, una aproximación que rescata el papel relevante de dos dimensiones en conjunto en cuanto al proceso salud-enfermedad: 1) el entorno o situación social-laboral y 2) las variables psicológicas o personales. Dichos modelos no hacen un énfasis selectivo en alguna de las dos dimensiones, sino que conciben un rol esencial de ambas, que de manera combinada, influyen en la experiencia de la tensión y el desarrollo de la salud o enfermedad. De esta forma, procuran un enfoque más integral de los factores psicosociales en el trabajo. A continuación se describen, con la misma lógica que lo anteriormente expuesto, aquellos que se han documentado más extensamente en la literatura.

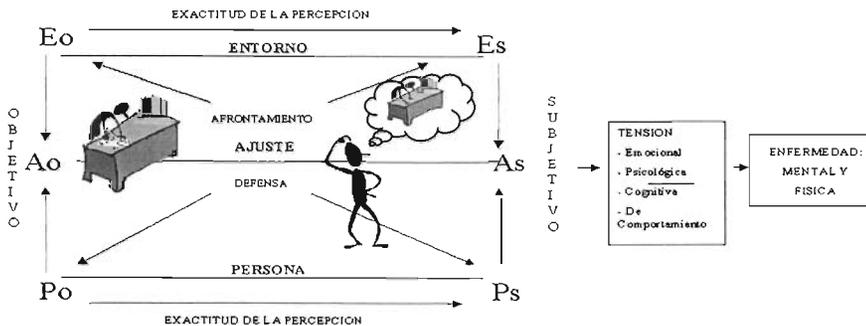
A) Modelo de Ajuste Persona-Entorno

El modelo Ajuste Persona-Entorno (*Person-Environment Fit Theory*) (Caplan, 1998), pretende ofrecer un marco para evaluar y predecir la forma en que las características personales y el entorno laboral determinan conjuntamente el bienestar del trabajador. Un ajuste deficiente puede contemplarse desde otras perspectivas: las necesidades del trabajador (ajuste necesidades-ofertas) y las exigencias del entorno de trabajo (ajuste exigencias-capacidades).

El modelo considera el ajuste subjetivo (As) y objetivo (Ao). El primero se refiere a las percepciones del trabajador y el segundo se refiere a las evaluaciones objetivas (que en teoría no presentan sesgo subjetivo ni error); éstos últimos son medidos cuando son susceptibles a esto.

Fig. 5. Modelo de Ajuste Persona-Entorno (CAPLAN, 1998).

(E=entorno, A=ajuste, O=objetivo, S=subjetivo)



En la figura se representa la forma en que el ajuste objetivo influye en el ajuste subjetivo, el cual, a su vez, tiene efectos sobre la salud. La salud se desglosa en respuestas denominadas tensiones, éstas pueden comportar respuestas emocionales (ansiedad, depresión, etc.), fisiológicas (colesterol, presión arterial, etc.), cognitivas (baja autovaloración, autoestima, etc.), de comportamiento (agresividad, consumo de alcohol, etc.)

Entre las características de la persona (P) figuran tanto necesidades como capacidades. Entre las características del entorno (E) figuran ofertas y oportunidades para satisfacer las necesidades del trabajador y exigencias que se plantean a sus capacidades. Para evaluar el grado en que P es igual (se ajusta), es mayor o es menor que E, la teoría exige que P y E se midan en dimensiones comparables. Idealmente, P y E deben medirse en escalas de intervalos iguales con auténticos puntos cero. Por ejemplo, se podría evaluar el ajuste P-E con respecto a la carga de trabajo en un operador de captura de

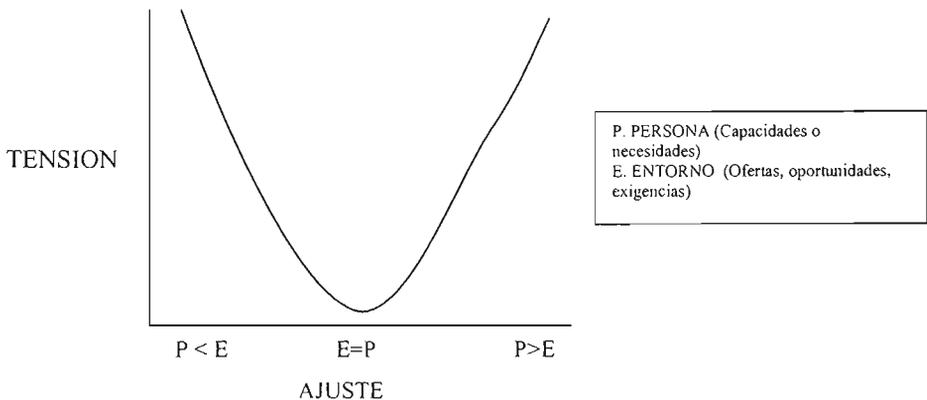
datos sobre la base tanto del número de pulsaciones por minuto que exige esa tarea (E) como el número de pulsaciones del trabajador (P). Los investigadores utilizan con frecuencia otra opción, las escalas de tipo Likert. Por ejemplo, se podría evaluar hasta qué punto el trabajador desea controlar el ritmo de trabajo (P) y cuanto control ofrece la tecnología del puesto (E) utilizando una escala de clasificación, en la que el valor de 1 correspondería a la falta total de control y un valor de 5 para un control completo.

Según el modelo, los niveles y cambios de ajuste objetivo, ya se deban a una intervención planificada o a otras causas, no son siempre percibidos de manera fiel por el trabajador, de manera que surgen discrepancias entre el ajuste objetivo y subjetivo, es decir, un trabajador puede percibir un buen ajuste o un ajuste deficiente cuando objetivamente no es así. Caplan (op.cit) cita a French quien utiliza el concepto de defensas para referirse a los procesos en que los trabajadores distorsionan los componentes del ajuste subjetivo P_s y E_s , sin cambiar los componentes correspondientes del ajuste objetivo P_o y E_o .

El concepto de afrontamiento está reservado a las respuestas y procesos cuya finalidad es alterar el ajuste objetivo y mejorarlo. El trabajador puede tratar de afrontar la situación mejorando las aptitudes objetivas (P_o) o modificando las exigencias y recursos objetivos del puesto de trabajo (E_o), por ejemplo, modificando las tareas o responsabilidades asignadas.

El ajuste PE puede presentar relaciones no lineales con la tensión psicológica, se puede dar ésta en forma de U. El nivel más bajo de tensión psicológica se produce cuando las características del puesto y del trabajador ajustan entre sí:

Fig. 6. Relación grafica entre ajuste y tensión.



Recientemente el modelo ya ha demostrado algunas fortalezas empíricamente, resaltando como variables más fuertes la carga de trabajo excesiva, la complejidad del trabajo, la subutilización de las capacidades, las jornadas extendidas no deseadas y su relación con la satisfacción y el rendimiento laboral (Caplan, 1998).

Principales aportes del modelo Ajuste Persona-Entorno:

- Evidencia un aporte metodológico importante al considerar medidas subjetivas y objetivas.
- Se interesa en el “ajuste” como una medida salutogénica, considerando el papel activo tanto del entorno como de la persona en los dos niveles (subjetivo y objetivo)
- Deja ver las posibilidades de relaciones no lineales entre las variables, como es el caso del ajuste y la tensión en su relación en forma de “U”.

Algunas limitaciones del modelo Ajuste Persona-Entorno:

- Debido a las dificultades que presenta una medición objetiva, en la mayoría de las pruebas de la teoría del ajuste P-E se han utilizado sólo medidas subjetivas de P y E (Caplan, 1998).
- Se percibe metodológica e instrumentalmente difícil su evaluación. Incluso, es poco clara la operacionalización de variables como las llamadas necesidades, capacidades, ofertas, oportunidades, etc.
- Es un modelo esencialmente dirigido a trabajadores operativos cuyas actividades resultan fáciles de medir (por ejemplo, número de pulsaciones, número de piezas, etc.); cuestión que en puestos de mayor nivel jerárquico o en puestos de servicio humano (enfermeras) resultaría más complicado.

B) El Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa DER (Effort-Reward Imbalance, ERI)

Este modelo fue desarrollado por Siegrist (Siegrist y Peter, 2000) con el objeto de explorar los efectos adversos en la salud provocados por los factores psicosociales del trabajo. Este modelo define la experiencia estresante o tensionante en el trabajo como el desequilibrio entre un alto esfuerzo realizado y una baja recompensa recibida.

Respecto a la concepción del componente “esfuerzo” se incluyen dos dimensiones: la extrínseca (las demandas y obligaciones laborales) y la intrínseca (implicación excesiva individual

en el trabajo). En lo relativo al componente “recompensa”, éste toma la forma de 3 “transmisores” socialmente aceptados: a) salario o ingresos; b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción laboral y seguridad en el empleo.

El modelo DER afirma que esta falta de reciprocidad entre “costos” y “ganancias” se asocia a reacciones de tensión en todos los niveles. Tener un trabajo demandante pero con inseguridad de conservarlo, o tener un gran desempeño y altos logros en el trabajo sin posibilidades de recibir un incremento o una promoción son ejemplos de condiciones de alto costo/baja ganancia en el trabajo.

Además, el énfasis que pone el modelo en la recompensa social parece justificado dado que se asume que estas expectativas han quedado impresas a lo largo del proceso evolutivo en las estructuras cerebrales humanas como una “regla” básica del intercambio social, la regla de la reciprocidad y la justicia. Actualmente existe un creciente cuerpo de evidencias acerca del poderoso papel regulador de un sistema cerebral específico que relaciona la motivación y la recompensa con el bienestar personal e interpersonal. Desde esta expectativa, es coherente establecer una conexión entre constructos sociológicos derivados de una “recompensa social deficiente” y la teoría que sustenta la disfunción de la neuroregulación de dopamina y otros neurotransmisores cerebrales (cascade theory of reward) (Fernández-López, Siegrist, Rödel y Hernández-Mejía, 2003).

Por otra parte, el modelo asegura que actualmente muchos trabajadores realizan un alto esfuerzo que es continuo, que sucede debido a que en gran medida se carece de alternativas laborales (gran desempleo) o quien, por razones estratégicas, mantienen una situación laboral desfavorable (sin beneficios) durante un determinado período, lo que expone a los trabajadores a experimentar elevados niveles de estrés laboral, que afectan especialmente a personas con una determinada disposición al desgaste o agotamiento en el trabajo. Esta disposición al desgaste hace referencia a la dimensión de esfuerzo intrínseco que se tradujo como “implicación excesiva en el trabajo” que es un patrón de afrontamiento personal ante las demandas. Siegrist define a la “implicación excesiva en el trabajo” (overcommitment) como un conjunto de actitudes, conductas y emociones que reflejan un esfuerzo excesivo en combinación con un fuerte deseo de ser aprobado y aceptado por los demás. Las personas que se caracterizan por tener “implicación excesiva” exageran sus esfuerzos, dedicación y compromiso en el trabajo más allá de niveles usualmente considerados como apropiados. Un esfuerzo personal excesivo resulta en distorsión perceptual (en particular una subestimación de los retos y una sobrestimación de las propias habilidades), lo cual es motivado por

una subyacente motivación de experimentar una aceptación y aprobación recurrente (Siegrist y Peter, 2000).

De este modo, el DER combina la información contextual o descriptiva de la estructura de la recompensa y de las características del trabajo, con información subjetiva, es decir, de los rasgos y estados individuales-personales de superación del estrés. Contrariamente al modelo de tensión laboral, la predicción de los efectos sobre la salud en este modelo depende de efectos contextuales y personales. Es decir, un contexto laboral estresante predice mucho mejor el riesgo de enfermar si el individuo responde a la situación con afrontamiento crítico o limitado (en este caso implicación excesiva), y si este fenómeno es tenido en cuenta.

En España existen estudios con este modelo en su traducción en castellano, encontrando la validez y efecto esperados (Fernández-López, Siegrist, Rödel y Hernández-Mejía, 2003; Macías, Fernández-López, Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, Rancaño y Siegrist, 2003)

A continuación un esquema que representa el modelo DER:

Fig. 7. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER)



Es importante mencionar que aún en la ausencia del componente intrínseco (implicación excesiva), las condiciones de alto esfuerzo extrínseco y baja recompensa provocan la experiencia estresante, dada la importancia de la reciprocidad del intercambio social. Alternativamente, un esfuerzo intrínseco alto en combinación con una recompensa decepcionante puede producir una experiencia estresante aún en la ausencia del componente extrínseco-situacional.

De acuerdo con Macías et. al (2003) y Schnall. et. al (2000) el modelo DER posee grandes virtudes, entre ellas, que tiene en cuenta los recientes cambios del mundo laboral, que se caracterizan, por una época de globalización, por una elevada inseguridad en el trabajo, una frecuente y forzosa movilidad laboral, la diferencia de beneficios en personal de base y contratados externos, así como una creciente desigualdad salarial (Siegrist y Marmot, 2004). El modelo registra las situaciones estresantes crónicas mediante una conexión entre las cargas relacionadas con el puesto de trabajo y el mercado laboral. Más aún, considera la complejidad de las experiencias estresantes individuales al combinar informaciones individuales específicas con otras relativas a la situación laboral.

Cabe mencionar que las evidencias empíricas del modelo son muy recientes (2003-2004) y se encuentran en expansión, evidencias que incluso, se fueron desarrollando a la par del presente proyecto.

Los modelos anteriormente expuestos se incorporan recientemente a la literatura internacional sobre estrés psicosocial laboral, como modelos clásicos para el estudio e investigación de este tema. No obstante, su difusión y uso es primordialmente en países desarrollados de Norteamérica y Europa.

En Latinoamérica existen también ciertas propuestas que consideran al contexto y a la persona para el análisis de los factores psicosociales del trabajo con evidencias empíricas y aplicaciones, como el Modelo "Ergon" desarrollado en Cuba (Román, 1998) y el Modelo SWS (Social-Work-Self) (Osterman y Gutiérrez, 2000) que se describen brevemente a continuación.

C) El Modelo Ergon.

Román (1998) desarrolla el Modelo ERGON con el trabajo de varios años en la Habana, Cuba y plantea ideas centrales para su concepción:

- a) En un modelo sociopsicológico, el objeto central de conocimiento lo constituye el reflejo subjetivo de la realidad.

- b) Al concebir la relación individuo-trabajo o individuo-individuo debe tenerse en cuenta que el reflejo subjetivo de la realidad no constituye un fenómeno pasivo, sino ante todo es un reflejo activo. El hombre es un hacedor de sus propias condiciones.
- c) La salud del trabajador no sólo se genera o se afecta en el trabajo, sino que guarda una estrecha relación con la vida extralaboral.

En el modelo ERGON se pretendieron 3 cosas: captar el dato de la experiencia subjetiva de las condiciones de trabajo en un sentido amplio (tarea, ambiente físico, organización técnico material, condiciones sociales), experiencia que llamó IMAGEN DEL TRABAJO; reflejar el carácter activo del trabajador ante sus condiciones de trabajo, a lo que denominó DINAMISMO DE LA PERSONALIDAD; contextualizar la actividad laboral y su reflejo subjetivo en el amplio modo de vida del individuo (interfase vida laboral-extralaboral), que nombró DINAMICA MOTIVACIONAL TEMPORAL DEL ESTILO DE VIDA.

En cuanto a la *Imagen del trabajo*, el autor menciona que como imagen subjetiva, es posible distinguir dos aspectos de este reflejo: primero, que es vivido como una cognición, como información acerca de los elementos que lo forman y segundo, se vivencia como relación afectivo-emocional del individuo con su trabajo, y en particular en relación con su salud; de esta manera, el trabajador es capaz de reconocer, por ejemplo, fuentes de ruido, y valorarlas como indiferentes o como nocivas para su salud.

En cuanto al *Dinamismo de la personalidad* se hace referencia a la disposición de la persona a intervenir en la organización o modificación de sus condiciones de trabajo, disposición que se manifiesta en sus acciones y aspiraciones. Se habla de un dinamismo *ACTUAL* (comportamiento manifiesto del sujeto) y un dinamismo *POTENCIAL* (proyectado como aspiraciones y deseos). Sus relaciones recíprocas conducen a la combinación de actitudes de conformidad-inconformidad, activas-pasivas. Conformidad es cuando coinciden las expresiones del dinamismo actual y potencial; esto es: “modifico mis condiciones y aspiro a continuar haciéndolo” o “no modifico mis condiciones ni deseo hacerlo”. Entre ambas se aprecia que la conformidad se alcanza de modo diferente de modo activo o pasivo. La actitud inconforme refleja desacuerdo entre las expresiones actual y potencial del dinamismo. Por ejemplo: “modifico mis condiciones pero no lo deseo”, o “no las modifico y sin embargo, deseo hacerlo”.

Por último, en cuanto a *dinámica motivacional-temporal del estilo de vida* su indicador más usual ha sido el presupuesto de tiempo individual para cada tipo de actividad vital: familiar, laboral, de ocio, etc. El autor del modelo, considerando las condiciones económicas y sociohistóricas de Cuba, ha optado por considerar cinco tipos de actividad vital: la laboral, la familiar, la de participación social, la de mejoramiento de las condiciones de vida y la de recreación y descanso. Se distinguen tres elementos de la *dinámica motivacional-temporal del estilo de vida*:

- a) La *estructura temporal*, identificable con los esquemas de presupuesto de tiempo y que refleja las decisiones o posibilidades del individuo en cuanto al empleo de su tiempo vital.
- b) La *Valoración afectivo-emocional* de las actividades vitales, que se expresan en estados de satisfacción o insatisfacción.
- c) La proyección temporal de la relación del sujeto con sus actividades vitales se formula a través de la *estructura de fines* del sujeto, en la que es posible distinguir las acciones que se propone realizar el individuo en cada área de su vida, o su abstención de hacerlo; los motivos de sus decisiones y la ubicación de éstas en los planos temporales de mediano o largo plazo.

Aunque la propuesta y estructura teórica del modelo trata de ser muy completa, las evidencias empíricas del mismo son muy pocas (Román, 1998, Román y Rodríguez, 1997), ello ocasionado quizá por su ambiciosa perspectiva de carácter ecológico y su difícil viabilidad instrumental (Jorge Román, comunicación personal, Diciembre, 2002).

D) El Modelo SWS de Salud Mental, Estrés y Trabajo.

El modelo teórico SWS (Self, Work, Social) de salud mental, estrés y trabajo, desarrollado originalmente por Ostermann (1989) y modificado posteriormente en 1999 (Gutiérrez y Ostermann (1999a,b), parte de la premisa de que en cualquier punto de la vida de un individuo, el nivel de tolerancia al estrés en el trabajo – o al nivel de estrés incapacitante-, no sólo se ve determinado por los estresores que ocurren en el trabajo mismo, sino también por la intensificación de estresores experimentados en las áreas Organizacional-laboral; Personal <Self> y Social-situacional (Ostermann, 1989):

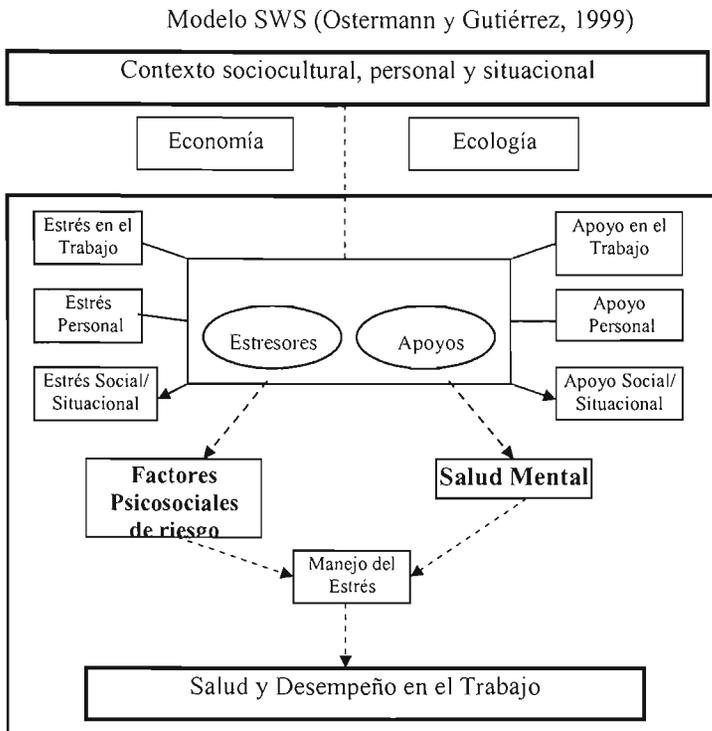
- Laboral-organizacional (TRABAJO), involucra primordialmente la situación proveedora de ingreso;
- Personal, (SELF) se refiere a la constitución personal-familiar y disposición propia;

- Social-situacional, tiene relación con la situación de interacción ajena al trabajo (Situación de no trabajo, tiempo libre, familia y amigos).

El modelo SWS considera variables negativas (de estrés) y positivas (de apoyo) que contribuyen a la Salud Mental y postula que el estrés consiste en el interjuego de factores en las áreas mencionadas.

Sobre la base de una teoría de interacción de factores, se hipotetiza que el estrés de un individuo es una función ponderada de estresores que se disparan o mediatizan a través de factores de apoyo en cada una de esas áreas, es decir, dichos estresores se ven neutralizados por medio de los apoyos, lo que implica que cuando se rompe el balance entre estresores y apoyos, se provoca una situación de riesgo que provoca diversos efectos negativos tanto en la salud mental como en la calidad de vida de las personas.

Figura 8. Modelo SWS



Para operacionalizar este modelo, Gutiérrez y Ostermann (1991,1992) diseñaron el SWS--Survey © que es un instrumento de medición que permite la obtención de evaluaciones separadas de estresores, de apoyos y de la salud mental y consiste en un cuestionario tipo Likert con cinco opciones de respuesta, de 200 reactivos que contempla ocho subescalas de 25 reactivos cada una, donde 50 reactivos se refieren a la Buena Salud Mental y a la Salud Mental Deficitaria (Factores psicosociales de riesgo). Los otros reactivos ilustran aspectos tanto positivos (apoyos) como negativos (estresores): 50 para el área Personal; 50 para el área Organizacional-laboral y 50 para el área social-situacional.

El SWS—Survey ha demostrado que es sensible a las variaciones culturales y puede ser utilizado como una medida estandarizada independiente de salud mental, así como para evaluar el nivel de estrés de los trabajadores (Gutiérrez, R. E., Ostermann, R.F., Ito E., Contreras, C. y Atenco F. 1994). *El SWS—Survey* esta enmarcado dentro de una línea de investigación internacional que está auspiciada por la Federación Mundial de Salud Mental.

Actualmente con el SWS se han hecho la mayor cantidad de estudios de estrés laboral en México, cuenta con baremos para población mexicana y existen diversos indicadores de salud con los que se ha asociado incluyendo indicadores fisiológicos como la tensión arterial, triglicéridos y glicemia capilar (ver Gutiérrez e Ito, 2005).

1.5. Modelos y variables basados en un enfoque de efectos y consecuencias psicológicas (proceso tensionante)

Las aproximaciones psicosociales que se basan en un enfoque de efectos y consecuencias se caracterizan por reconocer un proceso de carácter primordialmente psicológico que es resultado de las condiciones y exigencias generales del trabajo, dicho proceso implica una respuesta compleja que incluye elementos fisiológicos, cognitivos, afectivos y emocionales que en interacción generan un estatus de tensión. No obstante, dicha tensión no sólo posee un carácter negativo, sino también puede significar un aspecto positivo que podría convertirlo en un proceso motivante, esto dependiendo de los elementos antecedentes a dicho proceso. Muy relacionados se encuentran entre sí las variables y modelos desarrollados dentro de esta concepción, a continuación se describen los únicos que se encontraron en la literatura.

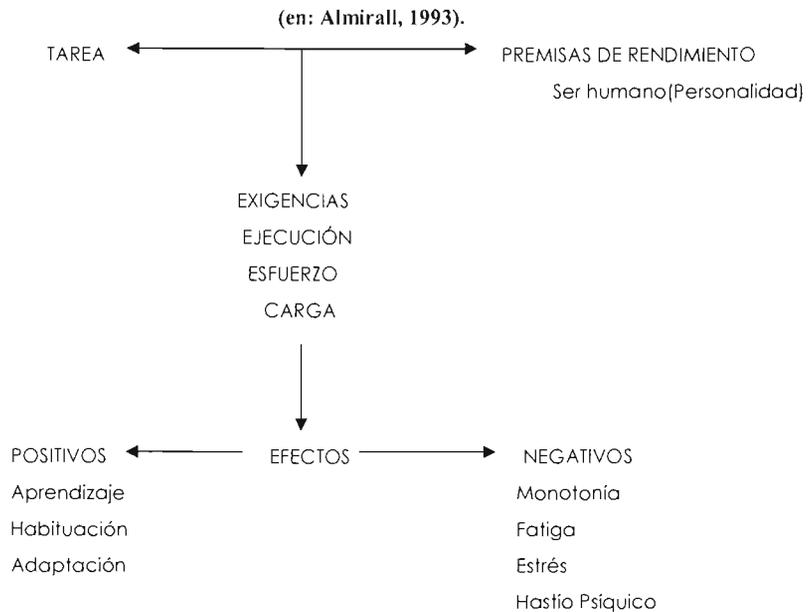
A) Teoría de Efectos Negativos de tipo Psicológico

El concepto de efectos negativos de tipo psicológico del trabajo (EFNP) fue desarrollado por diferentes psicólogos de Europa Oriental y en particular por la llamada Escuela de Dresden, con el Profesor Winfried Hacker y sus colaboradores (Almirall, 1993). Los efectos negativos del trabajo (EFNP) se expresan en una disminución del comportamiento psicofísico, una valoración subjetiva de carácter negativo y una disminución del estado de ánimo. Además repercuten sobre el rendimiento y la productividad, propician fallas y accidentes. No se traducen en datos clínicos, pero presentan un desequilibrio en el estado funcional del individuo, el cual de mantenerse, en muchos casos desencadena la enfermedad. De acuerdo con el autor, parte de la génesis de algunas enfermedades son los efectos negativos del trabajo, aunque en la mayoría de los casos, éstos afectan al ser humano sin traspasar el umbral de la enfermedad. Levi (1998) ha planteado que inicialmente una respuesta psicológica negativa de tensión origina elementos precursores de enfermedad, que más tarde se convierten en enfermedad como tal.

Al respecto, Almirall (1993), define a los EFNP como efectos no deseados, que se reflejan en la eficiencia y los estados de ánimo del trabajador; se manifiestan durante y después del trabajo, expresándose en los diferentes niveles funcionales del trabajador. Los efectos negativos están en estrecha relación con la personalidad, la percepción del mundo, las capacidades y habilidades del individuo. En su carácter temporal éstos se pueden presentar : a) de forma Instantánea; b) a corto plazo, cuando se evalúan los resultados del trabajo en períodos relativamente cortos; una jornada, parte de la misma o períodos de una semana; y c) a largo plazo, son los efectos que se reflejan en el transcurso de una actividad laboral mantenida por años.

Un intento de enunciar un modelo teórico y lógico que explique las relaciones y diferencias entre los conceptos fundamentales para el estudio y valoración de los efectos negativos del trabajo que se realiza bajo exigencias concretas, fue enunciado por Kulka:

Fig. 9. Modelo para el estudio de los efectos psicológicos del trabajo según Kulka 1980



Como se puede observar en la fig. anterior, en la teoría de EFNP se reconocen al menos cuatro diferentes efectos negativos : **Fatiga, Monotonía, Estrés y Hastío Psíquico.**

A continuación una breve caracterización de cada uno de ellos de acuerdo con Almirall (1995):

- **Fatiga.** Se entiende por fatiga una disminución de la capacidad del rendimiento psíquico y corporal a causa del desempeño mantenido de una actividad laboral. Las consecuencias provocadas por las fatigas son entre otras : la disminución de la capacidad de concentración y del pensamiento así como del estado de ánimo, aumento de la irritabilidad y un sentimiento general de cansancio.

Algunas características más destacadas son las siguientes:

*Surge después de exigencias corporales o mentales intensas durante un tiempo largo que llevan a la extenuación de los analizadores .

* El estado de salud general y las alteraciones en el régimen de trabajo - descanso favorecen mucho su surgimiento.

* Solo se disminuye y eliminan sus manifestaciones con descanso.

- **Monotonía.** El estado de monotonía no sólo disminuye la reactividad y el rendimiento laboral, sino que perjudica gravemente el desarrollo de la personalidad en general deteriorando notablemente el clima psicológico en que se desarrolla la actividad. Algunos autores la consideran como un tipo de fatiga.

La monotonía se caracteriza por :

- * Se siente la situación de trabajo aburrida, uniforme.
 - * Se prolonga el tiempo subjetivamente.
 - * Se ejerce la actividad sin motivación y de forma automática.
 - * El volumen de atención se ve reducido.
 - * En este estado aparece el sueño en intervalos de minutos con sobresaltos al darse cuenta de la realidad, pueden aparecer durante las fases de somnolencia imágenes similares al sueño.
 - * Hay una disminución de la actividad circulatoria, se reduce la presión sanguínea, el tono muscular y el consumo de oxígeno. En general se ofrece la imagen de un estado de reposo vegetativo.
 - * Los efectos de la monotonía cesan cuando el estímulo de la actividad laboral toma interés y se enriquece.
- **Estrés.** Es uno de los más populares y controvertidos términos de la ciencia en la actualidad (Ivancevich y Matteson, 1985; Lazarus y Folkman, 1986, Fontana, 1992) . Se puede catalogar como el más común para denominar a los efectos negativos del trabajo. El estrés en el trabajo se produce cuando existe un desequilibrio entre las exigencias de la tarea y la capacidad del trabajador para la solución de dicha exigencia.

Almirall (1996) dice: “a nuestro criterio existe estrés cuando hay una valoración emocional negativa o conflicto entre las exigencias de la tarea y los mecanismos y capacidades del que la debe ejecutar” (Pp 14). Por tanto, desde la teoría de los EFNP se asume al estrés como un elemento siempre negativo; sin embargo, autores como Ivancevich y Matteson (1985) y muchos otros han aceptado al proceso de estrés como un proceso que puede tener un carácter negativo o positivo, categorizándolo como distrés (negativo) y eustrés (positivo).

Uno de los grandes problemas del concepto de estrés ha sido la utilización indiscriminada de su constructo, ya que se ha utilizado para etiquetar prácticamente cualquier malestar y se ha usado en sinonimia común en conceptos como fatiga o monotonía, lo que lamentablemente ha

limitado el desarrollo conceptual de la salud mental ocupacional, no obstante, en la teoría de los EFNP se observa como una propuesta para cubrir esta necesidad.

- **Hastío psíquico.** Es un estado de alertamiento (tensión) que se caracteriza por el sentimiento de exaltación de enfado, de desgano (desmotivación), con aumento de la actividad psicofisiológica condicionada afectivamente.

Se caracteriza y diferencia del estrés por las siguientes características:

- *Típico en profesiones con interrelación o comunicación frecuente con personas urgidas de atención directa y continuada. Ejemplo: médicos, gerentes, empleados de establecimientos públicos, etc.
- *Cansancio emocional. No poderse pedir más a sí mismo.
- *Despersonalización, distancia con el contexto laboral
- *Inadecuación personal o profesional (baja realización personal).

Como se puede observar, sus características apuntan a una sinonimia con el concepto de “Burnout” que se desarrolló más o menos al mismo tiempo en Norteamérica con los estudios de Maslach y Jackson (1981). Interesante notar que la teoría de los EFNP se desarrolla en un contexto científico socialista en la Alemania democrática, en medio de la guerra fría, y aún con distantes condiciones científicas y alejadas de su contraparte norteamericana. Al parecer se identifica el mismo síndrome entre los trabajadores de ambos contextos. Por ello, su inclusión en un siguiente apartado como uno de los modelos de enfoque de consecuencia psicológica derivada de las condiciones de trabajo más estudiados en la actualidad.

B) Burnout

El término “Burnout” (BO) comenzó a ser utilizado por primera vez en 1974 por el psicoanalista norteamericano Herbert Freudenberger, para denotar un estado de agotamiento físico y emocional como resultado de las condiciones de trabajo. Este autor introdujo el término refiriéndose a un fenómeno que había observado en él y en colegas suyos cuando trabajaban en una clínica de servicio gratuito para adictos a las drogas. El tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el

entusiasmo la falta de preparación profesional. Freudenberger tomó una palabra que se usaba coloquialmente en los años sesenta para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas y la empezó a utilizar para caracterizar el estado de agotamiento emocional de él mismo y de algunos de sus compañeros, que empezaban a verse cansados, deprimidos, apáticos, además de presentar culpa, paranoia y omnipotencia que dificultaban a estos profesionistas reducir su nivel de actividad. Así pues, encontró una susceptibilidad particular inherente a jóvenes estudiantes idealistas que quieren hacer algo productivo para la humanidad al hacerse doctores, enfermeras, maestros. Posteriormente definió al BO como un estado de fatiga o frustración causado por la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en proporcionar la recompensa esperada (Freudenberger y Richelson, 1981).

Freudenberger junto con Christina Maslach y Ayala Pines, psicólogas de la Universidad de Berkeley, fueron quienes popularizaron el concepto en la década de los setentas, y comenzaron su estudio y legitimizaron su estatus como asunto social. Sin embargo, estas dos últimas autoras son psicólogas sociales, por lo tanto su enfoque en el estudio del BO es más psicosocial, orientado hacia la investigación, con un interés hacia la relación entre factores ambientales e individuales, a diferencia de Freudenberger, quien siendo psicoanalista, contempló un modelo de BO enfatizando la psicología del individuo y focalizado en las capacidades y vulnerabilidades del individuo en situaciones estresantes (Stavans, 1998).

Moreno-Jiménez, González y Garrosa (2002) sugieren que probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. El BO se presentaba como la descripción de un problema generalizado en múltiples profesiones, que afectaba a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral. La novedad del concepto consistía en que no era, como tantos otros, el resultado de una exploración de laboratorio, sino la constatación de un problema real experimentado en amplios núcleos de la profesión laboral. El término coloquial de “burnout” (consumido) y el modelo teórico subyacente ponían el dedo en una llaga experimentada por un gran número de profesionales. El fenómeno descrito correspondía no a una problemática intelectual y académica, sino a un problema vivamente sentido por amplios grupos de profesionales. A partir de estos momentos se produjo una verdadera proliferación de trabajos, la mayoría exclusivamente descriptivos, en los que se exponían las desventuras que acompañaban al BO.

De manera general, el BO se concibe como una forma de respuesta al estrés crónico. Una persona se encuentra sometida a estrés crónico cuando la dosis de estrés acumulada supera el umbral óptimo de adaptación y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento tales como úlceras, alergias, dolor de cabeza continuo, entre otras. El momento de aparición de ese agotamiento es variable y depende tanto del perfil psicológico de la persona como de la suma y frecuencia de adaptaciones vividas (Arita y Araus, 1998).

El BO se presenta con cierta regularidad en profesionales de servicios humanos. Se trata de una experiencia subjetiva que tiene un matiz negativo para el individuo que lo padece, puesto que implica alteraciones emocionales, problemas con la demás gente, alteraciones psicofisiológicas y repercusiones negativas, no sólo para la persona, sino para la misma organización para la que trabaja (Sandoval, 2000).

Quizá la definición mas aceptada es la que ofrecen Maslach y Jackson (Buendía, 1993), en donde el BO se define como *una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado*. En esta definición pueden identificarse tres dimensiones que son las que constituyen al BO de acuerdo a estas autoras:

- Agotamiento emocional: se refiere a la falta de recursos emocionales propios y el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona, de que ya no se puede dar mas de uno mismo a nivel afectivo. Se trata de una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo.
- Despersonalización: es el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, los cuales son vistos por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.
- Falta de realización personal: es la percepción de que las posibilidades de logro personal en el trabajo han desaparecido, lo que hace que disminuyan las expectativas personales e implica una auto - evaluación negativa en donde se incluye rechazo de sí mismo y hacia los logros personales, así como sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Es importante mencionar que los intentos de traducir el término “Burnout” al castellano han sido fallidos en el sentido de una convención general en su uso y/o adopción definitiva. Se han empleado conceptos como “síndrome del quemado”, “síndrome de quemarse por el trabajo” “síndrome de desgaste profesional”, “síndrome de agotamiento profesional” o “cansancio psicológico” para llamar al mismo fenómeno. En el presente escrito se considera el concepto “hastío laboral” como el más cercano a la traducción de tal concepto.

C) Un Modelo con Enfoque de Efectos Psicológicos Positivos: El Entusiasmo Laboral (Engagement)

Poco es el desarrollo de modelos y variables que rescaten el enfoque positivo de la salud o de consecuencias psicológicas positivas derivadas del trabajo y sus condiciones. En una simple reflexión se pueden pensar variables como satisfacción, motivación, autorrealización, entre otras; sin embargo, sigue pendiente un modelo conceptual que integre teóricamente estos elementos positivos del trabajo. En el modelo de Kulka (cit. por Almirall, 1993) anteriormente citado (inciso A fig. 8), se proponen algunos efectos positivos específicos producidos por y en el trabajo: aprendizaje, adaptación y habituación; aunque no se ofrecen conceptos teóricos operacionales y estrategias prácticas para medirlos.

Asimismo, ante el principio de que el estrés no es siempre negativo, surgió el término “eustrés” o estrés positivo, que hace referencia a un proceso activo que involucra una respuesta “funcional” y saludable del individuo ante las exigencias del entorno. No obstante, el desarrollo conceptual, instrumental y metodológico para identificarlo o medirlo ha sido, de igual forma, muy limitado (Ivancevich y Matteson, 1985).

Recientemente surge un concepto que al fin incorpora una visión salutogénica: El “Engagement” (que por las características y significado de su constructo, el autor del presente lo tradujo como “Entusiasmo laboral”). Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker (2002), lo definen como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por energía (o vigor), dedicación y absorción.

De acuerdo con Schaufeli, et. al. (2002), el entusiasmo laboral se caracteriza por energía implicación y eficacia, que son los opuestos directos de las tres dimensiones del Burnout: agotamiento, cinismo y falta de realización personal respectivamente. Los trabajadores que puntúan

alto en entusiasmo laboral, tienen una alta energía y se integran perfectamente con su trabajo, tienen alta disposición para realizarlo y muestran emociones muy positivas ligadas a éste.

Más que un estado específico temporal, el entusiasmo laboral se refiere a un estado cognitivo-afectivo más persistente en el tiempo, que no está focalizado sobre un objeto o conducta específica. El vigor se caracteriza por altos niveles de energía, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse en el trabajo. La dedicación se manifiesta por altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto relacionados con el trabajo. Es un concepto cercano al de “implicación laboral”, pero éste último se refiere a la identificación con el trabajo, mientras que la dedicación incorpora más elementos cognitivos-afectivos que la sola identificación. La absorción se caracteriza por estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo, mientras se tiene la sensación de que el tiempo “pasa volando”. Es un concepto cercano al término de “flujo” (flow) documentado por Csikszentmihalyi (cit. en Goleman, 2000), aunque el entusiasmo laboral es una experiencia más persistente y no tan pasajera como la sensación de flujo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

La investigación empírica del entusiasmo laboral es muy poca, en España existen algunas investigaciones que han demostrado la validez factorial del modelo y han podido demostrar que se trata de la contraparte del Burnout (Salanova, et al, 2000; Schaufeli, et al, 2002; Schaufeli, Martínez, Marquez, Salanova y Bakker, 2002).

Se puede pensar que el entusiasmo laboral es parte del proceso tensionante y es consecuencia también del medio laboral, sin embargo, dicha tensión posee un temple positivo lo que significa un proceso de motivación o tensión positiva, y por tanto, una opción para la evaluación del llamado eustrés o estrés positivo.

2. DESARROLLO DE UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO.

En la revisión de los apartados anteriores, que sin pretender ser exhaustiva, se muestran los modelos y variables psicosociales tradicionalmente documentados en la literatura por su influencia en la salud, asimismo, se observan una gran cantidad de variables psicosociales dignas de ser consideradas. Sin embargo, los interesados en la evaluación y diagnóstico de los factores psicosociales pudieran agobiarse con tal cantidad de variables, preguntarán: ¿cuáles factores

alto en entusiasmo laboral, tienen una alta energía y se integran perfectamente con su trabajo, tienen alta disposición para realizarlo y muestran emociones muy positivas ligadas a éste.

Más que un estado específico temporal, el entusiasmo laboral se refiere a un estado cognitivo-afectivo más persistente en el tiempo, que no está focalizado sobre un objeto o conducta específica. El vigor se caracteriza por altos niveles de energía, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse en el trabajo. La dedicación se manifiesta por altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto relacionados con el trabajo. Es un concepto cercano al de “implicación laboral”, pero éste último se refiere a la identificación con el trabajo, mientras que la dedicación incorpora más elementos cognitivos-afectivos que la sola identificación. La absorción se caracteriza por estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo, mientras se tiene la sensación de que el tiempo “pasa volando”. Es un concepto cercano al término de “flujo” (flow) documentado por Csikszentmihalyi (cit. en Goleman, 2000), aunque el entusiasmo laboral es una experiencia más persistente y no tan pasajera como la sensación de flujo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000).

La investigación empírica del entusiasmo laboral es muy poca, en España existen algunas investigaciones que han demostrado la validez factorial del modelo y han podido demostrar que se trata de la contraparte del Burnout (Salanova, et al, 2000; Schaufeli, et al, 2002; Schaufeli, Martínez, Marquez, Salanova y Bakker, 2002).

Se puede pensar que el entusiasmo laboral es parte del proceso tensionante y es consecuencia también del medio laboral, sin embargo, dicha tensión posee un temple positivo lo que significa un proceso de motivación o tensión positiva, y por tanto, una opción para la evaluación del llamado eustrés o estrés positivo.

2. DESARROLLO DE UNA ALTERNATIVA PARA EL ESTUDIO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO.

En la revisión de los apartados anteriores, que sin pretender ser exhaustiva, se muestran los modelos y variables psicosociales tradicionalmente documentados en la literatura por su influencia en la salud, asimismo, se observan una gran cantidad de variables psicosociales dignas de ser consideradas. Sin embargo, los interesados en la evaluación y diagnóstico de los factores psicosociales pudieran agobiarse con tal cantidad de variables, preguntarán: ¿cuáles factores

psicosociales de los anteriormente expuestos se deben incorporar a un diagnóstico?, ¿cuáles pudieran ser las más representativas y/o nocivos a la salud de los trabajadores?. Dichas preguntas se convierten fácilmente en materia de investigación y en este tenor, pudieran agregarse otros cuestionamientos como: ¿se debe dar por hecho que las variables que se proponen en los modelos anteriores son las más importantes en el contexto laboral mexicano en términos de su influencia a la salud?, ¿cuáles dimensiones psicosociales pudieran ser relevantes para un amplio rango de ocupaciones más allá de los puestos operativos?, ¿qué ocupaciones pudieran ser especialmente vulnerables a los factores psicosociales?, ¿existe la posibilidad de integrar las variables psicosociales mencionadas en un modelo único?.

Tales preguntas se podrán responder por medio de un trabajo de investigación exhaustivo por varios años. Sin pretender obtener respuestas definitivas a tales preguntas, el presente proyecto surgió de la necesidad de comenzar a dibujar algunas aproximaciones iniciales a esas respuestas, por lo que se realizaron una serie de estudios exploratorios que buscaron identificar, y en algunos casos confirmar, variables psicosociales importantes dignas de integrar un modelo psicosocial laboral, considerando de manera particular, variables relevantes para el contexto laboral mexicano.

A continuación se ofrece una descripción de los estudios realizados y los hallazgos principales, finalmente en un siguiente apartado se discuten y analizan las principales conclusiones de los estudios en su conjunto para dar paso a una propuesta alternativa o un modelo de factores psicosociales en el trabajo.

2.1 Estudio 1. Estudio descriptivo-exploratorio de posibles variables psicosociales representativas en diferentes ocupaciones.

Dada la amplitud del concepto de factores psicosociales y sus indicadores, se hizo necesaria una guía o modelo para su análisis exploratorio e identificación inicial de aquellos que pudieran ser relevantes para empleados y trabajadores mexicanos en este estudio. Tomando como base los componentes de la definición de factores psicosociales mencionados previamente en este escrito, la identificación de los mismos debió incluir las siguientes dimensiones:

- 1) Tensionantes psicosociales del contexto laboral: tienen un carácter externo e implican exigencias tensionantes o estresantes para el trabajador. Esta dimensión puede estar compuesta por múltiples factores del ambiente físico y psicosocial.

- 2) Tensionantes psicosociales personales: Es una dimensión que tiene que ver con el individuo y sus procesos internos y que va desde la particular percepción de esos “tensionantes o estresores psicosociales”, hasta la manera específica de reaccionar ante éstos.
- 3) El proceso tensionante: es una dimensión que caracteriza los efectos psicológicos y resultados de salud en los individuos, pudiendo ser éstos a corto y/o largo plazo.

Inicialmente, en este estudio se tomó en cuenta una dimensión escasa o nulamente considerada pero que se incluye en la definición de factores psicosociales del Comité mixto de la OIT/OMS (1984):

- 4) Vida extralaboral: que puede repercutir en la relación ambiente psicosocial laboral–salud. Definitivamente resalta por su importancia la dimensión de la relación Trabajo-Familia.

Aunque esta forma de estructurar modelos para el estudio y análisis de los factores psicosociales del trabajo y del proceso de estrés en relación con la salud es cada vez más universal, las variables que integran cada una de las tres dimensiones pueden variar de acuerdo al contexto sociocultural, incluso entre condiciones sociales particulares dentro del mismo contexto cultural, como por ejemplo, el tipo de profesión u ocupación que se tenga, el cual puede determinar la relevancia de unas variables psicosociales más que otras.

Actualmente se han documentado diversos estudios que indican que las ocupaciones con mayor vulnerabilidad ante el estrés psicosocial son los trabajadores operativos o manuales (obreros) (Karasek y Theorell, 1990), los mandos medios (técnicos y administrativos) (Gutiérrez, 2000); así como las enfermeras (Arita y Arauz, 1998; Arita, 2001) y el personal de enseñanza (docentes) (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2002). Sin embargo, no se ha determinado cuál de entre las ocupaciones anteriores es la mayormente vulnerable en México, inquietud que se incorporó a éste, el primer estudio exploratorio.

Dado que la perspectiva de este estudio es exploratoria se optó por una metodología semi-cualitativa, utilizando para ello preguntas abiertas, pero también una estrategia de análisis de significados conocida como “redes semánticas”.

La técnica de redes semánticas como estrategia complementaria.

El concepto de significado es una propiedad objetiva del lenguaje y de la comunicación en general. Díaz y Szalay (1993) mencionan que las imágenes y significados reflejan percepciones subjetivas y disposiciones motivacionales de la gente, las cuales conforman un amplio sistema de representaciones subjetivas. Estas representaciones pueden ser evaluadas por medio de la técnica de redes semánticas.

La técnica de redes semánticas establece que la información contenida en la memoria a largo plazo está organizada en forma de redes, donde las palabras o eventos forman relaciones, las cuales como conjuntos de palabras dan significado y representación a un concepto. En este modelo, se requiere que los individuos partan de un concepto central (nodo) y produzcan una lista de definidoras, a cada una de las cuales se les asigna un peso (valor semántico) por su importancia (Figueroa, Gonzáles y Solís, 1981; Reyes, 1993).

De acuerdo con Reyes (1993), dar énfasis en ciertos elementos de un significado proporcionan una oportunidad única para identificar tendencias perceptuales y motivacionales dominantes sobre una base empírica sólida. Así, el estudio del significado se convierte en una opción como método de estudio del trabajo, su contexto y los elementos que intervienen en la interacción de la persona, el ambiente laboral y su salud. La técnica de redes semánticas permite ubicar el significado otorgado al trabajo individual, el contexto del mismo, y las dimensiones sobresalientes que las integran según la percepción de los trabajadores.

OBJETIVO

De esta forma, el objetivo del presente estudio fue realizar un estudio descriptivo- exploratorio mediante preguntas abiertas y la técnica de redes semánticas para identificar las principales variables psicosociales del trabajo (tensionantes psicosociales, tensionantes personales, y la relación trabajo-familia) y variables de salud en trabajadores de distintos grupos ocupacionales, con fines de sentar las bases para la construcción de un modelo general de análisis psicosocial laboral en nuestro país.

MÉTODO

Participantes. El muestreo llevado a cabo fue no probabilístico e intencional. La muestra estuvo integrada de 216 personas que laboraban en diversos centros de trabajo ubicados en el Distrito Federal y área metropolitana. 103 fueron hombres (47.7%) y 113 mujeres (52.3%), sus edades fluctuaron entre 18 y 63 años. Se dividieron por grupos ocupacionales:

- 53 **Administrativos** de empresas del sector público y privado, cuyas actividades centrales referían a labores de oficina y secretariales, su escolaridad más representativa fue el nivel bachillerato (24.53% en relación a la muestra total).
- 53 **Docentes** del sector público, en su mayoría profesores de nivel bachillerato (sólo el 15% profesores e investigadores de nivel universitario), su escolaridad fluctuó de licenciatura hasta doctorado. (24.53% en relación a la muestra total)
- 55 **Obreros** del sector privado cuyas tareas centrales referían a actividades de producción, operativas-básicas y su escolaridad más representativa fue el nivel secundaria (25.46% en relación a la muestra total).
- 55 **Enfermeras** del sector público, con actividades relacionadas a la salud dentro de un hospital y su escolaridad representativa fue el nivel técnico (25.46% en relación a la muestra total).

Instrumento.

El cuestionario utilizado incluyó preguntas abiertas cuyo objetivo fue identificar los principales factores psicosociales del trabajo y variables de salud en cada grupo ocupacional. Este se estructuró con base a las dimensiones generales consideradas previamente como necesarias para todo análisis psicosocial laboral. Una primera pregunta exploratoria fue: “¿Considera su trabajo estresante?”. Por otro lado, para identificar estresores psicosociales se incluyó la pregunta: “¿Cuáles son los aspectos más estresantes o tensionantes en su trabajo”; para identificar las variables de salud se preguntó: “¿Ha tenido un problema en los últimos seis meses a causa de su trabajo?; en esa misma dimensión se les pidió: “Mencione los problemas de salud presentados”. Un siguiente apartado tuvo por objetivo averiguar los componentes psicosociales personales que pudiesen utilizar los trabajadores ante las situaciones tensionantes del trabajo, empleando para ello la técnica de frases incompletas: “ante las situaciones de trabajo yo siento... yo pienso... yo hago... y yo tengo el apoyo de...”. Bajo la lógica de un modelo de afrontamiento específico, se buscó que se incluyera la evaluación cognitiva primaria (yo siento), la secundaria (yo pienso), la respuesta hecha conducta (lo que hago es...) y por último el apoyo social principal percibido por los evaluados (yo tengo el apoyo de...). Por último, respecto a la dimensión de la relación Trabajo-Familia, ésta se analizó con las preguntas: ¿Considera que su vida familiar afecta su vida laboral? y: ¿Considera que su vida laboral afecta su vida familiar?... ¿Cómo?.

De manera complementaria en otra parte del cuestionario, se utilizó la técnica de redes semánticas y los nodos o palabras estímulo utilizadas fueron:

- a) Por la importancia consistentemente documentada del apoyo social en el trabajo en trabajadores mexicanos (Gutiérrez, 2001), se incluyeron las palabras: MI JEFE y MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO.

- b) Respecto al objetivo de identificar dimensiones psicosociales significativas percibidas por el sujeto en el entorno laboral, se incluyó la frase: MI TRABAJO.
- c) Como parte de la técnica, se sugiere incluir un estímulo distractor pero relacionado con el estudio (Reyes, 1993), la opción que se consideró mejor fue: MI SALUD.

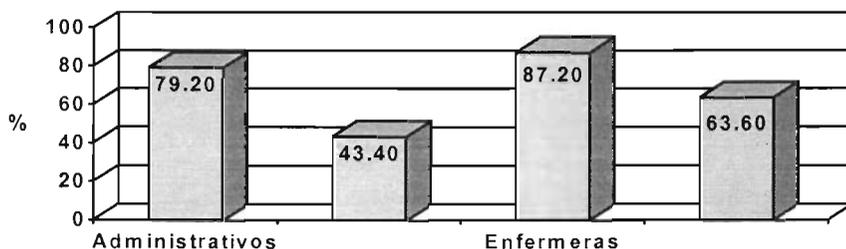
Procedimiento. El instrumento se aplicó a los sujetos en sus centros de trabajo en forma colectiva y en algunos casos de forma individual. En cuanto al apartado de redes semánticas se llevó a cabo conforme el procedimiento establecido por Reyes (1993). Debido a los propósitos de este estudio sólo hubo una pequeña variación en las instrucciones de la técnica original, la cual exige que se escriban palabras que definan al estímulo (palabra, frase o concepto) que se les muestra; en este estudio se pidió a los sujetos que “anotaran todas las palabras que les vinieran a la mente que se relacionaran con la palabra o frase que se les presentó”.

Para el análisis de resultados se utilizaron distribuciones de frecuencia simples en el caso de todas las preguntas abiertas o cerradas y, en el caso del análisis de redes semánticas, se contemplaron aspectos como El Tamaño de la Red (TR), que refiere al número total de definidoras (palabras) por cada grupo; Los Pesos Semánticos (PS), que son la suma de valores ponderados de las frecuencias de ocurrencia de las definidoras, los valores de ponderación fueron de 10 a 1 y dependieron de las respuestas de los sujetos, donde el más alto correspondió a las frecuencias cuyo valor de jerarquización fue de 1; La Distancia Semántica Cuantitativa (DSC), en donde la definidora con valor más alto en la red es considerada como el 100%, calculándose los porcentajes de las demás a partir de este valor. La Carga Afectiva de las definidoras (CA), donde se clasifican las definidoras como predominantemente positivas, negativas o neutras y Los Núcleos de Red (NR), que se refiere al listado de definidoras más importantes y que se delimita con base en el punto de quiebre (donde la gráfica de pesos semánticos se vuelve asintótica).

RESULTADOS

Respecto a la primera pregunta, la cual hizo referencia a la situación de trabajo percibida como estresante en los trabajadores, se encontró que contestaron afirmativamente el 79.20% de los administrativos, el 43.40% de los docentes, el 87.20% de las enfermeras y el 63.60% de los obreros. De esta forma, se observa que una mayor cantidad de personas del grupo de enfermeras perciben estrés en su trabajo y los docentes son el grupo donde menos personas percibieron su trabajo como estresante:

Grafica 1. Porcentaje de afirmaciones a la pregunta: ¿Considera su trabajo estresante?



En la siguiente pregunta, donde se pidió que describieran los factores más estresantes o tensionantes de su trabajo, se obtuvieron distintos estresores psicosociales del contexto laboral en cada grupo ocupacional, como se puede observar en la tabla 3. Se observan aspectos específicos de que caracterizan cada grupo ocupacional, por ejemplo los problemas con alumnos en caso de los docentes, o en el caso de las enfermeras la gravedad de los pacientes. Es importante considerar que se presentan estresores específicos en cada ocupación, que son difíciles de generalizar a otras ocupaciones. Sin embargo, sobresalen por su frecuencia de aparición en todos los grupos ocupacionales las referentes a la presión, el exceso o carga de trabajo, tiempos límite, falta de recursos para el trabajo (materiales, herramientas, equipo o incluso humanos), poco apoyo percibido y condiciones del ambiente físico.

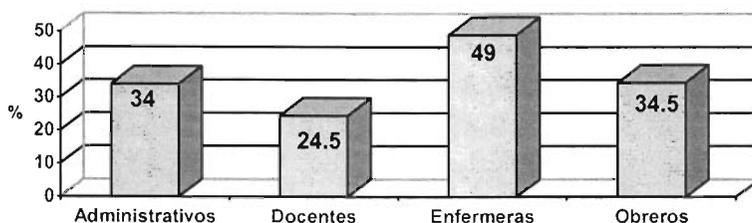
TABLA 3. FRECUENCIA DE PRINCIPALES FACTORES ESTRESANTES Y TENSIONANTES EN LOS DISTINTOS GRUPOS OCUPACIONALES.*

Administrativos	Docentes	Enfermeras	Obreros
Falta de recursos para el trabajo	15	10	27
Presión	10	8	20
Carga/Exceso de trabajo	8	5	18
Problemas varios	7	4	13
Tiempos límite reducidos	7	4	8
Falta de apoyo de los jefes	6	3	8
Condiciones físicas ambientales	6	3	7
falta de comunicación	5	2	6
Tratar con otras personas, comp.	4	2	6
Económicos	3	2	6
El tráfico, puntualidad	3	2	4
Falta de cooperación	2	2	3
Horario	2	2	3
Errores	2	2	3
Falta de reconocimiento	2	2	3
No hay incentivos/motivación	2	2	2
Ambigüedad de objetivos	2	2	2
		2	2

*Sólo aparecen aquellos aspectos mencionados con una frecuencia de dos veces o más.

Respecto a la pregunta: ¿Ha tenido algún malestar o problema de salud en los últimos seis meses a causa de su trabajo?, se encontró que respondieron afirmativamente el 34% de los administrativos, el 24.5% de los docentes, el 49% de las enfermeras y el 34.5% de los obreros. Nuevamente las enfermeras son el grupo en dónde más gente percibe consecuencias directas en su salud ligadas a aspectos de su trabajo, como se muestra en la gráfica 2.

Gráfica 2. Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta: ¿Ha tenido algún problema de salud en los últimos seis meses a causa de su trabajo?



De estas personas que contestaron afirmativamente tener algún problema de salud o malestar ligado al trabajo describieron principalmente, dolores de cabeza, dolores y malestares del sistema músculo-esquelético, del sistema digestivo, trastornos de tensión arterial, cansancio entre otros (ver Tabla 4).

Tabla 4. Malestares y problemas de salud reportados en los diferentes grupos *

ADMINISTRATIVOS	DOCENTES	ENFERMERAS	OBREROS
Dolor de cabeza	5 Dolor muscular	3 Dolor de cabeza	6 Alergia (ojos)
Nerviosismo/colitis nerviosa	4 Garganta	3 Dolor de espalda, lumbalgias	5 Trastornos hormonales
Insomnio	3 Estrés	2 Dolor abdominal	3 Temp. Alta
Problemas estomacales	3 Cansancio	2 Hipotensión arterial	2 Vista cansada
Hipertensión arterial	2 Dolor de cabeza	2 Infecciones de vías urinarias	2 Cansancio
Cansancio	2 Gastritis, colitis	2 Gripe	2 Rinofaringitis
Estreñimiento	1 Presión alta	1 Gastritis	2 Hepatitis A
Ansiedad	1 Resfriados	1 Dermatitis	2 Daño muscular
Presión	1 Dolor de espalda	1 Colitis nerviosa	2 Nerviosismo
Auditivos	1 Vista cansada	1 Columna	2 Sueño
Pulmones	1 Sueño	1 Edema miembros inf.	2 Nauseas
Enfermedad respiratoria	1 Infecciones oculares	1 Enfermedades respiratorias	2 Agruras
Alergia	1 Insomnio	1 Aumento de peso	1
Dolores de espalda	1	1 Estrés	1

* Se incluyen todas las categorías mencionadas por los grupos evaluados.

La siguiente parte del cuestionario tuvo por objetivo averiguar los diferentes estilos o tipos de afrontamiento que pudiesen utilizar los trabajadores ante las situaciones tensionantes del trabajo, como se mencionó, se buscó que se incluyera la evaluación cognitiva primaria (yo siento) y la secundaria (yo

pienso) (Lázarus & Folkman,1986), así como la respuesta (conducta) (lo que hago es...) y por último el apoyo social principal percibido por los evaluados (yo tengo el apoyo de...).

Cabe mencionar que en muchos casos los sujetos no discriminaron claramente entre este modelo de evaluación primaria, secundaria y conducta, pues respondieron indistintamente. Esto significó que se repitieran categorías y en general fueran muy parecidas. Se obtuvieron resultados muy homogéneos entre las diferentes ocupaciones, aunque vale la pena hacer el análisis específico.

En la evaluación primaria (yo siento) se expresaron diversos aspectos como: “angustia”, “desesperación”, “cansancio”, “nervios”, “ansiedad”, “estrés”, “coraje”, “enojo”, “presión”, “responsabilidad”, entre otros. Se mencionaron algunos que se pueden calificar como positivos: “hacer bien las cosas”, “las tensiones son buenas para superarse”, “compromiso”, “puedo superarlo o me relajo”; las cuales pueden ser propias de una evaluación cognitiva secundaria. (Tabla 5).

En la evaluación secundaria (yo pienso) se presentaron aspectos como: “planear qué hacer”, “establecer prioridades”, “solucionar”, “resolver”, “tranquilizarme”, “relajarme”, “calmarme”, “trabajar más rápido”, o en otros casos “trabajar con calma”; también pueden ser rescatables aspectos positivos como: “tengo los recursos para salir de esto”, “debo y puedo salir”, “todo saldrá bien” y “debemos hacer equipo” (Tabla 5).

De lo que se clasificó como respuesta conductual (lo que hago es..) se obtuvieron respuestas como: “tranquilizarme”, “calmarme”, “relajarme”, “planear”, “organizar”, “resolver”, “trabajar bien”, entre otras. Como se observa, son respuestas muy parecidas a los esquemas anteriores. Sin embargo, desde una perspectiva general representan estilos de afrontamiento que analizados en el plano individual pueden tener un papel muy importante en cuanto al manejo de estrés y por tanto su influencia en el proceso de salud-enfermedad (Tabla 5).

En cuanto al apoyo social percibido se observa claramente la importancia del apoyo de los compañeros de trabajo y el jefe en primer plano (Tabla 5), aunque también se presentan el apoyo de las parejas, la familia y un apoyo muy peculiar (que no se había considerado) al que llamaron de “mí mismo”, el cual se basa en la propia capacidad, conocimiento y experiencia. Es muy importante notar que este último tipo de apoyo ocupó el primer lugar en frecuencias para el grupo de docentes (quienes reportaron en menor medida estrés y problemas de salud), y en el grupo de las enfermeras (con mayor estrés y problemas de salud) prácticamente no se presentó.

Tabla 5. Principales categorías de afrontamiento expresadas en los diferentes grupos *

ADMINISTRATIVOS	DOCENTES	ENFERMERAS	OBREROS
YO SIENTO...			
Desesperación/ Angustia	10 Angustia	8 Angustia	11 Cansancio
Presión	6 Que debo decidir rápido	3 Estrés	10 Desesperación
Tiempo insuficiente	5 Responsabilidad	3 Nerviosismo	8 Nervios
Hacer bien las cosas	4 Tengo capacidad	3 Ansiedad	4 Un poco tensión
Demasiada responsabilidad	4 Cansancio	3 coraje/enojo	4 Mucha presión
Coraje	4 Ansiedad	3 no me estreso	4 Me relajo
Nervios	4 Coraje	2 Tengo que movilizarme	3 Que se complica
Esforzarme	2 Nada	2 Impotencia	3 Estrés
Stress	2 Tengo que terminar	2 Taquicardia y polimnea	2
son buenas, te superas	2 Sosobra, molestia, preocupacion	2 Dolor de estomago	2
Preocupación	2 Compromiso	2 Irritabilidad	2
	Presión emocional	2 Cansancio	2
		2 Desesperación	2
		2 Que puedo superarlo	2
YO PIENSO...			
Se debe Planer que hacer	16 Resolverlos pronto	8 No termino	6 Que tengo que hacerlo bien
Calmarme, meditar	7 La manera de solucionarlos	5 Tranquilizarme	4 Relajarme
Enfrentar y solucionar	5 Poner prioridades	4 como solucionarlo	3 En hacer el trabajo más rápido
	Hacer las cosas bien y a tiempo	3 Controlarme	2 Hacer las cosas con calma
Tengo que terminar	3 Nada	3 Que es normal	2 Deberia haber mas comprensión
Hacer lo que se pueda	2 Es excesivo mi trabajo	3 Me apresuro	2 Debe ser asi
Tengo los recursos		Deben incrementar la plantilla	2 No se va a poder
	Debo tranquilizarme	2 Debo trab. rápido y sin errores	2 Hacer equipo
	Negativamente	2 Deberia haber mas apoyo de jefes	2
	Debo y puedo	2 Positivamente a mis ptes. Todo saldrá bien	2
LO QUE YO HAGO ES...			
Planeo y soluciono	12 Tomar la decisión de resolverlas	7 Tomar con calma	11 Tranquilizarme
Tranquilizarme/relajarme	11 Relajarme	6 Trabajar al 100%	5 Calmarme
Cosas importantes	5 Actuar	6 Me apuro	5 Concentrarme
Mostrar eficiencia	5 Organizar y planear	6 Organizarme	4 Apurarme o relajarme
Cosas complicadas para cumplir	4 Estar tranquila	5 Trabajar bien, con armonia	4 Debo trabajar bien
Busco apoyo jefe/compañeros	3 Realizar trabajo	5 Hacer mi trabajo con gusto	3 Avisar y esperar ordenes
Tratar de hacer mi trabajo	3 Respirar profundamente	2 pedir opinión	3 Importante
sin presiones		Tranquilizarme fumando, respiro	3 Relajarme y analizar la situación
Analizar opciones y decidir	2	Importante	2 Buscar otra forma de hacerlo
		Tratar de sonreir	2
		Ejercicios de relajación	2
		Lo necesario	2
TENGO EL APOYO DE...			
Mi jefe y compañeros	11 Mi (capacidad, exp. etc.)	6 Compañeras	23 Mis compañeros
Mis compañeros	10 Institución, autoridades	5 Mis jefes y compañeros	8 Jefe
Mi jefe	10 Jefes	5 Mi jefe	4 Jefe y compañeros
Mi fam., amigos y comp de trabajo	5 Compañeros	4 Compañeros y familia	3 Mi familia
Mi familia	4 Compañeros y familia	6 Familia y pareja	3 Nadie
Nadie	3 Familia	3 Compañeros y esposo	2 Familiares y compañeros
Mi jefe y subordinados	3 Pareja, jefes, compañeros, alum	3 Nadie	2 Mi mismo
Mi mismo (conoc, exp)	3 Pareja	2 Mi familia	2
	Todos	2 Familia y jefa	2
	Mis compañeros y Jefes	3	
	Compañeros y autoridades	2	

* Se seleccionaron aquellos aspectos mencionados con una frecuencia de dos veces o más.

También se analizó la relación Trabajo-Familia con los reactivos: ¿Considera que su vida familiar afecta su vida laboral? y: ¿Considera que su vida laboral afecta su vida familiar?... ¿Cómo?

En estos aspectos se encontró que el 13.2% de los administrativos, el 24.5% de los docentes, el 23.6% de las enfermeras y el 9.1% de los obreros, sí creen que cuestiones familiares afectan en su trabajo, describiendo aspectos como el estado de ánimo, el humor (entendido como el estado de ánimo llevado de un lugar a otro) y el tiempo, que influyen negativamente en el contexto laboral. Sin embargo, los porcentajes son relativamente bajos, lo que significa que en la mayoría de los trabajadores evaluados no se percibe influencia importante de aspectos de la familia sobre el trabajo.

Por el contrario, los porcentajes son más altos al describir el papel de aspectos del trabajo que influyen en la familia, ya que se encuentra que el 49.1% de los administrativos, el 32.1% de los docentes, el 25.4% de las enfermeras y el 20% de los obreros, afirman “tajantemente” que su vida laboral afecta su vida familiar en aspectos como lo económico, el humor y el tiempo de estar con la familia principalmente. En general, se observa que la cuestión laboral afecta más al contexto familiar y no sólo por los mayores porcentajes, si no porque se agregan categorías muy importantes como el aspecto económico o el tiempo para compartir con la familia (Tabla 6).

Es importante poner énfasis en lo siguiente: aunque se despliegan categorías homogéneas respecto a los elementos incidentes sobre un contexto u otro, parece ser que el tipo de ocupación juega un papel muy importante en este sentido, pues a un grupo le afecta primordialmente un aspecto que a otro grupo puede resultar secundario, como el caso de los administrativos.

Tabla 6. Esquema general de la relación Trabajo-Familia.

	¿ Su vida familiar afecta su vida laboral?		¿ Su vida laboral afecta su vida familiar?	
	% R	SI Principales:	% R	SI Principales:
Administrativos	13.2	Estado de ánimo, humor	49.1	Económicamente, humor.
Docentes	24.5	Tiempo, humor	32.1	Tiempo con mi familia, humor
Enfermeras	23.6	Humor, tiempo.	25.4	Humor, tiempo c/familia.
Obreros	9.1	Humor.	20	Humor, tiempo c/familia.

Resultados derivados de la técnica de redes semánticas.

Respecto a la frase “MI TRABAJO”, se encontró que el tamaño de red (TR) más grande se ubicó en el grupo de los docentes (210) y el más bajo en los obreros (114), mientras que se ubicaron con puntuaciones intermedias a los administrativos (156) y las enfermeras (186). (Tabla 7).

Las definidoras que se presentaron con mayor peso semántico (PS) hicieron referencia a palabras como: Responsabilidad, agradable, me gusta, interesante, satisfacción e importante, casi en todos los grupos (Tabla 7). Es importante mencionar que existen algunas palabras propias del contexto

ocupacional que aparecen en el núcleo de red, por ejemplo la palabra “pacientes” en las enfermeras o “máquinas” en los obreros. Asimismo, existen palabras o definidoras específicas que aparecen en todos los grupos con diferentes pesos semánticos y con diferentes cargas afectivas, como fue el caso de “cansado”, el cual presentó un PS que va desde 25 para administrativos, hasta 112 para los obreros y donde los docentes lo nominaron un aspecto con carga afectiva (CA) predominantemente positiva y todos los demás grupos con carga negativa. Respecto a este último punto, se puede notar que la mayoría de las definidoras que se utilizaron representaron en su mayoría cargas afectivas positivas. El grupo ocupacional que mayores clasificaciones negativas realizó fue el grupo de los obreros con cinco asignaciones negativas y el de menores fue el grupo docente con cero clasificaciones negativas.

En general se observa una variedad de palabras dignas de representar variables percibidas del contexto laboral en distintas dimensiones y que pueden requerir análisis cuidadosos, pues se encuentran definidoras que refieren al carácter y contenido del trabajo, las relaciones humanas en ese contexto, reglas como la puntualidad y el orden, aspectos del ambiente físico, objetos de trabajo, e incluso aspectos relacionados con la cuestión económica o de remuneración.

Tabla 7. DEFINIDORAS DE LA FRASE “MI TRABAJO...”

ADMINISTRATIVOS TR= 156			DOCENTES TR= 210			ENFERMERAS TR= 186			OBREROS TR= 114						
DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA
Responsabilidad	164	100	Pos	Agradable	153	100	Pos	Responsabilidad	157	100	Pos	Bueno	117	100	Pos
Me gusta	89	54	Pos	Satisfacción	125	82	Pos	Agradable	101	64	Pos	Cansado	112	96	Neg
Interesante	77	47	Pos	Interesante	124	81	Pos	Satisfacción	95	61	Pos	Agradable	103	88	Pos
Importante	64	39	Pos	Responsabilidad	79	52	Pos	Me gusta	75	48	Pos	Me gusta	65	56	Pos
Superación	57	35	Pos	Importante	78	51	Pos	Puntualidad	74	47	Pos	Importante	64	55	Pos
Puntualidad	55	34	Pos	Divertido	62	41	Pos	Estresante	51	32	Pos	Pesado	59	50	Pos
Entretenido	41	25	Pos	Cansado	49	32	Pos	Económicamente	49	31	Pos	Limpieza	54	46	Pos
Rel. Humanas	39	24	Pos	Laborioso	42	27	Pos	Humano	40	25	Pos	Productivo	47	40	Pos
Satisfactorio	38	23	Pos	Compromiso	41	27	Pos	Pacientes	40	25	Pos	Dinero	37	32	Pos
Bueno	37	23	Pos	Superación	39	25	Pos	Importante	38	24	Pos	Puntualidad	36	31	Pos
Dedicación	35	21	Pos	Motivante	36	24	Pos	Compañerismo	37	24	Pos	Responsabilidad	35	30	Pos
Divertido	31	19	Pos	Aprendizaje	36	24	Neu	Cansado	36	23	Neg	Aprender	35	30	Pos
Agradable	28	17	Pos	Entretiene	35	23	Pos	Interesante	32	20	Pos	Orden	34	29	Pos
Problemas	27	16	Neg	Conocimiento	35	23	Pos	Desempeño	31	20	Pos	Aburrido	33	28	Neg
Confianza	27	16	Pos	Desarrollo	35	23	Pos	Bonito	28	18	Pos	Ruidos	33	28	Neg
Organizar	27	16	Pos	Gratificante	34	22	Pos	Amor	27	17	Neu	Rebabear	33	28	Pos
Experiencia	26	16	Pos	Remunerado	32	21	Pos	Necesidad	27	17	Pos	Superación	28	24	Pos
Cansado	25	15	Neg	Seguro	30	20	Neu	Tranquilo	26	17	Neu	Necesario	28	24	Pos
Laborioso	23	14	Pos	Bueno	29	19	Pos	Coordinación	25	16	Pos	Maquinas	28	24	Pos
Complicado	23	14	Pos	Estresante	27	18	Pos	Estabilidad	24	15	Pos	Alegre	27	23	Pos
Cooperación	21	13	Pos	Economía	26	17	Pos	Horario	24	15	Pos	Satisfactorio	26	22	Pos
Estresante	21	13	Neg	Reto	25	16	Pos	Asistencia	23	15	Pos	Divertido	26	22	Pos
Conocimiento	19	12	Pos	Valioso	25	16	Pos	Amistad	22	14	Pos	Fastidioso	25	21	Neg
Compañerismo	19	12	Pos	Dedicación	23	15	Pos	Comunicación	22	14	Pos	Compañerismo	25	21	Pos
Economía	19	12	Pos	Relajante	22	14	Neu	Profesional	20	13	Pos	Rápido	24	21	Neu
				Útil	19	12	Pos	Estimulante	20	13	Pos	Empacar	23	20	Pos
				Trascendente	18	12	Neu	Gratificación	20	13	Pos	Ambiente	22	19	Pos
				Me gusta	17	11	Pos					Convivo	21	18	Pos
				Lo cuidado	17	11	Pos					Operar	20	17	Neu
				Puntualidad	17	11	Pos					Hacerlo bien	18	15	Pos
				Custo	17	11	Pos					Etiqueta	18	15	Neg
				Demandante	17	11	Pos					Indispensable	18	15	Pos

En cuanto a la frase “MI SALUD”, los tamaños de red fueron de 105 para los administrativos, 169 para los docentes, 163 para las enfermeras y sólo 84 para los obreros. (Tabla 8).

La definidora con mayor peso semántico por excelencia, fue la palabra “buena” en todos los grupos ocupacionales, agregándose algunas otras como importante, alimentación, ejercicio, primordial o primero, e incluso en algunos casos la palabra “estrés”. La mayoría de las definidoras presentadas en esta red, presentan carga positiva, aunque destaca que en el grupo de los administrativos es en donde se presentan algunas palabras más con cargas negativas y neutras. Es importante subrayar que la palabra estrés no aparece en los docentes y en ninguno de los otros tres grupos tiene carga positiva. En general, las definidoras obtenidas refieren más a salud que a enfermedad.

Tabla 8. DEFINIDORAS DE LA FRASE “MI SALUD...”

ADMINISTRATIVOS TR= 105			DOCENTES TR= 169			ENFERMERAS TR= 163			OBREROS TR= 84						
DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA
Buena	216	100	Pos	Buena	295	100	Pos	Buena	150	100	Pos	Buena	304	100	Pos
Importante	110	51	Pos	Importante	138	47	Pos	Importante	115	77	Pos	Cuidarse/la	94	31	Pos
Alimentación	83	38	Pos	Satisfactoria	89	30	Pos	Alimentación	91	61	Pos	Regular	71	23	Neu
Enfermedades	64	30	Neg	Ejercicio	91	31	Pos	Ejercicio	87	58	Pos	Importante	53	17	Pos
Fumar	57	26	Neg	Primero	84	28	Pos	Bienestar	62	41	Pos	Mala	49	16	Neg
Regular	52	24	Neu	Excelente	44	15	Pos	Tranquilidad	61	41	Pos	Excelente	43	14	Pos
Ejercicio	40	19	Pos	Indispensable	44	15	Pos	Estrés	50	33	Neg	Normal	43	14	Pos
Mala	36	17	Neg	Necesaria	44	15	Pos	Primero	39	26	Pos	Bienestar	38	13	Pos
Deportes	34	16	Pos	Estable	40	14	Pos	Trabajo	39	26	Pos	Estable	30	10	Pos
Mental	34	16	Neu	Alimentación	37	13	Pos	Vida	36	24	Pos	Sana	29	10	Pos
Física	32	15	Neu	Primordial	34	12	Pos	Estable	35	23	Pos	Primero	29	10	Pos
Beber	32	15	Pos	Sana	34	12	Pos	Alegria	34	23	Pos	Bien	26	9	Pos
Estrés	32	15	Neu	Equilibrada/brio	31	11	Pos	Cuidado	31	21	Pos	VARIABLE	26	9	Neg
Dolor de cabeza	30	14	Pos	Descanso	28	9	Neg	Me cuido	26	17	Pos	Satisfactoria	26	9	Pos
Trabajo	26	12	Pos	Constante	27	9	Pos	Necesidad	25	17	Pos	Magnífica	24	8	Pos
Vista	26	12	Pos	Agradable	25	8	Pos	Visitas médicas	24	16	Pos	Tranquilidad	23	8	Pos
Limpieza e Higiene	24	11	Pos	Cuidado	23	8	Pos	Ambiente	23	15	Pos	Fuerte	23	8	Pos
Chequeo	23	10	Pos	Vida	23	8	Pos	Armonía	22	15	Pos	Cansado	22	7	Neg
Cuidado	23	10	Pos	Cansada	21	7	Pos	Recreación	21	14	Pos	Agradable	20	7	Pos
Descanso	20	9	Pos	Atención	21	7	Pos	Mejorar	21	14	Pos	Mantenerme/la	18	6	Pos
Vivir	20	9	Pos	Deporte	20	7	Pos	Enfermedad	21	14	Neu	Mejor	18	6	Pos
Excelente	20	9	Pos	Optima	20	7	Pos	Familiar	20	13	Pos	Estrés	18	6	Neg
				Adecuada	18	6	Pos	Higiene	18	12	Pos				
				Feliz	18	6	Pos	Física	18	12	Pos				
				Regular	18	6	Pos	Preocupa	17	11	Pos				
				Adecuada	18	6	Pos	Sueño	17	11	Pos				
								Delicada	17	11	Pos				

Respecto a la frase “MI JEFE”, los (TR) fueron de 120 para administrativos, 168 para docentes, 146 para enfermeras y 100 en obreros. (Tabla 9).

Aunque las definidoras características estuvieron más dispersas que en las frases anteriores, se pueden observar algunas palabras frecuentes entre todos los grupos, entre ellas: responsable, comprensivo, bueno, inteligente, amable, agradable, exigente, entre otras.

Como se puede observar, existen cargas afectivas de las definidoras predominantemente positivas, aunque es importante notar que casi todos los grupos mostraron alrededor de 4 palabras clasificadas como aspectos eminentemente negativos, excepto el grupo de enfermeras donde todas las definidoras se nominaron como positivas.

Las palabras obtenidas en esta red, exponen nuevas formas de estructurar reactivos de apoyo social en el trabajo con base en la apreciación subjetiva del trabajador y su validez semántica. Donde se observa que se estructuran con base en: 1) la descripción del carácter mismo o manera de ser del jefe, ó 2) del tipo de interacción que se tiene con él.

Tabla 9. DEFINIDORAS DE LA FRASE “MI JEFE...”

ADMINISTRATIVOS TR= 120				DOCENTES TR= 168				ENFERMERAS TR= 146				OBREROS TR= 100			
DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA
Apoya	107	100	Pos	Agradable	87	100	Pos	Responsable	109	100	Pos	Enojón(a)	92	100	Pos
Responsable	94	88	Pos	Trabajadora	81	93	Pos	Compañerismo	95	87	Pos	Buena/o	88	96	Pos
Exigente	79	74	Pos	Comprensivo	76	87	Neu	Autoridad	77	71	Pos	Comprensivo	81	88	Pos
Conocimiento	72	67	Pos	Responsable	73	84	Pos	Respeto/Able	67	61	Pos	Exigente	55	60	Pos
Capacidad/capaz	64	60	Pos	Amable	55	63	Pos	Comprensivo	49	45	Pos	Buena onda	52	57	Pos
Buen (o)	63	59	Pos	Inteligente	52	60	Pos	Cooperar	46	42	Pos	Voluble	47	51	Pos
Comprensivo	58	54	Pos	Bueno/a	52	60	Pos	Inteligente	45	41	Pos	Trabajador	40	43	Pos
Inteligente	49	46	Pos	Tranquilo	38	44	Pos	Agradable	44	40	Pos	Regañón/on	38	41	Neg
Amable	48	45	Pos	Respetuoso	33	38	Pos	Exigente	42	39	Pos	Amable	37	40	Pos
Comunicación	45	42	Neg	Consciente	28	32	Pos	Estricto	40	37	Pos	Agradable	30	33	Pos
Amigo	41	38	Pos	Cordial	25	29	Neu	Enseñanza	37	34	Pos	Bien	29	32	Pos
Estricto	37	35	Pos	Tolerante	24	28	Pos	Puntual	35	32	Pos	Consciente	28	30	Pos
Experiencia	36	34	Neu	Exigente	24	28	Pos	Apoya	35	32	Pos	Manda/on(a)	27	29	Neg
Agradable	35	33	Pos	Accesible	24	28	Pos	Confiable	35	32	Pos	Respetuoso	22	24	Pos
Trabajador	34	32	Pos	Presiona	22	25	Pos	Conocimiento	35	32	Pos	Malo	21	23	Neg
Honesto	30	28	Pos	Apoya	22	25	Pos					Regular	20	22	Pos
Enojón	30	28	Neg	Divertida	22	25	Neg					Inteligente	19	21	Pos
Liderazgo	28	26	Neg	Tenaz	21	24	Pos					Apoyarnos	19	21	Pos
Confiable	26	24	Pos	Necio	20	23	Neg					Serio	18	20	Neu
Seguimiento	25	23	Pos	Indiferente	20	23	Neg					Payaso	18	20	Neg
Ordenado	25	23	Pos	Honesto	20	23	Neg					Razonable	18	20	Pos
Decisiones	24	22	Neg												
Organización	22	21	Neg												
Carácter	22	21	Pos												
Respetuoso	22	21	Pos												

En la frase “MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO”, se encontró que los tamaños de red fueron de 88 definidoras para los administrativos, 153 para docentes, 114 para enfermeras y 91 en los obreros. (Tabla 10). Esta red, se caracterizó por las palabras: amigables, amables, trabajadores, agradables, buenos, etc.

En cuanto a las cargas afectivas, es interesante observar que en el grupo de docentes, a diferencia de frases anteriores, en esta sobresale de los demás grupos al clasificar siete palabras negativas (honestos, comunicativos, armonía, respetuosos, amigables, comunicación y compañerismo) en comparación con una de los administrativos, cero de las enfermeras y tres de los obreros; sin embargo, en general la mayoría de las frases tuvieron carga afectiva positiva (Tabla 10).

Es importante mencionar que de la misma forma que en la anterior red (“mi jefe”), se pudieron identificar dos dimensiones: la primera que tiene que ver con la descripción de la forma de ser de los compañeros y la segunda que tiene que ver con el tipo de relación o interacción que se tiene con ellos, sea ésta de compañerismo, trabajo en equipo, cooperación, apoyo, ayuda, unión y respeto (Tabla 10).

Tabla 10. DEFINIDORAS DE LA FRASE “MIS COMPAÑEROS TRABAJO...”

ADMINISTRATIVOS TR= 88			DOCENTES TR= 153			ENFERMERAS TR= 114			OBREROS TR= 91						
DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA	DEFINIDORA	PS	DSC	CA
Amigables	183	100	Pos	Agradables	127	100	Pos	Cooperadores/tivos	114	100	Pos	Buenos	115	100	Pos
Agradables	116	63	Pos	Trabajadores	100	79	Pos	Compañerismo/ñteros	112	98	Pos	Amables	87	76	Pos
Responsables	103	56	Pos	Amables	73	57	Pos	Trabajadores	84	74	Pos	Amigables	73	63	Pos
Buenos/ buena onda	98	54	Pos	Comprensibles	64	50	Pos	Equipo	83	73	Pos	Trabajadores	61	53	Pos
Ayuda	90	49	Pos	Buenos	57	45	Pos	Responsables	83	73	Pos	Chismosos	51	44	Neg
Trabajadores	62	34	Pos	Solidarios	54	43	Pos	Unidos/unión	83	73	Pos	Agradables	45	39	Pos
Equipo	57	31	Pos	Inteligentes	54	43	Pos	Respeto	60	53	Pos	Enojones	44	38	Neg
Cooperación	47	26	Pos	Responsables	50	39	Pos	Agradables	54	47	Pos	Alegres	43	37	Pos
Comunicación	38	21	Pos	Sinceros	50	39	Pos	Amigables	52	46	Pos	Equipo	42	37	Pos
Respetuosos	38	21	Pos	Apoyan	47	37	Pos	Alegres	46	40	Pos	Ayuda	29	25	Pos
Honestos	32	17	Pos	Cooperadores	39	31	Pos	Ayuda	46	40	Pos	Amigos	29	25	Pos
Amables	31	17	Pos	Cordiales	35	28	Pos	Apoyo	46	40	Neu	Apoyo	26	23	Pos
Conocimiento	29	16	Pos	Sociables	34	27	Pos					Sencillos	26	23	Pos
Dedicados	28	15	Pos	Alegres	33	26	Pos					Respetuosos	25	22	Pos
Puntuales	26	14	Pos	Honestos	33	26	Neu					Mala onda	22	19	Neg
Sociables	24	13	Pos	Comunicativos	30	24	Neg					Platicar	20	17	Pos
Inteligentes	24	13	Pos	Armonía	27	21	Neg					Ingeniosos	20	17	Pos
Experiencia	23	13	Pos	Respetuosos	26	20	Neg					Amistad	19	17	Neu
Sinceros	23	13	Pos	Amigables	25	20	Neg					Bien	19	17	Pos
Preocupados	22	12	Pos	Comunicación	25	20	Neg					Compañerismo	19	17	Pos
Unidos	20	11	Neg	Compañerismo	25	20	Neg								
Tratables	19	10	Pos												
Buenas relaciones	19	10	Pos												
Optimismo	19	10	Neu												
Entusiastas	19	10	Pos												

CONCLUSIONES MÁS DESTACADAS DE ESTE ESTUDIO

- El grupo de las enfermeras se mostró más vulnerable pues representó el grupo con mayor porcentaje de estrés percibido y también informó más problemas de salud.
- Aunque se presentaron estresores específicos entre ocupaciones, algunas variables bien pudieran integrarse en un modelo generalizador de estresores psicosociales para todas las ocupaciones, por ejemplo: la presión, el exceso o carga de trabajo, tiempos límite, falta de recursos para el trabajo (materiales, herramientas, equipo, o incluso humanos), poco apoyo percibido y, en menor medida, condiciones del ambiente físico. Debe subrayarse el hallazgo del estresor de falta de recursos, pues parece ser un aspecto tensionante consistente entre los trabajadores Mexicanos aún cuando no se ha considerado en modelos teóricos en la literatura internacional.

- En cuanto a las variables de salud reportadas resaltan por su importancia en todos los grupos: dolores de cabeza, dolores y malestares del sistema músculo-esquelético, del sistema digestivo, trastornos de tensión arterial, cansancio, entre otros. Todas y cada uno de las variables de salud mencionadas anteriormente han demostrado estar relacionadas con factores o estresores psicosociales del trabajo (OIT/OMS, 1984, Karasek y Theorell, 1990).
- Se ubicaron estilos de afrontamiento basados en el modelo clásico de Lázarus y Folkman (1984). Básicamente se ubican las respuestas ante la frase “yo siento..” como estilo centrado en la emoción (angustia, desesperación, cansancio, nervios, etc.), y las respuestas ante las frases “yo pienso..” y “lo que hago es..” como estilos centrados en el problema. Es importante mencionar, que en cada uno de estos factores representan una dimensión emocional y otra cognitiva, que resultarían importantes en un modelo integral de factores psicosociales.
- Respecto a la variable de apoyo social, se confirma la importancia de éste dentro del contexto laboral, pues se demuestra primacía del apoyo de los compañeros y del jefe en el trabajo más que el familiar. Aunque se debe señalar el tipo de apoyo percibido que se encontró en este estudio y que la gente manifestó como apoyo de “mi mismo” y que hace sustento en las capacidades, habilidades y experiencia propias; se podría suponer que constituye el concepto de “autoeficacia percibida” (Bandura, 1997), aunque es necesario delimitar y definir el constructo teórico que subyace este elemento y estudiar su rol moderador en el estrés y las enfermedades.
- Se evidencia una influencia relativa en la dinámica de la relación trabajo-familia. La mayor influencia o al menos la más importante en este estudio, se manifestó del contexto laboral al familiar en cuestiones como el estado de ánimo o humor, el tiempo afectado de estar con la familia y el aspecto económico. Esto corrobora los argumentos de Karasek y Theorell (1990) quienes señalan que los estresores laborales (más que los familiares o extraorganizacionales) representan mayor importancia en la vida de las personas y tienen mayor influencia en su salud. Por tanto, de primera instancia parece poco indispensable incluir las variables extraorganizacionales en un modelo psicosocial integrador.
- En cuanto al apoyo complementario de las redes semánticas se encontró que las definidoras de la frase “mi trabajo” con mayor peso semántico fueron: responsabilidad, agradable, interesante, me gusta, satisfacción e importante. Estos conceptos coinciden con la investigación reciente respecto a ciertas dimensiones del constructo llamado “Engagement” (entusiasmo laboral) (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). Por lo tanto estas palabras definidoras reflejan un aspecto “positivo” del trabajo. Esta tendencia confirma la

importancia de la investigación reciente sobre Psicología Positiva que focaliza las fortalezas y funcionamiento óptimo del ser humano, más que sus debilidades y disfunciones (Sheldon y King, 2001; Fredrickson, 2001).

- Aunado al anterior se encontró que en las definidoras de la frase “mi salud” se mencionaron escasamente elementos de enfermedad y resaltó la representación subjetiva de elementos de promoción de salud, y en todas las dimensiones se obtuvieron cargas mayormente positivas, lo que resalta la importancia del enfoque salutogénico más que el centrado en la enfermedad.
- En las redes “mi jefe” y “mis compañeros de trabajo” se ofrecen perspectivas alternas de estructurar reactivos de apoyo social en el trabajo “válidos semánticamente” y se observan dos dimensiones conceptuales a evaluar: 1) la descripción del carácter mismo o manera de ser del jefe y compañeros, y 2) la descripción del tipo de interacción que se tiene con ellos. Este esquema conceptual corrobora otros hallazgos (Cedillo, 1999).

Este primer estudio brindó una panorámica inicial y general del fenómeno de los factores psicosociales en el trabajo, no obstante se hizo necesario probar variables y modelos psicosociales importantes por sus evidencias en relación a la salud.

2.2. Estudio 2. El modelo de tensión laboral, el afrontamiento, la hostilidad y su asociación con síntomas de enfermedad.

Como ya se había expuesto anteriormente, el modelo de tensión laboral de Karasek (1998) ha sido el modelo de factores psicosociales del trabajo con mayores evidencias empíricas en su relación con resultados de salud en todo el mundo. En México, se demostró ya su validez en un estudio con maquiladoras (Cedillo, 1999).

En el estudio exploratorio mostrado en el apartado anterior de este escrito, dentro de las tensionantes psicosociales del contexto laboral más importantes se reflejaron la carga de trabajo, presiones y tiempos límite, todas ellas equivalentes al concepto “demandas psicológicas” del modelo de tensión laboral. Asimismo, sobresalió la presencia del apoyo social como una variable trascendente en trabajadores mexicanos, la cual también es un componente incluido en el modelo.

Aunque dicho modelo tiene un carácter sencillo y parsimonioso por estar constituido sólo de tres variables del contexto psicosocial laboral, diversos autores han criticado la pobre representatividad que posee el modelo en cuanto a variables psicológicas individuales, llámense

estilos conductuales, rasgos de personalidad o disposiciones individuales y han sugerido incorporar estas dimensiones al modelo (Fernet, Guay y Senécal, 2003; De Gucht, Fischler, Heiser, 2003; Román, 1998; Schaubreck, Jones, Lin, 2001); incluso algunas investigaciones han demostrado que las variables personales son mejores predictores de salud (Kalimo, Pahkin, Mutanen, 2002; Kouichi, 2001).

En la visión de la Psicología de la salud, se han investigado extensamente variables personales que influyen en el bienestar y la salud en general. Como se dijo anteriormente, la variable más representativa ha sido el constructo llamado “patrón de conducta tipo A”. En México se ha estudiado ampliamente la influencia de esta variable en la salud (Fernández y Mercado, 1992; Martínez, 2001; Reynoso, Alvarez, Tron, de la Torre y Seligson, 2002). No obstante, se debe rescatar el hecho de que otros estudios han demostrado que el componente de hostilidad es el más nocivo (Williams y Williams, 1998), incluyendo un estudio realizado en México, donde se encontró que de 3 componentes, el relativo a impaciencia-hostilidad, fue el único que tuvo relaciones significativas con síntomas somáticos y sus coeficientes fueron mayores que con la escala total (Juárez, Frías y Reynoso, 2004).

Otra variable “personal” tradicionalmente estudiada por la Psicología, son los estilos de afrontamiento ya mencionados anteriormente. Existen libros que contienen un número vasto de investigaciones de la relación estilos de afrontamiento y salud (Cooper y Payne, 1991). También existen estudios mexicanos que demuestran esta relación (Laborín y Vera, 2002).

Como se mencionó anteriormente, se puede suponer que más que la simple posesión de los factores de riesgo personales (en este caso la hostilidad o determinado estilo de afrontamiento) se debe tener un poder predictivo mayor si se analiza en combinación con otros factores psicosociales del entorno, como puede ser un ambiente ocupacional frustrante caracterizado por excesivas presiones y escaso control y apoyo social, tal como lo dicta el modelo de tensión laboral.

OBJETIVO

Por todo lo anterior, este estudio tuvo como objetivo determinar la posible asociación del modelo de Tensión laboral de Karasek (1998) con el autoinforme de síntomas somáticos de enfermedad; así como evaluar el papel moderador de variables psicológicas individuales (impaciencia-hostilidad y estilo de afrontamiento) en la asociación tensión laboral-salud.

MÉTODO

Participantes. En la investigación participaron 52 trabajadores administrativos que laboraban en una empresa privada del sector metalúrgico. La muestra fue por conveniencia y no aleatoria.

Instrumentos. Se utilizó el cuestionario de Tipo A para adultos (Reynoso y Seligson, 1997), específicamente se utilizó la dimensión del patrón total llamada “impaciencia-hostilidad”. El estilo de afrontamiento se evaluó de acuerdo al modelo-instrumento de Góngora y Reyes (2000) que contempla los estilos directo, directo revalorativo, emocional negativo, evasivo y socioemocional. Para la evaluación de las variables del modelo de tensión laboral se utilizó el procedimiento de retraducción (backtranslation) del Cuestionario del Contenido del Trabajo de Karasek (1998), en el que primero se tradujo una versión al castellano, luego se tradujo al inglés nuevamente por una persona cuya lengua nativa era el inglés y se hicieron los ajustes pertinentes para obtener las palabras equivalentes comparando las dos versiones. Los indicadores somáticos de enfermedad se midieron por medio del cuestionario de servicios médicos de la UNAM que contempla las dimensiones del sistema digestivo, respiratorio y circulatorio.

Procedimiento. Todas las escalas se conjuntaron en un solo cuestionario, el cual se aplicó de forma colectiva en un salón designado por el centro de trabajo al que pertenecían los empleados.

Para los análisis de resultados se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- 1) Se calculó una razón de tensión laboral, dividiendo para ello las demandas psicológicas entre el control laboral, obteniendo así una variable continua (la fórmula para la versión oficial se puede encontrar en Schnall, 2005). De aquí se clasificó la población en dos grupos: tensión laboral baja y tensión laboral alta con base en el valor de la mediana de esta variable (Med.= 1.07).
- 2) Se analizaron diferencias entre dichos grupos utilizando la prueba “t” de student intentando probar la teoría del modelo de tensión laboral.
- 3) En un siguiente paso se dividieron con base en sus medianas en “altos” y “bajos” a las variables de estilo de afrontamiento (directo, directo revalorativo, emocional negativo, evasivo y socioemocional) e impaciencia-hostilidad.

- 4) Buscando combinaciones significativas entre los grupos altos y bajos de tensión laboral y variables individuales respecto a la puntuación de síntomas de enfermedad globales, se utilizó el análisis de varianza de una vía (ANOVA).
- 5) Finalmente, como estrategia complementaria para el análisis de efecto moderador, se utilizó la técnica de regresión lineal múltiple por el método jerárquico.

RESULTADOS

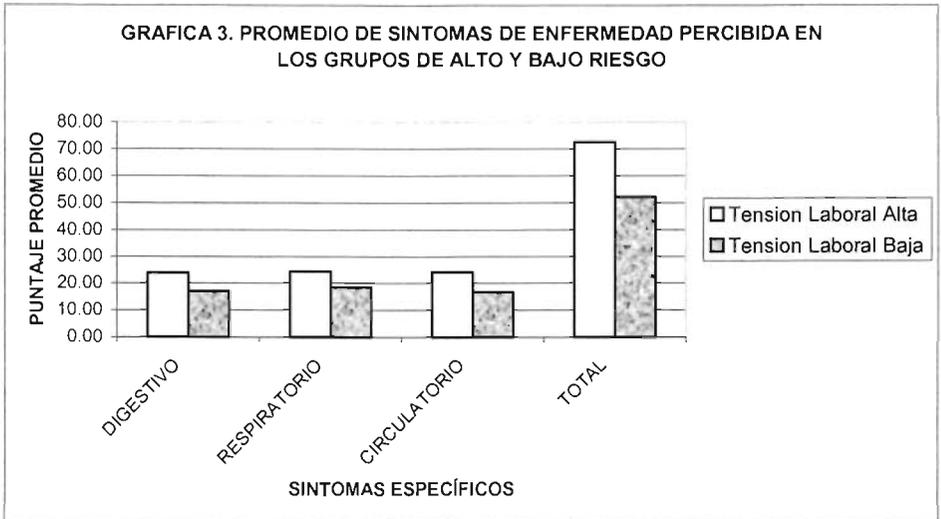
De los 52 sujetos participantes, 42 fueron hombres y 10 mujeres. Todos eran trabajadores administrativos de distintos puestos, sus edades fluctuaban entre los 21 y 52 años, siendo la edad promedio de 34 años.

Respecto a las diferencias de los grupos “altos” y “bajos” de tensión laboral, los análisis de la prueba “t” de grupos independientes realizados hasta aquí demostraron diferencias significativas en los dos grupos de acuerdo a los síntomas de enfermedad, tanto del sistema digestivo ($p < .002$), del respiratorio ($p < .01$), del circulatorio ($p < .0001$) y también del total de los síntomas subjetivos ($p < .04$), como se muestra en la siguiente tabla:

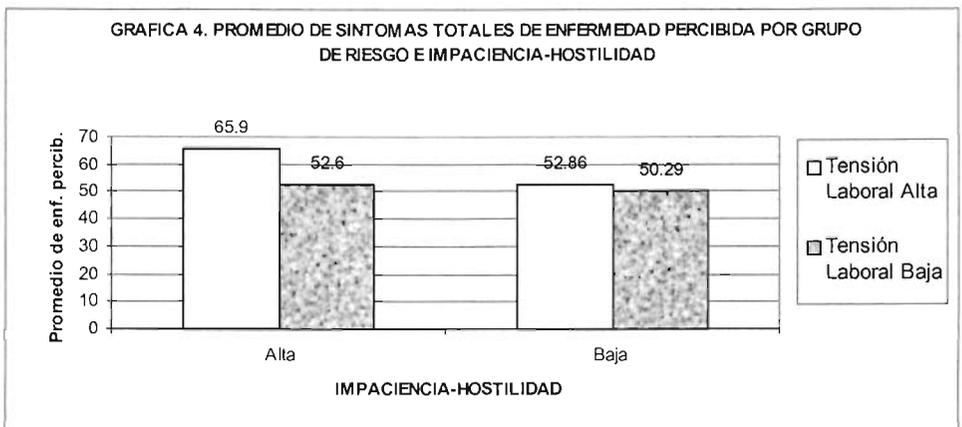
Tabla 11. Análisis de diferencias estadísticas entre el grupo de tensión laboral alta y baja en las medias de síntomas de enfermedad

<i>Variable de salud</i>	<i>Digestivo</i>	<i>Respiratorio</i>	<i>Circulatorio</i>	<i>Total síntomas subjetivos</i>
Grupo				
Tensión laboral alta	24	24.42	24.14	72.57
Tensión laboral baja	17.06	18.46	16.68	52.22
Prueba t de student	$p = .002$	$P = .01$	$P = .0001$	$P = .04$

En la siguiente gráfica se muestran claramente tales diferencias:



Como un siguiente paso, se analizaron las variables “personales” y la variable de apoyo social en combinación con la tensión laboral. Ni el apoyo social, ni algún estilo de afrontamiento tuvieron algún efecto combinado y estadísticamente significativo con el modelo de tensión laboral, no obstante, la dimensión “impaciencia-hostilidad” ofreció un patrón significativo, pues el promedio de enfermedad percibida total se incrementó considerablemente si el grupo de alto riesgo (tensión laboral alta) presentaba además altas puntuaciones en esta dimensión:



El análisis de varianza univariado mostró que había diferencias significativas en los grupos formados ($F= 3.52, p>.02$). Más aún, la prueba de Scheffé confirmó que la mayor diferencia en el promedio de síntomas de enfermedad percibida fue entre el grupo de tensión laboral alta e impaciencia-hostilidad alto y su contraparte (tensión laboral baja e impaciencia-hostilidad baja) (diferencia de medias= 15.61, $p<.045$). Como un último paso y de manera complementaria para confirmar el efecto moderador de las variables personales, se realizó una regresión jerárquica introduciendo las variables en su carácter de “continuas” (puntuaciones totales sin división altos o bajos) en el siguiente orden: edad, sexo (dummy), tensión laboral, apoyo social, estilo de afrontamiento emocional negativo (único con significancia en la correlación bivariada), y por último, la variable emocional impaciencia-hostilidad (Tabla 12).

Tabla 12. Regresión jerárquica de las variables estudiadas sobre la variable síntomas de enfermedad (total).

Pasos/Variable predictora	β	r^2	F	Cambio en R^2
1. Edad	.18	.015	.78	.015
2. Sexo	.28	.017	.42	.002
3. Tensión laboral	20.2*	.14	2.68*	.127**
4. Apoyo Social	-.50	.18	2.65*	.041
5. Aftto emocional negativo	.130	.23	2.75*	.046
6. Impaciencia -Hostilidad	1.4*	.29	3.18**	.068*

* $P<.05$, ** $P<.01$

Como se observa en la tabla 12, en general el modelo es significativo con todas las variables ($F=3.18^{**}$) las cuales en conjunto explican el 29% de la varianza. Sin embargo, los únicos predictores confiables fueron la tensión laboral ($\beta = 20.2^*$) y la variable Impaciencia-Hostilidad ($\beta = 1.4^*$), de hecho, fueron los únicos que mostraron un cambio en R^2 de forma significativa. De esta forma, la tensión laboral, entendida como la combinación de demandas psicológicas altas y libertad de decisión baja, ciertamente está relacionada de forma significativa con la salud, empero al considerar la variable emocional “impaciencia-hostilidad” existe una afectación mayor y significativa. En razón del aumento de la R^2 significativo que otorga la variable de impaciencia-hostilidad, se puede confirmar nuevamente un efecto combinado que afecta la salud potencialmente y asimismo, se estima que esta última “modera” la afectación de la tensión laboral en la salud.

CONCLUSIONES MÁS DESTACADAS

- Los resultados fortalecen las evidencias de la universalidad del modelo de tensión laboral y sus hipótesis, pues los índices de síntomas de enfermedad fueron más altos en el grupo de tensión laboral alta en comparación con el grupo de tensión laboral baja.
- Asimismo, en este estudio se demostró que el modelo de tensión laboral, aumenta su poder de predicción estadística (aumento R^2 .068, $p < .05$) al considerar variables personales, aunque se debe señalar que en este caso sólo las variables de carácter emocional estables (impaciencia-hostilidad) tuvieron ese papel moderador, pues ninguno de los estilos de afrontamiento (variables cognitivas) fueron significativas en este estudio.
- De forma inesperada la variable apoyo social como variable continua independiente, no tuvo una asociación significativa con la salud. Gutiérrez, et. al. (2003) han sugerido que el carácter patogénico del apoyo social se encuentra en su ausencia y los trabajadores mexicanos se caracterizan por altos grado de apoyo, por ello la falta de significancia en estudios como el presente.
- Estos resultados se incorporan a las evidencias de otros estudios que demuestran la importancia de variables personales (principalmente las de tipo emocional) en la salud percibida. Por lo tanto, se vislumbra una gran importancia en considerar variables del entorno y variables personales al estudio de los factores psicosociales del trabajo y su relación con el proceso salud-enfermedad.

Después de los hallazgos de este estudio surgen preguntas como: ¿qué otras variables individuales-psicológicas están asociadas con el bienestar y la salud de los trabajadores?. Uno de los caminos que se han estudiado en relación a la Psicología individual y salud, ha sido la exploración de los factores generales de personalidad vulnerables a la salud. Como se dijo anteriormente, el modelo de los Cinco Grandes ha representado la mejor propuesta que incorpora las dimensiones generales de personalidad de los seres humanos.

2.3. Estudio 3. Factores generales de personalidad del “big five” (cinco grandes) y su relación con la salud.

Existen pocos estudios dentro de este modelo de los cinco grandes en relación con la salud, pero éstos han demostrado a los factores de extroversión y neuroticismo como los más asociados a la enfermedad (Hayes y Joseph, 2003; Ebert, Tucker y Roth, 2002). Sin embargo, este tipo de

estudios tienen fuertes críticas metodológicas, pues los indicadores de salud se califican como subjetivos ya que se trata de autoinformes de los evaluados y por tanto, se dice que las relaciones podrían estar contaminadas por posibles sesgos de hipocondriasis, es decir, los neuróticos tenderán a sobre-reportar sus malestares (Cohen, 1982). No obstante, otras investigaciones han utilizado aproximaciones retrospectivas y epidemiológicas para evaluar la relación del neuroticismo y variables de salud más objetivas, como úlceras pépticas (Goodwin y Stein, 2003) diabetes, y conductas de autocuidado de esta enfermedad (Marks, 2002).

Asimismo, otras investigaciones basadas en otros modelos de personalidad como el de Eysenck (en Furnham, 1992), han encontrado al factor de Neuroticismo (equivalente al de los cinco grandes) y sus rasgos o sinónimos (afectividad negativa, inestabilidad emocional, etc.) altamente relacionados con diversas variables de salud tales como estrés (Fogarty, 1999; Gunthert, Cohen y Armeli, 1999); hipertensión (Russo y Zuckerman, 1992; Drummond, 1982; Waal-Maanning, et.al, 1986; Jorgenssen et. al, 1996; Davies, 1969; Spiro, 1995); enfermedad isquémica del corazón (Cohen, 1982; Giles y Richards, 2001); e indicadores de mortalidad y longevidad en estudios longitudinales (Friedman, Tucker, Schwartz, Keasey, Wingard & Criqui, 1995). Sin embargo, sigue pendiente su exploración en población mexicana.

Respecto a las variables de salud de alta relevancia, aquellas que se han convertido en la preocupación principal de la mayoría de los países del mundo han sido las enfermedades cardiovasculares, pues ocupan las principales causas de muerte en los países industrializados (Schnall, et. al., 2000). De hecho, entre los problemas de salud que mencionaron con mayor frecuencia los trabajadores en el primer estudio de este trabajo, están la tensión arterial y en primer lugar, la cefalea, la cual pudiera representar en sí mismo un síntoma de problemas circulatorios o enfermedad cardiovascular.

Aunque diversas investigaciones han identificado variables psicológicas vulnerables a la enfermedad cardiovascular como el tipo A, la hostilidad y la afectividad negativa (Friedman y Rosenman, 1974; Jenkins, et. al., 1978; Edwards, 1991; Cooper y Payne, 1990), se desconoce la existencia de algún estudio que demuestre la relación entre los factores generales de personalidad con el modelo de los “cinco grandes” (big five) y el riesgo de enfermedad cardiovascular.

En México, no se encontró documentado algún estudio de esta relación, lo que evidencia una necesidad inminente, pues al igual que otros países, las principales causas de mortalidad son

debidas a las enfermedades cardiovasculares (INEGI, 2005) y su investigación epidemiológica es trascendental.

Cabe señalar que, aunque hubiese un estudio de esta naturaleza, uno de los problemas frecuentemente señalados en el campo de la evaluación de personalidad en nuestro país es la utilización de instrumentos mal traducidos o mal adaptados a nuestro contexto y con escasa validez y confiabilidad (Arias, 1995; Uribe, 1997).

Por tanto, no sólo es importante realizar estudios de factores de personalidad y su relación con factores de riesgo cardiovascular, sino utilizar instrumentos que hayan demostrado previamente sus adecuadas propiedades psicométricas. A este respecto, Uribe (1997, 2002) ya se había dado a la tarea de desarrollar la primera escala de personalidad dentro del marco teórico de los cinco grandes (big five) validándola en nuestro país mediante diversas técnicas semánticas y factoriales. Sin embargo, aunque la escala ha mostrado índices psicométricos adecuados, no ha sido utilizada en estudios con indicadores salud o enfermedad.

Particularmente, es motivo del estudio de este apartado, analizar su relación con indicadores de salud cardiovascular, contemplando para ello la crítica metodológica que se menciona en el primer párrafo de este apartado relativo a la utilización de autoinformes subjetivos de salud y su sesgo por neuroticismo. Por ello, se hace indispensable utilizar otro indicador más objetivo de la función cardiovascular: la tensión arterial (TA).

Algunas investigaciones han demostrado la asociación entre neuroticismo (equivalente al control emocional en la teoría de los cinco grandes) y la tensión arterial (Russo y Zuckerman, 1991; Drummond, 1982; Waal Manning, et. al, 1986; Jorgenssen et. al, 1996; Spiro, 1995), no obstante, sigue pendiente más investigación al respecto, principalmente en México.

La TA elevada es uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, y su relación con la enfermedad es continua, de tal manera que pequeñas elevaciones pueden considerarse como potencialmente dañinas, aún encontrándose en niveles “normales” (Schnall, et. al., 2000) (en capítulo 4 de este trabajo se aborda más a detalle lo relativo a esta variable). De esta forma, ambos indicadores (TA y Síntomas) fungieron como indicadores de salud cardiovascular a nivel subjetivo y objetivo en el presente estudio.

OBJETIVO

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar si existe una relación estadísticamente significativa entre los Cinco Grandes Factores de Personalidad e indicadores de riesgo cardiovascular a nivel subjetivo (autoinforme de síntomas) y a nivel objetivo (tensión arterial sistólica y diastólica).

MÉTODO

Participantes. Se evaluaron a 56 trabajadores de mandos medios (supervisores, administrativos y técnicos) que laboraban en una empresa productora de galletas en el estado de México y que decidieron participar voluntariamente.

Instrumentos. Para la evaluación de los Cinco Grandes, se utilizó el cuestionario desarrollado y validado en población Mexicana por Uribe (2002), quien propone los nombres de Sociabilidad (extraversión), Control Emocional (neuroticismo), Aceptabilidad (agradabilidad), Organización (Conciencia) y Sensibilidad intelectual (Apertura). Para la evaluación de síntomas de enfermedad cardiovascular se utilizó una adaptación del cuestionario que es utilizado por el servicio médico de la UNAM, específicamente el apartado del aparato circulatorio. Para el registro de la tensión arterial se utilizó un baumanómetro de aire de la marca Adex y un estetoscopio de doble campana de la marca Marshall .

Procedimiento. Los cuestionarios se entregaron a los trabajadores en sus puestos de trabajo y se les sugirió llenarlo en sus espacios libres. En ese momento se les tomó la tensión arterial. De acuerdo al protocolo tradicional llamado "método Kokoroff" (O'Brien, 2003), se les pidió que se descubrieran el brazo izquierdo, se colocó el brazalete 2.5 centímetros por arriba del pliegue del codo, se localizó la arteria braquial por palpación y se colocó el diafragma del estetoscopio. Se insufló el brazalete de 20 a 30 mmHg por arriba de donde desaparece el pulso y se desinfló rotando la válvula 2 mmHg por segundo para así observar la escala del manómetro y detectar el primer ruido claro que correspondió al registro de la tensión sistólica, y en la continuación del desinflado, el cambio de tonalidad correspondió a la tensión diastólica. Finalmente se retiró el brazalete y se anotó en la cédula de recolección de datos la cifra tomada. Para el análisis de resultados se utilizó la técnica de regresión por el método jerárquico, con base en que debieran entrar primero variables que pudieran tener un efecto primordial (edad y sexo) y después los factores de personalidad que

han tenido alguna evidencia empírica en relación a la salud (control emocional y sociabilidad) y por último los factores restantes.

RESULTADOS

De los 56 participantes 36 eran de sexo masculino (64%) y el resto eran de sexo femenino (20). El promedio de edad fue de 32 años. Los estadísticos descriptivos para las diferentes variables evaluadas se muestran en la Tabla 13. La versión utilizada en este estudio del cuestionario de los cinco grandes (85 ítems), no tenía alguna aplicación de referencia, por lo que no se pudo establecer una comparación en relación a otros estudios. Vale la pena mencionar que el promedio de la tensión arterial se ubicó en los niveles óptimos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-1999). (En el apartado 4 se describen a detalle las clasificaciones de la NOM).

Con propósito de hacer comparativas las diferentes escalas y tener una referencia homogénea de los valores de las variables, se dividió el valor promedio que la muestra obtuvo en cada escala entre el número de ítems que la conforman. Respecto a los factores de personalidad, los datos mostraron que el factor de organización fue el más alto entre la muestra evaluado, mientras la sensibilidad intelectual fue la más baja, lo que significa que se mostraron eficientes, ordenados y comprometidos con la calidad de su trabajo (alta organización) y poco abiertos a las nuevas experiencias y la empatía hacia otros (baja sensibilidad) (Tabla 13). Con respecto a los síntomas cardiovasculares, se encontró una prevalencia muy baja de esta variable en comparación a las demás evaluadas.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las cinco variables de personalidad y las de salud.

Variab les	Mínimo- Máximo	Media	Desviación estándar	Media/ Núm Ítems
Sociabilidad	73-121	102.51	10.63	/23 = 4.45
Aceptabilidad	33-60	47.48	6.27	/11= 4.31
Organización	28-50	40.71	5.11	/9 = 4.52
Control emocional	39-65	53.46	6.24	/12 = 4.45
Sensibilidad intelectual	31-66	46.10	8.35	/14 = 3.29
Síntomas cardiovasculares	13-33	18.87	5.02	/12 = 1.57
Tensión sistólica	80-120	108.75	8.95	-
Tensión diastólica	60-80	71.96	5.85	-

Posteriormente, se analizaron los datos por medio de la técnica de regresión lineal múltiple jerárquica. Con base en lo mencionado en la sección de procedimiento de este estudio, la secuencia con que se introdujeron las variables al modelo en las tres variables dependientes (tensión sistólica, diastólica y síntomas circulatorios) quedó en el siguiente orden: edad, sexo (como variable dummy), control emocional, sociabilidad, aceptabilidad, organización y finalmente, apertura intelectual.

El mejor modelo de regresión encontrado fue aquel en el que quedaron incluidas las variables de edad, sexo y control emocional, pues no existió otra variable de los demás factores de personalidad que aumentara la varianza explicada de forma significativa. Aunque la variable edad no fue predictor confiable por sí sola, en conjunto con el sexo y el control emocional explicaron el 14% de la varianza total para tensión sistólica y 19% para síntomas circulatorios. Como se observa en la tabla 10, el sexo y el control emocional están relacionados negativamente y de forma significativa con la tensión sistólica ($\beta = -.334^{**}$ y $\beta = -.271^{*}$) y sólo el control emocional se relaciona, también negativamente, con los síntomas circulatorios ($\beta = -.340^{**}$).

Tabla 14. Regresión Jerárquica de los factores de personalidad y las variables de salud: tensión sistólica, diastólica y autoinforme de síntomas del sistema circulatorio.

Pasos/Variables	Sistólica				Diastólica				Síntomas S.Circulatorio			
	Beta	R ²	F	Cambio en R ²	Beta	R ²	F	Cambio en R ²	Beta	R ²	F	Cambio en R ²
1 Edad	.044	.01	.593	.01	-	.00	.226	.084	-.053	.00	.119	.00
2 Sexo	-	.08	2.30	.06*	-	.03	1.02	.033	.208	.08	2.54	.08*
Femenino	.334**				.196							
3 Control Emocional	-.271*	.14	3.02*	.06*	.050	.04	.716	.002	-	.19	4.19**	.10**
									.340**			

*P<.05, **P<.01 . Criterio de exclusión: incremento de R² p = <.05.

Variables excluidas por falta de significancia: Sociabilidad, aceptabilidad, organización y sensibilidad intelectual.

CONCLUSIONES MÁS DESTACADAS

- Se observó entonces una relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo femenino, el factor de personalidad de control emocional y los indicadores cardiovasculares. En el caso de la edad fue una relación estadística positiva y en el caso de el sexo femenino y el control emocional fue negativa. Dado lo anterior, se puede concluir

que la tensión sistólica y los síntomas del aparato circulatorio son mayores al pertenecer al sexo masculino, el tener un escaso control sobre las emociones negativas y también incrementan conforme aumenta la edad de los trabajadores evaluados.

- Es de recalcar que en este estudio destaca el bajo control emocional como una variable importante que implica mayor riesgo cardiovascular, pues se relaciona con indicadores de enfermedad cardiovascular tanto a nivel subjetivo como objetivo.
- Es importante señalar que no hubo correlaciones con la tensión diastólica, sin embargo, estudios recientes señalan que la tensión sistólica tiene un carácter predictivo mayor que la diastólica en los infartos y enfermedades cardiovasculares en general (Cerro, 2002).
- Estos hallazgos se acumulan a otras evidencias que señalan al bajo control emocional (o neuroticismo) como el principal factor general de personalidad que ha hecho vulnerable al ser humano en términos de su salud cardiovascular (Russo y Zuckerman, 1991; Drummond, 1982; Waal Manning, et. al, 1986; Jorgenssen et. al, 1996; Spiro, 1995)
- Finalmente y en virtud de estos resultados, se confirma la importancia de variables psicológicas individuales o de personalidad en su relación con la salud.

2.4. Estudio 4. Estudio de validez de la teoría de efectos negativos de tipo psicológico.

Después de identificar posibles tensionantes psicosociales tanto a nivel laboral como personal, surgió la necesidad de identificar aquellas consecuencias o efectos que a nivel psicológico pudieran ser relevantes en trabajadores mexicanos y, por lo tanto, dignos de considerarlos dentro de un modelo integrador de factores psicosociales en el trabajo.

La única teoría que representaba un modelo completo en este sentido fue la de “efectos negativos psicológicos” (Almirall, 1993; Richter y Plath, 1984) debido a que esta teoría ofrece una alternativa para resolver los problemas conceptuales en torno a los efectos de carácter psicológico producidos por el trabajo. Como ya se mencionó, esta aproximación clasifica mediante criterios diferenciales a efectos psicológicos particulares los cuales, dadas sus características esenciales, requieren de enfoques de intervención y control muy específicos. Estos efectos son: Fatiga, Monotonía, Burnout y Estrés.

Reiterando la información del apartado 1.5 inciso A) de este escrito, Almirall (1995) define los cuatro efectos negativos como sigue: Fatiga es el estado de cansancio psicofísico derivado de la actividad laboral. Monotonía, es un estado de hipoactivación caracterizado por somnolencia. En

cuanto al Burnout, es un estado de alertamiento crónico y agotamiento que se caracteriza por sentimientos de exaltación, enfado y desgano, con aumento de actividad psicofisiológica condicionada afectivamente, se trata del mismo síndrome derivado de la teoría de Maslach y Jackson (1981). (agotamiento emocional, despersonalización e ineficacia profesional). Por otra parte, el término estrés se describe como una respuesta inespecífica derivada de una percepción elevada de exigencias en relación a las capacidades del individuo (Almirall, 1995, Almirall, 2000).

El desarrollo instrumental de esta teoría corrió por cuenta de Richter y Plath, (1984) quienes reconocieron la necesidad de crear un instrumento para medir y diferenciar las consecuencias psicológicas negativas que pueden surgir en el transcurso de un turno de trabajo y cuyo objetivo fuera derivar medidas objetivas para una organización del trabajo más efectiva y saludable. Buscaron desarrollar un método que registrara el síntoma reportado por los trabajadores y que incluyera indicadores de la esfera del trabajo, la activación psicofisiológica y la propia esfera de la experiencia. Surge de esta forma el cuestionario BMS (Ermüdung-Monotonie-Sättigung). Dicho cuestionario consta de dos versiones con exigencias específicas, el BMS I, desarrollado especialmente para el registro de estados de salud experimentados por actividades de montaje y maniobra e incluye sólo las escalas de fatiga, monotonía y hastío psíquico; y el BMS II (Ermüdung-Monotonie-Sättigung-Stress), que contiene adicionalmente la escala de estrés y fue previsto para actividades industriales en las que predominan también las tareas de control, supervisión y mando; de esta forma, el ámbito de aplicación del BMS II es más amplio.

El diseño del método de evaluación del BMS II comprende dos formas paralelas (A y B); la Escala A se aplica al comienzo del turno y la Escala B en las últimas horas del turno. Cada forma consta de 40 ítems que exploran las referencias de los cuatro efectos (10 para cada una). Cada ítem tiene un valor que se asignó en base a la metodología de lógica difusa (Richter y Plath, 1984; Almirall, 1995), que implica ciertos pesos con base en negaciones o afirmaciones de los diferentes ítems, su evaluación tiene un protocolo diferente a una escala Likert. La utilización de ambas escalas permite conocer posibles afectaciones individuales efectuadas fuera de la jornada o turno de trabajo, que de no ser consideradas, dificultan establecer una relación causal verdadera entre las manifestaciones de los efectos y la actividad laboral. La construcción de los ítems del BMS II se basó en la revisión de literatura especializada y de encuestas libres en la industria; un segundo paso fue la clasificación de éstos para los diferentes estados (monotonía, burnout, fatiga y estrés) por medio de 30 expertos en el tema. Dichos jueces asignaron un valor específico a cada ítem en cuanto a su representatividad de cada uno de los cuatro efectos (monotonía, fatiga, estrés o burnout),

utilizando un procedimiento de lógica difusa (Richter y Plath, 1984). De esta forma, pudiera interpretarse que la forma demostrada en cuanto a la validez del instrumento refiere principalmente a la validez de contenido.

El instrumento se ha traducido a varios idiomas (español, finlandés, húngaro, turco, serbocroata y griego, entre otros), aunque su mayor uso ha sido en ruso y alemán (Almirall, 1995). Desde hace algunos años se realizó una adaptación al español en Cuba (Almirall, 2000), no obstante, se desconoce si tal "adaptación" refiera a un tipo específico de validación realizada y se ignoran asimismo índices de confiabilidad.

Aunque el instrumento tiene como fundamento una teoría bastante sólida, resultó necesario indagar la presencia de dichas dimensiones psicológicas (los 4 efectos) en trabajadores Mexicanos, al mismo tiempo que se podían probar y conocer indicadores más precisos de validez y confiabilidad de instrumento BMS II, particularmente en nuestro contexto, pues no se conoce alguna referencia de su aplicación o validación en México. De esta forma, se consideró importante analizar la validez de este cuestionario, particularmente la de constructo, pues permitiría hacer uso del análisis factorial obteniendo así una referencia para confirmar la validez del instrumento, pero también la viabilidad de la teoría.

OBJETIVO

Analizar la estructura y validez factorial del BMS II, así como su confiabilidad en trabajadores mexicanos de diferentes ocupaciones.

MÉTODO

Participantes. Sujetos. Se evaluó una muestra no probabilística intencional compuesta por 452 trabajadores. Según la teoría de los 4 efectos negativos, existen actividades laborales de riesgo específicas para cada efecto, por lo que se consideró una población heterogénea en donde se incluyeran distintos grupos y niveles ocupacionales (enfermeras, docentes, administrativos, obreros, etc.) de tamaño relativamente proporcional (en la sección de resultados se describe más a detalle la distribución de la muestra obtenida).

Instrumentos. Cuestionario BMS II, el cual:

- Se tradujo al español de la versión del instrumento en alemán, siguiendo el procedimiento de “backtranslation” (traducción al español en un primer momento, y esta versión se tradujo nuevamente al alemán y se fueron haciendo ajustes necesarios).
- Se comparó con la versión cubana traducida y adaptada al español por el Instituto Nacional de Salud en el Trabajo de Cuba. Coincidió en gran medida y ayudó a precisar algunos reactivos.
- Se elaboró la versión final mexicana del instrumento para su análisis factorial, se respetó al máximo las características de la versión original, ello implicó conservar la dirección de los ítems (negativos o positivos), pues es parte de la metodología de lógica difusa con que se diseñó (Richter y Plath, 1984; Almirall, 1995). El único cambio residió en las opciones de respuesta, ya que el instrumento original está construido con base en una escala de medición de tipo nominal con 2 opciones de respuesta (SI y NO); sin embargo, dados los requisitos del análisis factorial, se hizo necesario utilizar 4 opciones de respuesta (nivel ordinal) que van de “definitivamente no” hasta “definitivamente sí”.

Procedimiento. Dado el objetivo de este estudio, el cual no consistió en el diagnóstico propiamente, sino en el análisis de validez de constructo, se aplicó el cuestionario con todos los ítems (80 de la escala A y B) al final de la jornada laboral. Para el análisis de resultados se utilizaron diversas estadísticas descriptivas, el análisis alfa de Cronbach (confiabilidad) y el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax realizado para cada escala paralela (A y B) y para la escala total

RESULTADOS

Características de la población evaluada.

En la muestra total (n=452), el promedio de edad fue de 37.02 años, el 64.3% fueron de sexo femenino, el 7.4% era casado(a). En lo que respecta a escolaridad, el 11.1% tenía estudios de primaria, el 14.5% de secundaria, el 37.8% bachillerato o técnico, el 28.9% profesional y el 7.7% de postgrado. El promedio de antigüedad en el puesto de los participantes fue de 9.8 años. La clasificación de los grupos ocupacionales se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 15. Distribución de la población evaluada según grupo ocupacional

GRUPO OCUPACIONAL	FRECUENCIA	%
Operativos (obreros, meseros, vigilantes)	102	22,6
Administrativos (Auxiliares, secretarías)	106	23,5
Docentes (profesores de bachillerato, universidad)	101	22,3
Servicios de salud (enfermeras, laboratoristas)	143	31,6
Total	452	100

Análisis factoriales.

Se realizaron varios análisis factoriales por componentes principales y rotación ortogonal varimax por cada ocupación y por escala (A y B). El criterio para la consideración de un reactivo con una carga factorial significativa se basó en lo sugerido por Hair, Anderson, Tatham y Black (1999):

- Significancia estadística: Con un tamaño muestral mayor de 350, una carga de .30 es el nivel mínimo aceptable, aunque las cargas de .40 son más importantes en términos de su interpretación de la matriz factorial y mayores de .50 son prácticamente significativas.
- Significación práctica: Una carga de .30 explica apenas 9% de la varianza mientras que .40 explica el 26% y de .50 explica 25%.
- Número de variables y factores: el nivel de varianza única y de error empiezan a aparecer en los últimos factores, lo que significa que la significancia elegida puede ser desigual entre primeros y los últimos factores. .40 es un valor razonable para una matriz de cuatro factores.

De esta forma, se consideraron para todos los análisis los reactivos con cargas de .40 o mayores. Cabe mencionar, que el método idóneo para el análisis factorial y el valor alfa Cronbach en el mismo estudio, es dividir aleatoriamente la muestra en dos partes, en un subgrupo se aplica el análisis factorial y en el otro se calcula el alfa, evitando así cierta redundancia en los análisis. Sin embargo, Hair, et.al (1999) plantean que como regla general para el análisis factorial debe haber un número de observaciones (sujetos) mínimo de cinco veces mayor del número de variables que serán analizadas, otros autores como Nunally (1991) sugieren una razón de 10 a 1 o incluso de 20 a 1, ello significa no sobre ajustar los datos y asegurar capacidad de generalización. De esta forma, con 80 ítems del BMS II son necesarios al menos 400 sujetos, que es aproximadamente la muestra obtenida, la división de esta muestra ocasionaría que no se cumpla ni marginalmente el mínimo requerido, por lo que se optó por evitar el rompimiento de dicha regla y realizar el análisis de Cronbach en la misma muestra, bajo esta limitante y reconociendo cierta redundancia en el análisis.

Los análisis mostraron un comportamiento similar entre ocupaciones y entre escalas (A y B). En los análisis factoriales de la Escala A cargaron 30 reactivos y en la B cargaron 32. Considerando los resultados similares en los distintos análisis factoriales, se muestran aquí los resultados obtenidos con toda la muestra y con todos los reactivos que cargaron previamente en los análisis de la escala A y B (62 items); esto último dio mayor claridad conceptual en la interpretación de los nuevos factores.

De esta forma se obtuvieron 4 factores que explicaron el 30.12% de la varianza total. La estructura conceptual permitió identificar al primer factor como “hastío psíquico”, pues recuperó varios de los reactivos originales diseñados para este concepto, el segundo como “carga psicofísica o agotamiento”, el tercero incorporó reactivos que bien pudiera representar un tipo de “autoeficacia laboral” y finalmente, el factor de “adaptación”, que incluyó reactivos que señalaron algún tipo de ajuste entre el trabajador y su ambiente laboral. En la siguiente tabla se muestran los valores específicos obtenidos.

Tabla 16. Análisis Factorial de Componentes Principales con Rotación Varimax de la Escala Total del BMS II.

Reactivos Escala Total*	Escala de Origen	Variable para el cual se diseñó originalmente	COMPONENTES			
			Hastío psíquico-entusiasmo	Carga psicofísica o agotamiento	Autoeficacia laboral	Adaptación
57. Actualmente encuentro agradable mi trabajo	B	Hastío	-.724	1.797E-02	.139	-3.678E-02
79. Actualmente mi trabajo es agradable	B	Hastío	-.675	5.219E-02	.115	-1.839E-02
66. Actualmente realizo mi trabajo muy a gusto.	B	Hastío	-.653	-5.171E-02	.171	1.586E-02
44. Actualmente trabajo a disgusto	B	Hastío	.579	.162	-6.050E-02	-1.961E-02
37. Por momentos siento repugnancia por el trabajo	A	Hastío	.571	.220	8.785E-02	4.572E-02
40. Actualmente estoy interesado por mi trabajo	A	Hastío	-.564	.222	6.863E-02	5.810E-02
76. En este momento estoy harto del trabajo	A	Hastío	.548	.262	4.450E-02	9.053E-02
16. Mi trabajo me gusta.	B	Hastío	-.724	9.299E-02	7.397E-02	1.995E-02
53. Continúo trabajando pero sin interés	A	Hastío	.508	.235	.112	-7.180E-02
25. Actualmente considero mi trabajo muy placentero.	B	Hastío	-.506	-3.416E-02	5.160E-02	.138
55. Actualmente trabajo sin ganas	B	Hastío	.501	.222	-.205	3.540E-02
26. Actualmente este trabajo me enoja	A	Hastío	.477	.277	8.420E-03	3.855E-02
2. Actualmente estoy interesado en mi trabajo	A	Hastío	-.466	8.588E-02	.231	6.037E-03
8. En este momento el trabajo me aburre y tengo pereza	B	Estrés	.458	.195	-3.130E-02	-6.413E-02
47. Me siento inseguro en mi trabajo	A	Monotonía	.457	.184	-.227	-7.234E-02
22. Actualmente mi trabajo me disgusta	A	Hastío	.445	.143	.116	.158
65. Mi trabajo es muy variado	B	Monotonía	-.428	.201	1.623E-02	-6.299E-02
64. Estoy apunto de quedarme dormido en el trabajo.	B	Monotonía	.420	.174	-5.867E-02	6.225E-02
36. En este momento yo estoy desganado	A	Fatiga	.417	.315	-1.675E-02	8.024E-03
5. Actualmente este trabajo me tiene harto	A	Hastío	.407	.232	5.784E-02	9.853E-02
41. Actualmente mi trabajo es divertido	B	Hastío	-.383	-.158	.191	8.817E-02
59. Actualmente estoy desanimado	B	Hastío	.375	.255	-.181	-9.613E-03
20. Actualmente mi trabajo es muy agotador.	A	Fatiga	-4.180E-04	.604	-1.888E-02	.177
7. Actualmente las pequeñas interrupciones lucen que enseguida me ponga nervioso	A	Estrés	.144	.578	-.200	-.122
49. Necesito de más energía para realizar mi trabajo	B	Fatiga	.108	.562	-7.878E-03	.156

58. Siento miedo ante determinadas situaciones laborales	B	Estrés	2.134E-02	.514	-.244	-.121	
23. En determinadas situaciones laborales siento miedo	A	Estrés	-8.008E-02	.510	-.226	-9.975E-02	
32. Para poder continuar con el trabajo tengo que reponerme del cansancio	A	Fatiga	4.719E-02	.502	5.502E-02	.110	
30. Yo me siento totalmente exhausto	A	Fatiga	.227	.500	-4.743E-03	-4.168E-02	
77. Actualmente me siento presionado y desgastado	B	Estrés	.444	.482	-3.603E-02	.138	
80. Me pongo nervioso con facilidad en mi trabajo	B	Estrés	5.076E-02	.479	-.274	-3.768E-02	
74. La más pequeña interrupción me pone intranquilo	B	Estrés	.313	.469	-.170	-7.374E-02	
9. Actualmente no reacciono con rapidez.	A	Fatiga	7.020E-02	.469	.104	-.341	
34. Actualmente yo estoy tan preocupado que no puedo reaccionar con rapidez.	A	Estrés	.209	.447	-.191	2.160E-02	
27. Actualmente tengo que esforzarme para poder realizar mis labores	B	Fatiga	-1.902E-02	.435	-6.563E-02	9.844E-02	
51. Fácilmente pierdo la perspectiva de lo que tengo que hacer	A	Fatiga	.362	.432	-.200	-1.566E-03	
4. Considero que mi trabajo es excesivo y pienso que puedo ocasionar un peligro a consecuencia de mis reacciones erróneas	A	Estrés	.121	.421	.218	-.163	
52. Me siento acabado	B	Fatiga	.246	.365	-.154	8.225E-02	
56. Realizo otras actividades para vencer el sentimiento de cansancio	B	Monotonía	.104	.284	.131	-.210	
73. Actualmente me parece que el tiempo no pasa.	B	Monotonía	.129	.169	9.268E-02	-3.811E-02	
31. Soluciono todos los problemas en mi trabajo con rapidez	B	Fatiga	-7.676E-02	-.143	.575	.121	
62. Trato de prevenir antes de que sucedan los problemas	B	Estrés	-.148	-4.601E-02	.533	5.234E-02	
69. Cuando ocurren averías mayores o errores, yo puedo ejecutar las medidas correctivas apropiadas sin dificultad	B	Estrés	-1.389E-02	-.309	.497	.108	
48. Ante las interrupciones reacciono con serenidad	B	Estrés	-6.835E-02	-3.283E-02	.490	2.933E-02	
19. Si hubiese ahora un problema en el equipo técnico, sería capaz de tomar las medidas pertinentes para solucionarlo	A	Estrés	-.156	-.121	.462	4.323E-02	
1. Puedo reaccionar ante situaciones perturbadoras rápida y correctamente	A	Estrés	-5.740E-02	-.113	.425	.133	
67. En este momento siento que puedo cumplir con las exigencias de mi trabajo	B	Fatiga	-.350	-.195	.394	-4.957E-02	
14. Actualmente puedo cumplir con mi trabajo sin problema	A	Fatiga	-.232	-7.300E-02	.391	-.111	
68. Actualmente realicé mi trabajo muy concentrado.	B	Fatiga	-.333	-.213	.371	-7.586E-02	
46. Quisiera tener algo más que hacer	B	Monotonía	9.625E-02	.106	.358	-.335	
35. Estoy feliz si hay algo que hacer	A	Monotonía	-.123	.145	.354	-1.615E-03	
33. Cuando tengo problemas reacciono mejor	A	Estrés	.183	-8.107E-02	.332	.162	
63. En este momento quisiera tener más actividad física	A	Monotonía	9.377E-02	.207	.322	-.133	
39. En este momento la concentración necesaria para mi trabajo no se ha afectado	A	Fatiga	6.394E-02	-1.251E-02	-5.460E-02	.716	
38. En este momento no me aburre mi trabajo	A	Monotonía	9.674E-02	-4.371E-02	3.104E-02	.667	
60. Actualmente el trabajo no me deprime mucho.	B	Hastío	8.289E-02	.141	.209	.567	
21. Actualmente el trabajo no me deprime mucho	A	Hastío	.194	.162	.103	.538	
78. No me cuesta ningún esfuerzo tomar decisiones en mi trabajo	B	Estrés	-1.284E-02	1.671E-02	-.112	.525	
43. Actualmente mi trabajo no es monótono	B	Monotonía	-5.813E-03	3.022E-02	.190	.469	
3. Actualmente no soy capaz de percibir cambios o variaciones en mi trabajo	A	Monotonía	5.513E-02	.130	4.210E-03	-.444	
15. En este momento mi trabajo no me da lo mismo	A	Hastío	-3.871E-02	4.335E-02	8.927E-02	.340	
72. Actualmente no reacciono con rapidez	B	Fatiga	.261	.217	6.885E-02	-.276	
* No se incluyeron ítems que no cargaron en los análisis de las escalas A y B por separado			Valor propio	9.3	3.6	3.0	2.6
Varianza Total			30.12%	11.3	8.3	5.3	5.0
Alfa				.85	.81	.65	.70
Cronbach							

CONCLUSIONES DESTACADAS

- Sólo mostraron validez de constructo 48 (60%) reactivos de 80 originales de la escala total.
- No se identificó la estructura con los cuatro efectos negativos citados, por el contrario aparecieron factores diferentes no considerados en la teoría de “efectos psicológicos negativos” (Richter y Plath, 1984). Dos factores nuevos aparecieron con carácter POSITIVO: autoeficacia y adaptación. Aunque no se conoce ningún trabajo documentado con la dimensión de adaptación, respecto a la autoeficacia sí existe un extenso cuerpo de investigación que ha demostrado su relación con la salud en diferentes contextos, incluyendo los laborales (Bandura, 1997).
- Estos resultados apuntan hacia la alternativa en la evaluación de efectos positivos psicológicos del trabajo, lo cual representa otra vertiente de la investigación con valor heurístico para la promoción de la salud en el trabajo.
- Se debe tener reservas en la dimensión de adaptación, pues la aparición de este factor tiene probabilidades de haberse originado por la correlación entre los reactivos con dirección negativa. Es algo que deberá probarse en futuros estudios, pues aquí se pretendió analizar la validez de la escala en su versión y uso original.
- Es importante señalar que el contenido de las tres primeras dimensiones pudieran representar el constructo de Burnout, siendo la primera dimensión (hastío psíquico) un posible equivalente de despersonalización; la segunda, en su sentido negativo (falta de eficacia) y la tercera que se ubica como carga psicofísica se identifica como análogo de la dimensión de agotamiento emocional, cuya definición se establece como el sentimiento de cansancio emocional y físico (Maslach, y Jackson, 1981).
- También se debe recalcar que en este estudio la dimensión equivalente a despersonalización (hastío psíquico), presentó reactivos con cargas positivas (e.g. “mi trabajo es agradable”) que son similares a las utilizados en una escala que mide “entusiasmo laboral” documentado en la literatura como el opuesto al burnout (Salanova, et.al. 2000). De esta manera, el primer factor pudiera ser la dimensión bipolar “hastío-entusiasmo” o de manera más específica: “despersonalización-dedicación”.
- Aunque se pone en duda la validez de la teoría, el instrumento ofrece la posibilidad de evaluar variables psicológicas con un nuevo enfoque teórico centrado en consecuencias positivas del trabajo y aprovechar así el potencial psicométrico del instrumento y sus dimensiones obtenidas mediante al análisis factorial, pues la estructura teórica se observa

clara, con grandes posibilidades de ser una escala análoga del Inventario de Maslach y con índices de consistencia interna aceptables (valores alpha de .65 a .85).

Con lo obtenido hasta aquí se puede dar paso a una discusión de los estudios realizados, y a una integración de los mismos, objetivo del siguiente apartado.

3. CONFORMACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN MÉXICO: EL MODELO DE CONTROL PERSONAL/LABORAL (CPL)

3.1. Recapitulación y discusión general de los estudios anteriores.

De acuerdo a los estudios realizados anteriormente en población de trabajadores mexicanos, se encuentran algunas variables psicosociales presentes de forma consistente, por lo que se podría asumir su universalidad, tal es el caso de variables del modelo de tensión laboral: carga de trabajo (demandas psicológicas), y libertad de decisión (control laboral) (Incisos 2.1 y 2.2). A este respecto cabe mencionar que la importancia dada a estas variables por parte de los trabajadores evaluados, coincide con otros estudios hechos en México, por ejemplo, Belaustegoitia (2000), encontró que la utilización de habilidades, la expresión de ideas y sentimientos (ambas relativas al concepto de libertad de decisión) y el apoyo social del jefe, están relacionados con el esfuerzo realizado y el compromiso en el trabajo. Por su parte, Arias (1999) encontró en un estudio con un grupo de trabajadores obreros, vendedores y oficinistas que entre los principales intereses a los que adjudicaron gran importancia fueron precisamente el tener la oportunidad de poner en práctica sus propias ideas en el trabajo (libertad de decisión) y tener un jefe comprensivo y justo (apoyo social).

Por otro lado, en el caso de otros modelos, como el de efectos psicológicos, se mostraron factores diferentes a la teoría, por lo que se pone en duda su “universalidad” (inciso 2.4). Este hecho confirma la importancia de no asumir dicha universalidad de constructos propuestos en otras culturas sin antes probarlo empíricamente en nuestro contexto, con sus respectivos análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos. Cabe mencionar, que respecto a las variables del modelo de “tensión laboral” que fueron consistentes en este estudio, Cedillo (1999) ya había demostrado validez de constructo, convergente y divergente; no obstante, los reportes de consistencia interna del instrumento fueron más bajos que los encontrados en otros países (.50 vs .70), además de el predictor más importante de sus variables (depresión, ira y agotamiento) fue la

clara, con grandes posibilidades de ser una escala análoga del Inventario de Maslach y con índices de consistencia interna aceptables (valores alpha de .65 a .85).

Con lo obtenido hasta aquí se puede dar paso a una discusión de los estudios realizados, y a una integración de los mismos, objetivo del siguiente apartado.

3. CONFORMACIÓN DE UN NUEVO MODELO DE FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN MÉXICO: EL MODELO DE CONTROL PERSONAL/LABORAL (CPL)

3.1. Recapitulación y discusión general de los estudios anteriores.

De acuerdo a los estudios realizados anteriormente en población de trabajadores mexicanos, se encuentran algunas variables psicosociales presentes de forma consistente, por lo que se podría asumir su universalidad, tal es el caso de variables del modelo de tensión laboral: carga de trabajo (demandas psicológicas), y libertad de decisión (control laboral) (Incisos 2.1 y 2.2). A este respecto cabe mencionar que la importancia dada a estas variables por parte de los trabajadores evaluados, coincide con otros estudios hechos en México, por ejemplo, Belaustegoitia (2000), encontró que la utilización de habilidades, la expresión de ideas y sentimientos (ambas relativas al concepto de libertad de decisión) y el apoyo social del jefe, están relacionados con el esfuerzo realizado y el compromiso en el trabajo. Por su parte, Arias (1999) encontró en un estudio con un grupo de trabajadores obreros, vendedores y oficinistas que entre los principales intereses a los que adjudicaron gran importancia fueron precisamente el tener la oportunidad de poner en práctica sus propias ideas en el trabajo (libertad de decisión) y tener un jefe comprensivo y justo (apoyo social).

Por otro lado, en el caso de otros modelos, como el de efectos psicológicos, se mostraron factores diferentes a la teoría, por lo que se pone en duda su "universalidad" (inciso 2.4). Este hecho confirma la importancia de no asumir dicha universalidad de constructos propuestos en otras culturas sin antes probarlo empíricamente en nuestro contexto, con sus respectivos análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos. Cabe mencionar, que respecto a las variables del modelo de "tensión laboral" que fueron consistentes en este estudio, Cedillo (1999) ya había demostrado validez de constructo, convergente y divergente; no obstante, los reportes de consistencia interna del instrumento fueron más bajos que los encontrados en otros países (.50 vs .70), además de el predictor más importante de sus variables (depresión, ira y agotamiento) fue la

“inseguridad de estabilidad laboral”, con mayor peso que las variables principales del modelo (demandas psicológicas y control).

Por ello, se debe tener reserva de considerar la universalidad de ciertos modelos psicosociales desarrollados en otros países. Además, se deben contemplar aquellas variables psicosociales que son características de los contextos laborales mexicanos y que difícilmente se consideran en modelos elaborados en países con características económicas, legales y culturales diferentes a las nuestras. No es extraño dar cuenta de la importancia de la inseguridad de estabilidad laboral entre los trabajadores mexicanos en la actualidad, la cual deriva de los múltiples sucesos económicos, sociales y políticos actuales por los que atraviesa de manera particular nuestro país. Por ejemplo, la tasa de desempleo abierto a nivel nacional, hasta diciembre del 2004, fue de 3.79% (INEGI, 2005) y algunas encuestas señalan que el 82% de los mexicanos temen perder su empleo en cualquier momento (García, 2004).

En este mismo tenor, los hallazgos del primer estudio mostraron otro estresor psicosocial de forma consistente: *la falta de recursos para realizar el trabajo*. Es común que, en nuestro contexto laboral, a un obrero le falte alguna herramienta, a una enfermera una jeringa (o medicamento), a un empleado administrativo su computadora, o incluso a un maestro su pizarrón. Nuevamente en este caso, un modelo elaborado en un país desarrollado que no atraviesa por los mismos problemas económicos y de recursos, difícilmente contemplará esta variable con la misma fuerza e importancia que representa para los trabajadores mexicanos. De esta forma, tanto la inseguridad de estabilidad laboral como la falta de recursos para realizar el trabajo, son variables psicosociales que pueden tener particular importancia en nuestro medio laboral, por lo que estos hallazgos sugerirían incluir estas variables en estudios, tamizajes y cualquier análisis psicosocial de la salud y bienestar del trabajador mexicano, aunque será necesario identificar su carácter nocivo y compararlo con aquellos estresores de carácter “universal” (en todas las ocupaciones y medios), como las demandas o el control laboral.

Por otro lado, respecto a las variables individuales o personales del trabajador, éstas mostraron ser variables de alta importancia, como lo evidenció la “falta de control emocional” tanto en el estudio 2 de este trabajo en su carácter moderador (interpretando hostilidad como una falta de control emocional), y en el estudio 4 con respecto a su relación directa con variables de salud tanto subjetivas (síntomas reportados) como objetivas (tensión sistólica). Asimismo, la manifestación consistente de la “autoeficacia” entre los estudios 1 y 2, aún teniendo éstos diferentes

aproximaciones metodológicas, lo que demuestra su presencia importante y su indiscutible relevancia para trabajadores mexicanos en relación al diagnóstico de los factores psicosociales y salud.

De esta forma, estos resultados aluden que los trabajadores con poca habilidad en el control de sus emociones y que perciben que sus capacidades son limitadas para afrontar las exigencias en el contexto del trabajo, serán con grandes probabilidades, más vulnerables a la enfermedad. Por lo tanto, se puede concluir que aunque sigue habiendo un gran debate respecto a la importancia de las variables individuales en contrapeso con variables psicosociales del medio, es innegable que la lucha contra la enfermedad en general, así como los programas preventivos y de intervención en las organizaciones, deben incluir también el análisis de vulnerabilidad o resistencia psicológica entre individuos, pues identificar estas variables, representa en sí mismo un combate frontal hacia la enfermedad y un trabajo implícito de promoción a la salud. No hay duda que un modelo ideal de diagnóstico, prevención o intervención de factores psicosociales deberá considerar de manera integral elementos del entorno psicosocial y también los factores psicológicos individuales, ya sean entendidos conceptualmente como disposiciones estables, rasgos o estilos de personalidad.

Finalmente, otro hallazgo consistente dentro de las teorías de efectos psicológicos en este trabajo, fue la identificación de las dimensiones Hastío laboral (Burnout), principalmente las variables “agotamiento” y “despersonalización”, que precisamente se han ubicado como las variables “medulares” del constructo mencionado (Salanova, et. al; 2000) . En su contraparte positiva, el primer estudio de redes semánticas, la frase “mi trabajo” proporcionó palabras que reflejan aspectos positivos del trabajo (e.g agradable, me gusta), y el factor de despersonalización obtenido en el estudio 4, presentó reactivos con cargas negativas que representaban claramente y de la misma forma, indicadores de la dimensión de “entusiasmo laboral” documentada en la literatura como la contraparte de burnout (op.cit.).

Este conjunto de variables y su estructura, bien pudieran representar *un proceso tensionante*, que puede ser positivo o negativo, enmarcándose así en las teorías del estrés positivo o eustrés y sus procesos fisiológicos de activación positiva, y por otro lado, el estrés negativo o disestrés que refiere a los procesos fisiopatológicos que conllevan a las conocidas consecuencias negativas (Karasek y Theorell, 1990; Fontana, 1992). Sin embargo, todo esto plantea diversas interrogantes ante la posibilidad de elaborar otro modelo exclusivo para la evaluación de efectos psicológicos del trabajo en trabajadores mexicanos.

En general, los estudios mostrados en este escrito, a pesar de que para cada uno de ellos se utilizaron aproximaciones teóricas y metodológicas diferentes y, aparentemente pudieran parecer estudios aislados sin una relación muy estrecha, se dilucida una interpretación teórica que relaciona todos los resultados y que los une dando origen a la idea inicial de un modelo alternativo para el estudio de los factores psicosociales en el medio laboral que se proporciona a continuación.

Por una parte, se encontraron variables consistentemente ligadas a procesos psicológicos internos e individuales (autoeficacia, control emocional) (estudio 2 y 3), por otra, se encontraron variables que se ubican como situaciones externas al trabajador y que forman parte de su medio psicosocial laboral (demandas psicológicas o carga de trabajo, libertad de decisión, apoyo social, falta de recursos, inseguridad laboral, etc.) (estudio 1 y 2). Finalmente, surge otra dimensión que es consecuencia de las anteriores que implica un proceso de tensión que puede ser negativo (burnout) o positivo (entusiasmo) (estudio 1 y 4). De esta forma, la interpretación general de estos estudios nos permiten identificar que existen variables propias del contexto laboral y otras que son de carácter individual que en interacción producen consecuencias a diversos niveles y cuyo eje central que las liga en una dimensión asequible e interpretable es LA PERCEPCIÓN DE CONTROL, con un enfoque dinámico entre el individuo y el ambiente, con una visión que integra los enfoques aislados de la Psicología y Sociología aplicadas al trabajo.

3.2. El concepto de control como eje principal del modelo de control personal/ laboral (cpl).

Primero, es menester dar cuenta del problema conceptual del concepto “control” al analizar la utilidad que han dado la Sociología y la Psicología en el estudio de los factores psicosociales (FPS) en el trabajo. El sociólogo Karasek (1998) ha llamado control personal a su variable “libertad de decisión”, entendiendo por ésta la posibilidad que tiene el trabajador de utilizar sus habilidades y el grado de autonomía en sus labores, sin embargo, como los orígenes de la misma teoría lo dicen, este grado de “control” está determinado por la organización del proceso de trabajo, y por tanto, la utilización de habilidades y autonomía del trabajador están determinados por el diseño del trabajo, o sea algo EXTERNO a él; por otro lado, el psicólogo Bandura (1997) ha utilizado el concepto control personal como sinónimo de autoeficacia. Esta última se refiere a la creencia de tener las capacidades para afrontar alguna exigencia, y por tanto su dimensión es claramente identificable en un proceso INTERNO (cognitivo) del individuo, y aunque relacionado a cuestiones externas, está lejos de ser sinónimo del concepto “control” del que habla Karasek. Asimismo, Rotter (en Cooper y Payne 1991) ha utilizado el concepto de control personal para

clasificar a las personas de acuerdo a la percepción de la contingencia de los sucesos de sus vidas en relación a cuestiones internas (locus interno) o debidas a la suerte, el destino, Dios u otros (externas).

Por lo tanto, saltan a la vista la preguntas: ¿entonces si son diferentes, porqué se les llamó a todos control personal?, ¿existe alguna relación entre ellos?, ¿en qué consiste?. Probablemente todas fueron llamadas “control personal” porque sí existe una relación entre ellos, y este fenómeno que los liga de alguna manera es la PERCEPCIÓN DE DOMINIO (de dominar) sobre el entorno. Un puesto de trabajo que otorga posibilidad de utilizar las habilidades y en donde se es autónomo, provee con mucho la probabilidad de un sentimiento de dominio objetivo sobre la actividad laboral; en el caso de la autoeficacia y del locus de control, por definición incluyen esta percepción de dominio sobre su entorno, aunque en este caso se trata de un proceso cognitivo-subjetivo que da certidumbre y disminuye la ansiedad. En el caso de este proceso cognitivo-subjetivo, puede ser incluso, resultado de un entorno objetivo que facilita este sentimiento de dominio, aunque es importante aclarar que variables como la autoeficacia tienen su origen en otros aspectos además de un entorno estimulante, pues se ha documentado que existen diferencias individuales que operan en las creencias de autoeficacia, aunque el entorno no responda a la estimulación de esta percepción positiva de dominio (Bandura, 1997).

En el diccionario aparece la definición de control como “dominio” (de dominar), razón por la que asumiremos su íntima relación conceptual (Alonso, 2001). De acuerdo con Ramos (2000), la predecibilidad de un evento es lo que provoca su percepción de dominio (percepción de control). Por ejemplo, si una persona puede predecir la aparición de un determinado evento, aunque no pueda evitarlo (controlarlo objetivamente), puede enfrentarse a él dominándolo mentalmente, creando un pensamiento de justificación de ese suceso o evento incontrolable. Por lo tanto, la predecibilidad de un evento provoca un estado de control cognitivo de ese suceso y crea una representación mental de una cognición que disminuye o cesa la sensación de indefensión.

Según Seligman (1975), tanto las personas como los animales cuando perciben un estímulo impredecible (incontrolable) lo intentan asociar con conductas y modelos intelectuales efectuados en ese mismo instante para controlar cognitivamente la situación. En ausencia del estímulo que lo provocó, repiten esta conducta o representación mental para mantener un estado cognitivo de certidumbre. Esta conducta y creencia supersticiosa actuaría como defensa cognitiva de nuestra

mente ante el caos o la incertidumbre y evitaría la indefensión cognitiva y sus consecuencias, entre las que se encuentran la ansiedad, la depresión, déficit motivacional, e incluso, la muerte.

De esta forma, la predecibilidad y controlabilidad son imprescindibles para la supervivencia del ser humano y su adaptación al medio natural y social. No es en vano que desde los orígenes del ser humano y su respuesta de “estrés”, subyace la necesidad de su “control” (Fontana, 1992). Según Ramos (2000), la lucha del ser humano por el control de la naturaleza y el intercambio de esquemas cognitivos de control sobre su entorno junto con otros seres humanos es lo que ha creado la cultura, la religión, el lenguaje, el poder, la tecnología y la evolución de la sociedad en general.

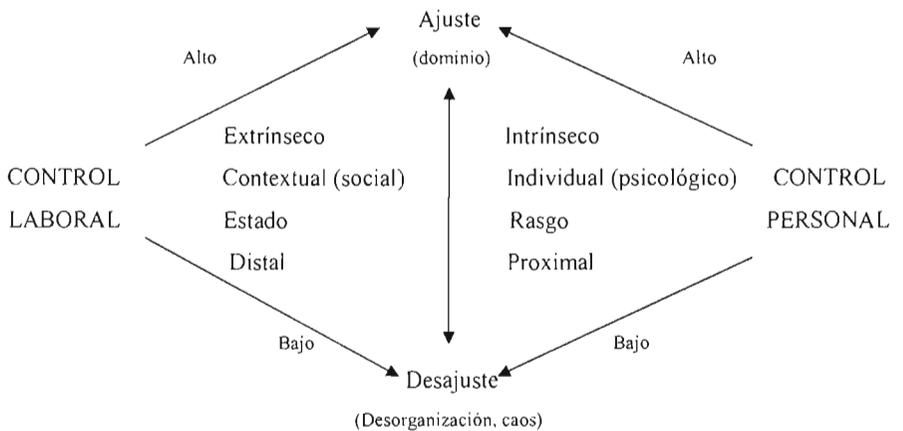
La percepción de controlabilidad, además de disminuir las posibilidades de enfermar, también tiene un gran componente salutogénico, es decir, de promoción a la salud. Particularmente en el contexto laboral, Antonovsky (en: Kalimo, Batawi y Cooper, 1988), incorporó un concepto de percepción de control con carácter salutogénico al que llamó “sentido de coherencia”, compuesto por tres factores entrelazados: inteligibilidad, manejabilidad y significación. El primero refiere a la amplitud con que un individuo percibe los estímulos como ordenados, entendibles, congruentes, estructurados, claros y por tanto, previsibles, pudiendo ser lo contrario, -inquietantes, caóticos, desordenados, aleatorios o accidentales- y entonces, impredecibles. La manejabilidad indica hasta qué punto el individuo percibe que posee los recursos para hacer frente a las exigencias externas y por tanto puede “controlarlas”, por último, la significación, indica un proceso motivacional en el que existe compromiso, en donde las exigencias no son cargas, sino desafíos que se perciben con agrado y cierta predecibilidad.

De esta manera, el mejor ajuste y adaptación del trabajador dentro del contexto laboral vendrá determinado por dicha predecibilidad y sensación de dominio o control, los cuales a su vez están determinados por dos aspectos básicos: 1) la creencia subjetiva o percepción de control determinada por un esquema cognitivo que da certidumbre a un suceso en la realidad laboral y que tiene que ver una capacidad propia, individual o personal generada por su propia historia y 2) la posibilidad objetiva, real, y evidente que otorga la realidad de ejercer algún control sobre las condiciones laborales.

De esta forma, ligadas por el concepto de control, se reconocen dimensiones diferentes que es preciso definir; por un lado, en su carácter interno, individual, de rasgo de personalidad y que es proximal en su posibilidad de intervención se le llamará CONTROL PERSONAL, por otro lado,

externo al individuo, que forma parte del contexto, es una variable situacional o de “estado” y que es más distal en su posibilidad de intervención, se le llamará CONTROL LABORAL. Ambas determinan un grado de ajuste laboral específico e influyen en el proceso de salud-enfermedad:

Fig. 10. Dos dimensiones de control propuestas



Respecto a la clasificación de las variables en las categorías de “personales” o “laborales”, en lo que refiere a las primeras, es clara la justificación de la inclusión de las variables de control emocional y de autoeficacia en la dimensión de “control personal”, pues la capacidad individual para el manejo adecuado de las emociones y de las cogniciones, determina la sensación de certidumbre y dominio anteriormente mencionada. De esta forma, se incorporan al modelo que se propone, procesos emocionales y cognitivos internos que podrían significar procesos medulares que subyacen a la respuesta de tensión y que pretenden asegurar una representatividad importante del contenido psicológico de los individuos. Además, en esta misma dimensión pueden incorporarse otras variables relacionadas al concepto de “control” tales como el locus de control de Rotter (en Cooper y Payne, 1991) (variable cognitiva) ya mencionada anteriormente. Recientemente, la combinación de estas variables (c.emocional, autoeficacia y locus) mas la valoración de la autoestima, se ha propuesto bajo el concepto de “Core self evaluation” con afectaciones importantes a la satisfacción laboral y la salud (Mc Cabe, Tagler, Rappoport, Flemenover y Downey., 2003).

Dentro de esta propuesta, la dimensión de control personal se caracteriza por su estructuración propia e independiente del entorno y su papel, también en algunos casos autónomo,

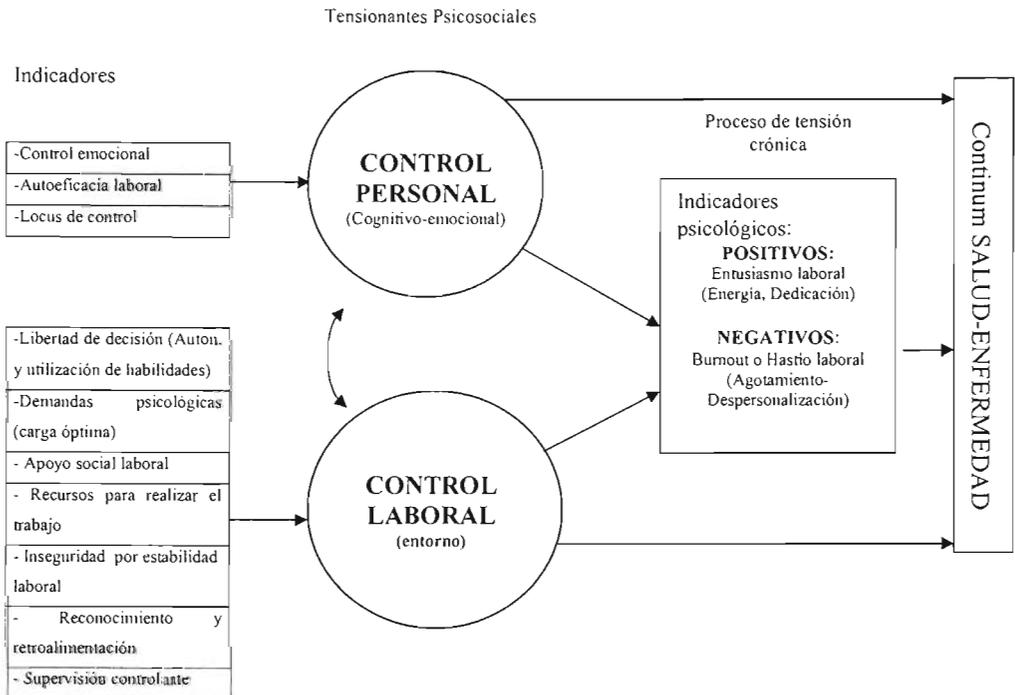
en el proceso de salud-enfermedad. Seligman (1975) describe varios experimentos donde la creencia de poseer control sobre el entorno (control personal subjetivo), influyó en la disminución de diversas respuestas fisiológicas de tensión, aunque en la realidad no existía tal control (control objetivo). El control personal es una dimensión que tiene también componentes motivacionales, pues la percepción de controlabilidad, bajo las categorías de autodeterminación y competencia percibida (autoeficacia) se han propuesto como necesidades “organísmicas” (Marshall, 2003), por lo tanto, necesitan ser cubiertas por el ser humano, y como pulsiones motivacionales, tienen un carácter ACTIVO e independiente del entorno.

Con respecto a la dimensión control laboral (externo): demandas psicológicas, libertad de decisión, inseguridad laboral, falta de recursos, etc., no resulta difícil encontrar su relación dentro del concepto de control laboral-externo. Por ejemplo, dentro del modelo de tensión laboral se comparte la idea de colocar a la autonomía y utilización de habilidades (libertad de decisión) dentro del concepto de control laboral, ya que se refiere a la posibilidad objetiva que existe en el entorno de poder ejecutar una acción que modifique ese entorno, y por tanto se tiene un control real y objetivo, independiente de un proceso cognitivo o emocional individual. Respecto a la variable demanda psicológica (o carga de trabajo), aún pudiendo hacer extensa una justificación teórica, brevemente se puede decir que ésta representa una falta de control en sí misma, pues altas exigencias del trabajo implican que se han superado las capacidades y por tanto “una pérdida del dominio sobre tales exigencias”, de tal forma que cuando las exigencias son bajas siempre estarán “bajo control”. Lo importante en este punto es identificar la presencia o ausencia de lo que se conoce como “reto óptimo”, es decir, aquellas demandas externas idóneas para el individuo. Por otro lado, la disponibilidad de recursos para hacer el trabajo, evidentemente representa una posibilidad de control que provee el mismo entorno. La inseguridad de estabilidad laboral viene determinada por un fenómeno del contexto, que provoca incertidumbre y siempre expresa falta de predecibilidad propiamente. Por su importancia teórica y su relación con el concepto de control, pudieran incluirse otras variables en la dimensión de control laboral del modelo, que están caracterizadas por la influencia del entorno en una sensación de incertidumbre que afecta el rendimiento y la salud laboral; tales variables pueden ser la falta de reconocimiento, la falta de retroalimentación y la percepción de un ambiente o supervisión controladora que amenaza la autonomía de los trabajadores; dichas variables forman parte de las teorías de motivación en donde se proponen resultados favorables en los trabajadores, si se pone atención especial en ellas (Marshall, 2003).

Hasta aquí se vislumbra un modelo inicial de análisis psicosocial laboral cuyos aciertos y errores y su mismo carácter predictivo de resultados de salud se debe demostrar en diversos estudios futuros. La propuesta del modelo a probar en un estudio inicial se presenta a continuación:

3.3. Esquemmatización del modelo y sus principios.

Fig. 11. MODELO PROPUESTO: CONTROL PERSONAL /LABORAL (CPL)



Como se dijo, el modelo integra una dinámica de variables del contexto y de la persona que lo establecen como integral y de carácter dinámico. Las flechas asumen una relación de dirección hipotética inicial, aunque pudiera existir una asociación entre las variables que pudiera tener cualquier tipo de dirección, incluyendo relaciones no lineales. La representación del modelo es en sí misma, una propuesta exploratoria a probar en el estudio siguiente

En general, los supuestos teóricos del modelo son que a mayor control percibido, tanto personal como laboral, habrá menor tensión crónica negativa (burnout o hastío laboral), habrá

mayores niveles de tensión crónica positiva (entusiasmo laboral), mejores resultados de salud en general y un mejor desempeño del trabajador, ya que es un proceso donde se desarrollan sentimientos de maestría, motivación, satisfacción y estrategias de afrontamiento funcionales. En caso contrario, (control laboral e individual bajo) existen altas probabilidades de generar sentimientos de desesperanza, desmotivación e insatisfacción prominentes, que resultan en un pobre desempeño y enfermedad.

Se asume una relación bidireccional, y tal vez, mutuamente influenciable entre el control personal y el control laboral; sin embargo, cada uno de ellos cuentan con determinantes propios e independientes. Entretanto, es claro que el eje conceptual que los liga es la percepción de control.

Además de los efectos directos del control personal y laboral en la salud, se deben considerar posibles combinaciones o interacciones en el modelo, como por ejemplo, que el control personal pudiera jugar un papel moderador en la afectación a la salud que tiene la falta de control laboral sobre la tensión crónica y la salud, y el proceso de tensión crónica (los efectos psicológicos de hastío laboral o entusiasmo) juegan a su vez, un papel moderador de la influencia de la falta de control tanto personal como laboral en el estado de salud general del trabajador.

Hasta aquí surgen preguntas como: ¿Es válida la forma en que se propone el modelo?, ¿cuál (es) es (son) la(s) variable(s) con mayor peso predictivo?, ¿existe una variable del modelo que sea un predictor consistente entre los diferentes indicadores de salud? ¿Podría construirse una versión medular, es decir, más reducida, parsimoniosa y más poderosa del modelo propuesto en términos de su predicción a la salud?, etc. Estas preguntas se convirtieron en el objetivo de la siguiente investigación.

4. ESTUDIO FINAL. EL MODELO CPL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO A LA SALUD MENTAL.

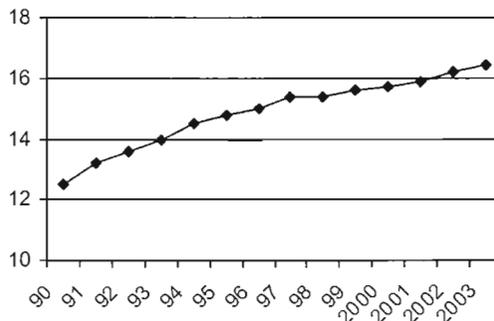
Después de concretar una estructura teórica y conceptual del modelo propuesto, la siguiente tarea consistió en probar dicho modelo en un estudio que permitiera discernir su viabilidad e identificar variables potencialmente dañinas a la salud, en esta ocasión, integrando todas las variables que conforman el modelo propuesto y probarlas en una sola muestra. Para ello, surgieron dos cuestiones que fue necesario resolver, la primera consistió en definir los indicadores criterio que conformarían de la variable “salud”; y la segunda, en seleccionar a la población “idónea” con la que se realizaría el estudio.

4.1. La Enfermedad Cardiovascular y la Tensión Arterial (TA) como variables de salud.

Respecto a la primera cuestión (qué variable de salud considerar para el estudio), resalta el tema de la enfermedad cardiovascular (ECV), por ser la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo industrializado y la que representa un problema significativo de salud pública a nivel mundial, pues según datos de la Organización Mundial de Salud (2004) las enfermedades cardiovasculares son la causa de 17 millones de muertes al año en todo el mundo y se estima que cada 4 segundos ocurre un evento relacionado con enfermedades de este tipo.

En la Unión Soviética y otros países del este en Europa, esta enfermedad ha incrementado dramáticamente en los últimos 30 años siendo responsable hasta de un 60% de todas las muertes en este continente. En Estados Unidos, la ECV es la causa del 41% de todas las muertes ya que entre 250,000 y 350,000 personas mueren al año por enfermedad del corazón repentina, y al menos el mismo número de personas pierden su vida lentamente debido a la enfermedad cardiovascular manifiesta, la cual se sufre de manera crónica (Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000). En México, en el año 2003 se informa una tasa de mortalidad del 16.4% debida a la ECV, ocupando así el primer lugar de causa de muerte a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática –INEGI-, 2005). Aunque como se puede observar, las tasas de mortalidad en México son menores en comparación con otros lugares altamente industrializados (explicado quizá por la menor urbanización y la cultura del “colectivismo” y “apoyo social” en nuestro país), la tendencia sigue siendo ascendente en los últimos años (fig. 12).

Fig. 12. Porcentaje de Mortalidad por Enfermedad Cardiovascular en los últimos años en México (INEGI, 2005)



mayores niveles de tensión crónica positiva (entusiasmo laboral), mejores resultados de salud en general y un mejor desempeño del trabajador, ya que es un proceso donde se desarrollan sentimientos de maestría, motivación, satisfacción y estrategias de afrontamiento funcionales. En caso contrario, (control laboral e individual bajo) existen altas probabilidades de generar sentimientos de desesperanza, desmotivación e insatisfacción prominentes, que resultan en un pobre desempeño y enfermedad.

Se asume una relación bidireccional, y tal vez, mutuamente influenciable entre el control personal y el control laboral; sin embargo, cada uno de ellos cuentan con determinantes propios e independientes. Entretanto, es claro que el eje conceptual que los liga es la percepción de control.

Además de los efectos directos del control personal y laboral en la salud, se deben considerar posibles combinaciones o interacciones en el modelo, como por ejemplo, que el control personal pudiera jugar un papel moderador en la afectación a la salud que tiene la falta de control laboral sobre la tensión crónica y la salud, y el proceso de tensión crónica (los efectos psicológicos de hastío laboral o entusiasmo) juegan a su vez, un papel moderador de la influencia de la falta de control tanto personal como laboral en el estado de salud general del trabajador.

Hasta aquí surgen preguntas como: ¿Es válida la forma en que se propone el modelo?, ¿cuál (es) es (son) la(s) variable(s) con mayor peso predictivo?. ¿existe una variable del modelo que sea un predictor consistente entre los diferentes indicadores de salud? ¿Podría construirse una versión medular, es decir, más reducida, parsimoniosa y más poderosa del modelo propuesto en términos de su predicción a la salud?, etc. Estas preguntas se convirtieron en el objetivo de la siguiente investigación.

4. ESTUDIO FINAL. EL MODELO CPL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO A LA SALUD MENTAL.

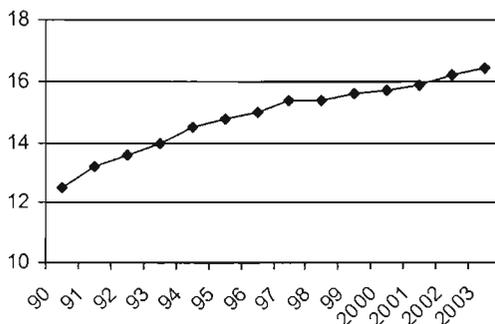
Después de concretar una estructura teórica y conceptual del modelo propuesto, la siguiente tarea consistió en probar dicho modelo en un estudio que permitiera discernir su viabilidad e identificar variables potencialmente dañinas a la salud, en esta ocasión, integrando todas las variables que conforman el modelo propuesto y probarlas en una sola muestra. Para ello, surgieron dos cuestiones que fue necesario resolver, la primera consistió en definir los indicadores criterio que conformarían de la variable “salud”; y la segunda, en seleccionar a la población “idónea” con la que se realizaría el estudio.

4.1. La Enfermedad Cardiovascular y la Tensión Arterial (TA) como variables de salud.

Respecto a la primera cuestión (qué variable de salud considerar para el estudio), resalta el tema de la enfermedad cardiovascular (ECV), por ser la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo industrializado y la que representa un problema significativo de salud pública a nivel mundial, pues según datos de la Organización Mundial de Salud (2004) las enfermedades cardiovasculares son la causa de 17 millones de muertes al año en todo el mundo y se estima que cada 4 segundos ocurre un evento relacionado con enfermedades de este tipo.

En la Unión Soviética y otros países del este en Europa, esta enfermedad ha incrementado dramáticamente en los últimos 30 años siendo responsable hasta de un 60% de todas las muertes en este continente. En Estados Unidos, la ECV es la causa del 41% de todas las muertes ya que entre 250,000 y 350,000 personas mueren al año por enfermedad del corazón repentina, y al menos el mismo número de personas pierden su vida lentamente debido a la enfermedad cardiovascular manifiesta, la cual se sufre de manera crónica (Schnall, Belkic, Landsbergis & Baker, 2000). En México, en el año 2003 se informa una tasa de mortalidad del 16.4% debida a la ECV, ocupando así el primer lugar de causa de muerte a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática –INEGI-, 2005). Aunque como se puede observar, las tasas de mortalidad en México son menores en comparación con otros lugares altamente industrializados (explicado quizá por la menor urbanización y la cultura del “colectivismo” y “apoyo social” en nuestro país), la tendencia sigue siendo ascendente en los últimos años (fig. 12).

Fig. 12. Porcentaje de Mortalidad por Enfermedad Cardiovascular en los últimos años en México (INEGI, 2005)



Es importante mencionar que las tasas de morbi-mortalidad cardiovascular se mantienen en niveles elevados aún entre grupos de edad menores a los 64 años y con tendencia a incrementarse (INEGI, 2005). Este hecho debe subrayarse debido a que la incidencia de la enfermedad cardiovascular en personas de edad productiva supone consecuencias laborales graves, ya que las pérdidas sociales, económicas y de producción que se generan por incapacidad y muertes son cada vez mayores en nuestro país, por ejemplo, de 11,630,000 personas aseguradas con derecho a subsidio por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2003, se registraron 3,093,000 certificados de incapacidad por enfermedad general, dentro de éstas, las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar primordial, acumulando un total de 24,008,000 días subsidiados al año por este motivo (IMSS, 2004). Dadas las implicaciones económicas y sociales que genera la ECV a nivel de salud pública nacional e internacional, la investigación en esta materia se ha vuelto imperativa.

El enfoque dominante y actual en la investigación de la enfermedad cardiovascular por parte de la comunidad médica se ha centrado en aspectos individuales, especialmente de susceptibilidad biológica-genética (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, arritmias cardíacas –o sea alteraciones de frecuencia cardíaca-, índice de masa corporal) y conductas de riesgo (por ejemplo, el consumo de cigarros, hábitos alimenticios, estilo de vida sedentario) consideradas como las más importantes en la etiología de la enfermedad cardiovascular. A nivel de intervención, millones de personas han sido protegidas por medio de programas para dejar de fumar, para adoptar dietas, para hacer ejercicio y aquellos pacientes con enfermedad coronaria manifiesta ya han sido tratados por medio de angioplastias coronarias, aunado a los elementos farmacológicos y dispositivos diversos como los marcapasos o corazones artificiales que proveen esperanza para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes (Heinemann y Huchert, 1998).

No obstante, a pesar del optimismo engendrado por estos logros, la etiología y patogénesis de la ECV no es muy clara, por lo cual, la eficacia para controlar la epidemia sigue siendo limitada. Por ejemplo, en el clásico Framingham Heart Study (Haynes, Levine, Scotch, Feinleib, & Kannel, 1978), se utilizaron técnicas epidemiológicas para identificar factores de riesgo importantes (consumo de tabaco, diabetes, hipertensión, y colesterol), sin embargo, estos factores tradicionales de riesgo explican sólo una parte de la probabilidad de enfermarse del corazón. En términos prácticos, esto significa que esos factores “estándar” fallan en la predicción de muchos casos nuevos de enfermedad del corazón. Nótese que uno de estos factores (la hipertensión), es prácticamente de etiología desconocida (O’Brien, 2000). Además, éstos representan relativamente

causas “próximas” de ECV, cada uno con un conjunto complejo de determinantes, muchos de los cuales son **de origen psicosocial** (Schnall, et.al., 2000).

En la mayoría de los casos la hipertensión ha acompañado a las ECV. Hoy en día se considera la enfermedad circulatoria más común y un potencial factor de riesgo para cualquier alteración cardíaca con resultados fatales, tales como los accidentes vásculo-cerebrales e incluso el infarto al miocardio. La definición clínica de hipertensión es la elevación crónica de la tensión arterial por arriba de las cifras consideradas como “normales” (García, 2000).

La tensión arterial (T.A) es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial. En condiciones normales el corazón late de 60 a 80 veces por minuto. Con cada latido manda una ola de sangre a sus arterias. La tensión sistólica, mide la presión que se produce en las arterias mientras late el corazón y la tensión diastólica, mide la presión mientras el corazón descansa entre latidos.

La TA es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardíaco. Cuando por mecanismos anormales aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de sus cifras. La TA puede variar de un momento a otro por cambios de posición, por ejercicio o mientras se duerme y por ello es importante marcar la diferencia entre tensión arterial alta e hipertensión, pues la primera hace referencia a un episodio agudo e incluso puede ser instantáneo, mientras la segunda hace referencia a un episodio de carácter crónico. En la práctica clínica se requieren al menos tres mediciones diferentes que indiquen niveles altos de TA para considerar a un paciente como hipertenso (O'Brien, 2003).

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (NOM-030-SSA2-1999) considera la siguiente clasificación:

Tabla 17. Clasificación de TA según la Norma Oficial Mexicana

TA aceptable	Hipertensión
Optima: Hasta 120/80 mm de Hg.	>140mm de Hg para sistólica ó >90 mm de Hg para diastólica
Normal: Entre 120-129/80-84 mm de Hg	Etapa 1: 140-159/90-99 mm de Hg Etapa 2: 160-179/100-109 mm de Hg
Normal alta: Entre 130-139/85-89 mm de Hg	Etapa 3: >180/> 110 mm de Hg.

Nota: las cifras del lado izquierdo refieren al registro de sistólica y derecho a diastólica (s/d).

Cabe mencionar que la Norma Oficial Mexicana no considera la hipotensión, que se refiere a la disminución de la tensión arterial muy por debajo de las cifras normales (<90sistólica/<60 diastólica). Generalmente para la mayoría de las personas no es baja si no produce síntomas como vértigos o desmayos, y hasta cierto punto, es menos peligrosa que la hipertensión.

Cuando la elevación de la TA se debe a una causa conocida se denota hipertensión arterial secundaria y cuando el estudio exhaustivo del paciente no demuestra ninguna de las causas conocidas de hipertensión arterial, se le denomina esencial (Crawford y Dimerco, 2002). García (2000) menciona que la hipertensión durante su etapa inicial se presenta sin síntomas, de manera silenciosa, afectando los órganos vitales como el corazón, cerebro, riñones, ojos y arterias, por ello se le conoce como “el asesino silencioso”.

En México, la hipertensión es uno de los padecimientos crónicos que se encuentran en los primeros lugares de morbilidad y se ha convertido en un gran problema de salud pública. Según la Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia global de hipertensión se acerca al 30.05% en la población mexicana, de los cuales el 61% ignoran su condición, 39% suele tener diagnóstico previo, y de ellos sólo el 14.6% están bajo control (Olaiz, Rojas, Barquera, Shamah, Aguilar, Cravioto, López, Hernández, Tapia y Sepúlveda, 2003). Recientemente, se ubica en el primer lugar como principal motivo de consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 7, 232,

809 consultas por año y una tendencia ascendente (Fernández, 2003). Además, en lo que refiere al costo que genera la hipertensión se calcula una inversión anual hasta del 51% del presupuesto total destinado a la salud y un 2.62% del PIB en su escenario extremo a nivel nacional (Villarreal-Ríos, Matew-Quiroz, Garza-Elizondo, Núñez-Rocha, Salinas-Martínez y Gallegos-Handal, 2002).

Aunque por definición la hipertensión esencial no tiene causa conocida, algunos estudios han demostrado que la tensión arterial elevada sostenida produce tarde o temprano hipertensión (Schwartz, Belkic, Schnall y Pickering, 2000). Asimismo, se ha demostrado que los cambios incrementales en TA están asociados con la enfermedad coronaria del corazón, incluso en aquellas personas que mantienen sus niveles muy por debajo de la actual definición de hipertensión (Schnall, Patel-Coleman, Landsbergis, 2005).

Por ello, el registro de la tensión arterial y sus métodos de medición han sido prioritarios. O'Brien (2003) menciona que desde hace 20 años se cuestiona la exactitud de la medición de la TA con la técnica tradicional de Riva- Rocci/Korotjoff, y se han propuesto otras técnicas para la determinación de TA considerando distintos momentos y lugares en vez de basarse sobre determinaciones aisladas en circunstancias que de por sí pueden influenciar los valores de la TA con la técnica convencional. Así se desarrolló el monitoreo ambulatorio de TA con dispositivos automáticos portátiles, que registran los cambios de TA con precisión de segundos durante las 24 horas, y que a su vez generan la información en grandes bases de datos. Este monitoreo ambulatorio (durante las 24 horas) ha proporcionado evidencias suficientes en relación a su uso para predecir mortalidad cardiovascular y por tanto, para utilizarse como "regla de oro" (Schnall, et.al., 2000). Entre las desventajas del monitoreo ambulatorio se encuentran su alto costo y su poca aplicabilidad para tamizajes de un número extenso de individuos (op.cit.).

Actualmente, otros investigadores han desarrollado protocolos de aplicación domiciliaria que proveen de grandes ventajas sin necesidad de utilizar los monitores de costo elevado que requieren los protocolos de medición ambulatoria (O'Brien, 2003).

Por su parte, Schnall (en Schnall, et. al, 2000) considerando la importancia del ambiente laboral, desarrolló y probó un protocolo al que llamó "puntos estimados de TA en el puesto de trabajo" (detallado en el apartado de metodología más adelante), en el que se concluyó que los valores promedios y representativos de TA de un individuo obtenidos mediante este protocolo no

difieren significativamente de los registrados en el monitoreo ambulatorio y tales registros de TA han sido excelentes predictores de ECV.

La evolución de estos métodos de medición de TA han permitido identificar fenómenos como el de “la bata blanca”, donde las personas con aparente hipertensión identificada en clínica presentan tensiones normales o disminuidas cuando las mediciones se repiten fuera del ambiente médico. Asimismo, con estos métodos e instrumentos se pudo comprobar incluso, el otro lado de la moneda, donde pacientes que no presentaban hipertensión durante el chequeo clínico, sí la presentaron en el desenvolvimiento de sus actividades cotidianas; tal fenómeno fue llamado “hipertensión oculta” (Schnall, Landsbergis y Patel-Coleman, 2005).

Lo que queda claro hasta aquí es que independientemente de método empleado, la TA será siempre un fenómeno hemodinámico, variable, afectado por diferentes factores, como la respiración, las emociones, el ejercicio, las comidas, el cigarro, el alcohol, la temperatura, la edad, la raza y por supuesto, los estresores psicosociales. Si estas influencias, comunes a todas las situaciones de determinación de la TA, se pasan por alto, se puede arribar a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inadecuado (O’Brien, 2003).

Actualmente existe un fuerte cuerpo de evidencias que demuestran una asociación significativa entre la hipertensión y factores psicosociales personales (e.g tipo A) y del trabajo (Carels, Sherwood y Blumenthal, 1998; G, Karasek y Theorell, 1991, Schnall, et al., 2000). Asimismo, se ha encontrado en una docena de estudios recientes una relación importante entre los incrementos ambulatorios de TA y la tensión laboral (Belkic, Landsbergis, Schnall, Baker, Theorell, Siegrist, Meter y Karasek, 2000; Schnall, et. Al, 2000; Schnall, Landsbergis y Patel-Coleman, 2005).

Schnall, y cols. (2000) hacen un excelente trabajo de recopilación de la investigación realizada en los últimos años respecto a la tensión laboral según el modelo de Karasek (1998) y su influencia en la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Confirman que tal influencia es consistente, continua, predictiva e independiente de los factores tradicionales de riesgo (obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol, de tabaco, antecedentes hereditarios, etc.). Tal relación entre tensión laboral y la enfermedad isquémica y desórdenes cardiovasculares en general, se demuestran en una veintena de estudios.

En el último año, Belkic, Landsbergis, Schnall y Baker (2004) analizaron sistemáticamente 17 estudios longitudinales realizados en diferentes países (desarrollados) respecto a la relación entre tensión laboral y las enfermedades cardiovasculares. La conclusión fue que existe evidencia suficiente para señalar la validez de tal relación y por lo tanto su inmediata intervención en el mundo laboral.

4.2. Grupos Ocupacionales Vulnerables: Las Organizaciones de Servicio Humano.

Respecto a la población idónea para llevar a cabo el presente estudio (siguiente cuestión planteada al inicio de este capítulo), algunos estudios muestran las afectaciones en la salud que se propician en diferentes actividades laborales, como es el caso de trabajadores operativos o manuales (obreros) (Karasek y Theorell, 1990), los empleados técnicos y administrativos (Gutiérrez, 2000); y en especial las actividades en Organizaciones de Servicio Humano (Arita y Arauz, 1998; Arita, 2001; Cherniss, 1980; Lipley, 1998).

Las Organizaciones del Servicio Humano (OSH) se caracterizan por las demandas emocionales y psicosociales que imponen a los profesionales que ahí laboran, impactando gravemente su productividad, calidad de vida y particularmente su salud psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1996).

Las OSH pueden ser definidas de acuerdo a su función social o diseño gubernamental, o simplemente lugares de trabajo de profesionales que ofrecen servicio humano. Este tipo de organizaciones tiene como función principal proteger, mantener e incrementar el bienestar personal de los individuos mediante la definición, moldeo o alteración de sus atributos personales (Söderfeldt, et al., 1996). Además, hay dos propiedades principales que distinguen a las OSH de otras burocracias: 1) se trabaja directamente con la gente (cara a cara) y 2) se debe proteger y promover el bienestar de esa gente.

De acuerdo con Söderfeldt (op. Cit.), en las OSH:

- 1) La materia prima así como los productos del trabajo consiste en personas, lo que tiene importantísimas implicaciones en la toma de decisiones, pues una decisión que es de rutina en cualquier otra organización, en una OSH es de gran importancia por su afectación que

puede producir en las personas. Incluso en el caso de organizaciones hospitalarias, las decisiones se puede convertir en caso de vida o muerte.

- 2) Los objetivos en las OSH son vagos y ambiguos debido a la naturaleza del trabajo. Es imposible pensar en la analogía de objetivos clásicos de “producción = número de piezas” (tradicional en organizaciones productivas). Es difícil medir los resultados de este tipo de trabajo, ya que se basan en muchas nociones de carácter cualitativo (e.g. calidad de atención).
- 3) La parte medular de este tipo de trabajo es la relación entre el trabajador y el usuario y la calidad de esa relación es esencial para el resultado de ese trabajo. Sin embargo, hay complicaciones debido a que en ocasiones el rol del usuario es involuntario y por tanto, los intereses del usuario y las OSH pueden ser incompatibles.
- 4) Variables humanas como los intereses, necesidades, actitudes, sentimientos, emociones, estrés, depresión, dolor e incluso la muerte de usuarios de los servicios (o sus familias) representan una carga emocional adicional para los profesionales de las OSH, además de su carga cuantitativa.

Esta concepción de las OSH se aplica a diversas organizaciones, principalmente escuelas, agencias de policía, hospitales e institutos varios, entre otros. Entre las profesiones que laboran en estas organizaciones se encuentran los trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psiquiatras, psicólogos, custodios, abogados, entre otras. Todas estas profesiones están caracterizadas por las altas exigencias emocionales y sus consecuencias al desempeño, la salud y la calidad de vida de estos trabajadores.

Existen numerosas investigaciones realizadas en estos profesionales en distintos países en donde se demuestra que el contacto continuo con otras personas y la alta carga afectiva propician una gran afectación en la salud mental de estos trabajadores (Burke, 1992; Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1996; Maslach, y Jackson, 1981).

En México se ha demostrado las afectaciones a la salud que padecen estos profesionales, particularmente en aquellos que laboran en servicios de salud (Gutiérrez, 2003; Lartigue y Fernández, 1998; Terán, 2001). De hecho, en el primer estudio de este trabajo las enfermeras reportaron mayores niveles de estrés y de problemas de salud en comparación con los obreros, los profesores y los administrativos. No obstante, son necesarias investigaciones en profesionales que

laboran en otras OSH, tales como Centros de readaptación Social (prisiones) u otros centros de Ayuda Social.

Resulta evidente que el deterioro de la salud en los profesionales de las OSH conlleva grandes consecuencias directas e indirectas, tanto en los mismos profesionales, las OSH, los usuarios, las familias de los usuarios y para la sociedad en general.

Dado lo anterior, es imprescindible prevenir de manera adecuada los daños a la salud en estos profesionales mediante diversas estrategias, siendo primordial la identificación de aquellos factores que influyen de manera negativa en el estatus de salud de estos trabajadores, utilizando para ello el modelo de Control Personal/Laboral como guía para la identificación de estos factores negativos de riesgo.

De esta forma, se definieron la población y las variables (criterio) de salud para los propósitos del estudio final. Dada la vulnerabilidad psicosocial de los profesionales de servicio humano, se consideró la población laboral idónea, y como indicadores de salud se decidió incorporar indicadores de salud percibida y de salud cardiovascular (somática subjetiva y tensión arterial objetiva) por su relevancia social en temas de salud pública. Variables y sujetos idóneos para probar el Modelo de Control Personal/Laboral (CPL).

4.3 Objetivos.

- Determinar la validez de constructo del modelo CPL mediante la técnica de análisis factorial.
- Determinar la confiabilidad de las variables que integran el modelo CPL
- Determinar si existen relaciones significativas entre las dimensiones de control personal y control laboral con los indicadores de tensión (burnout y entusiasmo laboral) así como con las variables de salud percibida, síntomas somáticos cardiovasculares y tensión arterial.
- Comprobar la relación de cada uno de los indicadores (variables o subdimensiones) que componen las dimensiones del CPL (ya sean personales o laborales) con diferentes indicadores de salud (burnout, entusiasmo, salud percibida, síntomas cardiovasculares y tensión arterial) e identificar el mejor predictor para cada una de dichas variables.
- Con base a los predictores más consistentes entre los resultados de salud evaluados, construir una versión “medular” del modelo CPL (más parsimoniosa y reducida).

- Elaborar un modelo estructural con la versión medular del CPL y confirmar su viabilidad teórica e hipótesis principales.
- Identificar y comparar las relaciones estadísticas entre los indicadores de salud y los modelos CPL en su versión completa, CPL en su versión medular obtenida, y el modelo Tensión laboral.

4.4. Método.

Se trató de un estudio transeccional, observacional-no experimental, descriptivo y correlacional.

Participantes. 179 trabajadores aparentemente sanos de diversas ocupaciones en instituciones de servicio humano (enfermeras, médicos, profesores, psicólogos, trabajadores sociales y custodios) de tres centros laborales: un hospital público, un centro de atención psicológica y una institución penitenciaria, ubicados en el D.F y área metropolitana. Se trató de un muestreo por conveniencia no probabilístico. El promedio de edad fue de 38 años, la mayoría de los participantes eran de sexo femenino (87%) y el 58% eran casados. El 33% tenía estudios menores a licenciatura, el 45% tenía estudios universitarios, y el 22% estudios de especialidad o maestría. El porcentaje de personas por ocupación se describe en la sección de resultados.

Definición de Variables.

Con base en la estructura del modelo propuesto, a continuación se definen las dimensiones que lo componen, así como sus posibles indicadores:

1) Control Personal.- En este trabajo se entenderá como la combinación de un proceso cognitivo y emocional en el que la persona tiene un grado de control percibido, que independientemente del entorno, influye en el proceso salud-enfermedad. En éste, el individuo posee una alta confianza en sus capacidades para enfrentar eficientemente las exigencias y problemas de su trabajo (autoeficacia); acompañado de la creencia de que de que los sucesos de su vida se deben a él y no a factores externos (locus de control interno), además de un grado óptimo de autocontrol en sus emociones negativas, particularmente de hostilidad y enojo (control emocional). A continuación se ofrece más a detalle la definición de sus indicadores:

- a) Autoeficacia: Las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados (Bandura, 1997). Particularmente, aquí se hará referencia al dominio laboral, que de forma análoga se le ha llamado “autoeficacia profesional” (Grau y Salanova, 2000), pues Bandura (2001) ha insistido en la importancia de especificar el dominio, pues no existe una autoeficacia “generalizada”.
- b) Locus de Control: Este constructo se refiere a qué o quién una persona atribuye los sucesos o resultados de sus acciones y su vida, ya sean factores internos (habilidad, esfuerzo, etc.) o externos de él (suerte, destino, entre otras) (Lefcourt, 1991).
- c) Control Emocional: Existen diversas definiciones, en el presente se definirá como una disposición personal general o un rasgo que implica una tendencia disminuida para reaccionar con emociones negativas tales como la hostilidad, ira o enojo ante diversas situaciones en la vida

2) Control Laboral.- En el presente trabajo, se definirá como el entorno laboral en el que es posible ejercer un dominio o regulación y se caracterizará por producir una sensación de autonomía, “certidumbre” y seguridad. Particularmente, se trata de condiciones objetivas que, independientemente de algún proceso psicológico individual, proveen de exigencias factibles, retroalimentación, apoyo emocional, recursos, oportunidades, seguridad y libertad de decisión. Con base en el modelo propuesto, las variables que pueden fungir como sus indicadores se definen a continuación:

- a) Demandas psicológicas: Se refiere a las altas exigencias en el trabajo o una elevada carga de trabajo que incluye presiones temporales o tiempos límite (Karasek, 1998). En la lógica del modelo propuesto, exigencias óptimas implican mayor “control”.
- b) Libertad de decisión: Es una combinación de la autonomía y la posibilidad de utilizar las habilidades en la actividad laboral (Karasek, 1998).
- c) Apoyo Social laboral: Es el “soporte” emocional y afectivo percibido de los compañeros de trabajo y el jefe inmediato en la organización (Karasek, 1998).
- d) Inseguridad por estabilidad laboral: Refiere a la percepción de incertidumbre respecto a la conservación del empleo actual (Karasek, 1998). A mayor inseguridad menor “control laboral”.

- e) Supervisión controlante: Se trata de un ambiente laboral caracterizado por una vigilancia estricta y un grado de supervisión excesiva que demerita la percepción de control en los trabajadores (Marshall, 2003).
- f) Falta de recursos para el trabajo: Se definirá como la falta o mal estado de materiales, equipos, herramientas y medios en general que son esenciales para la ejecución y cumplimiento adecuado de las responsabilidades y tareas laborales del empleado. La falta de recursos implica menor control laboral.
- g) Reconocimiento y retroalimentación: Se definirá como la información positiva y estimulante que se transmite al trabajador con respecto a (o por motivo de) su desempeño y que posibilita mayor control laboral.

3) Proceso tensionante.- Se definirá como un proceso en el que existe un efecto o una respuesta de activación (respuesta de lucha-huida) con carácter crónico en el individuo, derivada de los niveles de control en la dimensión laboral y/o personal. Está relacionada al concepto de estrés, pero en este modelo se considera como una respuesta de “tensión crónica”, y sus indicadores son a nivel psicológico. Se considera desde una perspectiva crónica y no aguda, precisamente por que la cronicidad de esta respuesta es la que conforma su mayor nocividad. Dicha respuesta de tensión crónica puede tener un carácter negativo o positivo (correspondiente con la tradición de discernir al eustrés y el distrés). En cuanto a la tensión crónica negativa, el organismo se ha llevado a una situación de agotamiento extremo en donde se debilitan los recursos para hacer frente a las exigencias y se conforma un desequilibrio de adaptación grave. En cuanto a la tensión positiva, se trata de un nivel de activación óptimo que retroalimenta al organismo positivamente dando mayor fortaleza, es un sistema donde los recursos de adaptación no se agotan, de forma que se origina así una adaptación activa. En cuanto a los indicadores psicológicos de dicho proceso tensionante, se han documentado extensamente como alteraciones tempranas a la salud bajo la categoría de efectos psicológicos del trabajo (Alimirall, 1993). Asimismo, es reconocido que dichas variables tienen una influencia directa a la salud, e incluso que operan como mediadores entre las exigencias o estresores psicosociales y la salud en general (Martínez, 1993). A continuación se definen sus posibles indicadores psicológicos:

- a) Burnout o hastío laboral: Efecto psicológico negativo derivado del trabajo que incluye una alta sensación de agotamiento físico y emocional, así como una despersonalización o cinismo acentuados. Estos representan los componentes medulares del síndrome (Salanova et. al, -2000).

- b) Entusiasmo laboral (engagement) : Efecto psicológico positivo que implica sentimientos de energía, vigor y una alta dedicación al trabajo. Es un constructo que favorece la tendencia de la Psicología positiva y un enfoque de promoción a la salud (Salanova et. al, -2000).

Como variables e indicadores de salud se evaluaron las siguientes:

Problemas de Salud Percibidos: Con base en el Cuestionario General de Salud (CGS), esta variable se refiere a la inhabilidad para llevar a cabo las funciones (saludables) normales de la vida cotidiana y la presencia de un fenómeno de naturaleza estresante (Goldberg, 1979, cit. en Medina-Mora, Campillo, Caraveo y Corona, 1983). De acuerdo a las escalas que la conforman (síntomas somáticos, disfunción social, depresión y problemas de sueño) se ubica una percepción general del estatus de salud personal con gran énfasis en lo mental, pues de hecho se utiliza como un instrumento de tamizaje para detectar personas con desórdenes psiquiátricos potenciales (op. cit.).

Síntomas Cardiovasculares: Se definirán como el malestar y somatización de problemas en el aparato circulatorio y del sistema cardiovascular en general que incluye aspectos como dolor en el pecho, falta de aire, etc.

Tensión Arterial Sanguínea: es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial. La tensión sistólica, mide la presión que se produce en las arterias mientras late el corazón y la tensión diastólica, mide la presión mientras el corazón descansa entre latidos (O'Brien, 2003).

Instrumentos. Se elaboró una encuesta con diferentes cuestionarios que se describen a continuación:

- Para la dimensión de control personal:

Se desarrolló una escala de 30 reactivos que mide las variables de autoeficacia laboral, control emocional y locus de control. 10 reactivos fueron desarrollados por el autor del presente con base en su marco teórico-conceptual, 20 reactivos se tomaron de diferentes instrumentos tales como el BMS 2 (Richter y Plath, 1984), la escala de Tipo A de conducta de Reynoso y Seligson (1997) y

el de locus de control de Lefcourt (1991). Los reactivos de los dos primeros, se retomaron con base en los resultados de los estudios exploratorios previos de este trabajo (2y4).

- Para la dimensión de control laboral:

Se utilizó el Cuestionario de Contenido del Trabajo (JCQ por sus siglas en inglés) (Karasek, 1998). Existe una versión oficial de 28 reactivos, de los cuales 22 miden las variables de demandas psicológicas, libertad de decisión y apoyo social; 4 que miden inseguridad laboral y 1 más que mide demandas físicas (el cual no se utilizó en este estudio). Cedillo (1999) ha demostrado la validez y confiabilidad de esta escala en población mexicana.

Para el resto de las variables de esta dimensión (supervisión controlante, recursos para el trabajo, reconocimiento y retroalimentación) se construyó una escala de 20 reactivos que incluye preguntas como: “Siento que en mi trabajo me quieren controlar demasiado” (supervisión), “nunca me han dicho si mi trabajo es bueno o malo” (reconocimiento-retroalimentación), “Actualmente no hay disponibles algunos de los recursos (sean material o de equipo) que se necesitan para hacer mi trabajo” (recursos), etc.

Para el proceso tensionante (efectos psicológicos):

Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach en su versión “encuesta general” (General Survey) que se dirige a la evaluación de cualquier ocupación, aún no siendo de servicio hospitalario (MBI GS). Dicha escala se validó en población hispana por Gil-Monte (2002). Se utilizó una versión adaptada de 9 reactivos que incluyen el agotamiento emocional y la despersonalización o cinismo. En lo que refiere a la contraparte positiva de tensión crónica, se aplicó la escala de entusiasmo laboral (Engagement Scale) (Salanova y cols., 2000) la cual contiene 9 reactivos que miden la sensación de energía y dedicación experimentada en o por motivo del trabajo.

Con propósito de facilitar la aplicación de los instrumentos, todos los cuestionarios mencionados hasta aquí se adaptaron con 4 opciones de respuesta tipo Likert que van desde: “totalmente en desacuerdo” (1), hasta: “totalmente de acuerdo” (4).

- Como indicadores de Salud:

Para evaluar los problemas de salud percibida, se utilizó el Cuestionario General de Salud (GHQ). Incluye las variables de síntomas somáticos, disfunción social, depresión y problemas de sueño. En su versión de 28 reactivos fue validado en México por Medina Mora, et. al. (1983).

Para la tensión arterial (TA), se utilizaron 6 monitores digitales de muñeca marca Nissei. Se comprobó su precisión con un piloteo en donde se compararon varias mediciones obtenidas con estos monitores y los registros obtenidos con el sistema tradicional de sonidos Korotkoff y el estetoscopio, realizados por al menos tres diferentes personas. No hubo diferencias. Los registros de T.A se realizaron de acuerdo al “protocolo de puntos estimados en el trabajo” de Schnall, et., al. (2000) que se describe en el siguiente apartado. Entre sus ventajas se encuentran que se captura la TA más representativa y real que tiene una persona durante el día (en el trabajo) y el promedio no se diferencia significativamente del que se obtiene en la TA ambulatoria.

- Variables complementarias:

Dentro de la misma encuesta se incluyeron preguntas para identificar los aspectos sociodemográficos de los (las) participantes, tales como: la institución de pertenencia, la ocupación, la antigüedad en el puesto, el estado civil, el sexo y la edad.

Complementariamente se incluyeron 4 reactivos para explorar factores tradicionales de riesgo cardiovascular y considerarlas en los análisis de resultados. Tales preguntas fueron: ¿Hace usted ejercicio?, ¿Fuma?, ¿Toma alcohol? y ¿Consume alimentos sanos y balanceados?, todas ellas con 4 opciones de respuesta (Nunca, Rara vez, Frecuentemente, Diario). Se consideraron también los valores promedio de frecuencia cardíaca de cada persona que ofrecían los mismos monitores de tensión arterial. Asimismo, se hicieron preguntas relativas a la estatura, el peso (para obtener índice de masa corporal), si existían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y si consumían algún medicamento actualmente.

Procedimiento.

- Se realizaron las gestiones respectivas en los centros de trabajo para la autorización del estudio.

- Se hizo una invitación abierta a la población laboral para participar en el estudio de manera voluntaria.
- A las personas que aceptaron, se les pidió llenar los cuestionarios o cédulas descritas. La aplicación se realizó en los mismos centros de trabajo donde pertenecían los trabajadores, en grupos de entre 6 y 10 personas y en pocos casos se hizo de forma individual.
- En el caso de la medición de la tensión arterial, sólo fue posible realizarla con 109 sujetos, todos de sexo femenino, de ocupación enfermeras pertenecientes a un hospital público al que se tuvo acceso total. A estas personas se les informó que tendrían un par de visitas a diferentes horarios durante su jornada para la toma de su T.A en su puesto de trabajo, pues este registro se realizó conforme al siguiente:

Protocolo de Puntos Estimados de T.A en el Puesto de Trabajo (Schnall, et. al, 2000):

(Resumen de elementos más importantes llevados a cabo)

Parte 1. Revisión General. Antes de comenzar:

- Se realizó un aseguramiento de que los dispositivos de medición se ajustaban a todos los participantes del estudio (tamaño del brazo).
- Se recolectó información médica y de utilización de medicamentos actuales, así como otra información relevante de cada persona (características demográficas y otras variables potencialmente confusoras, incluyendo consumo de alcohol, índice de masa corporal, edad, historia familiar de hipertensión, consumo de tabaco y actividad física), con fines de tener un control de estas variables y evitar sesgos metodológicos.
- Se aseguró la calibración del monitor.

Parte 2. Protocolo para la obtención de dos series o conjuntos de puntos estimados. El registro se llevó a cabo mientras los individuos realizaban su actividad en su propio puesto de trabajo:

- Un observador entrenado en el protocolo (autor del presente) tomó los registros.
- Se evitó la “atmósfera clínica” (no batas blancas, ni se actuó como clínico)
- Se procuraron interacciones informales y conversaciones neutrales (se evitaron conversaciones controversiales mientras se tomó la T.A)
- Se obtuvieron dos series de puntos estimados mientras la persona estaba en su actividad usual:
 - a) La primera serie, se obtuvo cerca del comienzo de la jornada laboral. Se realizó en la posición usual que la persona tiene en su puesto de trabajo (si la mayor parte de

su jornada laboral está de pie, entonces se tomaron las medidas de pie). De esta forma, en el propio puesto de trabajo de la persona se obtuvieron dos lecturas con una distancia de un minuto entre cada una de ellas para obtener los datos de la primera serie.

- b) En la segunda serie, se repitió el mismo procedimiento, poco después de cumplida la mitad de la jornada laboral, o casi al final de la misma. De igual manera se obtuvieron dos lecturas con una distancia de un minuto entre ellas.
- c) Los datos se vaciaron en un formato elaborado para ello.
- d) Finalmente se promediaron la primera (las dos primeras lecturas), y segunda (las dos últimas lecturas) series. Por último, se obtuvo un promedio general (de los dos promedios de la primera y segunda serie) y éste fue el punto estimado de cada persona. Se realizaron cálculos por separado para tensión sistólica y diastólica.
- e) El protocolo exige dar retroalimentación a los sujetos respecto a su T.A obtenida, esto se realizó sólo hasta que se obtuvo el promedio total.

Para el cumplimiento de los objetivos, se llevaron a cabo los siguientes pasos y pruebas estadísticas en el análisis de resultados (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999):

- 1) Se realizaron análisis factoriales con el método de componentes principales y rotación varimax para determinar la validez de constructo de los reactivos utilizados e identificar las variables (factores) que le subyacen.
- 2) También se realizaron análisis factoriales de segundo orden, en donde las variables o factores previamente obtenidos fungieron como indicadores para determinar dimensiones más globales que componen el modelo CPL. El análisis factorial de segundo orden, es una opción estadística que permite utilizar escalas preexistentes que pueden contener varios ítems y la suma de estos pueden actuar como indicadores de otro constructo de nuevo orden (op. cit.).
- 3) Se utilizó el coeficiente alfa Cronbach para determinar su consistencia interna.
- 4) Se obtuvieron medias, desviaciones estándar y valores mínimos y máximos de las variables en el estudio.
- 5) Se utilizó también el análisis de varianza (ANOVA) de una vía, multivariado (MANOVA) y la Ji cuadrada (X^2) para distintos análisis, principalmente verificar la relación entre variables sociodemográficas y los resultados de salud.

- 6) Se calculó el coeficiente “r” de Pearson para verificar la relación entre las dimensiones de control personal y laboral con los distintos indicadores de tensión y de salud (variables criterio). Asimismo, se utilizó este mismo coeficiente para averiguar la relación entre cada variable o subdimensión (indicadores de las dimensiones de control laboral y personal) y las variables criterio.
- 7) Se utilizó la técnica de regresión lineal múltiple por el método “paso por paso” (stepwise), para identificar las variables (subdimensiones) con mayor peso predictivo en los resultados de salud y proponer una versión más reducida (medular) del modelo CPL.
- 8) Un siguiente paso consistió en confirmar las hipótesis teóricas del modelo CPL en términos de las múltiples relaciones de sus dimensiones con los indicadores de salud por medio de la técnica de modelamiento estructural con el método de estimación de máxima verisimilitud. La técnica de modelamiento estructural tiene la capacidad de analizar relaciones múltiples y complejas de distintas variables en un único modelo, es decir, examina simultáneamente varias relaciones de dependencia (op. cit.). Con respecto a la relativa complejidad del modelo CPL propuesto (Inciso 3.3, fig.11) se observa como una técnica de alta utilidad en este caso. Se utilizaron las variables con mayor peso predictivo en la salud (versión medular) como indicadores de segundo orden, con el objeto de tener parámetros y observaciones que permitieran dilucidar una estructura más parsimoniosa.
- 9) Finalmente, se construyeron versiones de los modelos de tensión laboral, CPL versión completa y CPL versión medular en variables únicas y se calcularon coeficientes Pearson para determinar sus relaciones con los indicadores de salud y de tensión.

Para el análisis de resultados se utilizó el programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versión 11 y en el caso de modelamiento estructural se utilizó el programa AMOS versión 4.

4.5. Resultados.

En cuanto a las características de la población, aproximadamente el 60% de los participantes pertenecían a un hospital público, mientras que el 30% laboraba en un Centro de Readaptación Social y el 10% en un Centro de Asistencia Social para mujeres maltratadas, la

mayoría tenía actividades laborales de enfermería (60%) , tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

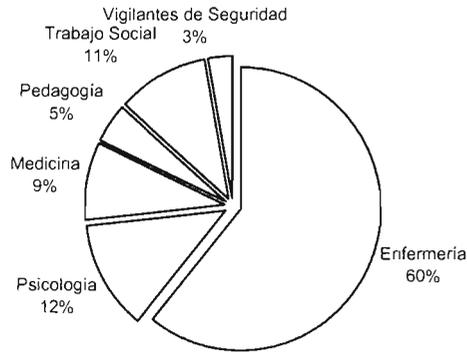


Fig. 13. Porcentaje de participantes en el estudio de acuerdo a las áreas de actividad laboral

Inicialmente es importante recalcar que Hair, et.al., (op cit.), plantean que como regla general el tamaño de muestra en el análisis factorial debe de ser por lo menos un número de cinco observaciones mayor que el número de variables analizadas. Autores como Nunally y Bernstein (1995) sugieren una razón de 10 a 1 o incluso de 20 a 1, ello significa no sobre ajustar los datos a la muestra particular y asegurar una mínima capacidad de generalización. De esta forma y dada la cantidad de reactivos (170) utilizada, no fue posible un análisis único, ya que sólo fueron 179 sujetos. Por ello, se decidió correr los análisis factoriales cumpliendo con al menos una razón de 5 a 1 y siguiendo la lógica a continuación se describe.

En un primer momento, se procedió únicamente a validar las variables del modelo de tensión laboral (demandas psicológicas, libertad de decisión y apoyo social) conforme se presentan en el cuestionario del contenido de trabajo de Karasek (1998). Para ello se introdujeron los 22 reactivos que conforman estas escalas.

Los resultados mostraron cuatro factores que explicaron 47.78% de la varianza y representaron fidedigna y claramente los cuatro factores esperados: libertad de decisión, apoyo social del jefe, apoyo social de los compañeros y demandas psicológicas (Tabla 18). Cabe mencionar que los únicos reactivos con cargas bajas fueron: “mi trabajo es aburrido y repetitivo”, “tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo”, “para mi trabajo necesito ser creativo” y “en mi trabajo necesito estar aprendiendo cosas nuevas”. Los dos primeros ya habían sido señalados como reactivos débiles de la escala para trabajadores Mexicanos (Cedillo, 1999) y fue inesperado encontrar que el último (...necesito estar

aprendiendo...), siendo de la escala de libertad de decisión cargo más en la escala de demandas psicológicas (.399), lo que implica la necesidad de mejorar su traducción, pues al parecer las personas observan este reactivo más como un requerimiento que como una posibilidad de aprendizaje en su trabajo. Sin embargo, el comportamiento de la escala fue en general bastante aceptable.

Tabla 18. Tabla de análisis factorial de las escalas del cuestionario de contenido del trabajo (JCQ).

Reactivos del cuestionario JCQ	Componentes			
	Libertad de decisión o control	Apoyo social del jefe	Apoyo social de los compañeros	Demandas psicológicas
- Tengo mucha libertad para decidir como hacer mi trabajo	.736	.106	.105	-.282
- En mi trabajo tengo oportunidad de desarrollar mis propias habilidades	.723	4.638E-02	.187	4.470E-02
- En mi trabajo puedo tomar muchas decisiones por mi mismo (a)	.678	-3.545E-02	-1.603E-02	-.101
- Mis opiniones cuentan mucho en mi trabajo	.656	.332	6.191E-02	8.195E-02
- Existe variedad en las actividades que realizo en mi trabajo	.559	.127	.118	-7.396E-03
- Mi trabajo requiere de un alto nivel de habilidad	.505	-6.536E-02	2.993E-02	.293
- Para mi trabajo necesito ser creativo (a)	.289	-.229	.120	.102
- Mi trabajo es aburrido y repetitivo	-.202	.196	-.194	.161
- Mi jefe se preocupa del bienestar del personal a su cargo	2.054E-02	.800	8.063E-02	-.127
- Mi jefe ayuda a que trabajo se realice	.150	.789	8.873E-02	2.921E-02
- Mi jefe presta atención a lo que yo digo	-1.839E-02	.785	.128	9.899E-03
- Mi jefe es bueno para lograr que se trabaje bien en equipo	.143	.759	.153	-8.371E-02
- Mis compañeros de trabajo son amigables	.102	.105	.764	9.202E-02
- Mis compañeros de trabajo ayudan a que el trabajo se realice	.223	9.205E-02	.752	6.487E-02
- Mis compañeros de trabajo son competentes para hacer su labor	-5.662E-02	5.053E-02	.746	-1.549E-02
- Mis compañeros de trabajo se interesan en mi a nivel personal	.177	.113	.667	9.861E-02
- Tengo que trabajar muy duro	-1.129E-02	.120	2.419E-02	.769
- Se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	2.470E-02	-.143	3.460E-02	.757
- Tengo que trabajar muy rápido	2.641E-02	-2.894E-03	6.485E-02	.651
- En mi trabajo tengo que responder a ordenes contradictorias	-.150	-.132	-.309	.446
- En mi trabajo necesito estar aprendiendo cosas nuevas	.236	5.355E-02	9.298E-02	.399
- Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	.165	.208	-.140	-.363
Valor Propio	4.0	2.5	2.1	1.7
Varianza explicada	13.15	12.83	11.14	10.65
Total: 47.78%				

En un segundo momento, para el siguiente análisis factorial se introdujeron el resto de los items que conforman la dimensión “control laboral”, es decir, aquellos reactivos diseñados para evaluar las variables de “supervisión controlante”, “falta de reconocimiento”, “inseguridad de estabilidad laboral” y “falta de recursos para el trabajo” que en total completaron 22 reactivos. Los resultados

mostraron 5 factores que explicaron el 58.29% de la varianza. El primero quedó conformado con los reactivos que se esperaban y formó el factor “estilo de supervisión controlador”, el segundo factor lo constituyó la variable “falta de reconocimiento y retroalimentación”; en el caso del tercer factor, se constituyó una nueva variable a la que se llamó “apoyo organizacional” que incorporó reactivos como: “siempre cuento con todas las herramientas que necesito para realizar mi trabajo”, “en mi trabajo toman en cuenta mi esfuerzo”, entre otros. El cuarto factor, lo conformó la variable “inseguridad de estabilidad laboral”, y el quinto la “falta de recursos para el trabajo”. (Tabla 19).

Tabla 19. Tabla de análisis factorial de otros ítems que complementan la dimensión “control laboral”

Otros reactivos que complementan la dimensión	Componentes				
	Supervisión controlante	Falta de reconocimiento	Apoyo organizacional	Inseguridad laboral	Falta de recursos
-Siento que en mi trabajo me quieren controlar demasiado	.779	9.829E-02	-3.381E-02	.191	-8.933E-02
- Creo que las reglas y normas que deben cumplir los empleados en la empresa son muy exageradas	.778	-.128	-.218	-.101	-6.705E-02
- En mi trabajo me presionan par hacer cosas que no me gustan o en las que no estoy de acuerdo	.755	6.073E-02	-6.639E-02	-6.631E-03	-8.260E-02
- En mi trabajo todo el tiempo me presionan y me vigilan de una manera desmedada	.742	6.869E-02	7.090E-02	.105	.103
- No me gusta la forma en que me piden las cosas en el trabajo	.724	.123	-.103	.198	.174
- Me gustaria sentirme mas libre en mi trabajo	.686	.178	-1.827E-02	.172	.223
- Pienso que en mi trabajo exageran con los castigos por ser impuntual	.615	4.184E-02	-1.873E-02	.189	.117
- Actualmente desconozco lo que piensan en la empresa respecto a mi desempeño	2.678E-02	.791	.121	6.950E-02	.112
- En mi trabajo hay falta de reconocimiento para el buen desempeño	1.574E-02	.685	-5.173E-02	-.154	.378
- Nunca se reconoce mi trabajo	.224	.667	-2.080E-02	.109	.115
- Nunca me han dicho si mi trabajo es "bueno" o "malo"	.109	.656	-9.318E-02	4.602E-02	2.365E-02
- En mi trabajo sicmpre se valoran mis logros y aportaciones	-.175	-.509	.470	-7.811E-02	.123
- Conozco la calificación que la empresa tiene de mi desempeño	.183	-.460	.262	5.537E-02	.269
- En mi trabajo existen los materiales y el material necesario para cumplir con las exigencias laborales	-9.240E-02	7.371E-02	.776	-7.173E-03	-.169
- Siempre cuento con todas las herramientas que necesito para realizar mi trabajo	-.120	6.291E-02	.744	-4.027E-02	-.128
- Frecuentemente en mi trabajo me dicen "como voy" y me dan retroalimentación	.199	-.368	.587	-.176	9.637E-02
- En mi trabajo toman en cuenta mi esfuerzo	-.172	-.417	.559	9.116E-02	4.410E-02
- ¿Qué tan estable es su empleo?	.176	-2.371E-02	-5.796E-02	.822	-2.148E-02
- Durante el último año ¿con qué frecuencia estuvo en situación de que le despidieran?	.178	5.229E-02	2.251E-02	.787	7.413E-02
- Algunas veces la gente pierde su empleo a pesar de querer conservarlo. ¿Qué tan probable es que usted pierda su empleo en los próximos dos años?	.117	5.131E-02	-5.705E-02	.715	-2.193E-02
- Actualmente no hay disponibles algunos de los recursos (sean de material o de equipo) que se necesitan para hacer mi trabajo	1.968E-02	9.921E-02	1.141E-02	.104	.831
- Las maquinas, herramientas o equipo con el que trabajo frecuentemente se descomponen o funcionan incorrectamente	.139	.111	-.195	-7.732E-02	.692
Valor Propio	4.94	2.90	1.80	1.74	1.42
Varianza Explicada	18.27	13.03	10.19	9.44	7.33

En un tercer paso, el análisis factorial correspondió a los ítems que conforman las variables de la dimensión “control personal”. Tal y como se esperaba, los análisis mostraron 3 factores que en conjunto explicaron 43.30% de la varianza, siendo el primero “locus de control interno”, el segundo “autoeficacia laboral” y el tercero, “control emocional”. (Tabla 20).

Tabla 20. Tabla de análisis factorial de los reactivos que conforman la dimensión “control personal”

Items de la dimensión “control personal”	Componentes		
	Locus de control	Autoeficacia laboral	Control emocional
- Obtener lo que quiero depende de mi esfuerzo y habilidades	.779	.232	.130
- Mis logros dependen de que tanto luche por ellos	.767	.151	5.987E-02
- Yo soy el responsable de lo bueno que me pase en mi trabajo	.732	.126	-5.727E-02
- Llegar a tener dinero suficiente depende de mi	.710	.175	9.231E-02
- El éxito en mi empleo depende de mi	.705	.197	-7.335E-02
- Mi vida esta determinada por mi	.678	.164	.196
- Me va bien en la vida porque me lo propongo	.672	.366	5.737E-02
- Conseguir mejores puestos de trabajo	.650	-8.419E-02	4.942E-02
- Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones y capacidades.	.584	.290	6.501E-02
- Mi futuro en mi trabajo depende de mis acciones	.416	4.710E-02	-.103
- En mi trabajo, trato de prevenir antes de que sucedan los problemas	.370	.326	.246
- Venga lo que venga en mi trabajo, por lo general soy capaz de manejarlo	.212	.809	-3.483E-02
- Tengo confianza en mis capacidades para manejar eficazmente cualquier acontecimiento en mi trabajo	.190	.783	1.297E-02
- Puedo reaccionar ante situaciones perturbadoras en mi trabajo, rápida y correctamente	8.172E-02	.770	9.482E-02
- Gracias a mis cualidades y experiencia puedo superar situaciones imprevistas en mi trabajo	.195	.762	-2.283E-02
- En este momento siento que puedo cumplir con la exigencias de mi trabajo	.296	.732	7.482E-03
- Si hubiese un problema técnico en mi trabajo, seria capaz de tomar las medidas convenientes para solucionarlo	.177	.617	.171
- Generalmente puedo controlar mis acciones	-4.980E-02	.411	.348
- Soluciono todos los problemas de mi trabajo con rapidez	.191	.383	1.135E-02
- Generalmente me enoja fácilmente	9.903E-02	6.828E-03	-.798
- Generalmente soy una persona exaltada	4.283E-02	-.137	-.738
- Generalmente tengo un humor colérico	-.146	1.240E-02	-.718
- Ante las interrupciones o problemas en mi trabajo, reacciono con serenidad	.141	.127	.543
- Cuando usted se enoja, ¿Lo nota la gente a su alrededor?	3.443E-02	5.180E-02	-.531
- Siempre controlo mis impulsos cuando estoy en un discusión	-.105	.285	.439
- ¿Se describe usted como una persona relajada?	.222	.107	.434
- Cuando va a un supermercado y la cola es grande ¿Puede esperar tranquilamente sin desesperarse?	-3.942E-02	.185	.414
- Cuando va en su automóvil o caminando y delante de usted va una persona mas lenta, ¿La rebasa inmediatamente y le hace ver su lentitud? (ya sea que le dice algo o le toca el claxon)	-.105	5.288E-02	-.379
- Realiza habitualmente dos cosas a la vez	.122	.112	-.363
- Come usted rápido, camina usted rápido	-9.031E-02	-2.780E-02	-.216
Valor propio	7.20	3.33	2.45
Varianza Explicada	17.17	14.58	11.54
Total: 43.30%			

Después se realizó un análisis factorial de los reactivos que componen las dimensiones del proceso tensionante o “efectos psicológicos”, es decir, de las escalas de Burnout y de Entusiasmo laboral. Los resultados confirmaron lo esperado al encontrar 4 factores que explicaron el 62.21% de la varianza, siendo el primero “dedicación”, el segundo “agotamiento emocional”, el tercero “despersonalización” y el cuarto, “energía”. (Tabla 21).

Tabla 21. Tabla de análisis factorial de los reactivos que conforman el proceso tensionante (escalas de Burnout y Entusiasmo laboral versión medular).

Items del “proceso tensionante” o “efectos psicológicos”	Componentes			
	Entusiasmo-dedicación	Agotamiento	Despersonalización	Energía
Mi trabajo me inspira	.772	-.107	-.156	.131
Mi trabajo está lleno de significado y propósito	.758	-9.597E-03	-5.006E-02	.245
Estoy orgulloso del trabajo que hago	.757	3.304E-02	-.180	.273
Estoy entusiasmado sobre mi trabajo	.693	-.159	-.250	.187
Mi trabajo es retador	.642	2.536E-02	9.547E-03	5.133E-02
En mi trabajo me siento lleno de energía	.405	-.373	.108	.368
Estoy consumido al final de un día de trabajo	-9.575E-03	.832	.148	-7.657E-02
Trabajar todo el día es una tensión para mí	-9.391E-02	.775	.190	-6.414E-02
Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo	4.200E-02	.731	.175	-.178
Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	.294	-.602	.457	.112
Estoy quemado por el trabajo	-6.010E-02	.570	.470	-.207
Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto	3.726E-02	.524	.450	-.425
Me he vuelto más cínico con respecto a la utilidad de mi trabajo	-3.280E-02	7.483E-02	.741	-6.000E-02
He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	-.329	.257	.724	3.146E-02
He perdido entusiasmo por mi trabajo	-.354	.234	.633	8.251E-02
Soy muy persistente en mi trabajo	.265	-6.480E-03	-2.096E-02	.811
Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo	.348	-.196	3.974E-02	.748
Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	.148	-.260	-5.700E-02	.696
Valor propio	5.70	2.54	1.87	1.07
Varianza Explicada	31.68	14.13	10.42	5.96
Total: 62.21%				

Con respecto al Cuestionario General de Salud, se realizó igualmente el análisis factorial de sus reactivos obteniendo y confirmando la estructura encontrada por Medina-Mora y cols. (1983) (Tabla 22). Cabe mencionar que sólo los reactivos “¿al despertar se siente cansado?” y “¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?” cargaron en diferentes factores a los esperados, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 22. Tabla de análisis factorial de los reactivos del Cuestionario General de Salud

Items del Cuestionario General de Salud	Componentes			
	Síntomas Somáticos	Disfunción Social	Depresión severa	Problemas de sueño
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	.776	.129	.246	.123
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	.762	.173	.175	.201
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	.757	.127	.116	9.560E-02
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	.755	.200	3.616E-02	.205
7. ¿Al despertar se siente cansado?	.746	.150	7.471E-02	.325
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	.679	.233	-1.196E-02	.166
10. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	.672	.343	.156	.156
8. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aun para comer?	.607	.290	-.116	.293
21. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	.197	.802	4.110E-02	.154
20. ¿Disfruta sus actividades diarias?	.164	.799	.122	.103
19. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	.115	.769	.161	-3.281E-02
17. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	.126	.766	1.129E-02	6.656E-02
16. ¿Ha sentido que por lo general hace las cosas bien?	.197	.694	-7.474E-02	.194
18. ¿Ha sentido que esta jugando con un papel útil en la vida?	.200	.571	.184	6.983E-02
15. ¿Se tarda mas en hacer las cosas?	.382	.489	.166	.236
22. ¿Ha perdido confianza y fe en si mismo?	.388	.448	.330	2.819E-02
27. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	-2.192E-02	9.188E-02	.928	9.806E-02
26. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	-2.658E-02	-4.086E-02	.816	.175
25. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	7.495E-02	7.010E-02	.784	7.732E-02
23. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	.203	.257	.769	3.825E-02
24. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	.155	.101	.702	-3.859E-02
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	.138	7.609E-02	.658	.160
14. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	.182	.130	.200	.814
12. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	.292	.163	7.656E-02	.782
11. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	.323	.114	.130	.766
6. ¿Se despierte demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	.392	3.536E-02	-.116	.675
13. ¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables	-9.615E-03	.115	.105	.668
9. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	.453	5.854E-02	.230	.613
	Valor Propio	9.59	3.43	2.67
	Varianza Explicada	34.25	12.25	9.54
	Total: 62.26%			6.21

Finalmente, en un siguiente paso, con fines de verificar la viabilidad en la estructura teórica del modelo, se realizaron análisis factoriales de segundo orden. Los resultados mostraron exactamente lo esperado, pues al introducir en un primer análisis las variables del modelo, se obtuvieron dos grandes factores que explicaron el 36% de la varianza. El primero de ellos, correspondió a la dimensión “control laboral” que incorporó a las variables: “estilo de supervisión controlante”, “apoyo organizacional”, “falta de reconocimiento”, “apoyo social laboral”, “libertad de decisión”, “falta de recursos” e “inseguridad por estabilidad laboral”. Sólo la variable “demandas psicológicas” no cargó significativamente en dicho análisis. El segundo factor, correspondió a la dimensión de “Control Personal” e incluyó las variables de “autoeficacia laboral”, “locus de control” y “control emocional”, aunque este último con una carga marginal (Tabla 23).

Tabla 23. Tabla de análisis factorial de 2º orden de las variables que conforman las dimensiones “control personal” y “control laboral”.

Variables predictoras del Estudio	Componentes	
	Control Laboral	Control Personal
Supervisión controlante	-.656	.206
Apoyo Organizacional	.642	.169
Falta de Reconocimiento	-.593	-1.494E-02
Apoyo social laboral	.542	.215
Libertad de decision	.496	.399
Falta de recursos	-.475	.147
Inseguridad Laboral	-.448	-.273
Autoeficacia laboral	-.106	.820
Locus de control	-2.921E-02	.758
Control Emocional	.320	.384
Demandas psicológicas (carga de trabajo)	1.728E-02	.131
Valor propio	2.45	1.60
Varianza Explicada	22.30	14.59
Total: 36.89%		

El análisis factorial de 2º orden de las variables criterio, también reflejó lo esperado, pues se presentaron claramente los tres factores esperados: salud percibida en un primer factor, entusiasmo laboral en el segundo y Burnout en el tercero, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 24. Análisis factorial de 2º orden de las variables de “efectos psicológicos” y de salud

Variables Criterio del Estudio	Componentes		
	Salud general e indicadores	Entusiasmo laboral e indicadores	Burnout e indicadores
Percepción General de Salud (CGS)	.948	-9.948E-02	.145
Problemas de Sueño	.793	5.696E-03	.182
Sintomas somáticos	.771	-.269	.243
Disfunción Social	.708	-.232	.127
Depresión	.674	2.268E-02	-6.528E-02
Sintomas Cardiovasculares	.614	-.122	.196
Engagement	-.143	.969	-.186
Dedicación	-1.239E-02	.853	-.168
Energía	-.231	.818	-.152
Burnout	.247	-.202	.937
Despersonalización	-1.083E-03	-.146	.815
Agotamiento	.329	-.190	.802
Valor propio	5.16	2.13	1.43
Varianza Explicada	43.01	17.78	11.93
Total: 72.72%			

En cuanto al objetivo de verificar la confiabilidad, y de forma similar al estudio previo (Inciso 2.4), se calculó el alfa de Cronbach en la misma muestra ocasionando cierta redundancia, sin embargo, se optó por respetar la regla marginal de 5 a 1 mencionada anteriormente (ver pag.86), pues el tamaño de la muestra impidió obrar de otra manera.

De este modo se encontró que la mayoría de las escalas con que se midió cada variable fueron confiables, pues las alfas de Cronbach estuvieron en un rango de .60 a .92, siendo la más baja sólo la falta de recursos para el trabajo (.54), explicado por el número de reactivos que la componen (Tabla 25).

Tabla 25. Alphas Cronbach calculados para cada una de las variables del estudio.

Dimensión del modelo propuesto	Variable	Número de reactivos	Valor Alpha Cronbach
Control Personal	Locus de Control	10	.87
	Autoeficacia	7	.84
	Control emocional	8	.75
Control Laboral	Libertad de Decisión	9	.69
	Demandas Psicológicas	5	.60
	Apoyo Social	8	.76
	Falta de Reconocimiento	6	.75
	Apoyo Organizacional	4	.71
	Inseguridad de estabilidad laboral	3	.62
	Falta de Recursos	2	.54
	Supervisión Controlante	7	.86
Entusiasmo Laboral	Dedicación	5	.82
	Energía	4	.75
Burnout o hastío laboral	Despersonalización	3	.74
	Agotamiento	6	.84
Cuestionario General de Salud	Síntomas Somáticos	7	.89
	Problemas de Sueño	7	.88
	Disfunción Social	7	.86
	Depresión	7	.84
Síntomas Cardiovasculares		11	.83

Después de confirmar la validez y confiabilidad de la propuesta y bajo la lógica del siguiente objetivo, se calcularon las correlaciones (Pearson) entre las dimensiones generales de Control Personal y Control Laboral y los indicadores de salud (Tabla 26).

Los resultados mostraron que ambas dimensiones obtuvieron en general las correlaciones esperadas, aunque en el caso de la tensión arterial, sólo la dimensión “laboral” obtuvo correlaciones significativas ($r = .23$ sistólica y $r = .20$ diastólica). Es interesante observar también, que en el caso de la salud percibida, sólo la dimensión de control personal presentó una correlación significativa ($r = .18$), además el coeficiente de correlación de ésta última con la variable de entusiasmo laboral fue considerablemente alta ($r = .61$).

Tabla 26. Coeficientes de correlación entre las dimensiones Control Personal y Laboral con los indicadores de salud (n=179)

	Min- Max	Media	Desv. Est	Media /#ítems	1	2	3	4	5	6	7
1.Control Laboral	118-237	182.17	21.77	4.14	1						
2.Control Personal	58-100	78.94	8.62	3.15	.175*	1					
3.Entusiasmo laboral	19-40	32.02	4.33	3.55	.345**	.619**	1				
4.Burnout	8-29	13.88	4.35	1.54	-.286**	-.276**	-.408**	1			
5.Síntomas cardiovasculares	11-36	16.9	5.85	1.53	-.225**	-.167*	-.230**	.339**	1		
6.Problemas Salud Percibida	21-74	29.70	7.43	1.06	-.143	-.185*	-.263**	.384**	.486**	1	
7.Tensión arterial Sistólica ⁿ	94.50- 163.75	112.9	13.41	-	-.231*	-.132	-.134	-.035	-.114	.018	1
8.Tensión arterial Diastólica ⁿ	60.25- 106.25	76.5	8.85	-	-.207*	-.139	-.138	.120	-.122	-.003	.797**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 (Sig. 1-cola).

ⁿ (n=109)

Al igual que análisis anteriores (pag.80), con fines de analizar comparativamente los valores entre las distintas escalas y dimensiones, se dividió el valor de la media que obtuvo la muestra en cada escala (variable) entre el número de ítems que se utilizaron para su evaluación. Así se pudo observar que los niveles de control laboral, personal y el entusiasmo laboral se mostraron más altos en la población evaluada, mientras las variables de burnout, síntomas cardiovasculares y problemas de salud percibida presentaron niveles relativamente más bajos entre los participantes (Ver Tabla 26).

En lo que respecta a la tensión arterial (TA), las medias grupales demuestran que el grupo evaluado se encuentra en un rango óptimo según la norma oficial mexicana (NOM) (Tabla 17), no obstante, es preciso mencionar que la metodología de evaluación de TA utilizada en este estudio permitió identificar a 8 personas que en las diferentes mediciones tuvieron registros mayores de 140 para sistólica y/o 90 para diastólica, lo que dentro de la NOM significa que son sujetos hipertensos. Se recomendó su posterior visita al médico, pues todos ellos ignoraban este hecho.

De la misma forma, se compararon las escalas de las variables o subdimensiones de los constructos “personal” y “laboral” dividiendo su promedio entre los ítems de cada sub-escala. Se observó un comportamiento similar al anterior, pues las variables que se pueden considerar como “negativas” (inseguridad, falta de reconocimiento, supervisión controlante), tuvieron pesos más

bajos en comparación con variables de carácter más positivo (libertad de decisión, locus de control, autoeficacia). (Tabla 27).

Además, se buscó comprobar las relaciones entre cada una de estas subdimensiones con respecto a los diferentes indicadores de salud; para ello se calcularon nuevamente los coeficientes de correlación bivariadas (Pearson) para cada variable del estudio. Los resultados mostraron que la dirección de las correlaciones entre todas las variables fue la esperada, a excepción de demandas psicológicas, la cual correlacionó positivamente con autoeficacia.

En la siguiente tabla (27) se muestran las medias, desviaciones estándar y los valores de las correlaciones obtenidas de dichas variables. Es de destacar que en el caso de la TA (sistólica y diastólica) sólo las variables de libertad de decisión y de inseguridad por la inestabilidad laboral (en este caso sistólica) estuvieron relacionadas de forma significativa.

Tabla 27. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las subdimensiones (indicadores) de control laboral y personal y variables de salud evaluadas en el estudio.

Variable	Min - Máx	Media	Desv.Est.	Medida# ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
L.T Arterial Sistólica	94.50- 163.75	112.90	13.41	-	1																		
2. T Arterial Diastólica	60.25- 106.25	76.45	8.85	-	.797**	1																	
3. Enthusiasmo laboral	19-40	32.02	4.34	3.55		1																	
4. Burnout o hastío laboral	8-29	13.88	4.35	1.54			1																
5. Síntomas Cardiovasculares	11-36	16.85	5.58	1.53				1															
6. Prob. Salud Percibida	21-74	29.70	7.43	1.06					.486**	1													
7. Libertad de decisión	15-36	28.65	4.21	3.18																			
8. Demandas psicológicas	5-20	12.31	2.86	2.46																			
9. Apoyo social laboral	11-32	21.82	4.22	2.72																			
10. Supervisión controlante	7-28	13.81	4.41	1.97																			
11. Inseguridad laboral	2-11	4.89	1.36	1.63																			
12. Falta de reconocimiento	4-16	10.25	2.97	1.70																			
13. Apoyo organizacional	4-19	10.58	3.0	2.64																			
14. Falta recursos	2-8	5.51	1.71	2.75																			
15. Locus de control	10-40	33.56	5.10	3.35																			
16. Autoeficacia laboral	14-28	22.86	3.0	3.26																			
17. Control emocional	11-32	22.50	3.86	2.81																			

*Correlación significativa a .05

**Correlación significativa a .01

Los espacios en blanco indican que no hubo significancia estadística ($p = \text{ó} > .06$)

Por otro lado, considerando una posible influencia de las variables sociodemográficas en los puntajes de salud percibida, entusiasmo y burnout, se analizó esta posibilidad y los resultados mostraron que no existió asociación con la institución donde se labora ($p=.26,.55,.11$ respectivamente), la ocupación ($p=.30,.89.43$ respectivamente), el estado civil ($p=.31,.22.60$), el sexo ($p=.38,.23.30$), la edad ($p=.50,.31.08$) o la antigüedad en el puesto ($p=.29,.56$ y $.94$ respectivamente).

En el caso de la tensión arterial y los síntomas cardiovasculares, fue necesario también verificar si existía alguna asociación con las variables sociodemográficas y los factores tradicionales de riesgo (ejercicio, consumo de alcohol, de tabaco, etc). Los resultados mostraron que la antigüedad en el puesto, la frecuencia cardiaca, el índice de masa corporal, la edad y el consumo de alcohol fueron variables asociadas (Tabla 28), y por tanto, necesarias de su consideración en posteriores análisis de regresión con objeto de identificar su peso predictivo en comparación a las variables psicosociales que se examinan después (Tabla 30 y 31).

Tabla 28. Valores de significancia de la asociación entre variables sociodemográficas y de riesgo e indicadores cardiovasculares.

	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	TA SISTÓLICA	TA DIASTÓLICA
Antigüedad en el puesto	P=.524	P=.041	P=.311
Frecuencia cardiaca	P=.311	P=.071	P=.003
Índice de Masa Corporal	P = .047	P=.051	P=.547
Edad	P=.312	P=.001	P=.006
Consumo de cigarrillos	P=.280	P=.343	P=.879
Consumo de alcohol	P=.110	P=.032	P=.473
Dieta	P=.718	P=.839	P=.356
Ejercicio	P=.089	P=.889	P=.655
Antecedentes de ECV*	P=.716	P=.875	P=.113
Medicamentos**	P=.473	P=.975	P=.873

* Variable con distintos valores nominales. Se utilizó ANOVA.

** Variable Nominal con 2 valores (afectan o no afectan en el indicador de salud). Se utilizó Ji^2

Como un siguiente paso, para identificar los mejores predictores psicosociales de cada variable de salud, se realizaron varios análisis de regresión con el método paso por paso (stepwise). A diferencia de estudios previos, se empleo aquí este método debido a que en esta ocasión se evaluaron diversas variables previamente consideradas, pero en una misma muestra. Antes de probaron distintas variables en distintas muestras, lo que implicaba el desconocimiento de la fuerza de predicción de una variable en contraste con otra. De este modo, se buscó identificar los

predictores de mayor peso en los distintos indicadores de salud. Primeramente, fue el caso de los indicadores de tensión (burnout y entusiasmo), tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 29. Resultados de los análisis de regresión de los indicadores psicológicos de tensión con variables correlacionadas (N=179).

<i>Variables de Criterio</i>	<i>Variables únicas que entraron utilizando el método Stepwise¹</i>	<i>B</i>	<i>F</i>	<i>Cambio R²</i>
Burnout	Supervisión controlante	.348***	26.22***	.12***
	Autoeficacia	-.270***	24.35***	.09***
	Control emocional	-.202***	20.96***	.05***
	Demandas Psicológicas	.138*	16.96***	.01*
Entusiasmo Laboral	Locus de Control	.315***	63.54***	.27***
	Autoeficacia	.377***	46.49***	.08***
	Demandas psicológicas	-.244***	48.09***	.10***
	Apoyo Organizacional	.213***	42.95***	.04***
	Control Emocional	.119*	35.86***	.01*

¹Variables en la regresión: Libertad de decisión, demandas psicológicas, apoyo social, inseguridad laboral, supervisión controlante, apoyo organizacional, falta de reconocimiento, locus de control, autoeficacia y control em.
*p<.05, **p<.01, ***p<.001 (Sig. 1-extremo).

Como se puede observar en la tabla, el mejor predictor para burnout fue la variable de estilo de supervisión controlante ($\beta=.348$), y para entusiasmo laboral fue locus de control ($\beta=.315$). En ambas variables, las varianzas explicadas fueron aceptables, siendo de 25% para Burnout y hasta de 50% para entusiasmo. Por otro lado, a pesar de que los predictores difirieron en cada caso, de manera consistente se repiten algunos predictores en ambas variables, tales como la autoeficacia, demandas psicológicas y control emocional.

Para el caso de las demás variables de salud, los análisis de regresión mostraron de forma consistente a la variable inseguridad de estabilidad laboral como el mejor predictor, tanto para los síntomas cardiovasculares como para los problemas de salud percibida, en este último caso, se buscó identificar también el predictor para cada subescala del cuestionario general de salud, encontrándose también a la inseguridad como la variable con mayor asociación en cada una de éstas (Tabla 30).

Cabe mencionar que otras variables también entraron en la regresión relacionándose significativamente con los resultados de salud además de la inseguridad laboral, tales como la falta de reconocimiento, la autoeficacia y el control emocional:

Tabla 30. Resultados de los análisis de regresión de las escalas de síntomas cardiovasculares y salud percibida con variables correlacionadas (N=179).

<i>Variables de Salud</i>	<i>Variables únicas que entraron utilizando el método Stepwise¹</i>	<i>B</i>	<i>F</i>	<i>Cambio R²</i>
Síntomas Cardiovasculares	Inseguridad de estabilidad laboral	.207**	13.52***	.07***
	Falta de Reconocimiento	.213**	11.19***	.04**
	Autoeficacia	-.172**	9.58***	.03**
Pr. Salud Percibida (Puntaje total CGS)	Inseguridad de estabilidad laboral	.296***	22.85***	.11***
	Control emocional	-.197**	15.71***	.04**
<i>Por subescala:</i> Síntomas somáticos	Inseguridad de estabilidad laboral	.284***	26.43***	.13***
	Falta de Recursos	.188**	23.72***	.08***
	Control emocional	-.165**	19.43***	.04**
	Falta de Reconocimiento	.146*	16.38***	.02**
	Demandas psicológicas	.136*	14.15***	.02*
Disfunción social	Inseguridad de estabilidad laboral	.238**	14.20***	.07***
	Autoeficacia	-.168**	9.90***	.03**
Depresión	Inseguridad de estabilidad laboral	.308***	14.80***	.08***
	Libertad de decisión	-.184**	9.96***	.02**
Problemas de Sueño	Falta de reconocimiento	.165*	8.56***	.02**
	Control emocional	-.177**	11.98***	.06***
	Supervisión Controlante	.140*	10.34***	.04**
	Inseguridad de estabilidad laboral	.165**	8.63***	.02*
	Falta de Recursos	.145**	7.58***	.02*

¹ Variables en la regresión: Índice de masa corporal, libertad de decisión, demandas psicológicas, apoyo social, inseguridad laboral, supervisión controlante, apoyo organizacional, falta de recursos, falta de reconocimiento, locus de control, autoeficacia y control emocional.

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 (Sig. 1-extremo)

Finalmente, en el caso de la variable de tensión arterial, se buscó identificar también los mejores predictores. Considerando los factores tradicionales de riesgo tales como: la edad, el índice de masa corporal, antecedentes de enfermedad cardiovascular u otros padecimientos, la actividad física, el consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, los hábitos alimenticios, y el consumo de medicamentos; los resultados indicaron que de las variables psicosociales evaluadas, sólo la

variable “libertad de decisión” fue un predictor confiable tanto para tensión sistólica ($\beta=-.25$), como para diastólica ($\beta=-.26$). De las otras variables correlacionadas, también aparecieron en la regresión las variables de edad y frecuencia cardiaca. Interesante notar que se encontró un efecto de supresión en la relación de la variable psicosocial de inseguridad laboral con la tensión arterial sistólica (originalmente correlacionadas con coef. Pearson), pues al entrar libertad de decisión en la regresión, la inseguridad desaparece en este análisis como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 31. Resultados de los análisis de regresión de la Tensión Sistólica y Diastólica con variables correlacionadas (N=109).

<i>VARIABLES DE SALUD</i>	<i>VARIABLES ÚNICAS QUE ENTRARON UTILIZANDO EL MÉTODO STEPWISE¹</i>	<i>B</i>	<i>F</i>	<i>CAMBIO R²</i>
T.A Sistólica	Edad	.293***	12.43***	.10***
	Libertad de decisión	-.253**	10.62***	.06**
T.A Diastólica	Libertad de decisión	-.266**	11.22***	.09***
	Frecuencia cardiaca	.253**	10.31***	.07**
	Edad	.221**	9.35***	.05**

¹VARIABLES EN LA REGRESIÓN: Edad, Antigüedad, Consumo de alcohol, Frecuencia Cardiaca, Inseguridad laboral y Libertad de decisión.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (Sig. 1-extremo)

Con los resultados hasta aquí obtenidos, se procedió a cumplir otro objetivo de este estudio, el cual consistió en la elaboración de una versión “medular” del modelo CPL. Para ello, simplemente se procedió a seleccionar los mejores predictores psicosociales (dentro de la dimensión “personal” y “laboral”) que se relacionaron con los distintos indicadores de salud. Los mejores predictores se seleccionaron bajo el criterio de frecuencia de aparición en los análisis de regresión realizados (sin considerar las sub-escalas del cuestionario general de salud). De esta forma, para la dimensión de “control personal” las variables de autoeficacia y control emocional se observaron como los predictores que aparecieron con mayor frecuencia (Tabla 28 y 29). En el caso de la dimensión “control laboral”, las variables con mayor frecuencia de aparición en las regresiones, fueron inseguridad por estabilidad laboral y demandas psicológicas (Tabla 28 y 29). Sin embargo, aunque la variable de libertad de decisión no es consistente en su predicción de salud percibida, si lo es en el caso de la tensión arterial y por tanto, su consideración complementaria junto con otras variables puede fortalecer la predicción de resultados de salud a nivel subjetivo (percibido) y objetivo (indicadores fisiológicos tales como TA).

De esta forma, los componentes centrales seleccionados del modelo de control personal/laboral, fueron la autoeficacia y el control emocional (dimensión personal) y las demandas psicológicas, libertad de decisión e inseguridad de estabilidad laboral (dimensión laboral), y con estas cinco variables, se propuso así una versión más reducida y parsimoniosa del modelo propuesto, a la que se llamó “versión medular”.

Atendiendo al penúltimo objetivo de este estudio, se estimó a continuación un modelo estructural utilizando las variables medulares del modelo CPL. La técnica de modelamiento estructural es un método que integra elementos de diversos análisis multivariantes como la regresión lineal y el análisis factorial y tiene la capacidad, a diferencia de éstas, de acomodar relaciones de dependencia cruzadas, múltiples y complejas en un único modelo, es decir, examina simultáneamente varias relaciones de dependencia (Kline, 1998). Con respecto a la relativa complejidad de las afectaciones y relaciones en el modelo CPL propuesto (Inciso 3.3, fig.11) se observó como una técnica de alto provecho para este caso. Se utilizó la versión medular a nivel de segundo orden (los indicadores eran subescalas no reactivos --ver pags. 117-118), con el objeto de tener parámetros y observaciones que permitieran dilucidar una estructura más parsimoniosa, considerando además que la muestra del estudio no fue muy grande, pues autores como Hair, et.al., (1999) sugieren un requisito de 10 encuestados por parámetro estimado. El propósito en este caso es, como se mencionó anteriormente, confirmar las principales hipótesis del modelo CPL en cuanto a las afectaciones específicas entre las variables criterio y predictores de acuerdo a su propuesta teórico-conceptual.

De esta forma, se plantearon inicialmente como hipótesis centrales y direcciones básicas en el modelo las siguientes:

- 1) El control personal es un constructo latente cuyos indicadores son la autoeficacia laboral y el control emocional.
- 2) El control laboral es un constructo latente cuyos indicadores son las demandas del trabajo, libertad de decisión y la inseguridad de estabilidad en el trabajo
- 3) Existe una correlación entre las dimensiones de control personal y control laboral.
- 4) Las dimensiones de control laboral y control personal afectan directamente al proceso tensionante (entusiasmo y burnout).
- 5) El estado de hastío laboral o burnout afecta la sensación de entusiasmo en el trabajo.

- 6) El burnout y el entusiasmo laboral son mediadores de las afectaciones del control laboral y personal en la salud.
- 7) El burnout y el entusiasmo laboral afectan directamente a la salud.

Como indicador de salud se incluyó a la variable “problemas de salud percibida” de acuerdo al puntaje total obtenido en el cuestionario general de salud citado en la sección de instrumentos.

Dentro del modelo se introdujo también la variable de síntomas cardiovasculares, su hipótesis fue que afectaba a los problemas de salud percibida, y ésta a su vez, era afectada también por la tensión crónica negativa (burnout).

En lo que respecta a la tensión arterial, dado que únicamente en 109 sujetos fue posible su medición, se optó por realizar un primer modelo con los 179 sujetos sin la variable de tensión arterial, y después un segundo modelo con los 109 participantes, incluyendo todas las variables bajo la lógica de las hipótesis centrales del modelo.

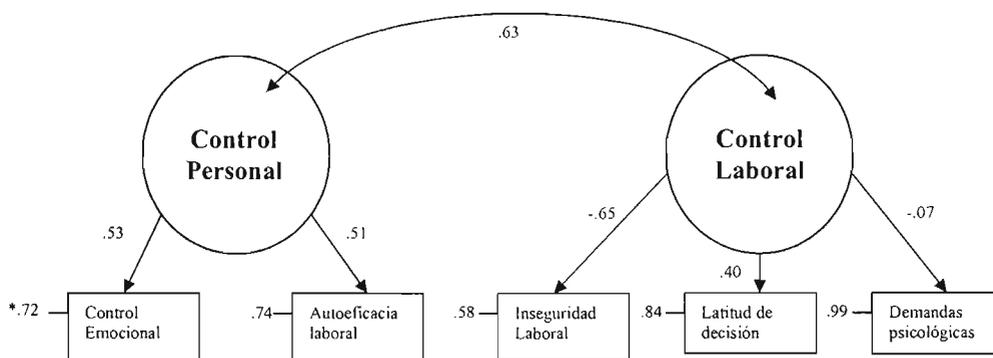
Por medio del programa “AMOS” (versión 4) y el método de máxima verisimilitud se generaron los modelos que se describen a continuación.

Como lo recomiendan Anderson y Gerbing (1988):

- Primero se calculó el modelo de medida o análisis factorial confirmatorio, es decir, si los indicadores representan adecuadamente las variables latentes (constructos “laboral” y “personal”).
- Después se generaron los modelos estructurales.

A continuación se muestran los resultados del primer modelo:

Fig 14. Análisis factorial confirmatorio (2° Orden) de las dimensiones personal y laboral con las variables medulares del modelo CPL como indicadores (N=179).



*El dato ligado al recuadro señala la cantidad de varianza no explicada.

Indices	X ²	G	A	GF	AGF	NF	NNF	CF	RF	IFI	SRM	RMSE
		I	A	I	I	I	I	I	I	I	R	A
Modelo CPL	3.65	4	.45	.99	.97	.37	1.00	.40	.80	1.00	.06	.00
			5							0		

Los pesos de cada indicador respecto a su constructo fueron aceptables y significativos, con excepción de la variable demandas psicológicas, la cual tuvo un peso muy bajo (-.07) (fig. 14). No obstante, los índices de ajuste del modelo en general son satisfactorios como se muestra a continuación:

Índices de Ajuste

Existen una amplia variedad de índices de ajuste para valorar un modelo estructural, los cuales varían dependiendo el programa utilizado. A continuación se describen aquellos proporcionados por el programa utilizado en este análisis, considerando los valores recomendados por Hair, et.al. (1999), e incluyendo los sugeridos por Vandenberg y Lance, (2000):

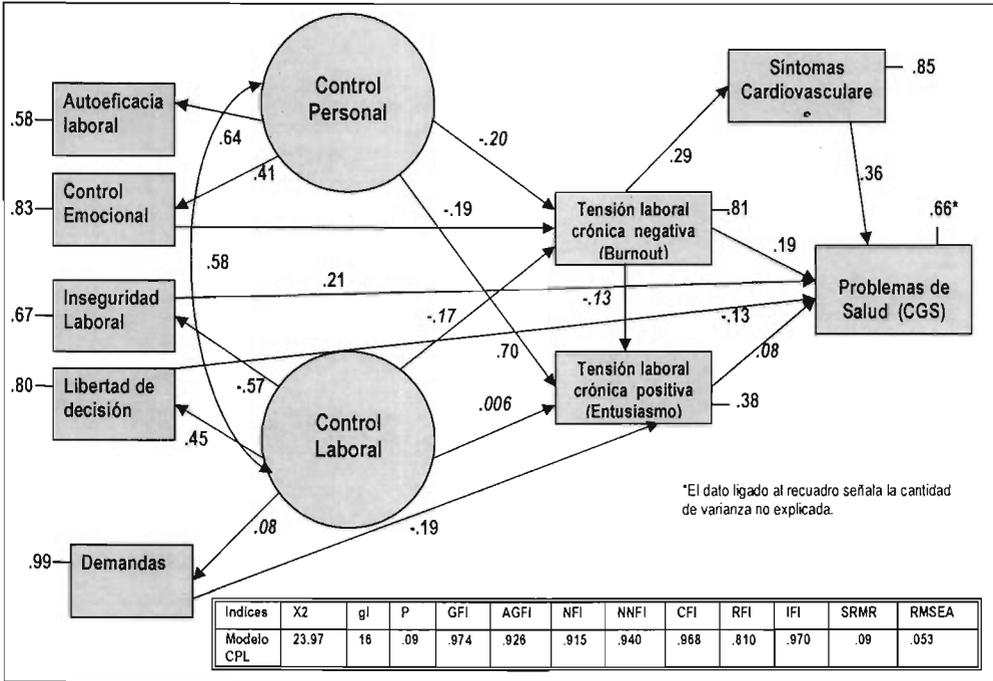
- La Ji-cuadrada (X²) calculada tuvo un valor de 3.65 no significativo (p=.45), lo que indica que el modelo se ajusta bien a las varianzas y covarianzas observadas.
- El índice de bondad de ajuste (GFI), representa el grado de ajuste conjunto (los residuos al cuadrado de la predicción comparado con los datos efectivos), donde valores cercanos a

1,0 indican mejor ajuste, en este caso se obtuvo un valor de .99, lo que implica un buen ajuste.

- El índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) es una extensión del GFI, ajustado por el radio entre los grados de libertad del modelo propuesto y los grados de libertad del modelo nulo. Un nivel recomendado es un valor igual o mayor a .90. En el modelo estimado se puede observar un valor de .97, cumpliendo así con dicha recomendación.
- El índice de ajuste normado (NFI), también es una comparación relativa del modelo propuesto al modelo nulo, y se recomienda un valor de .90 o mayor. En el modelo estimado se pudo observar un valor de marginal de .37.
- El índice de ajuste no normado (NNFI) o el índice Tucker-Lewis (ITL), combina una medida de parsimonia en un índice comparativo entre los modelos nulos y propuestos. Un valor recomendado para este índice es de .90 o superior. El modelo estimado presentó un índice de 1.00.
- El índice de ajuste comparado (CFI), el índice de ajuste relativo (RFI) y el índice de ajuste incremental (IFI), representan en su conjunto medidas de ajuste incremental y hacen una comparación también entre el modelo estimado y el modelo nulo. Los valores deben ser entre 0 y 1, indicando los valores elevados altos niveles de calidad de ajuste. En el modelo estimado se puede observar que los valores observados cumplen este requisito.
- El índice de residuo cuadrático medio (SRMR), es la raíz cuadrada de la medida de los residuos al cuadrado, una medida de los residuos entre las matrices de entrada estimadas y observadas, el valor recomendado debe ser menor a .10. En el modelo estimado se observó un valor de .06.
- El índice de error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), es una medida que intenta corregir la tendencia del estadístico chi-cuadrado para rechazar cualquier modelo especificado con una muestra suficientemente grande, es la discrepancia por grado de libertad, los valores menores a 1.00 se consideran aceptables. En el modelo estimado se puede observar un valor de .053 en este índice.

En virtud de que la mayoría de los índices tuvo ajustes aceptables, se optó conservar la variable demanda psicológica para subsecuentes análisis. Después de estimar el modelo de medida, se estimó el modelo estructural de segundo orden tratando de probar las hipótesis centrales anteriormente planteadas, obteniendo los siguientes resultados:

Fig. 15. Relaciones Estructurales, Parámetros Estimados e Indices de Ajuste del Modelo CPL (Medular) con Indicadores de Salud Percibida (N=179).



Efectos directos, indirectos y totales

En cuanto a los efectos directos se encontró que el constructo de control personal tuvo los efectos más altos respecto a su predicción de las variables del proceso tensionante (burnout -.20 y entusiasmo .70), mientras que para los síntomas cardiovasculares el burnout tuvo el peso más alto (.29) y para los problemas de salud fue precisamente los síntomas cardiovasculares (.36), como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 32. Efectos directos estandarizados.

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS								
	Control laboral	Control personal	Control emocional	Demandas Psicológicas	Burnout	Inseguridad	Sintomas CV	Entusiasmo	Lib. De decisión
Burnout	-0.17	-0.20	-0.19						
Entusiasmo	0.01	0.71		-0.19	-0.13				
Sintomas CV					0.29	0.20			
Prob. Salud					0.19	0.21	0.36	-0.09	-0.14

Respecto a los efectos indirectos, se encontró igualmente el mayor peso del control personal sobre las variables de burnout y entusiasmo, no obstante los síntomas cardiovasculares fueron predichos mayormente por el control laboral. Interesante resultó que para la variable de problemas de salud, los pesos de predicción de ambas dimensiones de control fueron similares (-.15).

Tabla 33. Efectos indirectos estandarizados

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS					
	Control laboral	Control personal	Control emocional	Demandas Psicológicas	Burnout	Inseguridad
Burnout	0.00	-0.08				
Entusiasmo	0.01	0.04	0.03			
Sintomas CV	-0.16	-0.08	-0.06			
Prob. Salud	-0.15	-0.15	-0.06	0.02	0.12	0.07

A continuación se desglosan los efectos totales estimados en el modelo:

Tabla 34. Efectos totales estandarizados

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS									
	Control laboral	Control personal	Control emocional	Demandas psicológicas	Burnout	Inseguridad	Sintomas CV	Entusiasmo	Libertad decisión	
Control emocional		0.41								
Demandas psicológicas	0.08									
Burnout	-0.17	-0.28	-0.19							
Inseguridad laboral	-0.58									
Sintomas Cardiovasc.	-0.16	-0.08	-0.06		0.29	0.20				
Entusiasmo	0.01	0.74	0.03	-0.19	-0.13					
Libertad de decisión	0.45									
Problemas de salud	-0.15	-0.15	-0.06	0.02	0.31	0.28	0.36	-0.09	-0.14	
Autoeficacia laboral		0.65								

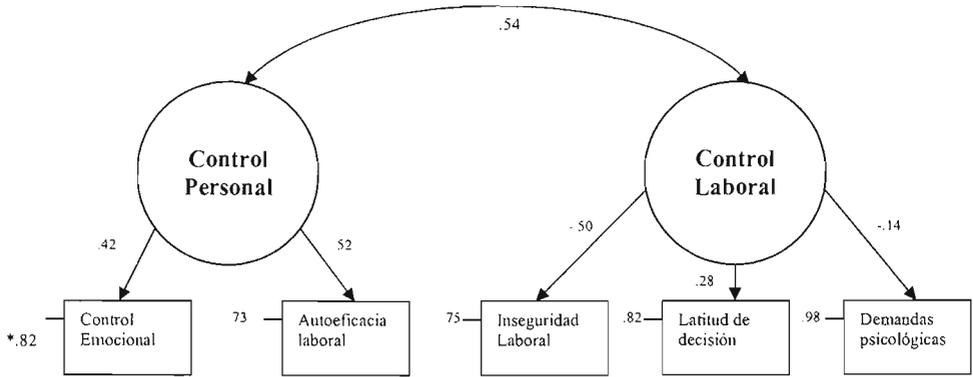
Como se puede observar (fig. 15), los índices mostraron un ajuste aceptable del modelo, el cual a su vez, permitió confirmar en general las hipótesis centrales y las direcciones sugeridas entre los constructos propuestos. Destacan entre los hallazgos, al igual que en los análisis anteriores (Tabla 26), que la dimensión de control personal tiene mayor peso en el proceso tensionante en

comparación con el control laboral, particularmente se observó un peso importante en la predicción de la tensión laboral positiva, es decir, en la variable de entusiasmo laboral (.70). Vale la pena señalar que precisamente la variable de entusiasmo laboral fue la que obtuvo la mayor cantidad de varianza explicada (62%), similar a lo reportado anteriormente (Tabla 29). También destaca nuevamente una pobre carga de la variable demandas psicológicas en la dimensión laboral. En lo que respecta a los problemas generales de salud percibida, se observa un papel relevante del burnout, los síntomas cardiovasculares y, particularmente, de los efectos directos de las variables de libertad de decisión e inseguridad de estabilidad laboral, que en conjunto dan un total del 34% de varianza explicada de esta variable.

La validez del modelo esta sustentada por los siguientes resultados: a) la proporción de la varianza explicada de las variables criterio fueron bastante aceptables (entre, 15% y 62%) (diferencia de varianza no explicada que aparece ligado en el recuadro, ver fig. 15); y b) prácticamente todos los efectos directos y totales de todas las variables fueron significativos y c) los índices de ajuste se muestran dentro de los rangos aceptables.

Finalmente, atendiendo la necesidad de analizar un modelo estructural incluyendo la tensión arterial, se procedió a calcular dicho modelo en los 109 sujetos en los que fue posible registrar esta variable. De igual forma al procedimiento anterior, primero se estimó el modelo de medida y después el estructural. Los resultados se observan en las siguientes figuras:

Fig 16. Análisis factorial confirmatorio (2° orden) de las dimensiones personal y laboral con las variables medulares del modelo CPL como indicadores (N=109).

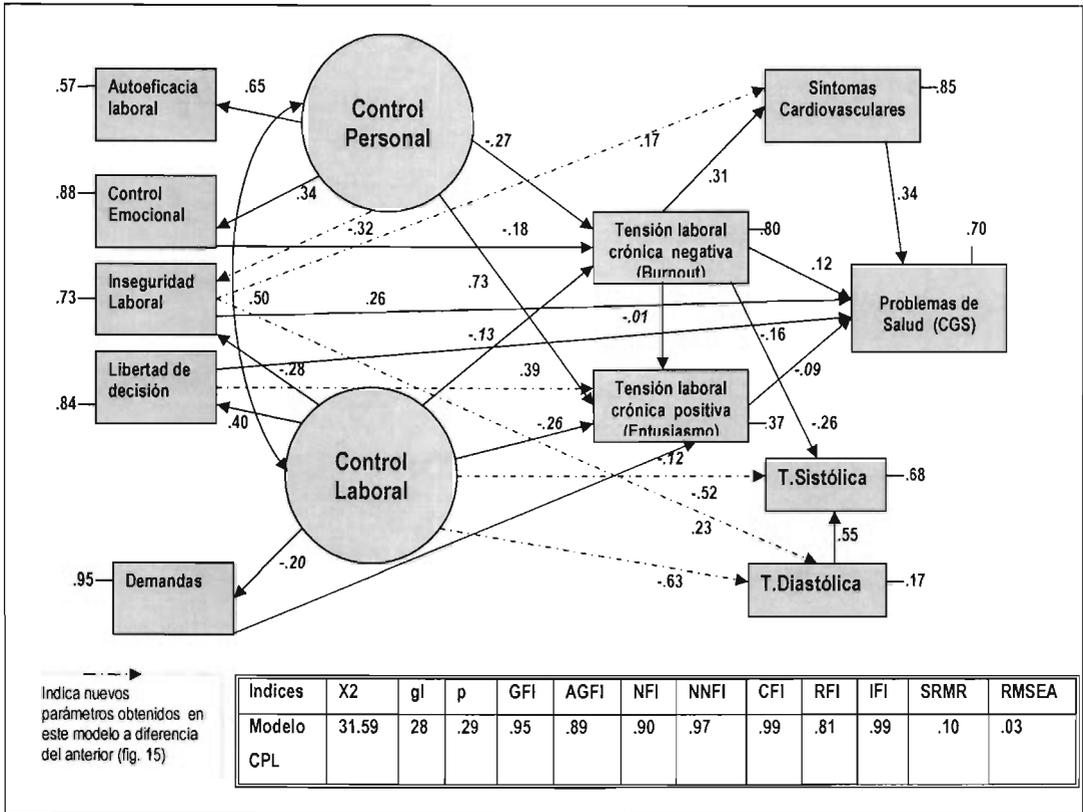


*El dato ligado al recuadro señala la cantidad de varianza no explicada.

Indices	X ²	G1	α	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI	RFI	IFI	SRMR	RMSEA
Modelo	2.87	4	.58	.99	.96	.89	1.18	1.0	.72	1.05	.10	.00
CPL												

El modelo obtenido, permitió confirmar la pertinencia de los indicadores a cada uno de los constructos especificados, de manera similar a lo encontrado en la muestra total de 179 sujetos (fig. 14), pues los índices de ajuste son satisfactorios. De este modo, se procedió a estimar el modelo estructural añadiendo las trayectorias pertinentes, tal y como se muestra a continuación:

Fig. 17. Relaciones Estructurales, Parámetros Estimados e Índices de Ajuste del Modelo CPL (Medular) con Indicadores de Salud Percibida y Tensiona Arterial (N=109).



Como se puede observar en este último modelo estimado, los índices de ajuste fueron aceptables (fig. 17) y se confirmaron nuevamente las hipótesis centrales y las direcciones entre variables propuestos en el marco teórico-conceptual del CPL, sin embargo, aparecieron algunos nuevos parámetros (flechas punteadas fig. 17).

Nuevamente se encontró en los efectos directos que la dimensión de control personal tiene mayor peso en los indicadores psicológicos de tensión (burnout y entusiasmo), el burnout influye en los síntomas cardiovasculares, y estos últimos, afectan a la salud mental general (Tabla 35). Es importante destacar que en lo que respecta a los efectos indirectos, la dimensión de control personal tuvo los pesos más altos en predicción de las variables de síntomas cardiovasculares y problemas de salud percibida (Tabla 36).

Tabla 35. Efectos directos estandarizados

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS									
	Control laboral	Control Pers.	Control emoc.	Demandas Psico	Burnout	Inseg. lab	Sintomas CV	Entusiasmo	Lib. de decisión	TA Diast
Burnout	-0.13	-0.27	-0.18							
Entusiasmo	-0.26	0.73		-0.12	-0.01				0.39	
Sintomas CV					0.31	0.17				
Prob. Salud					0.12	0.26	0.34	-0.09	-0.16	
TA Sistólica	-0.52				-0.26					0.55
TA Diastólica	-0.63					0.23				

Tabla 36. Efectos indirectos estandarizados

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS								
	Control laboral	Control Pers.	Control emoc.	Demandas Psico	Burnout	Inseg. lab	Lib. de decisión	TA Diast	
Burnout		-0.06							
Entusiasmo	0.18								
Sintomas CV	-0.09	-0.16	-0.06						
Prob. Salud	-0.05	-0.24	-0.04	0.01	0.11	0.06	-0.04		
TA Sistólica	-0.28	0.13	0.05			0.13			
TA Diastólica	0.06	0.07							

Respecto a la tensión arterial, se puede observar claramente que la dimensión de control laboral tiene un peso preponderante y único en su predicción, tanto de los valores de sistólica, como en los de diastólica, con pesos muy altos (-.52 para sistólica y -.63 para diastólica) (Tabla 36).

Entre otros nuevos parámetros estimados en este modelo en comparación al anterior, se encuentra que la libertad de decisión afecta a la tensión positiva (entusiasmo) y que la inseguridad de estabilidad laboral afecta directamente a los síntomas cardiovasculares y a la tensión arterial diastólica (fig. 17). Destaca el nuevo parámetro que señala a la inseguridad como parte de la dimensión “personal”, lo que significa una nueva posible vertiente en la conceptualización de esta variable, pues ciertamente puede tener una connotación cognitiva.

En el caso de los efectos totales se observa un peso relativo (indirecto) del control personal en la TA, sin embargo, se trata de un efecto producido por la variable de inseguridad de estabilidad laboral (Tabla 37 y fig. 17).

Tabla 37. Efectos totales estandarizados

VARIABLES CRITERIO	VARIABLES PREDICTORAS									
	Control laboral	Control pers.	Control emoc.l	Demandas psic.	Burnout	Inseguridad	Sint. CV	Entusiasmo	Lib. dec	TA Diast
Control emocional		0.34								
Demandas psicológicas	-0.2									
Burnout	-0.13	-0.33	-0.18							
Inseguridad laboral	-0.28	-0.32								
Síntomas Cardiovasc.	-0.09	-0.16	-0.06		0.31	0.17				
Entusiasmo	-0.08	0.73		-0.12	-0.01				0.39	
Libertad de decisión	0.4									
Problemas de salud	-0.05	-0.24	-0.04	0.01	0.23	0.31	0.34	-0.09	0.13	
Autoeficacia laboral		0.65								
TA Sistólica	-0.8	0.13	0.05		-0.26	0.13				0.55
TA Diastólica	-0.57	0.07				0.23				

En general se muestran resultados consistentes con los modelos estructurales estimados previamente (fig.14, 15 y 16) y con otros análisis de resultados realizados antes en este mismo apartado, entre ellos destacan:

- Que existen dos constructos o dimensiones relacionadas (control laboral y personal) con indicadores independientes y significativos, a excepción de la variable de demandas psicológicas que no se muestra como un indicador idóneo de la dimensión de control laboral (Tabla 23, fig. 14, 15, 16 y 17).
- Que la dimensión con mayor peso en la salud percibida, incluyendo los indicadores psicológicos de tensión (burnout y entusiasmo), los síntomas cardiovasculares y los problemas generales de salud, es el control personal (Tabla 26, 27, 29, 30 y figs. 15 y 17).
- En el caso de la tensión arterial, nuevamente el mayor peso en su predicción estuvo determinado por el constructo de control laboral (Tabla 26, 27, 31 y figs. 15 y 17).

En general, los modelamientos estructurales realizados confirman lo encontrado en los anteriores análisis y sostienen de manera aceptable las hipótesis principales de la estructura teórica-conceptual del modelo CPL.

Por último, para hacer un balance del peso relativo que pueden tener en relación a la salud los modelos de CPL en su versión completa y medular, se decidió compararlos con el modelo psicosocial con mayor influencia en el campo de investigación de factores psicosociales y salud en la actualidad: el modelo de tensión laboral de Karasek (1998).

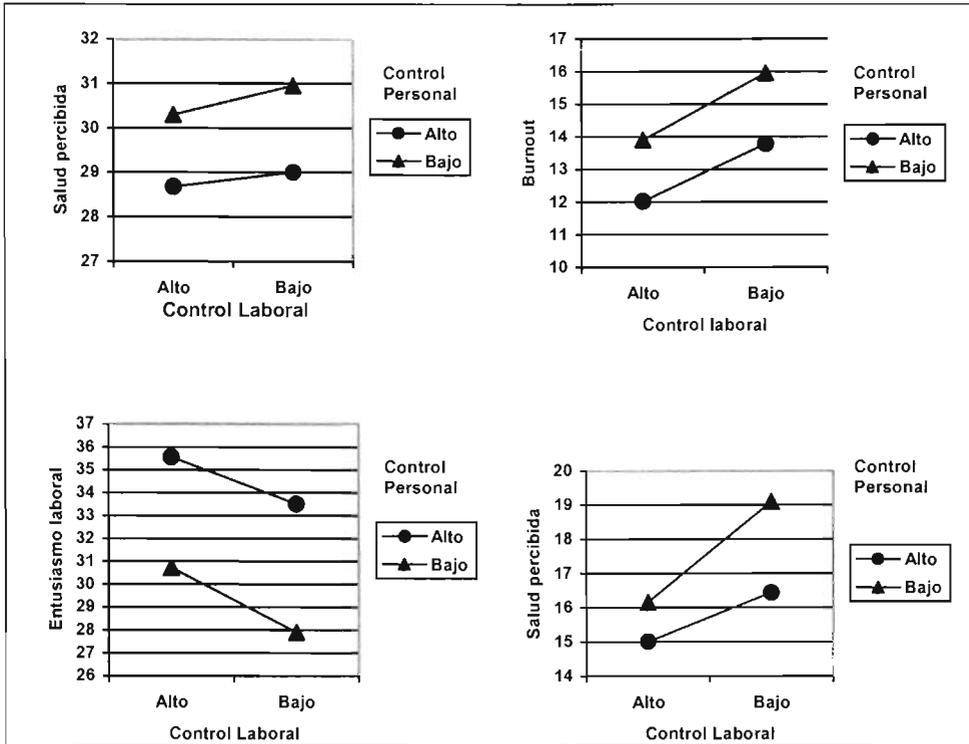
Para tal efecto, la única manera visible y simple de poder hacerlo, parecía ser el convertir en variables únicas tales modelos y después utilizar el coeficiente de correlación Pearson. Aunque el modelo de tensión laboral tiene establecida una fórmula para trasformarlo en variable única (Schnall, 2005), significó toda una interrogante cómo hacerlo en el caso del modelo CPL.

Con cierta perspectiva exploratoria, se decidió simplemente sumar las escalas que conforman cada una de las variables de los modelos de CPL, tanto en su versión completa (11 variables) como en su versión medular (5 variables), bajo los siguientes criterios:

1.- Noriega, Laurell, Martínez, Méndez y Villegas (2000) comentan que en el ámbito laboral existe una combinación de múltiples exigencias y factores que en sinergia, aumentan el daño a la salud, por ello consideran pertinente retomar el concepto de “interacción” y “aditividad” de la epidemiología laboral. El efecto de interacción sinérgico es la potenciación de la probabilidad de producir un efecto (trastorno o daño) cuando se conjuntan dos o más exigencias, esta probabilidad será mayor que la suma de las probabilidades de cada una de las exigencias por separado; cuando no hay interacción entre las exigencias, puede producirse la aditividad, o sea que la probabilidad de producir un efecto es aproximadamente la suma de la probabilidad de cada una de esas exigencias por separado (op.cit). De acuerdo con los mismos y otros autores (e.g. Hair, et.al. 1999), el efecto de interacción puede determinarse con la prueba estadística del análisis multivariante de la varianza (MANOVA) y complementarse con un análisis gráfico, donde se puede identificar el tipo efecto que la combinación entre dos (o más) variables tienen en la salud. Si las medias dibujadas para cada grupo varían pero con posiciones constantes de los grupos, y se representan líneas paralelas, entonces se trata de un efecto aditivo, pero si las medias cambian junto con la posición de los grupos, esto ocasiona líneas que se intersectan o cruzan y, entonces, se trata de un efecto interactivo (op.cit). Por lo tanto, si la combinación de las dimensiones personal y laboral es “aditiva” podría justificarse la suma de sus escalas. De esta forma, analizando con la prueba de MANOVA entre las combinaciones de control personal y laboral, no se encontró ningún efecto de interacción

significativo entre las variables con respecto a los indicadores de salud ($p > .05$) por lo que no se muestran aquí, sin embargo las gráficas mostraron claramente su combinación aditiva (Tabla 38).

Tabla 38. Evidencia gráfica del efecto aditivo de las dimensiones personal y laboral sobre las variables de salud.



2.- Otra razón es que las dimensiones de control laboral y personal estuvieron correlacionadas significativa y positivamente entre ellas, tanto en su versión completa (Tabla 23) como en su versión medular (Fig. 14, 15, 16 y 17), lo que da un indicio de que no se trata de dimensiones totalmente ortogonales o independientes. Anteriormente se propuso un modelo de análisis confirmatorio de los indicadores de control laboral y personal (fig. 14 y 16), en el que tres indicadores eran de una dimensión y dos de la otra, y en el que se ubica una correlación significativa entre ambas dimensiones. De acuerdo con Kline (1998), un modelo equivalente al propuesto, es que pueden ser incluidos todos los indicadores (los cinco) en un mismo constructo latente y general, representando así un constructo de “controlabilidad general”, lo que implica que la suma de ellos pudiera representar tal equivalencia.

3.- Finalmente, la razón quizá de mayor peso, es de carácter teórico. Como se expuso anteriormente de forma más o menos extensa (inciso 3.2), hay un eje conceptual que subyace las dimensiones laboral y personal, y es precisamente la percepción de control. De forma consistente con lo expresado y con base en el punto anterior, se puede pensar que es viable una dimensión de “controlabilidad general”.

De esta forma se simplemente se sumaron las 11 variables del modelo CPL en su versión completa (Tabla 23), y para la medular sus 5 variables correspondientes (autoeficacia, control emocional, inseguridad, libertad de decisión y demandas) para obtener variables únicas de cada uno. Con respecto a la tensión laboral, se hizo de acuerdo a la fórmula establecida para la versión autorizada del cuestionario de contenido del trabajo, (“Ratio term formula”, Schnall, 2005): Demandas psicológicas x 2/ Libertad de decisión.

Además, con fines de verificar el potencial de asociación de cada modelo, se desglosaron las sub-escalas del cuestionario general de salud (síntomas somáticos, depresión, problemas de sueño y disfunción social), del cuestionario utilizado para medir burnout (agotamiento y despersonalización) y de entusiasmo laboral (energía y dedicación).

Finalmente, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, se calcularon las relaciones entre los modelos y las variables de salud. Los resultados mostraron que el modelo CPL propuesto en su versión completa, fue el que obtuvo más asociaciones significativas y con coeficientes más altos con los indicadores de salud; seguido por el mismo modelo (CPL) en su versión “medular” o reducida y por último, con menor número de correlaciones y coeficientes más pequeños, el modelo de tensión laboral (Tabla 39).

Es de destacar que en el caso específico de la variable de tensión arterial (sistólica y diastólica), los coeficientes de correlación fueron más altos y tuvieron mayor significancia ($p = .01$) con el modelo de CPL en su versión medular que con los demás modelos. No obstante, en general los tres modelos tuvieron resultados satisfactorios en términos de las correlaciones con los indicadores y subescalas de salud, como se esperaba.

Tabla 39. Coeficientes de correlación Pearson obtenidos de la relación entre los indicadores de salud y los modelos psicosociales

<i>VARIABLES DE TENSION Y DE SALUD</i>	<i>MODELO DE TENSION LABORAL O DEMANDA/CONTROL</i>	<i>MODELO DE CONTROL PERSONAL/ LABORAL (CPL)</i>	<i>MODELO CPL VERSION MEDULAR</i>
TA Sistólica	.25**	-.24*	-.31**
TA Diastólica	.22**	-.22*	-.27**
Dedicación	-.31**	.49**	.45**
Energía		.39**	.32**
Entusiasmo laboral	-.25**	.51**	.44**
Despersonalización	.17*	-.34**	.26**
Agotamiento	.16*	-.27**	.25**
Burnout	.19**	-.34**	-.29**
Sínt. Cardiovasculares	.17*	-.25**	-.24**
Síntomas somáticos	.26*	-.36**	-.32**
Disfunción Social		-.18*	-.15*
Depresión			
Problemas de Sueño		-.17*	
Problemas de Salud General		-.19*	-.15*

*p = $\alpha > .05$

** p = $\alpha > .01$

4.6. Conclusión y discusión del estudio final.

Tomando en cuenta el orden de los objetivos planteados para este último estudio, en primera instancia, es necesario mencionar lo relacionado a la validez de constructo teórico-instrumental del modelo CPL. En este sentido, los análisis factoriales realizados mostraron que sólo algunos cuantos ítems no cargaron en los análisis como se hipotetizaba, y casi el total de ellos se comportaron bajo la estructura interna esperada. Sorprendió la aparición de una nueva dimensión adicional no considerada originalmente, la cual se nombró “apoyo organizacional” e incorporó 4 reactivos que hacen referencia a los recursos y el reconocimiento que se tiene en el lugar de trabajo.

Sin embargo, dado que la composición de los ítems integraron en su mayoría las variables consideradas en el modelo CPL, se considera que la validez de constructo fue aceptable en general.

Respecto a la estructura conceptual y el diseño general que se propuso para el modelo, los análisis factoriales de 2º orden demostraron una estructura que se ajusta en general a la propuesta, pues las variables se incorporaron a las diferentes dimensiones (control personal, control laboral y las dimensiones psicológicas de tensión positiva y negativa) en la manera como se planteó originalmente. De manera particular, es de destacar la excepción de la variable de demandas psicológicas, la cual no se muestra como un indicador idóneo de la dimensión de control personal (Tabla 23, fig. 14, 15,16 y 17). Esto puede explicarse en términos de una posible relación no lineal con el constructo, es decir, un mayor control implicaría demandas “óptimas”, lo que significa que no deben ser muy altas, ni muy bajas. De hecho esta relación no lineal, puede explicar la inesperada correlación positiva encontrada entre demandas y autoeficacia (Tabla 27). La escala utilizada no logra subsanar esta “no linealidad”, sin embargo, un ajuste en la redacción de sus ítems podría mejorar su pertenencia al constructo (e.g. “tengo que trabajar muy rápido” vs “la velocidad con que trabajo es idónea para mí”). En un análisis de diversos estudios se ha encontrado consistentemente que la escala de demandas psicológicas posee problemas psicométricos (Schnall, 2005).

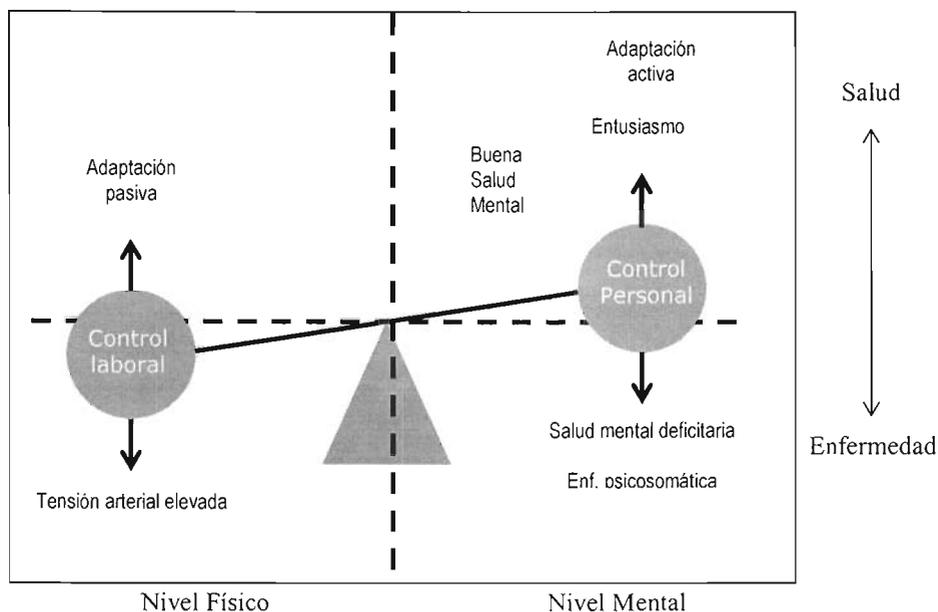
No obstante lo anterior, en general se confirmaron las hipótesis esperadas acerca de la estructura del modelo CPL, incluso, la versión medular confirma la misma lógica teórico-conceptual con la que se construyó el modelo, pues los modelamientos estructurales realizados tuvieron ajustes aceptables que corroboraron dicha lógica y sus hipótesis principales.

La consistencia interna en las variables del modelo CPL se consideró de “aceptable” a “buena”, según los análisis de alfa de Cronbach realizados en las distintas escalas, pues la mayoría mostró coeficientes alrededor de .80. Cabe mencionar que sólo la variable “falta de recursos para el trabajo” tuvo un coeficiente alfa muy bajo (.54), el cual se explica por el pobre contenido de reactivos para esta variable (sólo 2) que pudiera mejorar en futuros estudios.

Con los resultados hasta aquí obtenidos, se puede concluir que el modelo CPL cuenta con indicadores válidos y confiables, lo que ciertamente sienta las bases para discutir y concluir lo relativo a sus relaciones con los indicadores de salud.

En cuanto a la relación de las dimensiones generales de control personal y control laboral con las variables criterio, se observaron en los distintos análisis realizados ciertas peculiaridades en estas relaciones, como por ejemplo, que el control laboral fue el único predictor de la tensión arterial tanto sistólica como diastólica, y que por su parte, el control personal fue el principal predictor en los distintos indicadores de la salud percibida (que su medición tuvo énfasis en lo mental), además de que sus asociaciones con la variable salutogénica de entusiasmo laboral fueron altas y consistentes entre los diferentes análisis. Ante estos hallazgos, surgen interpretaciones que bien pudieran convertirse en preguntas para futuras investigaciones, como por ejemplo: ¿El control laboral está relacionado estrechamente con procesos de salud de carácter más objetivo como los fisiológicos (tensión arterial), mientras el control personal está más relacionado con procesos de salud de carácter más subjetivo como la salud percibida (con un mayor componente mental)? o ¿A diferencia del control laboral, el control personal es una variable que está relacionada con una adaptación activa (energía y entusiasmo) que implica procesos de salud positiva, más que con procesos de enfermedad?. Los hallazgos mostrados apuntarían en esa dirección. Lo que se vislumbra hasta aquí, es el posible rol autónomo y diferencial de ambos tipos de control (laboral y personal) sobre la salud. Un esquema conceptual que puede representar las cuestiones anteriores pudiera ser el siguiente:

Fig. 17. Esquema conceptual de las dimensiones de control laboral y personal y su posible relación con el proceso salud-enfermedad a nivel físico y mental.



Tal lógica coincide parcialmente con otros modelos de estrés laboral como el de “ajuste personal y balance social” propuesto por Gutiérrez, Ito y Contreras (2001).

Es importante señalar que aunque esta perspectiva parece hacer énfasis en discernir la influencia en la salud entre la dimensión laboral y personal, simplemente procura dar una explicación alternativa a hallazgos contradictorios en otros estudios, sin perder de vista el efecto integral en la salud global que ambas dimensiones tienen en su conjunto.

En México no existen estudios de referencia que sean la base para confirmar las relaciones entre la dimensión de control personal y salud, empero, en lo referente al control laboral, sí existen algunas evidencias que se relacionan con lo encontrado aquí, como por ejemplo, Arias (1999) cita su estudio realizado en 1983, en el cual encontró que diversos aspectos organizacionales tales como: claridad de metas, claridad de criterios para evaluar el trabajo, comunicación con jefes, integración y planeación, entre otras (todas ellas ligadas claramente al concepto de control laboral propuesto), estaban correlacionados significativamente con el grado de ansiedad (tensión crónica).

En lo que respecta al análisis por variables específicas de cada dimensión, la variable “libertad de decisión” fue la única variable relacionada con el indicador más objetivo de salud en este estudio: la tensión arterial (TA). Es claro que esta variable fue la que dio fuerza a todo el constructo de control laboral para obtener relaciones significativas con la tensión arterial, lo que confirma el carácter importantísimo de esta única variable en problemas de salud cardiovascular tales como la hipertensión, como lo han evidenciado diversos estudios (Schnall, et. al, 2000). La falta de relaciones significativas con variables de la dimensión personal, muestran una incoherencia con lo encontrado en el tercer estudio de este trabajo, donde se encontró una relación significativa entre el grado de control emocional y la TA. Esto pudiera explicarse en el sentido de que en el primer estudio, existió una exigencia metodológica más débil en la medición de la TA.

En cuanto al burnout, las variables específicas que estuvieron relacionadas representan la dimensión personal (autoeficacia y el control emocional) tal y como encontraron Mc Cabe, Tagler, Rappoport, Flemenover & Downey, (2003). Se trata de un hallazgo que entra en conflicto con el tradicional enfoque de predictores de burnout, pues los mismos creadores de la teoría de burnout y muchos otros investigadores, han dado prioridad a las variables del entorno (equivalentes a la dimensión de control laboral) como principales productoras de la respuesta de burnout (Maslach, 2004). No obstante, es necesario destacar la relación de burnout con el estilo de supervisión

controlante y aunque no existe algún estudio documentado con esta relación, se puede pensar que ciertamente existe una fuerte conexión entre estas variables por el componente emocional que ambas poseen.

Se destaca la relación significativa entre la variable inseguridad en la estabilidad laboral con los problemas de salud percibida, pues los análisis de regresión múltiple mostraron que fue el mejor predictor estadístico tanto para su escala total, como para sus distintos componentes (depresión, disfunción social, síntomas somáticos). Este potencial nocivo de la inseguridad de estabilidad laboral se comprueba también en los análisis de ecuaciones estructurales, pues fue de las pocas variables que tuvieron efectos directos destacados sobre los indicadores de salud. Esto implica una atención especial, ya que la inseguridad de la conservación del empleo es un problema tan común que alarma el pensar que esto puede estar disparando (o tal vez generando) mayores problemas de salud mental, social y somática de manera permanente. Precisamente en lo tocante a la inseguridad, desde 1969, Arias (1999), encontró a las necesidades de seguridad como las más insatisfechas por un grupo de empleados del sector privado en México.

Importante mencionar que aunque todas las variables tuvieron al menos una correlación con los indicadores de salud (Tabla 27), los efectos directos del apoyo social laboral sobre las diferentes variables de salud, considerando los demás factores, fueron inesperadamente nulos. Se puede pensar que esta ausencia de correlación pudiera ser por las características de la población evaluada, donde el apoyo social pudiera ser una constante, entre otras cosas, reflejado por el fuerte respaldo sindical de estos trabajadores. Esto podría significar que, de acuerdo con Gutiérrez, et. al. (2003), el apoyo social afecta únicamente al trabajador cuando está ausente, esto es, que mientras dicho apoyo se encuentra presente, el trabajador funciona eficazmente sin una observancia sobresaliente de tal soporte. Además resulta importante no perder de vista que se trata de profesionales de servicios humanos, en donde las características propias del trabajo permiten buscarse “espacios” de apoyo de otras personas, no así en el caso de los trabajadores operativos, donde las cadenas de producción limitan y prohíben esos pequeños espacios y/o “rituales sociales” como la charla amena mientras se busca un café, lo que implica una desahogo de tensión importante en las jornadas laborales (Söderfeldt, et. al., 1998).

En general, con respecto a los resultados por variable específica, cada variable de salud tuvo su predictor principal que varió según el indicador, sin embargo, algunos variables fueron consistentes en su predicción de salud. Como se puede observar en las tablas de regresión, las

variables que aparecieron con mayor consistencia como predictores de salud son: la autoeficacia laboral, el control emocional, las demandas psicológicas y la inseguridad de estabilidad laboral. Adicionando la variable libertad de decisión, estas variables permitieron construir una propuesta de versión “medular” o “reducida” del modelo de Control Personal/Laboral (CPL).

Por otra parte, los análisis de comparación realizados, entre los modelos CPL en su versión completa y medular y el modelo de tensión laboral, el modelo CPL en su versión completa obtuvo más correlaciones y coeficientes más elevados con las variables de salud, respecto a las que obtuvo el modelo CPL en su versión medular y el modelo de tensión laboral (Tabla 39), lo que puede explicarse claramente por el número de variables que incorpora dicho modelo. Sin embargo, en la búsqueda de una versión parsimoniosa del modelo CPL y sin perder su influencia en la salud, la versión medular del modelo CPL con apenas cinco variables logró mantener correlaciones significativas con los indicadores de salud, e incluso en el caso de la tensión arterial, los coeficientes de correlación fueron mejores que el modelo de tensión laboral y que el mismo modelo CPL en su versión completa.

De esta forma y a manera de una conclusión central, se puede interpretar que principalmente aquellos trabajadores con altas cargas de trabajo, que son privados de su autonomía y uso de sus habilidades, con alta incertidumbre en la conservación de su empleo, con una creencia pobre respecto a sus capacidades en el trabajo y con un deficiente autocontrol de emociones negativas como la hostilidad, son los más altamente vulnerables a la afectación en sus procesos de salud y su estado funcional general que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Es importante recalcar que de acuerdo a los análisis de modelamiento estructural, la lógica teórico-conceptual del modelo se mantiene aún en esta versión reducida del modelo CPL, incluyendo el carácter predictivo de sus distintas dimensiones con respecto a los diferentes criterios de salud (control laboral-tensión arterial y control personal-salud percibida-mental).

Resulta interesante observar que dos variables de la versión medular propuesta, son precisamente componentes del modelo de tensión laboral (demandas psicológicas y libertad de decisión). Sin embargo, por ello resultó importante la comparación de las diferentes aproximaciones o modelos mencionados en este estudio (CPL versión completa, CPL versión medular y el modelo de tensión laboral) con fines de observar su potencial predictivo en la salud.

A pesar de que el modelo de tensión laboral fue el que obtuvo las correlaciones más pobres con los indicadores de salud, es claro que las variables que conforman este modelo son altamente nocivas para los trabajadores, principalmente en indicadores de salud que son de alta prioridad en las sociedades actuales como los son los problemas cardiovasculares. Esto es un hecho universal que se confirma en esta investigación, y por tanto se incorpora al amplio cuerpo de evidencias por todo el mundo. Importante recalcar, que el presente estudio demostró la necesaria y útil consideración de éstas y otras variables, lo que ofreció la posibilidad de mejorar el carácter predictivo del modelo de tensión laboral y su influencia en la enfermedad, pero también aquellas que influyen en resultados positivos de salud. Pudiera pensarse entonces que se trata de una propuesta de expansión del modelo de tensión laboral de Karasek (1998), no obstante, existen diferencias teóricas importantes de subrayar:

- El modelo de tensión laboral de Karasek (1998) propone una combinación sinérgica de carácter interactivo entre las variables de libertad de decisión y demandas psicológicas, no así en el modelo propuesto, pues en éste se considera una combinación pero de carácter aditivo, tal como lo han mostrado otros estudios recientes que fracasan en demostrar las hipótesis interactivas del modelo (De Croon, Van Der beek, Blonk & Frings-Dresen, 2000).
- En el modelo de tensión laboral, la variable demanda psicológica se propone como una variable independiente del concepto de “control”, una dimensión autónoma de éste; no obstante, el mismo autor del modelo (Karasek, 1998) ha reconocido que desde el punto de vista de su modelo es difícil ubicar el límite entre una y otra, pues una libertad de decisión bastante amplia puede significar una demanda en sí misma... “lo que implica una falla teórica del modelo...” (Pag.83) (Karasek y Theorell, en Schnall et.al., 2000). Por ello, como ya se dijo antes, en el modelo de Control Personal/Laboral propuesto, una demanda psicológica que no es idónea para el trabajador, implica una “pérdida de control” sobre esas exigencias, por lo tanto, no es una variable ajena al concepto de controlabilidad.
- El modelo de tensión laboral propone ser un enfoque psico-social en tanto considera a las demandas psicológicas con un matiz individualizado y personal al ser “subjetivas” o “percibidas” por el individuo, y a la libertad de decisión, que la clasifican con un carácter más socialmente determinado y por lo tanto, externo al individuo pero que lo condiciona en su determinada forma de vivir, es decir, de tono sociológico. Sin embargo, creemos que ambas variables son sociológicas y que se debe juzgar al modelo de tensión laboral como un modelo socio-psicológico o sociológico (dan prioridad a lo social) más que propiamente psicosocial (da prioridad a lo psicológico), pues ambas variables (demandas y control)

tienen un componente altamente determinado por las circunstancias sociales y “externas” al individuo, como son las condiciones y sistema de organización actual (demandantes y alienantes), las que se diferencian considerablemente de aquellas de carácter más personal y psicológico como la autoeficacia o control emocional que se proponen en el modelo de control personal/laboral propuesto.

- Por último, el modelo de tensión laboral considera dentro de sus hipótesis teóricas a las diferencias individuales y/o a la personalidad, como un resultado determinado por ambientes sociales que de manera crónica van moldeando rasgos y disposiciones estables en los individuos, proponiendo así que variables como la autoeficacia o el control emocional, no son más que “resultados” de personalidad evocados por el mismo ambiente laboral que un trabajador ha desarrollado por varios años. Así, propone un enfoque receptor-pasivo del individuo en la formación de su personalidad, e incluso se soslaya la posible selección que hace el individuo de su propio entorno. En el modelo CPL, se advierte al desarrollo de la personalidad y de las diferencias individuales desde otra perspectiva menos limitada. Se reconoce el papel de la genética, de la historia particular, y de múltiples medios sociales y cognitivos que influyen en la formación de la personalidad y, por tanto, no puede ser un único resultado de un ambiente laboral determinado, además se reconoce el papel activo del trabajador en la estructuración de su propia personalidad, de su interés, búsqueda e iniciativa en la construcción de sus creencias, actitudes y rasgos generales. Se reconoce alguna posible relación entre las esferas del entorno y la persona, pero resulta inadecuado adoptar un determinismo limitado como el propuesto por el modelo de tensión laboral en lo que refiere a este aspecto.

De este modo, aunque el enfoque teórico pudiera ser diferente en la conformación del modelo, se debe rescatar el papel relevante de cada una de estas variables en su influencia a la salud.

Asimismo, debe señalarse que uno de los principios básicos del modelo CPL, pensando en su aplicación práctica, es precisamente que se debe tener un enfoque integrador en el que se incluyan aquellas variables documentadas consistentemente en cuanto a su efecto nocivo a la salud, de esta manera, se sugiere no atender sólo a una o dos variables psicosociales que conforman el modelo, sino a todas ellas. Sin embargo, es importante mencionar que en aquellos casos donde la factibilidad en el uso de cuestionarios extensos no es óptima, se puede optar por el uso de la versión medular o reducida del CPL, pues su lógica de conformación se deriva precisamente de los factores centrales y

más importantes, por ello se sugiere como una opción altamente viable, lo importante es conservar la aproximación de sus dimensiones de control: personal y laboral.

Asimismo, debe quedar claro que el hecho de discernir entre los efectos de la dimensión laboral o personal en la salud es con propósito de poder documentar efectos diferenciales que pudieran estar explicando hallazgos contradictorios en otros estudios, sin embargo, el enfoque que se procura es que, ya sea para diagnóstico o posterior intervención, deben considerarse ambas dimensiones en su conjunto para de esta manera considerarlo “integral”.

Finalmente, dados todos los resultados en este estudio se puede concluir que el modelo CPL en cualquiera de sus versiones se presenta como una opción viable o una alternativa confiable y válida para el eficaz diagnóstico, pronóstico y evaluación general de factores psicosociales en el trabajo y su influencia en la salud.

4.6.1. Limitaciones del estudio.

Aunque los resultados de este estudio se ajustan en general a lo esperado, es necesario subrayar algunas limitaciones de esta investigación:

- Se trató de un estudio no experimental y con diseño transeccional (transversal) y ello implica que se puede inferir una relación entre variables pero no es posible determinar su causalidad (cuál es causa y cuál efecto).
- No se realizó un muestreo aleatorio de los participantes, sólo fue por conveniencia y la población participante está lejos de ser representativa de las organizaciones de servicio humano. Además es necesario probarse en diferentes ocupaciones y actividades laborales (e.g, trabajadores operativos, ejecutivos, trabajadores informales, etc).
- Las variables psicosociales evaluadas se basaron en un cuestionario de autoinforme y por tanto, en la percepción subjetiva de los participantes. Aunque por definición, la metodología idónea para la evaluación de los factores psicosociales debe ser subjetiva, el diseño de algún tipo de registro observacional podría tal vez, enriquecer y validar estas evaluaciones.
- De manera general, el promedio de valores obtenidos en la población evaluada de algunas variables psicosociales de carácter positivo (entusiasmo, autoeficacia, etc) se reveló alto, mientras en las variables negativas (burnout, problemas de salud percibida, etc) se

observaron valores relativamente más bajos, lo que implica que la población evaluada no fue de alto riesgo a la salud como se esperaba, ello se puede prestar para una interpretación que señale una escasa varianza en las variables salud y por tanto un sesgo. En este sentido, vale la pena señalar que el autor del presente considera que aunque el modelo se probó con una población aparentemente “sana”, no es una desventaja desde el punto de vista de la labor preventiva y de promoción a la salud, pues precisamente uno de los principios del modelo es evitar el enfoque centrado exclusivamente en la enfermedad.

- En este estudio el registro de la tensión arterial se llevó a cabo en sólo 109 sujetos, sería recomendable utilizar muestras más grandes para seguir analizando el comportamiento de esta variable respecto a los factores psicosociales antecedentes y con registros ambulatorios (lecturas tomadas durante las 24 hrs.) que muestren sus valores en otras áreas no laborales (casa y sueño).
- Se necesita un mayor y mejor control de las variables confusoras en el estudio (ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, etc.) pues la mayoría de ellas se evaluaron subjetivamente (por medio de preguntas en el cuestionario).
- La consistencia interna de algunas variables fue muy baja, por lo que deben tenerse reservas de los resultados en estos casos, necesita desarrollarse más el área instrumental de los factores psicosociales del trabajo en general.
- El cálculo de la consistencia interna (alfa de Cronbach) resulta un tanto redundante al hacerlo en escalas obtenidas de un análisis factorial previo. En este estudio se optó por respetar el tamaño muestral mínimo requerido para los análisis factoriales y posibilitar un mayor alcance en su generalización, lo que implicó el uso de este método, tal como se explicó anteriormente (pag.86 y 125).
- El modelo CPL, incluyó diversas variables que lo hicieron relativamente complejo, ello implicó realizar una serie de análisis que pudieran resultar confusos. En el futuro es recomendable seguir confirmando una estructura más parsimoniosa del modelo y analizar efectos particulares y sinérgicos de sus variables en relación a la salud con diferentes aproximaciones metodológicas e indicadores de salud.

5. DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS.

Hasta aquí, la propuesta de un modelo que incorpora variables que ciertamente no podrían catalogarse como novedosas. Desde los estudios de Taylor y el surgimiento de la administración científica (Braverman, 1981; Ortega, 1981), se propuso una opción al incremento productivo basado en trabajos con grandes demandas y exigencias laborales tanto de carácter físico como psíquico, así como la parcialización de tareas que trajeron como consecuencia la sub-utilización de habilidades, la pérdida de autonomía, y en gran medida el aislamiento social de los trabajadores y su alienación. Desde entonces, se empezó a documentar el efecto devastador en la salud mental y física de los trabajadores provocado por esta forma de organización del trabajo (OIT, 1995). Sin embargo, el panorama no ha mejorado, por el contrario se filtran nuevos elementos en el mercado laboral actual que producen efectos cada vez más nocivos a la salud. En el caso específico de nuestro país, encuestas masivas realizadas en el 2004, señalan estresores psicosociales que actualmente reflejan la cara de los empleos actuales; en ellas un 82% de los mexicanos con empleo les preocupa quedarse sin trabajo en los próximos seis meses (García, 2004), es decir, se vive una incertidumbre generalizada por la pérdida del empleo a la que han interpretado como una especie de socialización de la inseguridad laboral. Todo esto causado entre otras cosas, por las políticas de “adelgazamiento” o “*downsizing*” vigentes en las organizaciones mexicanas, lo que implica la reducción de personal y recortes masivos con consecuencias a la salud mental y física de los trabajadores ya documentada en algunos estudios (Grunberg, More y Greenberg, 2001). Asimismo, el entorno actual se ha caracterizado por cierres masivos de empresas por falta de “competitividad”, por ejemplo, entre los años 2001 y 2003 ante la creciente competitividad de China y las facilidades otorgadas para la instalación y funcionamiento de maquiladoras en este país, en México cerraron 500 de 3,700 maquiladoras que operaban en el país, perdiendo 218,000 empleos (New York Times, 9 de Sept. disponible en: www.newsMax.com). No obstante, se trata de fenómenos psicosociales que no son tan “modernos”, pues desde los años sesenta Arias (en Arias y Heredia, 1999), confirmó en varios estudios, a las necesidades de seguridad como las más insatisfechas, seguidas de las necesidades de autonomía y de estima, lo que implicaba que la teoría de la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow (Hellriegel, et. al., 1999) requería un ajuste para su aplicación en México.

Ante este panorama, los efectos en la salud han mantenido también su conexión lógica: las enfermedades mentales siguen creciendo año con año, un ejemplo es el problema de depresión, el cual se estima con una prevalencia actual de 4 000,000 de personas en nuestro país (Aguayo, 2002). Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades cardiovasculares siguen

ocupando las primeras causas de mortalidad (INEGI, 2005), cuyo origen se asocia a alteraciones metabólicas y del sistema nervioso central que responden a estilos de vida de un fuerte componente comportamental y ante estresores crónicos de carácter psicosocial laboral como los mencionados.

Los diferentes estudios realizados a lo largo de este proyecto, permitieron conformar un modelo que incorporó precisamente las variables psicosociales más importantes en términos de su influencia en diferentes resultados de salud (sean mentales o cardiovasculares), dichas variables psicosociales coinciden con muchos otros estudios en las últimas décadas en los campos de la sociología del trabajo (Karasek y Theorell, 1990), la epidemiología ocupacional (Schnall, et.al, 2000) y la psicología de la salud (Bandura, 1997, Cooper y Payne, 1991, Williams & Williams, 1993) por citar algunas. Aunque las variables que conforman tal modelo ciertamente no son novedosas, destaca la visión integradora que se propone bajo las teorías del “control” así como la identificación de los posibles efectos diferenciales de cada dimensión de control en la salud y por tanto, las ventajas de conjuntarlas en una evaluación y diagnóstico integral.

De esta forma, el modelo CPL se propone como una opción viable para identificar y prevenir diferentes alteraciones de la salud, coadyuvando a la toma de decisiones acordes a las necesidades de salud pública y la calidad de vida de los trabajadores, particularmente de contexto mexicano y/o latinoamericano.

Debe mencionarse que el modelo CPL subraya el enfoque preventivo, por lo que la intervención temprana en las estructuras de control personal y/o laboral, pueden significar la prevención de consecuencias psicológicas negativas (burnout), e incluso, de problemas de salud fisiológicos como el incremento de la tensión arterial. Respecto a esto último, es sabido que una de las cadenas causales de la morbi-mortalidad cardiovascular, comienza con incrementos sostenidos de tensión arterial que de manera crónica se padecen (Schnall, et al; 2000). El modelo CPL mostró asociaciones significativas con este indicador de salud, lo que se debe traducir en programas de acción permanentes en las dimensiones de control en pro de la salud no sólo laboral, sino de carácter público general, con base en la problemática que genera la hipertensión en nuestro país ya mencionada anteriormente (inciso 4.1).

Por ello, se puede pensar que las variables que conforman el modelo CPL pueden tener una influencia que va más allá del contexto laboral, que incluye la vida familiar y el bienestar social

común, disminuyendo cargas importantes en términos de salud pública e incrementando la calidad de vida y el desarrollo pleno de la personalidad de los trabajadores.

Como se ha mencionado, el modelo CPL enfatiza la importancia de una estrategia de intervención integral, en donde no existe primacía de la aproximación individual o de la organizacional, sino que se propone una estrategia en la que ambos aspectos sean complementarios, tal y como lo recomiendan organismos y asesores expertos en el tema (OIT/OMS, 1984; Kalimo, et. al., 1988). Lamentablemente en la actualidad, muchas de las estrategias de intervención se han centrado en alguna de las dos dimensiones, sobreestimando sus efectos bajo paradigmas inflexibles que han limitado su eficacia.

Las intervenciones que proponen centrarse únicamente en el individuo, se han caracterizado por:

- Emplear las mismas estrategias de siempre, (meditación, relajación, entrenamiento cognitivo, dieta, ejercicio, etc.) se consideran más “proximales” y viables al cambio. Se enfocan en los “síntomas”, olvidando la importancia de las circunstancias externas provocadoras de tensión negativa y enfermedad.
- Argumentar que las intervenciones organizacionales son muy “distales”, en tanto que llevan mucho tiempo, son muy complicadas e implican grandes costos. Se ha construido un paradigma de tipo “imposible” ante este tipo de intervención, soslayando que los factores organizacionales pueden representar las principales fuentes de estrés y enfermedad.
- Se maneja un tono de culpabilidad para los trabajadores como únicos responsables de sus propios problemas de salud (y seguridad), independientemente del entorno. Se trata de la elaboración social de una imagen de trabajador con “pobre capacidad” o “negligente” que conlleva cargas sociales importantes y es motivo incluso de discriminación.
- Sin aparente conciencia de ello, al hacer énfasis en esta única estrategia de intervención, se colabora a una ideología de clase dominante donde se soslaya la relevancia de las condiciones de trabajo, el diseño y la organización del mismo, que han afectado gravemente el desarrollo humano y la salud de las grandes masas de trabajadores a costa de “mayor productividad”, tal y como se ha señalado anteriormente (Juárez, 1998).

Las intervenciones que proponen centrarse únicamente en el entorno, se han caracterizado por:

- Ignorar la importancia del papel activo del trabajador en interacción con el entorno, al considerar un rol pasivo, de sólo receptor de una realidad laboral objetiva y en la que funciona como autómatas sin conciencia propia.
- Olvidar las diferencias individuales y psicológicas y sobre-generalizar la respuesta de los individuos ante determinadas circunstancias del entorno social.
- ¡Ser lamentablemente muy pocas! (Kristensen, 2000).

Considerando lo anterior, el principio central del modelo CPL es que busca la inclusión de procesos del entorno (sociales) y de la persona (psicológicos), tomando como eje rector y universal al concepto de control, para intervenciones que busquen mejorar auténticamente la salud y la productividad de forma balanceada. Además es un modelo que reconoce las diferencias de nuestro contexto particular y posee una visión salutogénica y preventiva, y de esta forma, se estructura como un modelo psicosocial dinámico y dialéctico e integral de la relación del trabajador y su entorno en pro de la salud y calidad de vida.

Tratando de enumerar sus ventajas, son de destacar las siguientes:

- Recupera la importancia de variables psicosociales que parecen trascendentales en la vida laboral de los mexicanos (e.g. inseguridad por estabilidad laboral, falta de recursos), y aunque son un fenómeno de relevancia mundial, es difícil creer que tienen la misma importancia en contextos de países desarrollados, donde la calidad de vida laboral es mejor y donde se llevan a cabo importantes investigaciones en estos temas desarrollando modelos con enfoques que en algunos casos no pueden generalizarse a nuestro contexto.
- En su carácter universal, integra las dos corrientes más tradicionales en el tema del estrés psicosocial, por un lado, la innegable importancia del entorno y su influencia en la salud (epidemiología social) y, por otro lado, el rol importantísimo de las diferencias psicológicas individuales (psicología de la salud) las que, independientemente del entorno, pueden terminar por definir el estatus de salud propio de un individuo.
- Establece, clasifica y propone una taxonomía para la multidimensionalidad del concepto de control, ofreciendo un marco de referencia conceptual inexistente en la literatura actual, pero además, determina la influencia de cada uno de estos elementos en la salud, y también reconoce las combinaciones entre ellas que ciertamente pueden potencializar los efectos en

la salud. Por tanto, propone al concepto de control en todas sus dimensiones como la explicación psicosocial que puede determinar en gran parte la respuesta de tensión negativa o positiva y por tanto del proceso inicial de trastornos de salud crónicos en los seres humanos.

- El modelo CPL supera la visión tradicional del enfoque médico curativo, donde predomina lo biológico, la visión de enfermedad y de curación. Se caracteriza por un enfoque biopsicosocial, salutogénico o de promoción a la salud más que de atacar la enfermedad, en donde se busca fortalecer también los aspectos positivos, principalmente los de carácter psicológico, y así tener una visión preventiva con énfasis grupal. Como se mencionó anteriormente, esta visión se incorpora a la tendencia de la investigación reciente sobre Psicología Positiva que focaliza las fortalezas y funcionamiento óptimo del ser humano, más que sus debilidades y disfunciones (Sheldon y King, 2001; Fredrickson, 2001).

Se debe resaltar la necesidad de continuar analizando el modelo CPL, que incluye la confirmación de su validez entre diferentes poblaciones, la exploración de los efectos sinérgicos entre sus mismas variables que lo componen, pero también con otros factores ergonómicos ocupacionales tales como los riesgos físicos y químicos y su influencia en la salud, con métodos y técnicas alternativos que fortalezcan las conclusiones a las que se lleguen. Futuros estudios deberán confirmar la importancia de estas variables psicosociales y la nocividad de sus distintas sinergias.

Inicialmente, se propone al modelo CPL como un aporte a las metodologías e instrumentos para el campo de la salud ocupacional en la esfera de los factores psicosociales. Se recomienda ampliamente incluir estos factores en programas permanentes de diagnóstico y vigilancia en salud ocupacional, con aspiraciones a mediano y largo plazo de formar parte de políticas y reglamentos que consideren la nocividad de los factores psicosociales. Entretanto los hallazgos de este proyecto de investigación contienen distintos elementos de relevancia social que justifican algunas recomendaciones basadas en el amplio potencial de aplicación práctica del modelo CPL, lo que merece atención en un siguiente apartado (5.1).

Como se dijo, lo que subyace como principio fundamental es el enfoque preventivo del modelo y por ello se sugiere trabajar de manera preventiva estos estresores psicosociales, y por el riesgo aparente que representan, es indispensable un trabajo de intervención inmediato en el control de tales variables, que no pueden esperar a generar más investigación que confirme estos hallazgos, pues la fuerza laboral de nuestro país representa el eje rector del crecimiento económico y social, no

obstante, enfrenta diversos obstáculos y retos día con día que necesita superar con la ayuda de especialistas en salud ocupacional y otros profesionales, cuya misión radica en un arduo esfuerzo por la mejora de la salud y calidad de vida y la productividad.

5.1. Relevancia de la investigación y potencial para su aplicación práctica.

Las características del presente proyecto permiten discernir su relevancia en varios apartados:

8) Desde el punto de vista de la investigación de estos temas:

- Se aportan más evidencias para la validez universal de la relación entre variables psicosociales y la salud de los trabajadores a lo largo de todo el mundo.
- Se demuestra la presencia de estresores que parecen relevantes en el contexto mexicano, tales como la inseguridad de estabilidad laboral y la falta de recursos para el trabajo. Es necesario analizar la prevalencia de estos en distintas poblaciones. Por otro lado, aunque se confirma la asociación de la inseguridad en el empleo con la salud, otros estudios deberán averiguar los efectos en la salud del estresor “falta de recursos para el trabajo”.
- Se ofrece una nueva perspectiva teórica-conceptual y una guía para el complejo análisis psicosocial laboral que integra las dimensiones del entorno, la persona, y su respuesta de tensión, con validez y confiabilidad aceptables.
- Se documenta en población laboral mexicana, la afectación en la salud percibida y cardiovascular que tienen distintos estresores laborales y personales, así como su combinación.
- Se comprueba la viabilidad e importancia de considerar indicadores objetivos y subjetivos de salud, así como aproximaciones metodológicas eficaces y económicas en su medición (e.g. protocolo de puntos estimados de TA en el puesto de trabajo).

2) Para la salud ocupacional:

- Inicialmente se demuestra que el estado funcional y la salud de un trabajador puede estar determinado por factores que no se ven clara y objetivamente en la vida cotidiana, (e.g. factores psicosociales) sin embargo, representan un área de oportunidad para su evaluación, control y prevención.

- La presente investigación exhorta a reconocer la importancia del enfoque multidisciplinario para la evaluación integral de la salud de los trabajadores, pues así se supera el paradigma tradicional de considerar como factores de riesgo únicos a los físicos, químicos o biológicos (exclusivos de medicina e ingeniería).
- Los factores psicosociales (FPS) y las enfermedades cardiovasculares (ECV), no han ocupado el lugar que merecen en el área de la salud ocupacional, pues dentro de su paradigma tradicional de “exposición o riesgo – efecto en la salud”, han sido ignorados los FPS como riesgo y las ECV como efecto en la salud de los trabajadores. El presente proyecto al demostrar la relación entre factores psicosociales e indicadores cardiovasculares, documenta entonces un doble punto ciego de la salud ocupacional: que en sus acciones institucionales no observa o soslaya por un lado, un factor potencial de riesgo o exposición laboral (o sea los FPS) y por otro, una variable de salud que puede ser producto complementario del trabajo (las ECV).
- Se puede pensar que la presencia de FPS negativos y de enfermedad cardiovascular o mental en los trabajadores, representan diversos costos indirectos en las organizaciones, entre los que se pueden encontrar: ausentismo, rotación, indemnizaciones por incapacidad, accidentes, enfermedades y un pobre desempeño en el puesto, por ello la seguridad e higiene en las empresas deben garantizar su vigilancia.
- El estudio impulsa también una visión salutogénica del trabajo, en donde es indispensable reconocer que la actividad laboral no sólo produce efectos negativos, sino que también produce efectos positivos, pues el trabajo representa en todos sentidos, una opción para crecer y desarrollarse.

3) Para la salud pública:

- Las enfermedades cardiovasculares y circulatorias son un gran problema de salud pública con grandes costos económicos y sociales. Por ello, la importancia de su investigación epidemiológica. El presente estudio, brinda un aporte inicial en el que se vislumbra un interés por un trabajo de prevención e intervención de las enfermedades cardiovasculares que contempla también el área psicosocial-laboral. Se puede pensar que al incluir esta dimensión en los programas de prevención, intervención y tratamiento de estas enfermedades, se estará fortaleciendo un enfoque más integral, que al generalizarse, creará un paradigma que mejorará los resultados de estos programas de forma significativa, con

alcances que a largo plazo amortiguan la carga económica y social de estas enfermedades en nuestro país.

- Asimismo, se puede pensar que el alcance de intervenciones psicosociales laborales pueden coadyuvar directa e indirectamente en las empresas en su aspecto positivo, pues si disminuye la carga económica de salud pública que el estado genera en gastos por enfermedad cardiovascular, entonces los impuestos y pagos que realizan las empresas por conceptos de seguridad social también deben disminuir. De esta forma, las campañas de prevención de enfermedades cardiovasculares, deben abarcar también los lugares de trabajo y los factores psicosociales presentes en ellas.
- De igual manera, este estudio fundamenta la importancia de considerar variables psicosociales laborales en el ejercicio clínico de las enfermedades crónico generativas, pues es necesario hacer su evaluación y determinar su influencia en terrenos no exclusivos de la salud ocupacional y hacerlo extensivo al campo de la salud pública. Por lo tanto, profesionales dedicados a la atención de enfermedades crónicas pueden (y deben) considerar el mundo laboral de sus pacientes. El modelo CPL es una alternativa para estos profesionales.

Como recomendaciones en su aplicación práctica en proyectos y planes de prevención de riesgos de trabajo en las organizaciones públicas y privadas, se sugiere lo siguiente:

- La evaluación y vigilancia permanente de los factores psicosociales en el trabajo (en la dimensión laboral y personal) y la salud cardiovascular de los trabajadores, aunque ellas no sean reconocidas en la legislación laboral actual.
- Para garantizar la eficacia de la intervención y prevención psicosocial, ésta tendrá que incluir aspectos del entorno del trabajador, como el clima social y el rediseño del contenido del trabajo (control laboral) y aspectos individuales, como la capacitación y desarrollo de habilidades psicológicas (control personal)
- Con base en lo mostrado en esta investigación, se exhorta a los profesionales y encargados de la salud ocupacional al uso y aplicación de las escalas de evaluación psicosocial utilizadas en el presente trabajo, entre ellos destaca el cuestionario del contenido de trabajo (JCQ por sus siglas en inglés), el cual ha demostrado ser una herramienta de gran potencial práctico para tamizajes en poblaciones laborales de cualquier ocupación (Karasek, 1998; Karasek y Theorell, 1990). La guía conceptual para conformación de escalas (y

diagnóstico), deberá incluir al menos una para cada una de las siguientes dimensiones: control laboral, control personal, tensión positiva y tensión negativa.

- Asimismo, para el diagnóstico de hipertensión y evaluación de TA en población laboral, se sugiere el uso de métodos *ad hoc* al mundo de la salud ocupacional, como lo es el “protocolo de puntos estimados en el puesto de trabajo” que se utilizó en este estudio (pag.115), y que entre otras ventajas, es económico, válido y permite identificar hipertensos por el fenómeno de “bata blanca” pero también, permite identificar aquellos de mayor riesgo como los son los de “hipertensión oculta” (pag.105), tal y como sucedió en el presente estudio y se mencionó anteriormente (pag.126).
- Finalmente, se sugiere un trabajo permanente de estas variables centrado en un enfoque de prevención, el cual deberá considerar los tres niveles ya conocidos (Kristensen, 2000):
 - a) Prevención primaria: Se trata de intervenciones con el propósito de prevenir la ocurrencia de alguna enfermedad entre trabajadores sanos, pero además y sustancialmente importante, promover, fortalecer y desarrollar los factores saludables (e.g. autonomía y seguridad laboral). Un trabajo de prevención primaria implica el establecimiento de programas que faciliten el control personal y laboral de los trabajadores antes de la presencia de tensión o de alguna enfermedad.
 - b) Prevención secundaria: Se trata de diagnósticos tempranos y su intervención-tratamiento. Un ejemplo de prevención secundaria sería la intervención en el campo de los indicadores psicológicos de tensión crónica, llámese eliminación de sentimiento de agotamiento emocional (burnout) (pag.49) o promoción de sentimientos de energía (entusiasmo) (pag.51-52) lo que implica un trabajo sobre indicadores tempranos de cuadros de depresión o problemas de salud mental más graves. Otro ejemplo podría ser la intervención en niveles de control laboral muy pobres, o TA elevada, que son indicadores previos a la hipertensión o enfermedad cardiovascular (pag.104)
 - c) Prevención terciaria: Se refiere al tratamiento para disminuir las consecuencias que pueden provocar una enfermedad más severa. (e.g. control y seguimiento de pacientes con hipertensión,

enfermedad cardiovascular declarada, o incluso, reincorporación laboral de pacientes post-infartados). Es importante considerar también, que gran parte de la población económicamente activa padece hipertensión (pag. 103-104) y así realiza su actividad laboral. Aquí es donde la prevención terciaria juega un papel importante, pues el control adecuado de las enfermedades crónicas y, particularmente de las cardiovasculares, previene de las consecuencias catastróficas de un infarto al miocardio o de la muerte, lo que afecta en mayor medida los niveles económicos, familiares y sociales.

Finalmente, cabe decir que la organización del trabajo y las formas de productividad actuales necesitan ser más humanas y por ello, uno de los principios más básicos que fundamentan el modelo CPL se centra en una filosofía y una concepción de productividad un tanto diferente a la actual, en donde la parte medular del beneficio (llámese utilidad o capital) no se centra exclusivamente en la cantidad y cualidad de los objetos, si no también en el desarrollo armónico y expansivo de las habilidades de las personas, los conocimientos, el aprendizaje, la percepción de certidumbre, incremento de la sensación de dominio y maestría, que en interacción permanente con las diferentes esferas psicosociales generan un círculo positivo de mayor productividad, verdadera salud, calidad de vida y desarrollo pleno de los trabajadores, las organizaciones y la sociedad en general.

REFERENCIAS

- Aguayo, S.Q. (2002). *México en cifras*. México: Grijalbo.
- Almirall H. P. (1993) *Efectos negativos de las cargas de trabajo*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología
- Almirall H. P. (1995) *Estrés, trabajo y salud. Experiencias en el Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba*. Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología.
- Almirall H. P. (1996) *Ergonomía, trabajo y salud*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología.
- Almirall H. P. (2000) *Ergonomía cognitiva. Apuntes para su aplicación en trabajo y salud*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología.

- Almirall H. P. & Oramas V. A. (2000). *Pruebas proyectivas, su uso en salud ocupacional: un estudio exploratorio* [Artículo proporcionado por el autor].
- Alonso, J. I. (2001) Diccionario de la Lengua Española. 1ª edición.. Madrid: Espasa. American Heart Association. (1981).The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease. A critical review. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Anderson, J. & Gerbin, W. (1988). Structural equation modeling in practice: a review and recomendad two step approach. *Psychological Bulletin*. 103:411-23.
- Aramburu, M & Guerra P. (2001). *Estudio de componentes moitvocionales de la personalidad: yo real, yo ideal y yo deber, locus de control, estilos de atribución, autoeficacia percibida y otras variables clínicas en sujetos universitarios*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com>
- Arias, G. F. (1995) ¿ Su empresa invierte o desperdicia en la evaluación de personal?. *Administrare Hoy*. 13, 64-28.
- Arias G, F & Heredia E. (1999). *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. México: Trillas.
- Arita, W. B. (1998). La Tarea laboral y el Síndrome de Bumout en el personal de enfermería. *Psicología y Salud*, 11, 13-22.
- Arita, W. & Arauz, C. (2001). Modelo para la Investigación del Proceso del Síndrome del Burnout. *Psicología y Salud*. 11, 75-80.
- Akker, V. M., Buntinx F, Metsmakers J. & Knottnerus A. (2000). Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Social Science and Medicine*, 50, 1679-1693.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. Recuperado de:<http://www.onenet.com.ar/cv/edgardo-perez/effguideSpanish.htm>
- Barbara J. R. (1988). The relationships among personality type, coping resources, and burnout in female elementary teachers. Tesis. inédita, para optar por el grado de Dr. En Psicología, Universidad de Florida. E.U.
- Belaustegoitia, R. I. (2000). *La influencia del clima organizacional en el compromiso hacia la organización y el esfuerzo en miembros de empresas mexicanas*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Belkic, K; Landsbergis, P; Schnall, P; Baker, D; Theorell, T; Siegrist, J; Peter, R; & Karasek,R (2000). Psychosocial factors: review of the empirical data among Men.

- In: Schnall, P; Belkic, K; Landsbergis, P & Baker, D. (2000). *The Workplace and Cardiovascular Disease*. Occupational Medicine. Vol 15, Num 1. Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.
- Belkic K, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal Work Environment and Health*; 30(2):85–128.
- Benishek, L. & Lopez, F. (1997). Critical evaluation of hardiness theory: Gender differences, perception of life events and neuroticism. *Work & Stress*. 11 (1), 33-45.
- Blum, M. Y. & Naylor J. (1976) *Psicología Industrial. Sus fundamentos teóricos y sociales*. México: Trillas.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1998). The big five as states: How useful is the five factor model to describe intraindividual variations over time?. *Journal of Research in Personality*. 32 (2) 202-221.
- Braverman, H. (1981) *Trabajo y capital monopolista*. México: Era.
- Buela, C. G. & Caballo, V.(1991). *Manual de Psicología clínica aplicada*. Madrid: siglo XXI.
- Buendía, J. & Ramos, F. (1993). El síndrome del quemado En: *Empleo, estrés y salud*. (pp. 59-83) Madrid: Pirámide.
- Burke, J.(1992). Correlate of psychological Burnout Phases among police officers. *Human relation*, 39(6) 487-502 .
- Byrne, D. G. (2000). La frustración del éxito: Patrón A de conducta, estrés ocupacional y enfermedad cardiovascular. En: Kenny, D. T., Karlson, J. G., Mc Guigan, F. J. & Shepard, J. L. *Stress and Health. Research and Clinical Applications*, (pp.411-434). Maryland, USA: Harwood Academic Publishers.
- Caplan R.D. (1998). *Person – Environment fit theory*. En: Encyclopedia of Occupational Health and Safety (pp 34.18). Sweden: Organización Internacional del Trabajo.
- Carels, R., Sherwood, A, & Blumenthal, J. (1998). Psychosocial influences on blood pressure during daily life. *International Journal of Psychophysiology*. 28, 117-129.
- Cedillo, L. (1999) *Psychosocial Risk Factors among Women Workers in the Maquiladora Industry in México*. Disertación doctoral no publicada, Univeristy of Massachusetts, USA.
- Charlesworth , E. & Nathan, R. (1984). *Stress Management*. New York, USA: Ballantine Books.

- Cherniss, C. (1980). Burnout. En: *Professional burnout in human service organizations*. (pp. 227-258) New York: Praeger Publishers.
- Cohen, F. (1982). Personality, Stress, and the development of physical illness. En: Cohen F. & Adler, A. (Eds.), *Health psychology a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Contreras, I. C., Ito, S. M. E., Chávez, M.E. & Gutiérrez, M. R.E. (2001). Los efectos del estrés acumulado sobre el sistema circulatorio: relación de la escala de estrés laboral del SWS con niveles química sanguínea. En: *Revista Mexicana de Psicología*. (pp. 183) 18 (1). México.: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Cooper, C. & Payne R. (1991). *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*. UK: Jhon Wiley & Sons.
- Crawford ,M. y Dimerco, Y. (2002) *Cardiología*. Vol. I. España: Harcout.
- De Croon, E., Van der Beek, A., Blonk, R., & Frings-Dresen, M. (2000). Job stress and Psychosomatic health complaints among Dutch truck drivers: a re-evaluation of Karasek's interactive job demand-control model. *Stress Medicine*. 16: 101-107.
- De Gucht, V., Fischler, B. & Heiser, W. (2003). Job stress, personality and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health*. 19, 195-204.
- Deveraux, J., Buckle P., Peter, W. & Vlachonicolis I. (1999). Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: an epidemiological approach. *Occupational and Environmental Medicine*. 56 (5), 343-353.
- Díaz, G. & Szalay, L. (1993). *El Mundo Subjetivo de Mexicanos y Norteamericanos*. México:Trillas.
- Doncevic T. S., Romelsjö A, & Theorell T. (1998). Comparison of stress, job satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 26 (2) 106-114.
- Drummond, P. (1982). Personality traits in young males at risk for hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*. 26 (6). 585-589.
- Ebert, S. A., Tucker, D.C & Roth, D.L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology Health & Medicine*. England 7 (3). 363-375.
- Edwards, J. (1991). The measurement of Type A Behavior pattern: An assessment of criterion-oriented validity, content validity, and construct validity. En C. Cooper y

- R. Payne. *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, (pp.151-173). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Engels, F. (1988). *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. [Folleto que reproduce el manuscrito original]. México: Ed. Distribuciones hispanicas.
- Engström, T., Hanse, J. & Kadefors, R. (1999). Musculoskeletal symptoms due to technical preconditions in long cycle time work in an automobile assembly plant: a study of prevalence and relation to psychosocial factors and physical exposure. *Applied Ergonomics*. 30, 443-453.
- Fernández, C. (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *Revista Médica del IMSS*. 41 (5): 441-448.
- Fernández- López J.A., Siegrist J., Rodel A., & Hernández M. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer?. *Atención Primaria*. 31 (8): 1-9.
- Fernández, G. y Mercado D. (1992). Infarto al miocardio, conducta tipo A y la Guía de factores de personalidad. *Avances en Psicología latinoamericana*. 10, 11-24.
- Fernet, C., Guay, F. & Senécal, C. (2003, en prensa). Adjusting to job demands: the role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of vocational behavior*.
- Figueroa, N., González, E. y Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: Las redes semánticas. *Revista latinoamericana de Psicología*, 13, 3, 447-458.
- Fogarty, G. (1999). Predicting Occupational strain and job satisfaction: the role of stress, coping, personality and affectivity variables. *Journal of Vocational Behavior*. 54 (3), 429-452.
- Fontana, D. (1992). *Control del estrés*. México: Manual Moderno.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*. 56 (3). 218-226.
- Freudenberger, H. & Richelson, G. (1981). Psychology of the work. En: *Burnout: the high cost of high achievement*. New York: Bantam Books.
- Friedman, M. & Rosenman, R.(1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

- Friedman, H., Tucker, J., Schwartz, J., Tomlinson, C., Martín, L., Wingard, D. (et al.) (1995). Psychosocial and behavioural predictors of longevity. The aging and death of the "termites". *American Psychologist*. 50 (2). 69-78.
- Furnham, A. (1992). *Personalidad y diferencias individuales en el trabajo*. Madrid: Pirámide.
- García, B.D. (2000). *Hipertensión Arterial*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- García, S. (2004). *Inseguridad laboral*. [Artículo de noticias]. El Universal On-line. Recuperado de :http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/web_columnas_new_detalle?var=42120.
- Gil Monte, P; & Peiró J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del "Síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para doscapacitados psíquicos. *Psicología del trabajo y las Organizaciones* . 12(1), 67-80.
- Gil Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública de México*. 44:33-40.
- Giles, M. & Richard's, M. (2001). *Estrés, estrategias de afrontamiento y personalidad: su rol en las patologías isquémicas*. Recuperado de: [http:// www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Goodwin, R.D & Stein, M. B. (2003). Peptic ulcer disease and neuroticism in the United States adult population. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 72 (1), 10-15.
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. México: Javier Vergara.
- Gómez, G., López, M. & Monroy, L. (1987). *Factores Psicosociales que intervienen en los riesgos de trabajo (caso teórico práctica en la industria embotelladora)*. Tesis inédita, para optar por el grado de Lic. En Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gómez, P. G. (1993). Consideraciones sobre los psicostornos y el trabajo. *Psicología y Sociedad*. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Góngora, C.E. & Reyes, L. I; (2000). *El enfrentamiento a los problemas y el locus de control*. Memorias del VIII Congreso Mexicano de Psicología Social, Guadalajara, México.
- Grau, R. & Salanova, M. (2000). Hacia una comprensión de tres tipos de autocompetencias: formación adecuada, autoeficacia general y autoeficacia profesional. En: Agulló, E., Remeseiro, C., y Fernández, J. (Eds). *Psicología del trabajo y de las organizaciones y de los recursos humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Green, R.L. & Nowack, K.M. (1995). Hassles, hardiness and absenteeism: results of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress*. 9 (4), 448-462.
- Grunberg, L., Moore, S.Y. Greenberg, E. (2001). Differences in psychological and physical health among lay-off survivors. The effect of lay-off contact. *Journal of health psychology*, 6, 15-25.
- Guelaud, F., Beauchesne, M., Gautrat, J., & Roustang, G. (1981). *Para un análisis de las condiciones del trabajo obrero en la empresa*. Francia: Laboratorio de Economía y sociología del Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) de Aix-en Provence, France.
- Gunther, K., Cohen, L. & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77 (5). 1087-1100.
- Gutiérrez, R. E., Ostermann, R.F. (1991) Work and mental health in developing countries: A research Workshop". Congreso Bienal de Salud Mental. Federación Mundial de Salud Mental.(WMHF) México
- Gutiérrez, R. E., Ostermann, R.F., Ito E., Contreras, C. y Atenco F. (1994) "Validación en 12 culturas de la escala internacional de stress y trabajo SWS-Survey". . II Simposio Internacional de Psicología Aplicada al perfeccionamiento de la Dirección Empresarial. La Habana.
- Gutiérrez R., Ostermann, R. (1999a) "The SWS Stress-Support Model" Work, Stress and Health '99. APA, NIOSH. Baltimore, Maryland. (143-144)
- Gutiérrez, R., Ostermann, R. (1999b) "Development of the SWS-Survey: an International, Research Instrument". Work, Stress and Health '99. APA, NIOSH. Baltimore, Maryland. (143-144)
- Gutiérrez, M. R. (2000). Diagnosis of Organizational Stress and mental Health in a "Sándwich" Population: Middle Level Managers and Supervisors. *Studio de Psihologie* (ISSN 1454-8895). Rumania. Vol 4 (27-37).
- Gutiérrez, M. R.E. (2001). Calidad de vida y estrés en ámbitos organizacionales. *Revista Mexicana de Psicología*. México: Sociedad Mexicana de Psicología. 18(1), 182.
- Gutiérrez M.R.E, Ito, E. & Contreras, C. (2001). "Differences found in mental health components in México". 109th Convention of the APA, San Francisco, Cal. USA.
- Gutiérrez, M. R.E. Chávez, M.E. Contreras, I. C. & Ito, S. M.E. (2001). Relación de las escalas de estrés del SWS-Survey y el inventario de depresión de Beck y desempeño en profesionales de la salud. *Revista Mexicana de Psicología*. México: Sociedad Mexicana de Psicología. 18 (1), 182

- Gutiérrez, M.R.E, Contreras-Ibañez, C & Ito, S. (2003). Salud mental, estrés y trabajo en profesionales de la salud. SWS-Survey (Desarrollo y criterios de aplicación). México: Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, M.R.E. & Ito S. M. E. (2005). El SWS-Survey © de Salud Mental, Estrés y Trabajo, una Alternativa para Evaluar el Estrés Organizacional. En: Juárez-García, A., Ramírez, P. J. A (Eds). (2005). *Estresores Psicosociales del Trabajo: Dónde y Quiénes estamos en México: Compartiendo experiencias con investigadores de Estados Unidos de Norteamérica.* México: FES Iztacala. En prensa
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hayes, N. & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and individual differences*. 34, 723-727.
- Haynes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., & Kannel, W.B.(1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study I. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-381.
- Heinemann y Huchert (1998). Morbilidad y Mortalidad Cardiovascular en la población activa. En: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (pp 34.6). Sweden; Organización Internacional del Trabajo
- Hellriegel, D., Slocum, J. & Woodman, R. (1999). *Comportamiento Organizacional*. México: Thompson editores.
- Hernández, S. & Torres, M. (1980) *Los factores humanos en los accidentes de trabajo*. Tesis, inédita, para optar por el grado de Lic. En Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (2004). Indicadores de salud en el trabajo. *Revista Médica del IMSS* 42 (1).
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) (2005). Estadísticas de Mortalidad. Recuperado en: www.inegi.gob.mx
- Ivancevich, M.J & Matteson T. M. (1985) *Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial*. México:Trillas.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., & Rosenman, R.H.(1978). Coronary prone behavior: One pattern or several? *Psychosomatic Medicine*,40, 25-43.
- Jennings, B.M & Staggers, N (1994). A Critical analysis of hardiness. *Nursing research*. 43(5) 274-281.

- Jorgensen, R., Johnson, B., Kolodziej, M & Schreer, G. (1996). Elevated blood pressure and personality: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 120 (2) 292-320.
- Juárez-García, A., Ramírez, P. J. A (Eds). (2005). *Estresores Psicosociales del Trabajo: Dónde y Quiénes estamos en México: Compartiendo experiencias con investigadores de Estados Unidos de Norteamérica.* México: FES Iztacala. En prensa.
- Juárez-García, A., G., Frías, B. & Reynoso, E. (2002, en prensa). Estructura Factorial de una Escala Mexicana de Patrón A de Conducta y su Relación con Síntomas de Enfermedad". *Revista de Psicología Conductual*.
- Juárez-García, A., (1998). *Factores psicosociales y efectos negativos de tipo psicológico en los accidentes de trabajo*. Tesis, inédita, para optar por el grado de Lic. En Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kalimo, R., El-Batawi, M. & Cooper, C. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kalimo, R., Pahkin, K. & Mutanen, P. (2002). Work and personal resources as long term predictors of well being. *Stress & Health*. 18; 227-234.
- Karasek, R. (1998) Demand/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development. En: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (pp 34.6). Sweden; Organización Internacional del Trabajo.
- Karasek, R & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life*. USA: Basic Books.
- Kline, R. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. USA: The Guilford Press.
- Knicki, A. & Mckee, F. (1996). Annual review, 1991-1995: Occupational Health. *Journal of Vocational Behavior*. 49 (40); 190-220.
- Kobasa S.C (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37(1); 1-11.
- Kobasa, S., Maddi, S. & Courington, S. (1993). Personality and constitution as mediators in the stress/illness relationship. *Journal of Personality & Social Psychology*. 65 (1); 368-378.

- Kristensen, T. (2000). Workplace intervention studies. En: Schnall, L.P., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000) *The Workplace and Cardiovascular Disease. Occupational Medicine*, 15; 1-6.
- Laborín, A. F. & Vera, J.A. (2000). *Bienestar subjetivo y su relación con locus de control y el enfrentamiento*. Memorias del VIII Congreso Mexicano de Psicología Social, Guadalajara, México.
- Lai, J. & Wong, S. (1998). Optimism and coping with unemployment among Hong Kong Chinese Women. *Journal of Research in Personality*. 32 (4) 454-479.
- Landy, F.J., Rastegary, H., Thayer, J., & Colvin, C.(1991). Time urgency: the construct and its measurement. *Journal of Applied Psychology*, 76; 644-657.
- Lartigue, T. & Fernández, V. (1998) *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. México: Plaza y Valdes.
- Lázarus, S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Laurell, A. (1983). *El desgaste obrero en México*. México: Era.
- Laurell, A. (Comp.). (1993) La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En : *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Pp 13-36*.Serie Paltex salud y sociedad 2000, Organización Panamericana de la Salud.
- Leung, T., Siu, O. & Spector, P. (2000). Faculty stressors, job satisfaction, and psychological distress among university teachers in Hong Kong: the role of locus of control. *International Journal of Stress Management*. 7 (2); 121-132.
- Lefcourt, H.M. (1991). Locus of control. En: Robinson, J., Shaves, P. & Wrightsman, L. *Measures of Personality on Social Psychological Attitudes* California: Academic Press.
- Levi L. (1998). The welfare of the future – A Swedish Case Study. *Journal of Health Promotion* Recuperado de: <http://www.monash.edu.au/health/IJHP/verona/3> Suecia: (Autor).
- Lipley, N. (1998). Evidence that nursing is one of the most stressful careers. *Nursing Standard*. 13 (8); 11-17.
- Low J. (1996). The concept of Hardiness: a brief but critical commentary. *Journal Adv Nurse*. 24 (3); 588-590.

- Macías R., Fernández-López, J.A., Hernández-Mejía, Cueto-Espinar, A., Rancaño, I. & Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo “desequilibrio esfuerzo-recompensa”. *Medicina Clínica de Barcelona*. 120 (17); 652-657.
- Marks, G.R. (2002). Relationships between diabetes knowledge, beliefs, perceived health competence, personality, and diabetes-related outcomes in adults with type 1 diabetes. *Sciences & Engineering*. 62 (12B); 59-71.
- Marshall, J.R. (2003). *Motivación y emoción*. México: Mc Graw Hill.
- Martínez, S. (1993). *El Estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. México: Serie académicos CBS, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Martínez, J.V. (2001). *Modelos de efectividad Organizacional y el estilo de personalidad tipo A en directivos mexicanos*. Tesis doctoral inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981) *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (2004). The relationship between work environment and burnout. Forum on: “The way we work and its impact in our health”. Scientific summaries paper. UCLA, Los Angeles, California, USA.
- Matrajt, M. (1994) *Estudios en salud mental ocupacional*. México: Taller abierto.
- Matrajt, M. (1996). Utilización del análisis ergonómico y de coloquios en grupo para identificar y prevenir el estrés en directivos y trabajadores de cadenas de montaje: Estudio de un caso práctico Mexicano. En : Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (comp.). *La prevención del estrés en el trabajo*.(pp. 269-280) Madrid: Organización Internacional del Trabajo.
- Mc Cabe, A., Tagler, M., Rappoport L., Flemenover, S. & Downey, R. (2003). Personality predictors of job burnout. *Work, Stress and Health. New challenges in a changing workplace*. APA/NIOSH Conference. Toronto, Canadá.
- Medina-Mora, E., Padilla C., Campillo, C., Campillo, C., Caraveo, E. & Corona, J. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for hospital’s general practice service in México. *Psychological Medicine*. 13; 355-361.

- Michie, S. & Cockcroft, A. (1996) Overwork can kill: Especialli if combined with high demand, low control, and poor social support. *British Medical Journal*. 312 (7036), 921-922.
- Monroy, D. (2002). Análisis de condiciones de trabajo con el método LEST en el Instituto de Salud Ambiental. *Seminario Permanente de Salud en el trabajo*. Facultad de Medicina, México, UNAM.
- Moreno-Jiménez.; González, J. & Garrosa, E. (2002). Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 14.(3); 166-180. Recuperado de: <http://www.cusp.uam.es>
- Nava, P.& Izco, G. *Condiciones de Trabajo y Salud de Los trabajadores del Sistema Colectivo Metro*. Reunión Nacional de Investigación de Salud en el Trabajo, IMMS, México, 1998.
- Niedhammer Isabelle, Bugel Isabelle, Goldberg M., Marcel L. & Gueguen Alice (1998). Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel Cohort: a prospective study. *Occupational and environmental Medicine*. 55 (11); 735-741.
- Noriega, M; Franco E; Martínez A; Villegas, R; Alvear, G; & López, A (2001). *Evaluación y seguimiento de la salud de los trabajadores*. México: Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco.
- Noriega, M. Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I. & Villgas J. (2000). Interacción de las exigencias del trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cad. Saúde Pública* . 16:4.
- Novick, M. (1993). Alcances y críticas de los métodos de medición objetivos de las condiciones de trabajo. En: Laurell, A. (comp.) pp 99-134. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Serie Paltex salud y sociedad 2000, Organización Panamericana de la Salud.
- Nunally, J., Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: Mac Graw Hill.
- O'Brien, E. (2003). Recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión para medir la tensión arterial en forma convencional, ambulatoria y domiciliaria. *Journal of Hipertensión*. 21; 821-848.
- Oddone, I. (1987) *El modelo obrero*. Traducción elaborada en la ENEP Iztacala, Proyecto de educación para la salud: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Omar, A.G.(1995). *Stress y Coping*. Argentina: Lumen.
- Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) (1984) *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo; Ginebra, Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo (1995). *Introducción al estudio del trabajo*. México: Limusa
- Organización Mundial de Salud (2004) *Atlas del corazón*. Recuperado en: www.who.int
- Ortega A. P. (1981). *Efectos de dos situaciones de densidad sobre la ejecución de una tarea grupal y la percepción de características ambientales en un escenario laboral*: Tesis, inédita, para optar por el grado de Lic. En Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Orth G. K. & Schneiderman N. (1996). *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention*. Nueva Jersey: LEA publishers.
- Ostermann, R. (1989). The SWS Model. Fairleigh-Dickinson University, Paramus, N. J.
- Ostermann, R.F., & Gutiérrez. R. E. (1992) "The SWS Survey: cross-cultural assessment of positive-negative mental health and stress variables". *International Journal of Psychology*. V. 27 June-August .
- Osterman, R.F. & Gutiérrez R. E. (2000). *Conceptualization of work stress, work support in a Mexican sample*. 108th Annual Convention. American Psychological Association. Washington DC.
- Ouellete, S. (1998). Hardiness. En: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (pp 34.50), Sweden: Organización Internacional del Trabajo.
- Pando, M., Bermúdez, D., Aranda, B., Pérez, C., Flores, S. & Arellano, P. (2003). *Prevalencia de estrés y del síndrome del quemado en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio en Ciudad Guaymas, Venezuela*. Recuperado de: <http://www.stps.gob.mx>
- Peiró, J. Y & Prieto, A. (1996). Psicología de las organizaciones. En: *Tratado de psicología del trabajo*.(pp 15-43) Vol. II Madrid: Síntesis.
- Petterson L. I. & Arnetz, B. (1997). Measuring psychosocial work quality and health: Development of health care measures of measurement. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2 (3); 229-241.
- Ramos, S.I. (2000). Procesos simbólicos y percepción cognitiva de control. *Revista Electrónica de Psicología*. 4 (1). Recuperado de: [http:// www.psicología.com](http://www.psicología.com).

- Reich, J.W & Zautra A.J, (1997). Locus of Control Influences Diathesis-Stress Effects in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of research in Personality*. 31 (3); 423-438.
- Reyes, L. (1993). Redes Semánticas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. IX (1); 81-97.
- Richter, P. & Plath, H. (1984). *Ermüdung-Monotonie-Sättigung.stress (BMS)*. Psychodiagnostische Zentrum. Sektion Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin. [Manual facilitado por los autores].
- Reynoso, L., Alvarez, G., Tron, A., De la Torre, I. & Seligson, I. (2002). Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. En: L. Reynoso e I. Seligson, *Psicología y salud*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Reynoso, E. L. & Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*. 67; 419-427.
- Rodríguez N. R. (1991). *Manual de psicodiagnóstico en medicina del trabajo*. Cuba: Instituto de Medicina del Trabajo, Departamento de Psicología.
- Román H, J; & Rodríguez N. (1997) *ERGON manual. Procedimiento sociopsicológico para la valoración de las condiciones de trabajo, salud y de vida*. [Artículo facilitado por el Instituto de Medicina del Trabajo], La Habana Cuba.
- Román H., J. (1998) Factores psicosociales y estrés. En: *Estudios de Psicología Ambiental en América Latina* (comp.) pp 78.99. Universidad Nacional Autónoma de Puebla: México.
- Russo, K., & Zuckerman, M. (1992). Psychological, Physiological and Physical characteristics of subjects at risk for essential hipertensión. *Personality and individual differences*. 13 (4); 61-68.
- Salanova, M.; Schaufeli, W.; Llorens, S.; Peiro, J. & Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement, ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 16. (2): 117-134
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la Enfermedad física. En: *Estrés y psicopatología* . Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sandoval, J. (2000). El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout. *Nueva Época. Salud Problema*. 5, (8): 51-64.
- Sauter, S.L. , Hurrell J.J., Murphy L.R. & Levi L. (1998). Psychosocial and organization factors. En: *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (pp 1794). Sweden: Organización Internacional del Trabajo.

- Schaubreck, J., Jones, J. & Lin, X. (2001). Individual differences in utilizing control to cope with job demands: effects on susceptibility to infectious disease. *Journal of Applied Psychology*. 86 (2); 265-278.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Roma, V. & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of happiness studies*. 3; 71-92
- Schaufeli, W., Martínez, I., Márquez, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 33 (5); 464-481.
- Schnall, P., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000) The Workplace and Cardiovascular Disease. *Occupational Medicine*, 15, 1-6.
- Schnall, P; Landsbergis, P; y Patel-Coleman, K. (2005). Trabajo y Enfermedad Cardiovascular. En: Juárez-García, A. y Ramírez P.JA. (2005). *Estresores psicosociales del trabajo: dónde y quiénes estamos en México*. Compartiendo experiencias con investigadores norteamericanos. Editorial, FES Iztacala, UNAM. En prensa.
- Schnall, P. (2005). The Job Stress Network. Recuperado en: www.workealth.org.
- Schwartz, J; Belkic, K; Schnall, P; & Pickering, T. (2000). Mechanism Leading to Hypertension and CV Morbidity. In: Schnall, P; Belkic, K; Landsbergis, P & Baker, D. (2000). *The Workplace and Cardiovascular Disease*. Occupational Medicine. Vol 15, Num 1. Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc
- Schwartz, J, Neale, J, Marco, Ch, Shiffman, S. & Stone, A. (1999). Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77 (2); 360-369.
- Schwarzer, R (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. USA: Taylor & Francis.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Sheldon, K. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American psychologist*. 56 (3); 216-217.
- Siegrist, J.& Peter, R. (2000). The Effort- Reward Imbalance Model. *Occupational Medicine*. 1; 83-86.
- Siegrist, J., Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges-. *Social Science & Medicine*. 58: 1463-1473.

- Sinclair, R. & Tetrick, L. (2000). Implications of Item wording for Hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. *Journal of Research in Personality*. 34 (1); 1-25.
- Skov, T; Vilhelm, B. & Orhede E. (1996). Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lower back in salespeople. *Occupational and Environmental Medicine*. 53 (5); 351-356.
- Söderfeldt B; Söderfeldt M; Muntaner C.; Ocampo P; Warg L. & Holson C. (1996). Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. *Social Science Medicine*. 42 (9); 1217-1226.
- Soldz, S. & Vaillant, G. (1999). The big five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*. 33 (2); 208-232.
- Souza & Machorro, M. (1988). Los factores psicoambientales de la salud en el trabajo. En: Martínez Cortés F. (comp.). *La salud en el trabajo*. (pp. 100-108). México: NOVUM Corporativo.
- Spiro, A., Alwin, C., Ward, K & Mroozek, D. (1995). Personality and the incidence of hypertension among older men: Longitudinal findings from the normative aging study. *Health Psychology*. 14 (6); 563-569.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (1995). *Manual para comisiones de seguridad e Higiene en el Trabajo*. México.
- Stavans, F. (1998). *El burnout del psicoterapeuta*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Iberoamericana. México.
- Tecla, A. (1982) *Enfermedad y clase obrera*. México: Instituto Politécnico Nacional, Unidad Profesional Sto. Tomás.
- Terán, E. (2001) Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Hospital *Angeles del Pedregal, Factores de riesgo sociodemográficos, Ansiedad y Depresión*. Tesis de subespecialidad de Psiquiatría. Universidad la Salle. México. D.F.
- Theorell, T. (1993). Psychosocial aspects of work ing conditions in the health care professions. En: Hagberg y cols. *Occupational Health for health care workers*. [Artículo proporcionado por el Instituto de Factores psicosociales, Suecia].
- Theorell T, et al. (1995). Physical Strength and endurance in relation to perceived psychosocial work environment, sleep disturbance and coping strategies in men. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27; 61-71.

- Theorell, T.; Karasek R. (1996). Current Issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1 (1); 9-26.
- Torres, S.(1992). *El estilo de dirección y la conducta tipo A en directivos mexicanos*. Tesis doctoral inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tron, A. & Reynoso, L. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo A en niños: un estudio longitudinal. *Psicología Conductual*. 8 (1); 85-95.
- Uribe P. F. (1997). *La personalidad de los ejecutivos con el modelo de los cinco grandes factores*. Memorias del Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y VI Iberoamericano de Recursos Humanos, Guadalajara, Jalisco.
- Uribe, P.F. (2002). Desarrollo y validación de la escala de los cinco factores mexicanos de personalidad (5FM): Selección de personal y éxito profesional. *Revista de la Universidad Cristóbal Colon*. (15) 5: 105-128.
- Valencia, C. A..(1998). *Desarrollo y validación de una escala de patrón de conducta tipo A y su relación con autoconcepto, lucha por el logro y estilo de confrontación*. Tesis inédita de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vandenberg L. & Lance C. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: suggestions, practices and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*. (3) 1, 4-70.
- Villegas, R. & Rios, C.(1993). La investigación participativa en la salud laboral: El modelo obrero. En: Laurell, A. (comp.). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Pp 1-35 Serie Paltex salud y sociedad 2000, Organización Panamericana de la Salud.
- Villarreal-Ríos, E., Mathew-Quiroz , A., Garza-Elizondo, M., Núñez-Rocha, G., Salas-Martínez, A. & Gallegos-Handal, M. (2002). Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública de México*. 44; 7-13.
- Waal-Manning, H., Knight, R., Spears, G., & Paulin, J. (1986). The relationship between blood pressure and personality in a large unselected sample. *Journal of Psychosomatic Research*. 30 (3); 361-368.
- Williams, R., & Williams, V. (1993). *Anger Kills. Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm your health*. USA: HarperCollins Publishers.
- Wright J.L., Abbanato, K.R., Lancaster, C., Bourke, M.L. & Nielsen, B.A. (1994). Gender-related subcomponent differences in high type A subjects. *Journal of Clinical Psychology* 50; 677-680.