



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ESPECIALIZACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO

**TRABAJO EMOCIONAL ASOCIADO A
CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y
TRASTORNOS DE SUEÑO EN
PERSONAL MÉDICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN SALUD EN EL TRABAJO

P R E S E N T A:

KARLA LEDEZMA MARTÍNEZ

ASESORES: M. EN C. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
MTRA. LUZ MARÍA ROJAS BAUTISTA

JURADOS: Dr. JOSÉ HORACIO TOVALIN AHUMANDA
MTRA. ELOISA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
MTRO. ALFREDO SÁNCHEZ VÁZQUEZ

PROYECTO PAPPIT IG-300315 "TRABAJO EMOCIONAL EN
PROFESORES UNIVERSITARIOS ASOCIADO CON ANSIEDAD,
DEPRESION Y NIVEL DE CORTISOL"

MÉXICO, DF.

JUNIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis se realizó con los recursos otorgados por el Programa PAPIIT IG-300315. "TRABAJO EMOCIONAL EN PROFESORES UNIVERSITARIOS ASOCIADO CON ANSIEDAD, DEPRESION Y NIVEL DE CORTISOL"

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	5
PROBLEMA DE ESTUDIO.....	7
MARCO CONCEPTUAL.....	9
I. Trabajo Emocional.....	10
I.1. Definición.....	10
I.2. Características.....	12
II. Consecuencias Del Trabajo Emocional En La Salud.....	13
II.1. Emociones y Salud.....	13
II.2. Trabajo Emocional en el Personal Médico.....	14
III. Personal Médico, Patologías Y Trabajo Emocional.....	16
III.1. Consumo de Alcohol y Tabaco.....	16
III.2. Trastornos de Sueño.....	17
III.3. Evaluación del Trabajo Emocional.....	18
OBJETIVOS.....	20
IV.1. General.....	20
IV.2. Específicos.....	20
METODO.....	21
V.1. Muestra.....	21
V.2. Criterios de Inclusión.....	21
V.3. Diseño.....	21
V.4. Participantes.....	21
V.5. Variables.....	25
V.6. Instrumentos.....	25
V.7. Procedimientos y plan de análisis.....	27
RESULTADOS.....	29
1. Características Generales de la Muestra.....	29
2. Características Laborales de la Muestra.....	31
3. Trabajo Emocional en la Muestra.....	33
4. Trabajo Emocional y Patologías.....	35
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	37
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44

ANEXOS	49
1. Escala de Trabajo Emocional en Profesionales de la Salud.....	49
2. Alcohol Use Disorder Identification Test.....	50
3. Consumo de Tabaco.....	51
4. Índice de Sueño.....	52
5. Consentimiento Informado.....	53
6. Escala de Percentiles de Trabajo Emocional.....	54

INTRODUCCIÓN

Los empleos de prestación de servicios se caracterizan por requerir, durante la mayor parte de la jornada laboral, un contacto directo con el cliente, paciente o usuario. En el Sistema Nacional de Salud Mexicano, conformado por un conjunto de entidades públicas -federales y estatales- del sector social y del privado existe una gran cantidad de trabajadores entre los que se cuentan médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc., que prestan servicios de salud, lo que promueve que se vean inmersos en interacciones sociales directas con pacientes.

Habitualmente, los profesionales que ahí laboran, logran una convivencia laboral saludable y cálida que favorece el trato digno y la mejora de los pacientes pero, en ciertas ocasiones a causa de múltiples factores, surgen conflictos que afectan la dinámica en la prestación de los servicios.

Durante muchos años, en las instituciones de salud, la atención se ha centrado en los trabajos físico e intelectual, pero se ha prestado poco interés a cuestiones de tipo emotivo; al respecto de éstas cuestiones, últimamente se ha comenzado a estudiar un fenómeno bastante complejo conocido como trabajo emocional (TE) que se define como el esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizacionalmente deseables, durante las interacciones interpersonales; éste interés ha ido creciendo a partir del descubrimiento de factores con carga emotiva que tienen el potencial de impactar tanto el proceso de la prestación de servicios de salud como la vida personal de los trabajadores.

Ahora se reconoce la importancia de la expresión emocional positiva en la interacción médico-paciente; en primer lugar porque, fundamentalmente, las interacciones se realizan cara a cara (o voz a voz cuando el servicio es telefónico) con los receptores del servicio; y, en segundo lugar porque organizacionalmente se espera que durante ésta interacción, los profesionales

de la salud regulen sus emociones y muestren solamente expresiones “apropiadas” que, muchas veces no sienten realmente pero que les permiten “mantener una imagen” a nivel personal y/o institucional.

No se ha explorado lo suficiente acerca de los efectos que subyacen al control emocional de los trabajadores inmersos en un ambiente médico real; por lo que, la presente investigación pretende conocer la relación entre el TE y el incremento en la incidencia del consumo de tabaco, de alcohol y de trastornos de sueño, en una población de médicos que laboran en una institución de salud pública; para así generar sugerencias que favorezcan un desempeño laboral más saludable.

PROBLEMA DE ESTUDIO

En las instituciones de salud, la interacción médico-paciente es constante, casi permanente; el médico atiende, durante horas, síntomas, dudas y quejas acerca de padecimientos de todo tipo; lo que demanda vocación de servicio, compromiso profesional y control emocional.

Lograr una interacción médico-paciente idónea puede convertirse en una tarea demandante ya que se requiere no sólo de las habilidades propias de la profesión sino también de un buen estado de salud y, del conocimiento de normas institucionales y normas éticas autoimpuestas por cada profesional según su ideal mental del rol laboral; ésto genera un comportamiento cargado de emociones únicas e irrepetibles, determinadas por factores como el temperamento, la personalidad, el carácter, la cultura y el entorno social; y, provoca una dinámica social tan positiva o negativa como el contenido emocional de dichos factores.

Para contribuir con sugerencias que ayuden a que los profesionales de la salud realicen un control emocional provechoso para las instituciones y para ellos mismos, es importante estudiar el fenómeno del TE en un ambiente real para identificar las áreas de oportunidad y así lograr el desarrollo de habilidades, la correcta toma de decisiones y la idónea ejecución de acciones que permitan una adecuada práctica clínica y un ambiente de calidad y calidez enfocado siempre al mejoramiento de los pacientes.

Con base en lo argumentado podría considerarse, con cierto grado de certidumbre, que la relación emociones-salud es de estudio reciente y que, como menciona (Briner R. , 1999), aún hay información por describir, detallar y explicar. Esto se debe a que la emoción es fundamental en casi todos los aspectos del trabajo por lo que su estudio debe ser integrado con la información sobre psicología organizacional existente al día de hoy.

Algunos autores mencionan que el TE no tiene efectos negativos en el trabajador cuando éste forma parte de la identidad profesional, es decir, cuando, emocionalmente expresa lo que cree que debe de expresar (Isenbarger, L. & Zembylas, M., 2006) o cuando la interacción con los pacientes

está tan mecanizada, que las emociones requeridas surgen de forma espontánea y rutinaria (Briner,, 1999). Por lo tanto, lo verdaderamente relevante para que el TE afecte o no la salud del personal médico, es el contraste que existe entre la conducta emocional requerida y la conducta emocional experimentada (Moreno-Jiménez, 2010). (Ashforth, B. E. & Humphrey, R. H., 1995)

Como se ha mencionado en las páginas anteriores, el TE y su afectación en el personal médico es un tema de gran importancia que, desafortunadamente, poco se ha estudiado. En nuestro país, son escasas las investigaciones que determinan la incidencia del consumo de tabaco por categoría laboral utilizando como unidad de observación al personal médico (Salmerón-Castro, 2002).

Tampoco existen muchas investigaciones sobre la calidad del sueño, los factores relacionados a ésta y su posible repercusión en los trabajadores de la salud que prestan atención continua (Díaz-Campo, 2008).

Por lo tanto, con éste estudio, se pretende contribuir con la producción de conocimiento científico sobre el tema dado que, a pesar de que tenemos de frente un problema muy grande en un sector tan importante como lo es el de la salud, la información y las medidas para solventarlo son escasas aunque deberían ser una prioridad dado que las consecuencias sobre el bienestar y la salud de la población general está en juego.

Definición del problema de estudio

Derivado de lo anterior, la presente investigación busca identificar si el TE negativo en personal médico se asocia con la incidencia del consumo patológico de alcohol y tabaco así como de trastornos de sueño.

Pregunta de investigación

¿Existe relación entre el Trabajo Emocional Negativo y la incidencia del consumo patológico de alcohol y tabaco, y la presencia de trastornos de sueño en personal médico de una institución de salud pública?

MARCO CONCEPTUAL

Emoción y estado de ánimo, son conceptos que tienden a usarse indistintamente pero no significan lo mismo; según Weiss los estados afectivos constituyen una categoría general que contiene a las emociones y a los estados de ánimo; siendo la **emoción**, un sentimiento muy intenso, de corta duración y asociado a un estímulo específico; y, el **estado de ánimo**, un sentimiento de intensidad difusa, débil o moderada; más duradero y, generalmente, sin vínculo específico hacia un estímulo (Weiss, H.M. , 2002).

Existe una teoría, conocida como la Teoría de los Eventos Afectivos que postula que algunos aspectos del ambiente laboral como las condiciones laborales, los roles de trabajo y el diseño del mismo, entre otros; disparan el inicio de las emociones dentro del contexto organizacional y constituyen los “eventos afectivos” detonantes o estresores diarios, mismos que actúan sistemáticamente y conllevan a reacciones conductuales o actitudinales con probable impacto negativo sobre el desempeño laboral (Fisher C.D. , 1998).

Dada la importancia que tienen las emociones y los estados de ánimo en el trabajo, desde hace ya varios años, algunos autores han intentado situar y valorar su implicación en el trabajo del personal médico; por una parte James, en 1989, y más tarde Staden, en 1998, afirmaron que dicha implicación emocional en el trabajo era indefinida, imposible de explicar de registrar; y que sólo se podía reconocer cuando ésta se deterioraba; o bien, cuando el profesional era incapaz de afrontarla de manera “saludable”

Para 1992, James vuelve a retomar el estudio del fenómeno y, aunque encuentra difícil crear una definición, considera que el manejo emocional por parte de los médicos, es parte esencial del cuidado del paciente y lo divide en tres rubros: organización, trabajo físico y trabajo emocional, considerando el trabajo físico como la estructura o soporte del trabajo emocional (James, 1992)

I. Trabajo Emocional

I.1 Definición

El concepto de Trabajo Emocional (TE) fue definido por primera vez por Hochschild, como *el control de los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente que tiene lugar cuando el rol laboral incluye entre sus prescripciones, emociones que el individuo debe experimentar y expresar como parte de su trabajo*. Agrega que éste tipo de rol requiere que *“el individuo induzca o suprima sentimientos con el fin de lograr mantener en los otros, el estado mental apropiado a partir de que perciban su apariencia externa”* (Hochschild, 1983).

Por su parte Ashforth y Humphrey mencionan la importancia incuestionable de la expresión del TE ya que centran su definición exclusivamente, en los aspectos observables de la emoción considerando que es ésta expresión, y no la experiencia, lo que realmente afecta la calidad del servicio (Ashforth, 1993).

Aunque para Briner y Briner, la experiencia también es importante, según ellos, el TE requiere de una sincronización entre la situación y las normas emocionales ante dicha situación (Briner R. , 1999).

Por otro lado, Morris y Feld, ofrecen una definición en la que identifican al TE como *“el esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizacionalmente deseables durante las transacciones interpersonales”*; es decir, los procesos necesarios para la consecución de un objetivo; y, consideran a la expresión más como un resultado (Morris, J. A. & Feldman, D. C. , 1996).

Otra definición es la que presenta Zapf, quien menciona que el TE involucra tanto un proceso psicológico como las acciones que permiten al individuo alcanzar los objetivos asignados por la organización para la cual labora (Zapf, 2002).

Un autor que distingue al TE de otras formas de control o regulación emocional es (Martínez I. , 2001) y nombra algunas de sus características, mismas que se enlistan a continuación:

- El TE es un acto público que está sujeto al control de la organización quien paga por su ejecución.
- La aplicación de las normas no obedece al criterio del individuo y tampoco está abierta a la negociación, por el contrario, éstas han sido estandarizadas con el objetivo de maximizar las posibilidades de conseguir los objetivos organizacionales.
- El intercambio social se reduce a unos cuantos aspectos o recursos, y su principal objetivo es económico, quedando subordinados los demás (p. ej. desarrollo de la confianza, empatía, etc.).

Otros autores consideran necesaria una caracterización más específica del TE a partir de los siguientes criterios:

- Supresión vs expresión (Hochschild, 1983).
- Centrado en el yo vs centrado en el otro (Pugliesi, 1999).
- Estatus del interlocutor (Denison, 1990); (Lively, 2000); (Yanay, N. & Shahr, G., 1998).
- Dimensión de la conducta (Hochschild, 1983).

Asimismo, el grado de interacción también resulta importante para el TE, pues según Hochschild, cuanto más es la duración del control de la emoción, más consecuencias negativas se producen (Hochschild, 1983).

Al respecto, Martínez considera que en las interacciones cortas y altamente estandarizadas, como en el caso de la relación cajero-cliente en un supermercado, el trabajador se centra principalmente en su expresión emocional (Martínez I., 2001). Por el contrario, en las interacciones prolongadas y vagamente definidas, como la relación terapeuta-paciente, el trabajador focaliza atención y esfuerzos en las emociones de las otras personas con la esperanza de cambiarlas. En este sentido, puede resultar de utilidad la dimensión denominada “sensibilidad emocional” es decir, la medida en que el TE demanda cierta atención y capacidad para interpretar la emociones de otras personas (Zapf, 2002).

Con base en lo anterior, se puede sugerir que el TE está determinado tanto por procesos psicológicos como por acciones que permiten al trabajador alcanzar alguno de los objetivos que le asigna la organización.

Así pues, como resultado de la asimilación de los objetivos, las reglas y los procedimientos organizacionales; el trabajador genera objetivos y tareas que tienen una referencia en la expresión emocional y, aunque los objetivos del TE son secundarios, generalmente contribuyen a la consecución de los objetivos primarios, tal es el ejemplo de las bromas de un pediatra hacia un niño, éstas pretenden crear compatibilidad emocional para examinar al niño. (Martínez I., 2001). Después de todo, el TE, siempre será un requisito indispensable para desempeñar puestos de trabajo que supongan una relación interpersonal y, por tanto, se debe tener en cuenta para prevenir que, posibles implicaciones negativas afecten la salud de los trabajadores (García & Martínez, 2004).

Teniendo en cuenta a los autores mencionados, podríamos definir, para efectos de la presente investigación, al TE como el esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizacionalmente deseables, durante las transacciones interpersonales. (Morris, J. A. & Feldman, D. C., 1996).

I.2 Características

Como se mencionó anteriormente, el TE hace referencia tanto a la expresión de las emociones (conducta expresiva), como a la experiencia obtenida en torno a esas emociones (sentimientos y pensamientos que acompañan a la emoción). En varios empleos se ponen en juego las emociones de los trabajadores ya que, además de desempeñar su tarea designada deben relacionarse con otras personas pero, es importante notar que, las emociones que despiertan esas relaciones no se consideran TE ya que son parte del trabajo en sí, para que haya trabajo emocional debe de existir un esfuerzo consciente en torno a la expresión emocional.

Salanova y cols., postulan que para que la actividad se considere como TE deben cumplirse las siguientes características (Salanova, M., Gracia, E., Martínez, I. M. &, 2007).

- Que las interacciones trabajador-usuario sean 'cara a cara' o 'voz a voz'.
- Que el trabajador muestre sus emociones para que éstas influyan en las emociones, las actitudes y las conductas de otras personas.

- Que el trabajo implique relaciones interpersonales entre el trabajador y un cliente, un paciente, un alumno, un usuario, etc.
- Que para facilitar el trabajo se exija la expresión emocional.
- Que la interacción social siga reglas o normas para expresar la emoción más apropiada en cada situación.

Esto deja más o menos claro que el TE será mayor mientras más interacciones sociales se presenten como en el caso de los servicios médicos ya que los trabajadores están obligados a desarrollar estrategias para mostrarse equilibrados emocionalmente sea o no idónea la situación.

II Consecuencias Del Trabajo Emocional En La Salud

II.1 Emociones y Salud

A la divergencia entre la emoción que un trabajador siente y la que, según las normas de la institución, debe expresar o suprimir se le conoce como disonancia o tensión emocional y se sabe que dicha tensión provocará un impacto negativo en su la salud y en su eficiencia laboral. Para ayudar a disminuir ese impacto podríamos comenzar por diferenciar entre suprimir emociones negativas y manifestar emociones positivas no sentidas, ya que ésto disparará mecanismos de acción diferentes y efectos diferentes (Fisher, C. & Ashkanasy, N. M., 2000).

De acuerdo a algunos autores, un factor que se asocia a síntomas patológicos relacionados con problemas cardiovasculares y con trastornos de ansiedad, es el control excesivo de las emociones negativas; sin embargo, existen otros factores que pudieran estar relacionados (Richards, J. M. & Gross, J. J. , 1999) (Wong, Y.J., Pituch, K.A. & Rochlen, A.B., 2006).

Un estudio del efecto de la inhibición emocional entre mujeres y hombres, en donde se consideran variables socio-culturales y características de las emociones suprimidas, demuestra que las mujeres tienen una mayor capacidad de desarrollar habilidades de TE que los hombres (Consedine, Magai, & Bonano, 2002) (Grandey, 2000); (Hochschild, 1983); (Schaubroeck, J. & Jones, J. R. , 2000).

Existen otros estudios de ambiente laboral en donde se ha observado la importancia de controlar frecuentemente e, incluso, inhibir las emociones negativas en poblaciones de médicos de áreas de urgencias y hospitalización en unidades de primer nivel de atención para favorecer la recuperación y el bienestar de los pacientes.

II.2 Trabajo Emocional en Personal Médico

Ya en 1930, la Organización Internacional del Trabajo, concluyó que los médicos constituyen uno de los grupos profesionales que con mayor frecuencia sufren de estrés y agotamiento lo que provoca síntomas de trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, enfermedades psicósomáticas y trastornos neuróticos. A partir de los años 50's, los profesiones sanitarios comenzaron a mostrar interés en la relación entre trabajo y salud; la Organización Mundial de la Salud auspició un grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en el ámbito hospitalario y observó que la sobrecarga de trabajo en servicios asistenciales y de urgencias así como la existencia de turnos rotatorios y la exposición a la situación crítica de los pacientes generan graves problemas de ansiedad y de estrés (De Lorenzo, 1997). Aunado a esto, se sabe que, el trabajo médico, implica riesgos y tensiones emocionales como la insatisfacción laboral y la personalidad del médico (Reig Ferrer y Caruana Bañó, en De Lorenzo, 1997).

Además, como se ha mencionado, los prestadores de servicios en áreas de salud como los médicos, presentan riesgos específicos mayores que otros prestadores de servicios. Factores como la presión de tiempo, el estrés, el aburrimiento, la falta de interés, los bloqueos mentales, la carencia de oportunidades en el trabajo y la ausencia de estímulos novedosos, están asociados con insatisfacción en la práctica profesional y con actitudes negativas hacia los cuidados de su salud (Wether W. Heith D., 1993).

Según Smith, el modificar o suprimir los sentimientos para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros, implica un gasto extra de fuerza y energía, componentes implicados en el TE, pero, además, el personal médico ofrece algo que, normalmente, no debería estar implicado en el trabajo y que no se muestra en ningún indicador en salud, la interacción íntima con los

pacientes; lo que provoca emociones intensas que pueden salir de su control y por tanto del concepto de TE (Hochschild, 1983), (Smith, 1992).

Así pues, vemos que esa interacción íntima con los pacientes implica, tanto un esfuerzo físico, para realizar las revisiones, curaciones y otras actividades; como un esfuerzo emocional para tener paciencia y confrontar la sintomatología por lo que debieran ser conductas consideradas como trabajo (Reig., 1990), (López, 2000).

Por todo lo anterior, es preciso tomar conciencia de la importancia del TE en la externación y erradicación del sufrimiento silencioso por el que pasan los médicos y sus repercusiones en la vida personal y familiar, sobre todo si la situación se torna crónica y, más aún, si la sintomatología obedece a un trastorno mental. Así pues, frente a este ocultamiento, la Asociación Médica Americana, elaboró un proyecto de ley en el que se señalaba la obligación moral de los médicos para comunicar los casos de compañeros con trastornos mentales, cuando éstos afectaran su práctica profesional y el médico quisiera ponerse en tratamiento (Iruela Cuadrado, 1983).

Como puede observarse, las consecuencias van desde el cansancio excesivo pasando por accidentes, síntomas cardiovasculares y psiquiátricos, además de infartos e, incluso, hasta suicidios; respecto a ésta última problemática, es la Especialidad en Psiquiatría la que presenta la tasa más alta de suicidios

Asimismo, se ha observado que, comparado con otras profesiones, son los médicos quienes muestran una mayor tendencia al consumo de analgésicos, estimulantes, tranquilizantes e inductores de sueño.

A pesar de todas las evidencias, actualmente se presta poca atención a la problemática por la que atraviesa el personal médico y a la exposición constante de situaciones de sufrimiento y muerte; por lo que es crucial definir la implicación emocional de ésta situación laboral adversa en la práctica clínica y desarrollar estrategias de afrontamiento como parte fundamental de la formación profesional y de la gestión administrativa en los centros de trabajo (López, 2000).

III. Personal Médico, Patologías Y Trabajo Emocional

III.1 Consumo de alcohol y tabaco

Otro de los riesgos con los que el personal médico se enfrenta, es el consumo patológico de sustancias como el alcohol y el tabaco. Se ha documentado que, en general, los trabajadores perciben que ingerir alcohol reduce la tensión y el estrés por lo que es bueno beber para trabajar mejor; éste esquema de pensamiento favorece una rutina patológica de consumo, ya que el alcohol sea una respuesta de afrontamiento al estrés en torno a cuestiones laborales (Frone, M.R. , 1999).

Respecto a nuestra población objetivo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce como prioridad el estudio del consumo de alcohol a partir de diversas investigaciones, una de ellas, llevada a cabo en una muestra de 907 enfermeras de un hospital de Taiwán en donde se encontró que entre el 3% y 8% consumen alcohol de manera regular (Hinojosa-García, 2012).

Respecto al consumo de tabaco, si bien se han hecho estudios generales de la población en países desarrollados, poco se sabía de lo que ocurre entre el personal médico. Así que el consumo patológico de tabaco en los médicos constituyó el inicio de un nuevo paradigma en la investigación epidemiológica en la década de los años 50, cuando se estableció una relación causa-efecto entre el consumo de tabaco y la incidencia de cáncer pulmonar en un estudio con médicos ingleses (Doll R., B. & Hill, A., 1950).

Determinados factores facilitan que los profesionales de la salud se involucren en adicciones (tabaco y alcohol), algunos de éstos podrían ser, el medio ambiente que rodea al sujeto, la desorganización social, la alta disponibilidad de sustancias adictivas, la tensión, el estrés y el ritmo de trabajo propios del rol que desempeñan como médicos.

Respecto al género, se sabe que el consumo de tabaco entre el personal médico, tanto masculino como femenino, se ha incrementado de manera similar; cabe destacar que al igual que en los hombres, el estrés laboral ha afectado también a las mujeres, ya que, generalmente, cumplen una “doble jornada laboral” (trabajo y hogar) además del aumento en la tolerancia social al

consumo. Sin embargo, se ha observado que las mujeres médicos tienden a disminuir el consumo después de la quinta década de la vida, lo cual podría estar asociado a una mayor conciencia en el autocuidado de la salud (Maya-Mondragón, 2007).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve, como prioridad, que el personal médico y paramédico deje de fumar, ya que desempeñan una importante función como educadores en la promoción de comportamientos saludables en la población general.

Como vemos, el problema de adicciones en los médicos no es un asunto trivial dado que no atenderlo provocará daño físico, psicológico y social (familiar, laboral, etc.) debemos identificar los factores de riesgo en torno a las adicciones y generar estrategias que contemplen el problema multifactorialmente para mejorar las condiciones laborales actuales de los médicos en todas las instituciones de salud del país.

III.2 Trastornos de Sueño

Como se mencionó anteriormente, la disonancia o tensión emocional puede acarrear consecuencias adversas para el personal médico, además, el permanecer en contacto directo y constante con las enfermedades, el sufrimiento y la muerte, constituyen una fuente de desgaste físico y carga mental. A ésta carga mental se le añaden dificultades cotidianas relacionadas con la organización laboral tales como la sobrecarga de trabajo, los problemas de comunicación entre colegas y la rotación de horarios, que pueden desencadenar trastornos del sueño (Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E., et. al., 1991).

Según el Manual de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) se entiende como trastornos del sueño a cualquier alteración en el proceso del sueño.

Se sabe que un problema común en el medio hospitalario es el Trastorno Circadiano por Turnicidad en el cual, las personas muestran un patrón de sueño desestructurado; aunque se han hecho estudios al respecto, no se ha

reconocido la importancia de su incidencia en los servicios de atención primaria (AP) en donde la jornada laboral suele ser irregular debido a que los trabajadores deben cubrir guardias. Ésos cambios frecuentes de horario, propios de la AP, afectan el ciclo de sueño ya que se difiere el periodo de descanso debido al alargamiento de la jornada laboral (Díaz-Campo, 2008). La mayor parte de los empleados de salud realizan de una u otra forma trabajo por turno, lo que necesariamente afecta a sus hábitos de sueño (Rodrigo, 2011).

Un estudio realizado en hospitales, puso en evidencia que el turno nocturno constituye un factor generador de estrés y de trastornos del sueño (García, 2003), (Rodrigo, 2011). De manera similar, otro estudio realizado en 5 hospitales públicos catalanes, a enfermeros y médicos, concluyó que el trabajo nocturno se asocia a una mayor incidencia de trastornos como el insomnio y el sueño interrumpido del (Díaz-Campos, LL.MN., & Aulet,R.A., 2008).

III.3 Evaluación del Trabajo Emocional

A pesar de que, como hemos venido mencionando, la evaluación del TE resulta imperativa, debemos tener en cuenta que no es una tarea sencilla ya que, el desarrollo de instrumentos de evaluación, es relativamente reciente.

Uno de los instrumentos más útiles es el *Frankfurt Emotion Work Scales (FEWS)*, ya que evalúa al TE en ocho dimensiones (Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic, 1999):

1. Frecuencia de emociones positivas
2. Frecuencia de emociones negativas
3. Demandas de sensibilidad
4. Empatía emocional
5. Control emocional
6. Margen de interacción
7. Disonancia Emocional
8. Normas Emocionales

Otro instrumento usado para el mismo fin, es la *Escala de Demandas de Trabajo Emocional* cuyo objetivo es mejorar el rendimiento laboral efectivo y crear una buena impresión hacia los demás; la evaluación contempla la

expresión de emociones positivas y la supresión de emociones negativas (Schaubroeck y Jones, 2000).

Un tercer instrumento mide la existencia de la sobrecarga emocional considerando el desajuste entre las demandas emocionales y recursos emocionales (Salanova, 2007).

Debido a que los médicos, constantemente se encuentran ajustando emociones "inapropiadas" que pudieran limitar su desempeño laboral y obstaculizar el cumplimiento de objetivos sustantivos, es preponderante continuar estudiando el fenómeno del TE y las problemáticas asociadas a éste como el consumo de tabaco, de alcohol y los trastornos de sueño.

OBJETIVOS

IV.1 General	Hipótesis
Determinar la relación entre Trabajo Emocional, en el personal médico y el puntaje de Trastornos de sueño y el consumo de tabaco y alcohol.	El personal médico con un nivel alto de Trabajo Emocional presentará mayores puntajes de Trastornos del sueño y consumo de tabaco y alcohol.
IV.2 Específicos	Hipótesis
Caracterizar el tipo de Trabajo Emocional en el personal médico.	Se clasificará a quién de los participantes tienen trabajo emocional positivo y negativo
Asociar el nivel de Trabajo Emocional en personal médico con el puntaje de Trastornos de Sueño.	El personal médico que muestre mayor puntaje de Trabajo Emocional negativo presentará un mayor puntaje de Trastornos del Sueño.
Asociar el nivel de Trabajo Emocional en personal médico y el incremento en el Consumo de Tabaco.	El personal médico que muestre mayor puntaje de Trabajo Emocional negativo presentará un mayor puntaje en el consumo de tabaco.
Asociar el nivel de Trabajo Emocional en personal médico con el puntaje de Consumo de Alcohol.	El personal médico que muestre Trabajo Emocional negativo presentará un mayor puntaje de Consumo de Alcohol.
Asociar si la existencia de otro trabajo, antigüedad, contrato y el turno; muestran diferencias en la frecuencia con que se presenta el Trabajo Emocional Negativo.	La antigüedad, el puesto y tener otro trabajo serán las variables laborales que tengan mayor frecuencia de Trabajo Emocional negativo.

MÉTODO

V.1 Muestra:

Se trabajó con 89 médicos de una Institución Pública del turno de la mañana y del turno de la tarde que voluntariamente participaron bajo previo consentimiento informado.

V.2 Criterios de Inclusión:

- Ser médico.
- Todos los médicos que laboran en la Unidad de Medicina Familiar
- Todos los médicos de ambos turnos

V.3 Diseño:

El estudio es de tipo transversal (Kleinbaum, 1982) utilizando un diseño transeccional, correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2003). Con la aplicación de cuestionarios a una población de 89 médicos que laboran en una Unidad de Medicina familiar de Salud Pública.

V.4 Participantes:

Se llevó a cabo un levantamiento de información del total de médicos familiares y generales de una Unidad de Medicina Familiar (89 participantes) de ambos turnos: matutino y vespertino.

V.5 Variables:

Tipo de variable	Definición Conceptual	Operacionalización	Indicadores
Variable Independiente: Trabajo Emocional	<p>El esfuerzo, la planificación y control necesarios para expresar las emociones organizacionalmente deseables durante las transacciones interpersonales (Morris y Feldman, 1996, p. 72)</p>	<p>1. Control de Emociones Negativas: el control de emociones negativas se refiere al proceso cognitivo voluntario del trabajador de suprimir la expresión negativa de su emoción para favorecer el intercambio con el cliente.</p> <p>2. Expresión forzada de Emociones Positivas: esta condición laboral se basa en un principio conductual que expresa para minimizar la disonancia emocional de su emoción adversa que es cambiada por una expresión positiva forzada en el trato con su cliente.</p> <p>3. Normas Institucionales: las normas laborales es uno de los factores más indicativos del trabajo emocional ya que es la condición obligatoria de parte de la institución para pedir normas de formas implícitas o explícitas para favorecer el trato amable y cordial, poniendo énfasis en el papel de servicio de la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfado • Emoción al margen del trabajo • Expresión como norma • Sentimientos negativos
Variable dependiente: Consumo de Tabaco	<p>Estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia</p>	<p>Frecuencia de consumo: cantidad en cigarrillos</p> <p>Presentación de tabaco: con/sin filtro, en hoja,</p> <p>Años de consumo: de inicio a la fecha</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de consumo de cigarrillos • Cantidad de cigarrillos consumidos • Fuman a su alrededor

	intensos. (OMS, p. 59)		
Consumo de Alcohol	Trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad. (OMS, p. 16)	<p>Frecuencia de consumo:</p> <p>Consumo perjudicial: Sin problemas: Hombres; 0-7 puntos; Mujeres; 0-5/Bebedor de riesgo: Hombres: 8-12 puntos; Mujeres: 6-12 puntos.</p> <p>Consumo patológico: Problemas físico-psíquicos y probable dependencia alcohólica: Hombres: 13-40 puntos; Mujeres: 13-40 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas • Número de bebidas alcohólicas en un día • Mezclas de bebidas
Trastorno de sueño	Trastornos del sueño: Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos.	<p>Disomnias: Insomnio primario: El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes, fatiga diurna.</p> <p>Severidad clínica: se refiere una patología del dormir que necesita del uso de fármacos y de atención especializada.</p> <p>Los puntos de corte: Global: Bajo (13 puntos o menos), Moderado (14-16 puntos), Severo (16 puntos o más). Disomnia: Bajo (8 puntos o menos), Medio (9 puntos), Alto (10 puntos o más). Severidad: Bajo (5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir mal • Despertarse varias veces en la noche • Cansado todo el día • Usa pastillas para dormir • Ronca

		puntos o menos), Medio (6-7 puntos), Alto (8 puntos o más)	
Variables confusoras*	Sexo: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Se identificará dentro de la ficha de identificación: Género del participante (hombre o mujer)	
	Edad: Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo.	Se identificará dentro de la ficha de identificación: Edad en años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> De 30 años a 60 años sin meses
	Turno: Equipos de trabajo que prestan servicios en una actividad continuada.	Se identificará dentro de la ficha de identificación: Turno en el cual labora el participante (matutino o vespertino)	<ul style="list-style-type: none"> Matutino Vespertino
	Otros empleos: Trabajo realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Se identificó dentro de la ficha de identificación: Otros empleos que el participante desempeñe, además del que realiza en la clínica donde se recolectarán los datos	<ol style="list-style-type: none"> Institución 2 Instituciones 2 o más Instituciones

(*) = En los análisis estadísticos se determinará si éstas variables actúan como confusoras o como modificadoras del efecto.

VI.6 Instrumentos

Escala de Trabajo Emocional en Profesionales de la Salud

Es un instrumento que se adaptó de la escala de Trabajo Emocional para Educación Superior, TEES, (Rodríguez, Tovalín, Salvador y Acle, 2014), validada con 311 profesores universitarios mexicanos cuyo valor de Alfa de Cronbach fue de 0.81 y validez predictiva, con la escala de depresión de Yesavage versión 30 ($r=0.45$), la escala de ansiedad de Golberg ($r=0.55$) y el cuestionario PANAS de afectividad positiva con (-0.84) (Comunicación del autor).

La adaptación se realizó con 89 médicos de una unidad de medicina familiar de una institución pública que comprenden el total de la población de médicos en la unidad y a los cuáles se le aplicó el instrumento de 15 reactivos que miden cuatro dimensiones: Expresión forzada de emociones positivas, Normas autoimpuestas, Normas institucionales y Control de emociones negativas. Es auto-aplicable y con opciones de respuesta tipo Likert: Siempre, Casi siempre, Algunas veces, Casi nunca y Nunca (Ver anexo 1). (En proceso de Validación)

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

El AUDIT fue desarrollado por la OMS como método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve, de los trastornos al consumo de alcohol, publicado en 1989 y fue actualizado en 1992.

Se trata de un instrumento de 10 preguntas que entregan un puntaje que permite clasificar en tres categorías de riesgo a los consumidores de alcohol. De acuerdo a la recomendación de la OMS, los puntajes que identificaron los distintos niveles de riesgo en la escala AUDIT son: consumo de riesgo, consumo perjudicial y patológico. (Ver anexo 2).

Es un instrumento ampliamente utilizado, el cual ha sido validado y adecuado para diversas poblaciones de habla hispana, reportando buenas propiedades psicométricas, como es el caso de la adaptación y validación para población mexicana (1).

Cuestionario sobre Consumo de Tabaco

Se trata de un instrumento en proceso de validación que permite identificar el patrón de consumo de tabaco. Fue diseñado por (García C. V., 2012) para su trabajo de tesis, obteniendo un valor de alpha de 0.90 en un muestreo a 80 trabajadores de una Industria Química. Es auto-aplicable y con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 4, donde la opción de respuesta depende de cada ítem (Ver anexo 3).

Adecuación del instrumento de Índice de Sueño

Se trató de un instrumento que permite identificar disomnias e indicadores de severidad clínica en el comportamiento del dormir. Es un instrumento que se validó con 1500 trabajadores de la industria petrolera de las áreas operativas y administrativas de tres regiones petroleras mexicanas (Tovalín, H & Rodríguez, M. , 2011), se obtuvo validez concurrente ($r=.60$) con las escalas Golberg.

Es autoaplicable con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 a 4, donde 1=nunca, 2=rara vez, 3=frecuentemente y 4=muy frecuentemente. Las respuestas arrojan resultados en dos dimensiones: trastorno primario de sueño y trastorno severo de sueño. En la adecuación llevada a cabo por (Tovalín, H & Rodríguez, M. , 2011), (Retolaza Balsategui, 1993) se reportan propiedades psicométricas adecuadas (ver anexo 4).

- (1) Para mayor información del proceso de validación y adaptación en sus diferentes poblaciones, consulte http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

V7. Procedimiento

Se solicitó permiso a la Directora de la Institución Pública de la Unidad de Medicina Familiar y del Sindicato, para la aplicación de los instrumentos y escalas a los médicos que laboran en dicha unidad. También se les informó a los médicos que se les realizaría la somatometría indicada y toma de signos vitales, con el objetivo de regresarles a los médicos un chequeo rápido de su Tensión Arterial e Índice de Masa Corporal, no obstante, los datos somatométricos no se incluyeron en el análisis pues no eran parte de los objetivos de estudio.

Es importante señalar que el objetivo de este estudio se le explicó a cada uno de los participantes con la finalidad de que su decisión de colaborar o no en esta investigación esté bien fundamentada, el cual se les recordó en todo momento que su colaboración era voluntaria y la información completamente anónima, la cual sólo se usó con fines científicos.

Cabe mencionar que, aunque se trató de un protocolo que presentó un riesgo menor para la población objetivo según la Declaración de Helsinki, por tratar temas de salud y emociones en el trabajo previo a la participación, se firmó un consentimiento informado (Ver Anexo 5).

Posteriormente se utilizó la escala de TEES.

Plan de análisis de datos

Una vez recogida el total de la muestra de ambos turnos, se procedió a:

Procesamiento de los datos: En el procedimiento de los datos de utilizaron SPSS (Versión 22) y EXCEL 2010.

Presentación de datos: Los datos se representaron realizando un análisis estadístico descriptivo mediante cuadros de frecuencia y también se realizó una correlación (Spearman) con las variables independientes y dependientes.

Para las pruebas de hipótesis se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, cuya fórmula es el coeficiente de correlación de Spearman con letra ρ , siendo la expresión que nos permite calcularlo:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

donde D es la diferencia entre los correspondientes estadísticos de orden de x - y . N es el número de parejas.

El cual posteriormente se realizó el procedimiento de recolección de datos, procedimiento de vaciado cálculo y procedimiento de análisis estadístico.

RESULTADOS

En el presente trabajo de tesis se trabajó con 89 trabajadores de una Institución de Salud, donde se estudió la relación entre trabajo emocional, consumo de alcohol, tabaco y trastornos del sueño. Se recabaron variables sociodemográficas, laborales y sus asociaciones. A continuación se presentan las características generales de la población estudiada.

1. Características Generales de la Muestra

El 59.6% de la población fue del sexo femenino y el 40.4% del sexo masculino (*Tabla 1*).

Tabla 1. Sexo		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	40.4
Femenino	53	59.6
Total	89	100.0

Según estado civil, el 42.7% eran casados y el 7.9% eran divorciados (*Tabla 2*).

Tabla 2. Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	28	31.5
Casado	38	42.7
Unión libre	16	18.0
Divorciado	7	7.9
Total	89	100.0

Respecto a la escolaridad, el 18% tiene el grado profesional de médico, mientras que el 82%, además de dicho grado, tiene un posgrado (*Tabla 3*).

Tabla 3. Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	16	18.0
Posgrado	73	82.0
Total	89	100.0

Acerca del número de hijos, el 42.7% tiene un solo hijo y el 2.2% tiene alrededor de 4 hijos (*Tabla 4*).

Tabla 4. Número de hijos		
No. de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	18	20.2
1	38	42.7
2	26	29.2
3	5	5.6
4	2	2.2
Total	89	100.0

En cuanto a la edad, los participantes tenían en promedio de 41 años (desviación típica de 7.74) (*Tabla 5*).

Tabla 5. Edad	
Media	41.89
Mediana	39.00
Desviación Típica	7.774
Varianza	60.442

2. Características Laborales de la Muestra

El 42.7% labora en el turno matutino, el 40.4% en el turno vespertino y el 16.9% rota turnos (*Tabla 6*).

Tabla 6. Turno		
Turno	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	38	42.7
Tarde	36	40.4
Mixto	15	16.9
Total	89	100.0

Referente al tipo de contrato, el 73% es de base, el 16.9% es de interinato y el 10.1% es de confianza (*Tabla 7*).

Tabla 7. Contrato		
Contrato	Frecuencia	Porcentaje
Base	65	73.0
Confianza	9	10.1
Interinato	15	16.9
Total	89	100.0

Acerca de otros trabajos, el 11.2% no tiene otro trabajo y el 88.8% si lo tiene (*Tabla 8*).

Tabla 8. Otros Trabajos		
Otro trabajo	Frecuencia	Porcentaje
No lo tiene	10	11.2
Sí lo tiene	79	88.8
Total	89	100.0

En cuanto a la antigüedad en el trabajo y en el puesto de trabajo, se observó una media de 12.02 años (desviación típica de 7.842) (Tabla 9).

Media	12.02
Mediana	10.00
Desviación Típica	7.842
Varianza	61.499

Acerca del nivel de consumo de tabaco, el 22.65% se ubica en alto que corresponde con el percentil del .75 AL .89, el 56.2% en bajo a moderado (Percentil .50 AL .75 y el 21.3% en excesivo, que se incluyeron los puntajes más extremos, superiores al percentil .89 (Tabla 10).

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo a moderado	50	56.2
Alto	20	22.5
Excesivo	19	21.3
Total	89	100.0

Sobre el nivel de riesgo ante el consumo de alcohol, el 22.5% se ubica en alto, el 59.6% en bajo a moderado y el 18% en excesivo (Tabla 11).

Nivel de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	20	22.5
Bajo a moderado	53	59.6
Excesivo	16	18.0
Total	89	100.0

Dentro del campo de los trastornos de sueño, el 4.5% se ubicó en alto, el 6.7% en bajo a moderado y el 88.8% en severo (*Tabla 12*).

Tabla 12. Trastornos de Sueño		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo a moderado	2	2.2
Alto	8	9.0
Severo	79	88.8
Total	89	100.0

3. Trabajo Emocional en la Muestra

La interpretación de los puntajes del instrumento de trabajo emocional se obtuvo a partir de los percentiles p.50, p.75 y p.90 para las sub-escalas para contemplar la distribución de la muestra y considerar los casos que contemplaran los puntajes dentro de la norma de distribución y aquellos que por su intensidad, mostraran excesivamente altos, de ahí la importancia de incluir los valores iguales o mayores a .90 para la escala total.

Sólo en el caso del puntaje global se incluyó el cálculo del percentil p.10 para obtener el nivel de trabajo emocional positivo (Ver Figura 1, Anexo 6).

En cuanto al TE, el 60.7% muestra un TE positivo, el 23.6% un TE con riesgo medio-alto y el 15.7% un TE negativo (*Tabla 13*).

Tabla 13. Frecuencia de Trabajo Emocional		
Tipo de TE	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	54	60.7
Riesgo medio-alto	21	23.6
Negativo	14	15.7
Total	89	100.0

Referente a la sub-escala de Expresión Forzada de Emociones, se encontró que el 92.1% mostró Expresiones Positivas mientras que el 7.9% mostró Expresiones Negativas (*Tabla 14*).

Tabla 14. Frecuencia de Expresiones Forzadas Positivas		
Expresión	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	7	7.9
Positiva	82	92.1
Total	89	100.0

En la sub-escala de Control de Emociones Negativas, el 11.2% mostró un Control Negativo de las emociones y el 88.8% un Control Positivo (*Tabla 15*).

Tabla 15. Control de Emociones Negativas		
Control	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	10	11.2
Positivo	79	88.8
Total	89	100.0

Acerca de la sub-escala de Normas Institucionales, el 91.0% se clasificó como Normas Adecuadas y el 9% como Normas Excesivas (*Tabla 16*).

Tabla 16. Normas Institucionales		
Normas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuadas	74	91.0
Excesivas	15	16.9
Total	89	100.0

4. Trabajo Emocional y Trastornos de Sueño

Según los resultados obtenidos respecto a los trastornos de sueño, el 9% mostró un nivel alto, el 2.2% un nivel bajo a moderado y el 88% un nivel severo (Tabla 17).

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8	9.0
Bajo a moderado	2	2.2
Severo	79	88.8
Total	89	100.0

Para probar la asociación entre Trabajo Emocional y Tabaquismo, Alcoholismo y Trastorno del sueño, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, donde se observa que el puntaje de Trabajo Emocional correlaciona positiva y significativamente con el consumo de tabaco ($\rho = .292$, $p = 0.005$), es decir, que a mayor puntaje de Trabajo Emocional mayor consumo de tabaco (Ver tabla 18). Además se observa que hay una asociación negativa significativa entre Trabajo emocional y el Índice de sueño y ($\rho = -.343$, $p = 0.005$), a mayor trabajo emocional menor puntaje del índice de sueño.

		TE	Índice de Tabaco	Índice de Alcohol	Índice de Sueño
Trabajo Emocional	Rho	1.00	.29**	.06	-.343**
	p.	.	.005	.57	.001
	n	89	89	89	89
Índice de Sueño	Rho	-.34**	-.15	-.004	1.000
	p.	.001	.161	.971	.
	n	89	89	89	89
Índice de Alcohol	Rho	.06	.26*	1.000	-.004
	p.	.57	.014	.	.971
	n	89	89	89	89
Índice de Tabaco	Rho	.29**	1.00	.261*	-.150
	p.	.005	.	.014	.161
	n	89	89	89	89

También es importante señalar que se encontró correlación baja entre las variables independientes señaladas, donde el Índice de Alcohol correlaciona con el Índice el índice de Tabaco.

Considerando las sub-escalas que se presentaron anteriormente podemos deducir que el Trabajo emocional se correlaciona de forma significativa con el consumo de Tabaco y Trastornos del sueño.

Se encontró una correlación significativa entre la Expresión Forzada de Expresiones Positivas (EFEP) con el Índice de Alcohol de -0.229, con el Control de Expresiones Negativas (CEN) y las Normas Institucionales (NI) 0.276

El CEN se correlacionó con el Índice de Sueño de -0.348, las NI 0.629 y las EFEP 0.289.

Las NI se correlacionaron con Índice de Tabaco, 0.228 y con las EFEP y CEN (Tabla 19).

Tabla 19. Correlaciones de la Expresión Forzada de Emociones Positivas

		EFEP	CEN	Normas Inst.	Índice de Tabaco	Índice de Alcohol	Índice de Sueño
Expresión Forzada de Emociones Positivas	Rho	1.000	.289**	.276**	.130	-.229*	-.079
	p.	.	.006	.009	.226	.031	.462
	N	89	89	89	89	89	89
Control de Expresiones Negativas	Rho	.289**	1.000	.629**	.168	.068	-.348**
	p.	.006	.	.000	.116	.527	.001
	N	89	89	89	89	89	89
Normas Institucionales	Rho	.276**	.629**	1.000	.228*	-.040	-.176
	p.	.009	.000	.	.032	.707	.099
	N	89	89	89	89	89	89

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

**. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

Finalmente, se analizó la asociación entre Trabajo Emocional y las variables de antigüedad, contrato, turno y otro trabajo, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la magnitud del TE entre los diferentes grupos.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Como lo menciona (Weiss, H.M. , 2002), en la Hipótesis General el trabajo de investigación se planteó un determinar la relación entre los diferentes tipos de TE en el personal médico y la presencia de Consumo de Alcohol, Consumo de Tabaco y Trastornos de Sueño. Se encontró relación entre el incremento del puntaje de TE y el Consumo de Tabaco y los Trastornos de Sueño, no así con el Consumo de Alcohol.

Considerando que el Consumo de Tabaco es una conducta adictiva, es posible que sea más fácil prevenir su inicio que lograr su abandono, se puede decir que en el personal médico, es un hábito muy común, aunque sugerimos abordar el problema, se considera que ese no es tan grave como en el caso de los Trastornos de Sueño asociados al TE. Aunque el problema de los trastornos del sueño también pueden estar relacionados con los turnos de trabajo de en los médicos, además de al TE.

En cuanto a la relación negativa entre el incremento de TE y la disminución del puntaje de los Trastornos de Sueño, pudiera indicar (como una suposición de la autora de este trabajo de tesis) que os trastornos no son un efecto directo del Trabajo Emocional en esta muestra de trabajadores o que se requiere de una muestra más grande que permita tener mayor variedad de síntomas de sueños y entonces analizar de forma diferente la muestra en términos estadísticos.

Se sabe que algunos factores como la presión del tiempo, el estrés, aburrimiento, la falta de interés, los bloqueos mentales, la falta de oportunidades en el trabajo y la falta de estímulos, se asocian con insatisfacción en la práctica profesional y con actitudes negativas hacia los cuidados de la salud. (Smith, 1992), por lo que es importante que el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar, modifique de origen los sentimientos negativos para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros, de no ser así se produce la diferencia entre las emociones sentidas y las mostradas al exterior. (Reig., 1990).

En un estudio se puso en evidencia que el turno del personal médico constituye un factor generador de trastornos de salud que potencia el estrés y los

trastornos del sueño. (Frone, M.R. , 1999), además se señaló que los problemas de consumo de alcohol en los trabajadores ocurren por rutina, desinterés en el trabajo y jornadas de trabajo largas, sugiriendo que el consumir alcohol puede ser la opción para afrontar factores estresantes en el entorno del trabajo o del desempeño laboral. Al laborar de noche y dormir de día, el trabajador hace frente a una doble exigencia: efectuar sus tareas durante el periodo de desactivación y dormir durante el periodo de activación lo que disminuye la eficacia reparadora del sueño.

Por otra parte, Maya-Mondragón (2007), refiere que se ha incrementado el consumo de tabaco en el personal médico tanto en hombres como en mujeres, debido al estrés laboral y al incremento en la tolerancia social al consumo del mismo, lo que explica la significancia en la correlación del aumento en el Consumo de Alcohol, el Consumo de Tabaco y los Trastornos de Sueño.

En este trabajo se encontró un incremento significativo del Consumo de Tabaco en los médicos que tuvieron altos niveles de TE, lo cual confirma la hipótesis planteada.

Por lo que corresponde al consumo de Alcohol, no se confirmó la hipótesis, esto pudo ser porque sólo el 59.6% consumen alcohol y sólo el 18% tienen un consumo excesivo. Según Frone (1999) el consumo de alcohol empleado puede ser una respuesta directa o indirecta a las cualidades físicas y psicosociales del ambiente de trabajo.

El sueño es esencial para la vida y es la base de numerosas funciones fisiológicas y psicológicas, y los trastornos de sueño pueden tener consecuencias negativas tanto para el organismo, como para la interacción con terceros al favorecer cambios repentinos de humor, la irritabilidad, la actitud pesimista y el aumento de estrés y ansiedad en los médicos.

En este estudio los Trastornos de Sueño tuvieron una prevalencia del 88.8 % con alteraciones severas, que es una condición patológica asociada con su estructura organizacional de tiempo de trabajo, esto puede haber afectado el resultado de la correlación obtenida entre los **Trastornos del sueño y TE**, dando una correlación negativa, difícil de interpretar. Esta asociación se pudiera descartar después de realizar un análisis multivariado con estas

variables, análisis que no fue objetivo de este trabajo de tesina, el cual se encontraría otra vía de explicación.

De acuerdo con Moreno-Jiménez, (2010), en cuanto a las emociones en el trabajo no se trata de esconderlas o reprimirlas, sino de ir descubriendo cuales son las áreas de nuestra mente que están reaccionando y porqué lo están haciendo para luego trabajar en su maduración y así crecer como personas autónomas y sanas emocionalmente.

La relación entre **TE e incremento en el Consumo del Tabaco**, confirma la hipótesis planteada debido a que se encontró una significancia de 0.292, y un nivel de Consumo Excesivo del 21.3%, demostrando la correlación entre éste y el TE, además, cuando se alcanzan niveles mantenidos, intensos o frecuentes de consumo, se tiende a producir cambios en la conducta de manera tal que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas como el tabaquismo.

Acerca de la asociación entre el nivel de **TE y el incremento en el Consumo de Alcohol**, no se confirmó la hipótesis, y aunque se encontró un consumo excesivo del 18%, este consumo no se correlaciona con el puntaje de TE.

La asociación del TE Negativo y el tener otro trabajo, la antigüedad, el tipo de contrato y el tipo de turno, no mostró significancia estadística por lo que no se comprueba la hipótesis.

Los resultados de la investigación ponen en evidencia que los médicos de la Unidad de Medicina Familiar, tanto del turno matutino como del vespertino, avalan lo que la Organización Internacional del Trabajo sostiene, que constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presentan con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos como ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, a causa del contacto con las enfermedades.

Puede ser, que por el hecho de que fumar sea una conducta común y aceptada socialmente, el médico la integra en su ámbito laboral asociándola positivamente con el TE como una manera de expresar los sentimientos secundarios a la fuerte carga de trabajo o como un medio para mantenerse

despierto. En cambio, respecto a al sueño, que se asocia de forma negativa, ya que los Trastorno de Sueño representan uno de los factores problemáticos predominantes en la mayoría de los profesionales de la salud.

Otro componente importante es que, desde etapas de juventud temprana, la gente fuma para llamar la atención dentro del grupo de amigos, para disminuir el estrés o la frustración o, simplemente, por entretenimiento. Sea el motivo que fuese, tenemos que ser conscientes de que al fumar no solo nos perjudicamos nosotros sino que también hacemos daño a quienes están en nuestro entorno ya que ellos al aspirar el humo del cigarro, se convierten en fumadores pasivos y también corren el riesgo de contraer enfermedades.

A partir de los años 50's, los profesiones sanitarios muestran su interés en la interrelación que existe entre el trabajo y su salud. La OMS cuenta con un grupo de trabajo que trata los riesgos profesionales en el ámbito hospitalario; éste grupo ha observado que sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios y la situación crítica de los pacientes generan graves problemas de ansiedad y estrés (De Lorenzo, 1997).

En conclusión, la presente investigación, se encontró asociación entre altos puntajes de Trabajo Emocional y el incremento en el Consumo de Tabaco.

Los resultados de la siguiente investigación ponen en evidencia que, como se ha mencionado previamente, el Trabajo Emocional (TE) es el esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizacionalmente deseables, durante las transacciones interpersonales; pero es importante notar que también las emociones personales están inmersas en esa expresión, ya que, es sabemos que es más probable que una persona con un buen ánimo incremente su productividad.

En el sector servicio, como es en el caso de los profesionales de la salud, el contacto directo con el usuario, cliente o paciente es constante e implica un grado alto de TE para mantener los problemas alejados.

Éste contacto constante con los pacientes y la sobrecarga de trabajo puede ocasionar efectos adversos que se manifiestan como sentimientos, actitudes y

comportamientos poco asertivos y generar apatía, fatiga física, irritabilidad e indiferencia provocando que el profesional de la salud muestre un patrón emocional robótico y programado. A la larga, ese patrón genera tal tensión psicológica que el hecho de ir laborar se convierta en un acto desagradable y molesto, transmitiendo al paciente una impresión negativa y creando en la institución un ambiente sin calidad ni calidez además de conductas nocivas para su salud.

Los hallazgos que arroja el presente estudio señalan la importancia de conocer sobre el TE y sobre las herramientas y estrategias a seguir para proyectar una actitud positiva surgida desde una convicción y no sólo desde la obligación de mostrar una fachada institucional adecuada a pesar de sentir enojo, cansancio y frustración.

El presente estudio permitió comprender mejor los componentes del TE para sentar precedente de lo que se hace y lo que no al respecto en el ámbito hospitalario y, tener en claro las consecuencias que podríamos esperar si no atendemos ésta problemática.

Cuando la negatividad y el pesimismo predominan en el comportamiento humano se obtienen pésimos resultado a nivel físico (cansancio, errores) como mental (frustración, enojo) y social (relaciones interpersonales), lo que puede determinará nuestra manera de actuar y ver la vida.

Una Institución saludable fomenta actitudes positivas y optimistas cuidando no solo el ambiente de trabajo sino que ayuda en una mejora de la productividad y de la relación médico-paciente y a calidad de vida.

Finalmente, se deberá considerar, que los profesionales de la salud pueden presentar emociones negativas a la hora de realizar sus labores, transmitiendo al paciente un ambiente y una impresión negativa no dando la atención correspondiente que prestan dichas instituciones.

Por eso, se debe tener en cuenta la importancia de investigar el Trabajo emocional ya que, puede generar una conducta amistosa y sonreír aún, cuando las personas no se sintieran de tal forma, y es una expresión corporal que la institución desea a la hora del trato interpersonal en el trabajo, lo cual genera sentimientos de enojo y frustración que pueden llevar a provocar cansancio y agotamiento emocional, que es un componente importante para el desarrollo la atención médica.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el personal médico tenga presente que la orientación, tutoría, cursos y talleres liderados por profesionales de la salud mental, podrían desarrollar un Trabajo Emocional Positivo y evitar problemas laborales y, consecuentemente el consumo nocivo de alcohol y tabaco, y los trastornos de sueño. Esto coadyuvaría a mantener una buena imagen de las Instituciones Públicas de Salud.
- Se sugiere que el personal médico de la Unidad preste la atención utilizando un enfoque de calidad y calidez, que es el mejoramiento continuo de los servicios, hacia los pacientes sin que esto implique un sobre esfuerzo emocional, para lograr que se disminuya la carga emocional negativa en los diferentes ámbitos.
- La recomendación como especialista en salud en el trabajo, sería hacer un seguimiento de la condición de alteración de sueño y encontrar en conjunto, aquellas medidas de higiene laboral más adecuadas para estos profesionales, así como impulsar la política de vigilancia de salud psicológica en el personal que en conjunto con el contacto amable y directo con los directivos podría mejorar las condiciones de trabajo y el seguimiento de las emociones gestadas en el ámbito profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Albanesi de Nasetta, S. (2003 AÑO XVII). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. (TERCERA EPOCA, Ed.) *Alternativas en Psicología.*, 28.
- Ashforth, B. &. (1993). *Emotional Labor in Service Roles: The Influence of Identity.* Concordia, USA.
- Ashforth, B. E. & Humphrey, R. H. (1995). Emotion in the Workplace: A Reappraisal. *Human Relations.* , 48(2): 97-125.
- Augusto, L.J.M., Berrios-Martos, M.P., López-Zafra, & E., Aguilar, L.M.C. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés.* (Universidad de Jaén, Ed.) *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3): 479-493.
- Borges, R.A. (Mayo 1998). Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. En Trabajo presentado en el marco de las III Jornadas, & Científicas de Enfermería (Ed.), "*Texas Marina Reyes Álvarez*": *salud de los Trabajadores.*, (pág. 6 (2)). Maracay, Aragua, Venezuela. Recuperado el Mayo de 1998
- Briner, R. (1999). *The Neglect and Importance of Emotion at Work.* London, UK: European Journal of Work and Organizational Psychology.
- Consedine, Magai, & Bonano, (2002). *Moderators of the emotion inhibition-health relationship: a review and research agenda.* Review of General Psychology.
- De Lorenzo, L. (1997). Efectos sobre la salud. *Rev. Previsión.* 70: 72-73. *El informe de la O.I.T.*, (págs. 70;72-73).
- Denison, D. R. & Sutton, R. I. ((293-308). *Operating Room Nurses.* En J. R. Hackman Ed.). San Francisco: Groups That Works (and Those That Don't), . San Francisco Jossey-Bass Publishers.
- Díaz-Campos, Y. D.-C., LL.MN., & A. L. (2008). Díaz-Campo, GC.Y.; Díaz-Campo, GC.C.; Puerma, C.C.; Viedma, LL.MN.; Aulet, R.A.; Lázaro, La Calidad del Sueño en los Profesionales Sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. *Revista Clínica Médica Familiar.*, 2/4: 156-161.
- Domene, D. R., de la Peña, E. C., Ferrer, A. R., Ferri, M. R., Quintero, I. S., & Vañó, A. C. ESTRÉS LABORAL Y SALUD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. *Reig Ferrer* , 9-17
- Doll R., B. & Hill, A. (1950). *Smoking a carcinoma of the lung preliminary report.* Br Med J.2.

- Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E, et al. (1991). *Strenuous working conditions and musculo-skeletal disorders among female hospital workers*. International archives occupational environmental health.
- Estryn-Behar, M. R. (2011). Ergonomics of the Physical Work Environment. *ILO Encyclopaedia of Occupational Health & Safety*.
- Fisher C.D. (1998). Emotional Experiences at Work: Do Personality and Demographic Differences Matter. En T. p. Lie. (Ed.), *Emotional Experiences at Work: Do Personality and Demographic Differences Matter*. San Diego, CA.
- Fisher, C. & Ashkanasy, N. M. (2000). *The emerging role of emotions in work life: an introduction*. Journal of Organizational Behavior.
- Frone, M.R. (1999). El estrés laboral y alcohol. Alcohol Res. Salud, 23 (4): 284-291. *Alcohol Res. Salud*, 23 (4): 284-291.
- García Chávez, V.H. , V. (2012). *Análisis de estrés oxidativo por exposición laboral a tolueno en una fábrica de plásticos de la Ciudad de México*. MEXICO: Tesis de especialidad, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. .
- García de Alba, G.J.E.; Castañeda, A. E.; Pando, M, M. (enero-junio 2011). *Depresión en asistentes médicas: Análisis de los factores de riesgo sociolaborales*. *Psicología y Salud*.
- Gómez, E. (2004). *El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo*. Madrid, España: Originales y Revisiones.
- Grandey, A. (2000). *Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor*. *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Hinojosa-García, L.A.C.M. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19-25.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA. Universidad de California.
- Iruela Cuadrado, L. (1983). Trastornos mentales entre los médicos. *Revista Tribuna Médica*, 37-39.
- Isenbarger, L. & Zembylas, M. (2006). *The emotional labour of caring in teaching*. *Teaching and Teacher Education*,.
- James, N. (1992). *Care organization physical work emotional labor*. *Sociology of health & illness*.
- Lively, K. (2000). Reciprocal Emotion Management. Working Together to Maintain Stratification in Private Law Firms. *Work and Occupations*, 27 (1): 32-63.

- López Alonso, S. R. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los cuidados, Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000)*; pp. 172-180.
- Martínez, I.D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: Dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2): 131-153
- Maya-Mondragón, J. (2007). Tabaquismo en trabajadores de la salud. *Medigraphic Artemisa en línea Cir Ciruj.*, 239-240.
- Mc Cue, J.D., J. (1982). *The effects of stress on physicians and their medical practice. N. Engl. J. Med.*
- Moreno, SPE., Rosales-Nieto, J.G. & Blanco, C.J.L. (2006). *Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. International Journal of Psychology and Psychological Therapy.*
- Moreno-Jiménez, B. G.-C. (2010). Las emociones y la salud en los entornos de trabajo: análisis del constructo de trabajo emocional y el desarrollo de un cuestionario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 63-73.
- Morris, J. A. & Feldman, D. C. . (1996). *The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. Academy of Management Review.*
- Preciado, S.ML., Salas, S.EG., Franco, CH. S.A. & , V. (2010). Riesgos psicosociales, burnout y agotamiento emocional laboral en médicos de una instituciones de beneficencia. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11 (3): 3-8.
- Pugliesi, K. (1999). The Consequences of Emotional Labor: Effects on Work Stress, Job Satisfaction, and Well-Being. *Motivation and Emotion*, 23 (2): 125-154.
- Reig , F. A., Caruana, B. A. . (1999). Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y Modificación de conducta.*, 49: 345-374.
- Richards, J. M. & Gross, J. J. (1999). *Composture at Any Cost The Cognitive Consequences of Emotion Suppression. Personality and Social Psychology Bulletin.*
- Retolaza Balsategui, A., Mostajo, A., De la Rica, J. R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., & Markez Alonso, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(46), 187-194.
- Rodrigo Heredia, S. (2011). Calidad del sueño en personal de Enfermería. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3 (2): 1-24.

- Rodríguez, M. (2014). *Escala de trabajo emocional en profesionales de la salud*. TEPS. En prensa.
- Salanova, M., Gracia, E., Martínez, I. M. & , N. (2007). *NTP 720: El trabajo emocional: concepto y prevención*. . España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. .
- Salmerón-Castro, J.-A.-S.-R.-A.-P. (2002). Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. *Salud Pública de Méxcio*, 44 (1).
- Schaubroeck, J. & Jones, J. R. . (2000). *Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms*. *Journal of Organizational Behavior*, 21: 163-183.
- Smith, R. (1992). *The emotional labour of nursing*. London: McMillan.
- Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. . *Journal of advanced nursing*, 27 (1): 147-56.
- Tapia, C. R., Meneses, G. F. . (1992). El consumo de alcohol entre médicos. *Rev Fac Med UNAM*, 35 (2): 58-62.
- Tovalín, H & Rodríguez, M. . (2011). *Adecuación al Índice de Sueño*. México, D.F. : Manual para la evaluación de factores psicosociales en PEMEX, exploración y producción. PEMEX.
- Varona Pérez, P. F. (2000). Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16:(3) 221-226.
- Weiss, H.M. (2002). *Conceptual and Empirical Foundations for the Study of effect at Work*. *En Emotions in the Workplace: Understanding the structure and role of emotions in organizational behavior*. Lord R.G.; Klimoski R.J.; Kanfer R. & Jossey-Bass, W.
- Wong, Y.J., Pituch, K.A. & Rochlen, A.B. (2006). *Men's restrictive emotionality: An investigation of associations with other emotion-related constructs, anxiety and underlying dimensions*. *Psychology of Men & Masculinity*,.
- Yanay, N. & Shahar, G. (1998). *Professional feelings as emotional labor*. *Journal of Contemporary Ethnography*.
- Zajonc, R. (1985). *Emotion and facial efference: an ignored theory reclaimed*. *Science*,.
- Zapf, D. (2002). Emotion Work and Psychological Well-being. A Review of the Literature and some Conceptual Considerations. *Human Resource Management Review*, , 12: 237-268.

Zapf, Vogt, Seifert, Mertini & Isic. (1999). *Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument*. European Journal of Work and Organizational Psychology.

ANEXOS

ANEXO 1

Adaptación de la Escala de Trabajo Emocional					
A continuación hay frases que describen el trabajo del personal de salud, indique qué tan frecuentemente le ocurren dichas situaciones.					
	5	4	3	2	1
1. Aunque me enfado en consulta lo disimulo	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
2. Mantengo mis emociones al margen al trabajar con mis pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
3. Es parte de las normas del trabajo expresar emociones positivas con mis pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
4. Es mi deber evitar enojarme en consulta	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5. Cuando percibo que tengo sentimientos negativos con algunos pacientes, finjo buen trato	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
6. Aunque me desilusionan los pacientes, me esfuerzo en mostrarme comprometido	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7. Mi institución vigila que establezca normas que favorezcan una buena relación con mis pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
8. Aunque no sepa lo que los pacientes me preguntan, me esfuerzo en responderles	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
9. Me exasperan los compañeros incompetentes pero finjo al trabajar con ellos.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
10. Es parte de mis funciones ser cordial aunque no me agraden mis pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
11. Debo expresar emociones positivas en consulta	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
12. Muestro actitudes positivas con los pacientes aunque no lo sienta realmente	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
13. En mi trabajo se me obliga a dar buena atención a los pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
14. Me muestro tolerante en consulta aunque yo no sea así	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
15. Finjo interés para establecer una buena relación con los pacientes	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca

ANEXO 2

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

TEST AUDIT	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) 1 o menos veces al mes (2) 2 ó 4 veces al mes (3) 2 ó 3 veces a la semana (4) 4 ó más veces a la semana	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
	Puntuación: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.
	Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. <i>Addiction</i> 1993; 88: 791-804.

ANEXO 3

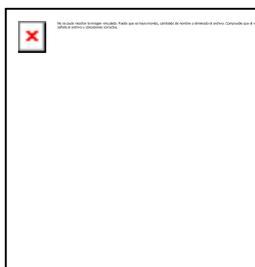
Cuestionario sobre Consumo de Tabaco					
Ítem	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia la gente que está en el mismo sitio que usted se encuentra fumando?	Nunca	Cada mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces por semana
2. ¿Con qué frecuencia consume tabaco (en cualquier presentación)?	Nunca	Cada mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces por semana
3. ¿Cuántos cigarrillos, puros o pipas fumó en los últimos 30 días?	0 a 5	6 a 24 (2 a 6 a la semana)	25 a 150 (1 a 5 al día)	151 a 570 (6 a 19 al día)	Más de 570 (20 o más al día)
4. ¿Con qué frecuencia fuma 10 o más cigarrillos, puros o pipas en un mismo día?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 6 veces por semana	Diario
5. ¿Qué presentación de tabaco consume?	Ninguno	Cigarrillo sin filtro	Cigarrillo con filtro	Masticado, inhalado u otro	Puro o pipa
6. ¿Cuántos años ha consumido tabaco en su vida?	0	Hasta 5	6 a 10	11 a 20	Más de 20
7. ¿Cuánto tiempo tiene de haber suspendido el consumo de tabaco?	Nunca he fumado / Más de 10 años	Más de 5 años	De 6 meses a 5 años	Menos de 6 meses	No lo he suspendido

ANEXO 4

Índice de Sueño				
Ítem	1	2	3	4
P1. Duerme mal y se levanta cansado.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P2. Le cuesta trabajo dormirse o se despierta varias veces durante la noche.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P3. Se mantiene con sueño durante el día.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P4. Duerme mucho y siente que no descansó	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P5. Duerme 6 ó menos horas al día.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P6. Utiliza pastillas para dormir.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente
P7. Ronca.	Nunca	Rara vez	Frecuente	Muy frecuente

ANEXO 5

No. _____



“PROYECTO CONDICIONES DE TRABAJO Y HÁBITOS DEL PERSONAL DE SALUD”

LEA LO SIGUIENTE Y SI ESTÁ DE ACUERDO PONGA SU NOMBRE Y FIRMA

Firma de consentimiento:

El abajo firmante manifiesto libre y voluntariamente que estoy de acuerdo en proporcionar esta información para el estudio “**Proyecto condiciones de trabajo y hábitos del personal de salud**”, cuyo objetivo consiste en conocer las condiciones de trabajo y salud en los trabajadores de la dependencia y proponer mejoras en su trabajo y cuidado de su salud.

Estoy consciente que los procedimientos consisten en contestar un cuestionario, tomarme la presión arterial, mi peso, talla, cintura, cadera y estos procedimientos no implican ningún riesgo para mi persona.

Los responsables del estudio se comprometen a respetar mi confidencialidad y utilizar esta información para proponer condiciones saludables en mi sitio de trabajo. En ningún momento se entregará mi información individual a las autoridades de la dependencia.

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que tenga una repercusión personal o laboral. También puedo solicitar información adicional a los responsables. Los responsables del estudio no proporcionarán sin mi consentimiento mi información personal a ninguna otra persona u organismo.

Para cualquier aclaración podré ponerme en contacto en cualquier momento con el responsable del proyecto Dra. Karla Ledezma Martínez

Nombre y Firma del trabajador:

Fecha:

ANEXO 6

Figura 1. Percentiles del instrumento de trabajo emocional

		PERCENTILES DEL INSTRUMENTO DE TRABAJO EMOCIONAL									
TE	EFEP	CEN	NORMAS	INTERMOC	INEFEP	INCEN	INNORMAS				
1	24	8	8	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
2	16	4	7	5	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
3	17	6	6	5	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
4	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
5	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
6	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
7	21	7	7	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
8	25	7	10	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
9	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
10	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
11	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
12	25	7	10	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
13	23	8	9	6	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
14	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
15	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
16	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
17	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
18	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
19	24	8	10	6	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
20	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
21	24	7	10	7	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
22	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
23	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
24	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
25	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
26	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
27	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
28	23	9	7	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
29	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
30	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
31	22	8	7	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
32	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
33	23	8	8	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
34	23	6	9	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
35	27	6	13	8	Negativo	Expresión Positiv	Control Negat	Normas adecuadas			
36	23	7	8	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
37	24	8	9	6	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
38	23	7	8	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
39	22	8	7	6	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
40	49	4	25	20	Negativo	Expresión Positiv	Control Negat	Normas excesivas			
41	29	8	13	8	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas adecuadas			
42	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
43	24	8	9	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
44	24	6	10	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
45	19	5	7	8	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
46	25	8	9	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
47	22	7	9	7	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
48	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
49	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
50	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
51	20	8	6	5	Positivo	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
52	29	8	13	8	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas adecuadas			
53	29	8	13	8	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas adecuadas			
54	49	16	17	20	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas excesivas			
55	53	16	25	12	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas excesivas			
56	26	10	8	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
57	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
58	25	8	10	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
59	17	5	8	4	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
60	16	6	6	4	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
61	16	6	6	4	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
62	17	5	8	4	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
63	25	8	10	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
64	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
65	13	4	5	4	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
66	49	17	15	16	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas excesivas			
67	29	8	13	8	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas adecuadas			
68	30	8	14	12	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas excesivas			
69	29	8	13	8	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas adecuadas			
70	21	8	7	5	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
71	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
72	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
73	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
74	22	7	9	7	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
75	25	8	10	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
76	19	5	7	8	Positivo	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
77	28	7	13	8	Negativo	Expresión Positiv	Control Negat	Normas adecuadas			
78	24	8	9	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
79	35	11	10	14	Negativo	Expresión Negat	Control Positiv	Normas excesivas			
80	57	20	17	20	Negativo	Expresión Negat	Control Negat	Normas excesivas			
81	49	4	25	20	Negativo	Expresión Positiv	Control Negat	Normas excesivas			
82	22	8	7	6	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
83	23	7	8	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
84	26	8	10	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
85	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
86	26	6	12	7	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Negat	Normas adecuadas			
87	23	6	9	8	Medio-Alto	Expresión Positiv	Control Positiv	Normas adecuadas			
88	24	8	8	7	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
89	25	8	9	8	Medio-Alto	Expresión Negat	Control Positiv	Normas adecuadas			
p.10	19.8	6	7	5.8							
p.50	25	8	10	8							
p.75	26	8	10	8							
p.90	29	8	13	8							

Nota: TE (trabajo emocional); EFEP (expresión forzada de emociones positivas); CEN (control de emociones negativas); NORMAS (normas institucionales); INTERMOC (interpretación de trabajo emocional); INEFEP(interpretación de expresión forzada de emociones positivas) ; INCEN (interpretación de control de emociones negativas) y INNORMAS (interpretación de normas).