



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS LABORAL Y LA
PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DEL DESEMPEÑO EN PROFESIONALES
DE LA SALUD DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA
YARA KARINA DEL MORAL ARMENGOL

DIRECTORA DE TESIS: DRA. JUANA PATLÁN PÉREZ.
REVISOR: DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO.

Esta investigación es parte de los proyectos DGAPA-PAPIIT
IN305014 Estrés laboral: antecedentes y consecuentes.



Ciudad Universitaria, México, CDMX, 2016.



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.

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1.	
1. Salud Ocupacional	12
1.1 Antecedentes de Salud Ocupacional.	12
1.2 Definiciones de Salud Ocupacional.	19
1.3 Objetivos de la Salud Ocupacional.	21
1.4 Prevalencia de la Salud Ocupacional.	24
Capítulo 2	
2. Estrés Laboral	29
2.1 Antecedentes de Estrés.	29
2.2 Prevalencia del Estrés.	32
2.3 Definiciones de Estrés.	34
2.4 Tipos de Estrés.	36
2.5 Fases del Estrés.	37
2.6 Estresores.	39
2.7 Modelos de Estrés.	41
2.7.1. Modelo Socioambiental (French y Kahn, 1962).	41
2.7.2. Modelo Ocupacional (House, 1974).	43
2.7.3. Modelo Proceso de Estrés (McGrath, 1976).	43
2.7.4. Modelo Demanda-Control (Karasek, 1979).	44
2.7.5. Modelo Integrador del Estrés y del Trabajo (Ivancevish y Matteson, 1989).	46
2.7.6. Modelo Intregrador del Proceso de Estrés (Peiró y Salvador, 1993).	47
2.7.7. Modelo de estrés y apoyos (Ostermann y Gutiérrez, 1999).	48
2.8. Definiciones de estrés laboral.	50
2.9. Estresores Laborales.	51
2.10 Estrategias de afrontamiento.	54
2.11 Medición del Estrés Laboral	60
2.12 Consecuencias del Estrés Laboral.	63
2.12.1Consecuencias a nivel individual	63
2.12.2Consecuencias a nivel organizacional	65
Capítulo 3.	
3. Desempeño Laboral.	67

3.1 Antecedentes del Desempeño Laboral.	67
3.2 Definiciones de Desempeño Laboral.	72
3.3 Perspectivas teórico-metodológicas del Desempeño Laboral.	73
3.4 Modelos de Desempeño Laboral.	74
3.4.1. Modelo del proceso de evaluación del desempeño de Sánchez, Calderón et al. (2012).	74
3.4.2. Modelo de evaluación del desempeño de Gómez, Balkim y Gardy (2008).	78
3.4.3. Modelo de análisis del desempeño y la diversidad organizacional de Álcazar et al. (2006).	79
3.4.4. Modelo Canadiense del desempeño ocupacional (Algado et al; 2006).	80
3.4.5. Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (Ávila et al; 2010).	82
3.5 Variables antecedentes del desempeño laboral.	83
3.6 Medición del Desempeño Laboral.	86
3.7 Consecuencias del Desempeño Laboral.	90

Capítulo 4

4. Método.

4.1. Justificación de la Investigación.	92
4.2. Planteamiento del Problema de Investigación.	93
4.3. Preguntas de Investigación.	94
4.4. Objetivos de Investigación.	94
4.5. Hipótesis.	95
4.5.1. Hipótesis estadísticas.	95
4.6. Tipo y Diseño de Investigación.	95
4.7. Variables (Definición y Operacionalización):	96
4.7.1 Variable Antecedente y Variable Consecuente.	96
4.7.2. Variables clasificatorias.	97
4.8 Instrumentos de Medición.	98
4.9. Población y Muestra.	101
4.10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	101
4.11. Contexto y escenario.	101
4.12. Procedimiento.	102
4.12. Análisis de Datos.	102

Capítulo 5.

5. Resultados y Análisis de Resultados.	104
5.1. Estadísticas descriptivas de la muestra.	104

5.2	Confiabilidad del instrumento SWS-Survey.	119
5.3.	Estadística descriptiva de estrés, apoyo y salud mental.	120
5.4.	Estadística descriptiva de la percepción del desempeño en el trabajo.	121
5.5.	Estadística descriptiva de los trastornos psicosomáticos.	130
5.6.	Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas.	132
5.6.1.	Relación entre estrés, apoyo y salud mental con la percepción del desempeño: resultados del análisis de correlación producto momento de Pearson.	132
5.6.2.	Relación entre estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas: resultados del análisis t-student.	135
5.6.3.	Relación entre estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas: resultados de anova.	138
5.7.	Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental: resultados del análisis de correlación producto-momento de Pearson.	146
5.8.	Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con la percepción del desempeño en el trabajo: resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento Pearson.	147
5.9.	Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con los trastornos psicosomáticos: resultados del análisis t-student.	150
5.10.	Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con la presión arterial (sistólica, diastólica y pulso): resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.	156
Capítulo 6.		
6.	Discusión.	158
Capítulo 7.		
7.	Conclusiones y recomendación.	164
7.1.	Conclusiones.	164
7.2.	Recomendaciones.	168
Referencias.		169
Anexos.		179

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a mi Directora de Tesis, Dra. Juana Patlan Pérez y Revisor de Tesis, Dr. Jesús Felipe Uribe Prado por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a sus capacidades y experiencia para la elaboración de este trabajo, demostrando siempre su pasión por la enseñanza y su compromiso con los alumnos.

De igual manera, gracias al Dr. Rodolfo Gutiérrez Martínez, por su apoyo para la adquisición del instrumento de aplicación para esta investigación y por su asesoría para su manejo.

Al personal del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, por su apoyo y participación en esta investigación, especialmente al Jefe del Departamento de Medicina Interna, Dr. Mario Antonio Rojas Díaz por su tiempo e interés por esta investigación, así como su coordinación para ayudar en todo momento.

Para finalizar, quiero agradecer a mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida, especialmente quiero expresar mi agradecimiento a mi mamá por sus ejemplos de perseverancia, constancia y superación, porque me enseñó a ser quien soy y por todo su amor. Te amo mamá, donde quiera que estés, siempre fungirás como mi principal motor.+

Yara Karina Del Moral Armengol.

Relción entre el nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en profesionales de la salud del servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel.

Resumen

El objetivo central de este estudio es determinar si existe una relación significativa entre el nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en el trabajo. La muestra estuvo compuesta por 104 profesionales de la salud (médicos residentes, médicos adscritos, personal de enfermería e inhaloterapistas), a los cuales se les aplicó el instrumento SWS-Survey (Gutiérrez y Ostermann, 2002) para medir el estrés laboral y la percepción de desempeño en el trabajo, obteniéndose los resultados mediante el programa estadístico SPSS 21. Se identificó que existe una relación estadísticamente significativa entre los ocho factores de estrés, apoyo y salud mental con el desempeño y con las variables sociodemográficas. Se concluye que el estrés en el trabajo es un problema de salud ocupacional que se ve influenciado por variables sociodemográficas y que tiene consecuencias en múltiples áreas incluyendo la salud del individuo, problemas conductuales como la disminución del desempeño en diversas áreas y problemas a la organización.

Palabras clave: estrés laboral, desempeño laboral, variables sociodemográficas, profesionales de la salud.

Introducción

La situación actual con respecto al sistema de salud de acuerdo con los autores Gómez, Sesma, Becerril, Arreola y Frenk (2011) es precaria; ya que a pesar de que en los últimos diez años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud, México todavía enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras. La tasa de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que es de 3.0, al de Argentina (3.0) y Uruguay (3.7). El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.2, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE, y a la tasa de Uruguay, que es de 3.5. Las instituciones públicas cuentan con más de 650,000 trabajadores de la salud, alrededor de 171,000 son médicos en contacto con pacientes; 223,000 son enfermeras, y 85,000 son personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 182,000 son personal de salud clasificado como de "otro tipo" (Vieco y Abello, 2011).

En contraparte, la demanda de la población sube anualmente, la exigencia de los pacientes también y los recursos asistenciales no se incrementan. Esta sobrecarga asistencial es un obstáculo para una asistencia de calidad, que priorice las actividades centradas en el paciente y que a su vez, se preocupe por sus profesionales (Vieco y Abello, 2011).

Por esta razón, en el contexto laboral se originan múltiples factores de riesgo para la salud biopsicosocial del individuo y su entorno, que generan cuestiones tales como estrés laboral, enfermedades crónicas, ausentismo, pensiones por invalidez y accidentes (Vieco y Abello, 2011).

Ahora bien, las principales personas afectadas por estos factores de riesgo, son los profesionales de la salud quienes constituyen uno de los principales colectivos propensos por situaciones a las que se ven inmersos, como el trabajar con el sufrimiento y muerte de pacientes, incertidumbre de instauración de tratamientos y diagnósticos, entre otros (Vieco y Abello, 2011).

Con respecto a los profesionales de la salud, una de las problemáticas presentes dada la condición natural de su trabajo como de los factores organizacionales a los que se ven sometidos es la ansiedad, variable que tiene un gran impacto en la práctica del médico ya que el 70% presenta ansiedad media y el 18%, un nivel de ansiedad alta. Aunado a ello, mientras que el estrés laboral en la población general se da en un 5 a 10%, en médicos el 18% padece un nivel de ansiedad alta, siendo el estrés laboral el principal responsable (Gómez, 2004).

“Como puede observarse, el impacto de los problemas de salud en el trabajo es alto, cada día, 6,300 personas mueren como resultado de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo, lo que representa cerca de tres millones de muertes al año y una carga económica para los sistemas de seguridad y salud ocupacional por el tiempo perdido por incapacidades laborales, interrupción de la producción, los gastos médicos y la indemnización de los trabajadores por accidentes y enfermedades profesionales, incluidas las de carácter psicosocial, las cuales fueron estimadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como el 4% del PIB mundial” (Vieco y Abello, 2011, p. 357).

Aunado a ello, los trastornos asociados al estrés laboral van desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos) hasta los de la esfera biológica a largo plazo (infarto agudo, úlceras de estómago o dolor de espalda). Se ha sugerido que el estrés podría afectar las condiciones de salud física y mental, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que alterarían los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular, además de la salud mental (Llorens, Alós, Cano, Front, Júdar, López, Navarro, Sánchez, Utzet y Moncada, 2010).

Ahora bien, el estrés laboral es considerado como el conjunto de reacciones comportamentales, psicológicas, y emocionales que se producen cuando el individuo debe enfrentar demandas derivadas de su interacción ante las cuales su capacidad de afrontamiento es insuficiente, causando un desbalance que altera el bienestar e incluso la salud. Varios son los factores que se asocian a su desarrollo, dentro de ellos se destacan los factores organizacionales y de naturaleza de trabajo que engloban la

autonomía, autoridad, carga de responsabilidad, largas jornadas laborales de trabajo, cuidado directo al enfermo, manejo de situaciones no esperadas y, por otra parte los factores extra laborales que son aspectos del entorno familiar, social y económico; y condiciones individuales como sexo, edad, escolaridad, ocupación, cargo, tiempo de antigüedad y estilos de afrontamiento (Llorens, Alós, Cano, Front, Júdar, López, Navarro, Sánchez, Utzet y Moncada, 2010).

La revisión de la literatura científica reciente permite comprobar la escasa investigación realizada en México sobre el estrés laboral, la mayoría de los estudios son efectuados en España, seguida por Colombia. Así mismo el estrés laboral es una enfermedad subdiagnosticada que aún no es común asociarla con el desarrollo de trastornos psiquiátricos por lo que es necesario realizar más estudios para la prevención e intervención de estos en los profesionales de la salud (López, Solano, Arias, Aguirre, Osorio y Vázquez, 2012).

Considerando lo anterior, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre el nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño laboral en profesionales de la salud del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez.

La investigación se realizó en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez de sector público, teniendo una muestra intencional de 104 trabajadores entre un rango de edad de 21 años a 66 años, a los cuales se les aplicó el instrumento SWS-Survey de Gutiérrez (2002) para medir el estrés laboral y la percepción del desempeño en el trabajo, llevándose a cabo en las instalaciones del Hospital, dentro del horario laboral. Para la obtención de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS 21, donde se efectuó el análisis de Alpha de Cronbach, las estadísticas descriptivas, el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, el análisis de varianza y el análisis t-student para los factores y las variables sociodemográficas del instrumento de medición.

En esta investigación se identificó que existe una relación estadísticamente significativa entre los ocho factores de estrés, apoyo y salud mental con las variables de desempeño en el trabajo, así como la relación entre los ocho factores de estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas.

Se concluye con estos resultados que la percepción del desempeño en el trabajo tiene una relación significativa con el estrés laboral, existiendo una influencia en la disminución o en el aumento del mismo, es decir, si se tiene un aumento en el nivel de estrés laboral en los trabajadores, la percepción del desempeño se verá disminuido o viceversa.

Esta investigación incluye siete capítulos: el Capítulo 1. Salud Ocupacional, contiene los antecedentes de salud ocupacional, las definiciones de salud ocupacional que han surgido en distintos periodos por diversos autores, los objetivos de la salud ocupacional y la prevalencia de la salud ocupacional que ha omitido la OMS.

El Capítulo 2. Estrés laboral, retoma los antecedentes del estrés desde sus inicios hasta la actualidad, la prevalencia del estrés laboral que existe en diversos países, las definiciones del estrés desde la primera vez que surgió hasta la más actual, los tipos de estrés, las tres fases por las que pasa el estrés, los estresores, las definiciones de estrés laboral que han dado diversos autores, los modelos del estrés laboral de acuerdo a la clasificación de Gutiérrez (2012), los estresores laborales, las estrategias de afrontamiento, la medición del estrés laboral y las consecuencias del estrés laboral a nivel individual y a nivel organizacional.

El Capítulo 3. Desempeño laboral contiene los antecedentes del desempeño laboral, las definiciones de desempeño laboral que han dado diversos autores, las perspectivas teórico-metodológicas del desempeño en el trabajo, los modelos de desempeño laboral de Sánchez, Calderon et al. (2012), Gómez, Balkim y Gardy (2008), Alcázar y cols. (2006), Algado y cols. (2006) y el modelo de Ávila y cols. (2010), las variables antecedentes del desempeño en el trabajo, la medición del desempeño en el trabajo y las consecuencias del desempeño en el trabajo.

El Capítulo 4. Metodología, se encuentra formado por la justificación de la investigación, las preguntas de investigación, los objetivos de la investigación, el planteamiento del problema de investigación, hipótesis, tipo y diseño de la investigación, las variables antecedentes, consecuentes y sociodemográficas, la definición de dichas variables, la operacionalización de las variables, los instrumentos de medición utilizados para esta investigación, la población y muestra, el contexto y el escenario, el procedimiento y el análisis de datos.

El Capítulo 5. Resultados y análisis de resultados, está formado por las estadísticas descriptivas de la muestra, la confiabilidad del instrumento de estrés, apoyo y salud mental, las estadísticas descriptivas de estrés, apoyo y salud mental, las estadísticas descriptivas de percepción de desempeño en el trabajo, estadísticas descriptivas de los trastornos psicósomáticos, la relación entre estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas: resultados del análisis de correlación producto-momento de Pearson, la relación entre estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas: resultados de anova, la relación entre estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas: resultados del análisis t-student, relación entre los factores del instrumento estrés, apoyo y salud mental: resultados del análisis de correlación producto-momento de Pearson, la relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con la percepción del desempeño en el trabajo: resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento Pearson, la relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con los trastornos psicósomáticos: resultados del análisis t-student y la relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con la presión arterial (sistólica, diastólica y pulso): resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

El Capítulo 6. Discusión, contiene la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación, contrastados con los resultados en otras investigaciones y con fundamentos teóricos.

Por último, el Capítulo 7. Conclusiones y recomendaciones, está formado por conclusiones generadas por los resultados obtenidos, así como las recomendaciones que se hacen para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Salud Ocupacional

1.1 Antecedentes de Salud Ocupacional.

El proceso productivo de toda sociedad ya sea de productos, bienes o servicios se ha constituido para satisfacer necesidades y producir riqueza. Históricamente, los modos de producción se consideran la etapa primitiva, la esclavitud, el feudalismo, el capitalismo y el socialismo, en los que se desarrollaron procesos laborales distintos por lo que se desarrollan diferentes consideraciones con respecto a la salud ocupacional (Blandón y Merchán, 2004).

En la producción primitiva se crearon los primeros dispositivos de seguridad, más dirigidos hacia actividades físicas como la pesca y la caza, posteriormente la producción feudalista se caracterizó por el trabajo servil en el que no se impartía ningún tipo de instrucción acerca de la salud ya que el trabajo físico era considerado por los griegos como un factor de descenso en la escala social (Blandón y Merchán, 2004).

El primero en interesarse por la salud de los trabajadores y determinar que las condiciones de trabajo los enfermaban fue Hipócrates (siglo IV a.c.), el padre de la medicina, por lo que él, junto a Galeno se encargaron de impartir a sus alumnos la importancia de considerar la profesión de los pacientes y su medio ambiente para diagnosticar enfermedades (Blandón y Merchán, 2004).

En el siglo XVI, Paracelso escribe el primer tratado sobre los peligros del trabajo, específicamente de la minería, describiendo las diversas enfermedades y deformaciones causadas por los metales. Seguido por Georgius Agrícola quien asocio la profesión de la minería con muerte temprana (Blandón y Merchán, 2004).

Sin embargo, no era reconocida la importancia de los trabajadores en la sociedad y no se ponía la atención adecuada en las enfermedades derivadas del trabajo hasta el año 1633 cuando Bernardino Ramazzini se encargó de revolucionar el aprendizaje y la práctica de la salud de los trabajadores convirtiéndose así en el Padre de la Medicina del Trabajo. Dicho personaje, desempeño la práctica médica en contacto directo con los trabajadores en sus sitios de trabajo, se encargó de describir los síntomas y tratamientos para diversas patologías adquiridas en el ámbito laboral, así como dar recomendaciones en cuanto a las condiciones adecuadas del lugar de

trabajo, con ello realizo su tratado sobre las enfermedades de los trabajadores (Blandón y Merchán, 2004).

En cuanto a la producción capitalista del siglo XX, trajo consigo condiciones técnicas de trabajo riesgosas para los obreros, condiciones precarias en los lugares de trabajo, con falta de alumbrado, falta de ventilación y sanidad, largas jornadas laborales, inicio laboral a temprana edad y sin existencia de medidas de seguridad para el manejo de maquinaria lo que provoco un aumento en muertes por accidentes de trabajo. Para dar control a estos aspectos se efectuó la promulgación de la ley para proteger a trabajadores en Inglaterra (1802), considerando la reducción de jornada laboral dada la fatiga que ello produce y los accidentes que conlleva, ventilación adecuada en el lugar de trabajo y adaptación de protecciones para engranajes y transmisiones (Blandón y Merchán, 2004).

Con respecto al modelo de producción socialista, este se caracterizó por la aprobación de la primera ley para indemnizar a trabajadores por accidentes laborales (año 1911) y para el año 1915 logra generalizarse la ley considerando los siguientes puntos:

- Ley 57, indemnización en caso de accidente de trabajo que le cause al trabajador incapacidad o muerte, en la que toda la responsabilidad recae en el empresario.
- Ley 27, reglamenta el seguro colectivo.
- 1925, reglamento de trabajo y normas de higiene y salubridad laborales.
- 1926, descanso dominical remunerado.
- 1934, se crea la oficina de Medicina Laboral para el reconocimiento de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Ahora bien, específicamente haciendo referencia a estudios en materia de salud ocupacional, la edad moderna se caracterizó por el análisis de enfermedades en marinos por Glaube, en soldados por Sereta y Porcio, Plemp estudia las enfermedades de los abogados, Kircher describe algunos síntomas y signos de las enfermedades de los mineros como tos, disnea y caquexia. En 1665, Walter Pope publica *Philosophical transactions* donde refiere las enfermedades de los mineros

producidas por las intoxicaciones con mercurio. El trabajo más amplio y profundo sobre salud ocupacional, realizado hasta entonces lo efectuó Bernardino Ramazzini (1633-1714) quien enseñaba a relacionar el trabajo con la salud; realizó análisis sistemáticos de más de 54 profesiones y publicó sus estudios en el libro *De morbis artificum diatriba*, iniciando formalmente la medicina ocupacional (Arias, 2012).

Por su parte Tanquerel Des Planches en 1839, recolecta la descripción médica de más de mil casos de intoxicaciones, que aparecen en su libro *Traité des maladies du plombou saturnisme*. Sin embargo, con el nacimiento de la época industrial, el interés de los científicos se centró en los aspectos técnicos del trabajo, dejando de lado la seguridad (Arias, 2012).

Durante la revolución industrial James Watt (1736-1819) inventa la máquina a vapor y con ello inicia el proceso de mecanización de los sistemas de producción y el transporte, para lo cual la sociedad no estaba preparada. Por tal razón, hubo consecuencias sociales como la migración del campo a las ciudades, pero las condiciones físicas y sociales de las ciudades no se prestaban para estos fines y surgieron cambios en los estilos de vida de las personas, desde el ámbito laboral con la producción en serie y condiciones deplorables de trabajo, económicamente con sueldos bajos y socialmente con el cambio de vida rural a urbana lo cual generó malnutrición y pobreza (Arias, 2012).

Sobre esa base, el aumento de la densidad poblacional y las condiciones bajo las cuales laboraban y vivían los trabajadores, provocaron una proliferación de enfermedades, epidemias y condiciones de salud y seguridad mínimas, en parte por la cantidad de trabajadores, pero principalmente por la carencia de una cultura de seguridad eficiente, tanto de parte de los trabajadores y obreros, como de los empleadores (Arias, 2012).

Los abusos y la explotación se confundían con la miseria que era común en esos años. Las dos terceras partes de los obreros eran mujeres y niños, que además de ser explotados no se les brindaba las condiciones de seguridad necesarias, de modo que muchos niños y mujeres sufrían lesiones, mutilaciones o bien morían en accidentes (Arias, 2012).

Debido a esta situación, se comenzaron a implementar leyes que protegían a los trabajadores: en España (1778) Carlos III dio el edicto de protección contra

accidentes, en 1802 el Parlamento Inglés da la reglamentación de trabajo en fábricas limitando la jornada laboral y fijando niveles mínimos para la higiene, la salud y la educación de los trabajadores (Arias, 2012).

Posteriormente se adoptaron en Inglaterra, medidas de seguridad concretas: en 1828 Robert Owen pone en marcha un programa para la mejora ambiental, educacional y moral de los trabajadores, dos años más tarde Robert Backer propuso visitas médicas a las fábricas, en 1841 surge la ley de trabajo para niños y en 1844 aparecen leyes que protegen a las mujeres (Arias, 2012).

Se inició también, una legislación sanitaria para la industria en 1848, dos años más tarde comienzan las inspecciones para verificar el cumplimiento de las normas, que tendrían sustento legal en 1874, abarcando diversas empresas, desde fábricas hasta talleres en general (Arias, 2012).

Inglaterra y Francia fueron los países que lideraron la formalización de la salud y la seguridad ocupacional en Europa, con diversas innovaciones. Villerme por ejemplo realiza estudios epidemiológicos en las industrias de París (Arias, 2012).

La organización de la salud pública comenzó en París en el año 1822, por su parte, en Inglaterra en el año de 1861 se realizaron los primeros análisis de mortalidad ocupacional, en 1867 la ley del trabajo se modifica para incluir más enfermedades ocupacionales y el Instituto Luis Pasteur de París realiza la difusión y capacitación sobre las normas de higiene laboral (Arias, 2012).

En Alemania, a partir de 1868 aparecen las leyes de compensación del trabajador, Max von Pettenkofer (1818-1901) funda el primer Instituto de Higiene de Munich en 1875. Otras organizaciones especializadas se fundaron en otros países, como la *Asociación de Higiene y Prevención* que funda E. Dollfus en Gran Bretaña en 1876 (Arias, 2012).

No obstante, a pesar de todas estas reformas y avances, para 1875 muchos niños de Europa, todavía trabajaban ignorados, en 1871 el 50 % de los trabajadores moría antes de cumplir 20 años de edad y las maquinas operaban sin protección (Arias, 2012).

Y no sería hasta 1877 que se ordenaron medidas de seguridad para operar maquinaria y se contemplan medidas de seguridad en los lugares de trabajo. En este proceso de legalización de la seguridad de los trabajadores, Karl Marx (1818-1883) y

Frederic Engels (1820-1895) fungieron como las personas que se interesaron por los derechos de los trabajadores. Aunado a ello, promueven la sindicalización que serviría como un canal para la mejora de las condiciones de trabajo, incluyendo la seguridad (Arias, 2012).

Para el 4 de mayo de 1886 tuvo lugar la Revuelta de Chicago, que culminó con el justo establecimiento de las 8 horas de trabajo, en 1898, se realizaron esfuerzos por responsabilizar a los empresarios por los accidentes laborales y en 1911 el Estado de Wisconsin aprobó la primera ley que regula la indemnización al trabajado (Arias, 2012).

Dentro de este panorama, se puede decir que después de 1890 se generaliza en todo el mundo, la legislación que protege la sociedad y a los trabajadores contra riesgos laborales (Arias, 2012).

Las teorías y concepciones sobre la administración del trabajo también pusieron su cuota en el proceso de formalización de la seguridad que culminó en la institucionalización de la seguridad industrial. Cabe mencionar, que las teorías de la administración se renovaron durante el periodo final del siglo XIX, de la mano de Taylor, Fayol y Weber (Arias, 2012).

Por su parte, Frederick Winslow Taylor (1856-1915) aplicó los principios de la ingeniería al diseño del trabajo y realizó las siguientes propuestas con respecto al modo de trabajo:

- El trabajo debe ser planificado científicamente por expertos.
- Los obreros deben de recibir incentivos.
- Se tiene que reconocer la importancia del factor humano sin disminuir la productividad.
- Los obreros deben descansar la cuarta parte del tiempo de trabajo.
- Se deben utilizar mediciones precisas del trabajo que mejoren el ambiente laboral y normalicen los puestos de trabajo.

Con estas propuestas se ordenaron los ambientes y los procedimientos de trabajo, y ello mejoró las condiciones de seguridad. En ese sentido, el impacto de la obra de Taylor en la producción y la seguridad laboral fue importante, ya que favoreció la sistematización del trabajo, por lo que se le considera el padre de la administración

científica. A pesar de ello, su sistema generó numerosas críticas y protestas, de modo que el Congreso de los Estados Unidos investigó el sistema de Taylor y falló en contra de su aplicación (Arias, 2012).

De igual manera Henry Fayol (1841-1925) trabajó con el mismo fin de Taylor, pero se centró en los directivos y su modelo se basaba en la organización, comunicación y jerarquización de diversas instancias e identificó 5 funciones primordiales de los directivos: planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar (Arias, 2012).

De forma similar Max Weber (1864-1920) propone el primer modelo estructural de las organizaciones (modelo burocrático), este modelo agrupa las actividades de producción en tipos y jerarquías que se encuentran reguladas por normas y criterios técnico-profesionales (Arias, 2012).

Ahora bien, estos tres modelos, responden a una visión de la organización como una máquina, y permitieron la sistematización del trabajo y de los sistemas de producción, que redundó en la organización de los ambientes laborales, con respecto a la limpieza, el orden y la seguridad. Sin embargo, ponían todavía mucho énfasis en los factores físicos, técnicos y económicos; en tanto que el trabajador, más que como persona, era una pieza más dentro de la maquinaria de la producción (Arias, 2012).

Con respecto a la institucionalización de la seguridad industrial, personajes como R. Asfahl relaciona su formalización con la publicación del libro *Prevención de accidentes laborales* de H.W. Heinrich en 1931, a quien se le considera padre de la seguridad industrial. Sin dejar de lado acontecimientos importantes como el de 1908 en donde el inglés Thomas Oliver escribe *Ocupaciones peligrosas y Enfermedades propias de los Oficios*; permitiendo que la medicina laboral se difundiera por todo el mundo. Así mismo, en 1918, la Universidad de Harvard fue la primera casa de estudios superiores que concedió el título de licenciado en Seguridad e Higiene en el Trabajo y en la actualidad más de veinte universidades norteamericanas disponen de programas para licenciatura y doctorado en Higiene y Seguridad Profesional (Arias, 2012).

Aunado a ello, en 1918 empieza a funcionar la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el tratado de Versalles en su fracción XII estableció principios que

luego tomaría la OIT, de modo que en 1921 se crea su Servicio y Prevención de Accidentes (Arias, 2012).

En 1918 también aparece la Escuela Americana con Heinrich, Simonds, Grimaldi y Birds; en la cual se proponía un enfoque analítico y preventivo de los accidentes. Birds analizó 1 753 498 accidentes reportados por 297 compañías de los Estados Unidos estableciendo relaciones entre el índice de accidentes y diversas variables como la edad, el tiempo de servicios y las horas de trabajo. Mientras que Heinrich es el primer ingeniero de seguridad reconocido, realizó miles de estudios y análisis de accidentes proponiendo dentro de un enfoque preventivo que de cada 100 accidentes 98 pudieron ser previstos, de este modo de cada 75,000 accidentes, 10 % se deben a condiciones peligrosas, 88 % a actos inseguros y 2% a actos imprevistos (Arias, 2012).

Para 1960, la seguridad industrial es ya una ciencia y una profesión, cuyos aportes a la industria y el trabajo, son valorados en tanto que se eliminan o minimizan los riesgos ocupacionales, permitiendo reducir los costos económicos que afectan la producción (Arias, 2012).

Para el año 1970 el congreso norteamericano aprobó una Ley propuesta por William Steiger sobre la Seguridad e Higiene Laboral que condujo a la creación de la OSHA (*Occupational, Safety and Health Administration*). En ese sentido, ya en 1914 la NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) formaba parte del Departamento de Higiene y Sanidad Industrial en Pensilvania, pero en 1937 se convirtió en la División de Higiene y Sanidad Industrial como parte del Instituto Nacional de Higiene (Arias, 2012).

Los avances comenzaron para el año de 1974 cuando se busco introducir respuestas más rápidas y eficaces ante eventos desastrosos como accidentes industriales o desastres naturales con la promulgación de la ley de socorro en casos de desastres de los Estados Unidos (sección 413 de la ley pública 93-288) sentándose las bases del desarrollo sistemático y organizado de este campo para evitar tragedias laborales (Arias, 2012).

No obstante, el accidente de trabajo sigue siendo el problema de salud más común, aún se presentan frecuentemente enfermedades ocupacionales como la

sordera laboral, neumoconiosis, saturnismo, mercurialismo, cianógenos, entre otros, con el agravante que hoy la tecnología ha propiciado la aparición de nuevas enfermedades del trabajo, como los traumatismos acumulativos por esfuerzos repetitivos, las enfermedades llamadas ergonómicas o la fatiga laboral en el trabajo por turnos, todas un campo fértil para el médico del trabajo, pues conllevan daño a la salud del trabajador (Ramírez, 2012).

Ahora bien, actualmente la Salud y Seguridad Ocupacional (SSO) centra su objetivo en la prevención de enfermedades ocupacionales y para ello debe establecer los siguientes lineamientos:

- Antes de asignar una labor al trabajador evaluará su capacidad física y mental para que realice de manera segura y eficaz las tareas que desempeñará.
- Periódicamente examinará al trabajador buscando síntomas y signos precoces de daño a la salud relacionados con el trabajo que realiza.
- Cuando el trabajador termine su labor, se le tomará un exámen para verificar su condición de salud en el momento que deja la empresa.
- Si el trabajador presenta enfermedad ocupacional, se le debe tratar y, de ser el caso, rehabilitar lesiones o trastornos que pudiesen haber sido adquiridos durante su trabajo (Ramírez, 2012).

En relación con lo mencionado anteriormente, puede observarse una gran avance con respecto al campo de la seguridad ocupacional y la higiene industrial, más es de gran importancia adaptar los métodos de seguridad ocupacional a las nuevas necesidades derivadas de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y de los nuevos contextos laborales, que se caracterizan por la predominancia de las exigencias mentales por sobre las físicas (Arias, 2012).

1.2 Definiciones de Salud Ocupacional.

En primera instancia, se debe hacer referencia del término de salud para dar paso a la definición de salud ocupacional.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera salud al bienestar general por lo que salud no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social que coloca

a los individuos en igualdad de circunstancias para la consecución de sus metas. Por tanto, la salud es un bien vital para que el individuo pueda desarrollarse de manera armónica, física, mentalmente, social y culturalmente y, es imprescindible para la convivencia humana en sociedad (Trejo, 2013).

De igual manera, una persona sana está en posibilidad de desarrollarse y con ello, contribuir al progreso de la sociedad; de esta manera, la salud constituye parte del capital humano que determina la viabilidad y calidad de la supervivencia de un país (Trejo, 2013).

Es importante mencionar que la salud tiene dos dimensiones: buena salud o salud funcional y salud deteriorada o deficitaria. La buena salud en su dimensión de bienestar, consiste en la sensación plena de sentirse saludable, adaptado, y tener la capacidad de alcanzar las metas de la vida. Esta, refleja la existencia de aspectos positivos de salud y bienestar y no únicamente la ausencia de aspectos negativos, tales como padecimientos y enfermedad (Gutiérrez, 2012).

Mientras que la dimensión de salud deteriorada consiste en tener malestar, padecimientos y enfermedad, que en algunos casos, dependiendo de su naturaleza y severidad, puede ocasionar la muerte. La posición de una persona en la dimensión de salud deteriorada dependerá básicamente de factores biofísicos y, en alguna medida, de factores psicofísicos. Sin embargo, mientras la muerte es un límite natural de la dimensión de salud deteriorada, la ausencia de evidencia clínica de enfermedad biofísica y sentimientos de enfermedad no necesariamente se traduce en buena salud (citado en Gutiérrez, 2012).

Ahora bien, la salud y el bienestar deben considerarse como resultantes de un proceso de interacción continua, inevitable y permanente entre el ser humano y una serie de factores que provienen del propio individuo como son la constitución física y psíquica, capacidades y limitaciones, edad, género, educación, factores del medio en que se vive, como son el hogar, la familia, el entorno ecológico, el medio económico y social y el tipo de trabajo. Del resultado de esa interacción dependerá el nivel de salud del individuo (Gutiérrez, 2012).

Por esta razón, la salud y la seguridad en el ejercicio laboral tienen una gran relevancia y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la salud ocupacional como la protección de las vidas y el bienestar físico de los trabajadores

mediante la eliminación o control de los riesgos en el ambiente de trabajo o en el sistema de trabajo en el que operan los trabajadores (Trejo, 2013).

De acuerdo con la OMS, la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes, y a la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo, realizando el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo; a la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vida social y económicamente productiva y, contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible que permite el enriquecimiento humano y profesional en el trabajo (Parra, 2011).

Otra definición considerada sobre la salud ocupacional, refiere que es el estado o las circunstancias de seguridad física, mental y social en que se encuentran los trabajadores en sus puestos de trabajo, con la finalidad de prever medidas de control dirigidas a fomentar el bienestar y reducir o eliminar los riesgos de enfermedades o accidentes (Matabanchoy, 2012).

Cabe destacar que la salud ocupacional a nivel mundial es considerada como un pilar fundamental en el desarrollo de un país, siendo la salud ocupacional una estrategia de lucha contra la pobreza, en la que sus acciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales causadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en las diversas actividades económicas (Albinagorta y cols; 2005).

De esta manera puede observarse que cada una de las definiciones se una concepción amplia y multidisciplinaria, encaminada a asegurar el bienestar físico, mental y social del trabajador (Ramírez, 2012).

1.3 Objetivos de la Salud Ocupacional.

La Salud Ocupacional se encarga del estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo, y de la salud de los trabajadores. De acuerdo con Gil (2012) su objetivo es que las personas puedan producir, atender a los demás, desarrollarse, y ser valoradas en el ejercicio de su actividad laboral, además de tener la posibilidad de utilizar su talento,

sus conocimientos, y sus destrezas y habilidades, como vía para alcanzar un alto rendimiento, al tiempo que perciben alta satisfacción laboral y bienestar en el trabajo.

De igual manera se considera la búsqueda de los ambientes saludables y la salud de los trabajadores como otro de los objetivos de la Salud Ocupacional ya que son condiciones esenciales para la efectividad de las personas y para el rendimiento de las organizaciones (Gil, 2012).

Aunado a ello, busca fomentar la salud psicosocial en el lugar de trabajo para fomentar la salud pública de la población, pues las personas en edad de trabajar pasan la mayor parte de su tiempo de vigilia en contextos laborales, o desarrollando una actividad laboral en su domicilio. Por este motivo, la promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades y accidentes laborales relacionados con los riesgos psicosociales son objetivo de la salud ocupacional (Gil, 2012).

Por otra parte, se encuentra el objetivo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, fomentar que las empresas e instituciones contribuyan de manera activa a la mejora de la salud mental, al bienestar y a la calidad de vida laboral de sus trabajadores, teniendo en cuenta sus necesidades, fomentando la participación en la organización, y el diseño saludable de los lugares de trabajo (Gil, 2012).

De acuerdo a Blandón y Merchán (2004) la salud ocupacional orienta sus políticas, acciones y los recursos con el objetivo de:

- Mejorar y mantener la calidad de vida y salud de la población trabajadora.
- Proteger la salud de los trabajadores, ubicarlos y mantenerlos en una ocupación acorde con sus condiciones fisiológicas y psicológicas.
- Servir de instrumento de mejoramiento de la calidad, productividad y eficiencia de las empresas.
- Mejorar la actitud de patrones y trabajadores frente a los riesgos profesionales mediante la promoción de la salud en el trabajo y la educación.
- Mejorar las condiciones de trabajo con el fin de disminuir los riesgos de enfermedades profesionales y de accidentes derivados del ambiente laboral.
- Minimizar las cargas laborales y los factores de riesgo generados en los ambientes de trabajo, lo cual redundaría en un mejor riesgo para la vida del trabajador.

Por esta razón, la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), recomienda a los Estados miembros, la conveniencia de adoptar servicios de salud ocupacional en las empresas y se realiza un informe del Comité Mixto OIT-OMS en el que se definen los objetivos de la salud ocupacional en los siguientes términos:

- Promover y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones.
- Prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de trabajo.
- Protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la existencia de agentes nocivos para la salud.
- Colocar y mantener al trabajador en un empleo acorde con sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en resumen, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su tarea (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Aunado a ello, los objetivos de la salud ocupacional de acuerdo a la OIT son:

- Asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa.
- Hacer posible la adaptación física y mental de los trabajadores y, en particular, su colocación en puestos de trabajo compatibles con sus aptitudes, vigilando que haya permanente adaptación.
- Promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Por lo que el concepto de salud ocupacional implica un estado dinámico de las condiciones de trabajo y el ambiente laboral con las aptitudes, las necesidades y las aspiraciones del trabajador, que dan como resultado la productividad organizacional y un buen desempeño laboral (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

De esta manera, es imprescindible entender y determinar cómo afecta la amplia gama de condiciones laborales la salud del trabajador (lugar de trabajo, horario, tareas que deberán realizarse, carga física y mental, trato con compañeros y superiores, etc.).

1.4 Prevalencia de la Salud Ocupacional.

Las enfermedades ocupacionales tienen repercusiones desfavorables para el país, la industria, la sociedad y la familia; reflejándose en una baja productividad, gastos elevados por atención médica, hospitalización y compensaciones al trabajador enfermo o accidentado, así como problemas económicos y de otra índole para las familia (Sánchez, 2011).

Los datos reportados mundialmente por la O.M.S. Sandino y Cols. (1995) son los siguientes:

- La población laboral mundial oficialmente registrada constituye del 60 al 70% de los adultos masculinos y del 30 al 60% de sexo femenino. En los casos menos favorables los niveles y la intensidad de los riesgos por exposición directa pueden ser desde 10 hasta 1000 veces más intensos en el trabajo que en otro lugar.
- Aproximadamente entre un 30 y 50% de los trabajadores reportan estar expuestos a altos riesgos físicos, químicos, biológicos o inexplicables sobrecargas de trabajo pesado. Además de factores ergonómicos que son una amenaza para su salud y la capacidad para el trabajo.
- Se ha encontrado en lugares de trabajo que la fuerza laboral está expuesta a más de 200 agentes biológicos, virus, bacterias, parásitos, hongos y polvos orgánicos. En los países industrializados cerca del 15% de los obreros puede tener riesgos virales o infecciones bacteriales, complicados con alergias y enfermedades respiratorias.
- Un número de estudios han demostrado que en las condiciones más desfavorables, del 50 al 100% de los trabajadores en algunas industrias de riesgo están expuestos a niveles muy altos de químicos o biológicos.
- Anualmente cerca de 120 millones de accidentes de trabajo u ocupacionales se traducen en aproximadamente 200.000 fatalidades y entre 68 y 157 millones de casos nuevos de enfermedades ocupacionales.
- La Organización Laboral Internaciona (ILO) estima que anualmente, a nivel mundial hay 120 millones de heridas accidentales ocupacionales y 200.000 fatalidades ocupacionales. Esto significa que en promedio el riesgo por accidentes es de 42 por cada 1000 trabajadores.

- El riesgo por accidentes tiene una incidencia mundial anual de 68 a 157 millones de casos de enfermedades ocupacionales, de las cuales cerca de 30 al 40% puede llevar a enfermedades crónicas, y un 10% a enfermedades permanentes de invalidez. De acuerdo con un estimativo crudo, cerca del 0.5 al 1% terminan en muerte.
- Otro buen número de empleados presenta altos síntomas de estrés producidos por sobrecarga psicológica. Muchos adultos gastan una tercera parte de su vida en un ambiente de trabajo con mucho riesgo.
- Para finalizar, se ha encontrado en los países industrializados entre un 10 y 30% de la fuerza de trabajo y un 50 al 70% de los países en vía de desarrollo que pueden estar expuestos a una carga de trabajo pesado o a condiciones de trabajo no ergonómicas.

Ahora bien, de acuerdo a los registros de salud ocupacional por país, se encontraron datos sobre Europa, España, Estados Unidos, Colombia, America Latina y México.

Datos sobre Salud Ocupacional en Europa (Gill, 2012).

- El promedio de riesgo por accidente es de 25 sobre 1000 y de fatalidades de 6,251,100.
- Los riesgos psicosociales son un problema importante debido al coste económico y social que suponen. Según la Quinta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (Gill, 2012).
- Alrededor del 60% de los trabajadores encuestados manifestaron problemas relacionados con el exceso de carga de trabajo
- El 19% de los trabajadores de Europa perciben falta de apoyo social en el trabajo.
- Respecto a las acciones violentas, como agresiones verbales, insultos, amenazas y humillaciones, la media de los países de Europa se sitúa en torno al 14% de trabajadores en el último año.
- En los sectores ocupacionales como sanidad, la exposición al trabajo emocional presenta una alta tasa de prevalencia, pues cerca del 40% de los trabajadores manifiestan tener problemas relacionados con el trabajo emocional.

- El 20% de los trabajadores considera que sus condiciones de trabajo suponen un riesgo para su salud mental.
- De igual manera, de acuerdo a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, el estrés es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo, afectando en 2005 al 22% de los trabajadores. De acuerdo a estimaciones hechas en el 2002 el problema costaba a Europa, un mínimo de 20 000 millones de euros al año en relación al tiempo perdido y gastos sanitarios.

Datos sobre Salud Ocupacional en España (Gill, 2012).

- En la IV Encuesta de Condiciones de Trabajo elaborada en España por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los riesgos psicosociales en el trabajo fueron una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales; el 70.9% de los trabajadores encuestados señalo riesgos para tener accidentes laborales.
- En el caso del personal sanitario el porcentaje de trabajadores que considera tener riesgos de un accidente laboral asciende al 74.9%.
- Las principales causas de los accidentes se debían a distracciones, descuidos o falta de atención 45%, trabajar muy rápido 19.4%, y por cansancio o fatiga 17.8%. En el estudio se concluye que los trabajadores que se perciben expuestos a factores de riesgo psicosocial (como sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración) presentan porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicosomática (como problemas de sueño, cansancio, dolores de cabeza, mareos, etc.) que los no expuestos.
- En la encuesta sobre Calidad de Vida Laboral realizada en 2010 por el Ministerio de Trabajo e Inmigración de España, concluye que el 49.9% de las personas ocupadas manifiestan niveles altos o muy altos de estrés frente al 17.4% que expresan niveles bajos o muy bajos.
- Sin embargo, el 83% de las enfermedades laborales no son reconocidas en los registros oficiales, en donde además, la mortalidad por enfermedades para fines estadísticos es casi inexistente. Por lo que, se manifiesta la

necesidad de poner en marcha acciones preventivas para enfermedades laborales.

Datos sobre Salud Ocupacional en Estados Unidos (Sánchez, 2011).

- El estrés laboral constituye un problema similar al de Europa puesto que en un informe del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), entre el 28 al 40% de los trabajadores informaron que su trabajo resultaba estresante; y que aquellos trabajadores con ansiedad, estrés, o alteraciones neuróticas pierden muchos más días de trabajo (25 días en promedio perdidos por trabajador).
- Aunado a ello, no menos de 5,000 a 7,000 muertes resultan cada año, sólo en Estados Unidos de Norte América en el estado de Nueva York relacionadas por enfermedades laborales, estas muertes se dividen en cinco categorías: cáncer, neumoconiosis, alteraciones cardiovasculares, alteraciones respiratorias crónicas y alteraciones neurológicas.

Datos sobre Salud Ocupacional en México (Sánchez, 2011).

- En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, han reportado que el 75% de las hospitalizaciones y los tratamientos ambulatorios primarios están relacionados con exposiciones a diferentes riesgos laborales.
- El 17% de los padecimientos registrados en el IMSS se relacionan con el trabajo.
- De acuerdo a cifras del IMSS durante la última década, con un total de cinco millones de riesgos de trabajo, medio millón por año, 43 mil al mes y poco más de 3600 casos al día en el país.
- De 1992 a 2002 se registraron en el IMSS 5, 212, 372 riesgos de trabajo en la población, de los cuales 78.9% fue por accidentes de trabajo, 1.4% fue por recaídas y 0.9% por enfermedades debidas al entorno laboral.
- El impacto de los riesgos de trabajo se da predominantemente en la población masculina (77.5% de los eventos afecta a este sexo), y sólo 22.5% en la femenina.
- Dentro de las actividades económicas de mayor riesgo tenemos las de la industria de la construcción, la preparación o compraventa de alimentos, e

incluso, las de seguridad social. De estas, se desprende el 40% de los accidentes y enfermedades de trabajo, por lo que una regulación estricta y apropiadas medidas de prevención podrían impedir un número importante de riesgos laborales.

Datos sobre Salud Ocupacional en Colombia (Matabanchoy, 2012).

- En Colombia, la tasa de enfermedades profesionales que se registró en 2004 fue de 1.28 casos por 10,000 trabajadores.

Datos sobre Salud Ocupacional en América Latina (Matabanchoy, 2012).

- Los factores de riesgo derivados de la ocupación se ubican en el séptimo lugar en mortalidad, el segundo en cuanto a años de vida con incapacidad y el cuarto en términos de años potenciales de vida perdidos.

Aunado a los datos por país, de manera general solamente del 5 al 10 % de los países desarrollados y del 20 al 50% de trabajadores en países industrializados tienen acceso a los servicios de salud ocupacional a pesar de una evidente necesidad en cada puesto de trabajo.

Por esta razón se comunica únicamente la existencia de un pequeño número de trabajadores que padecen enfermedades relacionadas con el trabajo. Sin embargo, las cifras parecen inferiores a la realidad por distintos motivos, entre ellos: la insuficiencia o la inexistencia de mecanismos de transmisión de informes; la inexistencia de servicios de sanidad laboral y la falta de médicos y profesionales de sanidad capaces de detectar las enfermedades relacionadas con el trabajo (Sánchez, 2011).

Como consecuencia un alto porcentaje de trabajadores está mostrando condiciones de salud adversas por estar expuestos en sus lugares de trabajo. Dentro de estas condiciones adversas y riesgos psicosociales en el trabajo, se encuentra el estrés laboral, el cual supone un coste económico y social importante, hasta el punto en que la dimensión de este problema se puede considerar una cuestión de salud pública (Gill, 2012).

En ese orden de ideas; la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores son fundamentales para las empresas en términos de productividad, sustentabilidad y competitividad, para el contexto personal y familiar de los trabajadores, así como para la economía en general (Matabanchoy, 2012).

Capítulo 2. Estrés Laboral

2.1 Antecedentes de Estrés.

A lo largo de la historia se ha denominado estrés a realidades diferentes, desde el siglo XIX donde Claude Bernard considero que lo que caracterizaba al estrés eran los estímulos estresores o situaciones estresantes hasta el siglo XX donde Walter Cannon planteaba que lo importante eran las respuestas fisiológicas y conductuales características de los individuos (García y Zea, 2011 citado en Martín, 2007).

Específicamente Otero (2012) menciona que uno de los primeros usos del término estrés procede de la física con un físico denominado Hocke en el siglo XVIII, quien utilizó la palabra estrés para el estudio de la dinámica de fuerzas. En concreto, el objetivo de este autor era investigar el modo en que deberían de diseñarse determinadas estructuras como por ejemplo, puentes, para soportar y resistir cargas pesadas u otros agentes externos de naturaleza ambiental minimizando el peligro de derrumbamiento. Tres conceptos utilizados por este investigador resultan sumamente importantes en el tema del estrés: carga o fuerza externa (load), proceso dinámico puesto en marcha para hacer resistencia a la carga (stress), y deformación de la estructura producida por la carga y el estrés (strain). Estos conceptos constituyen la piedra angular sobre postulaciones posteriores.

Años después, Cannon desde el campo de la medicina, intenta explicar la reacción del organismo ante cualquier amenaza o situación de emergencia. Postula que ante la percepción del “peligro” se produce una rápida activación del sistema nervioso simpático y endocrino cuya función fundamental es preparar al organismo para una “respuesta de lucha o huida”. Así, se considera el estrés como la forma de alterar la homeostasis ante distintos tipos de situaciones que implicaran una situación de riesgo que dan como resultado una respuesta (Otero, 2012).

Pero fue hasta el año 1930, cuando Hans Selye (1907-1983) observó que todos los enfermos, independientemente de la enfermedad que sufrían, presentaban síntomas comunes y generales como lo son el agotamiento, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas, a los cuales denominó “síndrome de estar enfermo” o “síndrome general de adaptación” y así, es como surge el concepto de estrés por primera vez (Fernández, 2010).

Para el año de 1936, postula que el patrón de respuesta ante el estrés consiste en tres fases, la fase de alarma en la que el organismo se prepara para hacer frente a la amenaza; la fase de resistencia en la que el organismo se esfuerza para contrarrestar la amenaza y, por último, el agotamiento que da como resultado un debilitamiento progresivo aumentando la vulnerabilidad y susceptibilidad general de enfermedad (Otero, 2012).

Posteriormente, Selye desarrolló experimentos sobre ejercicio físico extenuante con ratas, comprobando la elevación de las hormonas suprarrenales, atrofia del sistema linfático y aparición de úlceras gástricas. A este conjunto de factores Selye lo designó inicialmente como "estrés biológico" y después simplemente "estrés" (García y Zea, 2011).

De esta manera, Selye consideró que varias enfermedades (cardíacas, hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales) se generaban por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos, y que dichas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Luego amplió su teoría, ya que pensó que no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que además, en el caso de los seres humanos, las demandas sociales y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación, pueden provocar el trastorno del estrés (García y Zea, 2011).

A partir de la publicación del libro de Selye en 1960, el estrés se definió como "la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividades cotidianas, agentes productores de enfermedades, drogas, hábitos de vida inadecuados, cambios abruptos en los entornos laboral y familiar), que pueden actuar sobre la persona" (García y Zea, 2011 en Martínez y Díaz, 2007, p 13).

Desde entonces, el estrés ha sido estudiado desde varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías variadas y avanzadas, y con enfoques teóricos diferentes. Por ejemplo, los enfoques fisiológicos y bioquímicos resaltaron la importancia de la respuesta orgánica, es decir, el nacimiento del estrés en el interior de la persona (García y Zea, 2011).

Las orientaciones psicosociales, por otra parte, han puesto el acento en el estímulo y en la situación que genera el estrés, enfocándose en factores externos. En contraste, otras tendencias mediacionales o transaccionales, han hecho énfasis en definir el estrés de forma interactiva. Atribuyen al sujeto la acción decisiva en el proceso, al explicar que el estrés tiene su origen en la evaluación cognitiva que hace la persona al intermediar entre los componentes internos y los que provienen del entorno (García y Zea, 2011).

Por otra parte Lazarus y Folkman (1986) consideran al estrés como un estímulo externo que produce un efecto sobre una persona es decir una relación estímulo-respuesta. Sin embargo, esta respuesta dependerá de la intensidad del estímulo y, de acuerdo a la percepción de amenaza se dará una respuesta de estrés considerada sana o una respuesta de estrés fuera de los límites de respuesta de adaptación al ambiente. Ya que el estrés se considera como necesario, porque permite que las personas se ajusten y adapten a su ambiente, por lo que para funcionar y ser productivos es necesario aprender a vivir con presiones de diversa índole y, en su caso, saber cómo liberarse de ellas (Otero, 2012).

En relación con lo anterior, el estrés tiene dos vertientes. La primera implica al estrés afectivamente funcional, energizante, estimulante y productivo, llamado eustrés y este se define como la respuesta saludable, positiva, productiva y constructiva frente a eventos amenazantes e implica el bienestar individual asociado con crecimiento, flexibilidad, adaptabilidad y altos niveles de desempeño (Otero, 2012).

Por el contrario, la otra vertiente comprende al estrés disfuncional llamado distrés, que es una respuesta negativa y destructiva con consecuencias adversas en diversos ámbitos como la persona, la familia y, finalmente, para la organización. Ya que puede provocar insatisfacción, baja motivación, agobio, apatía, frialdad emocional y agotamiento, lo que conlleva la sensación de perder el control de las cosas y sentirse virtualmente rebasado por el mundo (Gutiérrez, 2012).

Con respecto a los modelos más recientes sobre estrés, denominados modelos integradores multimodales, sugieren que el estrés no puede definirse desde una concepción unívoca, sino que debe comprenderse como un conjunto de variables que

funcionan de forma sincrónica y diacrónica, dinamizadas a lo largo del ciclo vital. Estos modelos presentan una visión comprensiva más amplia sobre el tema. Por ello, aunque la propuesta teórica de Lazarus suele considerarse como de carácter interactivo, este sugirió en 1966 que se entendiera el estrés como un concepto organizador utilizado para entender un alto grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos (García y Zea, 2011 citado en Lazarus y Folkman, 1966, p. 35).

2.2 Prevalencia del Estrés.

El estrés es considerado un problema que afecta de manera mundial a los individuos, afecta en diversas esferas como individual, familiar y profesional y, dado las condiciones bajo las cuales se desarrolla la vida diaria, las actividades familiares y laborales se da un aumento en la insidencia, por tal razón se muestran los datos reportados mundialmente, en la Unión Europea, Estados Unidos y en la comunidad médica ya que es el tema de interés:

Datos sobre Estrés reportados mundialmente (García y Zea, 2011).

- El informe “Mental Health in the Work Place: Introduction”, preparado por la Organización Internacional del Trabajo, señala que aunque los índices de inestabilidad mental son complejos y se dan grandes diferencias entre los países en cuanto a las prácticas laborales, ingresos y condiciones de trabajo, parece que hay elementos comunes que vinculan la alta incidencia de estrés laboral a los cambios que se producen en el mercado de trabajo, debido a la globalización económica.
- Los problemas de salud mental en Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido han aumentado hasta el punto que 1 de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio.
- En el mundo uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50 % de las personas tienen algún problema de esta índole (García y Zea, 2011 en Caldera, Pulido y Martínez, 2007, p. 78).
- Como factor epidemiológico, se considera un aspecto de gravedad, ya que el estrés es un importante generador de diversas patologías.

Datos sobre Estrés reportados en la Unión Europea (García y Zea, 2011).

- El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afecta anualmente a cuarenta millones de trabajadores y supone para sus países miembros, un coste de 20.000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad.
- Datos de la Fundación Europea para las Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo un 28% de los trabajadores europeos padece algún tipo de estrés laboral.
- En una encuesta patrocinada por la Comisión Europea entre casi 16.000 trabajadores de los 15 países miembros de entonces en la Unión Europea el 42% indicaba que su ritmo de trabajo es demasiado alto. Y en la IV Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (INSHT) realizada en el 2000, se señala que el 5% de los trabajadores presentó sintomatología de estrés, y en el mismo sentido, la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT) llevada a cabo en el 2003, un porcentaje similar, el 5.3% de los trabajadores presentó síntomas compatibles con el estrés.
- El 22% de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés, provocando un 55% de absentismo laboral, y tiene su origen en las precarias formas de contratación, en la inseguridad, en el desarrollo intenso de la actividad, en una excesiva exigencia emocional, en la violencia que genera el trabajo y en el desequilibrio entre la vida profesional y personal (García y Zea, 2011 citado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2007).
- En el Reino Unido, los datos oficiales elevan los costes del estrés laboral al 3.5% del Producto Interno Bruto (PIB).

Datos sobre Estrés reportados en Estados Unidos (García y Zea, 2011).

- En Estados Unidos, los costes del estrés laboral se calculan en 200.000 millones de dólares al año.

Datos sobre Estrés reportados en profesionales de la salud (Calebrese, 2006).

- En la población médica la incidencia del estrés laboral es de un 28%.

- Investigaciones reportan que los factores que se relacionan con la presencia de estrés en la comunidad médica es la falta de control de su tiempo en el 83%, la interferencia con la vida familiar en el 75%, aspectos medico legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% y problemas clínicos en el 61%.
- Con respecto a los factores relacionados con el estrés en referencia a condiciones de trabajo se encuentran el sistema de trabajo en el 58%, contactos con pacientes graves en el 28% , decisiones de emergencia en el 23%, contacto con la muerte en el 13%, problemas de la organización laboral en el 42%, responsabilidades administrativas en el 41%, conflictos en la esfera privada en el 35%, conflictos de relaciones laborales 25%, conflictos extra laborales en el 23% y problemáticas médico legales 2.8%.

2.3 Definiciones de Estrés.

Piñeiro, (2013) menciona que el estrés se ha definido atendiendo a diferentes concepciones, la primera de ellas es la del estrés como estímulo ante diferentes situaciones que provocan un proceso de adaptación en el individuo y que pueden presentarse como grandes acontecimientos vitales y externos al propio individuo, como pequeños contratiempos, acontecimientos vitales menores o como estímulos permanentes que se refieren a estresores menores que permanecen estables en el medio ambiente y que presentan una menor intensidad pero con mayor duración.

Posteriormente se encuentra el estrés como respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes. Al que se le denomina Síndrome de Adaptación General e incluye fases de alarma, resistencia y agotamiento (Piñeiro, 2013).

Por otra parte, el estrés como interacción es el resultado de la relación entre las características de la situación y los recursos del individuo. En él es importante la valoración que hace el individuo de la situación (Piñeiro, 2013).

Ahora bien, de manera general, el estrés es definido como un estado de tensión física o mental resultante de factores que tienden a alterar el equilibrio del organismo y que presentan consecuencias indiscutibles en la salud de todas las personas. (Gutiérrez, 2012).

De acuerdo con las definiciones mencionadas anteriormente, existe un problema teórico referido al estrés por la ambigüedad del concepto. Sin embargo, Cox y McKay, afirman que se puede hablar de cuatro categorías principales de tendencias para definir el estrés. En primer lugar, este término se utiliza para designar la situación que desencadena una experiencia o vivencia y se hace hincapié en los estímulos del entorno y en las características del ambiente como los principales causantes de las respuestas de tensión emitidas por el individuo. En segundo lugar, el estudio del estrés se concentra en la atención de la persona, considerando que el término se refiere a las respuestas fisiológicas, psicológicas y de comportamiento que experimenta la persona ante determinadas situaciones que desencadenan tensión. En tercer lugar, hay un nuevo enfoque que plantea un análisis diferencial en el surgimiento de la experiencia de estrés. Se refiere al conjunto de definiciones que se centran en la percepción del individuo, concebida como la variable a través de la cual la persona interpreta y modula el carácter estresante o no de una determinada situación (Guzmán, 2003).

La cuarta categoría de conceptualizaciones comprende las definiciones que comprenden al estrés como la transacción entre el individuo y el ambiente, considerando esta interacción como un proceso dinámico y recíproco. Desde este punto de vista, se matiza y amplía el concepto de estrés dado en las definiciones anteriores, pues se tiene en cuenta la retroalimentación que el individuo ofrece al ambiente. Por tanto, una vez que la persona percibe o valora una situación como estresante, emite, en función de las estrategias de las cuales disponga, una respuesta de enfrentamiento a tal situación. En este último contexto, el estrés es considerado una condición dinámica por la que un individuo enfrenta una oportunidad, restricción o exigencia con la que desea, y cuyo resultado percibe que es incierto pero importante (Guzmán, 2003).

Aunado a los distintos tipos de conceptualización, es importante mencionar que se hacen ciertas especificaciones con respecto a la fuente del estrés. Así, dentro del ámbito laboral el estrés es considerado la respuesta general frente a una acción o situación que reclama exigencias físicas y psicológicas particulares de los trabajadores, se considera como la vivencia de ansiedad, temor e insatisfacción relacionada con las exigencias de los factores implícitos debidos a la naturaleza de la ocupación misma, como son los estilos de liderazgo, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol, las fechas límite, los recursos limitados y, en general, las

necesidades de logro no colmadas que conllevan comportamientos disfuncionales dentro de la organización (Salazar, 2011).

2.4 Tipos de Estrés

En este subtema se busca desarrollar la tipología que se tiene sobre el estrés de acuerdo a Fernández (2010). Es importante mencionar que de manera general se manejan dos tipos de estrés el positivo (eustrés) y el negativo (distrés).

Siguiendo la pauta anterior, Neidhardt, Weinstein y Conry (1989) mencionan que el distrés es considerado un estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande que puede conducir a la angustia e impide responder de forma adecuada a situaciones cotidianas.

Por otra parte, se utiliza el término eustrés, para definir la situación en la que la buena salud física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial, de esta manera, el estado de eustrés se asocia con claridad mental y condiciones físicas óptimas (Fernández, 2010).

Por su parte, Bensabat (1987) afirma que dado que el estrés es considerado una respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga, por ende cualquier demanda, independientemente de que sea física, psicológica o emocional, positiva o negativa, provoca una respuesta biológica del organismo, idéntica y estereotipada. De esta manera, tanto una situación positiva como una negativa son causa de estrés, pero este se va a diferenciar por la forma en la que el organismo responde a ellas (Fernández, 2010).

Tomando como base lo anterior Bensabat se refiere al eustrés como el estrés bueno en que las respuestas del organismo se realizan en armonía, con la mayor naturalidad y sin consecuencias, ya que están adaptadas a las normas fisiológicas de la persona. Se referirá a todo aquello que causa placer, todo lo que la persona quiere o acepta hacer en armonía consigo misma, con su medio y con su propia capacidad de adaptación. Cosas como la alegría, el éxito, el afecto, el trabajo creador, un rato de tranquilidad, compartir con otras personas, todos los aspectos que resultan estimulantes, alentadores, fuentes de bienestar, de felicidad o de equilibrio (Fernández, 2010).

Mientras que el distrés es el estrés malo en el que las respuestas exigidas por una demanda intensa y prolongada, agradable o desagradable, son excesivas y

superan las capacidades de resistencia y de adaptación del organismo. Se referirá a todo aquello que disgusta, todo cuanto la persona hace a pesar suyo, en contradicción consigo misma, su ambiente y su propia capacidad de adaptación. Cosas como la tristeza, el fracaso, las malas noticias, la enfermedad, las presiones, las frustraciones, la carencia de libertad, cualquier fuente de desequilibrio, de alteraciones psicosomáticas y de enfermedades de adaptación (Fernández, 2010).

Ahora bien, es importante destacar que el tipo de estrés depende también de cómo se perciben y se interpretan los acontecimientos, puesto que una misma situación puede significar un mal estrés para una persona y un buen estrés para otra. Así, lo que importa no es lo que sucede, sino la forma como se percibe (Fernández, 2010).

Por otra parte Betsabe agrega un tercer término “el nivel óptimo de estrés” que se refiere al nivel de estrés biológicamente necesaria para cada persona, con el propósito de que ésta se desempeñe de manera armónica en unas condiciones óptimas compatibles con su personalidad y sus posibilidades de adaptación (Fernández, 2010).

De esta manera, el estrés es indispensable en la vida, no obstante, si la dosis de estrés no es la óptima, ya sea por exceso o por carencia, el estrés se convierte en distrés y exige una adaptación particular del organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el aspecto biológico como en el físico y en el psicológico. Lo que provoca que el organismo se encuentre super estimulado, agotado por cansancio, demasiado solicitado y sometido a una adaptación excesiva (Fernández, 2010).

Mientras que en el eustrés es cuando la persona funciona por debajo del umbral óptimo del estrés y el organismo está subestimado, poco solicitado física, psicológica y biológicamente. Al respecto, Melgosa (1995) señala que una cantidad moderada de tensión vital, esto es, de estrés, resulta saludable, ya que ayuda a alcanzar metas elevadas y a resolver problemas difíciles (Fernández, 2010).

2.5 Fases del Estrés

De acuerdo a Peña, Ramírez y Castro (2012) se considera que el estrés esta compuesto por tres fases primordiales, la fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento.

- Fase 1. Fase de Alarma: En esta fase inicial se va a presentar un aumento en la respuesta, tanto en incremento de actividad como rapidez mental gracias a que las glándulas suprarrenales realizan una descarga de adrenalina. De esta manera, aportan a la persona en estrés las condiciones energéticas máximas como para poder llevar a cabo una actividad física y mental agotadora durante más tiempo de lo que podría en otras circunstancias (Peña, Ramírez y Castro, 2012).

De acuerdo a Fernández (2010) los indicadores que se presentan durante esta fase son dolores de cabeza, alteraciones en el sueño, sudoración y tensión general.

Esta fase a su vez se divide en 2 fases:

a) La fase de choque: constituye la reacción inicial e inmediata ante el agente nocivo. En esta fase los síntomas típicos son la taquicardia, la pérdida del tono muscular, la disminución de la temperatura y la presión sanguínea, produciéndose las reacciones fisiológicas primarias de defensa, como son la descarga de adrenalina, corticotropina y corticoides (Gutiérrez, 2012).

b) La fase de contra choque, es una reacción de desenlace (protección contra el choque) y se caracteriza por la movilización de una fase defensiva, durante la cual se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad (incremento de corticosteroides), involución rápida del sistema timolinfático y en general, signos opuestos a los de la fase de choque, esto es, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertemia, etc. (Gutiérrez, 2012).

- Fase 2. Fase de Resistencia: Una vez que se consumen los recursos de la primera fase, si no se ha conseguido resolver el motivo de la alarma y sigue vigente la necesidad de respuesta al estímulo exterior, el organismo entonces cambia de táctica (Peña, Ramírez y Castro, 2012).

En esta táctica Hans Selye afirma que todos los cambios adaptativos de nuestro comportamiento externo y nuestras reacciones internas se deben a la intervención de tres elementos de nuestro sistema endocrino, denominados como el eje: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y que el resultado de esta

organización jerarquizada es poder utilizar nuestras reservas energéticas para seguir en la lucha e intentar lidiar con los estresores de modo que se pueda mantener una homeostasis interna (Costa y Cols; 2011).

De acuerdo a Fernandez (2010) los indicadores que se presentan durante esta fase son el aumento del ritmo cardíaco e hipertensión así como dificultad significativa para relacionarse con las personas.

- Fase 3. Fase de Agotamiento: En cuanto se empiezan a agotar nuestras reservas energéticas de adaptación, aparece la fatiga como un conjunto de signos físicos y psicológicos, que nos indicara con ciertas señales que debemos descansar para reponer nuestro desgaste vital (Peña, Ramírez y Castro, 2012). Así, en esta tercera fase desciende el nivel de energía y el estrés sobrepasa los esfuerzos de la persona que se resiste, haciéndose manifiestos diversos síntomas psicosomáticos (Naranjo, 2009).

De acuerdo a Fernández (2010) los indicadores que se presentan durante esta fase son la angustia permanente, depresión, úlceras e importantes alteraciones psicosomáticas.

2.6 Estresores.

El autor Otero (2011) menciona que un estresor se define como un estímulo con capacidad para generar una respuesta de estrés en el organismo. Otras definiciones hacen referencia a las fuentes de estrés como aquellas situaciones o acontecimientos que comúnmente llevan a desajustes personales, bien sea en relación a la cantidad de cambio vital que suponen o porque conllevan consecuencias indeseables.

Otra perspectiva plantea que virtualmente cualquier tipo de evento o situación del entorno es susceptible de convertirse en un estresor por lo cual, la condición de estresor depende del significado del estímulo para el individuo, de la apreciación cognitiva que se lleva a cabo y de sus características personales y de las estrategias de afrontamiento disponibles. Por tanto, cualquier situación o circunstancia podría ser conceptualizada como estresor si un individuo la evalúa y experimenta como tal (Otero, 2011).

Sin embargo, se han elaborado distintas taxonomías que tratan de recoger, en amplias categorías, los estresores más relevantes.

De esta manera, con respecto a la naturaleza del estímulo o situación estresante, se encuentran los estresores biofísicos, psicológicos y sociales:

- 1) Estresores biofísicos, están constituidos por acontecimientos físicos o biológicos que producen en el sujeto un desequilibrio homeostático, disparando la correspondiente respuesta de estrés (por ejemplo: esfuerzo físico excesivo, ingestión de drogas o sustancias, el padecer algún trastorno o enfermedad, entre otros).
- 2) Estresores psicológicos y los estresores sociales son fácilmente observables, en estos casos la reacción de estrés no se relaciona directamente con la naturaleza objetiva del estresor, sino más bien con la interpretación o el significado psicológico (cognitivo) que el sujeto asigna a las distintas situaciones o estímulos, sean estos físicos, relacionales o interpersonales, o procesos internos personales, subjetivos o psicológicos (Otero, 2011 citado en Carroble, 1996).

Ahora bien, los tipos de estresores mencionados anteriormente (biofísicos, psicológicos y sociales) pueden provenir tanto de estímulos externos a la propia persona como de aspectos internos, por esta razón otra de las clasificaciones de estresores se maneja como:

- 1) Estímulos o sucesos de características físicas.
 - Internos: como la sensación de malestar por una mala digestión, una enfermedad, el dolor producido por una herida, entre otros.
 - Externos: Estresores como temperatura ambiental extrema, ruido o luz intensa, generalmente condiciones bajo las cuales se desenvuelve y desarrolla el individuo.
- 2) Estímulos o sucesos de características cognitivas.
 - Internos: como pensamientos sobre la propia incapacidad, el recuerdo de una situación desagradable.
 - Externos: Conductas que percibes hacia ti, de parte de otras personas, por ejemplo considerar que tu pareja se ha distanciado, considerar que la relación familiar esta mal, entre otros.

Sin embargo, ya sean estresores internos o externos, los aspectos cognitivos son mucho más frecuentes e importantes (Otero, 2011 citado en Labradory Crespo, 1993).

Otra perspectiva existente se traduce en una clasificación que atiende a la pauta temporal de los estresores, sugiriendo un carácter agudo o crónico de las situaciones. En esta taxonomía se distinguen dos tipos de estresores (Gutiérrez, 2012):

1) Los sucesos vitales: Los cuales hacen referencia a situaciones estresoras de gran magnitud que producen cambios notorios en la vida de las personas y que ponen a prueba sus capacidades adaptativas.

Se consideran acontecimientos vitales, por ejemplo, la muerte de una persona cercana, la pérdida de trabajo, el divorcio, un cambio de residencia, una enfermedad prolongada e incapacitante, los desastres y catástrofes naturales, la jubilación y el nacimiento de un hijo.

2) Las contrariedades cotidianas: Por otro lado, hacen referencia a las preocupaciones y pequeños problemas de la vida diaria. Tales fuentes de estrés no requieren de mucho esfuerzo adaptativo por parte del individuo, pero su repetición y aumento, puede dejar una considerable huella en el organismo, tan importante o más, que la que dejan otros acontecimientos más dramáticos o inesperados.

2.7 Modelos de Estrés

A continuación se hace referencia a los modelos de estrés de acuerdo a la clasificación de Gutiérrez (2012), ordenados cronológicamente con la finalidad de tener una mejor comprensión de ellos, siendo los siguientes: Modelo Socioambiental (French y Kahn, 1962), Modelo Ocupacional (House, 1974), Modelo Proceso de Estrés (McGrath, 1976), Modelo Demanda-Control (Karasek, 1979), Modelo Integrador del Estrés y del Trabajo (Ivanovich y Matteson, 1989), Modelo Integrador del Proceso de Estrés (Peiró y Salvador, 1993) y Modelo de Estrés y Apoyos (Osterman y Gutiérrez, 1999).

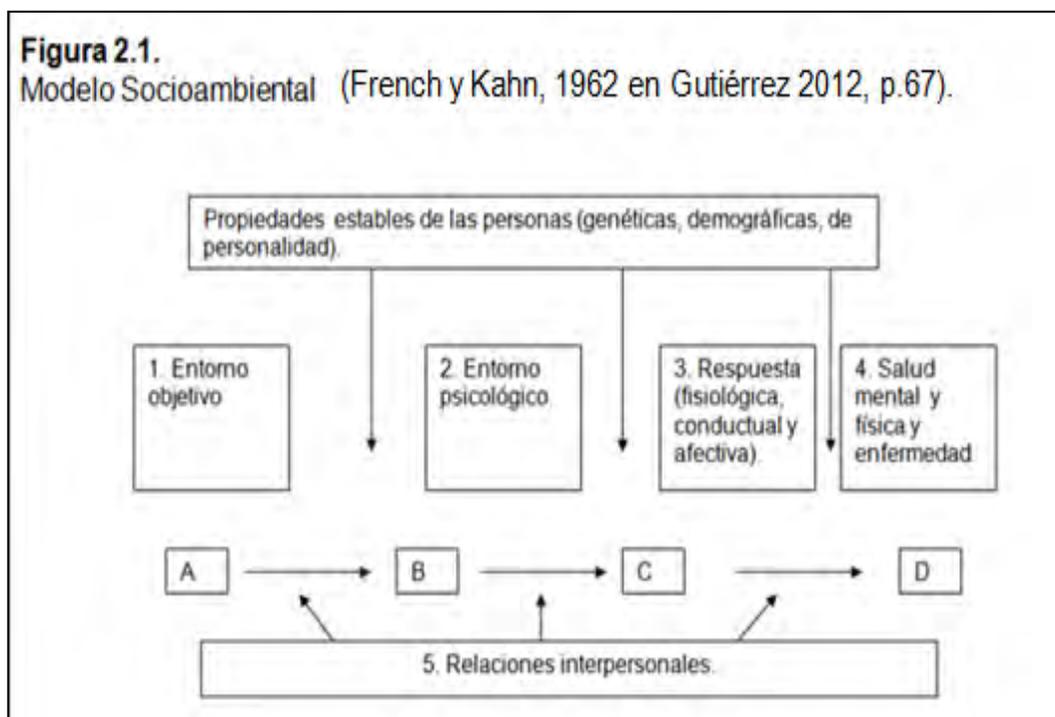
2.7.1. Modelo Socioambiental (French y Kahn, 1962).

El Modelo Socioambiental es creado por French y Kahn en 1962, donde desarrollan una teoría integral de estrés y la salud mental, que abarca desde los esfuerzos por

comprender el ambiente objetivo del trabajo hasta los estudios sobre salud y enfermedad. Dicho modelo consiste en tres categorías (Gutiérrez, 2012):

- Las conexiones de tipo A-B guardan relación entre el contexto físico y social del trabajo y las percepciones del sujeto acerca de ese contexto.
- Las conexiones de tipo B-C hacen referencia a las relaciones entre el entorno percibido de trabajo y las respuestas que el sujeto emite.
- Las conexiones C-D indican los efectos de las respuestas referentes al puesto, con los criterios de salud y enfermedad, por ejemplo, ante la tensión que se experimenta, se presenta un padecimiento digestivo o coronario.

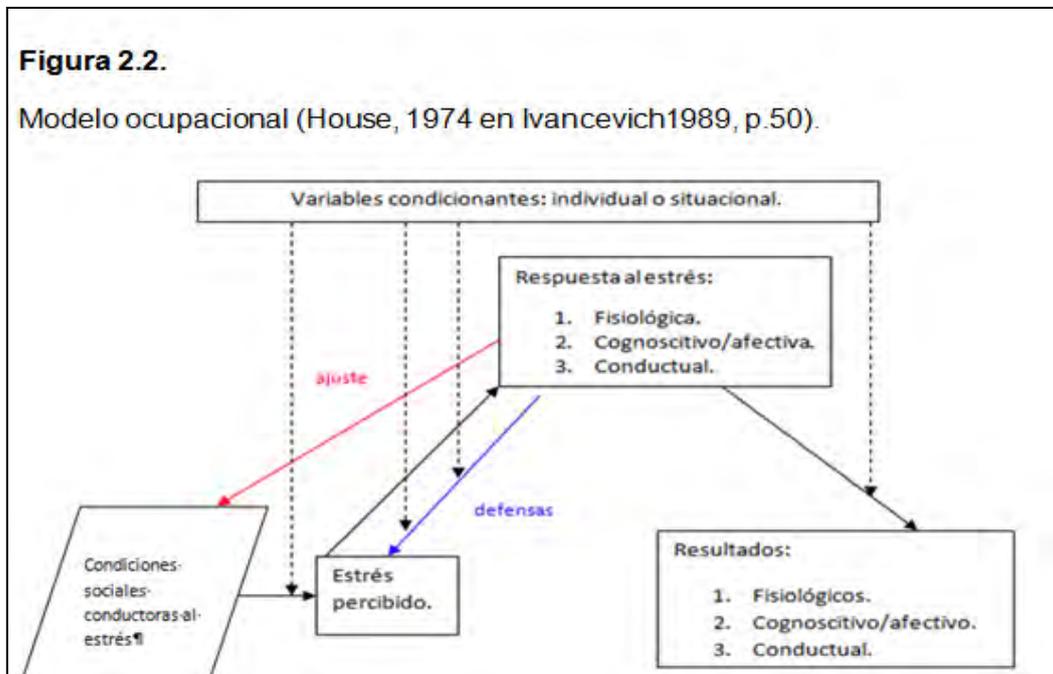
Estas tres categorías deben de calificarse mediante variables moderadoras (flechas verticales), que son las características individuales (variables sociodemográficas o de personalidad) y las relaciones interpersonales. Las variables moderadoras del estrés cambian el impacto que tiene un estresor sobre una reacción de estrés dada, pues filtran o modifican los efectos habituales de los estresores sobre las reacciones del individuo (Gutiérrez, 2012).



2.7.2. Modelo Ocupacional (House, 1974).

El Modelo Ocupacional fue elaborado por House en el año de 1974, dicho modelo pretende integrar los datos existentes sobre la relación entre el estrés ocupacional y los padecimientos cardiacos. Este indica que la experiencia relativa al estrés constituye una respuesta subjetiva, resultante de la interacción de las condiciones sociales y las características personales (Ivancevich, 1989).

El modelo sugiere que la relación entre condiciones sociales y consecuencias, como padecimientos cardiacos, es influida por la forma en que el individuo percibe la situación; y que el significado percibido de las condiciones objetivas depende, tanto de la naturaleza de la persona, como de la naturaleza de la situación social (Ivancevich, 1989).



2.7.3. Modelo Proceso de Estrés (McGrath, 1976).

El modelo Proceso de Estrés fue creado por McGrath en el año de 1976, dicho modelo establece que el grado en el que la respuesta elegida produce una conducta deseada, depende tanto de la habilidad de la persona para llevar a la práctica tal respuesta, como de la medida en que la conducta genere cambios deseados o indeseados en la situación, lo que obedece al nivel de desempeño personal y de aquellos que trabajan con y en contra de la persona (Gutiérrez, 2012).

Este modelo se encuentra orientado hacia el proceso de trabajo y considera la situación de estrés como un ciclo de cuatro etapas, las cuales se relacionan mediante los siguientes procesos de conexión:

- La relación entre A y B se denomina proceso de valuación cognoscitiva, en el que la persona evalúa una situación, en forma exacta o inexacta.
- La relación entre B y C involucra la toma de decisiones; establece un vínculo entre la situación percibida, las opciones posibles y la elección de una respuesta o de un conjunto de respuestas para afrontar los rasgos indeseables de la situación.
- La relación entre C y D implica al proceso de desempeño, que da por resultado un conjunto de conductas que pueden evaluarse cuantitativamente y cualitativamente.
- La relación entre D y A, que es el proceso resultante, es la realización que se establece entre la conducta y la situación.



2.7.4. Modelo Demanda-Control (Karasek, 1979).

El modelo de Demanda-Control (DC) desarrollado por Robert Karasek en el año de 1979, es uno de los más influyentes en la actualidad. Se trata de un modelo simple que implica que la salud psicosocial puede explicarse mediante la simple combinación de las “demandas laborales” y el “control” que el trabajador tiene del puesto de trabajo (Salanova, 2009).

Los conceptos clave del modelo son principalmente dos:

- Las demandas: El concepto de “demandas” se define como las exigencias o la carga psicológica que el trabajo implica para la persona.

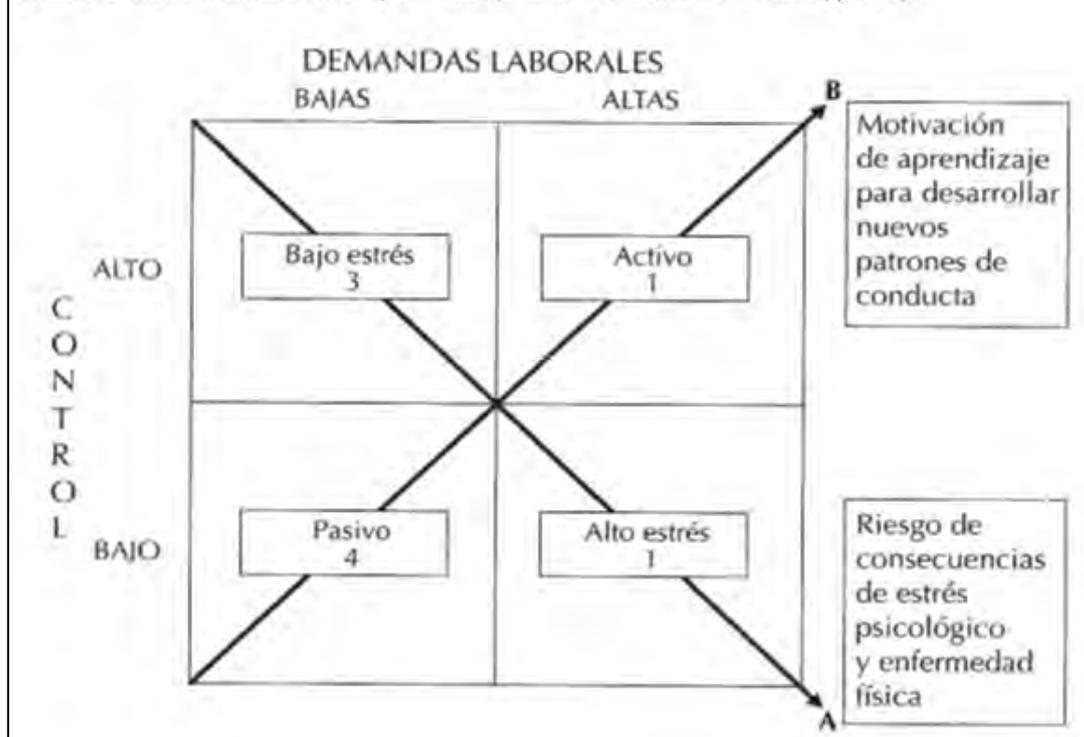
- El control del puesto: Este concepto se refiere al grado potencial que tienen los empleados para controlar sus tareas y llevar a cabo conductas a lo largo de un día de trabajo. De igual manera, está implicado en las predicciones del modelo y es considerado el más importante (Salanova, 2009).

Ahora bien, este modelo propone la explicación tanto del estrés como del aprendizaje, debido a la interacción que surge entre demanda y control, generando cuatro hipótesis (Salanova, 2009, p. 80):

- De acuerdo con Karasek, la primera predicción del modelo hace referencia al eje del estrés. Los “puestos estresantes” se producen por una combinación de altas demandas y bajo control. Las altas demandas laborales producen un incremento en los niveles de activación que normalmente se acompaña de síntomas de malestar, como taquicardias y secreción de adrenalina.
- La segunda predicción del modelo es la situación opuesta a la anterior. De manera que aquellos “puestos con bajo estrés” se caracterizan por situaciones donde los trabajadores tienen altos niveles de control pero las demandas son bajas.
- La tercera hipótesis del modelo señala que la motivación, el aprendizaje y el crecimiento personal ocurren cuando los trabajadores están sometidos a demandas altas, pero cuentan con el control adecuado para afrontarlas. En este caso se habla de “puestos activos”.
- La cuarta hipótesis hace referencia a los “puestos pasivos”, en donde los trabajadores no tienen que hacer frente a elevadas demandas en el trabajo pero tampoco cuentan con el control suficiente para influir sobre ellas.

Figura 2.4.

Modelo Demanda-Control. (Karasek, 1979 en Salanova 2009, p. 80).



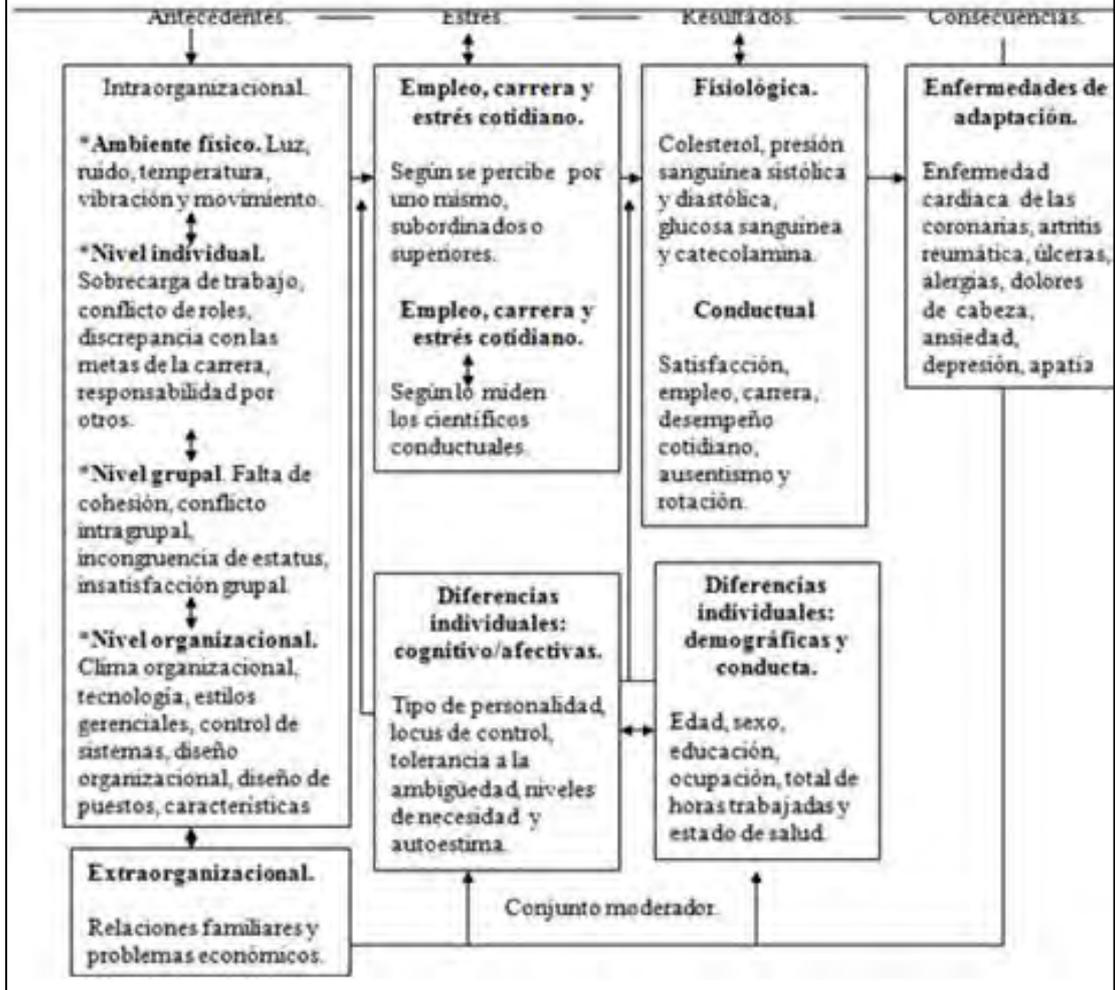
2.7.5 Modelo Integrador del Estrés y del Trabajo (Ivancevich y Matteson, 1989).

El modelo Integrador del Estrés y del Trabajo fue creado por Ivancevich y Matteson en el año de 1989, su propuesta incorpora las siguientes unidades (Gutiérrez, 2012):

- **Estresores:** Considerados los antecedentes de la situación de estrés, considerándolos tanto a nivel intra como el extraorganizacional.
- **Estrés percibido:** Considerado como una interpretación o valoración del grado en que la existencia de condiciones previas originan estrés en los individuos.
- **Resultados:** Corresponden a los efectos o respuestas a la acción de los estresores, en donde se diferencian los resultados fisiológicos de los conductuales.
- **Consecuencias:** Considerado como el producto de los resultados.

Figura 2.5.

Modelo Integrador del Estrés y del Trabajo (Ivancevich y Matteson, 1989 en Gutiérrez, 2012, p. 71).



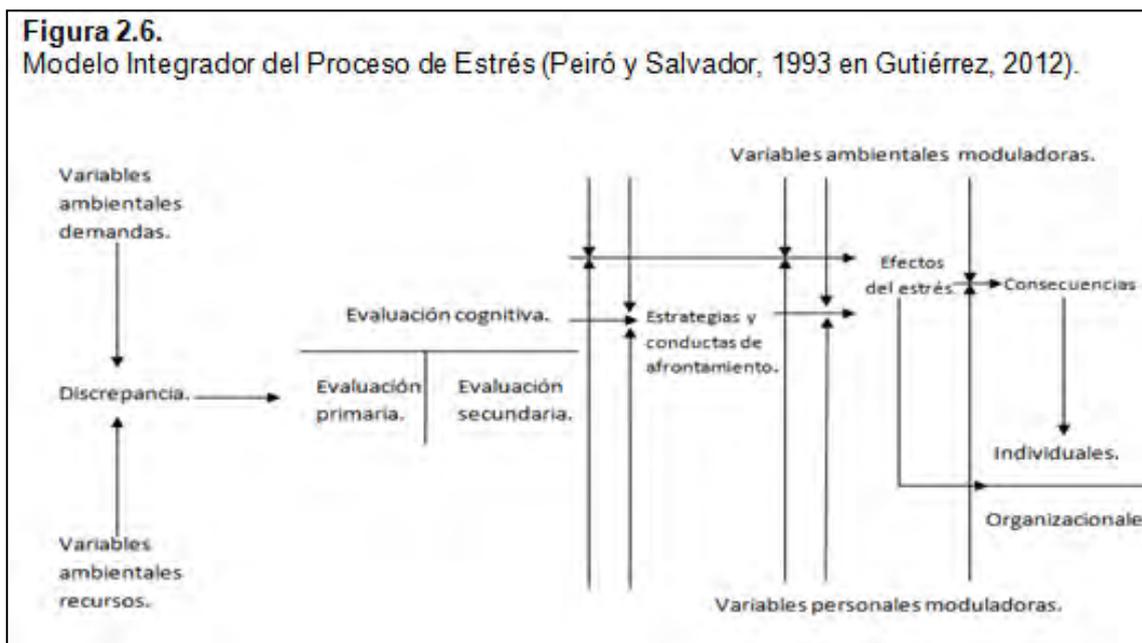
2.7.6. Modelo Integrador del Proceso de Estrés (Peiró y Salvador, 1993).

El modelo integrador del proceso de estrés fue desarrollado por Peiró y Salvador en el año de 1993, dicho modelo establece que el proceso del estrés se desarrolla en seis etapas (Gutiérrez, 2012):

- En la primera etapa se encuentran las variables ambientales, las cuales consisten tanto en las demandas que el ambiente de trabajo hace recaer sobre el individuo como en los recursos disponibles para hacerles frente. Es a partir de la percepción del individuo si se considera una situación estresante.
- En la segunda etapa se presenta la evaluación cognitiva de las demandas situacionales y de los recursos disponibles. Este proceso permite

valorar dichas demandas y recursos, lo cual determinará la presencia o ausencia de la respuesta de estrés.

- La tercera etapa se vincula estrechamente con la anterior y se presenta una vez que se realiza la reevaluación de la situación. La constituyen las estrategias de afrontamiento, por lo que implica la evaluación de las mismas.
- La cuarta etapa considera a las variables que ejercen una influencia moduladora sobre los procesos y relaciones: ambiente-proceso de apreciación, apreciación-afrontamiento, afrontamiento-resultados y consecuencias, que son variables moduladoras que afectan positiva o negativamente la percepción del estrés.
- En la quinta etapa se encuentran las respuestas a corto plazo, ante un estrés reiterativo, las cuales se presentan a nivel fisiológico, psicológico y motor.
- En la sexta etapa se detectan las consecuencias que se producen cuando el estrés se prolonga y manifiestan a nivel individual y organizacional.



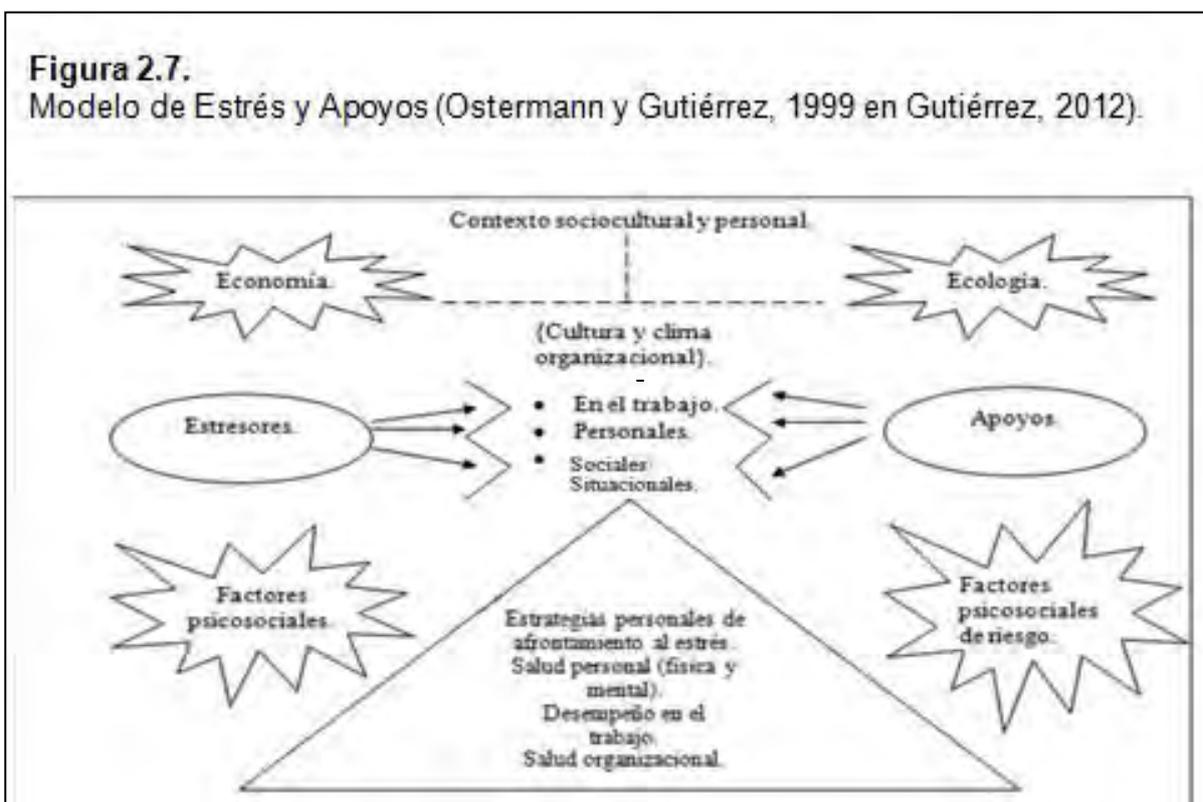
2.7.7 Modelo de estrés y apoyos (Ostermann y Gutiérrez, 1999).

El modelo teórico llamado SWS (Self, Work, Social) sobre salud mental, estrés, apoyos y trabajo fue creado por Ostermann y Gutiérrez en el año de 1999, dicho modelo considera variables negativas de estrés (diestrés) y positivas (de apoyo) que contribuyen a la salud mental. Postula que el estrés consiste en el interjuego de

factores en las áreas personal, laboral-organizacional y social-situacional, que pueden contribuir de manera negativa como estresores a las condiciones generales de vida, o de manera positiva como apoyos (Gutiérrez, 2012):

- El área personal (self), se refiere a la constitución personal-familiar y disposición propia.
- El área laboral-organizacional (trabajo), involucra la situación proveedora de ingreso.
- El área social-situacional tiene relación con la situación de interacción ajena al trabajo (situación de no trabajo).

El modelo maneja la premisa de que en cualquier punto de la vida de un individuo, el nivel de tolerancia al estrés en el trabajo o el nivel de estrés incapacitante *distrés*, 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 personal y social. Estos estresores se pueden minimizar o neutralizar por medio de los apoyos que se encuentran en las mismas tres áreas y que se manifiestan actitudinalmente (Gutiérrez, 2012).



2.8 Definiciones de estrés laboral.

El estrés laboral es considerado la respuesta general frente a una acción o situación que reclama exigencias físicas y psicológicas particulares de los trabajadores, se considera como la vivencia de ansiedad y temor e insatisfacción relacionada con las exigencias de los factores implícitos debidos a la naturaleza de la ocupación misma, como son los estilos de liderazgo, la carga de trabajo, la ambigüedad de rol, las fechas límite, los recursos limitados y, en general, las necesidades de logro no colmadas que conllevan comportamientos disfuncionales dentro de la organización (Salazar, 2011).

Por su parte, Naranjo (2009), define el estrés laboral como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo cuando son importantes las consecuencias del fracaso. Un elemento a destacar en esta definición está dado por la percepción que tiene cada individuo con respecto a las demandas laborales. Aunado a la percepción del individuo, existen otros factores importantes que determinan la respuesta al estrés como las características profesionales, sociales y personales.

Otra definición es la de Peña, Ramírez y Castro (2012), dichos autores consideran al estrés laboral como las respuestas físicas y emocionales dañinas, que aparecen cuando las características del trabajo, no corresponden a la capacidad, recursos y necesidades de los trabajadores (Peña, Ramírez y Castro, 2012).

De igual manera Gutiérrez y Vilorio (2014) coinciden con esta definición y consideran el estrés laboral como la reacción que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, así como a las pocas oportunidades para tomar decisiones

De manera general puede observarse que las definiciones antes mencionadas, se resumen en palabras de (Mc Grath 1970, citado en Navarro, 2009) quien utiliza el término de estrés laboral como el desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas en su trabajo.

2.9 Estresores Laborales.

Atendiendo fundamentalmente a la literatura sobre estrés laboral, se maneja el término estresor como aquellas condiciones laborales que probablemente ejercen un efecto perjudicial en la mayoría de los trabajadores expuestos a ellas (Brief y George, 1991, citado en Otero, 2011, p. 16).

Ahora bien, los estresores laborales incluyen diferentes fuentes de estrés que se ajustan al ámbito del trabajo, por esta razón han estudiado dos grandes configuraciones ocupacionales que estructuran situaciones estresantes:

- Las de los trabajadores de “cuello azul” (obreros): Se caracterizan por estresores del ambiente físico (ruido, contaminación, temperatura, etc.), sobrecarga cuantitativa, monotonía y falta de control sobre el trabajo.
- Las de “cuello blanco”(oficinistas): Se caracterizan por estresores de rol, desarrollo de la carrera, de sobrecarga cualitativa y otros de carácter social.

De manera general, puede decirse que los principales estresores del ambiente laboral son los estresores del entorno físico, características estresantes del propio puesto de trabajo, desempeño del rol laboral, relaciones sociales en el trabajo, desarrollo de la carrera en la organización, estructura y clima organizacional (Plata, Flores, Curiel, Juárez, José, y Rosas, 2011).

Aunado a ello, las demandas laborales estresantes más frecuentes son la sobrecarga de trabajo (tanto a nivel cuantitativo como es el exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo, como cualitativo haciendo referencia a excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador); el trabajo por turnos y trabajo nocturno; los avances tecnológicos, el uso de nuevas tecnologías; y la exposición a riesgos o peligros (Plata, Flores, Curiel, Juárez, José, y Rosas, 2011).

Por otra parte, las relaciones interpersonales y grupales también pueden convertirse en estresores laborales, ya que cuando estas relaciones son valoradas positivamente, el ambiente de trabajo promueve el contacto entre la gente y son beneficiosos; de lo contrario si son valoradas negativamente por falta de cohesión, presiones del grupo, clima grupal adverso o el propio conflicto, resultan muy estresantes para los trabajadores (Plata, Flores, Curiel,, Juárez, José, y Rosas, 2011).

Fernández (2010) menciona que los factores organizacionales que funcionan como estresores se pueden clasificar de acuerdo al desempeño laboral como:

- Trabajo de alta dificultad, concentración y creatividad restringida.
- Dirección como puede ser un mal liderazgo o ausencia de incentivos; factores relacionados con la organización y función, las tareas, el medio ambiente así como el entorno social.

Con respecto a los estresores laborales específicos, existen nueve principales: carga de trabajo, sobrecarga de rol, condiciones laborales, conflicto de roles, ambigüedad de roles, desarrollo de carrera, relaciones interpersonales, agresión en el lugar de trabajo y conflicto entre los roles de vida familiar y laboral (Hellriegel y Slocum, 2009).

- 1) Carga de trabajo: Tener mucho trabajo asignado y no contar con suficiente tiempo o recursos para hacerlo.
- 2) Sobrecarga de rol: Cuando las exigencias del puesto exceden la capacidad del empleado para cumplir todas de forma adecuada.
- 3) Condiciones laborales: Las condiciones laborales inadecuadas cambian de acuerdo a la profesión que se desempeña, pero dentro de las que se destacan se encuentran condiciones inadecuadas dentro del lugar de trabajo como lo son temperaturas extremas, ruido, exceso o falta de iluminación, radiación y contaminación del aire. Otras condiciones inadecuadas concierne al trabajo en si o al trayecto para el trabajo como lo son traslados largos para llegar al trabajo malas condiciones laborales y jornadas de trabajo prolongadas.
- 4) Conflicto de roles: Se da cuando los mensajes del conjunto de roles son incompatibles o producen presiones, por lo que se considera que la persona puede considerarse en conflicto con los roles que se le atribuyen y que tiene que desempeñar por tal razón lo que requieren los roles, es incompatible con las actitudes, valores u opiniones que el trabajador tiene.
- 5) Ambigüedad de roles: Cuando el trabajador no está seguro de cuáles son sus obligaciones y responsabilidades del trabajo asignado.
- 6) Desarrollo de carrera: De ella se deriva el estrés por la inseguridad del empleo, promociones, transferencias y oportunidades de desarrollo.

7) Relaciones interpersonales: Las buenas relaciones en el trabajo y las interacciones con compañeros, subordinados y superiores ayudan a no padecer estrés y para alcanzar las metas personales y organizacionales.

8) Agresión en el lugar de trabajo: Los tipos de agresiones que se pueden presentar en el lugar de trabajo y que funjen como estresores son moving, acoso sexual, violencia en el lugar de trabajo y agresión contra la organización.

9) Conflicto entre los roles de vida familiar y laboral: Los diferentes roles que ejerce una persona pueden imponer exigencias que interfieren entre sí y se convierten en fuentes de estrés.

Específicamente en personal médico, los factores de riesgo psicosocial a los que se debe enfrentar el personal médico se consideran estresores específicos y pueden ser intrínsecos o extrínsecos a su práctica profesional:

- Intrínsecos de la profesión: Los estresores que se consideran específicos de la profesión son, trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, así como la posibilidad de cometer errores de juicio médico.
- Extrínsecos de la profesión: Destacan la sobrecarga de trabajo y sus repercusiones en la vida familiar, la escasez de recursos, las responsabilidades de gestión asumidas y la falta de control sobre el propio trabajo, así como, tener que adaptarse a plazos temporales tanto de la práctica clínica como de la investigación, ser responsable de la calidad del trabajo de otros profesionales sanitarios, las relaciones con el resto del equipo sanitario, la relación con los pacientes y tener que enfrentarse al enfado y al estrés de los familiares de los pacientes.

Además, en menor medida, en la bibliografía aparecen referencias a otros estresores, como el temor a la posibilidad de ser demandado por mala práctica, la percepción de ser poco remunerado, las dificultades de tratar con médicos noveles y la relación con el personal administrativo.

La Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, consideran estresores laborales de los profesionales de la salud a las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las

condiciones de su organización, por una parte y las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, por la otra; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento (Peña, Ramírez y Castro, 2012).

El estrés puede afectar a cualquier grupo ocupacional, algunos presentan una mayor predisposición, tal es el caso de los profesionales de la salud cuyas condiciones de trabajo se caracterizan, entre otras cosas, por una situación de sobrecarga, tensión emocional, responsabilidad y supervisión excesiva, jornadas laborales extensas, poca disponibilidad de tiempo para relaciones familiares y sociales, además de otros factores del ambiente físico (Peña, Ramírez y Castro, 2012).

2.10 Estrategias de afrontamiento.

Teniendo en cuenta que actualmente el trabajo y el ambiente laboral pueden constituir importantes factores generadores de estrés, se considera de gran importancia saber enfrentar el estrés, para poder volverlo positivo para el bienestar físico y la calidad de vida (Costa et al; 2011).

Por esta razón, es de gran importancia definir el término de afrontamiento, el cual fue estudiado inicialmente desde el modelo médico, luego por el psicoanálisis del yo y posteriormente desde la psicología cognitiva. Así, hasta la fecha diferentes modelos intentan explicar las respuestas adaptativas del sujeto frente a eventos críticos con el fin de ser funcional dentro de su propio entorno (Amarís et al; 2012).

A nivel fisiológico las investigaciones médicas sobre el afrontamiento, desarrolladas en los años treinta y cuarenta del siglo XX, planteaban que la supervivencia dependía en gran medida de la habilidad para darse cuenta que su medio ambiente es predecible y controlable con el fin de impedir, escapar o dominar a los agentes nocivos (Amarís et al;. 2012).

Por su parte Park, Folkman, Pearling y Schooler (1978) definen el psicoanálisis del afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés. En esta línea se define un rango de estrategias que van desde mecanismos primitivos, los cuales producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, ambos agrupados en lo que se conoce como *mecanismos de defensa*. Desde esta

perspectiva, mediante el afrontamiento es que el individuo maneja su relación con el entorno (Amarís et al; 2012).

Para el año de 1986, la propuesta de Lazarus y Folkman es la que cuenta con un mayor reconocimiento; planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural, definen el afrontamiento como los "esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Amarís et al; 2012 en Lazarus y Folkman 1986, p. 164).

Desde esta perspectiva Mattlin, Wethington y Kessler (1990) contemplan el afrontamiento como un proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno. Igualmente se reconoce la mutua interacción entre el individuo y las instituciones sociales a las que pertenece, y que a su vez conforman el ambiente que lo rodea. Esta concepción se sustenta en un enfoque cognitivo-fenomenológico que plantea que "la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento" (Amarís et al; 2012 en Lazarus y Folkman, 1986, p. 170).

Respetando la línea anterior, el afrontamiento se deriva de las interacciones de las personas en las múltiples circunstancias de su vida y en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno. De acuerdo a Fleis Dechman y Folkman (1986) dichas interacciones implican efectos de mutua influencia sobre las variables personales y situacionales, donde la mediación se da a través del intercambio simbólico en un contexto social determinado, es decir, en términos de creencias, normas sociales, costumbres, la asimilación de derechos y deberes, esquemas de comportamiento y significados que caracterizan a las instituciones a las cuales el individuo pertenece (Amarís et al; 2012).

Ahora bien, el tipo de estrategias de afrontamiento que se enfoca en lo social corresponde a las individuales, ya que reconocen que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo (Lazarus & Folkman, 1986). Como lo plantea Blanco (1995), retomando los postulados del interaccionismo simbólico, el individuo en la medida en que pertenece a

un contexto socio-cultural es partícipe activo de una realidad simbólica unida por el lenguaje. Al ser parte de esa realidad, el individuo genera un esquema de comportamiento; así, al realizarse cualquier cambio en su sistema socio-cultural, necesariamente cambiarían los esquemas o representaciones mentales que la persona ha creado. Por esta razón, solo podemos considerar el nivel de adaptabilidad de una estrategia y su eficacia de acuerdo con el contexto y las características de la institución a la que el individuo pertenece (Amarís et al; 2012).

En relación con lo anterior, Amarís et al. (2012), encuentran que el individuo cuenta con estrategias cognitivas para cada situación específica o evento. Al respecto Lazarus (1966), en la taxonomía psicológica del afrontamiento, enfatiza dos categorías del proceso: las acciones directas y los modos paliativos:

- Las acciones directas son comportamientos que están designados a alterar una relación problemática en un entorno social o físico.
- Los modos paliativos, generan en el individuo una disminución de la respuesta emocional producida por el estrés. De esta manera, el sujeto realiza una reducción de la tensión y efectúa de forma pasiva intentos que conllevan a evitar el problema, lo cual le genera una sensación de bienestar Fantin, (Florentino & Correche, 2005).

Por otra parte, estudios revisados por Amarís y Cols. (2012) concuerdan en resaltar tres características de las estrategias individuales de afrontamiento, a partir de las cuales pueden ser clasificadas, según estén dirigidas a:

- La valoración, búsqueda del significado del suceso
- El problema, busca confrontar la realidad, manejando las consecuencias.
- La emoción, regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

Así, para el año de 1986 Lazarus y Folkman, señalan en concreto dos direcciones en las formas de afrontamiento:

- Afrontamiento dirigido a la emoción: Se realiza partiendo de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de

procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos (Amarís et al; 2012).

De igual manera Poop (2008) refiere que el afrontamiento centrado en la emoción también se asocia a estrategias como:

- 1) Aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella.
- 2) Control afectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida.
- 3) Descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

Por su parte Amarís et al. (2012) agregan que este tipo de estrategias tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable, como el experimentado ante el peligro de muerte.

- Afrontamiento dirigido al problema: el afrontamiento dirigido al problema se da principalmente cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Estas estrategias están dirigidas a la definición del problema, buscan solución para este y consideran diferentes opciones en función de costo y beneficio (Amarís et al; 2012).

Poop (2008) refiere que el afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:

- 1) Requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas.
- 2) Ejecución de acciones que resuelvan el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos.
- 3) Desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

Cabe destacar, que en años posteriores se añadió una tercera categoría de estrategias de afrontamiento denominada estrategias de afrontamiento centrado en la evaluación (Poop, 2008).

En las estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación se busca definir el significado para la situación causante de tensión y a reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones e incluye las siguientes estrategias:

- 1) Análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla.
- 2) Redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo.
- 3) Evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías. Las estrategias basadas en la evitación tienden a manejarse en aquellos casos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación.

Posteriormente, Carr (2007) observa que las estrategias mencionadas anteriormente (estrategias centradas en el problema, centradas en las emociones y basadas en la evaluación) contienen subescalas que denomina estilos de afrontamiento (Amarís et al; 2012).

Los estilos de afrontamiento son disposiciones personales estables, que permiten hacer frente a las diferentes situaciones estresantes y junto con ellos se hace uso de diversas estrategias de afrontamiento. Además existen estrategias de afrontamiento más estables o consistentes que otras, de acuerdo con la situación estresante, puesto que el afrontamiento depende del contexto (García y Zea, 2011 en Sandín, 1995).

De acuerdo a Carr, 2007 citado en Amarís y Cols; 2012, existen tres tipos de estilo de afrontamiento: estilo de afrontamiento centrado en los problemas, estilo de afrontamiento centrado en las emociones y el estilo de afrontamiento centrado en la evitación o replanteamiento (Figura 2.8).

Figura 2.8.

Subescala de una selección de instrumentos para evaluar estilos de afrontamiento (Amarís et al., 2012 en Carr, 2007, p.286).

	Endler y Parker (1990)	Ferguson y Cox (1997)	Folkman y Lazarus (1988)	Moos (1983)	Caver, Scheier y Weintraub (1989)	Paterson y McCubbin (1987)
Categoría del estilo de afrontamiento	Coping Inventory for situations	Functional dimensions of coping scale	Way of coping questionnaire	Coping Responses Inventory	COPE	Adolescent coping orientation for problem experiences
Centrado en el problema	Afrontamiento orientado a la tarea	Afrontamiento por aproximación	Resolución de problemas planificado Afrontamiento por confrontación Aceptación de responsabilidad Autocontrolador	Resolución de problemas Análisis lógicos	Afrontamiento activo Planificación Búsqueda de apoyo social instrumental Afrontamiento por restricción Supresión de actividades competidoras	Resolución de problemas familiares Búsqueda de apoyo profesional Desarrollo de independencia y optimismo
Centrado en la emoción	Afrontamiento orientado a las emociones	Regulación emocional	Búsqueda de apoyo social Replanteamiento positivo	Aceptación o resignación Búsqueda de orientación y apoyo Replanteamiento positivo Descarga emocional	Aceptación Búsqueda de apoyo social emocional Recurre a la religión Reinterpretación positiva y crecimiento Contemplar el problema con humor Centrarse en las emociones y liberarlas Negación Consumo de sustancias	Desarrollo de apoyo social Invertir en amistades íntimas Búsqueda de apoyo espiritual Tener sentido del humor Liberar sentimientos Relajarse
Replanteamiento	Centrado en la evasión División social Distracción	Afrontamiento por evitación	Evitación - escape Distanciamiento	Evitación cognitiva Búsqueda de recompensas alternativas	Desconexión conductual Desconexión mental	Evitar problemas Buscar diversiones Volcarse en una actividad exigente

Como puede observarse, las estrategias de afrontamiento son diversas y conllevan diversos efectos de acuerdo a la situación por la que se este pasando. Específicamente en el caso de los profesionales de la salud, Aguir y Muñoz (2002) encontraron que lo profesionales de esta área tienden a utilizar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabacos, desahogarse en momentos de estrés puntual y la desconexión mental, como mecanismos para hacer cara a las situaciones desbordantes que se les presentan (Amarís et al; 2012).

Se considera además que la implementación de modos de afrontamiento funcionales y saludables con ayuda del refuerzo de los recursos emocionales (apoyo),

instrumentales (ayuda material) e informativos (consejo), que aportan tanto el propio individuo (apoyo personal) como otras personas (apoyo social), se podría evitar que se origine el estrés o bien que no llegue a niveles elevados, lo que repercutiría en la propia calidad de vida, en la de los pacientes a quienes se asiste, en la institución en la que se trabaja y en la de toda la comunidad con la cual están relacionados (Poop, 2008).

2.11 Medición del Estrés Laboral

Para evaluar el estrés laboral hay que tener en cuenta los estresores potenciales de la organización, constituidos por las condiciones ambientales y psicosociales.

Aunado a ello, el estrés no puede estudiarse aislado de la percepción del propio sujeto, porque depende directamente de ella; y la percepción de los estresores de ámbito socioambiental está influyendo sobre la forma de percibir los estresores de ámbito laboral. Por tanto, si se evalúa el estrés laboral hay que investigar la percepción de los estresores a los que puede estar expuesto el trabajador, y hay que analizar aquellos aspectos que puedan estar actuando como elementos moduladores de la reacción de estrés (Martínez, 2001).

Dentro de la evaluación del estrés laboral es conveniente valorar los siguientes elementos:

- Anamnesis sociolaboral y datos de filiación (sexo, edad, antigüedad en la empresa y empresas anteriores)
- Las condiciones de trabajo.
- La vulnerabilidad del trabajador al estrés.
- Los recursos personales de afrontamiento.
- El apoyo familiar y social.
- Las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras.
- * La valoración de las consecuencias para el trabajador: personales, laborales, familiares y sociales.

Ahora bien, debido a la complejidad de factores implicados en la generación de estrés laboral, no existe un instrumento único con el que evaluarlo, sino que es necesario utilizar diferentes métodos para así poder analizar estresores, moduladores,

respuestas y efectos de estrés en las dos vertientes, individual y de organización (Mancilla, 2012).

Por ello, de acuerdo al enfoque del estudio y a los datos que se busquen recolectar se pueden utilizar distintas escalas como las siguientes:

Tabla 2.9. Instrumentos de medición de estrés laboral (elaboración propia, 2016).

Instrumento de Medición.	Autor.	Descripción.
El Job Stress Questionnaire (JSQ).	Caplan (1975).	Esta escala se compone de cuatro factores los cuales son: carga de trabajo, conflicto de papel, ambigüedad de papel y presión en el funcionamiento, los cuáles se miden mediante la escala Likert de cinco puntos, en la cual el 1 es igual a totalmente en desacuerdo y 5 es igual a totalmente de acuerdo (citado en Imran, 2011, p. 82).
Escala de Síntomas de Estrés (ESE).	Seppo Aro (1980).	Esta escala contiene 18 síntomas comúnmente asociados a estados de estrés, de naturaleza psicossomática, emocional, o conativa. Ejemplos de estos síntomas son las: "palpitaciones o latidos irregulares del corazón", "irritabilidad", "enfurecimientos", "fatiga o debilidad". Las respuestas se expresan en una escala ordinal de cuatro frecuencias, las cuales se valoran de 0 a 3, por lo cual las anotaciones posibles fluctúan entre 0 y 54. Un valor total superior a 10 puntos se considera como presencia de estrés. (Román, 2003).
El Job Content Questionnaire (JCQ).	Karasek (1985).	Karasek propuso el Cuestionario del puesto de trabajo como un instrumento estandarizado para evaluar el estrés laboral sobre la base de los modelos teóricos. El cual está compuesto de 45 ítems acerca de la percepción personal del ambiente laboral, cantidad de trabajo realizado, satisfacción con el trabajo, apoyo del supervisor y compañeros entre otras; en una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo (Blanco,2004).

Instrumento de Medición.	Autor.	Descripción.
Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud (IEPS).	Wolfgang (1988)	Este cuestionario de tipo escala likert que relaciona en sus 30 ítems diferentes fuentes de estrés de los profesionales de la salud. Sus variables son: Reconocimiento personal (nueve ítems), responsabilidad por el cuidado de los pacientes, (siete ítems), conflictos en el trabajo (siete ítems), e incertidumbre profesional (siete ítems). Ahora, una variable general es IEPS promedio de todas las anteriores. (Palacios, Morán y Paz, 2015).
El Job Stress Scale (JSS).	Theorell (1988).	La escala es una versión reducida del Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek, por lo que está basado en el modelo Demanda-Control. Está compuesto de 17 ítems y tres subescalas: Demandas (ítems 1 al 5), decisión (6 al 11) y apoyo social del ítem 12 al 17 (Banco, 2004).
El Occupational Stress Indicator (OSI).	Cooper (1988).	La escala se basa en el modelo transaccional, por lo que se ha utilizado ampliamente como una herramienta de investigación, así como para la detección y manejo de estrés laboral. Se compone de 7 cuestionarios con un total de 25 sub-escalas, para medir las fuentes laborales de tensión (estresores), moduladores (personalidad y estrategias de afrontamiento) y manifestaciones del estrés, tanto laborales (satisfacción laboral) como en salud mental y salud física (Guic, Bilbao y Bertin, 2002).
Escala de apercepción de estrés (EAE).	Fernández (1996).	La escala de apercepción de estrés evalúa, a partir de las situaciones que generan estrés, la incidencia e intensidad con que afectan a la vida de cada sujeto. Incluye cuatro escalas independientes, una de ellas la de estrés socio-laboral, la cual consta de 50 enunciados referidos al trabajo en sí mismo, el contexto laboral o a la relación de la persona con el trabajo. Se obtiene una puntuación de estrés laboral en el presente (Actual), en el pasado (Pasado), y una puntuación de intensidad del estrés en el presente, en el pasado y total (Godoy y Cols. 2008).
Escala de estrés laboral.	Carreño (1998)	Esta escala está compuesta de 25 afirmaciones de tipo likert con cinco opciones de respuesta, desde nunca con valor uno hasta siempre con valor cinco. Dicha escala evalúa la preocupación que el trabajador experimenta en relación con diferentes situaciones cotidianas dentro de su ámbito laboral como lo son el riesgo de accidentes, exposición a explosivos, condiciones ambientales, por salarios bajos, por asignación de turnos extra para cubrir faltas, y por otras circunstancias fuera del área de trabajo, como tiempo y dinero invertidos en el traslado al trabajo (Calleja, 2011).

Instrumento de Medición.	Autor.	Descripción.
El SWS-Survey de Salud Mental, Estrés y Trabajo.	Gutiérrez y Ostermann (1999).	La escala está conformada de 200 reactivos que comprenden 3 dimensiones: social, trabajo y personal, en sus aspectos de apoyos y estresores. Adicionalmente, incluye 2 escalas de salud mental. Las escalas que comprende son: estrés social, apoyo social, estrés en el trabajo, apoyo en el trabajo, estrés personal, apoyo personal, salud mental deficitaria y buena salud mental (Gutiérrez, 2002).
El Work Stress Inventory (SWSI).	Bruin (2005).	Esta escala consta de dos secciones: 1) la escala general del estrés laboral, formada de 15 ítems sobre el estrés general que causa el trabajo, la cual se responde mediante la escala Likert de 5 puntos con las opciones: nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre, donde nunca se puntúa con 1 y siempre se puntúa con 5 y 2) las 9 fuentes de escalas de estrés, las cuales son: clase, ambigüedad de rol, relaciones, medio ambiente de trabajo, herramientas y equipos de trabajo, casa de interfaz, carga de trabajo, burocracia, autonomía y desarrollo de carrera de 79 ítems (Bruin, 2005).

2.12 Consecuencias del Estrés Laboral

El estrés laboral es un problema de salud ocupacional que afecta en diversas esferas, a continuación se presentaran las consecuencias del estrés en el individuo y las consecuencias para la organización.

2.12.1 Consecuencias a nivel individual

De manera general un trabajador con estrés laboral siempre presenta consecuencias físicas y psíquicas:

- Consecuencias físicas: Este tipo de consecuencia se debe a la respuesta inadaptada del organismo ante los agentes estresantes laborales y pueden ser primarias o secundarias:

1) Primarias: signos o manifestaciones externas a nivel motor y de conducta como hablar rápido, temblores, tartamudeo, imprecisión al hablar, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales, voz entrecortada, comer excesivamente, falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa y bostezos frecuentes (Macilla, 2012).

2) Secundarias: trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos endocrinos, trastornos dermatológicos, trastornos musculares, entre otros (Mancilla, 2012):

a) Trastornos gastrointestinales: Úlcera péptica, dispepsia funcional, intestino irritable, colitis ulcerosas, aerofagia, digestiones lentas.

b) Trastornos cardiovasculares: Hipertensión arterial, enfermedades coronarias.

c) Trastornos respiratorios: Asma bronquial, hiperventilación, sensación de opresión en la caja torácica.

d) Trastornos endocrinos: Anorexia, hipoglucemia, descompensación de la diabetes, trastornos de la tiroideos (hipertiroidismo, hipotiroidismo).

e) Trastornos dermatológicos: Prurito, dermatitis, sudoración excesiva, alopecia, tricotilomanía.

f) Trastornos musculares: Tics, calambres y contracturas, rigidez, dolores musculares, alteraciones en los reflejos musculares (hiperreflexia, hiporreflexia).

g) Otros: Cefaleas, dolor crónico, trastornos inmunológicos (gripe, herpes, etc.), artritis reumatoide, entre otros.

- Consecuencias psíquicas: Entre estas consecuencias se encuentran la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrarse, la dificultad para mantener la atención, los sentimientos de falta de control, la sensación de desorientación, los frecuentes olvidos, los bloqueos mentales, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor, la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y el consumo de tóxicos (Mancilla, 2012).

El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés. Entre los más frecuentes están: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, fobias, drogodependencias, trastornos sexuales, depresión y otros trastornos afectivos, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad (Mancilla, 2012).

Todas estas consecuencias deterioran la calidad de las relaciones interpersonales, tanto familiares como laborales, pudiendo provocar la ruptura de dichas relaciones (Mancilla, 2012).

2.12.2 Consecuencias a nivel organizacional.

Las consecuencias del estrés laboral no sólo perjudican al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. Pueden inducir al absentismo laboral, al aumento de la accidetabilidad o incluso a la incapacidad laboral, lo que genera para la empresa problemas considerables de planificación, de logística y de personal. De manera que es evidente el enorme coste humano y económico que el estrés genera en el mundo laboral (Mancilla, 2012).

Aunado a ello, existen costes ocultos como la ruptura de las relaciones interpersonales, el aumento de cambio de puesto de trabajo, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el deterioro de la calidad de vida (Mancilla, 2012).

Por tanto, el estrés laboral provoca una disminución de la producción (calidad, cantidad o ambas), la falta de cooperación entre compañeros, el aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo, la necesidad de una mayor supervisión del personal, el aumento de quejas de los clientes, los problemas de relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de orden, falta de limpieza, el aumento de incidentes, el aumento de accidentes, aumento de quejas al servicio médico, aumento del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos, así como perjudica el desempeño de los empleados al deteriorar el clima organizacional, disminuir la productividad y generar desgaste por conflicto con los compañeros. (Mancilla, 2012).

Ahora bien, se debe tener en cuenta que un nivel de presión que el trabajador considere aceptable puede incluso mantenerlo alerta, motivado y en condiciones óptimas de trabajar y aprender, ello dependiendo de los recursos que disponga y de sus características personales (Gutiérrez y Vilorio, 2014). Sin embargo, si el nivel de estrés sobrepasa los límites en que el individuo lo considera aceptable provoca las consecuencias mencionadas anteriormente.

Con referencia al control o prevención de las consecuencias tanto individuales como organizacionales, las empresas e instituciones invierten recursos insuficientes para el desarrollo de programas que ayuden a prevenir y a enfrentar esta problemática (Salazar, 2011).

Por tal razón es importante la formación de los trabajadores para sensibilizar y redireccionar las percepciones de los sujetos para que la realidad percibida les permita convertir determinadas problemáticas en oportunidades de cambio (Navarro, 2009).

Así, como desarrollar programas que busquen potencializar un entorno laboral saludable con ausencia de circunstancias perjudiciales y abundancia de factores que promuevan la salud (Gutiérrez y Vilorio, 2014).

Capítulo 3. Desempeño Laboral

3.1 Antecedentes del Desempeño Laboral.

La evaluación de las personas es tan antigua como el hombre mismo, sin embargo, estas evaluaciones se realizan de manera ocasional y no sistemática, ejemplo de ello se da en el año 1842, cuando el Servicio Público Federal de los Estados Unidos implantó un sistema de informes anuales para evaluar el desempeño de sus funcionarios (Fernández, 2010). Por otra parte se evalúa periódicamente a los oficiales para conceder después los ascensos o cambios de acuerdo con la escala determinada de puntos. La evaluación del desempeño surge en EE.UU. en la década de 1920-1930, momento en el que las empresas deciden introducir un procedimiento que les permita justificar una política retributiva que se relacione con la responsabilidad del puesto de trabajo y con las aportaciones de los empleados al éxito de la empresa. En Centroamérica este sistema se extiende en la década de los ochentas, y en la actualidad varias empresas en toda Centroamérica siguen implantando este sistema.

Por otra parte, la evaluación del desempeño nace en las fuerzas armadas principalmente de los Estados Unidos, quienes acogieron el proceso de evaluación para llevar a cabo las comparaciones entre grandes números de oficiales. El War Department de dicho país adoptó, en 1917 este proceso de valoración.

En cambio, los programas de evaluación de hoy, son diferentes, pues contienen objetivos claramente definidos que se fundamentan en un sistema bien estructurado para alcanzarlos (Grados y Muchinsky, 2012).

Uno de los pioneros en esta área, fue Robert Owen, quien en los inicios del siglo XIX estructuró un sistema de libros y blocks que puso en operación en sus fábricas de hilados y tejidos de New Lanark, Escocia. Básicamente el sistema consistía en que a cada empleado le era asignado un libro y en él, los supervisores anotaban diariamente reportes y comentarios sobre su desempeño (Grados y Muchinsky, 2012).

Posteriormente Francis Galton (1822-1911) ideó nuevos métodos estadísticos para la medición de las diferencias individuales. Sin embargo, no fue hasta el año de 1879 con el nacimiento del primer laboratorio de psicología experimental fundado

por Wilhelm Wundt que se intentaron aplicar dichos métodos a la problemática dentro de la industria (Grados y Muchinsky, 2012).

De esta manera, Winsow Taylor, ingeniero en jefe de la empresa Midvale Iron Works, señala que al tener una estimación del rendimiento que pudiera mostrar un obrero en una determinada operación, realizando su mejor esfuerzo, se contaría con un estándar útil para estimar la eficiencia y el rendimiento de otros empleados en la ejecución de la misma tarea, y se obtendría un instrumento de medición importante para incrementar la producción (Grados y Muchinsky, 2012).

Sobre esa base, Taylor planteo tres principios elementales que pueden considerarse como el inicio de la evaluación de los individuos de manera sistematizada (Grados y Muchinsky, 2012):

- Seleccionar los mejores hombres para el trabajo.
- Instruirlos en los métodos más eficientes y los movimientos más económicos que deben aplicar en su trabajo.
- Conceder incentivos en forma de salarios más altos, para los mejores trabajadores.

Desde entonces se ha venido desarrollando la calificación de méritos y sus conocimientos y aplicación se comprenden en el medio industrial de todo el mundo. Ahora bien, existen principalmente tres tipos de situaciones para evaluar el desempeño en el trabajo (Grados y Muchinsky, 2012):

- Se puede evaluar el desempeño durante el entrenamiento, mientras el trabajador en cuestión está aprendiendo la tarea.
- Se puede evaluar el desempeño cuando el trabajador está realmente en el trabajo.
- Se pueden crear situaciones artificiales de trabajo denominadas por lo general ambientes simulados de tareas o trabajos, los cuales se han hecho cada vez más populares en la industria, ya que es menos costoso y menos complejo que efectuar la contratación y esperar a medir el rendimiento en el trabajo.

Por otra parte, las categorías que se utilizan como criterios para la evaluación del desempeño son las siguientes (Grados y Muchinsky, 2012):

- Datos de producción: Se refiere a la obtención sobre la conducta en el trabajo de una persona, ya sea el número de ausencias laborales, los retardos, quejas, accidentes o interrupciones de trabajo. Estos datos, son medidas que se han utilizado para diferenciar a los trabajadores eficientes y a los deficientes.
- Datos de juicio: Se refiere al cuestionamiento del supervisor o compañeros para obtener su juicio respecto a la competencia del empleado. Incluso puede preguntarse al mismo trabajador y así obtener un autojuicio. Aunado a ello, Palaci (2005) menciona que existen ciertos elementos que inciden en el desempeño laboral y que se relacionan y generan un bajo o alto desempeño laboral. Entre estos se encuentran (Pedraza, Glenys y Conde, 2011):
 - Retribuciones monetarias y no monetarias.
 - Satisfacción en relación con las tareas asignadas.
 - Habilidades, aptitudes (competencias) para realizar las tareas asignadas.
 - Capacitación y desarrollo constante de los empleados.
 - Factores motivacionales y conductuales del individuo.
 - Clima organizacional.
 - Cultura organizacional.
 - Expectativas del empleado.

Específicamente en la evaluación de la competencia y el desempeño laboral de los profesionales de la salud ha estado en el centro de las publicaciones científicas mundiales desde la segunda mitad del siglo XX (Salas, 2010):

- En los inicios de la década de los 80, Katz y Snow de la Organización Mundial de la Salud se dedicaron a estudiar la necesidad de evaluar el rendimiento de los trabajadores de la salud, como base para lograr el incremento de la calidad de los servicios y comenzaron a señalar sus ideas en cuanto a la competencia y desempeño profesionales.
- Por otra parte, a mediados de 1985 se iniciaron las Conferencias en Ottawa, que al principio, sólo estuvieron dirigidas al desarrollo de la evaluación de la competencia clínica, y a partir de 1992 su espectro se amplió a toda la educación médica.
- Desde 1988 el Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR) de Uruguay, y a partir del año 1995 el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral

(CONOCER) de México se han convertido en dos de las principales instituciones dedicadas al estudio de la competencia y el desempeño laboral a nivel mundial.

- El Área de Docencia e Investigaciones del MINSAP de Cuba, creó a principios de 1990 un grupo con el fin de iniciar el desarrollo de la evaluación del desempeño en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que buscara una estrategia integral dentro de la gestión de recursos humanos del MINSAP de Cuba, para evaluar el desempeño de los médicos en las diferentes instituciones atencionales, docentes e investigativas donde laboran, que sirva de base para determinar su nivel de competencia laboral, establecer mecanismos de estimulación, y garantizar su desarrollo profesional para incrementar la calidad de los servicios que brindan a la población.
- En mayo de 1992 se efectuó un primer taller metodológico internacional para el análisis de las bases conceptuales y las metodologías que se aplicaban mundialmente en la evaluación del desempeño de los trabajadores de la salud, y llegar a un consenso nacional.
- Un segundo taller internacional, se efectuó en diciembre de 1994, para el análisis de la evaluación del desempeño y su interrelación con la educación permanente en salud, así como valorar las primeras experiencias obtenidas nacionalmente en el ámbito académico y en los servicios hospitalarios.
- En diciembre de 1995 se realizó un tercer taller, este de carácter nacional, para analizar una posible estrategia a aplicar en las condiciones del SNS cubano, vinculando la evaluación del desempeño con la calidad del desarrollo profesional, a fin de realizar una propuesta concreta a la dirección del MINSAP.
- Se emite la Resolución Ministerial Nº 142 de 1996, que puso en vigor un "Plan de Acción para el incremento de la calidad de los Recursos Humanos en el SNS".
- En el periodo 1996-2000 se examinaron nacionalmente un grupo de profesionales de la salud en el marco de las Inspecciones Territoriales del Ministro de Salud Pública para iniciar algunos aspectos de la evaluación de la competencia profesional, centrados fundamentalmente en la identificación de necesidades de aprendizaje y la organización subsiguiente de procesos capacitantes, tanto nacionales como provinciales.

- Desde fines de 1997 la Comisión Nacional de Evaluación del SNS inició los estudios sobre la calidad de los instrumentos evaluativos aplicados en las Inspecciones Territoriales.
- A partir de 1999 se decidió fortalecer el trabajo de las Comisiones provinciales de evaluación de la competencia y desempeño profesionales y se comenzaron a realizar anualmente exámenes escritos provinciales, tomando como base las orientaciones nacionales elaboradas al efecto.
- El año 2000 representó un momento significativo, ya que el MINSAP se propuso abordar un nuevo proceso de perfeccionamiento del SNS y dentro de él incluyó los aspectos relacionados con la evaluación de la competencia y desempeño profesionales, el sistema de estimulación laboral y la superación y desarrollo profesional, por lo que se daban las condiciones necesarias para elaborar una propuesta integradora.

De esta manera, existen tres periodos específicos en la evaluación del desempeño en profesionales de la salud:

- El primero se desarrolló de 1986 a 1992, y estuvo dirigido al estudio, análisis y propuesta de las bases teóricas y metodológicas que fundamentaran el diseño de un modelo evaluativo de la competencia y el desempeño profesional en salud.
- El segundo transcurrió de 1993 a 1996 y posibilitó el diseño y formalización de una propuesta metodológica para la evaluación de la competencia y el desempeño profesional, estableciendo las bases de su operacionalización en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba.
- El tercero de 1997 al 2006, estuvo dirigido a la aplicación de la metodología propuesta, la valoración de sus resultados y concluyó con la elaboración de una propuesta de estrategia general para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en el SNS de Cuba.

Como puede observarse, existen referentes de la evaluación del desempeño en profesionales de la salud e independientemente del país al que se refiera, es importante destacar que las organizaciones en la actualidad deben diseñar y aplicar sistemas de evaluación del desempeño que les permitan identificar de manera oportuna y eficaz las fallas y limitaciones que se registran para corregirlas y garantizar

el alcance de los objetivos institucionales y considerar que dicha evaluación del desempeño debe comprender la evaluación de los conocimientos, las habilidades, las actitudes y valores, su nivel de organización y retención, así como su empleo en un escenario laboral concreto, donde se verifica su capacidad y modo de actuación en la identificación y solución de los problemas profesionales existentes que garanticen la calidad de su trabajo en las diferentes unidades atencionales, docentes e investigativas donde se desempeñan (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

3.2 Definiciones de Desempeño Laboral.

El desempeño laboral es considerado como aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización, y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución a la empresa (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Al respecto, Robbins (2004) vincula el desempeño laboral con la capacidad de coordinar y organizar las actividades que al integrarse modelan el comportamiento de las personas involucradas en el proceso productivo (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Por su parte, Faria (1995) considera el desempeño laboral como el resultado del comportamiento de los trabajadores frente al contenido de su cargo, sus atribuciones, tareas y actividades que dependen de un proceso de mediación o regulación entre él y la empresa (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Otra definición es la considerada por Palaci (2005), quien plantea que el desempeño laboral es el valor que se espera aportar a la organización de los diferentes episodios conductuales que un individuo lleva a cabo en un período de tiempo. Estas conductas, de un mismo o varios individuos en diferentes momentos temporales a la vez, contribuirán a la eficiencia organizacional. Aunado a ello Robbins (2004), complementa la definición realizada por Palaci (2005) al determinar que uno de los principios fundamentales de la psicología del desempeño, es la fijación de metas, la cual activa el comportamiento y mejora el desempeño, porque ayuda a la persona a enfocar sus esfuerzos sobre metas difíciles, que cuando las metas son fáciles (Pedraza, Glenys y Conde, 2011).

Por otra parte, Chiavenato (2004) plantea que el desempeño laboral es el comportamiento del evaluado en la búsqueda de los objetivos fijados y constituye la estrategia individual para lograr los objetivos deseados (Pedraza, Glenys y Conde, 2011).

Específicamente en el ámbito de los profesionales de la salud Salas (2012) considera el desempeño laboral como el comportamiento o la conducta real de los trabajadores, tanto en el orden profesional y técnico, como en las relaciones interpersonales que se crean en la atención del proceso salud / enfermedad de la población, el cual influye a su vez, de manera importante el componente ambiental. Por tanto, existe una correlación directa entre los factores que caracterizan el desempeño profesional y los que determinan la calidad total de los servicios de salud.

3.3 Perspectivas teórico-metodológicas del Desempeño Laboral.

Terence (1992) refiere que existen tres teorías sociales importantes que rigen el desempeño real de acuerdo a criterios de éxito laboral, estas son:

- Estructuralismo (contexto): Hace énfasis en la gran influencia social sobre las acciones humanas, de esta manera los humanos actúan de acuerdo con las normas y reglas establecidas en la sociedad y en las organizaciones sociales donde trabajan.
- Fenomenología (contenido): Se enfoca en el significado de las acciones o a la interpretación de una situación social, de esta manera el concepto que tiene el trabajador de si mismo sirve como referencia de la forma en la que percibe su desempeño.
- Conductismo (conducta): Esta teoría se enfoca en el desempeño hábil, el cual comprende actos que tienen significado para el trabajador y la organización. En esta teoría el éxito se mide con respecto a estándares reconocidos de logro, a los cuales puede hacerse referencia para sentar criterios de desempeño.

Aunado a ello Gómez, Balkim y Gardy (2008) incluyen dos perspectivas a las antes mencionadas, la perspectiva racional y la perspectiva política:

- **Perspectiva racional:** En esta perspectiva el enfoque de la evaluación está dirigido hacia la medición, en la que los supervisores fungen como instrumentos de carne y hueso, que deben ser formados cuidadosamente para medir el rendimiento de forma válida ya que estas evaluaciones se utilizan para tomar decisiones sobre aumento salarial, promociones, formación y despido.
- **Perspectiva política:** Esta perspectiva considera que el enfoque de evaluación está dirigido a la gestión y no a una medición precisa, por lo que su premisa es que la evaluación debe usarse como una herramienta de gestión con la que recompensar o disciplinar a los trabajadores.

3.4 Modelos de Desempeño Laboral.

Este apartado está designado para la explicación de los diversos modelos del desempeño encontrados a lo largo de la historia, como lo son el modelo de Sánchez, Calderon et al. (2012), el modelo de Gómez, Balkim y Gardy (2008), el modelo de Alcázar et al. (2006), el modelo de Algado et al. (2006) y el modelo de Ávila et al. (2010).

3.4.1. Modelo del proceso de evaluación del desempeño de Sánchez, Calderon et al. (2012).

Sánchez, Calderon y cols. crean un modelo del desempeño laboral constituido por cuatro etapas básicas, planificación, diseño, implementación y retroalimentación tanto para el individuo como del proceso y, se presentan a continuación:

Planificación del proceso de evaluación del desempeño.

- **Primera etapa. Planificación:** Para Sastre y Aguilar (2003) es considerada la fase en la que se debe decidir la población a evaluar, qué medir y la metodología para evaluar. Esta etapa establece el cómo, quién y cuándo se ejecutarán los planes para alcanzar los objetivos planteados.
- **Segunda etapa. Diseño del sistema de evaluación:** Esta etapa tiene como fin la construcción total del sistema que se desea aplicar y para ello se tiene que

considerar la cultura organizacional, el perfil del puesto, los planes de trabajo establecidos para la organización y el soporte tecnológico, a fin de que el sistema sea coherente con la realidad organizacional.

A su vez esta etapa esta formada por distintos pasos, los cuales son los siguientes:

1) Identificación de las dimensiones: esto permitirá evaluar el desempeño de los empleados; lo cual se consigue a través del análisis de puestos y deben estar directamente relacionadas con lo que la empresa quiere evaluar en términos generales.

2) Asignar a cada evaluador las dimensiones que cada uno de ellos deberá evaluar: ello si se elige más de un evaluador, todo va a depender de las necesidades de información que la organización tenga, de cómo desee obtenerla, y a través de qué fuentes informativas.

3) Seleccionar el método de evaluación: esto es muy importante para obtener los resultados que se desean, en términos de cantidad y calidad de la información obtenida a partir de ellos. En algunos casos, los métodos utilizados pueden ser muy simples, sin embargo, en estos casos, probablemente la información que se obtendrá será poco estructurada; por otro lado, cuando se usan métodos más sofisticados se debe realizar mayor esfuerzo en el seguimiento de los empleados, pero, obviamente, esto redundará, generalmente, en una evaluación más completa.

4) Elaborar el instrumento de evaluación: Se debe considerar en esta etapa la elaboración de una escala que permita discriminar el desempeño de los empleados a partir de los resultados obtenidos en la evaluación, y juntamente con ello se deben definir posibles acciones que se tomarán con los empleados en función de la clasificación de los resultados.

- Tercera etapa. Implementación del sistema de evaluación: Es aquella en la cual la organización pone en práctica el sistema diseñado, sin embargo, antes de comenzar a utilizarlo es importante que la organización informe a los trabajadores sobre el sistema que se va a aplicar, principalmente respecto a qué se va a evaluar, de modo que ambas partes concuerden. En esta etapa del trabajo se identificarán aquellos aspectos principales que se deben considerar a la hora de implementar el sistema, así como lo que debiera hacer la organización cuando el sistema está en marcha.

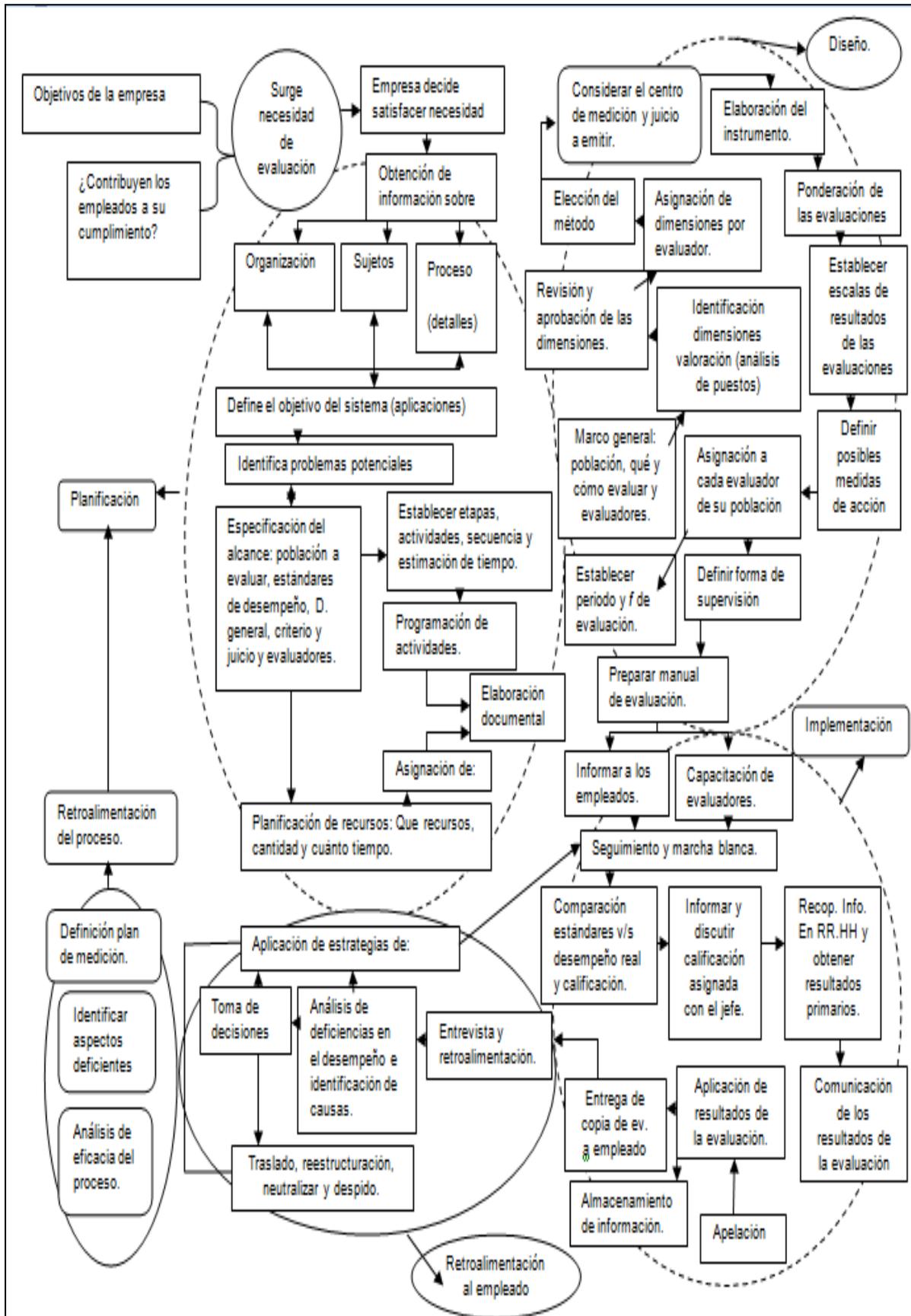
Aunado a ello, se debe capacitar a los evaluadores en el uso del sistema, darles a conocer su objetivo, lo que deberán evaluar, el uso adecuado de las escalas de evaluación, todo lo relacionado con el sistema; así mismo, se les debe dar a conocer la oportunidad de la aplicación y la periodicidad.

- Cuarta etapa. Retroalimentación del empleado: Una vez que se ha realizado la evaluación formal a través del método seleccionado por la empresa y se ha obtenido un resultado, se procede a realizar la entrevista de evaluación y retroalimentación. El objetivo de esta entrevista es proporcionar comunicación y retroalimentación al empleado respecto a los resultados obtenidos en el último periodo de evaluación. Para que esta entrevista no se perciba hostil y no deteriore la relación entre subordinado y se minimice la posibilidad de sentimientos negativos, es necesario que la entrevista personal y la revisión escrita tengan como fin el mejoramiento del desempeño y no la crítica.

Y, retroalimentación del sistema de evaluación: En esta etapa, la organización debe verificar si se alcanzaron los objetivos que se perseguían con el proceso, si la planificación fue adecuada y efectiva, si el proceso se llevó a cabo, de la forma en que se planificó y si cada una de las actividades que se realizaron ayudaron a efectuar un proceso de evaluación efectivo (Figura 2.10).

Figura 2.10.

Proceso de evaluación del desempeño Sánchez y Bustamante (2008), pp.119 en Sánchez y Calderón (2012).

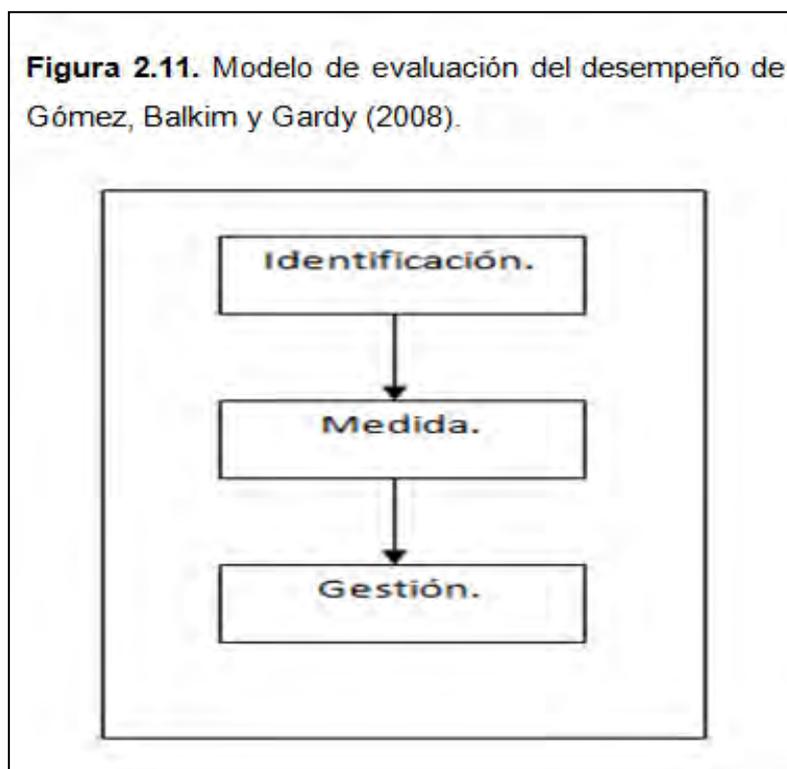


3.4.2. Modelo de evaluación del desempeño de Gómez, Balkim y Gardy (2008).

El modelo de Gómez, Balkim y Gardy (2008), menciona que el proceso de la evaluación de desempeño consiste en tres pasos primordiales y jerarquizados; identificación, medición y gestión:

- **Identificación:** significa determinar qué áreas del trabajo debería analizar el directivo cuando mide el rendimiento, considerando que el sistema de evaluación debe centrarse en el rendimiento que afecta al éxito de la organización en lugar de características irrelevantes.
- **Medición:** Implica la realización de un juicio sobre que tan bueno o malo es el rendimiento del empleado, en este paso del proceso es importante que se mantengan los estándares de calificación comparables.
- **Gestión:** En este punto la evaluación adopta una visión orientada al futuro respecto de lo que los trabajadores pueden hacer para alcanzar su potencial en la organización. Por tal razón, los directivos deben ofrecer información a los trabajadores sobre su rendimiento anterior y ayudarles para alcanzar un rendimiento superior.

Figura 2.11. Modelo de evaluación del desempeño de Gómez, Balkim y Gardy (2008).



3.4.3. Modelo de análisis del desempeño y la diversidad organizacional Alcázar et al. (2006).

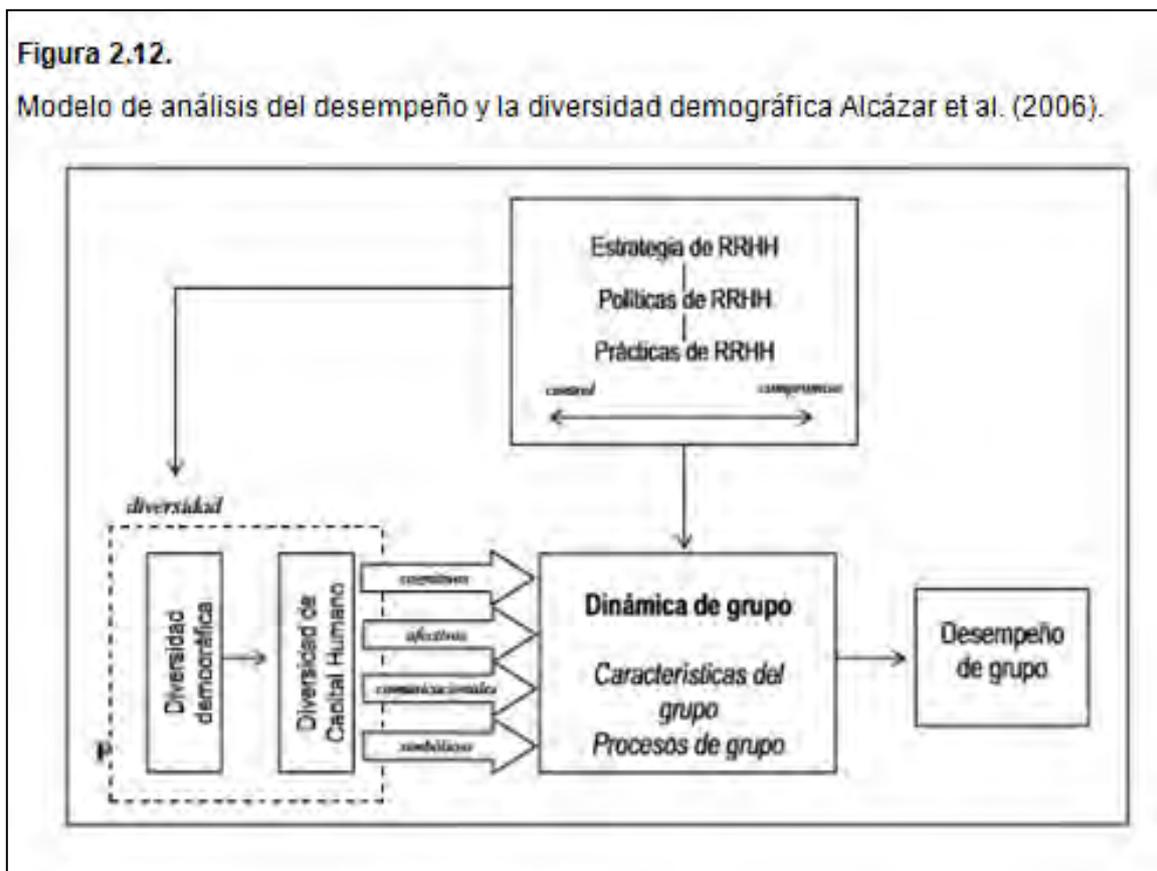
Este modelo maneja la premisa en la que la diversidad demográfica influye sobre el desempeño de los grupos de trabajo, considerando terceras variables que intervienen en el proceso, como lo son las dinámicas de grupo como variable mediadora, y el sistema de dirección estratégica de los recursos humanos como un elemento que modera los efectos de la heterogeneidad de los grupos sobre el desempeño (Alcázar et al; 2006).

El modelo también propone que los efectos de la diversidad sobre el rendimiento se producen a través de su influencia sobre las características y los procesos de los equipos de trabajo y su dinámica de grupo. Esta influencia se produce desde un punto de vista tanto cognitivo como afectivo, comunicacional o simbólico (Alcázar et al; 2006).

Con respecto a las estrategias, políticas y prácticas de recursos humanos orientadas al compromiso, estas permiten un mejor aprovechamiento de las ventajas potenciales de la diversidad sobre los grupos de trabajo en comparación con las estrategias de control (Alcázar et al; 2006).

Figura 2.12.

Modelo de análisis del desempeño y la diversidad demográfica Alcázar et al. (2006).



3.4.4. Modelo canadiense del desempeño ocupacional de Algado et al. (2006).

El modelo canadiense del desempeño ocupacional maneja el desempeño ocupacional como algo más allá de desarrollar una ocupación. Esta ocupación debe de ser significativa para la persona y culturalmente adaptada con el fin de la búsqueda del cuidado personal, la calidad de vida y la contribución a la sociedad (Algado, 2006).

De igual manera, maneja la premisa en la que el desempeño ocupacional no es un proceso estático sino dinámico entre la persona, el medio y las ocupaciones (Algado, 2006):

- 1) Ocupación: Se refiere a grupos de actividades y tareas de la vida diaria a las que se les da un valor y significado por los individuos y por la cultura. Incluye los ámbitos de auto-cuidado, ocio y productividad.
- 2) Medio: Esto se refiere a los diversos medios ambientes a los que una persona se ve inmersa, al ambiente institucional, social, físico y cultural, mediante los cuales se debe considerar su desempeño ocupacional pues no se puede ver a la persona aislada de su ambiente puesto que este le afecta. Por ejemplo, en el ambiente físico, pueden existir barreras arquitectónicas para desarrollar el trabajo, en el medio institucional impactan los horarios y la ocupación que el individuo desempeña, en el medio social influyen las condiciones políticas y económicas de la función ocupacional, así como las redes familiares y de amistad.
- 3) Persona: Se percibe a la persona como aquella que regula sus pensamientos y da sentido a las cosas. En este aspecto es relevante como las personas se manifiestan a través de lo que hacen, crean, usan, en su forma de estar con los demás, en su forma de actuar, de compartir, en su razonamiento, pensamiento y elecciones.

Ahora bien, el modelo pretende dar respuestas a los diversos cambios y desafíos que se enfrentan en el ámbito laboral (Algado, 2006):

- 1) Cambios en los sistemas sociales y de salud.
 - Promoción de la salud.
 - Reformas de salud.
 - Privatización.

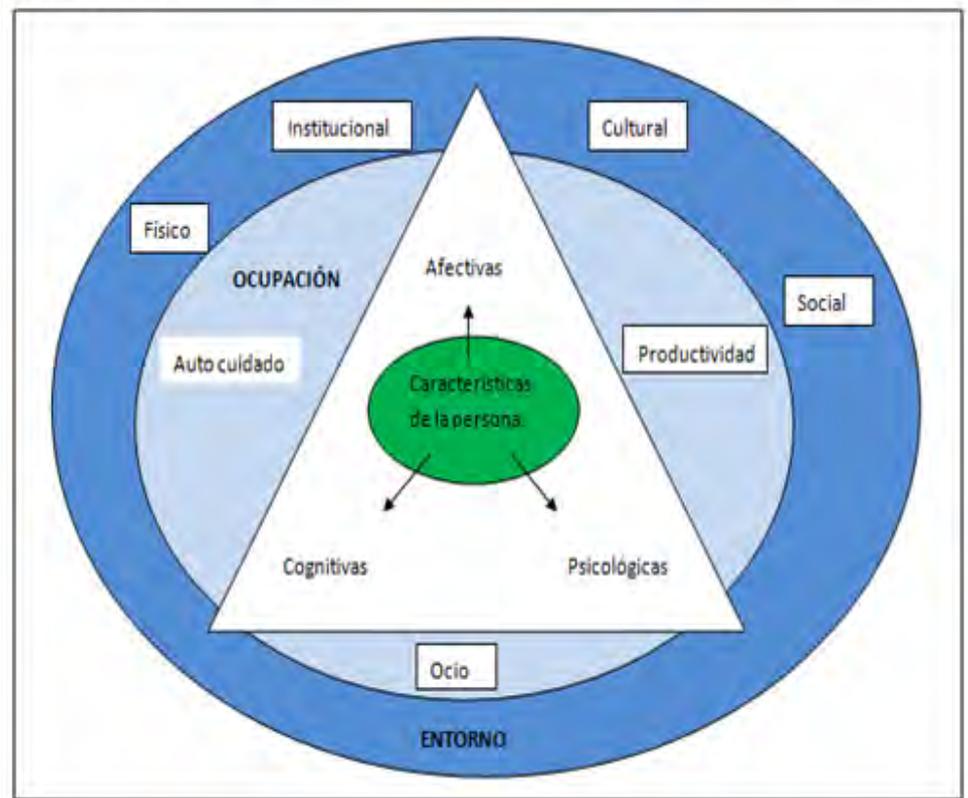
- 2) Cambios en el conocimiento profesional.
 - Conocimientos sobre capacitación.
 - Conocimientos sobre ocupación.
 - Cambios en el paradigma.

- 3) Cambios en la sociedad.
 - Envejecimiento de la sociedad.
 - Diversidad multicultural.
 - Pobreza.
 - Desempleo.

- 4) Cambios en los valores sociales.
 - Participación ciudadana.
 - Igualdad de sexos.
 - Calidad de vida.
 - Inclusión social.

Figura 2.13.

Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional Nelson 1984 en Algodo, 2006, pp.19



3.4.5. Modelo de desempeño ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional (AOTA).

Ávila et al. (2010) hacen referencia al modelo, como un modelo que considera aspectos temporales y del entorno de los contextos del desempeño; aquí se tiene en cuenta que el desempeño ocupacional se refiere a la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno.

Una de sus principales características son las distintas áreas de desempeño en las que se divide (Ávila et al; 2010).

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- Descanso y sueño.
- Educación.
- Trabajo.
- Juego.
- Ocio.
- Participación social.

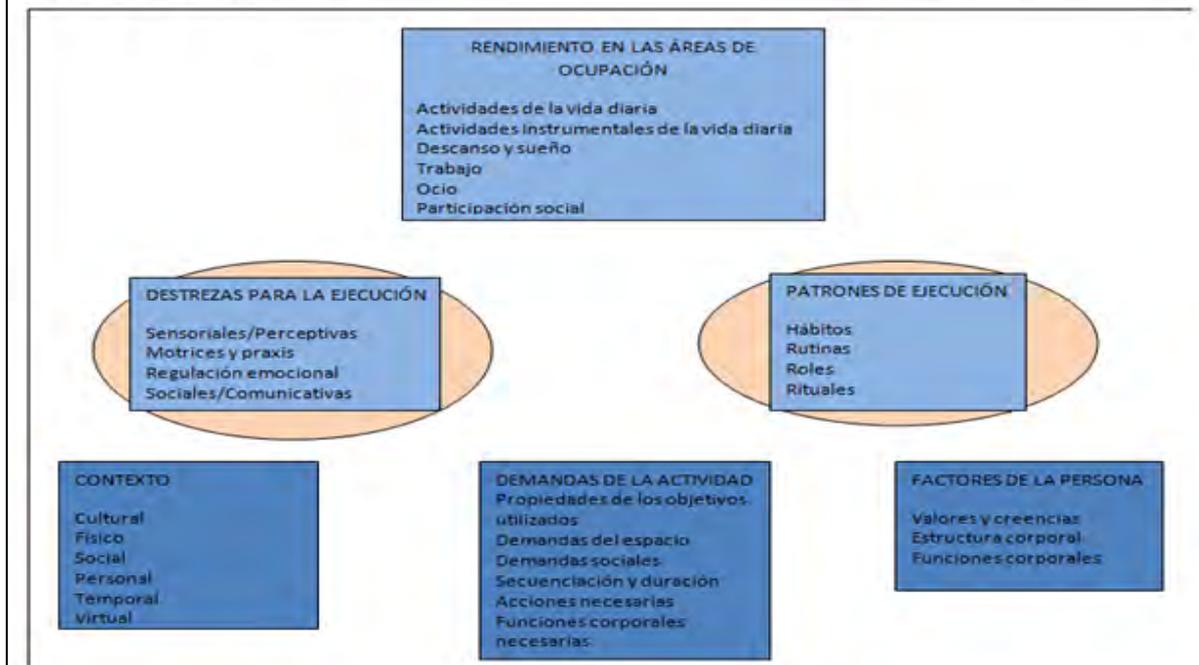
Por otro lado se pueden encontrar diferentes componentes del desempeño alterados, como lo son (Ávila et al; 2010):

- El motor: Se refiere a poder mover algo para realizar alguna actividad.
- La praxis: Se le considera al encadenamiento de distintos movimientos para realizar una actividad.
- Los sensoriales o perceptivos: Se le denomina a las acciones o comportamientos que el trabajador utiliza para localizar, identificar y responder a sensaciones para seleccionar, interpretar, asociar, o reconocer sensorialmente.
- De regulación emocional: Estos componentes son importantes, ya que si se presenta un déficit no se tendrá suficiente destreza como para afrontar una situación de estrés.
- Cognitivos: Se refiere a las acciones o comportamientos realizados para planificar o manejar el rendimiento de una actividad.
- Comunicativos y sociales: Se les considera a las acciones o comportamientos utilizados para comunicarse con otra persona.

Otra de las características del modelo de AOTA es que se centra principalmente en las características individuales del trabajador ya sean físicas, cognitivas o psicosociales que pueden intervenir a la hora de realizar una actividad ocupacional.

Figura 2.14.

Modelo de desempeño ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional (Ávila et al; 2010).



3.5 Variables antecedentes del desempeño laboral.

A continuación se mencionarán las variables del desempeño laboral en orden cronológico, de acuerdo a distintos autores como: Harbour (1999), Lupercio y Cols. (2007), Domínguez et al. (2009), Díaz (2010), Latorre (2012), Goldman y Walter (2013) y Uribe (2014).

Tabla 2.15. Variables antecedentes del desempeño laboral (elaboración propia, 2016).

Autor	Variables antecedentes al desempeño laboral
Harbour (1999) en Ruiz, Silva y Vanga (2008). pp. 428.	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones sociales (status y roles). • Culturales (valores, creencias y actitudes). • Demográficas (edad, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, salud y educación). • Personalidad (patrones de comportamiento y reacciones de cada persona). • Puesto de trabajo (especificaciones y características que inducen a patrones de acción).

Autor	Variables antecedentes al desempeño laboral
Domínguez et al. (2009).	Privación del sueño, lo cual altera: <ul style="list-style-type: none"> • El estado de ánimo. • El estado de alerta. • Funciones cognitivas. • Desempeño motor.
Díaz (2010).	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación laboral. • Expectativas de éxito. • Ser tratado con respeto. • Comprender que se espera de ellos. • Poseer sentido de pertenencia a la organización. • Tener acceso a herramientas, recursos e información para poder desempeñarse adecuadamente. • Trabajo en equipo. • Recibir reconocimiento. • Tener oportunidades de aprendizaje, desarrollo y progreso. • Conocer cómo su rol contribuye al éxito de la organización. • Seguridad laboral. • Compromiso organizacional. • Estrés laboral. • Estresores laborales. • Recursos para desarrollar el trabajo. • Apoyo organizacional percibido el cual tiene efectos en el desempeño a nivel de efectividad y rendimiento de la tarea (Bume y Hochwarter 2006 citado en Díaz, 2010 pp.98).
Latorre (2012).	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción laboral. • El compromiso organizacional. • Autonomía. • Cumplimiento del contrato psicológico. • Apoyo organizacional.

Autor	Variables antecedentes al desempeño laboral
Goldman y Walter (2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Valor de las recompensas. • Percepción de que las recompensas dependen del esfuerzo. • Capacidades del individuo. • Percepción de la función. • Esfuerzo individual. • Estilo de liderazgo. • Relaciones con equipos de trabajo (compatibilidad de equipo). • Clima laboral. • Carga de trabajo. • Estándares de trabajo mal diseñados. • Selección y promoción mal realizada. • No proporcionar retroalimentación oportuna.
Uribe (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación del trabajo: comportamientos de los empleados que no contribuyen a los objetivos organizacionales (impuntualidad, ausencias), así como actividades no relacionadas con las obligaciones del puesto (Griffeth, Hom y Gaerther, 2000; Littlewood, 2004, Littlewood, 2008). • Bienestar emocional: Siegrist, Wahrendonf, Vondem Knesebeck, Jürges y Borsch-Supan (2007) la consideran como reacciones cognitivas, afectivas y fisiológicas relacionadas con manifestaciones de tristeza, preocupación, sueño, energía y salud. • Sensibilidad a la injusticia: Sensibilidad que un trabajador tiene respecto a la inequidad (Huseman, Hatfieldy Miles, 1989). • Justicia organizacional interpersonal: De acuerdo con Hosmer y Kiewitz (2005), la justicia organizacional se refiere a la percepción de los empleados acerca de que tan justo es el trato que reciben por parte de la organización. • Intención de permanencia: Tett y Meyer (1993), la concideran como la voluntad por seguir en la organización. • Satisfacción en el trabajo: De acuerdo a Littlewood (2008), se trata de una reacción cogitiva y afectiva que resulta de la evaluación de la experiencia laboral y conduce a un estado emocional placentero. • Compromiso organizacional: De acuerdo a Goleman (1995) compromiso, es ser capaz de motivarse a uno mismo y persistir ante las frustrciones, controlar los impulsos, regular el estado de ánimo y no permitir que el distrés empañe la habilidad para pensar, emplear la emplatía y tener esperanzas.

Autor	Variables antecedentes al desempeño laboral
Uribe 2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="523 309 1423 409">• Involucramiento con el puesto: Littlewood (2008) lo considera como un estado cognitivo que refleja el grado de identificación psicológica con el puesto. <li data-bbox="523 477 1423 577">• Engagement: De acuerdo con Gurrola (2011) el concepto de engagement se refiere al grado de involucramiento emocional e intelectual que el empleado tiene con la organización.

3.6 Medición del Desempeño Laboral.

El desempeño de los empleados siempre ha sido considerado como la piedra angular para desarrollar la efectividad y éxito de una organización; por tal razón existe en la actualidad total interés sobre los aspectos que permitan no solo medirlo sino también mejorarlo (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).

Ahora bien, Ivancevich (2005) considera la evaluación del desempeño como la actividad que determina el grado en que un empleado desarrolla su trabajo de la manera más adecuada. Siendo un proceso que ofrece retroalimentación con relación a su rendimiento laboral (Urdaneta, 2013).

Por su parte Latorre (2012) considera que el desempeño debe medirse como una ejecución efectiva del trabajo y de las tareas por parte del trabajador, así como el buen manejo de las demandas, una correcta toma de decisiones y realizar el trabajo sin errores por parte del trabajador.

Aunado a ello, Pedraza, Glenys y Conde (2011) refieren que el desempeñarse adecuadamente se mide mediante acciones observables dirigidas hacia una meta, donde el individuo manifiesta la voluntad y la capacidad de ejecutarlas, siempre y cuando el contexto sea idóneo para alcanzarlas.

De esta manera, se analiza la evaluación del desempeño para ayudar a fomentar el desarrollo profesional y a dar solución a los problemas que pueden estar interfiriendo con el desempeño, ya que la evaluación nos ayuda a identificar fortalezas y oportunidades del propio empleado (Fernández, 2010).

Por tales razones, en los últimos años se ha desarrollado un creciente interés por el estudio en factores que se relacionan con el desempeño laboral. Y, el estrés laboral se ha relacionado como un factor psicosocial en el trabajo que trae consigo repercusiones en la salud de los trabajadores y en su desempeño (Mamani, Obando, Uribe, Ana, et al., 2007).

Sin embargo, es importante no perder de vista que el sistema de evaluación del desempeño debe de estar adecuado a los trabajadores ya que parte del perfil de competencias y, cumple su función de valoración respecto al trabajo desarrollado, los objetivos fijados y las responsabilidades asumidas junto a las condiciones de trabajo y características personales (Latorre, 2012).

De acuerdo a la línea anterior, dentro de los principales métodos utilizados de manera internacional para la evaluación del desempeño de acuerdo a Latorre (2012) son:

- 1) **Método de Análisis Global del Desempeño:** Análisis global del desempeño, sin entrar a precisar de forma detallada la valoración de cada uno de los indicadores. Se le da calificación al evaluado de Excelente, Muy bien, Bien, Regular, Deficiente. Tiene el inconveniente de no evaluar por separado cada indicador, por lo que puede obviarse algún aspecto importante y es propenso a que la evaluación se realice por comparación entre subordinados (Latorre, 2012).
- 2) **Método Analítico de Valoración por Factores:** Consiste en analizar cada factor, el Jefe decide en que grado el evaluado cumple los requisitos que implica cada indicador. Para ello utiliza una escala de puntuación, la que puede ser de 1 a 5 y para lograr mayor efectividad, el evaluador pide criterios sobre el evaluado a otras personas. La desventaja es que se inclina hacia la comparación entre los subordinados (Latorre,2012)
- 3) **Método de incidentes críticos:** El evaluador sistemáticamente observa y registra todos aquellos comportamientos (incidentes) del subordinado que impliquen actitudes y hechos positivos o negativos que influyen sobre la consecución de los objetivos deseados. Al conformar la evaluación se debe

hacer corresponder los incidentes registrados con los indicadores definidos (Perdomo, 2011).

4) **Método de Evaluación por Comparación o de Clasificación por Rango:** El Jefe establece una cierta jerarquía en la que cada subordinado ocupa una posición, según su criterio. Método sencillo pero muy subjetivo, de pobre información y valoración (Latorre, 2012).

5) **Método Interactivo:** Se realiza a partir de un análisis conjunto entre el subordinado y el Jefe sobre la actuación del evaluado y las causas que han provocado un alto o bajo rendimiento. Tiene la ventaja que permite actuar directamente sobre las causas, proporciona mayor retroalimentación al evaluado y fomenta un clima de comunicación y diálogo (Latorre, 2012).

6) **Método de Autoevaluación:** Debe tomarse como base para todo proceso de evaluación de desempeño. Se solicita al subordinado que se evalúe a si mismo y sus valoraciones son utilizadas para conformar la evaluación definitiva. Por la tendencia de toda persona de presentarse a si misma de forma positiva debe utilizarse sólo como complementario a otro método (Perdomo, 2011).

7) **Método de Evaluación por Objetivos:** Se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos en los plazos trazados, así como las circunstancias que incluyeron. Debe utilizarse como complemento de otros métodos, es preciso y menos subjetivo, tiene la desventaja que en la consecución del objetivo pueden intervenir factores ajenos al rendimiento del evaluado (Latorre, 2012).

8) **Método de Elección Forzosa:** El especialista en evaluación de desempeño del área de Recursos Humanos elabora un conjunto de pares de frases teniendo en cuenta los indicadores a evaluar. Las frases pueden redactarse de forma positiva o negativa, nunca combinadas, las cuales se presentan al Jefe que va a evaluar, con el fin de que escoja de cada frase la que más caracteriza el desempeño del evaluado, sin que sepa la relación que guarda cada frase con el indicador que ella pretende evaluar (Latorre, 2012).

De esta forma el Jefe selecciona sólo una frase y como ambas son positivas no puede dar una visión de favoritismo o perjuicio. Concluido este paso el especialista relaciona el indicador con un desempeño positivo del evaluado y propone la evaluación a otorgar (Latorre, 2012).

Por su parte (Pedraza, Glenys y Conde 2011) mencionan que el sistema de evaluación del desempeño, contempla los procesos a los cuales se someten los recursos humanos, considerando diferentes métodos y criterios para la medición del rendimiento de los trabajadores, estos procesos son:

- 1) **Planeación de Recursos Humanos:** Al evaluar los recursos humanos de una compañía, debe disponerse de datos que describan el potencial general y de promoción de todos los empleados, especialmente, de los ejecutivos clave.
- 2) **Reclutamiento y Selección:** Las clasificaciones en la evaluación del desempeño pueden ser útiles para predecir el desempeño de los solicitantes de empleo.
- 3) **Desarrollo de Recursos Humanos:** Una evaluación de desempeño debe señalar las necesidades específicas de capacitación y desarrollo de un empleado, permitiendo a los individuos aprovechar sus puntos fuertes y minimizar sus diferencias.

De manera general, Fernández (2010) menciona que los métodos de evaluación del desempeño se pueden clasificar de manera genérica de acuerdo a lo que miden: los que miden características, los que miden conductas y los que brindan información sobre resultados. Sin embargo, el método a utilizar depende en gran medida del propósito de la evaluación, los tiempos con que se cuenta para llevar a cabo la evaluación y el presupuesto que se posee.

3.7 Consecuencias del Desempeño Laboral.

Un desempeño bajo o inadecuado de los empleados puede reflejarse no solamente en el incumplimiento de las metas organizacionales y en la disminución de la calidad de los servicios que ofrecen, sino en daños al patrimonio de las organizaciones como desvíos de recursos, mal uso de equipo e instalaciones y tiempos muertos causados por actividades impropias de la empresa, organización o institución (Lupercio et al; 2007).

Por esta razón existen diversas consecuencias al no implementar programas o métodos para evaluar el desempeño. Dentro de los factores negativos de la poca o nula importancia por el desempeño de los empleados se encuentran:

- La falta de retroalimentación sobre el desempeño del trabajo, lo cual provoca dudas respecto a cuáles son los recursos que permiten lograr mejores resultados, al igual que la incertidumbre de que es lo que se espera de cada trabajador vinculado a la empresa, organización o institución (Lupercio et al; 2007).
- Falta de organización de los procesos de intervención, ya sean capacitantes o de gestión en salud, entre otros (Salas, Días y Pérez, 2012).
- Problemáticas para adoptar decisiones sobre la permanencia, traslados, promoción y separación del puesto de trabajo (Salas, Días y Pérez, 2012).
- Dificulta la posibilidad de perfeccionar y/o actualizar el diseño de los puestos de trabajo (Salas, Días y Pérez, 2012).
- No se puede aplicar una política de compensación y de estímulos morales y materiales (Salas, Días y Pérez, 2012).
- La falta del chequeo y medición periódica del desempeño de los trabajadores impide la mejora del desempeño profesional y por ende, impide el incremento de la calidad de los servicios que se brindan a la población (Salas, Días y Pérez, 2012).
- Se impide realizar un diagnóstico operativo de las tareas del que hacer que requieren mayor apoyo para fortalecer la estructura organizacional, incluidas las capacidades humanas, los equipamientos y las instalaciones (Salas, Días y Pérez, 2012).

- Falta de verificación de los conocimientos, las habilidades, las actitudes y valores, nivel de organización y retención del personal de salud, así como su empleo en un escenario laboral concreto, donde se verifica su capacidad y modo de actuación en la identificación y solución de los problemas profesionales existentes.
- Sin la evaluación del desempeño no se pueden tomar decisiones en cuanto a la formación de los empleados y al diseño de sus planes de desarrollo profesional. En este sentido, haría falta una evaluación del potencial, que permitiría valorar las posibilidades que los empleados tienen de promocionar dentro de la organización o de asumir nuevas funciones (Gil, 2007).
- No existe una comparación entre las competencias demostradas por el individuo en su trabajo y las competencias exigidas para un desempeño exitoso en el puesto que ocupa. Y, las posibles discrepancias entre ambos términos de comparación señalan la dirección en la que habrá de avanzar el desarrollo de las competencias del trabajador (Gil, 2007).

Como puede observarse el éxito de las organizaciones depende del alto desempeño de sus empleados, enfocándose en la convicción, las acciones tendientes a lograr la misión, superando las normas y estándares fijados, considerando una repercusión positiva para la calidad de vida de las personas. Entendido así, es comprensible que las organizaciones destinen recursos a la implementación de acciones; de programas y políticas relacionados con prestaciones, capacitación y desarrollo de empleados; y al establecimiento de códigos de conducta que favorezcan altos niveles de desempeño de los empleados (Lupercio et al; 2007).

Capítulo 4. Método.

4.1. Justificación de la Investigación.

En América Latina, actualmente el estrés laboral se reconoce como una de las grandes epidemias de la vida laboral moderna. Desafortunadamente, por ahora, no existe interés en regular y desarrollar guías para establecer buenas prácticas enfocadas en la exposición a los riesgos psicosociales y la inseguridad laboral que prevengan desarrollarlo (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Aunado a ello, el interés que se le da a las condiciones laborales es poco y, enfocado mayormente a reducir riesgos en el lugar de trabajo. Sin embargo, es de suma importancia señalar que así como “la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino un estado positivo de bienestar físico, mental y social”, un ambiente saludable de trabajo no es sólo aquél donde haya ausencia de condiciones dañinas, sino aquél donde se llevan a cabo acciones que promueven la salud (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Dichas acciones tienen relevancia ya que una salud ocupacional precaria que lleve a una capacidad reducida para trabajar puede ocasionar pérdidas económicas entre el 10 y hasta un 20% del Producto Interno Bruto (PIB) de un país y, globalmente las muertes, enfermedades y padecimientos ocupacionales producen una pérdida estimada del 4% del producto doméstico bruto (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Por otra parte, la OIT estima que unos 2.2 millones de personas mueren cada año a causa de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo. De acuerdo con estimaciones moderadas, se producen 270 millones de accidentes laborales y se presentan 160 millones de casos de enfermedades profesionales cada año (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Específicamente en México, el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), presenta estadísticas de 5 000, 000 de pacientes por riesgo de trabajo incluyendo accidentes en el lugar de trabajo y enfermedades derivadas de la actividad laboral, lo que se resume en medio millón de casos por año, 43,000 al mes y poco más de 3, 600 casos al día. De este modo, el número de personas que tienen malestares o enfermedades asociadas directa o indirectamente con las condiciones psicosociales, con el estrés en el ambiente laboral, y con las enfermedades que desencadena,

reflejan que la protección y seguridad laborales en éste sentido son ya un asunto muy relevante (Gutiérrez, 2012).

Por ello la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, unido al reciente hincapié que las instituciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados y que a su vez trae consigo un adecuado desempeño laboral.

4.2. Planteamiento del Problema de Investigación.

Houtman, Jettinghoff y Cedillo (2008) consideran que el estrés laboral es un problema de salud ocupacional que ocupa un porcentaje considerablemente alto en México, un 75% de los empleados en el país padecen este problema y 25% de los infartos derivan de una enfermedad relacionada con dicho factor.

De acuerdo con encuestas realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tres cuartas partes de los empleados mexicanos padecen estrés laboral. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en México se registran aproximadamente 75 mil infartos al año, de los cuales 25% se relacionan con alguna enfermedad ocasionada por el estrés laboral.

Cerca de un 40% de los empleados mexicanos padecen las consecuencias del estrés laboral, es decir, sólo en México, aproximadamente 18.4 millones de personas conviven con este tipo de estrés. Lo que deriva en un grave problema a nivel social y económico, ya que por una parte, perjudica la salud del trabajador, y por otra, disminuye la productividad y la calidad de los servicios.

El estrés laboral, de acuerdo a un estudio elaborado por la OIT podría suponer pérdidas de entre el 0.5% y el 3.5% del PIB de los países. Si bien, no existen datos estadísticos sobre las pérdidas económicas que el estrés laboral produce en México, dichas estimaciones supondrían una pérdida aproximada de entre 5,000 y 40,000 millones de dólares (USD), que supondría unos 0.3 billones de pesos mexicanos al año (Houtman, Jettinghoff y Cedillo, 2008).

Por otra parte, las profesiones consideradas como las más propensas a sufrir estrés laboral son las pertenecientes al personal de salud compuesto por médicos, paramédicos y enfermeras, ello, por los factores psicosociales a los que se ven

sometidos; la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre otros. Lo que produce en los trabajadores una tensión laboral o estrés crónico residual que se refleja en múltiples indicadores de salud y en su desempeño laboral (Juárez, 2007).

Por tal razón se busca determinar la relación entre el nivel de estrés y la percepción individual del desempeño en profesionales de la salud del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (HEBD), así como las variables que apoyan a su desarrollo. Ello, por el impacto que el estrés tiene tanto a nivel individual con deficiencia en su salud ocupacional, así como a nivel de ejecución o desempeño profesional. Por lo tanto las preguntas de investigación son: ¿Los profesionales de la salud del HEBD presentan estrés laboral?, ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y el estrés laboral? y ¿El nivel de estrés laboral tiene relación con la percepción individual del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD?

4.3. Preguntas de Investigación.

- ¿Cuál es la relación entre el Estrés Laboral y las variables sociodemográficas?
- ¿El nivel de estrés laboral tiene relación con la percepción individual del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD?
- ¿Si el nivel de estrés es bajo influye en el aumento de la percepción del desempeño laboral en los profesionales de la salud del HEBD?
- ¿Si el nivel de estrés es moderado o alto influye en la disminución de la percepción del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD?

4.4. Objetivos de Investigación.

- Conocer el nivel de estrés laboral presente en los profesionales de la salud del HEBD, dadas las implicaciones que este conlleva en la salud del individuo y en el desempeño de su práctica laboral.
- Investigar si existe una correlación significativa entre el Estrés laboral y la percepción del Desempeño.
- Determinar si un bajo nivel de Estrés Laboral, tiene una influencia en el aumento de la percepción del Desempeño.

- Determinar si un nivel moderado y alto de Estrés Laboral, tiene una influencia en la disminución de la percepción del Desempeño.
- Identificar si existe una relación entre el Estrés y las variables sociodemográficas.

4.5. Hipótesis.

- H1.- Los profesionales de la salud del HEBD presentan estrés laboral.
- H2.- El nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD se correlacionan significativamente.
- H3.- El Estrés Laboral se correlaciona con las Variables sociodemográficas.

4.5.1. Hipótesis estadísticas.

- Ha 1: Los profesionales de la salud del HEBD presentan estrés laboral.
- H0 1: Los profesionales de la salud del HEBD no presentan estrés laboral.
- Ha 2: El nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD se correlacionan significativamente.
- H0 2: El nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en los profesionales de la salud del HEBD no se correlación significativamente.
- Ha 3: El Estrés Laboral se correlaciona significativamente con las Variables sociodemográficas.
- H03: El Estrés Laboral no se correlaciona significativamente con las Variables sociodemográficas.

4.6. Tipo y Diseño de Investigación.

El diseño de la investigación es no experimental porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Se efectúa la investigación con el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo.

Es un estudio correlacional porque busca relaciones significativas entre variables, transversal porque la medición de las variables se realiza en un solo momento, ex-post facto porque mide la variable de estrés laboral y desempeño

laboral en los profesionales de la salud que llevan laborando mínimo 6 meses en el HEBD por lo que es un evento pasado.

4.7. Variables (Definición y Operacionalización):

4.7.1. Variable Antecedente y Variable Consecuente.

En la Tabla 2.15.1 se presentan las principales variables de este estudio: estrés laboral y desempeño laboral.

Tabla 2.15.1. Variable antecedente y variable consecuente.

Variabes Generales.			
Tipo de variable	Variable	Definición	Operacionalización
Antecedente.	Estrés laboral.	El estrés es un estado de tensión física o mental resultante de factores presentes en una situación que tienden a alterar el equilibrio del organismo al ser valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal y, trae consigo consecuencias en la salud de todas las personas.	Puntaje obtenido a la respuesta de los reactivos de la escala SWS-Survey de Salud Mental, Estrés y Trabajo (Gutiérrez y Ostermann, 1994). Es un cuestionario que está integrado por 124 reactivos organizados en ocho escalas tipo Likert que evalúan individual o grupalmente los niveles de salud mental, de estrés y de apoyo en las áreas personal, social y laboral. Cada escala incluye afirmaciones con aspectos positivos (apoyos) y negativos (estresores) en sus dimensiones social, laboral y personal; a su vez incluye escalas para evaluar salud mental buena y salud mental pobre.
Consecuente.	Desempeño laboral	El desempeño son aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados, relevantes para los objetivos de la organización, y pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución a la empresa. Este desempeño puede ser exitoso o no, dependiendo de un conjunto de características que se manifiestan a través de la conducta (Pedraza, Amaya y Conde, 2010).	

4.7.2. Variables clasificatorias.

A continuación se muestra una tabla con variables que forman parte de los datos sociodemográficos del instrumento SWS-Survey y que se consideran dentro del análisis de estrés laboral como variables clasificatorias.

Tabla 2.15.2 Variables clasificatorias del estudio.

Variables Clasificatorias		
Variable	Definición	Operacionalización
Puesto.	Cargo que desempeña la persona dentro del HEBD y por el cual se le asignan actividades específicas y los recursos para realizarlas.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico Residente. • Médico Adscrito. • Enfermero/as • Pasantes de enfermería.
Área.	Área de adscripción de residencia médica dentro del HEBD.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna.
Sexo.	Referente al género, que es un concepto taxonómico derivado de la sociedad para clasificar a una persona como mujer u hombre por su anatomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino.
Edad.	Número de años cumplidos hasta el momento.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años.
Edo. Civil.	Conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero. • Casado. • Divorciado. • Concubinato.
Ocupación.	Trabajo, labor o quehacer que se desempeña actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermero/a.
Escolaridad	Grados de estudios cursados hasta el momento (comprobable mediante certificados o título).	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios técnicos. • Licenciatura. • Especialidad. • Maestría. • Doctorado.

Variable	Definición	Operacionalización
Dependientes	Número de personas a las que se mantiene con los ingresos del encuestado en cuestión.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas.
Turno de trabajo.	Periodo de tiempo de trabajo asignado durante el día a un empleado. Las posibilidades de turno son turno matutino, vespertino o mixto.	<ul style="list-style-type: none"> • Matutino. • Vespertino. • Nocturno. • Mixto.
Horas de trabajo a la semana.	Tiempo en horas, dedicadas a trabajar durante los siete días de la semana.	Horas de trabajo acumuladas en 7 días.
Nivel económico.	Clasificación de una persona por sus ingresos mensuales para pertenecer a una clase económica.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo. • Bajo. • Moderado. • Alto. • Muy alto.

4.8 Instrumentos de Medición.

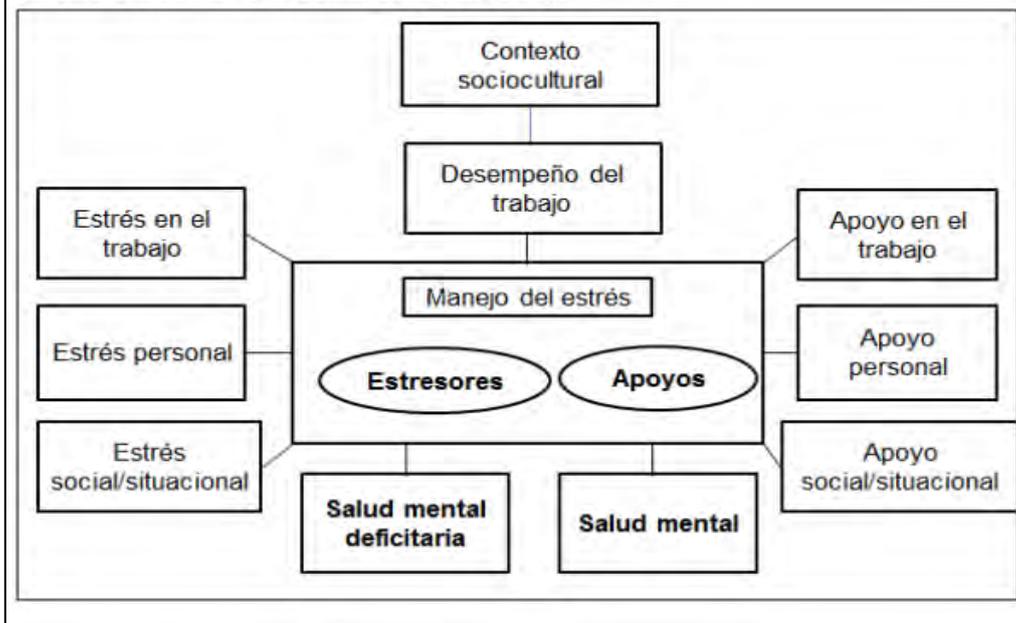
- SWS-Survey de Salud Mental, Estrés y Trabajo de u tierrez y Ostermann (1994).

Para medir las variables de estrés laboral y desempeño laboral se utilizará la escala W - urvey de salud mental, Estrés y rabajo (u tierrez y Ostermann,), el cual est basado en un modelo psicosocial que involucra las reas personal, social y laboral. Es un cuestionario integrado por 124 reactivos organizados en ocho escalas tipo Likert que evalúan individual o grupalmente los niveles de salud mental, de estrés y de apoyo en las áreas personal, social y laboral. Cada escala incluye afirmaciones con aspectos positivos (apoyos) y negativos (estresores) en sus dimensiones social, laboral y personal; a su vez incluye escalas para evaluar salud mental buena y salud mental pobre o deficitaria.

Los factores que mide la prueba son el estrés personal, apoyo personal, estrés en el trabajo, apoyo en el trabajo, estrés social, apoyo social, salud mental deficitaria y salud mental.

Figura 2.16.

Modelo SWS- Survey (Gutiérrez, 2002, p.20).



Este modelo refiere que en cualquier punto de la vida de un individuo, el nivel de tolerancia al estrés en el trabajo puede alcanzarse y ser revasado hasta llegar a un nivel de estrés incapacitante y ello, 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 social y personal (Gutiérrez, 2002).

A continuación se hará mención de las escalas que conforman dicho instrumento (Gutiérrez, 2002):

1. **Estrés personal (EP):** Componentes que reflejan la disposición individual y comportamientos (que incluyen emociones) que generan culpa, fracasos e ineffectividad, y comportamientos socialmente inapropiados, como la evitación, proyección y reserva extrema.
2. **Apoyo personal (AP):** Reflejan la disposición individual y comportamental consistente con actitudes de auto confianza, habilidad para manejar y controlar eventos de vida (buenas estrategias de enfrentamiento de los diversos estresores), satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes consigo mismo en la propia situación de vida.
3. **Estrés social (ES):** Comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito del trabajo e incluyen condiciones de vida caóticas, peligrosas o insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica con la familia, con los amigos y los vecinos, responsabilidades abrumadoras, etc.

4. **Apoyo social (AS):** Se refiere a la ayuda proporcionada por amigos y parientes que le dan a la persona que está bajo situación de estrés, un confort tanto físico como psicológico. Comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito de trabajo que incluyen tanto relaciones compatibles, útiles y satisfactorias como condiciones de vida confortables y protegidas.
5. **Estrés en el trabajo (ET):** Se refiere a los factores de estrés en el lugar de trabajo debidos a la naturaleza de la ocupación, a sus condiciones, a los conflictos interpersonales, a una supervisión o dirección ineficaz, y a los conflictos entre el trabajo, las obligaciones personales y las necesidades propias de autorrealización.
6. **Apoyo en el trabajo (AT):** Son los elementos que propician el desarrollo de la potencialidad de la persona, trabajo con alto significado, buenas relaciones interpersonales de apoyo y en general, condiciones de trabajo confortables.
7. **Salud Mental Deficitaria (SP):** Incluye los síntomas clásicos y los reportes de dolencias físicas asociadas con inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado, dañino y perjudicial.
8. **Buena salud mental (BS):** Comprende los comportamientos de un individuo optimista, positivo, relajado, ecuánime, quien mantiene una alta autoestima, buena salud física y una actitud y porte apropiados con los demás.

Respecto a la validación del contenido del SWS se realizó con la participación de 90 profesionales en salud mental, quienes evaluaron la adecuación de cada uno de los reactivos con respecto al contenido y objetivo de cada subescala y se obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0. (u tiérrez, Ito, on treras, Iba ez & Atenco, 1995). Posteriormente, con datos de campo, con una población de 3152 sujetos (población económicamente activa), se obtuvo una consistencia interna que fluctuó de 0.77 a 0. (u tiérrez, Contreras e Ito, 2003).

4.9. Población y Muestra.

La población está constituida por 104 profesionales de la salud del departamento de medicina interna del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, donde el 30.8% son enfermeros/as, 26.9% son médicos residentes, 15.4% son pasantes de enfermería, 11.5% son médicos adscritos, 9.6% son inhaloterapistas y 5.8% son pasantes de medicina. De todos los profesionales de la salud, un 68.3 % fueron mujeres y el 31.7% fueron hombres, de un rango de edad entre 21 años a 66 años. Se obtuvo una muestra intencional que incluye a todos los profesionales del departamento de medicina interna que aceptaran colaborar en esta investigación (104 de 108 profesionales de la salud).

4.10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

- **Criterios de inclusión:** Profesionales de la salud (médicos residentes, médicos adscritos, enfermeros/as e inhaloterapistas) adscritos al Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (HEBD), pertenecientes al departamento de medicina interna con una estancia no menor a 6 meses.
- **Criterios de exclusión:** Estancia menor a 6 meses en el HEBD y no pertenecer al departamento de medicina interna.
- **Criterios de eliminación:** Cuestionarios que no se encuentren completamente contestados y negación de la participación en el estudio.

4.11. Contexto y escenario.

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (HEBD) del 26 de octubre al 30 de octubre del 2015, en las zonas de trabajo de cada uno de los profesionales (médicos, enfermeras e inhaloterapistas), contestando el instrumento SWS-Survey con lápiz durante las primeras horas de trabajo de cada turno; matutino (9:00 a 10:00 hrs.), vespertino (15:00 a 16:00 hrs.) y nocturno (20:00 a 21:00 hrs.) para evitar el desgaste de la jornada laboral.

Durante la aplicación del instrumento, se efectuó la toma de presión arterial del brazo izquierdo a cada uno de los profesionales de la salud, en un estado de reposo, sentados y sin emitir palabra con un el mismo baumanómetro aneroide, posteriormente se anotó en el instrumento.

4.11. Procedimiento.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo dentro de las instalaciones del hospital, respetando la división de las secciones de áreas de trabajo determinadas para cada tipo de profesional (médicos, enfermeras/os e inhaloterapistas), en las que se les entregó un consentimiento informado y el instrumento de medición junto con un lápiz, posteriormente se les explicó el motivo del estudio, su beneficio y las instrucciones para que se llenaran las hojas correctamente. Se les dieron 25 minutos para contestar el instrumento, durante los cuales se procedió a la toma de presión con un baumanómetro aneroide, una vez que terminaban de contestar y entregaban el instrumento, se realizaba un chequeo para confirmar que todo estuviese bien contestado.

4.12. Análisis de Datos.

Los análisis en esta investigación se efectuaron mediante el programa estadístico SPSS 21 y fueron los siguientes:

1. Estadística descriptiva

- Se realizaron análisis descriptivos de las variables Estrés, Apoyo y Salud Mental, Desempeño en el trabajo y variables sociodemográficas. Efectuando tablas y gráficas descriptivas de las variables antecedentes (estrés laboral, estrés personal, estrés social, apoyo laboral, apoyo personal y apoyo social), consecuente (percepción individual del desempeño) y de las variables clasificatorias (puesto, área, sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, dependientes, turno de trabajo, horas de trabajo a la semana y nivel económico)
- Se tomaron medidas de tendencia central y dispersión; frecuencias, porcentajes y proporciones de las variables Estrés, Apoyo y Salud Mental, Desempeño en el trabajo y variables sociodemográficas.

2. Estadística inferencial.

- Se realizó el análisis multivariado de tipo regresión lineal múltiple para evaluar las variables antecedentes asociadas al desempeño laboral, entre las que se encuentran el estrés personal, estrés social, estrés laboral, apoyo personal, apoyo laboral y apoyo social del SWS.Survey con un valor de P menor de 0.5.

- Se realizó un análisis de la varianza y el análisis t student para determinar una relación estadísticamente significativa entre Estrés, Apoyo y Salud Mental con las variables sociodemográficas.
- Se determinó el Alpha de Cronbach para los factores del instrumento de medición Estrés, Apoyo y Salud Mental, de Gutiérrez (2002).
- Y por último se estimó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables de estrés laboral y desempeño laboral.

Capítulo 5. Resultados y Análisis de Resultados

5.1. Estadísticas descriptivas de la muestra

A continuación se describirán las variables sociodemográficas de acuerdo al orden del apartado 4.7.1 y 4.7.2.

Profesión

En la siguiente gráfica se describe el porcentaje de la muestra por profesión, donde el 44.2% de la muestra indicó que son médicos, el 46.2% de la muestra son enfermeros/as y el 9.62% de la muestra son inhaloterapistas.

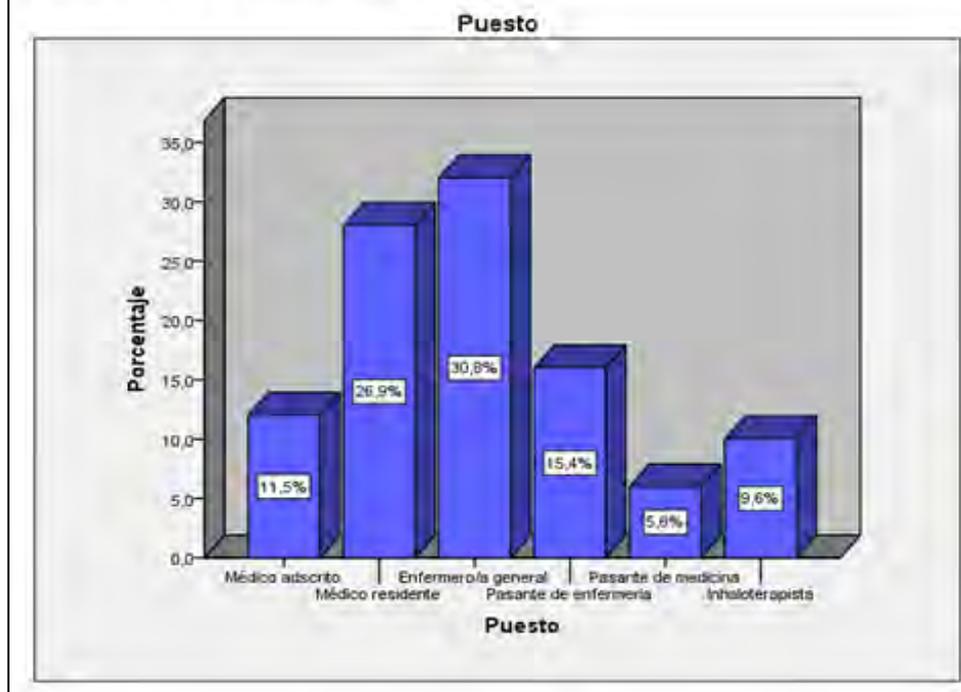


Puesto

En la figura 5.2 se indica el porcentaje por puesto, representando la mayoría de la muestra con un 30.8% el puesto de enfermero/a, seguida por los médicos residentes con un 26.9%, el 15.4% son pasantes de enfermería, 11.5% médicos adscritos, 9.6% inhaloterapistas y 5.8% pasantes de medicina.

Figura 5.2.

Porcentaje de la muestra por puesto.



Antigüedad en el empleo

La tabla 5.3 indica las estadísticas descriptivas por antigüedad en el empleo, con una población de 104 trabajadores, una media de 5.17 años, una desviación estándar de 4.57 años, un mínimo de .50 años y un máximo de 27 años.

Tabla 5.3. Estadísticas descriptivas por antigüedad en el empleo.

N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
104	5.17	4.57	0.50	27

Como puede observarse en la Tabla 5.3, el 59.62% de la muestra tiene entre 0.50 a 5 años de antigüedad en el empleo actual, mientras que el 37.50% de la muestra tiene entre 6 a 10 años de antigüedad en el empleo actual y el 2.88% restante de la muestra tiene entre 11 a 27 años de antigüedad.

Figura 5.3.

Porcentaje de la muestra por antigüedad en el empleo.

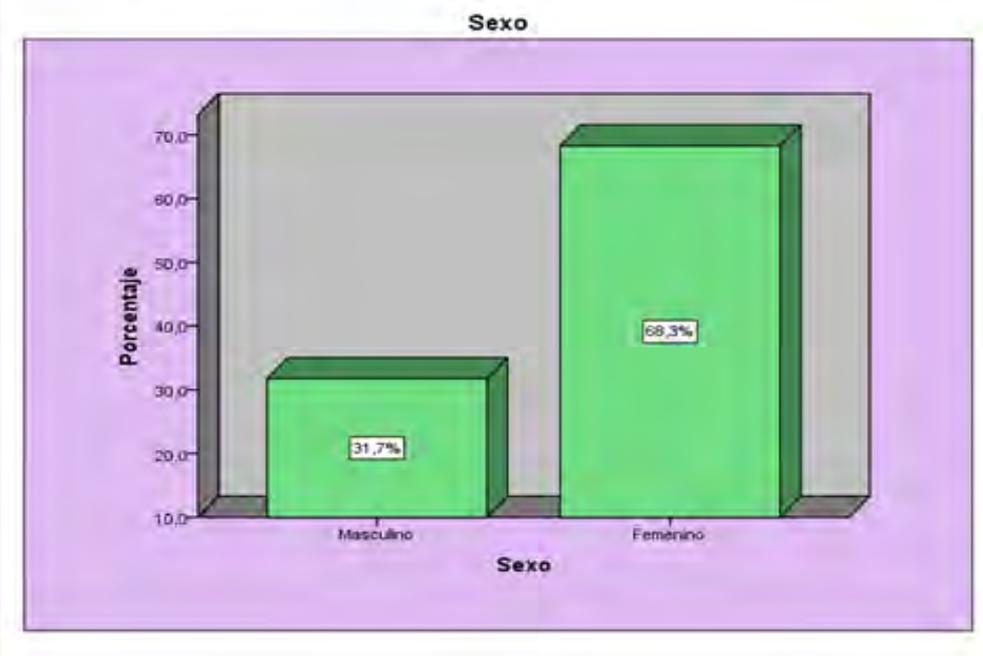


Sexo

La siguiente gráfica nos indica el sexo de la muestra evaluada, donde el 68.3% de la muestra corresponde al sexo femenino, y el 31.7% de la muestra corresponde al sexo masculino.

Figura 5.4.

Porcentaje de la muestra por sexo.



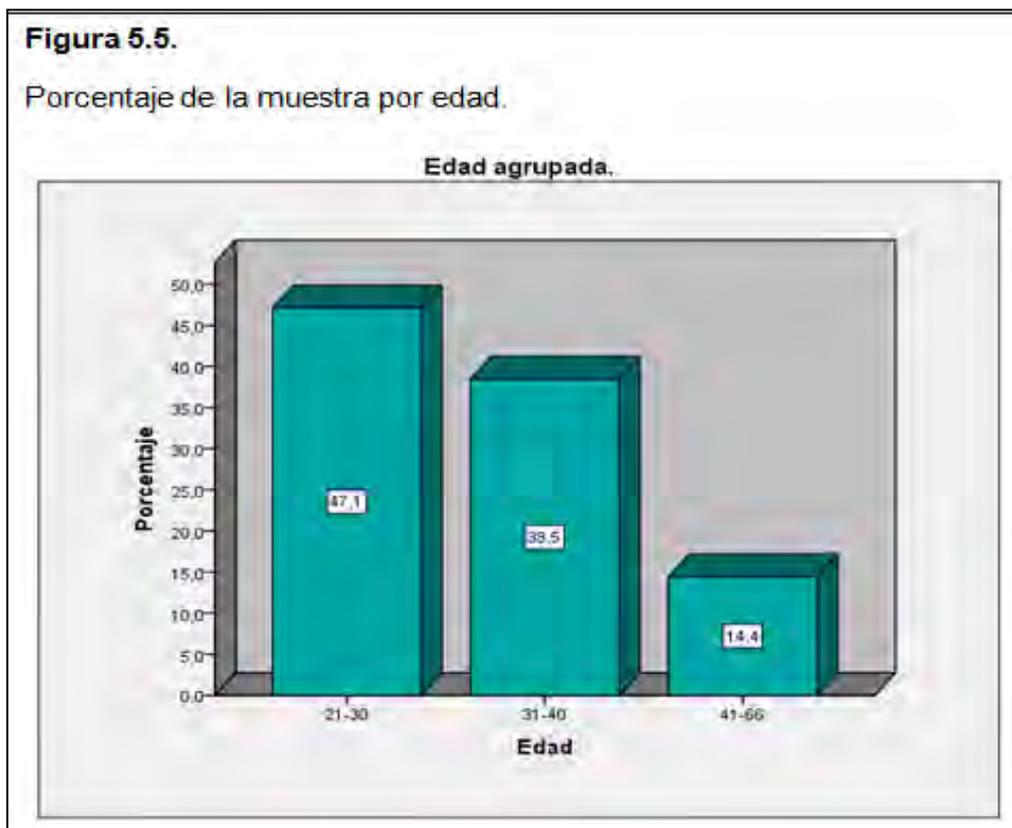
Edad

La siguiente tabla nos indica que se tuvo una muestra de 104 trabajadores, donde la media de la edad fue de 32.39 años, la desviación estándar de 8.61 años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 66 años.

Tabla 5.5. Estadísticas descriptivas por edad.

	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad en años	104	32.39	8.61	21.00	66.00

Podemos observar que la mayoría de la muestra tiene una edad que oscila entre los 21-30 años, siendo el 47.1% de la muestra, el 38.5% de la muestra tiene de 31-40 años y el 14.4% de la muestra tiene entre 41-66 años.

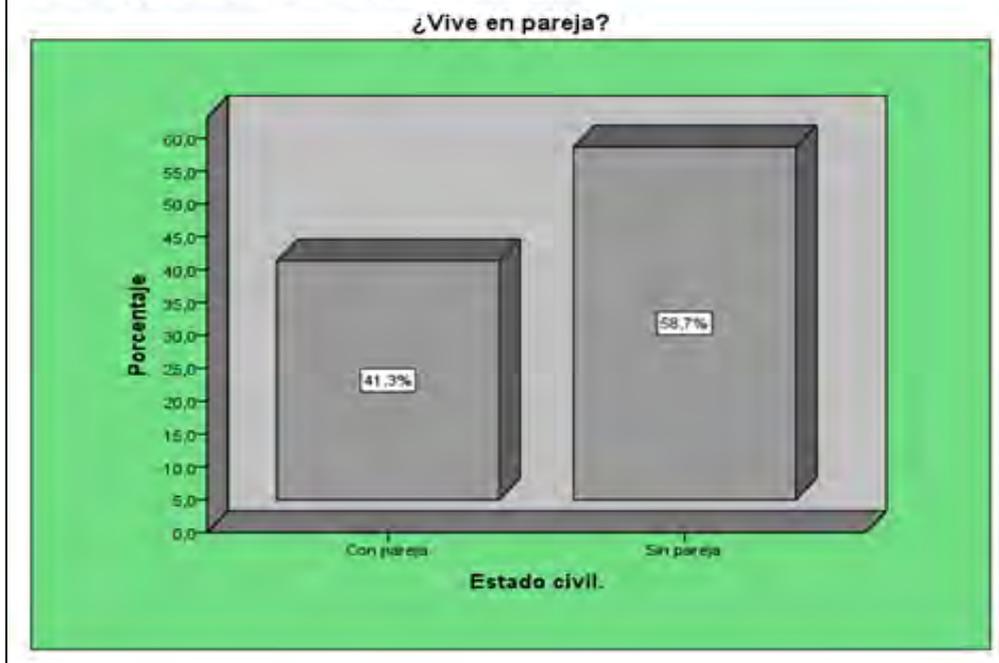


Estado civil

En la figura 5.6 se presenta el porcentaje de la muestra por estado civil, donde el 58.7% de la muestra indicó que no tiene pareja y el 41.3% de la muestra indicó que si tiene pareja.

Figura 5.6.

Porcentaje de la muestra por estado civil.

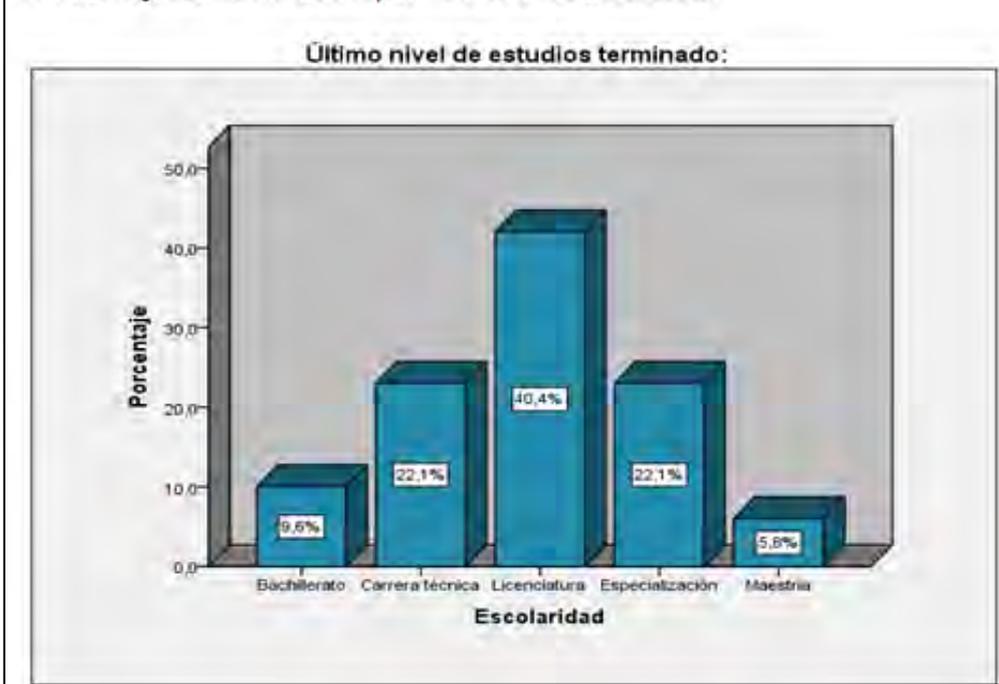


Escolaridad

A continuación se indica el porcentaje de la muestra por nivel de escolaridad, donde la mayor parte de la muestra con un 40.4% tiene una licenciatura, el 22.1% de la muestra cuenta con carrera técnica, al igual que en el caso de una especialización, el 9.6% de la muestra presenta bachillerato y el 5.8% cuenta con una maestría.

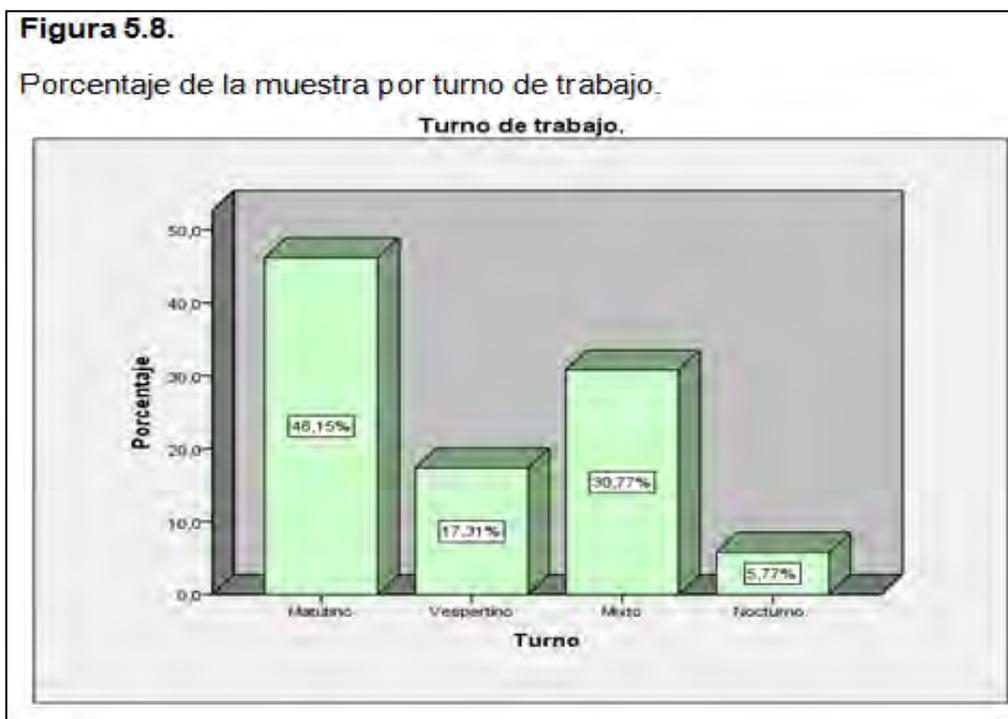
Figura 5.7.

Porcentaje de la muestra por nivel de escolaridad.



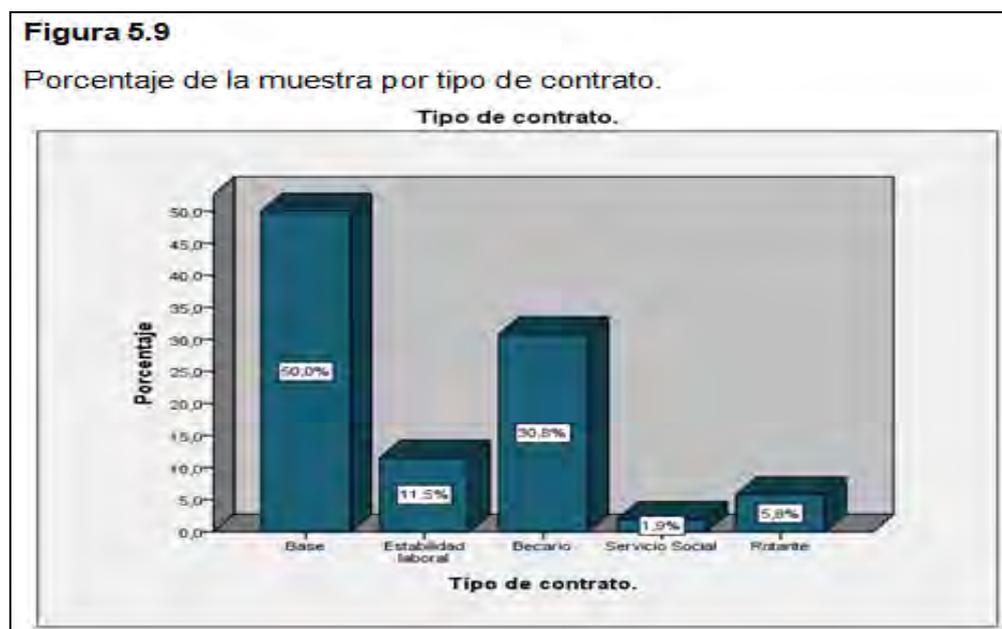
Turno

La figura 5.8 indica que la mayoría de la muestra, con el 46.15% trabaja en el turno matutino, 30.77% en turno mixto, 17.31% en el turno vespertino y un 5.77% en el turno nocturno.



Tipo de contrato

La mayoría de la muestra con un 50.0% indicó que tiene un contrato de base, siguiéndole el 30.8% indicando que es becario, mientras que el 11.5% tiene un contrato de estabilidad laboral, 5.8% son rotantes y la minoría con el 1.9% indicó ser de servicio social.



Número de dependientes económicos

En la Tabla 5.10 se observa las estadísticas descriptivas por número de dependientes económicos, teniendo una muestra de 104 trabajadores, donde la media es de 1.35 dependientes económicos, con una desviación estándar de 1.43 dependientes económicos, un mínimo de 0 dependientes económicos y un máximo de 6 dependientes económicos.

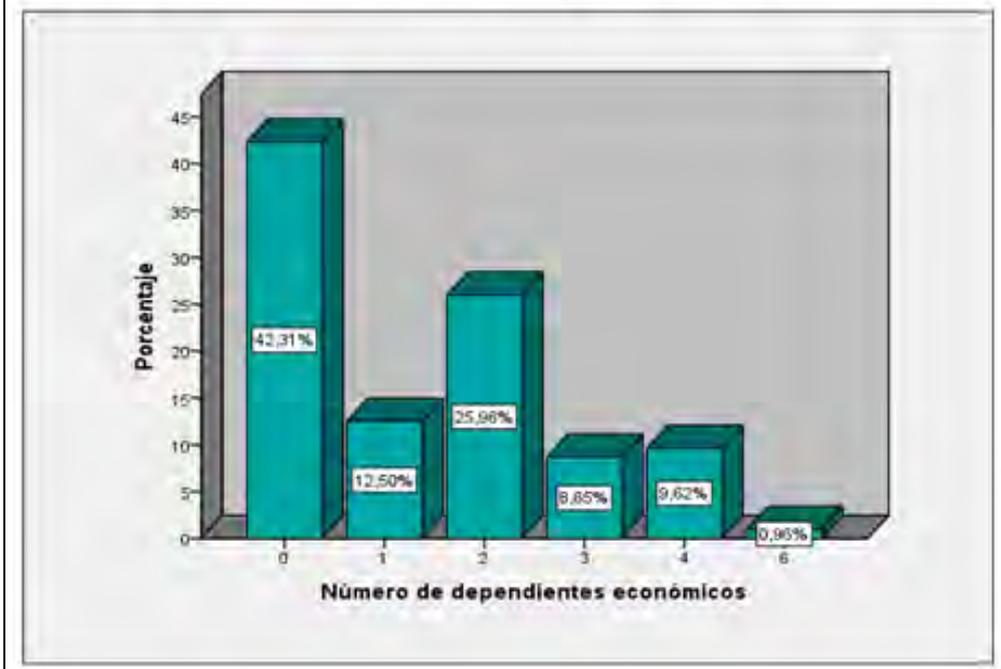
Tabla 5.10. Estadísticas descriptivas por número de dependientes económicos.

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	1.35	1.43	0.00	6.00

El 42.31% de la muestra indicó que no tiene dependientes económicos, el 25.96% de la muestra tiene 2 dependientes económicos, el 12.50% de la muestra tiene 1 dependiente económico, el 9.62% de la muestra tiene 4 dependientes económicos, el 8.65% tiene 3 dependientes económicos y el 0.96% tiene 6 dependientes económicos.

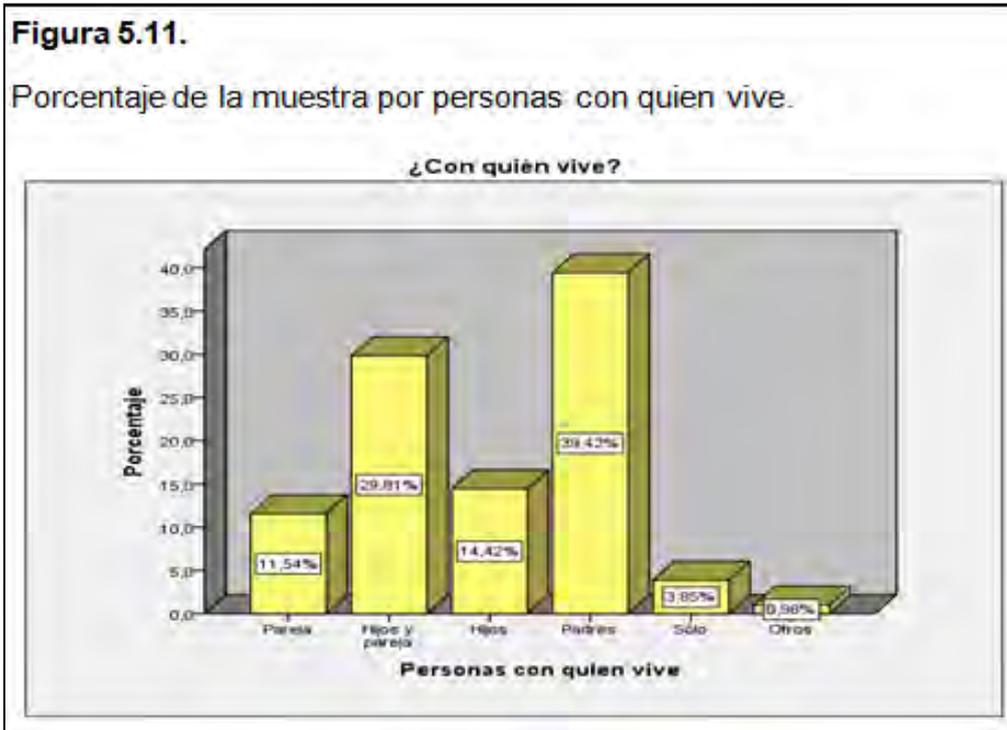
Figura 5.10.

Porcentaje de la muestra por número de dependientes económicos.



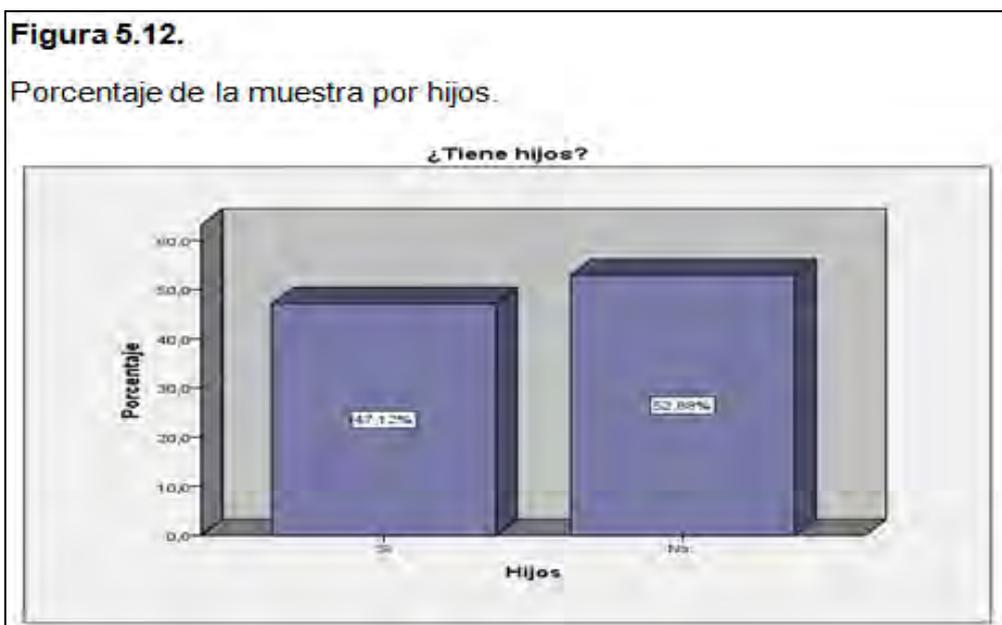
Personas con quien vive

Como puede observarse en la figura 5.11, la mayoría de la muestra con 39.42% indicó que vive con sus padres, seguido del 29.81% de la muestra que vive con su pareja e hijos, el 14.42% de la muestra indico que vive solamente con sus hijos, el 11.54% de la muestra indico que vive con su pareja, el 3.85% de la muestra indico que vive solo y el 0.96% de la muestra indico que vive con otras personas.



Hijos

La figura 5.12 contiene el porcentaje de la muestra por hijos, donde el 52.88% de la muestra indico que no tiene hijos y el 47.12% de la muestra indico que si tiene hijos.



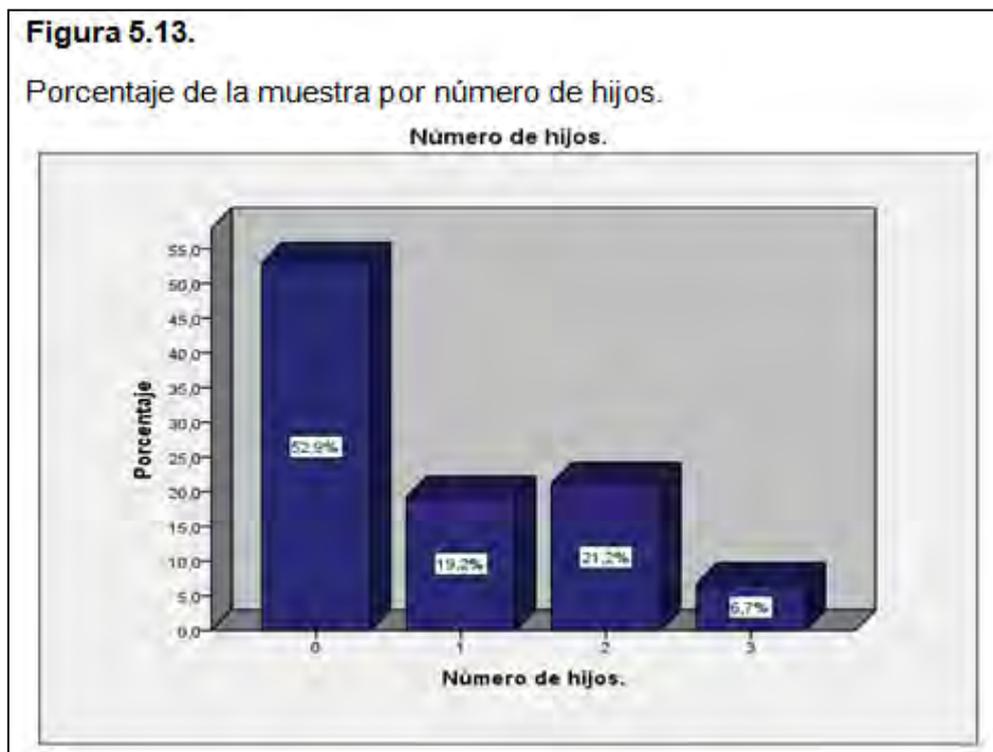
Número de hijos

La siguiente tabla nos indica las estadísticas descriptivas por número de hijos, donde se tuvo una muestra de 104 trabajadores, con una media de 0.82 hijos, una desviación estándar de 0.99 hijos, un mínimo de 0 hijos y un máximo de 3 hijos.

Tabla 5.13. Estadísticas descriptivas por número de hijos

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	0.82	0.99	0.00	3.00

Se observa que el 52.9% de la muestra indicó que no tiene hijos, el 19.2% de la muestra tiene un hijo, el 21.2% de la muestra tiene dos hijos y el 6.7% de la muestra tiene entre 3 hijos.



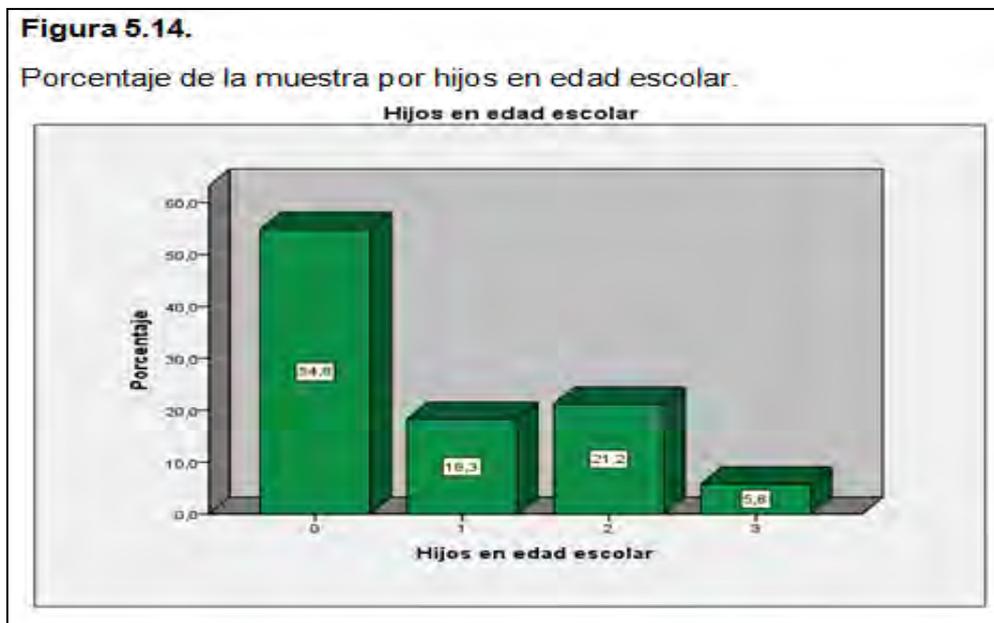
Hijos en edad escolar

En la Tabla 5.14 se describen las estadísticas descriptivas por hijos en edad escolar, presentando una muestra de 104 trabajadores, con una media de 0.78 hijos en edad escolar, una desviación estándar de 0.97 hijos en edad escolar, un mínimo de 0 hijos en edad escolar y un máximo de 3 hijos en edad escolar.

Tabla 5.14. Estadísticas descriptivas por hijos en edad escolar.

N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
104	0.78	0.97	0.00	3.00

En la Figura 5.14 se observa que la mayoría de la muestra, con un 54.8% indicó que no tiene hijos en edad escolar, mientras que el 21.2% de la muestra indico que tiene 2 hijos en edad escolar, siguiendo el 18.3% de la muestra indicando que tiene 1 hijo en edad escolar y el 5.8% restante de la muestra indico que tiene 3 hijos en edad escolar.



Horas de trabajo a la semana

En la Tabla 5.15 se indican las estadísticas descriptivas por número de horas trabajadas a la semana, teniendo una muestra de 104 trabajadores, donde la media es de 54.31 horas trabajadas a la semana, con una desviación estándar de 30.8 horas trabajadas a la semana, un mínimo de 25.00 horas trabajadas a la semana y un máximo de 140.00 horas trabajadas a la semana.

Tabla 5.15. Estadísticas descriptivas por horas de trabajo a la semana.

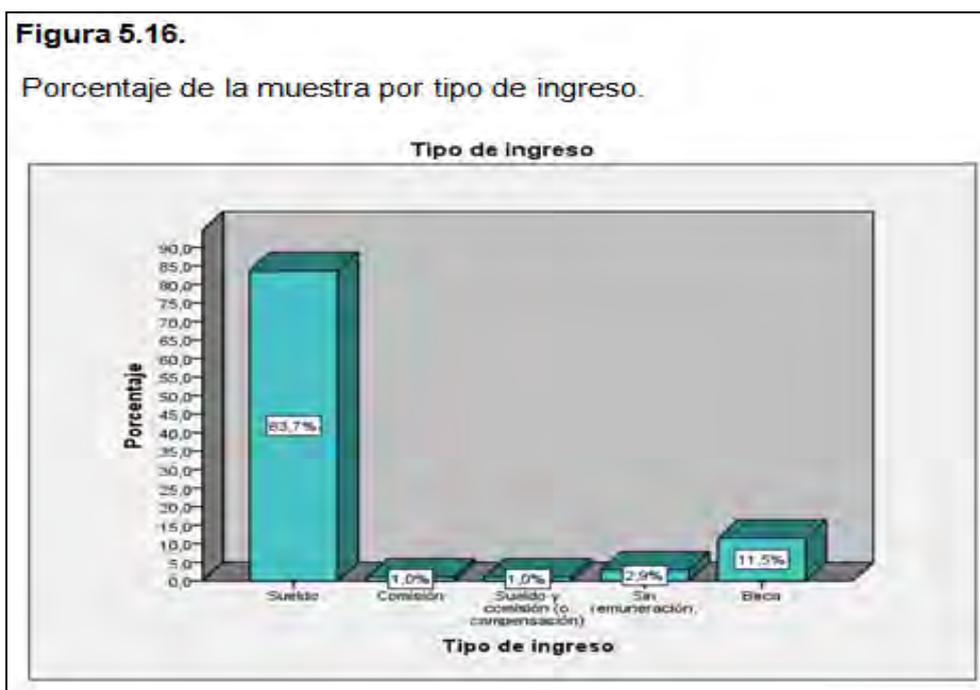
N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	54.31	30.68	25.00	140.00

En la figura 5.15 se observa que la mayoría de la muestra siendo el 71.2% indicó que trabaja de 25 a 50 horas a la semana, seguido del 18.3% de la muestra con 90 a 140 horas de trabajo a la semana y la muestra restante con el 10.6% indico que trabaja de 56 a 85 horas a la semana.



Tipo de ingreso

En la Tabla 5.16 se puede observar que el 83.7% indicó que su tipo de ingreso es el sueldo, el 11.5% de la muestra indico que su tipo de ingreso es beca, el 2.9% de la muestra indico que no es remunerado y el 2% restante corresponde a 1% con comisión y 1% con sueldo y comisión.



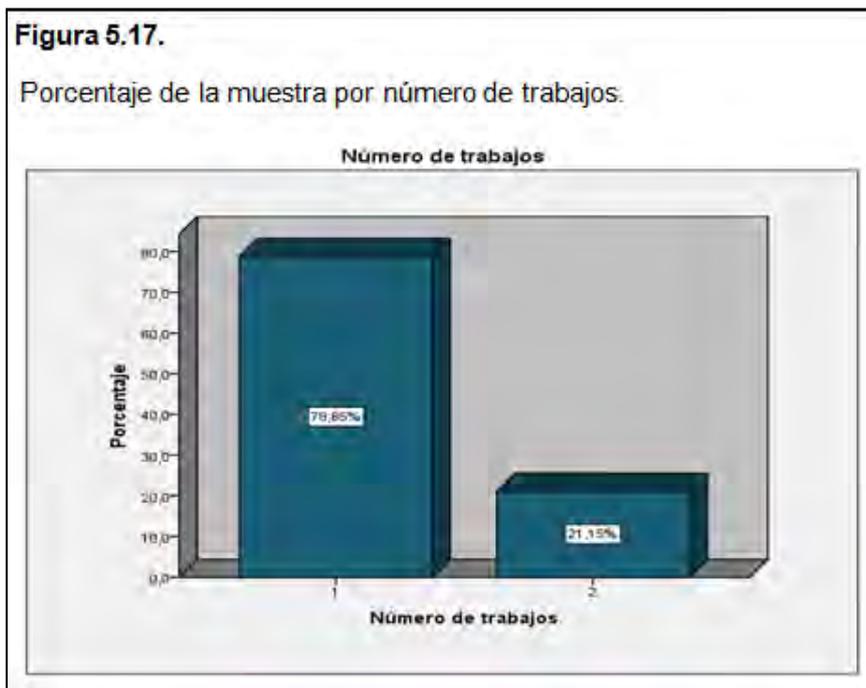
Número de trabajos

En la siguiente tabla se observan las estadísticas descriptivas por número de trabajos, donde la muestra es de 104 trabajadores, con una media de 1.21 trabajos, una desviación estándar de .41 trabajos, un mínimo de 1 trabajo y un máximo de 2 trabajos.

Tabla 5.17. Estadísticas descriptivas por número de trabajos.

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	1,21	0,41	1,00	2,00

En la Figura 5.17 se puede observar que el 78.85% de la muestra indicó que tiene un solo trabajo, mientras que el 21.15% de la muestra indico que tiene 2 trabajos.



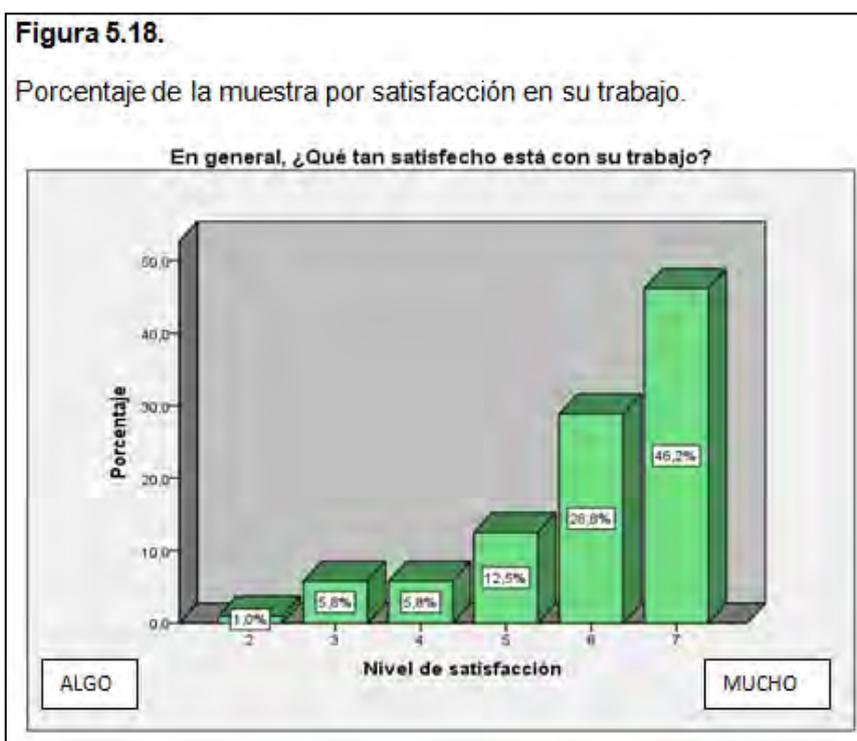
Satisfacción en el trabajo

En la tabla 5.18 se observan las estadísticas descriptivas por satisfacción en el trabajo, donde la muestra es de 104 trabajadores, con una media de 6.01 de satisfacción, una desviación estándar de 1.23 de satisfacción, un mínimo de 2 de satisfacción y un máximo de 7 en satisfacción.

Tabla 5.18. Estadísticas descriptivas por satisfacción laboral.

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	6.01	1.23	2.00	7.00

En la Figura 5.18 se observa que el 46.2% presenta un nivel de 7 en satisfacción, el 28.8% un 6 en satisfacción, el 12.5% un 5 en satisfacción, 5.8% un 4 en satisfacción, al igual que el porcentaje en 3 de satisfacción en el trabajo y sólo un 1% presenta un nivel de 1 en satisfacción.



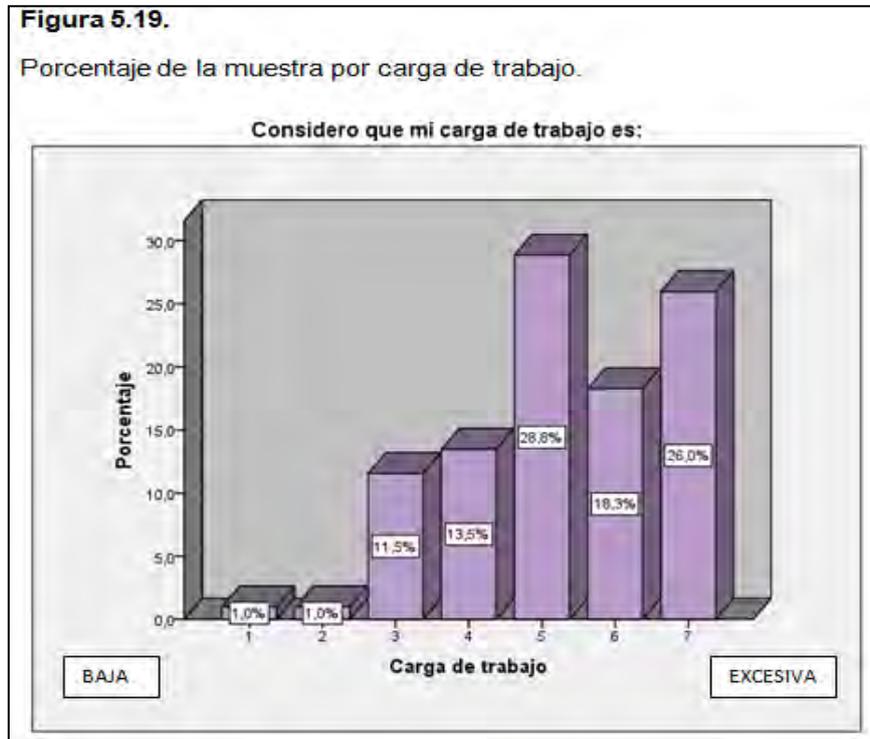
Carga de trabajo

En la siguiente tabla se observan las estadísticas descriptivas por carga de trabajo, donde la muestra es de 104 trabajadores, con una media de 5.27 en carga de trabajo, una desviación estándar de 1.42 de carga de trabajo, un mínimo de 1 y un máximo de 7 en carga de trabajo.

Tabla 5.19. Estadísticas descriptivas por carga de trabajo.

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	5.27	1.42	1.00	7.00

En la Figura 5.19 puede observarse que el 28.8% presenta un nivel de 5 en carga de trabajo, el 26% un 67 en carga de trabajo, el 18.3% un 6 en carga de trabajo, 13.5% un 4 en carga de trabajo, el 11.5% un nivel 3 en carga de trabajo y el último 2% lo conforman 1% un nivel 2 y 1% un nivel 1 en carga de trabajo.



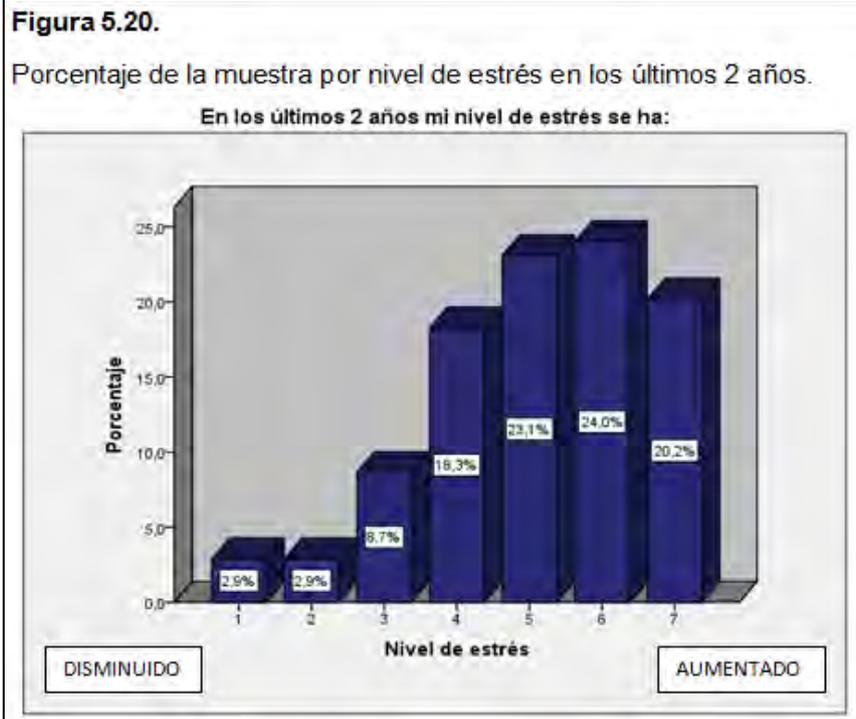
Nivel de estrés

En la siguiente tabla se observan las estadísticas descriptivas por nivel de estrés, donde la muestra es de 104 trabajadores, con una media de 5.09 en nivel de estrés, una desviación estándar de 1.452 en nivel de estrés, un mínimo de 1 y un máximo de 7 en el nivel de estrés.

Tabla 5.20. Estadísticas descriptivas por nivel de estrés.

N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
104	5.09	1.52	1.00	7.00

De acuerdo a la Figura 5.20, el 24% presenta un nivel de 6 en nivel de estrés, el 23.1% un 5 en nivel de estrés, el 20.2% un 7 en nivel de estrés, 18.3% un 4 en nivel de estrés, el 8.7% un 3 en nivel de estrés y por último 2.9% tanto en nivel 1 como en nivel 2 de estrés.



Presión

En la siguiente Tabla se observan las estadísticas descriptivas por presión arterial, donde se consideran los elementos: pulso, presión diastólica y presión sistólica.

La muestra para los 3 elementos es de 104 trabajadores, con una media de 71.06 en presión diastólica, una desviación estándar de 11.32, un mínimo de 47 y un máximo de 100.

En la presión sistólica se obtiene una media de 114.25, una desviación estándar de 14.32, un mínimo de 78 y un máximo de 143. Con respecto al pulso, se obtiene una media de 88.08, una desviación estándar de 13.39, un mínimo de 52 y un máximo de 143.

Tabla 5.21. Estadísticas descriptivas por presión arterial.

Presión	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Diastólica	104	71.06	11.32	47	100
Sistólica	104	114.25	14.32	78	143
Pulso	104	80.08	13.39	52	143

5.2 Confiabilidad del instrumento de estrés, apoyo y salud mental.

En la tabla 5.22 se observa la confiabilidad de los 8 factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental, donde la mayoría obtuvo un alpha de cronbach de .800 en adelante, con excepción del factor 7 Apoyo social obteniendo un alpha de cronbach de .794, así como el factor 8 Salud mental funcional obteniendo un alpha de cronbach de .745.

Tabla 5.22. Confiabilidad del instrumento de estrés, apoyo y salud mental.

Factor	Reactivos	Número de reactivos.	Alpha de Crombach.	Reactivos eliminados	Alpha de Crombach
1.-Estrés personal.	18, 25, 34, 103, 21, 79, 98, 27, 87, 95, 105, 106, 107, 108 y 109.	15	.808	-	.808
2.-Estrés en el trabajo.	24, 45, 81, 22, 47, 73, 5, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121 y 122.	15	.829	-	.829
3.-Estrés social.	86, 78, 84, 124, 75, 12, 74, 41, 38, 104, 8, 110, 111, 112, 113 y 114.	16	.842	-	.842
4.-Salud mental deficitaria.	51, 3, 60, 33, 29, 28, 19, 82, 17, 89, 40, 50, 90, 57, 102 y 43.	16	.861	-	.861
5.-Apoyo personal.	64, 67, 46, 88, 99, 85, 63, 101, 69, 93, 56, 77, 72, 97 y 123.	15	.854	-	.854
6.-Apoyo en el trabajo.	49, 37, 6, 52, 68, 16, 14, 71, 35, 19, 66, 76, 70, 2, 13 y 62.	16	.904	-	.904
7.-Apoyo social.	53, 10, 36, 1, 100, 31, 91, 92, 94, 48, 55, 80, 20, 11 y 65.	15	.794.	-	.794
8.-Salud mental funcional.	26, 23, 15, 4, 58, 44, 7, 39, 32, 42, 54, 30, 61, 59, 96 y 83.	16	.745	-	.745

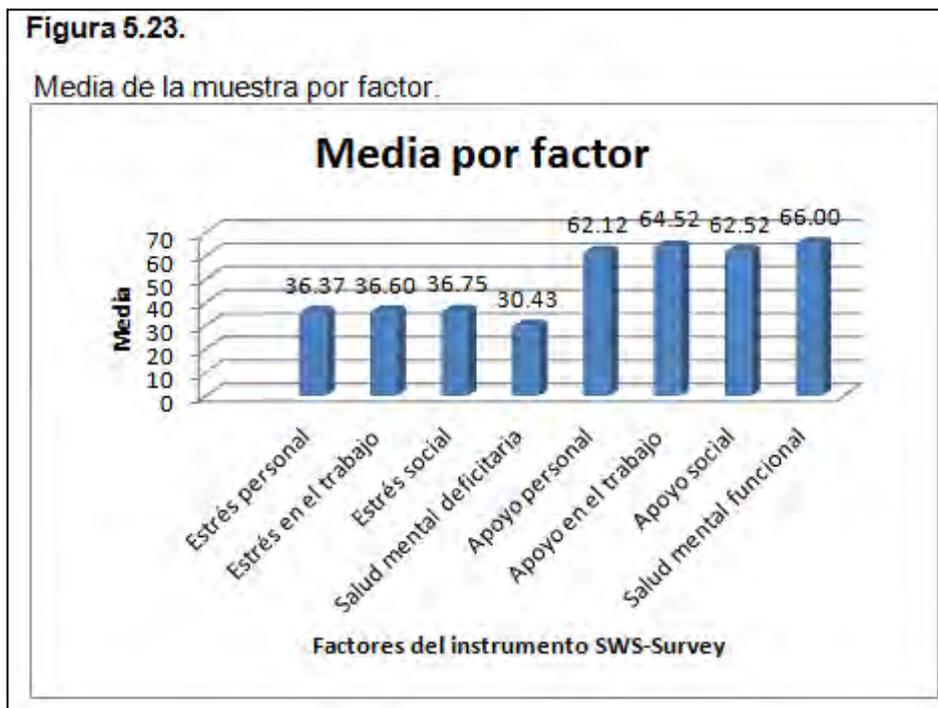
5.3 Estadísticas descriptivas de estrés, apoyo y salud mental.

En la table 5.23 se presentan las estadísticas descriptivas de los 8 factores de estrés, apoyo y salud mental, con una muestra de 104 trabajadores evaluados. La puntuación media más baja correspondió al factor 4 Salud mental deficitaria (media=30.43 y desviación estándar=8.86) y la más alta al factor 8 Salud mental funcional (media=66.00 y desviación estándar=6.83).

Tabla 5.23. Estadísticas descriptivas de estrés, apoyo y salud mental.

Variable	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
1.-Estrés personal.	104	36.37	8.35	16.00	60.00
2.-Estrés en el trabajo.	104	36.60	9.52	15.00	63.00
3.-Estrés social.	104	36.75	8.92	18.00	65.00
4.-Salud mental deficitaria.	104	30.43	8.86	16.00	59.00
5.-Apoyo personal	104	62.12	7.35	36.00	75.00
6.-Apoyo en el trabajo	104	64.52	8.91	33.00	79.00
7.-Apoyo social	104	62.52	6.82	46.00	75.00
8.-Salud mental funcional_	104	66.00	6.83	44.00	80.00

En la figura 5.23 puede observarse que el factor Apoyo personal, Apoyo en el trabajo, Apoyo social y Salud mental funcional, son los factores con la media más elevada, mientras que los factores estresores y salud mental deficitaria mantienen medias menores.



5.4 Estadísticas descriptivas de percepción del desempeño.

Se presentan en la siguiente tabla las estadísticas descriptivas de los variables que conforman el desempeño en el trabajo, con una muestra de 104 trabajadores evaluados. La puntuación media más baja correspondió a la variable 2 Calidad/sin errores (media=5.21 y desviación estándar=1.07) y como variable más alta la número 7 Asistencia/llega a tiempo y permanece en el trabajo (media=6.28 y desviación estándar=.89).

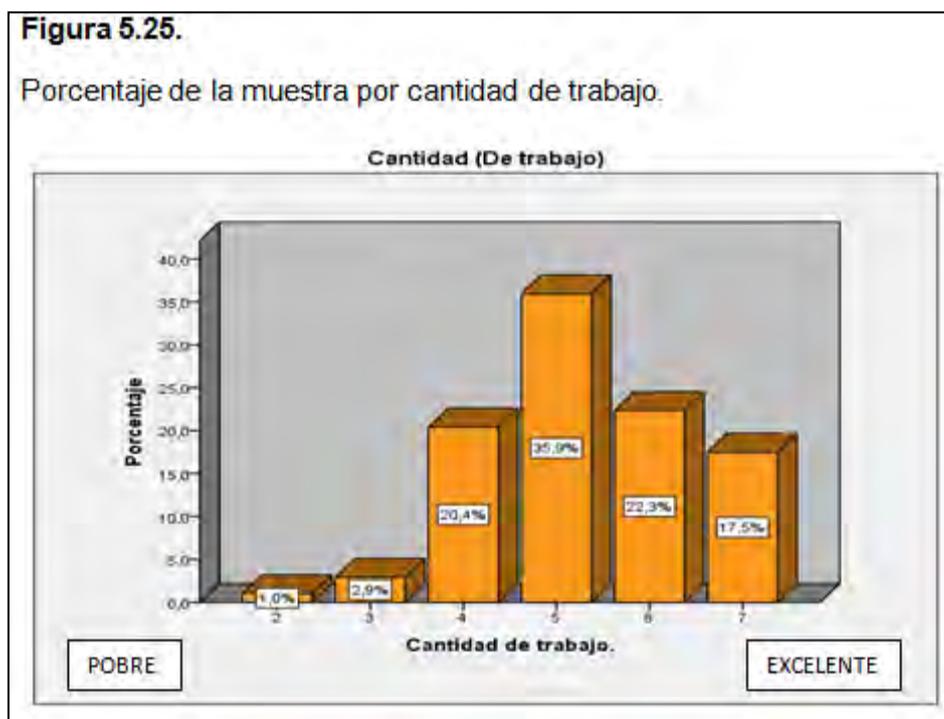
De igual manera se puede observar que en la variable número 14 se encuentra la puntuación total de la escala de desempeño, en donde se obtiene una media de 76.07 (nivel destacado de desempeño), una desviación de 8.08, un mínimo de 51(nivel de desempeño bajo) y un máximo de 91 (nivel de desempeño destacado).

Tabla 5.24. Estadísticas descriptivas de las variables de la escala de desempeño.

Variable	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
1.-Cantidad (De trabajo)	103	5.28	1.12	2	7
2.-Calidad (Sin errores)	104	5.21	1.07	1	7
3.-Moral/actitud (Hacia mi trabajo, compañía, personal)	104	5.91	0.99	2	7
4.-Disciplina (Sigue reglas)	104	5.89	1.08	2	7
5.-Trabajo en equipo (Participa)	104	5.79	1.13	2	7
6.-Responsabilidad (Trabaja sin supervisión)	104	6.15	0.81	3	7
7.-Asistencia (Llega a tiempo y permanece en el trabajo)	104	6.28	0.89	3	7
8.-Iniciativa (Trabaja por su cuenta más de lo especificado)	104	5.82	1.08	1	7
9.-Organización (Limpio, ordenado)	104	6.01	0.90	3	7
10.-Eficiencia (No desperdicia material/tiempo)	104	5.84	0.91	2	7
11.-Ritmo (Rápido, dispuesto, alerta)	104	5.82	0.99	3	7
12.-Cooperación (Proactivo, sin quejas)	103	6.01	0.93	1	7
13.-Compromiso (Involucramiento con la institución, compañía o empresa)	104	6.16	0.86	4	7
14.-Escala de evaluación de desempeño de grupo	104	76.07	8.08	51.00	91.00

Cantidad de trabajo

En la gráfica 5.25 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 35.9% indicó que tiene un 5 en una escala del 1 al 7 en cantidad de trabajo, seguida por el 22.3% de la muestra indicó un 6 en cantidad de trabajo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de cantidad de trabajo realizado excelente y el 17.5% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 20.4% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) de cantidad de trabajo realizado, un 2.9% un nivel 3 en cantidad de trabajo y sólo un 1% considera que su cantidad de trabajo se acerca a pobre con 2 en escala likert.

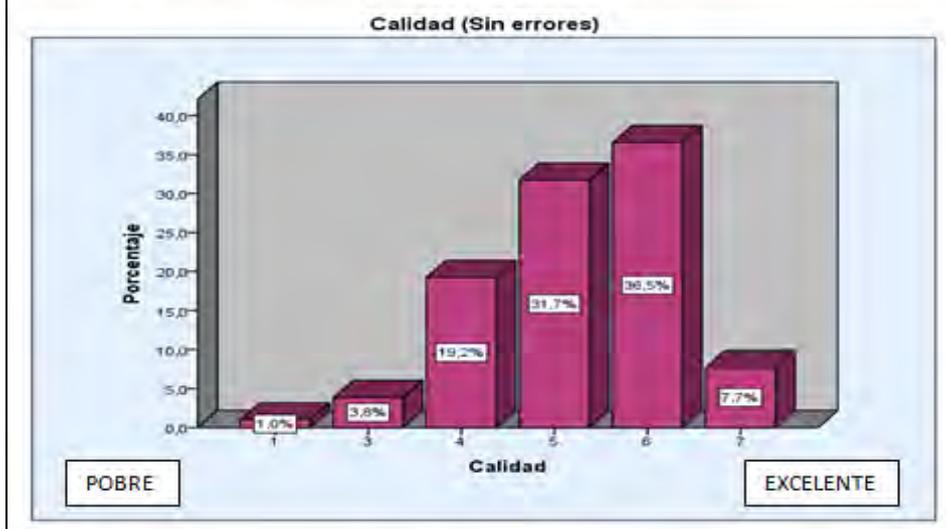


Calidad

En la gráfica 5.26 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 36.5% indicó que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en calidad de trabajo (sin errores), seguida por el 31.7% de la muestra indicó un 5 en calidad de trabajo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de calidad excelente y el 7.7% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 19.2% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) de calidad en el trabajo realizado, un 3.8% un nivel 3 en calidad de trabajo y sólo un 1% considera que su calidad en el trabajo es pobre.

Figura 5.26.

Porcentaje de la muestra por calidad en el trabajo.

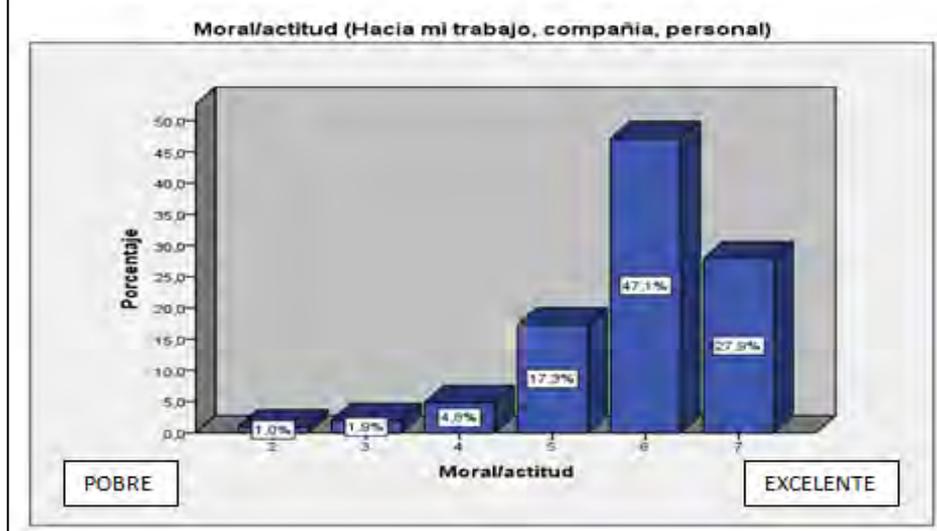


Actitud moral

En la gráfica 5.27 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 47.1% indicó que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en la variable moral/actitud hacia el trabajo, seguida por el 17.3% de la muestra que indicó un 5 en la variable moral/actitud, lo que los mantiene cercanos a una percepción moral/actitud excelente y el 27.9% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 4.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en la variable moral/actitud, un 1.9% un nivel 3 en la variable moral/actitud y sólo un 1% considera que se encuentra en una escala de 2, cercano a una actitud pobre hacia la empresa.

Figura 5.27.

Porcentaje de la muestra por actitud moral en el trabajo.



Disciplina

En la siguiente gráfica se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 42.3% indicó que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en disciplina en el trabajo, seguida por el 18.3% de la muestra indicó un 5 en disciplina en el trabajo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de disciplina excelente y el 30.8% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 4.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en disciplina en el trabajo, un 1.9% un nivel 3 en disciplina y sólo un 1.9% considera que su disciplina en el trabajo se acerca a pobre con un 2 en la escala likert.

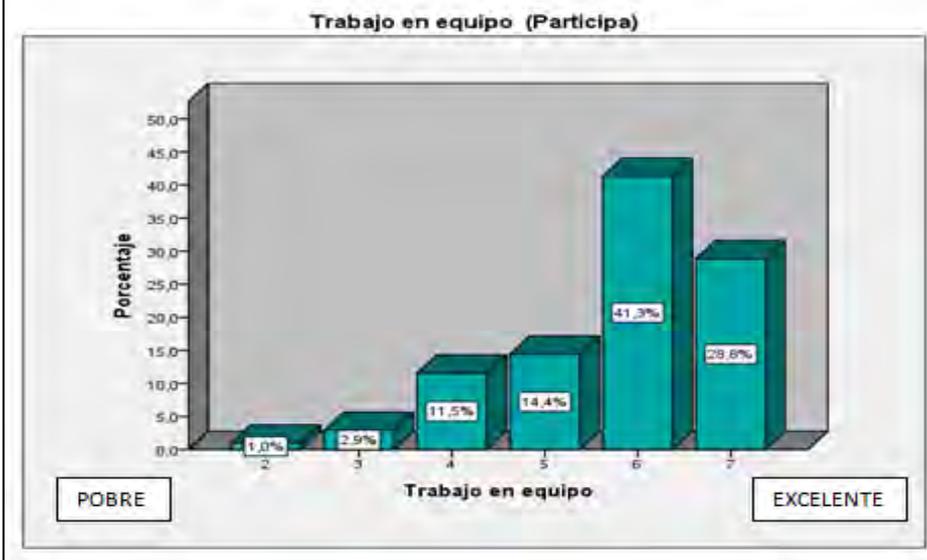


Trabajo en equipo

En la figura 5.29 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 41.3% indicó que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en trabajo en equipo, seguida por el 14.4% de la muestra que indicó un 5 en trabajo en equipo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de trabajo en equipo excelente y el 28.8% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 11.5% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en trabajo en equipo, un 2.9% un nivel 3 en trabajo en equipo y sólo un 1% considera que su trabajo en equipo es casi pobre con un 2 en la escala de likert.

Figura 5.29.

Porcentaje de la muestra por trabajo en equipo en el trabajo.

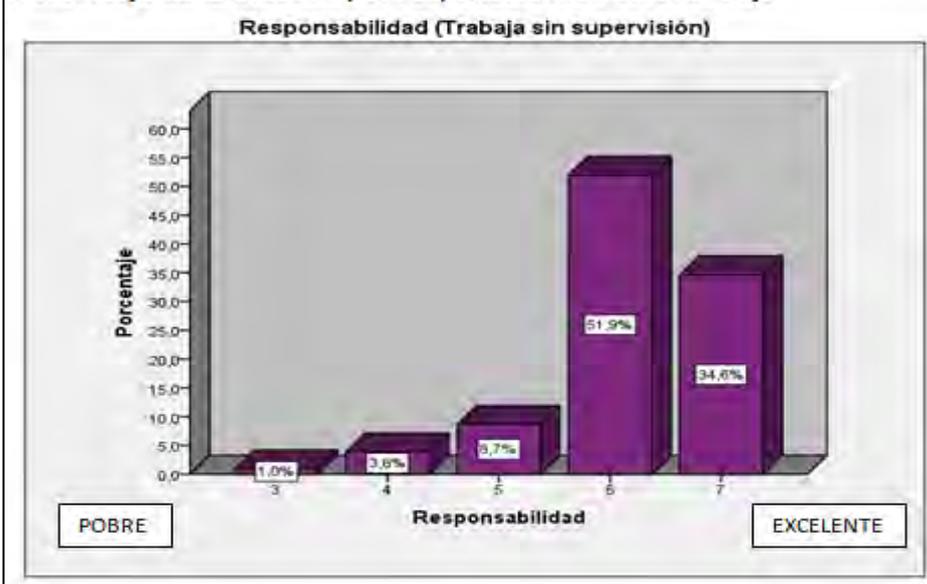


Responsabilidad

En la gráfica 5.30 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 51.9% indicó que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en responsabilidad/trabajar sin supervisión en el trabajo, seguida por el 8.7% de la muestra que indicó un 5 en responsabilidad en el trabajo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de responsabilidad excelente y el 34.6% se asignó un 7 que es excelente. Mientras que el 3.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en responsabilidad y sólo un 1% considera que su responsabilidad en el trabajo se acerca a pobre con un 3 en la escala de likert.

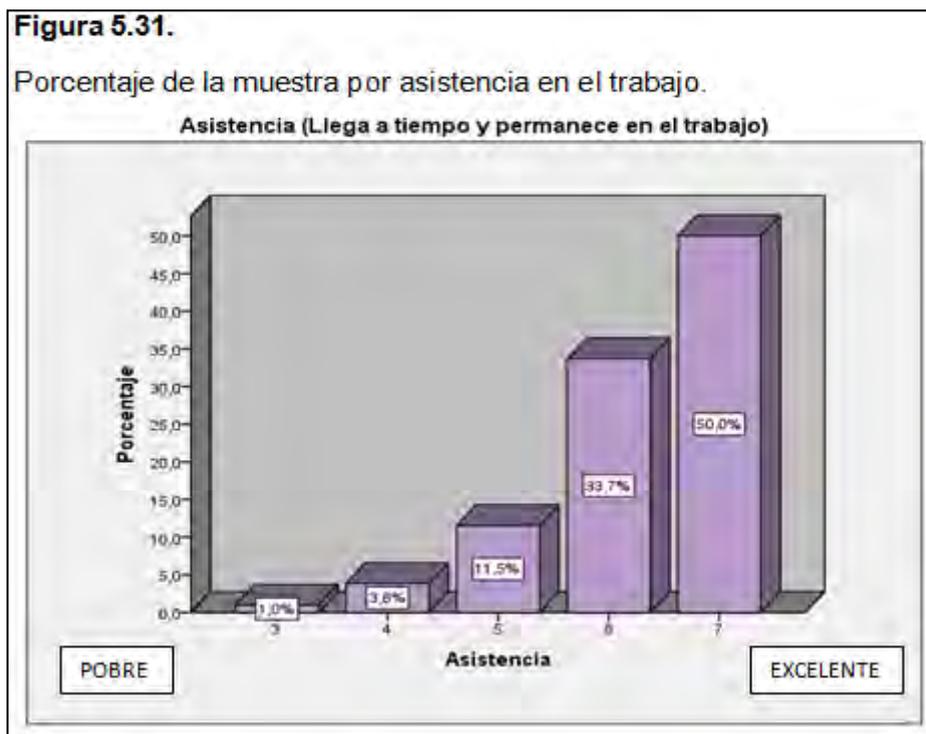
Figura 5.30.

Porcentaje de la muestra por responsabilidad en el trabajo.



Asistencia

En la siguiente gráfica se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 50.0% considera que tiene un 7 por lo que consideran que tienen una asistencia excelente, seguida del 33.7% de la muestra que considera tiene un 6 en asistencia y un 11.5% de la muestra indicó un 5 en asistencia, lo que los mantiene cercanos a una percepción de asistencia excelente. Mientras que el 3.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en asistencia en el trabajo y sólo un 1.0% considera que su asistencia en el trabajo se acerca a pobre con un 3 en escala likert.

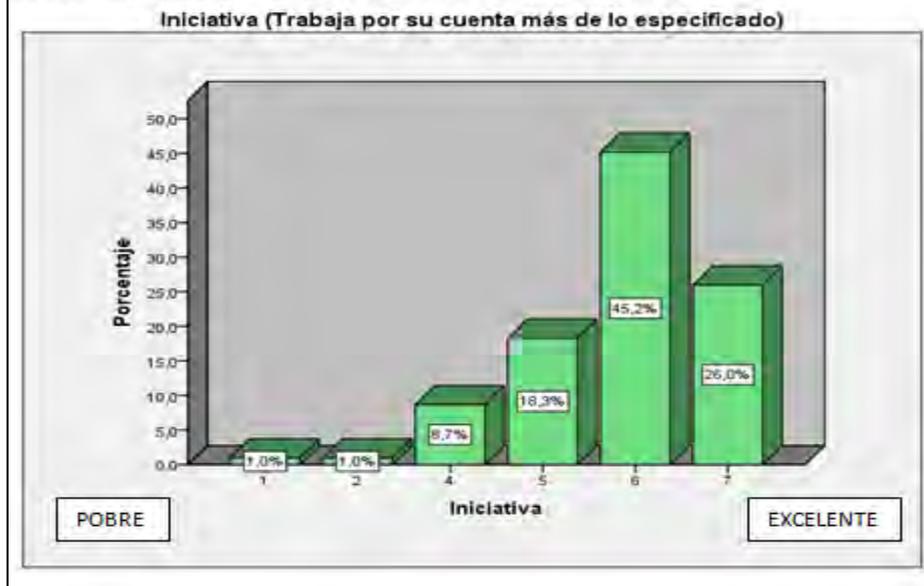


Iniciativa

En la Figura 5.32 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 45.2% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en iniciativa en el trabajo, seguida del 18.3% de la muestra que considera tiene un 5 en iniciativa, lo que los mantiene cercanos a una percepción de asistencia excelente y un 26.0% que consideran que su iniciativa es excelente. Mientras que el 8.7% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en iniciativa en el trabajo, un 2% en una escala de 2 que los acerca a una percepción de iniciativa pobre y un 1.0% considera que su iniciativa en el trabajo es pobre.

Figura 5.32.

Porcentaje de la muestra por iniciativa en el trabajo.

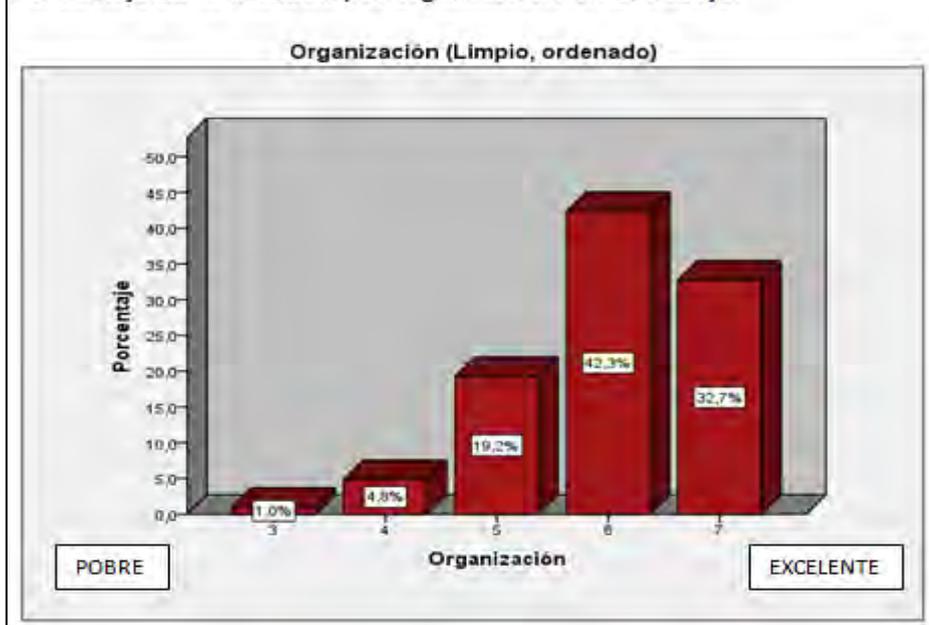


Organización

En la gráfica 5.33 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 42.3% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en organización en el trabajo, seguida del 19.2% de la muestra que considera tiene un 5 en organización, lo que los mantiene cercanos a una percepción de organización excelente y un 32.7% que consideran que su organización es excelente. Mientras que el 4.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en organización en el trabajo y sólo un 1.0% considera que su organización se acerca a pobre con un 3 en la escala likert.

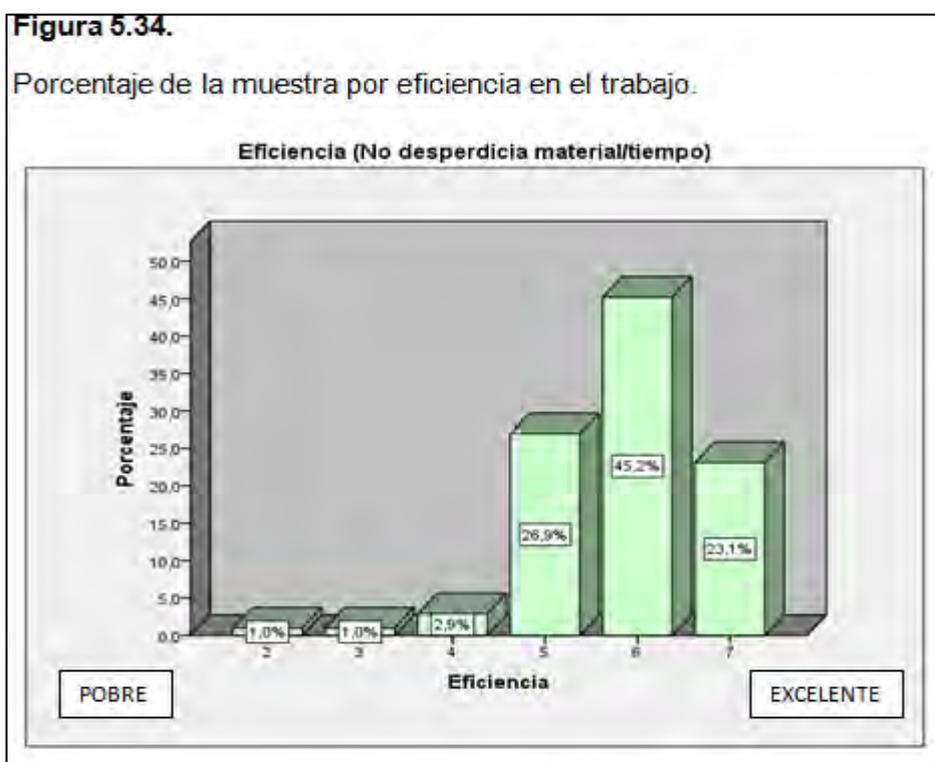
Figura 5.33.

Porcentaje de la muestra por organización en el trabajo.



Eficiencia

En la gráfica 5.34 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 45.2% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en eficiencia en el trabajo, seguida del 26.9% de la muestra que considera tiene un 5 en eficiencia, lo que los mantiene cercanos a una percepción de eficiencia excelente y un 23.1% que consideran que su eficiencia es excelente. Mientras que el 2.4% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en eficiencia en el trabajo, un 1% de la muestra se percibe en una escala de 3 lo que los acerca a una percepción de eficiencia pobre y un 1.0% considera que su eficiencia en el trabajo es pobre.

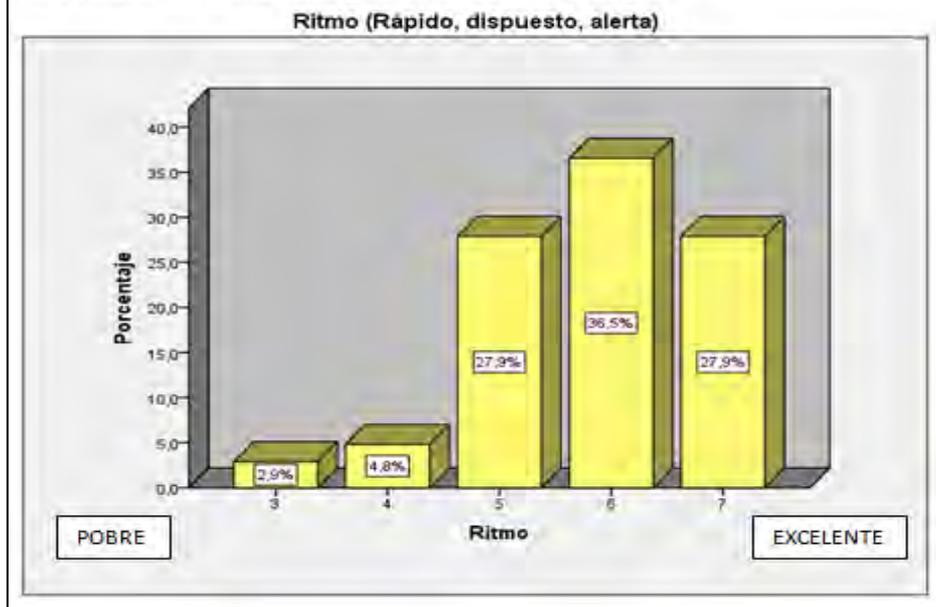


Ritmo

De acuerdo a la Figura 5.35 la mayoría de la muestra, representada por el 36.5% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en ritmo de trabajo, seguida del 27.9% de la muestra que considera tiene un 5 en ritmo de trabajo, lo que los mantiene cercanos a una percepción de ritmo de trabajo excelente y un 27.9% consideran que su ritmo de trabajo es excelente. Mientras que el 4.8% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en ritmo de trabajo y sólo un 2.9% considera que su ritmo de trabajo se acerca a pobre con un 3 en la escala likert.

Figura 5.35.

Porcentaje de la muestra por ritmo en el trabajo.

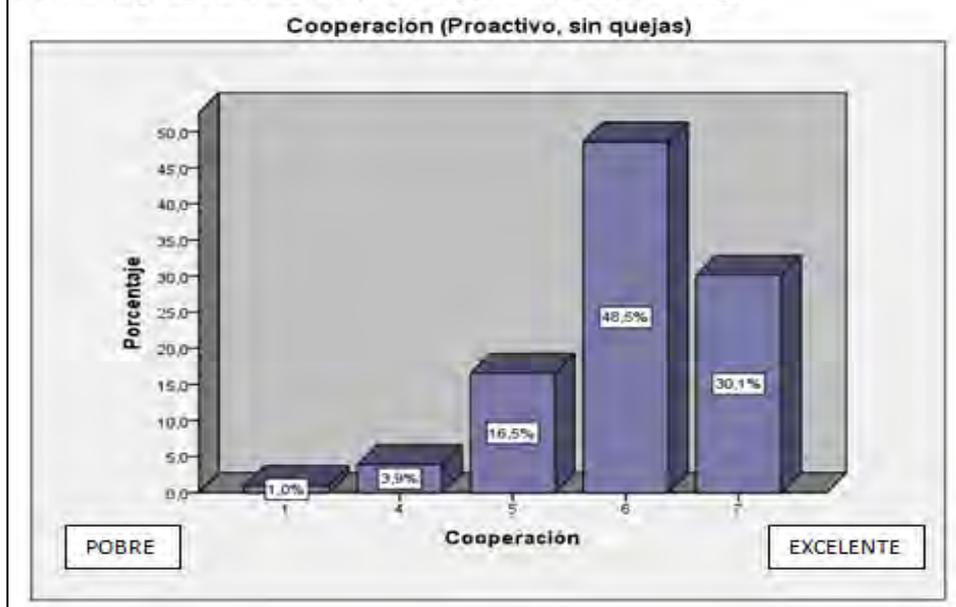


Cooperación

En la figura 5.36 se puede observar que la mayoría de la muestra, con un 48.5% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en cooperación en el trabajo, seguida del 16.5% de la muestra que considera tiene un 5 en cooperación, lo que los mantiene cercanos a una percepción de cooperación excelente y un 30.1% que consideran que su cooperación es excelente. Mientras que el 3.9% menciona que se percibe en una escala de 4 (intermedio) en cooperación en el trabajo y sólo un 1.0% considera que su cooperación en el trabajo es pobre.

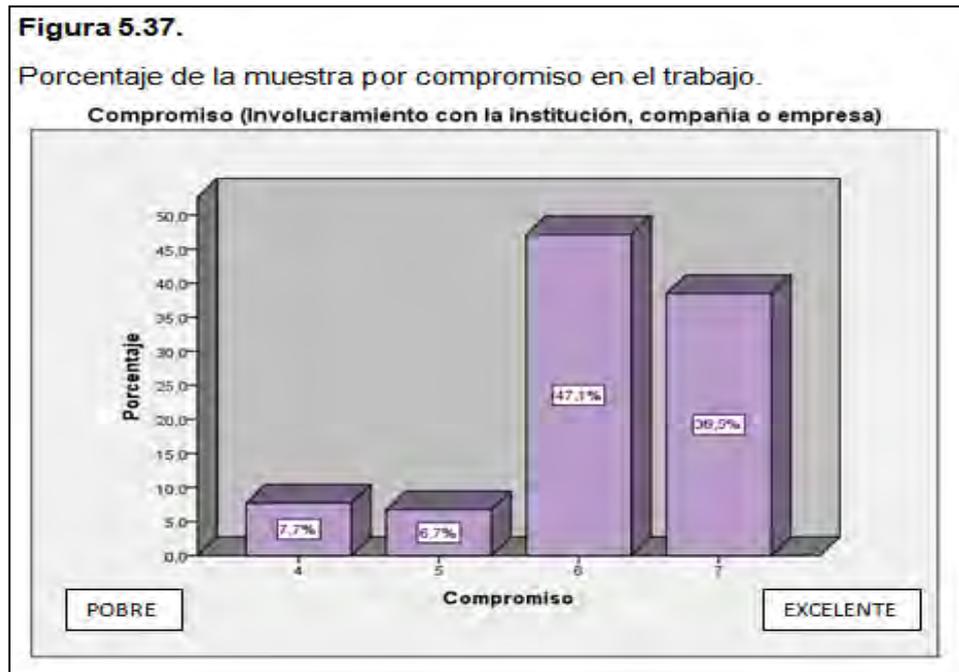
Figura 5.36.

Porcentaje de la muestra por cooperación en el trabajo.



Compromiso

En la Figura 5.37 se puede observar todos los individuos de la muestra se consideraron en un nivel intermedio y cercano a excelente, la mayoría con un 47.1% considera que tiene un 6 en una escala del 1 al 7 en compromiso en el trabajo, seguida del 38.5% de la muestra que considera tiene un compromiso excelente, el 6.7% considera tener un 5 en compromiso y un 7.7% se considera en un nivel de 4 (intermedio) en compromiso en el trabajo.



5.5 Estadísticos descriptivos de los trastornos psicosomáticos.

En la table 5.38 se presentan los estadísticos descriptivos de los trastornos psicosomáticos con una muestra de 104 trabajadores evaluados. Presentando las frecuencias y porcentajes de los individuos que presentan y no presentan las afecciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, musculares, dermatológicas, personales y psicológicas.

La afección con menor frecuencia corresponde a la número 6 Personales (frecuencia= 11 y porcentaje= 10.8%) y como afecciones con mayor frecuencia se encuentran la número 3 Gastrointestinales (frecuencia=53 y porcentaje=51.5%), la número 4 Musculares (frecuencia=50 y porcentaje=48.5%) y la número 7 psicológicos (frecuencia=45 y porcentaje=43.3%).

Tabla 5.38. Estadísticas descriptivas de los trastornos psicosomáticos.

Tipo de afección	Afecciones psicosomáticas			
	No presentan		Presentan	
	F	%	F	%
1.- Cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, taquicardia, dolor de cabeza, migrañas, colesterol, triglicéridos, etc.)	67	65,7	35	34.3
2.- Respiratorios (asma, hiperventilación, palpitaciones, dificultad para respirar, resfriados o gripes, etc.)	71	69.6	31	30.4
3.- Gastrointestinales (úlceras, colon irritable, colitis, gastritis, diarreas, etc.)	50	48.5	53	51.5
4.- Musculares (tics, temblores, contracturas, lumbalgias, entumecimiento, u hormigueo en extremidades, dolor de cuello, espalda, etc.)	53	51.5	50	48.5
5.- Dermatológicos (salpullido, eccema, urticaria, acné, psoriasis, dermatitis nerviosa, etc.)	80	77.7	23	22.3
6.- Personales (disminución del deseo, eyaculación precoz, impotencia, frigidez, coito doloroso, vaginismo, síndrome premenstrual, etc.)	91	89.2	11	10.8
7.- Psicológicos (olvidos, irritación, hipersensibilidad, ansiedad, agresión, apatía, sentimientos de desesperación, de frustración, etc.)	58	56.3	45	43.3

En la Figura 5.39 puede observarse que las afecciones que más se presentan en la muestra son en primera instancia las gastrointestinales con un 51.5%, seguida de las musculares con un 48.5%, y un 43.4% con afecciones psicológicas. Las afecciones que se presentan con frecuencia intermedia son las cardiovasculares con un 34.3% y las respiratorias con un 30.4%.

Mientras que, las afecciones que se presentan con baja frecuencia son las dermatológicas con un 22.3% y las personales con un 10.8%.



5.6 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas.

A continuación se presentarán las relaciones del estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas, describiendo los resultados significativos del análisis de correlación producto-momento de Pearson, los resultados del análisis T-student y los resultados significativos de Anova.

5.6.1 Relación entre los factores del SWS-survey y las variables sociodemográficas: resultados del análisis de correlación producto-momento de Pearson.

Mediante la estimación del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (Tabla 5.40) se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las siguientes variables:

- **Estrés personal y variables sociodemográficas:** El factor 1 estrés personal se asoció negativa y significativamente con la variable 1 antigüedad en el empleo actual ($r=-.267$; $p\leq.0$), con la variable 2 edad en años ($r=-.332$; $p\leq.0$), con la variable 3 dependientes económicos directos ($r=-.208$; $p\leq.05$), con la variable 4 hijos en edad escolar ($r=-.276$; $p\leq.0$), con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=-.76$; $p\leq.0$) y se observa una asociación positiva y significativamente entre factor 1 estrés personal y la variable nivel de estrés ($r=.5$; $p\leq.05$).
- **Estrés en el trabajo y variables sociodemográficas:** El factor 2 estrés en el trabajo se asoció negativa y significativamente con las variable 2 edad en años ($r=-.245$; $p\leq.05$) y con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=-.421$; $p\leq.01$). Mientras que se relacionó positiva y significativamente con las variables 5 horas de trabajo a la semana ($r=.223$; $p\leq.05$), 7 carga de trabajo ($r=.226$; $p\leq.05$) y con la variable 8 nivel de estrés ($r=.363$; $p\leq.0$).
- **Estrés social y variables sociodemográficas:** El factor 3 estrés social se asocio negativa y significativamente con la variable 2 edad en años ($r=-.221$; $p\leq.05$), con la variable 4 hijos en edad escolar ($r=-.241$; $p\leq.05$) y con el factor 6 satisfacción en el trabajo ($r=-.419$; $p\leq.0$). Mientras que se relaciono positiva y significativamente con el factor 8 nivel de estrés ($r=.215$; $p\leq.05$).

- **Salud mental deficitaria y variables sociodemográficas:** El factor 4 salud mental deficitaria se asoció negativa y significativamente con la variable 4 hijos en edad escolar ($r=-.236$; $p\leq .05$) y 6 satisfacción en el trabajo ($r=-.390$; $p\leq .0$). Mientras que el factor 4 salud mental deficitaria se asocio positiva y significativamente con la variable 5 horas de trabajo a la semana ($r=.220$; $p\leq .05$).
- **Apoyo personal y variables sociodemográficas:** El factor 5 Apoyo personal se asoció positiva y significativamente con la variable 1 antigüedad en el empleo actual ($r=.270$; $p\leq .0$), con la variable 2 edad en años ($r=.360$; $p\leq .0$), con la variable 3 dependientes económicos directos ($r=.250$; $p\leq .05$), con la variable 4 hijos en edad escolar ($r=.207$; $p\leq .05$) y con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=.393$; $p\leq .0$).
- **Apoyo en el trabajo y variables sociodemográficas:** El factor 6 Apoyo en el trabajo se asoció positiva y significativamente con la variable 1 antigüedad en el empleo actual ($r=.348$; $p\leq .0$), con la variable 2 edad en años ($r=.282$; $p\leq .0$), con la variable 3 dependientes económicos directos ($r=.237$; $p\leq .05$), la variable 4 hijos en edad escolar ($r=.245$; $p\leq .05$) y con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=.685$; $p\leq .0$). Mientras que se asocio de manera negativa y significativamente con la variable 5 horas de trabajo a la semana ($r=-.372$; $p\leq .01$).
- **Apoyo social y variables sociodemográficas:** El factor 7 apoyo social se asocia positiva y significativamente con la variable 1 antigüedad en el empleo ($r=.317$; $p\leq .0$), con la variable 2 edad en años ($r=.309$; $p\leq .0$), con la variable 3 dependientes económicos directos ($r=.227$; $p\leq .05$), con la variable 4 hijos en edad escolar ($r=.207$; $p\leq .05$) y con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=.434$; $p\leq .0$).
- **Salud mental funcional con variables sociodemográficas:** El factor 8 salud mental funcional se asoció positiva y significativamente con la variable 1 antigüedad en el empleo ($r=.208$; $p\leq .0$), con la variable 2 edad en años ($r=.201$; $p\leq .05$) y con la variable 6 satisfacción en el trabajo ($r=.383$; $p\leq .0$).

De acuerdo con los resultados antes mencionados se identifica que las principales variables sociodemográficas asociadas negativamente y significativamente al estrés personal, en el trabajo y social son antigüedad en el empleo actual, edad en años, dependientes económicos directos, hijos en edad escolar y satisfacción en el trabajo; por lo que a mayor estrés personal, estrés en el trabajo y estrés social menor antigüedad en el empleo, menor edad, menos dependientes económicos, menos hijos en edad escolar y menor satisfacción en el trabajo.

Aunado a ello, existen variables sociodemográficas asociadas positiva y significativamente al estrés social, estrés personal y estrés en el trabajo, estas son: horas de trabajo a la semana, carga de trabajo y nivel de estrés; por lo que a mayor horas de trabajo, mayor carga de trabajo y mayor nivel de estrés, mayor estrés personal, estrés social y estrés en el trabajo.

Con respecto a las principales variables sociodemográficas asociadas negativa y significativamente sólo se relacionó una con apoyo personal, esta es: horas de trabajo a la semana; por lo que a mayor apoyo personal menos horas de trabajo a la semana. Mientras que las variables sociodemográficas asociadas positiva y significativamente a los apoyos personal, apoyo social y apoyo en el trabajo son: antigüedad en el empleo actual, edad en años, dependientes económicos directos, hijos en edad escolar y satisfacción en el trabajo; por lo que a mayor apoyo personal, apoyo social y apoyo en el trabajo, mayor antigüedad en el empleo, mayor edad en años, mayor número de dependientes económicos directos, mayor número de hijos en edad escolar y mayor satisfacción en el trabajo.

A lo que a salud mental funcional se refiere, las variables sociodemográficas que se asociaron positiva y significativamente con ella son: antigüedad en el empleo ($r=.208$; $p\leq.0$), edad en años y satisfacción en el trabajo; por lo que a mayor antigüedad en el empleo, mayor edad y mayor satisfacción en el trabajo, mayor salud mental funcional.

Mientras que las variables sociodemográficas que se asociaron positiva y significativamente con el factor 4 salud mental deficitaria fue solo una: horas de

trabajo a la semana; por lo que a mayor número de horas de trabajo a la semana mayor salud mental deficitaria.

Aunado a ello, las variables sociodemográficas que se asociaron negativa y significativamente al mismo factor (4 salud mental deficitaria) son: hijos en edad escolar y satisfacción en el trabajo; por lo que a mayor salud mental deficitaria menor número de hijos en edad escolar y menor satisfacción en el trabajo.

Tabla 5.40. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con variables sociodemográficas.

Datos sociodemográficos.	Factores del SWS-Survey.							
	1.- Estrés personal	2.- Estrés en el trabajo	3.- Estrés social	4.- Salud mental deficitaria	5.- Apoyo personal	6.- Apoyo en el trabajo	7.- Apoyo social	8.- Salud mental funcional
1.-Antigüedad en el empleo actual (años)	-.267**	-0.124	-0.156	-0.163	.270**	.348**	.317**	.208*
2.-Edad en años	-.332**	-.245*	-.221*	-0.138	.360**	.282**	.309**	.201*
3.-Dependientes económicos directos (hijos, hermanos, padres) número	-.208*	-0.119	-0.156	-0.123	.250*	.237*	.227*	0.137
4.-Hijos en edad escolar (número)	-.276**	-0.155	-.241*	-.236*	.207*	.245*	.207*	0.071
5.-Horas de trabajo a la semana	0.136	.223*	0.109	.220*	-0.102	-.372**	-0.147	-0.103
6.-En general, ¿qué tan satisfecho está con su trabajo?	-.376**	-.421**	-.419**	-.390**	.393**	.685**	.434**	.383**
7.-Considero que mi carga de trabajo es:	0.048	.226*	0.097	0.066	0.004	-0.184	-0.112	-0.106
8.-En los últimos 2 años mi nivel de estrés se ha:	.195*	.363**	.215*	0.104	-0.043	-0.138	-0.087	0.006

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

5.6.2 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental y las variables sociodemográficas: resultados del análisis t-student.

Relación de estrés, apoyo y salud mental con sexo.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.41 se identificarán relaciones estadísticamente significativas entre los factores de F5 Apoyo personal ($t=-3.138$,

gl=77.692, p=0.002) con la variable sexo. Estos resultados indican que cuando el trabajador es de sexo masculino presenta mayor apoyo personal.

Tabla 5.41. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con sexo.

Factores del SWS-Survey.	Sexo	N	Media	D.E	T	GI	P
1.- Estrés personal	Masculino	33	2.29	.53	-1.603	102	0.112
	Femenino	71	2.48	.56			
2.-Estrés trabajo	Masculino	33	2.43	.68	-0.081	102	0.936
	Femenino	71	2.44	.61			
3.-Estrés social	Masculino	33	2.32	.55	0.382	102	0.703
	Femenino	71	2.28	.56			
4.-Salud mental deficitaria	Masculino	33	1.86	.59	-0.457	102	0.649
	Femenino	71	1.91	.53			
5.-Apoyo personal	Masculino	33	4.33	.39	3.138	77.692	0.002
	Femenino	71	4.04	.50			
6.-Apoyo en el trabajo	Masculino	33	4.00	.64	-0.403	102	0.688
	Femenino	71	4.04	.51			
7.-Apoyo social	Masculino	33	4.23	.46	1.016	102	0.312
	Femenino	71	4.13	.45			
8.-Salud mental funcional	Masculino	33	4.22	.45	1.586	102	0.116
	Femenino	71	4.08	.40			

Nota. * p≤.05; **p≤.0 .

Relación de estrés, apoyo y salud mental con estado civil.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.42, no se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores de estrés, apoyo y salud mental con la variable estado civil.

Tabla 5.42. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con estado civil

Factores del SWS-Survey	Vive en pareja	N	Media	D.E	T	GI	P
1.- Estrés personal	Vive en pareja	43	2.34	.61	-1.284	102	0.202
	Sin pareja	61	2.48	.51			
2.- Estrés trabajo	Vive en pareja	43	2.40	.65	-0.514	102	0.609
	Sin pareja	61	2.47	.63			
3.- Estrés social	Vive en pareja	43	2.27	.57	-0.361	102	0.719
	Sin pareja	61	2.31	.55			

Factores del SWS-Survey	Vive en pareja	N	Media	D.E	T	GI	P
4.- Salud mental deficitaria	Vive en pareja	43	1.89	.62	-0.193	102	0.848
	Sin pareja	61	1.91	.50			
5.- Apoyo personal	Vive en pareja	43	4.23	.52	1.555	102	0.123
	Sin pareja	61	4.08	.46			
6.- Apoyo en el trabajo	Vive en pareja	43	4.09	.61	0.818	102	0.415
	Sin pareja	61	3.99	.52			
7.- Apoyo social	Vive en pareja	43	4.24	.48	1.339	102	0.183
	Sin pareja	61	4.12	.43			
8.- Salud mental funcional	Vive en pareja	43	4.15	.46	0.407	102	0.685
	Sin pareja	61	4.11	.40			

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .0$.

Relación de estrés, apoyo y salud mental con actividad adicional para complementar ingresos.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.43 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores de F2 Estrés en el trabajo ($t=-2.349$, $gl=102$, $p=0.021$), F5 Apoyo personal ($t=5.378$, $gl=51.492$, $p=0.000$), F6 Apoyo en el trabajo ($t=2.502$, $gl=102$, $p=0.014$), F7 Apoyo social ($t=3.175$, $gl=38.729$, $p=0.003$) y F8 Salud mental funcional ($t=3.647$, $gl=102$, $p=0.000$) con la variable de Actividad adicional desarrollada por el trabajador para aumentar sus ingresos. Estos resultados indican que cuando el trabajador realiza una actividad adicional para incrementar sus ingresos, presenta menor estrés en el trabajo, mayor apoyo personal, en el trabajo y social, y mayor salud mental funcional.

Tabla 5.43. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con actividad adicional.

Factores del SWS-Survey	Actividad adicional	N	Media	D.E	T	gl	P
1.- Estrés personal	Sí	22	2.24	.62	-1.803	102	0.074
	No	82	2.47	.53			
2.-Estrés en el trabajo	Sí	22	2.16	.63	-2.349	102	0.074
	No	82	2.51	.62			
3.- Estrés social	Sí	22	2.16	.63	-1,282	102	0.203
	No	82	2.33	.53			

Factores del SWS-Survey	Actividad adicional	N	Media	D.E	T	gl	P
4.- Salud mental deficitaria	Sí	22	1.73	.47	-1,654	102	0,101
	No	82	1.95	.57			
5.- Apoyo personal	Sí	22	4.50	.31	5.378	51.492	0.000
	No	82	4.04	.49			
6.- Apoyo en el trabajo	Sí	22	4.49	.46	2.502	102	0.014
	No	82	3.96	.56			
7.- Apoyo social	Sí	22	4.41	.38	3.175	38.729	0.003
	No	82	4.10	.45			
8.- Salud mental funcional	Sí	22	4.40	.31	3.647	102	0.000
	No	82	4.05	.42			

5.6.3 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental y las variables sociodemográficas: resultados de anova.

Relación de estrés, apoyo y salud mental con nivel de estudios.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.44 se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores apoyo en el trabajo ($F=2.563$; $p=.043$) y estrés personal ($F=2.787$, $p=.031$) con respecto al nivel de estudios.

- En el caso del factor 1 Estrés personal se identifica mayor estrés en trabajadores con licenciatura (media=2.60) y menor estrés en trabajadores con carrera técnica (media=2.19).
- En el caso del factor 6 Apoyo en el trabajo se identifica mayor apoyo en trabajadores con carrera técnica (media=4.27) y menor apoyo en trabajadores con estudios en licenciatura (media=3.85).

Tabla 5.44. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con nivel de estudios.

Relación entre los factores del SWS-Survey con el nivel de estudios.	N	Media	F	P
1.- Estrés personal			2.787	.031
Bachillerato	10	2,58		
Carrera técnica	23	2,19		
Licenciatura	42	2,60		
Especialización	23	2,32		
Maestría	6	2,27		
Total	104	2,42		

Relación entre los factores del SWS-Survey con el nivel de estudios.	N	Media	F	P
2.-Estrés trabajo			1.092	.365
Bachillerato	10	2,58		
Carrera técnica	23	2,33		
Licenciatura	42	2,56		
Especialización	23	2,33		
Maestría	6	2,19		
Total	104	2,44		
3.-Estrés social			1.952	.108
Bachillerato	10	2,29		
Carrera técnica	23	2,08		
Licenciatura	42	2,46		
Especialización	23	2,20		
Maestría	6	2,36		
Total	104	2,30		
4.-Salud mental deficitaria			1.720	.152
Bachillerato	10	2,06		
Carrera técnica	23	1,65		
Licenciatura	42	1,98		
Especialización	23	1,90		
Maestría	6	2,04		
Total	104	1,90		
5.-Apoyo personal			1.966	.106
Bachillerato	10	3,97		
Carrera técnica	23	4,22		
Licenciatura	42	4,03		
Especialización	23	4,28		
Maestría	6	4,41		
Total	104	4,14		
6.-Apoyo en el trabajo			2.563	.043
Bachillerato	10	4,06		
Carrera técnica	23	4,27		
Licenciatura	42	3,85		
Especialización	23	4,05		
Maestría	6	4,26		
Total	104	4,03		
7.-Apoyo social			1.597	.181
Bachillerato	10	3,97		
Carrera técnica	23	4,27		
Licenciatura	42	4,09		
Especialización	23	4,25		
Maestría	6	4,37		
Total	104	4,17		

Relación entre los factores del SWS-Survey con el nivel de estudios.	N	Media	F	P
8.-Salud mental funcional			1.694	.157
Bachillerato	10	3,99		
Carrera técnica	23	4,21		
Licenciatura	42	4,04		
Especialización	23	4,18		
Maestría	6	4,41		
Total	104	4,13		

Relación de estrés, apoyo y salud mental con profesión.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.45 únicamente se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el factor apoyo en el trabajo ($F=3.735$; $p=.027$) con respecto a la profesión del trabajador.

- En el factor 6 Apoyo en el trabajo se identifica mayor apoyo en trabajadores con profesión de Inhaloterapista (media=4.19) y menor apoyo en trabajadores con profesión de médico (media=3.87).

Tabla 5.45. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con profesión.

Relación entre los factores del SWS-Survey y la profesión.	N	Media	F	P
1.- Estrés personal			1.649	.197
Médico	46	2,42		
Enfermero/a	48	2,49		
Inhaloterapista	10	2,14		
Total	104	2,42		
2.- Estrés trabajo			2,045	,135
Médico	46	2,49		
Enfermero/a	48	2,47		
Inhaloterapista	10	2,06		
Total	104	2,44		
3.-Estrés social			1,042	,356
Médico	46	2,33		
Enfermero/a	48	2,31		
Inhaloterapista	10	2,06		
Total	104	2,30		
4.- Salud mental deficitaria			1,551	,217
Médico	46	1,97		
Enfermero/a	48	1,89		
Inhaloterapista	10	1,63		
Total	104	1,90		

Relación entre los factores del SWS-Survey y la profesión.	N	Media	F	P
5.-Apoyo personal			,389	,679
Médico	46	4,19		
Enfermero/a	48	4,10		
Inhaloterapista	10	4,14		
Total	104	4,14		
6.-Apoyo en el trabajo			3,735	,027
Médico	46	3,87		
Enfermero/a	48	4,15		
Inhaloterapista	10	4,19		
Total	104	4,03		
7.- Apoyo social			,280	,757
Médico	46	4,19		
Enfermero/a	48	4,13		
Inhaloterapista	10	4,23		
Total	104	4,17		
8.- Salud mental funcional			,341	,712
Médico	46	4,12		
Enfermero/a	48	4,11		
Inhaloterapista	10	4,23		
Total	104	4,13		

Relación de estrés, apoyo y salud mental con puesto.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.46 no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores apoyo, estrés y salud mental con respecto al puesto de los trabajadores.

Tabla 5.46. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con puesto.

Relación entre los factores del SWS-Survey y el puesto.	N	Media	F	P
1.- Estrés personal			0.017	0.895
Médico adscrito	12	2,16		
Médico residente	28	2,44		
Enfermero/a general	32	2,35		
Pasante de enfermería	16	2,77		
Pasante de medicina	6	2,87		
Inhaloterapista	10	2,14		
Total	104	2,42		

Relación entre los factores del SWS-Survey y el puesto.	N	Media	F	P
2.-Estrés trabajo			0.31	0.861
Médico adscrito	12	2,25		
Médico residente	28	2,47		
Enfermero/a general	32	2,42		
Pasante de enfermería	16	2,55		
Pasante de medicina	6	3,08		
Inhaloterapista	10	2,06		
Total	104	2,44		
3.-Estrés social			0.220	0.640
Médico adscrito	12	2,18		
Médico residente	28	2,31		
Enfermero/a general	32	2,21		
Pasante de enfermería	16	2,53		
Pasante de medicina	6	2,75		
Inhaloterapista	10	2,06		
Total	104	2,30		
4.-Salud mental deficitaria			0.118	0.731
Médico adscrito	12	1,88		
Médico residente	28	1,97		
Enfermero/a general	32	1,81		
Pasante de enfermería	16	2,07		
Pasante de medicina	6	2,15		
Inhaloterapista	10	1,63		
Total	104	1,90		
5.-Apoyo personal			1.847	0.177
Médico adscrito	12	4,55		
Médico residente	28	4,11		
Enfermero/a general	32	4,20		
Pasante de enfermería	16	3,89		
Pasante de medicina	6	3,81		
Inhaloterapista	10	4,14		
Total	104	4,14		
6.-Apoyo en el trabajo			2.817	0.096
Médico adscrito	12	4,36		
Médico residente	28	3,79		
Enfermero/a general	32	4,23		
Pasante de enfermería	16	4,00		
Pasante de medicina	6	3,26		
Inhaloterapista	10	4,19		
Total	104	4,03		

Relación entre los factores del SWS-Survey y el puesto.	N	Media	F	P
7.-Apoyo social			0.002	0.966
Médico adscrito	12	4,51		
Médico residente	28	4,11		
Enfermero/a general	32	4,23		
Pasante de enfermería	16	3,95		
Pasante de medicina	6	3,92		
Inhaloterapista	10	4,23		
Total	104	4,17		
8.-Salud mental funcional			0.840	0.361
Médico adscrito	12	4,40		
Médico residente	28	4,03		
Enfermero/a general	32	4,15		
Pasante de enfermería	16	4,03		
Pasante de medicina	6	3,98		
Inhaloterapista	10	4,23		
Total	104	4,13		

Relación de estrés, apoyo y salud mental con turno de trabajo.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.47 se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores apoyo personal ($F=3.561$; $p=.017$) y apoyo en el trabajo ($F=7.561$; $p=.000$) con respecto al turno de trabajo.

- En el caso del factor 5 Apoyo personal se identifica mayor apoyo en trabajadores del turno matutino (media=4.21) y menor apoyo en trabajadores del turno nocturno (media=3.54).
- En el caso del factor 6 Apoyo en el trabajo se identifica mayor apoyo en trabajadores del turno vespertino (media=4.21) y menor apoyo en trabajadores del turno nocturno (media=3.30).

Tabla 5.47. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con turno de trabajo.

Relación de los factores del SWS-Survey con turno de trabajo.	N	Media	F	P
1.-Estrés personal			2.060	.110
Matutino	48	2.43		
Vespertino	18	2.25		
Mixto	32	2.42		
Nocturno.	6	2.89		
Total	104	2.42		

Relación de los factores del SWS-Survey con turno de trabajo.	N	Media	F	P
2.- Estrés trabajo			1.419	.242
Matutino	48	2,36		
Vespertino	18	2,35		
Mixto	32	2,55		
Nocturno.	6	2,81		
Total	104	2,44		
3.- Estrés social			1.967	.124
Matutino	48	2,28		
Vespertino	18	2,13		
Mixto	32	2,34		
Nocturno.	6	2,74		
Total	104	2,30		
4.- Salud mental deficitaria			1.599	.194
Matutino	48	1,85		
Vespertino	18	1,74		
Mixto	32	2,01		
Nocturno.	6	2,19		
Total	104	1,90		
5.- Apoyo personal			3.561	.017
Matutino	48	4,21		
Vespertino	18	4,17		
Mixto	32	4,13		
Nocturno.	6	3,54		
Total	104	4,14		
6.- Apoyo en el trabajo			7.561	.000
Matutino	48	4,18		
Vespertino	18	4,21		
Mixto	32	3,85		
Nocturno.	6	3,30		
Total	104	4,03		
7.- Apoyo social			1.982	.121
Matutino	48	4,21		
Vespertino	18	4,23		
Mixto	32	4,15		
Nocturno.	6	3,76		
Total	104	4,17		
8.- Salud mental funcional			2.045	.112
Matutino	48	4,16		
Vespertino	18	4,23		
Mixto	32	4,09		
Nocturno.	6	3,76		
Total	104	4,13		

Relación de estrés, apoyo y salud mental con tipo de ingreso.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.48 se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores estrés personal ($F=2.563$; $p=.043$) y apoyo personal ($F=2.787$, $p=.031$) con respecto al tipo de ingreso.

- En el caso del factor 1 Estrés personal se identifica mayor estrés en trabajadores con beca (media=2.81) y menor estrés en trabajadores con sueldo (media=2.36).
- En el caso del factor 5 Apoyo personal se identifica mayor apoyo en trabajadores con sueldo (media=4.20) y menor apoyo en trabajadores que refieren otro tipo de ingreso diferente al sueldo y a la beca (media=3.77).

Tabla 5.48. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con ingreso.

Relación de los factores del SWS-Survey con tipo de ingreso.	N	Media	F	P
1.-Estrés personal			4.389	0.015
Sueldo	87	2,36		
Beca	12	2,81		
Otro	5	2,71		
Total	104	2,42		
2.-Estrés trabajo			0.454	0.636
Sueldo	87	2,41		
Beca	12	2,59		
Otro	5	2,53		
Total	104	2,44		
3.-Estrés social			1.889	0.157
Sueldo	87	2,25		
Beca	12	2,57		
Otro	5	2,41		
Total	104	2,30		
4.-Salud mental deficitaria			1.149	0.321
Sueldo	87	1,87		
Beca	12	2,11		
Otro	5	2,03		
Total	104	1,90		
5.-Apoyo personal			3.653	0.029
Sueldo	87	4,20		
Beca	12	3,89		
Otro	5	3,77		
Total	104	4,14		

Relación de los factores del SWS-Survey con tipo de ingreso.	N	Media	F	P
6.-Apoyo en el trabajo			0.299	0.742
Sueldo	87	4,05		
Beca	12	4,01		
Otro	5	3,85		
Total	104	4,03		
7.-Apoyo social			1.879	0.158
Sueldo	87	4,21		
Beca	12	3,96		
Otro	5	4,03		
Total	104	4,17		
8.-Salud mental funcional			1.010	0.368
Sueldo	87	4,15		
Beca	12	3,97		
Otro	5	4,06		
Total	104	4,13		

5.7 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental: resultados del análisis de correlación producto-momento de Pearson.

De acuerdo con la Tabla 5.49 se identificaron diferencias estadísticamente significativas y positivas entre los factores de F1 Estrés personal, F2 Estrés en el trabajo, F3 Estrés social y F4 Salud mental deficitaria. Estos resultados indican que a mayor estrés personal existe mayor estrés en el trabajo y mayor estrés social; también se identifica que a mayor salud deficitaria existe un mayor estrés personal, en el trabajo y social.

Por el contrario, se identifican correlaciones estadísticamente significativas y negativas entre los factores de estrés (personal, en el trabajo y social) y el apoyo personal, el apoyo en el trabajo y el apoyo social. Dichos resultados indican que cuando existe menor apoyo personal, en el trabajo y social se presenta mayor estrés personal, en el trabajo y social.

También se identificó que la salud mental funcional está correlacionada positiva y significativamente con el apoyo personal, en el trabajo y social ($r=.691$, $p=.01$). Contrariamente la salud mental funcional se correlaciona significativa y negativamente

con el estrés personal, en el trabajo y social, además con la salud mental deficitaria ($r=-.507$, $p=.01$).

Aunado a ello, se identificó que a menor apoyo personal ($r=-.601$; $p=.01$), en el trabajo ($r=-.552$; $p=.01$) y social ($r=-.520$; $p=.01$) hay una mayor salud deficitaria.

Tabla 5.49. Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental.

Relación entre los factores del SWS-Survey.	F6							
	F1 Estrés personal	F2 Estrés en el trabajo	F3 Estrés social	F4 Salud mental deficitaria	F5 Apoyo personal	F6 Apoyo en el trabajo	F7 Apoyo social	F8 Salud mental funcional
1.-Estrés personal	1							
2.-Estrés en el trabajo	.682**	1						
3.-Estrés social	.809**	.745**	1					
4.-Salud mental deficitaria	.765**	.607**	.700**	1				
5.-Apoyo personal	-.622**	-.541**	-.528**	-.601**	1			
6.-Apoyo en el trabajo	-.469**	-.596**	-.512**	-.552**	.682**	1		
7.-Apoyo social	-.484**	-.474**	-.500**	-.520**	.729**	.697**	1	
8.-Salud mental funcional	-.411**	-.341**	-.365**	-.507**	.707**	.676**	.691**	1

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

5.8 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con la percepción del desempeño en el trabajo: resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento Pearson.

Mediante la estimación del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las siguientes variables (Tabla 5.50):

- **Estrés personal y Desempeño.** El factor 1 Estrés personal se asoció negativa y significativamente con el factor 2 Calidad ($r=-.229$; $p \leq .05$), con el factor 3 Moral/actitud ($r=-.312$; $p \leq .01$), con el factor 4 Disciplina ($r=-.254$; $p \leq .01$), con el factor 5 Trabajo en equipo ($r=-.25$; $p \leq .01$), con el factor 9 Organización ($r=-.2$; $p \leq .01$), con el factor 10 Eficiencia ($r=-.381$; $p \leq .01$), con el factor 11 Ritmo ($r=-.381$; $p \leq .01$), con el factor 12 Cooperación ($r=-.341$; $p \leq .01$) y con el factor 14 Escala de evaluación del desempeño general ($r=-.366$; $p \leq .01$).
- **Estrés en el trabajo y Desempeño.** El factor 2 Estrés en el trabajo se asoció negativa y significativamente con el factor 3 Moral/actitud ($r=-.319$;

$p \leq .0$), con el factor 4 Disciplina ($r = -.319$; $p \leq .0$), con el factor 6 Responsabilidad ($r = -.201$; $p \leq .05$), con el factor 9 Organización ($r = -.231$; $p \leq .05$), con el factor 10 Eficiencia ($r = -.266$; $p \leq .0$), con el factor 11 Ritmo ($r = -.207$; $p \leq .05$), con el factor 12 Cooperación ($r = -.274$; $p \leq .0$) y con el factor 14 que corresponde a la escala de evaluación del desempeño general ($r = -.276$; $p \leq .0$).

- **Estrés social y Desempeño.** El factor 3 Estrés social se asoció negativamente y significativamente con el factor 3 Moral/actitud ($r = -.131$; $p \leq .0$), con el factor 4 Disciplina ($r = -.268$; $p \leq .0$), con el factor 5 Trabajo en equipo ($r = -.270$; $p \leq .01$), con el factor 6 Responsabilidad ($r = -.203$; $p \leq .05$), con el factor 9 Organización ($r = -.245$; $p \leq .05$), con el factor 10 Eficiencia ($r = -.299$; $p \leq .0$), con el factor 11 Ritmo ($r = -.312$; $p \leq .0$), con el factor 12 Cooperación ($r = -.275$; $p \leq .01$) y con el factor 14 que corresponde a la escala de evaluación de desempeño general ($r = -.326$; $p \leq .0$).

- **Salud mental deficitaria y Desempeño.** El factor 4 Salud mental deficitaria se asoció negativamente y significativamente con el factor 3 Moral/actitud ($r = -.428$; $p \leq .0$), con el factor 4 Disciplina ($r = -.449$; $p \leq .0$), con el factor 5 Trabajo en equipo ($r = -.326$; $p \leq .0$), con el factor 6 Responsabilidad ($r = -.309$; $p \leq .0$), con el factor 7 Asistencia ($r = -.213$; $p \leq .05$), con el factor 8 Iniciativa ($r = -.214$; $p \leq .05$), con el factor 9 Organización ($r = -.340$; $p \leq .01$), con el factor 10 Eficiencia ($r = -.334$; $p \leq .01$), con el factor 11 Ritmo ($r = -.323$; $p \leq .0$), con el factor 12 Cooperación ($r = .454$; $p \leq .01$), con el factor 13 Compromiso ($r = -.212$; $p \leq .05$) y con el factor 14 que corresponde a la escala de evaluación de desempeño general ($r = -.429$; $p \leq .0$).

- **Apoyo personal y Desempeño.** El factor 5 Apoyo personal se asoció positivamente y significativamente con el factor 1 Cantidad ($r = .212$; $p \leq .05$), con el factor 2 Calidad ($r = .422$; $p \leq .0$), con el factor 3 Moral/actitud ($r = .398$; $p \leq .0$), con el factor 4 Disciplina ($r = .399$; $p \leq .01$), con el factor 5 Trabajo en equipo ($r = .376$; $p \leq .0$), con el factor 6 Responsabilidad ($r = .341$; $p \leq .0$), con el factor 8 Iniciativa ($r = .217$; $p \leq .05$), con el factor 9 Organización ($r = .344$; $p \leq .0$), con el factor 10 Eficiencia ($r = .416$; $p \leq .0$), con el factor 11 Ritmo ($r = .431$; $p \leq .0$), con

el factor 12 Cooperación ($r=.421$; $p\leq.0$), con el factor 13 Compromiso ($r=.293$; $p\leq.0$) y con el factor 14 ($r=.525$; $p\leq.0$).

De acuerdo con los resultados antes mencionados se identifica que los principales factores del desempeño laboral asociados negativamente y significativamente al estrés personal, en el trabajo y social son moral/actitud, disciplina, organización, eficiencia, ritmo, cooperación, compromiso y la escala de evaluación del desempeño en general; por lo que a mayor estrés personal, estrés en el trabajo y estrés social menores puntajes en los factores del desempeño mencionados anteriormente.

Aunado a ello, existen factores del desempeño asociados negativa y significativamente a sólo a un tipo de estrés o a dos, por una parte está el factor 2 (calidad) asociado al estrés personal, el factor 5 (trabajo en equipo) asociado al estrés personal y social y, el factor 6 (responsabilidad) asociado al estrés en el trabajo y al estrés social.

Con respecto a los principales factores del desempeño asociados positivamente y significativamente con los apoyos personal, social y en el trabajo son, calidad, moral/actitud, disciplina, trabajo en equipo, responsabilidad, organización, eficiencia, ritmo, cooperación, compromiso y la escala de evaluación de desempeño en general. Mientras que algunos factores del desempeño sólo se relacionan con uno o dos tipos de apoyo, por un lado está el factor 1 (cantidad) asociado positiva y significativamente con el apoyo personal y por otro lado se encuentra el factor 8 (iniciativa) asociado positiva y significativamente con el apoyo personal y social.

En relación al factor 8 (salud mental funcional), este se encuentra asociado positiva y significativamente a los factores del desempeño 3 moral/actitud, 4 disciplina, 5 trabajo en equipo, 6 responsabilidad, 9 organización, 10 eficiencia, 11 ritmo, 12 cooperación, 13 compromiso y 14 que corresponde a la escala general de evaluación de desempeño. Por lo que una asociación negativa con los factores del desempeño 3 moral/actitud, 4 disciplina, 5 trabajo en equipo, 6 responsabilidad, 9 organización, 10 eficiencia, 11 ritmo, 12 cooperación, 13 compromiso y 14 que corresponde a la escala

general de evaluación de desempeño da como resultado un aumento en el factor 4 salud mental deficitaria.

De igual manera, a mayor salud mental deficitaria, menor asistencia (factor 7 de desempeño) y menor iniciativa (factor 8 de desempeño). Mientras que a mayor apoyo social (factor 7 del SWS-Survey), mayor iniciativa (factor 8 de desempeño).

Tabla 5.50. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con el desempeño.

Desempeño laboral	Factores del SWS-Survey							
	1.- Estrés personal	2.- Estrés en el trabajo	3.- Estrés social	4.-Salud mental deficitaria	5.- Apoyo personal	6.- Apoyo en el trabajo	7.- Apoyo social	8.-Salud mental funcional
1.-Cantidad	-0,107	-0,031	-0,098	0,019	,212*	0,009	0,134	0,034
2.-Calidad	-,229*	-0,144	-0,131	-0,158	,422**	,287**	,334**	,225*
3.-Moral/ actitud	-,312**	-,386**	-,350**	-,428**	,398**	,504**	,384**	,307**
4.-Disciplina	-,254**	-,319**	-,268**	-,449**	,399**	,512**	,422**	,336**
5.-Trabajo en equipo	-,254**	-0,114	-,270**	-,326**	,376**	,318**	,384**	,286**
6.-Responsabilidad	-0,172	-,201*	-,203*	-,309**	,341**	,371**	,328**	,277**
7.-Asistencia	-0,18	-0,134	-0,11	-,213*	0,151	-0,007	0,151	0,006
8.-Iniciativa	-0,18	-0,066	-0,188	-,214*	,217*	0,166	,242*	0,148
9.-Organización	-,332**	-,231*	-,245*	-,340**	,344**	,334**	,283**	,230*
10.-Eficiencia	-,381**	-,266**	-,299**	-,334**	,416**	,405**	,403**	,269**
11.-Ritmo	-,381**	-,207*	-,312**	-,323**	,431**	,326**	,416**	,319**
12.-Cooperación	-,341**	-,274**	-,275**	-,454**	,421**	,371**	,354**	,305**
13.-Compromiso	-0,127	-0,086	-0,101	-,212*	,293**	,261**	,260**	,231*
14.-Escala de evaluación de desempeño de grupo.	-,366**	-,276**	-,326**	-,429**	,525**	,452**	,478**	,347**

Nota. * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

5.9 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con los trastornos psicósomáticos: resultados del análisis t-student.

A continuación se presentarán los resultados del análisis t-student para identificar relaciones estadísticamente significativas entre los factores del SWS-Survey con los trastornos psicósomáticos.

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones cardiovasculares.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.51 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre el factor de F8 Salud mental funcional ($t=2.089$, $gl=65.803$, $p=0.040$) con respecto a la variable afecciones cardiovasculares. Estos

resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones cardiovasculares (media=67) presentan mayor salud mental funcional, mientras que las personas que sí tienen afecciones cardiovasculares (media=35) presentan menor salud mental funcional.

Tabla 5.51. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones cardiovasculares.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Cardiovasculares		N	Media	D.E	T	gl	p
	No	Sí						
1.-Estrés personal	No	Sí	67	2.42	0.51	-0.580	100	0.563
	Sí	No	35	2.49	0.61			
2.-Estrés en el trabajo	No	Sí	67	2.41	0.62	-1.249	100	0.214
	Sí	No	35	2.57	0.59			
3.-Estrés social	No	Sí	67	2.30	0.57	-0.446	100	0.657
	Sí	No	35	2.35	0.49			
4.-Salud mental deficitaria	No	Sí	67	1.86	0.54	-1.314	100	0.192
	Sí	No	35	2.01	0.58			
5.-Apoyo personal	No	Sí	67	4.20	0.43	1.921	55.859	0.060
	Sí	No	35	3.99	0.56			
6.-Apoyo en el trabajo	No	Sí	67	4.05	0.54	0.831	100	0.408
	Sí	No	35	3.96	0.57			
7.-Apoyo social	No	Sí	67	4.18	0.45	0.976	100	0.331
	Sí	No	35	4.09	0.43			
8.-Salud mental funcional	No	Sí	67	4.18	0.41	2.089	65.803	0.040
	Sí	No	35	3.99	0.43			

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones respiratorias.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.52 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F1 Estés personal ($t=-2.716$, $gl=56.314$, $p=0.009$), F4 Salud mental deficitaria ($t=-2.607$, $gl=46.924$, $p=0.012$), F5 Apoyo personal ($t=3.042$, $gl=51.990$, $p=0.004$), F7 Apoyo social ($t=2.105$, $gl=46.031$, $p=0.041$), F8 Salud mental funcional ($t=2.085$, $gl=61.263$, $p=0.041$) con respecto a la variable afecciones respiratorias. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones respiratorias (media=71) presentan menor estrés personal, menor salud deficitaria, mayor apoyo personal, mayor apoyo social y mayor salud mental funcional.

Tabla 5.52. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones respiratorias.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Respiratorias		N	Media	D.E	T	gl	P
	No	Sí						
1.- Estrés personal	No	71	2.34	0.54	-2.716	56.314	0.009	
	Sí	31	2.65	0.55				
2.-Estrés en el trabajo	No	71	2.38	0.59	-1.875	100	0.064	
	Sí	31	2.63	0.69				
3.-Estrés social	No	71	2.24	0.54	-1.905	100	0.060	
	Sí	31	2.46	0.57				
4.-Salud mental deficitaria	No	71	1.81	0.49	-2.607	46,924	0.012	
	Sí	31	2.14	0.63				
5.-Apoyo personal	No	71	4.23	0.45	3.042	51.990	0.004	
	Sí	31	3.91	0.50				
6.-Apoyo en el trabajo	No	71	4.09	0.46	1.682	41,384	0.100	
	Sí	31	3.86	0.71				
7.-Apoyo social	No	71	4.22	0.40	2.105	46,031	0.041	
	Sí	31	4.00	0.52				
8.-Salud mental funcional	No	71	4.17	0.43	2.085	61.263	0.041	
	Sí	31	3.99	0.40				

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones gastrointestinales.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.53 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F1 Estrés personal (T=-2.768, gl=101, p=0.007), F2 Estrés en el trabajo (T=-3.235, gl=101, p=0.002), F3 Estrés social (T=-2.837, gl=101, p=0.006), F4 Salud mental deficitaria (T=-2.952, gl=101, p=0.004) F5 Apoyo personal (T=3.448, gl=101, p=0.001), F6 Apoyo en el trabajo (T=2.841, gl=94.068, p=0.006) F7 Apoyo social (T=2.779, gl=92.998, p=0.007), F8 Salud mental funcional (T=2.678, gl=101, p=0.009) con respecto a la variable afecciones gastrointestinales. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones gastrointestinales (media=50) presentan menor estrés personal, menor estrés en el trabajo, menor estrés social, menor salud mental deficitaria, mayor apoyo personal, mayor apoyo en el trabajo, mayor apoyo social y mayor salud mental funcional.

Tabla 5.53. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones gastrointestinales.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones	N	Media	D.E	T	gl	P
	Gastrointestinales						
1.-Estrés personal	No	50	2.28	0.55	-2.768	101	0.007
	Sí	53	2.57	0.53			
2.-Estrés en el trabajo	No	50	2.25	0.58	-3.235	101	0.002
	Sí	53	2.63	0.62			
3.-Estrés social	No	50	2.15	0.50	-2.837	101	0.006
	Sí	53	2.45	0.56			
4.-Salud mental deficitaria	No	50	1.74	0.51	-2,952	101	0.004
	Sí	53	2.06	0.56			
5.-Apoyo personal	No	50	4.29	0.42	3.448	101	0.001
	Sí	53	3.98	0.50			
6.-Apoyo en el trabajo	No	50	4.18	0.44	2.841	94.068	0.006
	Sí	53	3.88	0.62			
7.-Apoyo social	No	50	4.28	0.35	2.779	92.998	0.007
	Sí	53	4.04	0.50			
8.-Salud mental funcional	No	50	4.23	0.43	2.678	101	0.009
	Sí	53	4.01	0.40			

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones musculares.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.54 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F1 Estrés personal (T=-3.426, gl=101, p=0.001), F2 Estrés en el trabajo (T=-4.390, gl=101, p=0.000), F3 Estrés social (T=-3.088, gl=93.541, p=0.003), F4 Salud mental deficitaria (T=-2.790, gl=101, p=0.006) y F5 Apoyo personal (T=2.591, gl=101, p=0.011) con respecto a la variable afecciones musculares. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones musculares (media=53) presentan menor estrés personal, menor estrés en el trabajo, menor estrés social, menor salud mental deficitaria y mayor apoyo personal.

Tabla 5.54. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones musculares.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones	N	Media	D.E	T	gl	p
	Musculares						
1.- Estrés personal	No	53	2.26	0.49	-3.426	101	0.001
	Sí	50	2.61	0.57			
2.-Estrés en el trabajo	No	53	2.21	0.52	-4.390	101	0.000
	Sí	50	2.71	0.64			
3.-Estrés social	No	53	2.15	0.47	-3.088	93,541	0.003
	Sí	50	2.47	0.59			

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Musculares	N	Media	D.E	T	gl	p
4.-Salud mental deficitaria	No	53	1.76	0.50	-2.790	101	0.006
	Sí	50	2.06	0.57			
5.-Apoyo personal	No	53	4.25	0.44	2.591	101	0.011
	Sí	50	4.01	0.51			
6.- Apoyo en el trabajo	No	53	4.09	0.52	1.238	101	0.219
	Sí	50	3.96	0.60			
7.-Apoyo social	No	53	4.23	0.43	1.650	101	0.102
	Sí	50	4.09	0.46			
8.-Salud mental funcional	No	53	4.18	0.44	1.483	101	0.141
	Sí	50	4.06	0.40			

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones dermatológicas.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.55 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F2 Estrés en el trabajo (T= gl=, p=), y F7 Apoyo social (T=, gl=, p=) con respecto a la variable afecciones dermatológicas. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones dermatológicas (media=80) presentan menor estrés en el trabajo y mayor apoyo social.

Tabla 5.55. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones dermatológicas.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Dermatológicas	N	Media	D.E	T	GI	P
1.-Estrés personal	No	80	2.37	0.49	-1.638	28.383	0.112
	Sí	23	2.63	0.71			
2.-Estrés en el trabajo	No	80	2.36	0.60	-2.903	101	0.005
	Sí	23	2.77	0.62			
3.-Estrés social	No	80	2.26	0.51	-1.680	101	0.096
	Sí	23	2.48	0.66			
4.-Salud mental deficitaria	No	80	1.88	0.51	-0.691	29.122	0.495
	Sí	23	1.99	0.70			
5.-Apoyo personal	No	80	4.19	0.43	1.690	28.143	0.102
	Sí	23	3.95	0.63			
6.-Apoyo en el trabajo	No	80	4.06	0.54	1.063	101	0.290
	Sí	23	3.92	0.63			
7.-Apoyo social	No	80	4.21	0.43	2.001	101	0.048
	Sí	23	4.00	0.49			
8.-Salud mental funcional	No	80	4.16	0.41	1.676	101	0.097
	Sí	23	3.99	0.44			

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones personales.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.56 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F1 Estrés personal (T=-2.813, gl=12.068, p=0.016), F2 Estrés en el trabajo (T=-2.943, gl=12.140, p=0.012), F3 Estrés social (T=-3.180, gl=13.067, p=0.007), F4 Salud mental deficitaria (T=-2.511, gl=11.312, p=0.028), F5 Apoyo personal (T=4.136, gl=12.045, p=0.001), F6 Apoyo en el trabajo (T=2.378, gl=10.964, p=0.037), F7 Apoyo social (T=2.921, gl=12.400, p=0.012) y F8 Salud mental funcional (T=2.921, gl=12.815, p=0.043) con respecto a la variable afecciones personales. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones personales (media=91) presentan menor estrés personal, menor estrés en el trabajo, menor estrés social, menor salud mental deficitaria, mayor apoyo personal, mayor apoyo en el trabajo, mayor apoyo social y mayor salud mental funcional.

Tabla 5.56. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones personales.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Personales	N	Media	D.E	T	gl	p																																																																																
1.-Estrés personal	No	91	2.38	0.53	-2.813	12.068	0.016																																																																																
	Sí	11	2.90	0.59				2.-Estrés en el trabajo	No	91	2.39	0.60	-2.943	12.140	0.012	Sí	11	2.99	0.65	3.-Estrés social	No	91	2.25	0.54	-3.180	13.067	0.007	Sí	11	2.76	0.49	4.-Salud mental deficitaria	No	91	1.85	0.51	-2.511	11.312	0.028	Sí	11	2.40	0.70	5.-Apoyo personal	No	91	4.20	0.44	4.136	12.045	0.001	Sí	11	3.56	0.49	6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037	Sí	11	3.51	0.79	7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043
2.-Estrés en el trabajo	No	91	2.39	0.60	-2.943	12.140	0.012																																																																																
	Sí	11	2.99	0.65				3.-Estrés social	No	91	2.25	0.54	-3.180	13.067	0.007	Sí	11	2.76	0.49	4.-Salud mental deficitaria	No	91	1.85	0.51	-2.511	11.312	0.028	Sí	11	2.40	0.70	5.-Apoyo personal	No	91	4.20	0.44	4.136	12.045	0.001	Sí	11	3.56	0.49	6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037	Sí	11	3.51	0.79	7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40								
3.-Estrés social	No	91	2.25	0.54	-3.180	13.067	0.007																																																																																
	Sí	11	2.76	0.49				4.-Salud mental deficitaria	No	91	1.85	0.51	-2.511	11.312	0.028	Sí	11	2.40	0.70	5.-Apoyo personal	No	91	4.20	0.44	4.136	12.045	0.001	Sí	11	3.56	0.49	6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037	Sí	11	3.51	0.79	7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40																				
4.-Salud mental deficitaria	No	91	1.85	0.51	-2.511	11.312	0.028																																																																																
	Sí	11	2.40	0.70				5.-Apoyo personal	No	91	4.20	0.44	4.136	12.045	0.001	Sí	11	3.56	0.49	6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037	Sí	11	3.51	0.79	7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40																																
5.-Apoyo personal	No	91	4.20	0.44	4.136	12.045	0.001																																																																																
	Sí	11	3.56	0.49				6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037	Sí	11	3.51	0.79	7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40																																												
6.-Apoyo en el trabajo	No	91	4.08	0.49	2.378	10.964	0.037																																																																																
	Sí	11	3.51	0.79				7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012	Sí	11	3.79	0.44	8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40																																																								
7.-Apoyo social	No	91	4.20	0.43	2.921	12.400	0.012																																																																																
	Sí	11	3.79	0.44				8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043	Sí	11	3.,86	0.40																																																																				
8.-Salud mental funcional	No	91	4.15	0.42	2.921	12.815	0.043																																																																																
	Sí	11	3.,86	0.40																																																																																			

Relación de estrés, apoyo y salud mental con afecciones psicológicas.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 5.57 se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los factores F1 Estrés personal (T=-3.983, gl=101, p=0.000), F2 Estrés en el trabajo (T=-4.397, gl=101, p=0.000), F3 Estrés social

($T=-3.437$, $gl=101$, $p=0.001$), F4 Salud mental deficitaria ($T=-3.757$, $gl=101$, $p=0.000$), F5 Apoyo personal ($T=3.539$, $gl=101$, $p=0.001$), F6 Apoyo en el trabajo ($T=2.908$, $gl=77.349$, $p=0.005$), F7 Apoyo social ($T=2.833$, $gl=101$, $p=0.006$) y F8 Salud mental funcional ($T=2.249$, $gl=101$, $p=0.027$) con respecto a la variable afecciones psicológicas. Estos resultados indican que los trabajadores que no presentan afecciones psicológicas (media=58) presentan menor estrés personal, menor estrés en el trabajo, menor estrés social, menor salud mental deficitaria, mayor apoyo personal, mayor apoyo en el trabajo, mayor apoyo social y mayor salud mental funcional.

Tabla 5.57. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con afecciones psicológicas.

Factores del SWS-Survey.	Afecciones Psicológicas	N	Media	D.E	T	gl	P																																																																																
1.-Estrés personal	No	58	2.25	0.51	-3.983	101	0.000																																																																																
	Sí	45	2.66	0.53				2.- Estrés en el trabajo	No	58	2.23	0.55	-4.397	101	0.000	Sí	45	2.73	0.62	3.-Estrés social	No	58	2.15	0.48	-3.437	101	0.001	Sí	45	2.51	0.58	4.-Salud mental deficitaria	No	58	1.73	0.47	-3.757	101	0.000	Sí	45	2.13	0.58	5.-Apoyo personal	No	58	4.28	0.42	3.539	101	0.001	Sí	45	3.95	0.51	6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005	Sí	45	3.85	0.63	7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027
2.- Estrés en el trabajo	No	58	2.23	0.55	-4.397	101	0.000																																																																																
	Sí	45	2.73	0.62				3.-Estrés social	No	58	2.15	0.48	-3.437	101	0.001	Sí	45	2.51	0.58	4.-Salud mental deficitaria	No	58	1.73	0.47	-3.757	101	0.000	Sí	45	2.13	0.58	5.-Apoyo personal	No	58	4.28	0.42	3.539	101	0.001	Sí	45	3.95	0.51	6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005	Sí	45	3.85	0.63	7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41								
3.-Estrés social	No	58	2.15	0.48	-3.437	101	0.001																																																																																
	Sí	45	2.51	0.58				4.-Salud mental deficitaria	No	58	1.73	0.47	-3.757	101	0.000	Sí	45	2.13	0.58	5.-Apoyo personal	No	58	4.28	0.42	3.539	101	0.001	Sí	45	3.95	0.51	6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005	Sí	45	3.85	0.63	7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41																				
4.-Salud mental deficitaria	No	58	1.73	0.47	-3.757	101	0.000																																																																																
	Sí	45	2.13	0.58				5.-Apoyo personal	No	58	4.28	0.42	3.539	101	0.001	Sí	45	3.95	0.51	6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005	Sí	45	3.85	0.63	7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41																																
5.-Apoyo personal	No	58	4.28	0.42	3.539	101	0.001																																																																																
	Sí	45	3.95	0.51				6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005	Sí	45	3.85	0.63	7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41																																												
6.-Apoyo en el trabajo	No	58	4.17	0.45	2.908	77,349	0.005																																																																																
	Sí	45	3.85	0.63				7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006	Sí	45	4.02	0.47	8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41																																																								
7.-Apoyo social	No	58	4.27	0.40	2.833	101	0.006																																																																																
	Sí	45	4.02	0.47				8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027	Sí	45	4.01	0.41																																																																				
8.-Salud mental funcional	No	58	4.20	0.42	2.249	101	0.027																																																																																
	Sí	45	4.01	0.41																																																																																			

5.10 Relación entre los factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con presión arterial (sistólica, diastólica y pulso): resultados del análisis del coeficiente de correlación producto-momento Pearson.

De acuerdo a la Tabla 5.58 y mediante la estimación del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las siguientes variables:

- **Estrés personal y presión:** El factor 1 estrés personal se asoció negativa y significativamente con la variable 1 presión diastólica ($r=-.198$; $p\leq.05$).

- **Apoyo personal y presión:** El factor 5 se asoció positiva y significativamente con la variable 1 presión diastólica ($r=.209$; $p\leq.05$) y con la variable 2 presión sistólica ($r=.236$; $p\leq.05$).

De acuerdo con los resultados antes mencionados se identifica que la principal variable de la presión asociada negativa y significativamente al estrés personal, es la variable presión diastólica; por lo que a mayor estrés personal, menor presión diastólica.

Aunado a ello, existen variables de la presión asociadas positiva y significativamente al apoyo personal, estas son: presión diastólica y presión sistólica; por lo que a mayor apoyo personal mayor presión diastólica y mayor presión sistólica.

Tabla 5.58. Relación entre estrés, apoyo y salud mental con la presión arterial.

Presión	Factores del SWS-Survey.							
	1.- Estrés personal	2.- Estrés en el trabajo	3.- Estrés social	4.- Salud mental deficitaria	5.- Apoyo personal	6.- Apoyo en el trabajo	7.- Apoyo social	8.-Salud mental funcional
1.-Diastólica	-,198*	-0,173	-0,171	-0,192	,209*	0,101	0,182	0,174
2.-Sistólica	-0,177	0,004	-0,059	-0,129	,236*	0,05	0,142	0,143
3.-Pulso	0,098	0,092	0,036	0,055	-0,067	-0,029	0,001	-0,033

Nota. * $p\leq.05$; ** $p\leq.0$.

Capítulo 6. Discusión.

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación, los cuales son contrastados con los resultados obtenidos en otras investigaciones y con fundamentos teóricos.

Respecto a la relación de estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas se identificaron relaciones estadísticamente significativas en esta investigación entre el estrés personal y la edad, presentando un nivel mayor de estrés personal, social y en el trabajo en empleados con menor edad. Estos resultados coinciden con los referidos por Gutiérrez (2006) quien menciona que existe una contribución de factores sociodemográficos en la presencia de estrés, específicamente la edad, en la que los profesionales que se encuentran en un rango de 20 a 29 años de edad son más propensos a presentar estrés lo que coincidió con este estudio al presentar mayor estrés en población joven.

Por otra parte, respecto a la relación de estrés personal con la satisfacción, se identificaron relaciones estadísticamente significativas que refieren que a mayor estrés personal menor satisfacción en el trabajo. Estos resultados coinciden con el modelo de Gutiérrez y Osterman (1999), en el que los estresores tienen un efecto negativo propiciando menor nivel de satisfacción laboral (Linares y Gutiérrez, 2014).

Aunado a ello, en este estudio no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los factores de estrés apoyo y salud mental con la variable de estado civil. Sin embargo los hallazgos reportados por Russel y Cutrona (1991) revelan que “un déficit en la cantidad y calidad de apoyo social se asocia a un incremento en los síntomas depresivos y que las personas que tienen más relaciones interpersonales son menos vulnerables a los efectos del estrés o a las situaciones críticas que van enfrentando en la vida” (Citado en Landero y González, 2011, p. 35).

De igual manera García (2011) menciona que la edad sí es un factor relacionado con la presencia de estrés en los profesionales ya que aquellos que son más jóvenes y pertenecen a primeros rangos presentan más estrés, por esta razón los residentes siempre presentan más estrés que los médicos adscritos.

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de la salud que tienen hijos en edad escolar y aquellos que no los tienen. Este resultado concuerda con los reportados por Castillo y cols. (2014) en donde en el personal de salud como lo son las enfermeras, el tener hijos es un factor demográfico que apoya el desarrollo del estrés personal.

Con relación al grado de estudios y el estrés personal que presentan los trabajadores, los trabajadores con una licenciatura son los que presentan mayor estrés que aquellos que tienen una carrera técnica. En este caso, Gutiérrez (2006) coincide con los resultados de este estudio al presentar como profesionales con un nivel escolar menor a preparatoria o estudios superiores presentan menor estrés.

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de sexo femenino y masculino y el estrés como se reporta en diversos estudios, esto puede deberse a que la mayoría de los empleados aún viven con sus papás y pocos son los que se encuentran en vida de pareja y que tienen hijos. De este modo, como lo menciona Gutiérrez (2006) no pueden presentarse estas diferencias por la ausencia de las actividades extra laborales que debe realizar la mujer como el cuidado de los hijos y del hogar.

En esta investigación se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la antigüedad y el estrés, en los que se reporta que a menor antigüedad en el trabajo mayor estrés. Este resultado es coincidente con los hallazgos reportados por Barreto da Costa y Cols. (2001) en una investigación con 139 profesionales de la salud. Estos autores encontraron que a mayor tiempo de trabajo referido en la institución menor es el estrés que se presenta en los empleados y a menor tiempo referido de trabajo en la institución se presenta mayor estrés.

Con respecto a los ingresos, los datos arrojan que los trabajadores se sienten personalmente estresados por no tener un ingreso fijo, ya que aquellos profesionales que tienen una beca están más estresados que aquellos que tienen un sueldo. Estos resultados de acuerdo con Hernández y Cols. (2012) tienen su origen gracias a la concepción de la relación entre el esfuerzo y la recompensa que este implica, ya sea

dinero, estima y seguridad laboral, los cuales son determinantes en el desarrollo de estrés si se perciben insuficientes al desempeño de las actividades.

Con respecto al estrés laboral, en esta investigación se identificaron diferencias significativas en cuanto al estrés en el trabajo y el número de horas laboradas a la semana, presentando más estrés laboral a mayor horas laboradas a la semana. Estos resultados se reafirman con un estudio realizado por Gutiérrez (2006) en trabajadores de la industria electrónica en el que las horas de trabajo se consideraron un factor organizacional que representa un riesgo significativo para la salud de los trabajadores y que aumenta el nivel de estrés, considerándose dañina una jornada laboral de más de 40 horas semanales.

Aunado a ello, a menor satisfacción en el trabajo, los profesionales presentan mayor estrés en el trabajo, estrés social y personal. Estos resultados concuerdan con los hallazgos reportados por Aráujo y Cols. (2007) quienes encontraron que los sentimientos del trabajo como el deber u obligación modulan la relación entre el estrés generado por las relaciones con otros y la satisfacción laboral, de forma que la insatisfacción laboral solo causa estrés cuando los sentimientos de deber-obligación hacia el trabajo son bajos.

Con respecto al apoyo personal y el sexo, los datos arrojan mayor apoyo personal en trabajadores de sexo masculino. Este resultado es coincidente con los hallazgos reportados por Martínez y Osca (2002) quienes identificaron que los hombres muestran mayores niveles de apoyo familiar con relación a las mujeres. Esto debido al rol que asumen los hombres como pilar del sustento familiar y la mujer como cuidadora de familia.

En los datos sobre apoyo en el trabajo de este estudio se identificó que los médicos perciben menor apoyo en el trabajo comparativamente con las enfermeras y los inhaloterapeutas. Sin embargo, los hallazgos arrojados con respecto al nivel académico refieren que aquellos profesionales de la salud con menor grado de estudios, reciben más apoyo en el trabajo. Estos resultados concuerdan con los datos reportados por Contreras y Cols. (2011) quienes indican que aquellos profesionales técnicos perciben menor apoyo directivo que los profesionales con licenciatura o

posgrado, lo cual es contrario dado que dentro de la población de estudio los médicos junto con parte de enfermeros/as pertenecen a profesionales de la salud con licenciaturas y estudios posteriores.

Por otra parte, los datos arrojan que el apoyo personal, social y en el trabajo promueven el aumento en factores del desempeño como la calidad, disciplina, trabajo en equipo, moral/actitud, responsabilidad, iniciativa, organización, eficiencia, cooperación y compromiso. Lo cual se refuerza por lo mencionado por Locke (1976) quien argumenta que existe por parte de los trabajadores una reacción a las condiciones de trabajo modulando su compromiso con la organización (Araujo y Cols., 2007).

En este estudio, las diferencias significativas sobre la salud mental deficitaria que se encontraron son que a mayor horas de trabajo mayor salud deficitaria. Estos resultados coinciden con el estudio de Cruz y Cols. (2010) en el que se reporta que los trabajadores de la salud con agravios a la salud psíquica y/o mental son los enfermeros y miembros del equipo de enfermería, además de médicos, psicólogos, técnicos del área de la salud y dentistas. Quienes presentan cuadros de estrés ocupacional y crónico, sufrimiento, quejas físicas y psíquicas en general, como consecuencia del proceso laboral caracterizado por el trabajo realizado de manera excesiva, con carga horaria elevada, empleos múltiples y jornadas dobles o triples que favorecen los agravios a la salud psíquica/mental en los trabajadores del área de la salud.

Con respecto a los resultados sobre el desempeño en el trabajo, estos arrojaron la percepción de los profesionales de la salud con respecto a su desempeño es en su mayoría media y alta, sin embargo si se presentaron profesionales de la salud con una percepción del desempeño bajo en cantidad de trabajo con un 3.9%, 4.8% en calidad, 2.9% en moral/actitud, 3.8% en disciplina, 3.9% en trabajo en equipo, 1% en responsabilidad, 1% en asistencia, 3% en iniciativa, 1% en organización, 2% en eficiencia, 2.9% en ritmo de trabajo, 1% en cooperación, en compromiso no existen profesionales de la salud que tengan un percepción del desempeño bajo.

Como puede observarse, estos resultados son contrarios al verdadero efecto que tiene el estrés en el desempeño de los trabajadores ya que los resultados arrojan que el aumento en el nivel de estrés social, personal o laboral provoca una disminución en elementos del desempeño como lo son la disciplina, organización en el trabajo, eficiencia, ritmo, cooperación, compromiso y la actitud hacia la organización así como su compromiso moral. La razón por la que los profesionales tienen una percepción alta y media de desempeño de acuerdo a los hallazgos de Hernández y Cols. (2014) en un estudio en médicos residentes de un hospital de Yucatán está dado por que la percepción del residente acerca de lo aprendido y desarrollado se encuentra con la misma disponibilidad a los residentes de primero que a los del último grado de entrenamiento y médicos adscritos.

De esta manera cada elemento evaluará su desempeño de acuerdo al grado que tienen dentro de la institución.

Otros resultados como los aportados por Phinder y Cols. (2014) resultan contrarios a los obtenidos en este estudio, ya que la mayoría de los estudiantes de medicina entrevistados mencionó que la autoevaluación de su desempeño es de bajo a regular; "ni bueno ni malo" siendo realmente pocos los que sienten que su desempeño fue muy bueno, con frases como "siempre doy lo mejor".

Con respecto a los trastornos psicosomáticos, las personas que tienen alguna afección cardiovascular presentan menor salud mental funcional; los trabajadores que presentan afecciones respiratorias presentan mayor estrés personal, salud deficitaria, menor apoyo personal, menor apoyo social y menor salud mental funcional.

Por su parte, los individuos que presentan afecciones gastrointestinales presentan mayor estrés personal, estrés social y estrés en el trabajo, mayor salud deficitaria, así como menor apoyo personal, social y en el trabajo.

En cuanto a las afecciones musculares, estas se presentan en trabajadores con estrés personal, estrés en el trabajo, estrés social y menor apoyo personal, por lo que presentan mayor salud mental deficitaria.

De igual manera los trabajadores que presentan estrés en el trabajo y menor apoyo social presentan afecciones dermatológicas y, aquellos que presentan afecciones personales y psicológicas presentan mayor estrés personal, social y en el trabajo y menor apoyo, personal, social y en el trabajo.

De esta manera, aquellos trabajadores que presenten estrés en el trabajo presentaran afecciones psicósomáticas, respiratorias, gastrointestinales, musculares, dermatológicas, personales y psicológicas. En su mayoría musculares, gastrointestinales y psicológicas. Estos resultados son coincidentes con los hallazgos reportados por Barreto da Costa y Cols. (2011) en cuya investigación identificaron que aquellos profesionales que presentan síntomas de estrés tienen una mayor incidencia de síntomas físicos (36.7%), siguiéndoles los físicos/psicológicos (16.5%) y los psicológicos (7.2%). Esto significa que una mayor incidencia de síntomas físicos refleja una mayor vulnerabilidad de los profesionales en esta área y, estos síntomas pueden dificultar, en extremo, la asistencia al paciente, principalmente por la carga emocional excesiva enfrentada por el profesional dentro del contexto hospitalario.

Por último, los resultados arrojados en relación a la presión, se refiere que a mayor estrés presente en los trabajadores menor presión diastólica. Mientras que a mayor apoyo personal mayor presión diastólica y mayor presión sistólica. Estos resultados son contrarios a datos reportados por autores como Linares y Gutiérrez (2014), ya que reportan la existencia del aumento en la presión sistólica con la presencia del estrés y, no se reportan relaciones estadísticamente significativas entre el apoyo y la presión.

Capítulo 7. Conclusiones y recomendaciones.

7.1. Conclusiones.

Hoy en día, el estudio del estrés cobra un enorme interés desde el marco social y de la salud, posibilitando el estudio de diversos grupos sociales y niveles de riesgo, así como estableciendo estrategias de afrontamiento y prevención selectiva, lo cual supone una orientación social de la salud importante debido al impacto que el estrés tiene en el individuo, asociados a sus principales roles sociales, como las dificultades en el trabajo, problemas de pareja o desajustes familiares. De igual manera el estrés provoca problemáticas a nivel individual, como en la salud del trabajador y en el desempeño adecuado de su trabajo; a estos factores se añaden otras condiciones como sociodemográficas que aumentan su presencia, de esta manera los efectos negativos del estrés sobre la salud, hacen que se considere como la forma de estrés psicosocial más perjudicial para la salud de las personas (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Por esta razón es importante hacer énfasis en la importancia que se debe de dar al estudio del estrés en población Mexicana y en las posibles acciones preventivas a tomar (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Ahora bien, en esta investigación se concluye que existe una relación entre el estrés laboral con la percepción del desempeño, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas entre el factor estrés laboral y los variables del desempeño, específicamente en: la variable moral/actitud, disciplina, responsabilidad, organización, eficiencia, ritmo y cooperación. Cumpliéndose con uno de los objetivos principales de esta investigación.

Aunado a ello, de manera general se encontró relación entre los restantes factores del instrumento de estrés, apoyo y salud mental con el desempeño. Por lo que si existe una relación negativa en la que a mayor estrés personal, social y de trabajo menor desempeño, específicamente en las siguientes áreas: calidad, moral/actitud, disciplina, responsabilidad, trabajo en equipo, organización, eficiencia, ritmo y cooperación.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento de estrés, apoyo y salud mental, se obtuvo un alpha de Cronbach de .800 en adelante, con excepción de dos de sus ocho factores. Demostrando ser un instrumento confiable y adecuado para medir el estrés y la percepción del desempeño en esta investigación.

En cuanto a las estadísticas descriptivas de estrés, apoyo y salud mental, se identificaron puntuaciones medias muy favorables en los factores de este instrumento, con excepción del factor 4 Salud mental deficitaria.

Referente a las variables sociodemográficas, se concluye en esta investigación que existe una relación entre el estrés, apoyo y salud mental con las variables sociodemográficas, mediante los resultados arrojados por el análisis de correlación producto-momento de Pearson, el análisis de Anova y el análisis T-student. Específicamente se observa que el nivel de estudios presenta una relación con el estrés, dado que profesionales con mayor nivel de estudios presentan mayor estrés; esto puede responderse ya que se manifiesta una relación entre el apoyo y el nivel de estrés, observándose un mayor apoyo en profesionales de la salud con menor nivel de estudios.

Otro factor sociodemográfico con una relación estadísticamente significativa fue el turno de trabajo, el cual se relaciona con los apoyos personal y en el trabajo, indicando menor apoyo en trabajadores del turno nocturno. Es importante destacar la importancia del apoyo para los profesionales, considerando que pasan la mayor parte de su tiempo en el trabajo y adquieren una gran relevancia para el bienestar físico y mental del trabajador y, a su vez sirve de soporte para adquirir nuevas habilidades, mejorar las que se poseen, obtienen refuerzo social, apoyo emocional y feedback sobre el nivel de ejecución de su trabajo (Rodríguez y De Rivas, 2011).

En cuanto al tipo de ingreso como variable sociodemográfica, se presenta una relación estadísticamente significativa en la cual, las personas con un ingreso seguro presentan menor estrés personal y mayor apoyo personal.

Ahora bien, mediante la correlación producto-momento de Pearson se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre F1 Estrés personal con

antigüedad en el empleo actual, edad en años, dependientes económicos directos, hijos en edad escolar, satisfacción en el trabajo y nivel de estrés en los últimos 2 años, F2 Estrés en el trabajo con edad en años, satisfacción en el trabajo y nivel de estrés de los últimos 2 años, F3 Estrés social con edad en años, hijos en edad escolar, satisfacción en el trabajo y nivel de estrés en los últimos 2 años, F4 Salud mental deficitaria con hijos en edad escolar, satisfacción en el trabajo y salud mental deficitaria, F5 Apoyo personal y F7 Apoyo social con antigüedad en empleo actual, edad en años, dependientes económicos directos, hijos en edad escolar y satisfacción en el trabajo, F6 Apoyo en el trabajo con antigüedad en el empleo actual, edad en años, dependientes económicos directos, hijos en edad escolar, satisfacción en el trabajo y horas de trabajo a la semana, por último F8 Salud mental funcional con antigüedad en el empleo, edad en años y satisfacción en el trabajo.

Con respecto al análisis de Anova se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre F1 Estrés personal con el nivel de estudios y tipo de ingreso, F6 Apoyo en el trabajo con el nivel de estudios, turno de trabajo y profesión, F5 Apoyo personal con turno de trabajo y tipo de ingreso.

En cuanto al análisis de t-student se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre F5 Apoyo personal y el sexo y, F2 Estrés en el trabajo, F5 Apoyo personal, F6 Apoyo en el trabajo, F7 Apoyo social y F8 Salud mental funcional con actividad adicional. Por lo que se puede concluir que si existe una relación entre el estrés y las variables sociodemográficas.

Ahora bien, mediante el análisis de t-student se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre F8 Salud mental funcional con afecciones cardiovasculares, F1 Estrés personal, F4 Salud mental deficitaria, F5 Apoyo personal, F6 Apoyo social, F7 Apoyo social, F8 Salud mental funcional con afecciones respiratorias, F1 Estrés personal, F2 Estrés en el trabajo, F3 Estrés social, F4 Salud mental deficitaria, F5 Apoyo personal, F6 Apoyo en el trabajo, F7 Apoyo social, F8 Salud mental funcional con afecciones gastrointestinales, afecciones psicológicas y afecciones personales, por último F1 Estrés personal, F2 Estrés en el trabajo, F3 Estrés social, F4 Salud mental deficitaria y F5 Apoyo personal con afecciones musculares, F2 Estrés en el trabajo y F7 Apoyo social con afecciones dermatológicas.

Como puede observarse las variables de estrés tanto personal, social como en el trabajo, están relacionadas significativamente con diversas afecciones psicosomáticas como son las respiratorias, gastrointestinales y psicológicas con mayor frecuencia, mientras que se relacionan con menor frecuencia a afecciones dermatológicas, personales y musculares. Estos datos corresponden a los arrojados por Gutiérrez y Linares (2014) en un estudio sobre los beneficios del apoyo social y en el trabajo ante la reacción de estrés y ansiedad, donde las afecciones psicosomáticas que se presentan frecuentemente por estrés son, las gastrointestinales, cardiovasculares y musculares.

De esta manera, se puede observar que las afecciones psicosomáticas están relacionadas con el estrés y con los datos antes mencionados se observan las diversas implicaciones que este tiene en los diferentes ámbitos de la vida de un individuo, desde lo personal hasta en el trabajo. Por lo que, los problemas del estudio del estrés y su impacto en la salud del trabajador, representan una dirección obligada cuando se intenta elevar los niveles de salud de los trabajadores.

Sin embargo, para elevar los niveles de salud, es necesario enfocarse en la calidad de vida que se les otorga a los trabajadores, el desarrollo social que les permite su trabajo, la satisfacción de sus necesidades y de manera general adecuar cada vez más la relación hombre-actividad laboral, identificar los factores que inciden en la salud de los profesionales y que les afectan en su desempeño y prevenirlas (Lima y Cols; 2003).

En conclusión en esta investigación se cumplió con el objetivo y se comprobaron las hipótesis nulas, encontrando que sí está presente el estrés laboral en los profesionales de la salud, sí existe una correlación significativa entre la percepción del desempeño con el nivel de estrés, sí existe una correlación significativa entre el estrés y las variables sociodemográficas y, a la par se destaca la importancia de la intervención de salud pública en la prevención del estrés laboral.

7.2 Recomendaciones

Se recomienda efectuar vinculación por parte de la Facultad de Psicología con otras Instituciones para favorecer los estudios e investigaciones, ya que el campo de aplicación se ve delimitado por la búsqueda por parte del alumnado y las autorizaciones de las Instituciones de que se disponga, como recurso.

Referencias

- Albinagorta, Tello, Burga, Roncal, Bellido y Ramírez (2005). Manual de Salud Ocupacional. *Revista Panamericana de Salud*. Ministerio de Salud: Lima, pp. 1-102.
- Alcázar, Fernández y Gardey (2006). Modelo explicativo de la influencia de la diversidad sobre el desempeño de los grupos de trabajo. El efecto moderador de la dirección estratégica de los Recursos Humanos. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la empresa*. 12(1), pp. 225-258.
- Algado (2006). El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*: Núm. 3, pp. 1-27.
- Alveiro (2010). Evaluación del desempeño como herramienta para el análisis del capital humano. Universidad la Salle.
- Amarís M., Orozco M., Amarís V., Zambrano J. (2012). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*. 30(1), pp. 123-145.
- Aráujo, Segovia y Peiró (2007). El papel modular de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*. 19(1), pp. 81-87.
- Arias C. (1998). Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Med Hered* 9 (2), Lima: pp. 63-68.
- Arias G. (2012). Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38(4): pp. 525-535.
- Arias G. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 13(3): pp. 45-52.
- Ávila, Martínez, Matilla, Máximo, Méndez, Talavera, Rivas y Moldes (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: *Dominio y Proceso*. 2da. Edición. Recuperado de: www.terapia_ocupaciona.com, pp. 1-85.

- Blanco (2004). Estrés Laboral y Salud en las enfermeras instrumentistas. *Revista de la Facultad de Medicina*. 27(1).pp. 1-14.
- Blandón y Merchán (2004). Fundamentos de la Salud Ocupacional. Colombia:Universidad de Caldas. *Ciencias para la Salud*.
- Bruin, G. y Taylor, N. (2005). Development of the Sources of Work Stress Inventory. *South African Journal of Psychology*, 35 (4): 748-765.
- Calabrese (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesia*. Núm. 34: pp. 233-240.
- Calleja (2011). Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005. UNAM Facultad de Psicología. pp. 13-217.
- Contreras, Espinosa, Hernpandez y Acosta (2011). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*. 30(3), pp.569-590.
- Costa, Mombelli, Augusta, Decesaro, Waidman, Angélica, marcon y Sonia (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Salud Mental*. 34(2). México: pp. 1-432.
- Cruz, Chaves, De Marchi, Almeida, De Oliveira y Pedrão (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 26(1), pp. 52-64.
- Díaz (2010). Predicción del rendimiento laboral a partir de indicadores de motivación, personalidad y percepción de factores psicosociales. *Tesis inédita de doctorado*. Facultad de Psicología: Universidad Complutense de Madrid.
- Domínguez, Grosso, Pagotto, Talierno y Allegri (2009). Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes de pediatría. *Arch Argent Pediatr*. 108(3), pp. 241-245.

- Enríquez, M.A. y Castañeda, Z.(2006). Estado actual de la investigación en psicología organizacional y del trabajo en Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*.9(1), 77-85.
- Escribá, A. y Muñoz, B. Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5), 595-604.
- Espinosa C., Contreras V. y Esguerra A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas* 5(1). Bogotá, pp.87-96.
- Fernández, P. H. (2010). La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral. *Invenio*. 13(25), 111-124.
- Fernández y Mancilla. (2012). Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Editorial: Academia Española eae.
- Forero, Giraldo y Herrera (1995). *Salud Ocupacional para Todos*. MJ: Ginebra: pp. 4-100.
- Forero, E., Toro, P. y Lyria, E. (2004). Visión retrospectiva, actual y prospectiva de la psicología organizacional. *Acta Colombiana de Psicología*. núm.11, pp. 5-22.
- García y Zea (2011) *Academias Stress*. *Revista Psicológica Oniv Antioquia*. 3(2).
- Gill (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Perú Medicina Exp. Salud Pública*. 29(2): pp.237-241.
- Gil F. (2007). La evaluación de competencias laborales. *Educación XXI*. Núm. 10. Pp. 83-106.

- Godoy, G. García, López, Martínez, Gutiérrez y Vázquez, (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés (EACAE). *Psicothema*. 20(1), pp. 155-165.
- Goldman y Walter. (2013). Variables que afectan el desempeño laboral. Impacto Humano_Consultores de Recursos Humanos, recuperado de: academia.edu/18602382/VARIABLES_QUE_AFECTAN_EL_DESEMPEÑO_LABORAL. pp. 1-7.
- Gómez, Hernández y Méndez, (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería. *Ciencia & Trabajo*. 16(49), pp. 9-16.
- Gómez, D. O., Sesma, S., Becerril, V. M., Arreola, H., Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*. 53(2), 220-232.
- Grados y Muchinsky (2012). Antecedentes Históricos de la Evaluación al Desempeño. Universidad Autónoma de Sinaloa: [http:// Psicoasgrupo31semies.blogspot.com](http://Psicoasgrupo31semies.blogspot.com).
- Guic, Bilbao y Bertin (2002). Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. *Revista médica de Chile*. 130(10). pp. 1101-1112.
- Guillén, A. y Buela, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*. 23(3), 510-515.
- Gutiérrez G. (2015). Euestrés: un modelo de superación del estrés. *Psicopediahoy*. Núm. 99, pp. 1-12.
- Gutiérrez, M. R. (2012). *Estrés Organizacional*. México: Editorial Trillas.
- Gutiérrez, M. R. y González, M. E. (2006). La carga de trabajo mental como factor de riesgo de estrés en trabajadores de la industria electrónica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(2). Pp. 259-270.

- Gutiérrez, M. R. y Linares O. L. (2014). Beneficios del apoyo social y en el trabajo ante la reacción de estrés y ansiedad en profesores. II Congreso Internacional de Psicología y Humanidades Universidad de Guadalajara. *Research Gate*. Pp.1-14.
- Gutiérrez S. y Viloniap (2014). Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. *Revista Salud Uninorte*. 30(1): pp. 5-7.
- Guzmán (2003). El estrés en el trabajo. *Revista Científica Cultural*. Nú. 12: pp. 71-78.
- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la ansiedad*. Ed. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, Medina, M. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales).
- Hellriegel y Slocum (2009). Comportamiento Organizacional.12^a. ed. *Cengage Learning*: México. pp. 188-208.
- Hernández, Ortega y Reidl, (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos en claves del pensamiento VI(II). Pp. 113-129.
- Houtman, I., Jettinghoff, K. & Cedillo, C. (2008). Sensibilización sobre el Estrés Laboral en los países en Desarrollo. *World Health Organizati6n*. Serie de protección de la salud de los trabajadores no. 6.P.p. 1-50.
- Imran, M., Nadeem, M. y Gulzar, A. (2011). Examining Stress, Job Satisfaction and Customer Satisfaction in a Transport Company (A Case from Pakistan). *International Journal of Business and Social Science*, 2 (18): 81-85.
- Juárez, G. A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de en enfermería en México. *Salud pública de México*. 49(2).
- Landero y González (2011). Apoyo social, Estrés y Autoestima en Mujeres de Familias Monoparentales y Biparentales. *Research Gate*. 1(29), pp. 28-36.

- Latorre (2012). Tesis inédita. La Gestión de RH y el Desempeño Laboral. Departamento de Psicología Social.Universidad de Valencia. I:S:B:N, pp. 370-385.
- Lima, Aldana, Casanova S; Casanova C. P; Casanova C. y García G. (2003). Influencia del estrés ocupacional en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 32(2). Pp. 149-154.
- Linares y Gutiérrez. (2014). Beneficios del apoyo social y del trabajo ante la reacción de estrés y ansiedad en profesores. II Congreso Internacional de Psicología y Humanidades. Universidad de Guadalajara. *Research Gate*, pp. 1-14.
- López y López (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y enfermería*. 17(2).
- López, L., Solano, A., Arias, A., Aguirre, S., Osorio, C. y Vázquez, E. M. (2012). El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública*. 3(2), 280-288.
- Lupercio, Ornelas y González, (2007). Relación entre dos Posibles Antecedentes del Desempeño de los Empleados: Desarrollo Moral y Compromiso Organizacional. *Conciencia tecnológica*. Núm. 34. Pp. 21-25.
- Manami, E. A., Obando, Z.M., Uribe, M. A. *et al.* (2007). Factores que desencadenan el Estrés y sus consecuencias en el Desempeño Laboral en Emergencia. *Revista Per. Obst. Enf.* 3(1), 50-57.
- Martínez, M. y Osca, A. (2002). Análisis psicométrico del Inventario de Apoyo Familiar para Trabajadores. *Psicothema*, 14 (2): 310-316.
- Matabanchoy (2012). Salud en el trabajo. *Revista Universidad y Salud*. 12(1): pp. 87-102.
- Moscoso (2009). De la mente a la célula impacto del estrés en psiconeuroendocrinología. *Liberabit*. 15(2), pp. 143-152.

- Moscoso (2011). El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *Liberabit*. 17(1). pp. 67-75.
- Naranjo (2009). Una Revisión teorica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*. 33(2): pp. 172-190.
- Navarro (2009). Modelo de Intervención psicosocial en las organizaciones frente al estrés laboral: estrategia operativa. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 55(215): pp. 86-98.
- Otero, L. J. (2011). Estrés laboral y Burnout en profesores de Enseñanza Secundaria. España: Díaz de Santos.
- Palacios, Morán y Paz. (2015). Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos. Medición del estrés laboral en hospitales. *Revista Mexicana de salud en el Trabajo*. 6(16), pp. 62-68.
- Parra (2011). Enfoque Ocupacional. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado UCLA./enfoqueocupacional.com/2011/07/definición_de_salud_ocupacional_seg_un.html.
- Pedraza, E., Amaya, G. y Conde, M. (2010). Desempeño laboral y estabilidad del personal administrativo contratado de la facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. *Revista Ciencias Sociales (RCS)*. XVI(3), 493-505.
- Peña, Ramírez y Castro (2012). Infarto agudo del miocardio por estrés laboral. *Medicina Legal de Costa Rica*, 29(2): pp. 111-119.
- Perdomo (2011). Bases teóricas y metodologías para la evaluación del desempeño organizacional. Recuperado de [:http://www.gestipoles.com/bases_teóricas_metodológicas_evaluación_deempeño_organizacional/](http://www.gestipoles.com/bases_teóricas_metodológicas_evaluación_deempeño_organizacional/).
- Phinder, Sánchez, Romero, Vizcarra y Valdivieso, (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación en Educación Médica* 13(11). pp. 139-146.

- Piñeira, F. M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Revista electrónica de Enfermería Global*. Recuperado de: www.um.es/eglobal/ no. 31, 125-150.
- Plata, G. M., Flores, C. L., Curiel, H. O., Juárez, O., José, R., Rosas, B., José, V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 16(3), 157-162.
- Popp S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*. 25(1). pp. 5-27.
- Ramírez (2012). Servicio de Salud Ocupacional. Anales de la Facultad de Medicina. 73(1): pp. 63-69.
- Rivas, Landeta, Gil y Ramírez. (2009). Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Maraca y edo. Aragua. Venezuela 2008. *Gen*. 63(3): pp. 177-181.
- Rodríguez Carvajal y De Rivas Herмосilla (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*. 1(57). Pp.72-88.
- Román (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cuabana de Salud Pública*. 29(2). Pp.103-110.
- Rosa Gómez, E. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. no. 90: 41-56.
- Ruiz, Silva y Vanga (2008). Ética empresarial y el desempeño laboral en organizaciones de Alta Tecnología (OAT). *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)* 13(43), pp. 417-441.

- Salas (2012). Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. *Educación Médica Superior*. 26(2): pp. 163-165.
- Salas P. (2010). Propuesta de estrategia para evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. *Educación Médica Superior*. 24(3), pp. 387-417.
- Salazar, G. C. A. (2011). Aspectos normativos en la legislación Colombiana para la determinación como enfermedad profesional del estrés laboral. *Rev CES Salud Pública*. 2(1): 85-90.
- Sánchez, Calderon y Viviana (2012). Diseño del proceso de evaluación del desempeño del personal y las principales tendencias que afectan su auditoría. *Pensamiento y Gestión*. Núm. 32, pp. 54-82.
- Sánchez, Pérez y González (2011). Enfermedades potenciales derivadas de factores de riesgo presentes en la industria de producción de alimentos. *Medicina y seguridad del trabajo*. 57(205). pp. 300-312.
- Sandino, González y Córdoba, (1995). Salud Ocupacional para Todos. Estrategia mundial. O.M.S: Ginebra.
- Sierra, Ortega y Zubeidat (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferencias. *Revista Malestar e Subjetividad*. 3(1), pp. 10-59.
- Torres y Ramos (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo Social*. Núm. 19.
- Trejo (2013). La protección de la salud y la seguridad en el trabajo como derechos humanos. México: *El cotidiano*. Núm. 81. Pp. 81-90.
- Urdaneta, Q. O. y Urdaneta, Q. M. (2013). Evaluación del desempeño y motivación del personal en los Institutos de Investigación de Salud. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*. XIX(4), 672-682.
- Uribe (2014). Clima y ambiente organizacional. Trabajo, salud y factores psicosociales. 1ª edición. México: Manual Moderno. pp. 1-228.

Valencillo, Quevedo, Lubo, Dos Santos, Montiel, Camejo y Sánchez, (2009). Síntomas musculoesqueleticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. *Salud y trabajo (Macaray)*. 17(2), pp. 85-95.

Vieco, G. M. y Abello, L. R. (2014). Factores Psicosociales de Origen Laboral, Estrés y Morbilidad en el Mundo. *Psicología desde el Caribe*. 31(2), 354-385.

ANEXOS

1.- Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México; Distrito Federal, a ____ de _____ de _____

Nombre del estudio: Relación entre el nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño en profesionistas de la salud del servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel.

Patrocinador externo: Ninguno.

Justificación del estudio: Actualmente el estrés laboral se reconoce por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las grandes epidemias de la vida moderna y un problema de salud ocupacional importante ya que un 75% de los empleados de México lo padecen y cerca de un 40% padecen consecuencias por presentarlo. Cabe destacar que la población más propensa a padecerlo son los profesionales de la salud y, los factores que lo provocan son múltiples y en diferentes esferas (social, laboral, individual y fisiológica) por lo que identificando estos factores de riesgo se puede prevenir el desarrollo de estrés y con ello sus consecuencias (deterioro en la calidad de vida, problemas de salud, repercusiones conductuales como lo es el desempeño, etc.).

Objetivo de estudio: Conocer el nivel de estrés laboral presente en los profesionales de la salud del Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (HEBD). Así como determinar si existe relación entre el nivel de estrés laboral y la percepción individual del desempeño.

Procedimientos: Aplicación del instrumento SWS-Survey (Gutiérrez y Osterman, 1994), duración 20 minutos y toma de presión arterial.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos ni molestias en este estudio.

Posibles beneficios que recibirá el participante en el estudio: Diagnostico oportuno de estrés laboral o identificación de los factores de riesgo para desarrollarlo.

Alternativas de tratamiento: no aplican, pues no se realiza ninguna intervención terapéutica en este estudio.

Participación

ACEPTO mi participación en este estudio: _____ (SI/NO).

En caso de dudas o aclaraciones sobre este estudio o con resultados de este estudio dirigirse a: Investigadora responsable: Yara Karina Del Moral Armengol; Directora: Dra. Juana Patlán Pérez a los correos: yaradelmoral@gmail.com y patlanjuana@hotmail.com .

Privacidad y Confidencialidad: Todos los datos obtenidos en este estudio son completamente confidenciales , y se emplearan con fines educativos únicamente.

Nombre completo y firma del sujeto: _____

Nombre completo y firma de quien obtiene el consentimiento: Yara Karina Del Moral Armengol

El presente consentimiento será válido con la firma del sujeto de estudio

2.-Instrumento de aplicación.



AVALADA POR LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL (WFMH)
SWS—SURVEY—forma GP^(C) (MÉXICO^{*})
(C) copyright 1994-2009 Rodolfo E. Gutiérrez & Robert F. Ostermann



La finalidad de esta encuesta es establecer la relación entre factores personales, sociales y de trabajo. Es importante que usted conteste **todas** las oraciones de una **manera franca**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Los datos serán manejados en **forma estrictamente confidencial**. Agradecemos de antemano su sincera disposición. (Tiempo aproximado: 15 a 20 minutos).

Profesión, actividad u oficio: _____ Puesto: _____

Organización o empresa: _____ Departamento: _____

Antigüedad en el empleo actual (años): _____ Iniciales: _____ FOLIO: _____

DATOS GENERALES

Por favor marque con una "X" la característica que lo describa y proporcione la información solicitada.

1. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino
2. Edad en años: _____
3. (1) Vive en pareja (2) Sin pareja
4. Último nivel de estudios terminado: (1) Primaria (2) Secundaria (3) Estudios técnicos (4) Bachillerato (5) Carrera técnica (6) Licenciatura (7) Especialización (8) Maestría (9) Doctorado (10) Postdoctorado
5. Mi turno de trabajo es: (1) Matutino (2) Vespertino (3) Mixto
6. Dependientes económicos directos (pareja, hijos, hermanos, padres): # _____
7. Hijos en edad escolar: # _____
8. Horas de trabajo remunerado a la semana: # _____
9. Tipo de ingreso: (1) Sueldo (2) Comisión (3) Sueldo y comisión (o compensación) (4) Honorarios
10. ¿Tiene una actividad adicional que complemente su ingreso? (1) Sí (2) No
11. En general, ¿qué tan satisfecho está con su trabajo? Algo 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... Mucho
- 12.- Considero que mi carga de trabajo es: Baja 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... Excesiva
- 13.-En los últimos 2 años mi nivel de estrés ha: Disminuido 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... Aumentado

A continuación se presentan unas oraciones y unos números que tienen un valor que va de uno a cinco y significan:

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Ocasionalmente 4 = Casi siempre 5 = Siempre

Ejemplo: "Me gusta ir al cine" 1 3 4 5

Ahora, por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una "X" la opción que en general mejor refleje su situación personal. **Conteste tan rápido y espontáneamente como le sea posible.**

1 (1)	Pienso que la mayoría de la gente que me rodea es amable	1	2	3	4	5
2 (5)	El trabajo que hago es digno	1	2	3	4	5
3 (6)	Tengo hábitos (o "tics") nerviosos	1	2	3	4	5
4 (9)	Manejo con objetividad los problemas que se me presentan	1	2	3	4	5
5 (20)	En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer	1	2	3	4	5
6 (22)	Hay armonía entre mi trabajo y mi vida familiar	1	2	3	4	5
7 (23)	Encuentro muchas cosas interesantes que hacer	1	2	3	4	5
8 (24)	Es molesto cuando la gente cambia de opinión	1	2	3	4	5
9 (25)	Una de las actividades más gratificantes de mi vida es mi trabajo	1	2	3	4	5
10 (26)	Pienso que los demás me respetan	1	2	3	4	5
11 (27)	Tengo compañeros leales y confiables	1	2	3	4	5
12 (34)	Siento que hay personas que me podrían "dar lata" sin motivo	1	2	3	4	5
13 (35)	Me agrada la forma como se hacen las cosas en mi trabajo	1	2	3	4	5
14 (36)	Le caigo bien a la gente con quien trabajo	1	2	3	4	5
15 (39)	Soy firme y determinante en mis decisiones	1	2	3	4	5
16 (40)	La gente en el trabajo aprecia lo que hago	1	2	3	4	5
17 (41)	Me culpo a mí mismo(a) de lo que pasa a mi alrededor	1	2	3	4	5
18 (42)	Me molesta tardarme en hacer ciertas cosas	1	2	3	4	5

R. E. Gutiérrez M. Fortín 38 Col. San Jerónimo, México, D.F. CP 10400 MÉXICO. Tels. (52-5) 5622 2324, (52-5) 5568 6560, FAX (52-5) 5568 6556, e-mail: rodolfo@unam.mx
 R. F. Ostermann 34 Farview Avenue South Paramus, New Jersey 07652 U.S.A. Tels. (201) 843 2673, (201) 843 2673, (201) 843 6950, FAX (201) 6922304, e-mail: rphd@sprynet.com

Prohibida la reproducción total o parcial sin el permiso escrito de los autores (Gutiérrez y Ostermann©)

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Ocasionalmente 4 = Casi siempre 5 = Siempre

19 ⁽⁴⁴⁾	Tengo cambios de humor súbitos	1	2	3	4	5
20 ⁽⁴⁷⁾	Considero que la vida a mi alrededor es armónica	1	2	3	4	5
21 ⁽⁴⁹⁾	Hago lo que haga en mi vida, siento que es insuficiente	1	2	3	4	5
22 ⁽⁵⁴⁾	Me molesta que las condiciones físicas de mi trabajo limiten mi desempeño	1	2	3	4	5
23 ⁽⁶²⁾	Busco el lado bueno de la vida	1	2	3	4	5
24 ⁽⁶³⁾	Hago lo que haga en el trabajo, mis logros son limitados	1	2	3	4	5
25 ⁽⁶⁴⁾	Me es difícil desprenderme de pensamientos que me molestan	1	2	3	4	5
26 ⁽⁶⁶⁾	Es difícil que me dé por vencido(a)	1	2	3	4	5
27 ⁽⁶⁸⁾	La vida se me dificulta cuando soy desorganizado(a)	1	2	3	4	5
28 ⁽⁷⁰⁾	Me encierro en mí mismo(a)	1	2	3	4	5
29 ⁽⁷¹⁾	Tengo arranques emocionales, me enojo, grito	1	2	3	4	5
30 ⁽⁷²⁾	Cuido de mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable	1	2	3	4	5
31 ⁽⁷³⁾	Pertenezco a un grupo que se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4	5
32 ⁽⁷⁴⁾	Camino con paso ligero y vivaz	1	2	3	4	5
33 ⁽⁸⁰⁾	Me es fácil mortificar a los demás o a mí mismo(a)	1	2	3	4	5
34 ⁽⁸¹⁾	Me molesta mi forma de enfrentar situaciones conflictivas	1	2	3	4	5
35 ⁽⁸³⁾	Los problemas en el trabajo se solucionan con el apoyo de todos	1	2	3	4	5
36 ⁽⁸⁴⁾	Me siento apoyado(a) por mi entorno familiar	1	2	3	4	5
37 ⁽⁸⁶⁾	Algunas personas con quienes trabajo son mis mejores amigos	1	2	3	4	5
38 ⁽⁸⁷⁾	Es frustrante saber que por donde vivo las cosas vayan mal	1	2	3	4	5
39 ⁽⁸⁸⁾	Tengo curiosidad por explorar cosas nuevas	1	2	3	4	5
40 ⁽⁸⁹⁾	Me siento mal y sin esperanza de mejorar	1	2	3	4	5
41 ⁽⁹⁰⁾	Mis problemas familiares me rebasan	1	2	3	4	5
42 ⁽⁹¹⁾	Disfruto de cantar, silbar y/o bailar	1	2	3	4	5
43 ⁽⁹²⁾	Siento que puedo fracasar porque tengo mala suerte	1	2	3	4	5
44 ⁽⁹⁴⁾	Me es fácil relajarme, jugar y divertirme	1	2	3	4	5
45 ⁽⁹⁵⁾	Me incomoda que el trabajo me obligue a hacer cosas contrarias a mis principios	1	2	3	4	5
46 ⁽⁹⁷⁾	Tengo confianza en mis habilidades	1	2	3	4	5
47 ⁽⁹⁸⁾	El trabajo interfiere con mis otras obligaciones	1	2	3	4	5
48 ⁽⁹⁹⁾	Estoy satisfecho(a) de pertenecer a una familia unida	1	2	3	4	5
49 ⁽¹⁰⁰⁾	El trabajo que tengo me da seguridad	1	2	3	4	5
50 ⁽¹⁰¹⁾	Me siento atrapado(a)	1	2	3	4	5
51 ⁽¹⁰³⁾	Me doy por vencido(a), quisiera huir	1	2	3	4	5
52 ⁽¹⁰⁹⁾	Estoy contento(a) en el lugar donde trabajo	1	2	3	4	5
53 ⁽¹¹³⁾	Siento que mi hogar es un lugar confortable	1	2	3	4	5
54 ⁽¹¹⁸⁾	Tengo buena salud física	1	2	3	4	5
55 ⁽¹²⁰⁾	Sé que cuando esté en problemas, alguien me apoyará	1	2	3	4	5
56 ⁽¹²¹⁾	Puedo recuperarme rápidamente de situaciones estresantes	1	2	3	4	5
57 ⁽¹²²⁾	A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mis obligaciones	1	2	3	4	5
58 ⁽¹²⁴⁾	Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor	1	2	3	4	5
59 ⁽¹²⁷⁾	En general me siento satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4	5
60 ⁽¹²⁸⁾	Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad	1	2	3	4	5
61 ⁽¹³⁰⁾	Río, sonrío, me siento feliz y despreocupado(a)	1	2	3	4	5
62 ⁽¹³²⁾	Me agradan las normas que hay en mi trabajo	1	2	3	4	5
63 ⁽¹³³⁾	Me mantengo en buena condición física	1	2	3	4	5
64 ⁽¹³⁴⁾	Me es fácil relajarme cuando lo requiero	1	2	3	4	5
65 ⁽¹³⁵⁾	Me siento amado(a) y atendido(a)	1	2	3	4	5
66 ⁽¹³⁷⁾	El trabajo me da la oportunidad de desarrollarme en diferentes aspectos	1	2	3	4	5
67 ⁽¹³⁸⁾	Siento que el mundo es amable conmigo	1	2	3	4	5
68 ⁽¹⁴⁰⁾	En el trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar	1	2	3	4	5
69 ⁽¹⁴¹⁾	Siento que puedo hacer realidad mis sueños	1	2	3	4	5
70 ⁽¹⁴²⁾	El trabajo me ayuda a mantenerme saludable	1	2	3	4	5
71 ⁽¹⁴³⁾	Me queda claro lo que tengo que hacer en el trabajo	1	2	3	4	5
72 ⁽¹⁴⁴⁾	Me mantengo sereno(a) en los conflictos	1	2	3	4	5

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = Ocasionalmente 4 = Casi siempre 5 = Siempre

73 (145)	Me molesta que haya tanta "grilla", intrigas y chismes en mi trabajo	1	2	3	4	5
74 (146)	Me afecta que la vida a mi alrededor sea tan desordenada	1	2	3	4	5
75 (147)	El tener que cambiarme de domicilio, trabajo o escuela, me incomoda	1	2	3	4	5
76 (152)	Disfruto lo que hago en mi trabajo	1	2	3	4	5
77 (154)	Tengo la capacidad de establecer metas realistas y alcanzables	1	2	3	4	5
78 (155)	Me afecta que las personas me molesten	1	2	3	4	5
79 (158)	Me angustia sentirme incapaz de manejar algunos problemas	1	2	3	4	5
80 (159)	Me es fácil encontrar un lugar tranquilo cuando lo deseo	1	2	3	4	5
81 (160)	En el trabajo la gente le da poco valor a lo que hago	1	2	3	4	5
82 (161)	En mi vida cotidiana hay ocasiones en que siento verdadero pánico y terror	1	2	3	4	5
83 (162)	Me acompaña el recuerdo de mis seres queridos	1	2	3	4	5
84 (163)	Aunque busco resolver los problemas con los demás, estos persisten	1	2	3	4	5
85 (164)	Me siento contento(a) de ser como soy	1	2	3	4	5
86 (165)	Me preocupa que realmente nadie me quiera como soy	1	2	3	4	5
87 (167)	Me inquieta pensar que puedan ocurrir calamidades	1	2	3	4	5
88 (170)	Mi sentido del bien y del mal me da confianza en la vida	1	2	3	4	5
89 (173)	Endurezco los músculos faciales, frunzo el ceño	1	2	3	4	5
90 (176)	Culpo a otros por mis problemas y fallas	1	2	3	4	5
91 (179)	Me siento seguro(a) en mi vecindario o colonia	1	2	3	4	5
92 (181)	Tengo con quien compartir mi vida plenamente	1	2	3	4	5
93 (183)	Puedo aceptar la presión cuando es necesario	1	2	3	4	5
94 (184)	Mantengo una relación sentimental gratificante	1	2	3	4	5
95 (185)	Apenarme en ocasiones limita mis potencialidades	1	2	3	4	5
96 (186)	Me siento lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida	1	2	3	4	5
97 (187)	Creo que podré resolver cualquier problema de una manera u otra	1	2	3	4	5
98 (180)	Me perturba estar forzado(a) a ocultar mis sentimientos	1	2	3	4	5
99 (194)	Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida	1	2	3	4	5
100 (195)	Estar con mis amigos(as) me resulta gratificante	1	2	3	4	5
101 (197)	Tengo una vida razonablemente organizada	1	2	3	4	5
102 (198)	En situaciones de crisis, pierdo el control	1	2	3	4	5
103 (199)	Para cumplir conmigo mismo(a) me exijo un esfuerzo adicional	1	2	3	4	5
104 (200)	Me afecta que la gente a mi alrededor grite o pelee	1	2	3	4	5
105 (201)	Me cuesta trabajo captar a la primera nuevos conceptos	1	2	3	4	5
106 (202)	Mi forma de ser me causa muchos problemas	1	2	3	4	5
107 (203)	Me preocupa que mi apariencia incomode a los demás	1	2	3	4	5
108 (204)	Tengo padecimientos que me complican la vida	1	2	3	4	5
109 (205)	Me angustia hablar en público	1	2	3	4	5
110 (206)	Siento que mis relaciones interpersonales van de mal en peor	1	2	3	4	5
111 (207)	Ante la desorganización de la ciudad, quisiera irme de aquí	1	2	3	4	5
112 (208)	Me angustian los constantes incrementos del costo de la vida	1	2	3	4	5
113 (209)	La inseguridad de las calles limita mi vida social	1	2	3	4	5
114 (210)	Tengo que realizar actividades o frecuentar personas o lugares que me estresan	1	2	3	4	5
115 (211)	Para cubrir mis necesidades tengo que buscar otras fuentes de ingreso	1	2	3	4	5
116 (212)	En mi trabajo falta quién dirija realmente las cosas	1	2	3	4	5
117 (213)	Me afecta que me proporcionen lo mínimo para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5
118 (214)	Siento que hay favoritismos en el trabajo al asignar los estímulos	1	2	3	4	5
119 (215)	Los ritmos y tiempos impuestos por el trabajo me agobian	1	2	3	4	5
120 (216)	Me frustra que mi formación sea incongruente con lo que hago	1	2	3	4	5
121 (217)	Me preocupa que en mi trabajo las posibilidades de avanzar sean pocas	1	2	3	4	5
122 (218)	En mi trabajo siento que la supervisión es excesiva	1	2	3	4	5
123 (219)	Estoy contento(a) con lo que tengo actualmente	1	2	3	4	5
124 (220)	El entorno social que me rodea dificulta mis actividades diarias	1	2	3	4	5

Pase a la siguiente página →

FORMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SWS
(Gutiérrez & Ostermann©1994)



SWS –Escala APS
(Adaptación de Gutiérrez y
Romero, 2005)



Marque con una "X" la opción que mejor evalúa su desempeño en su trabajo.

	POBRE	EXCELENTE
CANTIDAD (De trabajo)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
CALIDAD (Sin errores)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
MORAL/ACTITUD (Hacia mi trabajo, compañía, personal)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
DISCIPLINA (Sigue reglas)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
TRABAJO EN EQUIPO (Participa)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
RESPONSABILIDAD (Trabaja sin supervisión)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
ASISTENCIA (Llega a tiempo y permanece en el trabajo)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
INICIATIVA (Trabaja por su cuenta más de lo especificado)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
ORGANIZACIÓN (Limpio, ordenado)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
EFICIENCIA (No desperdicia material / tiempo)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
RITMO (Rápido, dispuesto, alerta)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
COOPERACIÓN (Proactivo, sin quejas)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	
COMPROMISO (Involucramiento con la institución / compañía o empresa)	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7	

Si en los últimos dos años usted ha padecido **afecciones de su estado de salud** que pudiera atribuir al estrés, por favor ponga una cruz en los cuadros correspondientes.

Subraye los síntomas de cada afección (puede marcar más de una).

	SI	NO
1.- Cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, taquicardia, dolor de cabeza, migrañas, colesterol, triglicéridos etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Respiratorios (asma, hiperventilación, palpitaciones, dificultad para respirar, resfriados o gripes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Gastrointestinales (úlceras, colon irritable, colitis, gastritis, diarreas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Musculares (tics, temblores, contracturas, lumbalgias, entumecimiento u hormigueo en extremidades, dolor de cuello, espalda, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Dermatológicos (salpullido, eccema, urticaria, acné, psoriasis, dermatitis nerviosa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Personales (disminución del deseo, eyaculación precoz, impotencia, frigidez, coito doloroso, vaginismo, síndrome premenstrual, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Psicológicos (olvidos, irritación, hipersensibilidad, ansiedad, agresión, apatía, sentimientos de desesperación, de frustración, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Algún otro no considerado? (por ejemplo: diabetes, infecciones, tumores, artritis, etc.) Especifique cuál: _____		
9.- ¿Ha faltado por enfermedad en los últimos dos años? Especifique: _____		
10.- ¿Qué cosas, situaciones o factores le han causado estrés en el último año?:		
a) En general _____		
b) En el trabajo _____		
Presión D: _____ S: _____ P: _____		

¡Gracias por su participación!!!