



UNAM IZTACALA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**"RELACIÓN ENTRE EFECTOS NEGATIVOS DE TIPO
PSICOLÓGICO, PATRON DE CONDUCTA TIPO A, APOYO
SOCIAL Y SALUD EN UN GRUPO DE ENFERMERAS"**

REPORTE DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

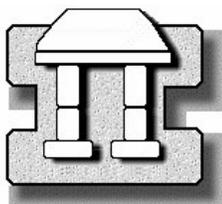
AILEEN SALAZAR FRANCO

ASESORES:

Lic. Martha Rodríguez Cervantes

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Lic. Irma Beatriz Frías Arroyo



LOS REYES IZTACALA

ABRIL 2005



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.

DEDICATORIA

Para todas aquellas enfermeras
que dedicaron un poco de su tiempo
para la realización del presente estudio,
cuya labor es tan poco valorada y agradecida; y en especial:

A mi madre:

Este trabajo es para ti, que has sabido ser una mujer fuerte y valerosa,
un ejemplo en toda la extensión de la palabra, por ser en todo momento
amiga, compañera, confidente y cómplice.
Por haberlo inspirado, así como todos los logros que hasta hoy he tenido,
porque a través de éste trabajo he podido entenderte mejor y
valorar todos los sacrificios que en nombre del amor
que nos tienes has debido hacer.

CON TODO MI AMOR, MIL GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo:

Porque este logro no es exclusivamente mío,
es compartido, porque has sabido entender la necesidad
que significaba para mí.

Por significar la esperanza de un futuro juntos
y sobre todo por ser el hombre generoso, noble y bueno
al que amo y con el que pasaré el resto de mi vida.

TE AMO, GRACIAS

AGRADECIMIENTOS

**A mi hermana Karla, Isaac,
mis sobrinos Dessy, Gus y Juanito:**

Porque sé que en todo lo que emprenda
Ustedes estarán conmigo, apoyándome y
Mostrándome que no importa
cuán lejos me encuentre siempre
seré parte de ustedes y ustedes de mí.

GRACIAS LOS QUIERO MUCHO

A mis abuelos:

Porque de ustedes aprendí
lo que es la perseverancia,
por amarnos incondicionalmente,
por la fuerza que imprimen en mi vida y
sobre todo por la familia que nos dieron.

GRACIAS

**Gracias a Minerva, Diana, Judith, Aida,
Xochitl, Sergio y Adolfo:**

Por haber impulsado mis deseos de crecer
en mi carrera profesional y de vida;
por el respeto que me inculcaron hacia ella y
por los ejemplos que me han
dado a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Toñita, Armando y Lucy:

Gracias por el impulso y apoyo
que le han dado a mi matrimonio y mi vida.

Porque me han enseñado
que no sólo los lazos de sangre son fuertes,
también lo son los del corazón.

A Victor:

Porque a través de los años
has compartido momentos buenos y malos;
porque has sabido ser un gran amigo y confidente.
MIL GRACIAS POR EL APOYO QUE ME DISTE

A Mis Amigos Y Compañeros:

Gracias por compartir conmigo este momento
y los de los últimos 6 años;
porque ustedes también son familia del corazón.
Los quiero mucho y cuenten conmigo.

A los que de una u otra
manera me ayudaron en este camino
siempre estaré en deuda con ustedes.
Connie, D.A.M., profesores

Gracias

AGRADECIMIENTOS

Martha, Leo y Bety:

Porque más que asesores
han sido amigos en tiempos difíciles,
por su tiempo, paciencia y dedicación en mi tesis,
sobre todo por enriquecer mis conocimientos
con sus comentarios, ha sido un honor recibirlos.
MIL GRACIAS

Arturo:

Un agradecimiento especial para ti,
Por todo el apoyo y orientación
que de forma desinteresada me otorgaste
durante el tiempo en el proyecto.
Me siento honrada por
conocerte y considerarte mi amigo.
GRACIAS

A Zayra:

Muchas gracias por el apoyo
Que aún sin conocerme me ofreciste;
Es invaluable.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo I. Salud y trabajo.....	10
1.1 Concepto de salud	
1.2 Modelos explicativos del proceso de Salud - Enfermedad	
1.3 Concepto de Trabajo	
1.4 Relación entre salud y trabajo	
1.5 Historia de la Salud Ocupacional	
Capítulo II. Efectos del trabajo.....	33
2.1 Efectos negativos de tipo físico	
2.2 Clasificación de los efectos negativos de tipo psicológico	
2.2.1 Fatiga	
2.2.1.1 Efectos de la fatiga en la salud de los trabajadores	
2.2.2 Monotonía	
2.2.3 Estrés	
2.2.3.1 Efectos del estrés en la salud de los trabajadores	
2.2.4 Burnout	
2.2.4.1 Efectos del burnout en la salud de los trabajadores	
2.3 Criterio diferencial de los efectos negativos	
2.4 Modelos de análisis del trabajo	
2.4.1 Modelos específicos del estrés y el burnout	
2.4.2 Modelos globales de análisis del trabajo	

2.5 Instrumentos de análisis del trabajo

Capítulo III. Desencadenantes, facilitadores y moderadores de los efectos negativos del trabajo..... 88

- 3.1 Principales desencadenantes de los efectos negativos de tipo psicológico
 - 3.1.1 Ambiente físico de trabajo y contenidos de la tarea
 - 3.1.2 Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera
 - 3.1.2 Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales
- 3.2 Principales facilitadores de los efectos negativos de tipo psicológico
 - 3.2.1 Variables de carácter demográfico
 - 3.2.2 Variables de personalidad
 - 3.2.3 Estrategias de afrontamiento
- 3.3 Principales moderadores de los efectos negativos de tipo psicológico
 - 3.3.1 Control sobre la carga de trabajo
 - 3.3.2 Socialización en el trabajo
 - 3.3.3 Etapa de la carrera profesional
 - 3.3.4 Resistencia
 - 3.3.5 Autoestima
 - 3.3.6 Locus de control interno
 - 3.3.7 Estilos de afrontamiento
 - 3.3.8 Apoyo social
- 3.4 El Apoyo Social como moderador de los efectos negativos de tipo psicológico
 - 3.4.1 Definición del apoyo social
 - 3.4.2 Tipos de apoyo social
 - 3.4.3 Funciones del apoyo social en la relación efectos negativos-daños a la salud
- 3.5 El Patrón de Conducta Tipo "A" como facilitador de los efectos negativos de tipo psicológico
 - 3.5.1 Definición del Patrón de Conducta Tipo "A"

3.5.2	Componentes del Patrón de Conducta Tipo "A"	
3.5.3	El patrón de Conducta Tipo "A" como facilitador	
3.6	Relación entre los desencadenantes, facilitadores, moderadores, efectos negativos del trabajo y salud	

Capítulo IV. Estudio: “Trabajo sanitario: relación entre los efectos psicológicos negativos, conducta A y apoyo social”136

4.1	Método	
4.2	Procedimiento	
4.3	Análisis de resultados	
4.4	Discusión y conclusiones	

Bibliografía	179
---------------------------	-----

Anexos	201
---------------------	-----

Resumen

El estudio analizó la relación entre Efectos Negativos de Tipo Psicológico, Patrón de Conducta Tipo A, Apoyo Social de Jefes/compañeros y Salud Percibida; dentro del marco del Modelo Biopsicosocial de la Salud en un grupo de enfermeras del sector público y privado. La muestra fue intencional de 57 sujetos, encontrándose que el apoyo social se relacionó con el estrés, monotonía y la fatiga; mientras que los síntomas de salud se relacionaron negativamente con los efectos negativos; además el Patrón de Conducta se relacionó positivamente con los síntomas respiratorios y negativamente con la fatiga. Los Hábitos de salud se relacionaron negativamente con el burnout. Se concluyó que las características propias del trabajo sanitario, influyen en la percepción de síntomas de salud; aunado a lo anterior, el apoyo social es percibido por las enfermeras como un estresor por lo que cualquier intervención debe tomar en cuenta que el apoyo sólo puede ser usado, si éste proviene de fuentes extraorganizacionales, además se hace necesaria la revisión de los instrumentos y la investigación de la automedicación.

INTRODUCCIÓN

La salud ha sido un tema controversial desde los inicios de la ciencia, debido principalmente a los factores económicos, culturales, sociales y religiosos; los cuales han influido en la concepción que se tiene de ella.

En los inicios de la humanidad, la enfermedad (como contrario a la salud) era explicada como un fenómeno que obedecía a un desequilibrio entre los humores, el estado emocional y el medio; después se conceptualizó como un estado físico provocado por el influjo de demonios o espíritus; para posteriormente, recurrir a las explicaciones naturales derivadas de los descubrimientos físicos, químicos y matemáticos, explicaciones que hacían énfasis en la existencia de un agente infeccioso causante de la enfermedad.

Es en éste momento donde se fundamenta la visión biomédica, la cual conceptualiza a la salud como la ausencia de enfermedad; sin embargo, ha ido modificándose gracias a la influencia de las ciencias sociales y de la conducta; llegando a ser en el momento actual una visión integrativa, en la cual la salud ya no se conceptualiza como ausencia de enfermedad; sino como un proceso cambiante y evolutivo (en el Capítulo I se profundiza más en el tema).

En éste marco se desarrolla un modelo explicativo de la salud- enfermedad, el modelo biopsicosocial, el cual contempla la influencia de los distintos niveles biológico, ecológico, cultural, psicológico y social en sus diferentes componentes. Todos ellos se muestran como entidades interrelacionadas y por lo tanto, dependientes. En éste momento el concepto de salud cambia considerándose por la Organización Mundial de la Salud (1974) como:

"La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades".

Esta definición permitió el análisis de los diferentes aspectos de la vida humana que influyen en el proceso de salud enfermedad. Uno de ellos es el trabajo, el cual se conceptualiza de acuerdo con Martínez Cortés (1980) como:

"toda actividad en la que existe un contrato, escrito o no. Mediante el cual una persona se compromete a desempeñar ciertas tareas por determinado tiempo, mediante el pago de cierta cantidad de dinero, y que desempeña dicha actividad en comunidades llamadas centros de trabajo" (p. 9).

Su importancia radica en que al considerarse que la población adulta le dedica más de la mitad de su tiempo de vigilia, durante dos terceras partes de su vida; afecta a los trabajadores de muy diversas maneras, influyendo en su percepción económica, sus hábitos alimenticios y hasta en su estado emocional, todo lo cual a su vez influye en la salud física y mental (todo lo cual se aborda en el Capítulo I).

Es por ello que, debido a los costes económicos y sociales de los padecimientos derivados del trabajo, se desarrolló dentro de la salud pública una nueva disciplina científica que se ocupa específicamente de las relaciones entre el trabajo y la salud; la Salud Ocupacional, la cual es definida por la OMS como:

"la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. La prevención entre los trabajadores de desviaciones de la salud causadas por sus condiciones de trabajo. La protección de los trabajadores en su empleo de riesgos resultantes de factores adversos a su salud. La ubicación y mantenimiento del trabajador en un ambiente ocupacional adaptado a su condición fisiológica y, para resumir, la adaptación del trabajo al hombre: su ocupación" (citado en: Szpirman, 2000 pp. 133)

Dicha disciplina se aboca, como su definición lo menciona, a la detección de riesgos a la salud de los trabajadores (sea física o mental). Por ello, uno de sus objetivos principales es la detección y prevención de los llamados efectos negativos del trabajo, los cuales son definidos por Almirall (1993) como:

“efectos no deseados, que se reflejan en la eficiencia y los estados de ánimo del trabajador, se manifiestan durante y después del trabajo y sus manifestaciones se expresan en los diferentes niveles funcionales del hombre”.

Dichos efectos a su vez pueden dividirse en físicos y psicológicos (los cuales se abordan en el Capítulo II); los primeros se caracterizan por tener una relación directa con los estímulos del ambiente laboral, motivo por el cual se encuentran contemplados en la Ley Federal del Trabajo como enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

El segundo tipo corresponde al objetivo del presente trabajo, siendo los principales: el estrés, la fatiga, la monotonía y el burnout; los cuales tienen características específicas y diferenciales.

El estrés se conceptualiza según Lazarus y Folkman (1984), como una interacción dinámica desfavorable entre el sujeto y el ambiente, que es percibida por el sujeto como amenazante y desbordante de sus recursos. Los efectos del estrés en la salud son diversos, pueden ir desde físicos (los trastornos musculoesqueléticos, enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, entre otros), psicológicos, cognitivos (adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas), emocionales (numerosos trastornos de salud mental que varían desde la pérdida del autoestima y estados de ansiedad hasta trastornos depresivos y el suicidio) y conductuales (consumo de alcohol y tabaco en forma excesiva, drogodependencia, entre otros).

Por su parte, la fatiga mental se considera como una disminución en la eficiencia funcional del trabajador, manifestada por una disminución en la productividad, así como mayor índice de errores en la ejecución (Arquer, s/f). Las afectaciones en la salud de éste efecto negativo son: falta de concentración, consumo excesivo de tabaco y alcohol, afectaciones físicas como los desórdenes musculoesqueléticos, circulatorios, entre otros.

En la monotonía existe un vacío conceptual, ya que es considerada en muchos casos como un síntoma de otros efectos; sin embargo, según Almira (1993) en la actualidad se ha llamado monotonía a un estado relativamente pasajero de la actividad psicofísica, caracterizada por una disminución de la misma y un sentimiento de apatía, indiferencia hacia la actividad. Debido al ya mencionado vacío, no existen estudios específicos de sus síntomas y afectaciones.

El burnout, por otra parte, ha tomado gran fuerza en los últimos años debido en gran parte a los daños que ocasiona principalmente en los trabajadores cuyo objeto de trabajo son las personas; por ello existen innumerables definiciones, de las cuales la más aceptada es la de Maslach y Jackson:

"Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que se desarrolla en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas (1981, Citado en Gil- Monte y Peiró, 1997).

Para muchos autores, el burnout es el resultado de un estrés prolongado, por lo que se considera como el último eslabón de la cadena de desgaste; siendo sus resultados en la salud:

- **Psicosomáticas:** fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos de sueño, úlcera u otros trastornos digestivos, cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales.
- **Conductuales:** absentismo, violencia, abuso de fármacos o alcohol, conductas suicidas, conflictos familiares y matrimoniales.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, dificultad para concentrarse, entre otros.
- **Signos defensivos:** negación, supresión, desplazamiento, etc (Unión General de Trabajadores, s/f) (para ampliar más sobre el tema leer Capítulo II).

Los diversos investigadores han encontrado que en la relación efectos negativos- salud existen diversas variables que intervienen, dichas variables han

sido denominadas genéricamente desencadenantes, facilitadoras y moderadoras (Capítulo III).

Las variables desencadenantes son todas aquellas variables del ambiente laboral que provocan la aparición de efectos negativos, ejemplos de éstas son: el ruido, iluminación, posturas incómodas, ambigüedad de rol y funciones, relaciones interpersonales, entre otras.

Por otro lado, se ha llamado variables facilitadoras a todas aquellas variables provenientes del individuo, que lo hacen vulnerable o propician la aparición de los efectos negativos, tales como las variables de personalidad, recursos de afrontamiento y variables sociodemográficas.

Por último, las variables moderadoras son aquellas que pueden disminuir o evitar la aparición de los efectos, éstas son: control sobre la carga de trabajo, socialización en el trabajo, etapa de la carrera profesional, resistencia, autoestima, locus de control interno, estilos de afrontamiento y apoyo social.

La relación entre las diferentes variables es la siguiente, los desencadenantes funcionan como elementos del ambiente que el sujeto no puede cambiar y que afectan su salud provocándole inicialmente, los efectos negativos; sin embargo, la presencia de rasgos de personalidad pueden provocarlos -por ejemplo, el Patrón de Conducta Tipo A - o evitarlos -por ejemplo, un estilo de afrontamiento enfocado en el problema- ésta es la función facilitadora.

Una vez que los desencadenantes actúan en combinación con los facilitadores, existe la posibilidad de que exista un tercer grupo de variables, los moderadores; los cuales pueden disminuir la presencia de daños en la salud o incluso eliminarlos, actuando en dos puntos de la cadena: entre los desencadenantes y los efectos negativos, o entre los efectos negativos y los daños a la salud.

Dentro de las variables facilitadoras se encuentra el Patrón de Conducta Tipo A, el cual es una de las variables más estudiadas, debido a su relación con los padecimientos cardiovasculares; su definición es:

"un complejo particular de acción- emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un número de cosas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo ambiente" (Friedman y Rosenman, 1974; citados en Esteve, 1997; p. 145)

La relación de éste facilitador con los efectos negativos no ha sido totalmente esclarecida, por lo cual se ha tomado como uno de los ejes a analizar; siendo los principales hallazgos en el ámbito ocupacional que se les ha relacionado con trastornos de la presión diastólica y sistólica, infarto agudo de miocardio, angina de pecho y muerte súbita; todos ellos propiciados o desencadenados por la presencia de conducta Tipo A (Beneit, 1994; Weidner, Bughal, Connor, Pieper, Mendell, 1997; Richard's y Giles, 2000; Bages, Feldman y Chacón, 1995).

En cuanto a los moderadores, el más importante de todos es el apoyo social, ya que se ha encontrado que su existencia o no puede funcionar tanto como facilitador, como moderador; sin embargo ninguna de las dos hipótesis a sido probada concluyentemente. Dentro del apoyo social, lo más importante es la percepción que se tiene de él, siendo más propicio a presentar efectos el sujeto que tiene una percepción de pocas posibilidades de apoyo.

Los diferentes investigadores han relacionado al apoyo social como moderador con los factores de riesgo de enfermedades cardiacas, el estrés, los síntomas depresivos y del estrés, la satisfacción laboral y con los daños a la salud mental ocasionados por la violencia laboral (Coffey y Coleman, 2001; Aranda, Castaneda, Lee y Sobel, 2001; Jerome, 2000; Richard's y Giles, 2000; Evans y Steptoe, 2001; Parra y Paravic, 2002; Baruch- Feldman, Brondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002;

Schat y Kevin, 2003); entre otros, sin embargo, dicha relación no ha resultado concluyente (este tema se aborda ampliamente en el Capítulo III).

Los aspectos antes mencionados se relacionan directamente con el tipo de actividad que se realice; es por ello, que se ha considerado que el tipo de trabajo tiene una relación directa con el tipo de padecimientos que se presenten.

En éste sentido, una de las poblaciones que se considera de riesgo, son las enfermeras, debido a que tienen un contacto directo con los pacientes y los agentes biológicos patológicos derivados de las enfermedades que tratan, se encuentran en medio de gran tensión mental y física, se presenta frecuentemente ambigüedad de rol y funciones, trabajan por turnos, su actividad implica poco control sobre la tarea, además de tratarse de una actividad propiamente femenina y con las condiciones de género muy marcadas, tales como la doble jornada, la extensión de actividades domésticas al ámbito laboral, entre otras (para ahondar en éste tema ver Capítulo III).

A pesar de ello, han sido poco estudiadas en nuestro país, y en muchas ocasiones con deficiencias metodológicas como: usar instrumentos de origen extranjero, confundiendo los efectos y sus sintomatologías, además de conformarse solo con la medición de variables aisladas. Todo lo anterior ha llevado a un cuerpo teórico parcializado e incoherente, ya que los hallazgos no permiten una visión global del problema (este problema se aborda en el Capítulo IV).

Por ello, en la presente investigación se evaluaron de manera diferencial los efectos negativos de tipo psicológico en una población de enfermeras, además de evaluar la relación que existe entre la percepción de apoyo social proveniente de los compañeros y jefes/supervisores, el Patrón de Conducta Tipo A y la salud percibida; encontrando que la percepción de salud está mediada por aspectos de

género, automedicación, entre otros, por lo que a medida que aumentan los efectos la percepción de síntomas de salud disminuyen.

Aunado a lo anterior, el apoyo social es percibido como un estresor, por lo que en éste caso no se encontró función moderadora. En éste sentido se discuten las posibles variables metodológicas que influyeron en dichos resultados así como recomendaciones para futuros estudios (cuestión que se muestra en el Capítulo IV).

CAPÍTULO I. SALUD Y TRABAJO

El trabajo y la salud son dos aspectos estrechamente relacionados, el trabajo permite desarrollar capacidades físicas e intelectuales aunque también puede constituir una fuente de riesgo para la salud. En este capítulo se tratará de definir estos dos conceptos para un mejor entendimiento.

1.1 Concepto de salud

A lo largo de historia de la humanidad, el interés por la salud y la enfermedad ha sido motivo de preocupación pues son cualidades inherentes al ser humano.

El concepto de salud ha sido conceptualizado de diversas formas según la época, por ejemplo, en las primeras sociedades se atribuía la enfermedad a la presencia de demonios y otras fuerzas espirituales que poseían el cuerpo siendo la curación su expulsión del individuo. Los curanderos y brujos, eran los únicos capaces de mantenerla o provocar su contraparte (Reynoso y Seligson, 2002). En esta etapa el conocimiento médico era transmitido a los elegidos de forma verbal y a través de la observación, con lo que se aseguraba que el conocimiento no saliera del control de los curanderos o brujos.

Los griegos fueron los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural. Hipócrates con su teoría de los humores trata de explicar a la enfermedad como un desequilibrio resultado de la interacción entre los humores que circulaban en el cuerpo y elementos del ambiente; siendo la salud el equilibrio entre los mismos (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000)

Más adelante en la época del oscurantismo o edad media, la forma de conceptualizar la salud y la enfermedad retornó a la de los brujos y curanderos, hasta que algunos de ellos se incorporaron a la religión, agregándole un nuevo matiz a la enfermedad, en ese momento se le entendía como un producto de

fuerzas espirituales o demoníacas, producto de un castigo a una infracción de las leyes divinas cometida por el sujeto, así las alternativas terapéuticas se ampliaron incluyéndose: la comunión, el agua bendita y los exorcismos (Reynoso y Seligson, 2002).

En el renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. A partir del siglo XVI la medicina inicia su etapa precientífica, basada en estudios de matemáticas, física, química, el descubrimiento del microscopio y los estudios de Pasteur en bacteriología, los estudios de Morgagni en autopsias y Virchow en patología (Reynoso y Seligson, op cit.).

Posteriormente, en el siglo XIX, con el desarrollo de la teoría del germen infeccioso, se habla de que la presencia de los agentes infecciosos son la causa la enfermedad; por ello se parte de la salud como ausencia de enfermedad (Martínez y Rubio,).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, el concepto de salud empieza a cambiar gracias a los estudios de la Psicología Clínica; los cuales llevaron a la conclusión de que los problemas mentales tenían concomitantes físicos lo cual derivó en la creación de la Medicina Comportamental y la Psicología de la Salud como respuesta a la ineficacia del modelo médico para resolver los problemas de la población actual (Becoña, Vazquez y Oblitas, 2000).

En este momento es que el concepto de salud se diversifica debido a la participación de las diferentes disciplinas científicas, donde cada una propone su propia definición, mismas que se presentan en la tabla 1.1.

Tabla 1.1 Concepto de salud según diferentes disciplinas

Perspectiva teórica	Autores	Definición
Sociología	Baranowski (1981, citado en: Segall y Chapell, 2000)	<i>La salud se refiere a: “la habilidad de adaptarse a un continuo cambio físico, social y personal” (pp. 47)</i>
Social ecológica	Capote Mir (1988; citado en: Hernández y Chacón, 1998)	<i>...“la salud es una categoría biológica y social que está en contradicción dialéctica con la enfermedad y expresa además el nivel de bienestar físico, mental y social de los individuos, las familias y los grupos humanos unidos por el trabajo o hábitat común. Es variante dependiendo el momento histórico de las sociedades y constituyéndose además en un derecho humano y un inestimable bien social”.... (p. 5)</i>
Socio cultural	Fernández y Buela (citado en Buela, Fernández y Carrasco, 1997)	<i>“una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad” (p. 118).</i>
Socio médica	Torres y Beltrán (1986)	<i>“se considera a la salud – enfermedad como un proceso social determinado por la estructura económica de la sociedad, en donde se toman en cuenta categorías como modo de producción, modo de vida dominante, relaciones de producción.” (p. 13)</i>

Perspectiva teórica	Autores	Definición
Medicina social	Hernan (1992)	<i>“... no es el efecto de una causa determinada, sino que es el producto global y total de la vida social, con dimensiones y asociaciones diferentes en cada situación dada” (pp. 37)</i>
Biopsicosocial	Engel (1997, citado en: Martínez y Rubio, s/f)	<i>el proceso de salud- enfermedad puede ser : “el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma (la enfermedad)” (p. 4)</i>

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1974; citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) intentó unificar lo propuesto por las diferentes perspectivas, reconociendo la influencia de los factores sociales y psicológicos además de los biológicos y propone la siguiente definición de salud:

“La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades” (p. 12).

Al respecto, González (1993), menciona que la salud debe considerarse como proceso más que como producto, dividiéndose en salud mental (procesos psicológicos involucrados en la vida del individuo) y somática (aspectos biológicos del funcionamiento orgánico) donde ambos se interrelacionan y modifican llegando a afectar la salud del sujeto.

Dentro del concepto de salud deben retomarse cuatro aspectos:

- La salud es un proceso en el que múltiples factores intervienen llegando a una integración funcional; en el cual el individuo participa de

manera activa y por lo tanto, el concepto de normalidad se encuentra fuera de lugar.

- Además, el sujeto participa de forma activa consciente en esta integración, siendo esta última un proceso en desarrollo constante.
- Esta participación tiene un efecto en la salud del individuo, pero no sólo se determina por ella, sino también por factores como los genéticos, sociales y psicológicos implicados en sus actividades.
- Y por último, es un funcionamiento que aumenta y optimiza los recursos para disminuir su vulnerabilidad ante los agentes mórbidos, por lo que concluye que el estado de salud no puede ser limitado a la ausencia de síntomas.

En éste sentido, para Lopategui (2000) en el proceso de salud enfermedad intervienen factores intrínsecos (características biológicas, así como las diferentes etapas del ciclo biológico), extrínsecos (medio ambiente y asistencia sanitaria) y factores culturales (estilos de vida, entendidos como los hábitos tanto individuales como colectivos frecuentes en un medio sociocultural determinado). Los cuales, se interrelacionan y son dependientes de los factores económicos globales y los factores culturales.

A continuación se abordarán los diversos modelos explicativos del proceso salud enfermedad

1.2 Modelos explicativos del proceso de salud - enfermedad

A lo largo del siglo XX, el modelo biomédico ha permitido a la medicina conquistar o controlar muchas de las enfermedades que han asolado a la humanidad.

La noción de que las enfermedades están causadas por un agente patógeno específico, un organismo causante de la enfermedad, estimuló el desarrollo de

fármacos sintéticos y tecnología médica, que a su vez, incrementa la creencia de que muchas enfermedades pueden curarse. Sin embargo, la creencia de que la enfermedad resulta rastreable hasta encontrar un agente específico pone todo el énfasis en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

De esta manera se le empezó a dar más peso al aspecto biológico, donde la salud de los individuos era exclusivamente asunto médico, el cual buscaba las causas de la enfermedad en los determinantes biológicos e individuales, descartando así los factores sociales que generan cualquier enfermedad.

En este sentido, se puede afirmar que la visión biomédica ofrece un panorama limitado para el entendimiento del proceso de salud- enfermedad, ya que al considerar al individuo sano como aquel que no presenta una enfermedad deja de lado aspectos tales como los efectos negativos del trabajo, los cuales si bien no son factores causales de enfermedad sí se encuentran asociados con el desarrollo de padecimientos graves de salud mental (como se verá más adelante).

Atendiendo a la limitación del modelo biomédico, surgen nuevos modelos para explicar el proceso salud enfermedad.

Uno de ellos es el modelo ecológico, el cual admite la existencia de tres elementos que interactúan en el proceso de salud- enfermedad: el agente, huésped y medio ambiente (con lo que se admiten múltiples causas a un solo efecto) (Hernández y Chacón, 1998).

Una variante del modelo anterior es el llamado Socio- Ecológico, el cual consiste en el cambio de un agente infeccioso a una conducta personal que favorece la presentación de enfermedades.

Otro modelo que intenta explicar el proceso salud enfermedad es modelo socio-cultural en el cual se atribuye mayor peso a los factores ecológicos y socioculturales dentro de la génesis y mantenimiento de un estado de salud y/o enfermedad. Ribes (1990) menciona que el modelo sociocultural de la salud remarca la importancia de las condiciones prácticas de vida (medio físico y prácticas socioculturales) como auspiciadoras o responsables de las alteraciones en la salud biológica. Dentro de dicho modelo, la experiencia del individuo es muy importante, así como también los aspectos relacionados con el ambiente físico, es decir tanto las características de temperatura, humedad, drenaje, como las características del ambiente práctico (prácticas sociales y culturales de una sociedad dada).

Al respecto Hernan (1992) menciona que las perspectivas médicas han ido cambiando surgiendo el modelo anteriormente mencionado, donde las características de una sociedad dada producen perfiles de salud - enfermedad específicos, siendo para él el proceso de salud- enfermedad:

“un conjunto de “determinaciones sociales” (causalidad) que operan en la formación social específica y que producen en los diversos grupos de la sociedad la aparición de “riesgos” o elementos potencialmente nocivos para la ecología del ser humano o viceversa, produce la aparición de elementos favorables para la salud y a la vida....(pp. 34- 35)”.

Más adelante se propone un nuevo modelo, el biopsicosocial, que intenta conjugar las variables inmersas en la génesis de proceso salud enfermedad, haciendo hincapié en la salud positiva y contemplando la enfermedad, como resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales. En él se entiende a la salud como el resultado del grado de adaptación del organismo a su ecosistema, a corto, medio y largo plazo (Santacreu, Márquez y Zaccagnini, 1989; citados en: Martínez- Donate y Rubio, s/f)

Este se fundamenta en la teoría de los sistemas y basa su explicación en dos niveles, el micro nivel (comprendiendo desde factores biológicos de índole

fisiológica, hasta factores atómicos y sub- atómicos) y el macro nivel en el cual se incluyen los sistemas ecológicos. Sus características principales son la aceptación de que la salud- enfermedad tiene múltiples causas y múltiples efectos, así como la no distinción entre mente y cuerpo, ya que acepta una conexión entre los eventos mentales y los cambios biológicos (Banyard, 2002, pp. 10). Una esquematización de la interrelación de los principales sistemas se muestra en la figura 1; en la cual se muestra que los aspectos individuales, sociales y ecológicos tienen una relación en la cual se afectan mutuamente así como secuencialmente. Un cambio en el ambiente físico o ecológico afecta a las estructuras sociales, y estas a su vez afectan al individuo en su estructura emocional, física y biológica, pudiendo ser el ciclo en forma inversa.

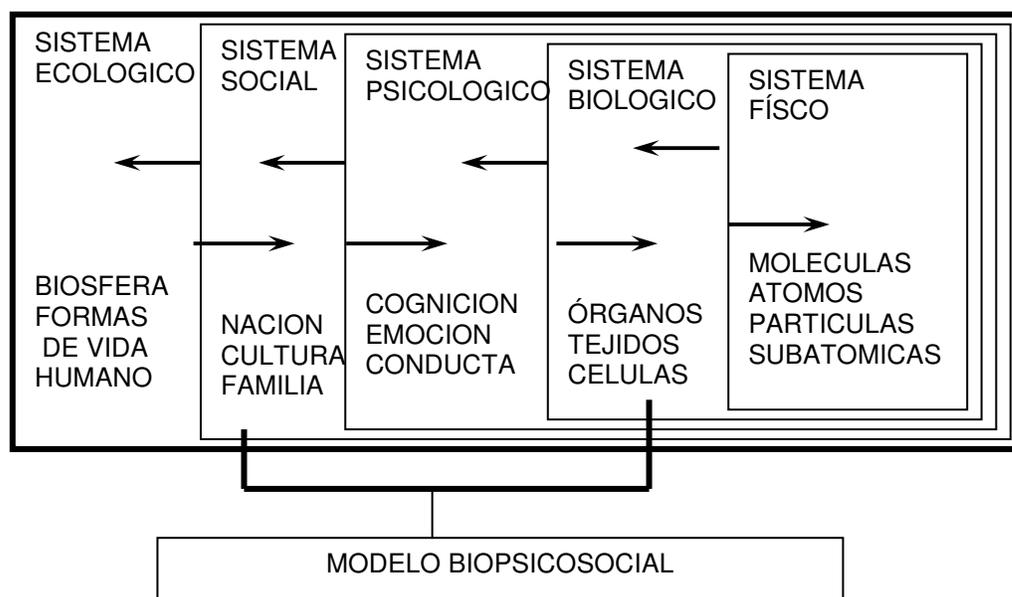


Fig. 1 Esquema que muestra la relación entre los sistemas dentro del Modelo Biopsicosocial. Tomado de Banyard (2002) pp.10

En este momento, resulta conveniente realizar un análisis de las ventajas y desventajas de los modelos hasta ahora revisados, ya que la mayoría presentan deficiencias en cuanto a los factores que destacan.

En el caso de los modelos médicos las ventajas que son las siguientes:

- Resultan prácticos para fines curativos, siendo además más económicos en cuanto tiempo y recursos.
- En el ámbito para el cual fueron creados resultan satisfactorios puesto que la labor del médico requiere acciones directas e inmediatas.
- Sus acciones pueden ser sistematizadas y hasta cierto punto generalizadas (lo cual a la vez es una desventaja).

Sus principales desventajas son evidentes en el área preventiva, ya que:

- La visión que los caracteriza limita sus intervenciones a consultas y revisiones rutinarias.
- Deja de lado la individualidad y la participación del sujeto.
- La salud mental se encuentra aislada, puesto que muchos de los padecimientos característicos de ésta no encuadran en el modelo.
- Las enfermedades recurrentes no son erradicadas puesto que factores como los hábitos de salud, calidad de vida, entre otros pierden valor.
- Los factores sociales y culturales no tienen cabida debido a que no influyen directamente sobre la presentación de enfermedades.

En el caso de los modelos ecológico y socio- ecológico, las ventajas que presentan son:

- Aumento de los factores del medio ambiente a la presentación o no de la enfermedad.
- La importancia del sujeto como organismo actuante dentro del proceso.
- Reconocimiento de múltiples causas para múltiples efectos.

- Sus propuestas de intervención son básicamente a nivel poblacional, lo cual puede significar cambios significativos en la morbi-mortalidad.

Sin embargo, presenta algunas desventajas:

- Considera al sujeto únicamente dentro de un ambiente, es decir dentro de una temperatura, humedad, ventilación específicos y no toma en cuenta a los factores históricos, sociales y culturales.

- Sigue la tradición médica al ubicarse solamente en la acción curativa y no preventiva.

- Factores relacionados con la salud mental (tales como personalidad, estilos de afrontamiento, patrón de conducta A, entre otros), siguen olvidados o ignorados.

- Los únicos factores individuales que se retoman son las conductas del sujeto, entendidas como acciones concretas.

- La responsabilidad en el cuidado de la salud recae en las autoridades y no en el sujeto.

A partir de este análisis, se puede argumentar que el modelo biopsicosocial es el más adecuado para el presente estudio, puesto que se parte de que los estímulos del ambiente laboral desencadenan a los efectos negativos, y éstos a su vez afectan los sistemas individuales (psicológico, físico y biológico); lo que en última instancia provoca la aparición de afectaciones en la salud del individuo; por lo que permite el análisis de las variables de estudio.

Debido a que el trabajo es una de las esferas que mayormente se ha relacionado con la buena/mala salud, es necesario que se aclare que se entiende por trabajo y cual es su trascendencia dentro del modelo biopsicosocial de la salud; por lo que a continuación se abordará este tema.

1.3 Concepto de trabajo

El trabajo es una actividad de vastos alcances, que a la vez refleja e influye sobre casi todos los aspectos de la conducta humana. Aún en las sociedades tecnológicamente más avanzadas, un adulto promedio pasa más de la mitad de su tiempo de vigilia, durante las dos terceras partes de su vida, desempeñando algún tipo de trabajo.

La escasa y fragmentaria evidencia disponible conduce a la inferencia de que el trabajo ha sido interpretado de diversos modos en las diferentes épocas y en diferentes tipos de sociedades.

En las primeras organizaciones sociales, sus actividades principales eran la caza y la recolección, no había una clara distinción en lo que era trabajo y ocio, cuando el esfuerzo por procurarse los medios de existencia debe correr por cuenta de todos, y cuando la necesidad es tan apremiante que esos esfuerzos deben ser prácticamente continuos, es imposible que se los pueda percibir como actividades separadas.

El trabajo parece ser una actividad tan natural emparentada con la respiración o la existencia, que no requiere un término distintivo para describirlo.

Al respecto, Herskovits (1952, citado en: Neff, 1972), señala “que los esfuerzos del hombre primitivo son arduos y prácticamente continuos. Incluso cuando la caza ha sido exitosa y presumiblemente los hombres no hacen más que estar sentados alrededor del fuego, lo habitual es que estén ocupados con algo: haciendo una flecha, afilando una punta de flecha, dando forma a un raspador. Las mujeres están constantemente ocupadas, de una u otra forma, este significado implícito del trabajo – como una actividad natural- persiste hasta la actualidad” . (pp. 72)

Sin embargo, con el desarrollo de la ganadería y la agricultura no sólo se formaron diferentes tipos de trabajo (a los que se les asignaba diferentes significados evaluativos), sino distinciones entre trabajadores y no trabajadores, también valoradas en forma diferencial y relacionada con la estructura de poder en desarrollo.

Así, el chamán o hechicero, que en la sociedad cazadora y recolectora sólo dedicaba parte de su tiempo a adivinar y controlar la naturaleza, se convierte eventualmente en un intelectual sacerdotal.

El segundo tipo de no trabajador fue el jefe guerrero, que poco a poco se convirtió en un líder político, en las sociedades cazadoras y recolectoras esas funciones eran temporales y ocupaban parte del tiempo. Sin embargo, al aumentar las habilidades productoras y la población de la aldea y al agruparse las aldeas con miras, a la defensa o la conquista, surgió la necesidad de un liderazgo militar continuo.

Alrededor de estas dos funciones surgen también una creciente red de técnicos auxiliares: escribas, supervisores, clérigos, fabricantes de armas, constructores de edificios públicos y fortificaciones, recaudadores de impuestos, policías y guardaespaldas.

La ventaja de verse liberado de las exigencias del trabajo agrícola debe haberse entrelazado con cuestiones de poder social, y entonces comienza a desarrollarse una primitiva diferenciación entre el noble – cuyas únicas funciones son las artes del gobierno y la guerra- y el plebeyo que funciona como productor primario de bienes y servicios.

Estos hechos, dieron origen a uno de los significados, que aparentemente hizo su aparición en épocas muy tempranas, distinguiendo entre las ocupaciones innobles y degradantes y las aceptables o incluso nobles.

Más adelante, con los griegos y romanos, esta concepción acerca del trabajo se ve altamente reforzada, Neff (1972) señala que *“en los escritos griegos clásicos muestran claramente que en las ciudades estado griegas todo trabajo útil – incluyendo las ocupaciones vinculadas con el comercio y la educación – eran desempeñadas por esclavos, siervos o extranjeros no ciudadanos. En estas circunstancias, es fácil comprender que el pensamiento griego haya desarrollado la concepción de que el trabajo es inherentemente servil y degradante”* (pp- 81-82)

De esta manera, en Grecia poco a poco todas las especies de trabajo llegaron a ser labores forzadas a cargo de las personas no libres, de modo que la idea del trabajo en sí misma se emparentó con la de la esclavitud.

Es así, como laborar es igual a servilismo, liberarse de las labores es igual a nobleza, ya que el no laborar permite progresar en la adquisición de conocimientos, la promoción de la cultura y el desarrollo pleno de las instituciones democráticas.

Bajo condiciones históricas muy diferentes, el mandarín chino usaba las uñas muy largas y ataba los pies de sus mujeres, para demostrar al mundo que él y los suyos no tenían que laborar. Los mismos orígenes subyacen en el desprecio del aristócrata feudal de la Europa Medieval hacia cualquier tipo de trabajo, aun las actividades de administración y comercio.

Por lo que se puede observar en los párrafos anteriores, lo degradante no es el trabajo mismo, sino las relaciones de poder y las estructuras sociales que lo circundan.

Con la caída del los imperios griego y romano, y la consolidación paralela del feudalismo agrario reforzaron en un primer momento la concepción de que cualquier tipo de trabajo era innoble.

Por otra parte, nuevas ideas acerca del trabajo comenzaron a aparecer en conexión con el desarrollo de las grandes hermandades monásticas. Bettenson (1947) señala que los monjes se guiaban por la siguiente regla: *“El ocio es enemigo del alma por lo tanto los hermanos deben dedicarse, en momentos fijos, al trabajo manual, y también en momentos fijos, a la lectura sagrada “ (pp. 85)*

Los deberes primordiales de los monjes eran directamente religiosos, pero el trabajo era visto cada vez más como una manera de servir al Señor, se condenaba el ocio porque abría la puerta a la vida licenciosa. La función del trabajo no era asegurar riquezas materiales, sino disciplinar el alma. Así el trabajo comenzó a ser visto como ennoblecedor más que como un degradante; como una manera de servir a Dios.

En esta época el poder y el prestigio seguían en manos de los nobles terratenientes y los altos dignatarios eclesiásticos, pero los mercaderes y los maestros artesanos iban aumentando en cantidad y en riqueza. La idea de que el trabajo era ennoblecedor comenzó a trasladarse de las órdenes monásticas a estos nuevos hombres de la última Edad Media – mercaderes, artesanos y traficantes – que deseaban encontrar algo meritorio en sus propias actividades. Y por supuesto, el trabajo era para estos nuevos grupos sociales el camino hacia la riqueza y el poder.

Una vez que el concepto de trabajo adquirió este significado “bueno”, no paso mucho tiempo antes de que el rápido proceso de división del trabajo en una sociedad fabril comenzara a inventar sutilezas de significado adicionales. Comenzaron a surgir las distinciones entre trabajo “mental” y el “manual”, entre el “calificado y el “no calificado”, entre el de los directivos de una empresa y el de los operarios. Todo el trabajo se consideraba “bueno”, pero había grados de “bondad”. El trabajo mental era mejor que el trabajo manual; el calificado mejor que el no calificado. De este modo, dentro del marco del nuevo significado “positivo” del

trabajo, surgió una nueva jerarquía de evaluaciones de tareas, que reflejaba la jerarquía de estatus de la sociedad

Posteriormente, se conceptualizó al trabajo como: *“una actividad instrumental llevada a cabo por seres humanos, cuyo objeto es preservar y conservar la vida y que está orientada hacia una alteración planificada de ciertas características del medio humano”* (Neff, 1972,, pp. 104)

Debido a la Revolución industrial, la conceptualización de trabajo cambia, ya que las condiciones económicas y sociales evolucionaron hacia una forma de vida industrializada, es en este momento cuando aparece la filosofía marxista.

Esta forma de conceptualizar el trabajo rige nuestra forma de actuar y pensar, en la cual las actividades que se consideran trabajo son únicamente aquellas que producen plusvalía (Marx y Engels, 1974). Se habla de que el trabajo es la fuente de toda riqueza y la medida de todos los valores, siendo éstos canjeables sólo por objetos que contengan idéntico valor; así lo dividen entre trabajo acumulado o muerto (es decir el capital) y trabajo vivo (capacidad productiva del obrero o fuerza de trabajo) siendo éste último lo que el obrero le alquila al patrón por un tiempo determinado (un día, semana o jornada).

En este sentido Marx (1959, citado en Rodríguez, 1999) menciona que el trabajo es:

“en primer término un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción el intercambio de materias con la naturaleza, pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos, y las piernas, la cabeza y las manos, para de ese modo asimilarse bajo forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda, a la par que de ése modo actúa sobre la naturaleza exterior de él y la transforma, modificando su propia naturaleza desarrollando las disciplinas que dormitan en él” (p. 8)

En la actualidad, el debate alrededor del concepto de trabajo, sigue ya que como lo menciona Briceño (1985) varía el significado de país en país, así como de régimen económico, por ejemplo en la desaparecida URSS el trabajo *“es un deber y una causa de honor para todo ciudadano apto para el mismo, de acuerdo con el principio “El que no trabaja no come” (p. 9).* Así para éste autor el trabajo es una condición de existencia del hombre que tiene como objeto crear satisfactores para atender sus necesidades y es supervisado por el Estado.

Para el presente estudio se retomó el concepto de Martínez Cortés (1980) *“ se le llama trabajo a toda actividad en la que existe un contrato, escrito o no. Mediante el cual una persona se compromete a desempeñar determinadas tareas por determinado tiempo, mediante el pago de cierta cantidad de dinero, y que desempeña dicha actividad en comunidades llamadas centro de trabajo” (p. 9).*

Asimismo, dentro de este marco, el estudio de la salud en el trabajo tiene una gran importancia, ya que dicha actividad constituye una gran parte de la vida de los seres humanos determinando así su modo y calidad de vida, y por ende su salud / enfermedad. En el apartado siguiente se tratará este tema con más detalle.

1.4 Relación entre salud y trabajo

En apartados anteriores, se han desarrollado los conceptos de salud y enfermedad por separado, pero como se dijo al principio del capítulo, estos dos aspectos están íntimamente relacionados.

Al respecto Gallini (1992) señala que el proceso salud- enfermedad, si bien tiene una expresión somática, está fundamentalmente condicionado y determinado por factores económicos, históricos, políticos, sociales y culturales. Se vive y se muere según la ubicación que se tenga en la estructura social, en el entrecruzamiento de factores complejos que globalmente se llaman condiciones materiales de existencia y que hace referencia a otros dos factores que los constituyen: condiciones de vida y condiciones de trabajo.

La llamada Revolución tecnológica mundial, constituye la base de la actual reestructuración de la economía mundial. Estos cambios están transformando directa o indirectamente las condiciones de producción en su conjunto, repercutiendo en la redefinición de los esquemas productivos y en consecuencia, la transformación de la forma de vida de los pueblos.

En el ámbito laboral, las consecuencias de esta Revolución Tecnológica, son el incremento de los ritmos e intensidad de la explotación de la fuerza de trabajo favorecidas por las condiciones de trabajo y la producción, caracterizadas por la flexibilidad contractual, lo cual ha incidido negativamente en las condiciones de vida y de trabajo de la fuerza laboral, que se manifiesta en el deterioro general de los perfiles de salud.

Cuando se habla de los perfiles de salud, se hace referencia a las formas de enfermar y morir de poblaciones que comparten condiciones homogéneas de vida y trabajo. En este caso en concreto, el interés central es analizar las condiciones de salud de los trabajadores en la etapa de reconversión industrial; plantear cómo ese proceso ha modificado las condiciones de trabajo, y por ende cómo afecta la salud de los trabajadores.

Para Sánchez y Yanes (1995) existen dos características fundamentales en la salud de los trabajadores en el periodo actual: *“la primera, un notable incremento de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales; la segunda, la coexistencia de los viejos procesos destructivos que han afectado tradicionalmente la salud de los trabajadores, con nuevos procesos destructivos derivados básicamente de los cambios producidos por la reconversión industrial”* (pp. 40).

La incorporación de nuevas formas de organización del trabajo y la producción que se ha traducido en el incremento de los ritmos de trabajo, implementación de turnos, rotación, automatismo, sobretiempo, polivalencia, monotonía, repetitividad e inestabilidad laboral. Todo ello ocasiona que, sin haber superado los viejos

problemas de salud existentes en etapas anteriores, aparezcan nuevas formas de organización del trabajo, que llevan a nuevos padecimientos.

Entre los nuevos padecimientos se encuentran, los trastornos de salud mental asociados con el estrés, la satisfacción en el trabajo, la pérdida de control sobre los procesos y la exposición a sustancias neurotóxicas, los trastornos músculo-esqueléticos asociados al incremento de los ritmos de producción; los problemas posturales, debido al hecho de permanecer grandes periodos de tiempo en la misma posición; las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares derivadas de la sobrecarga psíquica y las alteraciones del ritmo circadiano, los trastornos reproductivos y cáncer ocupacional relacionados con la utilización de múltiples sustancias químicas altamente tóxicas (genotóxicas y cancerígenos); en fin, múltiples problemas que se generan de condiciones de trabajo muy complejas a las que los trabajadores se enfrentan diariamente.

Es por ello que a continuación se hablará de la disciplina que se ocupa de dicho tópico y de la preservación de la salud del trabajador: la Salud Ocupacional.

1.5 La Salud Ocupacional

Los aspectos relacionados con la salud, siempre remiten a las actividades humanas, siendo la más importante por su influencia en dicha temática el trabajo; es por ello que se ha creado una nueva disciplina científica que se ocupa de dichas relaciones: la Salud Ocupacional.

Siendo una rama de la Salud Pública, la Salud Ocupacional es definida por la OMS como:

“la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. La prevención entre los trabajadores de desviaciones de la salud causadas por sus condiciones de trabajo. La protección de los trabajadores en su empleo de riesgos resultantes de factores adversos a su salud. La ubicación y mantenimiento del trabajador en un ambiente

ocupacional adaptado a su condición fisiológica y, para resumir, la adaptación del trabajo al hombre: su ocupación” (citado en: Szpirman, 2000 pp. 133)

Szpirman (op cit.), menciona que el objetivo de la Salud Ocupacional es la prevención en sus diferentes niveles:

- Prevención primaria: comprende la identificación y control de enfermedades relacionadas con el trabajo, la modificación de hábitos personales en población trabajadora, control de infecciones a través de inmunizaciones y los exámenes masivos de mujeres para detectar enfermedades no profesionales, como el cáncer.
- Prevención secundaria: vigilancia sanitaria de enfermedades incipientes para detener su desarrollo.
- Prevención terciaria: rehabilitación para disminuir la invalidez y restaurar la función.

Lo cual se puede llevar a cabo a través de:

- Servicios de medicina ocupacional, que se ocupa de la influencia del trabajo sobre la salud del individuo.
- Higiene ocupacional que se ocupa de los factores del medio ambiente (tales como ruido, iluminación, ventilación, entre otros) y su influencia en la salud del trabajador.

Agrega además que su principal responsabilidad es el control, medición y reconocimiento de los riesgos a la salud en el medio físico y psicosocial. Además de ello, sus principales funciones son:

- Ubicación y mantenimiento de personas en un trabajo adecuado, a través de exámenes de salud rutinarios para identificar a personas expuestas a riesgos.

- Identificación y control de riesgos a la salud del trabajador.
- Vigilancia sanitaria y del ambiente de trabajo a través de inspecciones, mediciones y exámenes rutinarios de las condiciones sanitarias, alimenticias y de bienestar en el lugar de trabajo para la prevención de enfermedades no ocupacionales.
 - Supervisión de adolescentes, ancianos, mujeres embarazadas y obreros parcialmente inválidos.
 - Educación para la salud y asesoría a las empresas y obreros incluyendo instrucción en salud y seguridad.

Esta rama de la Salud Pública se derivó de la necesidad de una investigación especializada en la prevención de los accidentes y enfermedades profesionales o de trabajo producido por el incremento en los índices de morbilidad en el mismo.

En su historia, la Salud Ocupacional encuentra sus primeros bosquejos en la obra de Hipócrates (siglo V a. de C.) llamada "Aires, aguas y lugares", donde describe los efectos adversos de los ambientes de trabajo de los mineros expuestos a plomo así como los factores que influyen en la aparición de enfermedades.

Galeno, por su parte (Siglo II a. de C.) hizo observaciones acerca de las enfermedades de los mineros, curtidores, bataneros, químicos y otros trabajadores. Plinio el Viejo, (Siglo I a. de C.) describió el uso de vejigas animales para cubrir la nariz y boca para evitar la inhalación de polvos y vapores en minas de plomo rojo.

Es en 1473 cuando Ulrich Elemborg propuso medidas preventivas para evitar el envenenamiento industrial por plomo y mercurio. En 1556 George Agrícola sostiene que el origen de la llamada "ulceración de los pulmones" (lo que hoy es conocido como cáncer pulmonar) es producida por la exposición de los trabajadores a ciertos metales. Paracelso se distingue por sus estudios acerca de

las enfermedades de los fundidores y su tratado sobre enfermedades pulmonares de los mineros (Jaimes y Ramos, 1989).

En el Siglo XVII , autores como Walter Popa y Kircher insisten en las enfermedades de los mineros y la forma de ventilar las minas, respectivamente (Olivé y Legaspi, 2000)

Sin embargo el primer avance formal de la Salud Ocupacional se encuentra con Bernardino Ramazzini(1633-1714) quien realiza un estudio de manera sistemática de las enfermedades producidas por el trabajo y propone algunos postulados que aún siguen usándose (Jaimes y Ramos, Op. Cit.).

Durante la Revolución Industrial los aspectos de salud ocupacional tuvieron un notable avance a costa de las malas condiciones de salubridad e higiene dentro de las instalaciones de las fábricas y en general de la población, aunado a esto los horarios de trabajo eran inhumanos (12 horas) lo que producía índices de accidentes, muertes y enfermedades muy altos. Marx y Engels en el Siglo XIX llamaron a esto “asesinato social” debido a los efectos que tenía en la población (Citados en: Almirall, 1993).

Con la publicación de los trabajos de dichos autores se inicia una etapa de formación de grupos obreros y sindicatos, quienes tuvieron logros laborales importantes, tales como la reglamentación de las horas de trabajo y los descansos, así como lo relacionado con la higiene en el trabajo (de forma rudimentaria). En 1866 el Congreso de Ginebra de la Internacional Obrera logra la reglamentación de las ocho horas de trabajo y en Alemania se crea el Seguro Social con la intención de ser el Organismo encargado de subsanar las necesidades de atención médica en cuanto a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Almirall, op cit.).

Producto de estos movimientos obreros, nace en 1919, (con la intermediación del tratado de Versalles) la Organización Internacional del Trabajo (OIT) quien hasta la actualidad se dedica a la protección del trabajador contra las enfermedades y los accidentes de trabajo.

En México en 1680, la Medicina del trabajo se inicia bajo el reinado de Carlos II, rigiéndose por una ley que reglamenta las medidas preventivas de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales; posteriormente son los hermanos Flores Magón y Juan Sarabia los encargados de buscar la protección de la salud de los trabajadores en el terreno legal (Torres y Beltrán, 1986).

En cuanto a la Salud Ocupacional, en México, tiene sus orígenes en 1904 cuando José Vicente Villada emitió un decreto en el cual reconoce la existencia de accidentes de trabajo en el Estado de México; posteriormente Bernardo Reyes en 1906 promulga una ley similar en Nuevo León. En 1912 siendo Presidente de la República Francisco I. Madero aprueba el Reglamento de Policía Minera y Seguridad de los Trabajadores de las Minas (Reyes y Arizmendi, 1987; citado en: Jaimes y Ramos, 1989). Esto avances se vieron inspirados en la ideología promovida por la Revolución Mexicana en la cual se promovían las condiciones que mejoren la calidad de vida y garanticen la salud del trabajador y su familia.

Como resultado de la Revolución Industrial y la filosofía unicausal con la que se trabajaba se fue incrementando el interés por la salud del trabajador, hasta llegar a la formación de una disciplina propia: la Medicina del Trabajo en 1950. Esta disciplina se define como “la parte de la Medicina que cuida de la salud, el bienestar y la seguridad de los trabajadores” y sus actividades son principalmente de carácter preventivo (Torres y Beltrán, op cit.).

Dentro de esta disciplina, ha surgido como un tema primordial los efectos del trabajo en la salud de los trabajadores, encontrándose tanto efectos positivos como negativos, los cuales afectan al hombre en todas sus esferas de

rendimiento; por lo que se han desarrollado diferentes modelos teóricos para explicar su aparición. Es por ello, que el siguiente capítulo está dedicado a este tema.

CAPÍTULO II. EFECTOS DEL TRABAJO

A lo largo de la historia se ha observado que ciertas enfermedades provienen del medio laboral, Hipócrates y Galeno enseñaban a sus alumnos que para un mejor diagnóstico de las enfermedades se tenía que preguntar sobre la profesión del paciente (Trejo, 1990), como se puede observar el trabajo es un factor importante a considerar entre las posibles causas de una enfermedad.

Actualmente, el grado de industrialización que ha alcanzado la sociedad, ha repercutido en muchos factores, principalmente en los problemas de salud laboral debido en gran medida al progreso científico, a la especialización y el incremento de los ritmos de trabajo, que si bien han provocado un aumento en la productividad, así como en la fuerza de trabajo individual, ha influido en el proceso de salud enfermedad de los trabajadores, provocando por un lado, efectos positivos y por el otro, efectos negativos físicos y psicológicos (Almirall, 1993).

Los efectos del trabajo en la salud-enfermedad del individuo, han sido ampliamente estudiados, observándose que en la actualidad las enfermedades laborales no sólo tienen un origen monocausal, sino que para algunos casos es multicausal, por ejemplo los trastornos musculoesqueléticos, (Skov, Borg y Orhede, 1996) respiratorios o dermatológicos; por lo que la falta de conocimientos con respecto a los factores de riesgo laboral complican la prevención de dichas patologías (Diario Electrónico de la Sanidad, 2003).

No únicamente las enfermedades laborales son de importancia en la relación salud- trabajo, también lo son los accidentes laborales, ya que representan el antecedente directo de las primeras, además, de que su frecuencia es mucho mayor. En 1995, los lugares en orden de ocurrencia de accidentes por sector fueron: manufacturera (metalmecánica), construcción y servicios. Para 1999, se estimaba que en el Distrito Federal, la población trabajadora era de 1,918,635 de

los cuales 36,293 sufrieron accidentes de trabajo y se presentaron 127 enfermedades ocupacionales nuevas (ANUIES, 1999).

En el caso del personal de enfermería, Rodríguez (s/f) encontró que en el periodo comprendido entre 1997-1999, 41.4% fueron accidentes en trayecto y 58.5% accidentes de trabajo, de éstos últimos 25.3% fueron en manejo de material punzo- cortante, 22.7% al movilizar pacientes, 22.2% al caminar y 20.1% al mover objetos.

Sin embargo, los estudios de los efectos en la salud mental han sido poco abordados, siendo generalmente investigaciones que tienden a estudiar los efectos negativos dejando de lado los efectos positivos del trabajo (Rodríguez, 1999; Juárez, 1998; Brodsky, 1984; citado en Stenberg, Holder y Tallur, s/f). Por lo que a continuación se describen los hallazgos en cuanto a estos últimos se refiere.

Efectos positivos del trabajo en la salud mental

Hablar de los efectos positivos del trabajo representa un problema teórico y experimental, ya que mayormente se trata de suposiciones o intuiciones de los autores, puesto que no se respaldan en evidencias empíricas; sin embargo existen algunos autores que intentado relacionarlos de forma experimental.

Un ejemplo de propuesta teórica se encuentra en González (1993), quien menciona que el interés y satisfacción en la actividad laboral tiene un papel esencial en el bienestar emocional de la persona. Agrega además que:

“Con la actividad productiva- profesional se desarrollan los más importantes proyectos de la vida adulta. En ella el individuo canaliza sus intereses profesionales y, a su vez, mediante ella va expresando otro conjunto importante de aspiraciones personales, relacionadas con su nivel de vida, su status, etc.”
(González, 1993, p. 36).

Dennerstein (1994) por su parte señala que: *“Tener un puesto de trabajo comporta, la mayor parte de las veces, beneficios tales como reto, control, estructura, feedback positivo y autoestima, al tiempo que proporciona un valioso conjunto de vínculos sociales”* (pp. 64).

En lo que respecta a los efectos positivos y la salud mental, los estudios realizados señalan que el trabajo puede funcionar como amortiguador para la depresión y otras sintomatologías, inclusive que en mujeres pueden disminuir los síntomas de la menopausia, los niveles de tensión, así como los índices de suicidio (Dennerstein, 1994, Pritchard, 1990, Ross, Mirowsky y Ulbrich, 1983; todos citados en: Dennerstein, op cit.). Según Romito (1994) en un estudio realizado con mujeres de Gran Bretaña, el empleo se asoció con una mejor salud física. Así, los aspectos psicológicos de la salud y su percepción tienen una influencia relativa en la presentación de enfermedades, ya que se ha encontrado que en los casos donde existe un alto nivel de ansiedad se presentan con mayor frecuencia, así como en el caso de las depresiones (Karasek y Theorell, 1990; Cooper y Payne, 1992 y Beaton y cols. 1995; todos citados en Beaton, s/f).

Axelsson (1992, citado en: Vagerö, 1994) examinó a mujeres que se habían incorporado a actividad remuneradas en comparación con las que habían seguido siendo amas de casa únicamente; encontrando que los niveles de salud psicológica y bienestar se incrementaron en las trabajadoras mientras que la fatiga lo hizo en las amas de casa.

Un estudio similar reportó que un 40% de las amas de casa presentaron mala salud mental, mientras que en las trabajadoras sólo 27% lo presentaron (Vagerö, op cit.).

Sin embargo, para que el trabajo pueda constituirse como benéfico en la vida de los individuos es necesario que cubra ciertos requisitos, los cuales según Gonzalez (1994) son los siguientes:

- Las relaciones sociales que se den en el ambiente laboral deben ser orientadas a fomentar la seguridad, confianza y el sentimiento de unidad e integración.
- Debe ser invitado a la participación y control en la toma de decisiones.
- El trabajador debe sentirse valorado e importante dentro del centro de trabajo.
- Las actividades que realice le deben parecer interesantes, permitiéndole un desarrollo permanente, superación e iniciativa.

Cuando las condiciones antes mencionadas no se cumplen, dan lugar a los llamados efectos negativos del trabajo, los cuales serán analizados a continuación.

2.1 Efectos negativos del trabajo de tipo físico

Desde los inicios de la Salud Ocupacional los efectos negativos del trabajo han sido relacionados con el esfuerzo físico que se emplea para la tarea que se realiza; sin embargo en la actualidad esta situación ha empezado a cambiar, ya que como lo mencionan Bueva (1983), Volkov (1983) y Schaarsmidt (1978) (todos citados en Almirall, 1993), la Revolución Científico Técnica cambió las exigencias del trabajo sobre el individuo, pasando de primordialmente físicas a mentales. Por ello, las características de la tarea, sus exigencias o demandas, así como la carga de trabajo, toman mayor importancia al hablar de efectos negativos del trabajo.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1984) señala que cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos están en equilibrio, el trabajo afecta positivamente al trabajador, sin embargo, el equilibrio hombre - trabajo no siempre se puede establecer. Actualmente, este problema es más agudo, debido a los

cambios en las condiciones de trabajo, intensificación del mismo, especialización del trabajador, repetitividad y duración de la jornada, generando con ello mayor carga de trabajo, todo lo cual influye en el proceso de salud- enfermedad del trabajador, dando lugar a perturbaciones emocionales, problemas de comportamiento, entre otros.

Asimismo, esta institución ve dicha carga como un elemento de los factores psicosociales de riesgo del trabajo, ya que en ella existe una relación directa entre el sujeto y los diferentes factores del mismo. El término carga de trabajo ha sido utilizado indistintamente durante varias décadas, con frecuencia se refiere al esfuerzo muscular que se requiere para el desempeño de la tarea o es sustituido por los términos de estrés y fatiga entre muchos otros.

Para Braindrige (1978, citado en Almirall, 1993), por ejemplo, la carga de trabajo es el producto de un desnivel entre las demandas de la tarea y la capacidad mental para resolver el problema, siendo esta acción lo que se le ha denominado habilidad. La relación experiencia- habilidad, es el binomio responsable de la aparición de la carga de trabajo.

Para Teiger (1978) y Welford (1978, ambos citados en Almirall, op cit.), la carga de trabajo se define como el costo que el operador emplea para ajustarse de una forma efectiva a su tarea.

Al contrario de los anteriores, Almirall (1995) propone que la carga de trabajo está determinada por las condiciones del trabajo, las cuales se pueden dividir en externas (condiciones ambientales, de organización y relaciones sociales) e internas (condiciones físicas y psíquicas del hombre). Asimismo, argumenta que los efectos negativos de la carga de trabajo son favorecidos por:

- Existir sobreexigencias ocasionadas por altos requerimientos a cumplir en el trabajo o circunstancias extremas.

- Existe un bajo nivel de exigencias: tal es el caso de la inactividad forzada, regularidad en el estímulo, entre muchos otros (Almirall, 1993).

Al respecto, Saarschmidt (1978, citado en Almirall, op cit.), menciona dos situaciones de exigencias críticas que llevan con cierta regularidad a efectos negativos de la carga:

- Contenido y funciones correctas en la ejecución de la actividad laboral que surgen como exigencias demasiado altas durante breve tiempo, pero en sucesión repetitiva durante la ejecución de la actividad.
- Características de la actividad laboral más globales, que fungen de modo permanente como exigencias demasiado altas.

Sin embargo, debido a la confusión que el término ha ocasionado, se ha utilizado como indicador de la carga al tiempo de trabajo, por lo que Hacker (1978, citado en Almirall, 1993) expone dos aspectos a considerar en investigaciones del tema:

- No debe de considerarse solamente como indicador de carga el tiempo de trabajo, sino también el tiempo de recuperación.
- El hombre no soporta la carga pasivamente; sino que modifica sus métodos y estrategias de trabajo cuando ésta atenta contra él, para dar cumplimiento a las metas que se ha planteado previamente. Dicho deterioro, la anticipación y el ajuste del nivel de la activación entre las demandas de la tarea, justifican la aparición de los efectos negativos de la carga.

Es por ello que, para el presente estudio se retomará el concepto de carga de Almirall (1993), ya que se concuerda con él en considerar que la carga de trabajo, es un equilibrio entre las condiciones de trabajo y el individuo; las cuales pueden o no desembocar en la presentación de efectos negativos, debido principalmente a la participación activa del trabajador.

Por ello, es necesario diferenciar los efectos positivos de la carga (aprendizaje, socialización, aprendizaje, reconocimiento y elevación del autoestima), de los efectos negativos.

El concepto de efectos negativos fue desarrollado por diferentes psicólogos de Europa Oriental, en particular la Escuela de Dresden con Hacker y colaboradores, quienes lo utilizaron para denominar a las afectaciones del trabajo en los componentes psicológicos (Almirall, 1993).

Almirall (op cit.), por su parte los define como: *“efectos no deseados, que se reflejan en la eficiencia y los estados de ánimo del trabajador, se manifiestan durante y después del trabajo y sus manifestaciones se expresan en los diferentes niveles funcionales del hombre”*. Estos se presentan en forma instantánea, a corto o a largo plazo y se caracterizan por:

- Ser efectos no deseados en la vida del hombre
- Manifestarse a partir de los diferentes niveles de expresión, generalmente reconocidos como fisiológicos y psicológicos
- Representan un déficit en el estado funcional y en la percepción individual de la reactividad
- En todos los efectos negativos, la individualidad, así como el carácter y contenido del trabajo, influyen notablemente en la clasificación de sus manifestaciones.

En este sentido, los efectos negativos del trabajo pueden dividirse en físicos y psicológicos, los primeros se encuentran directamente relacionados con la actividad profesional y por lo tanto, se les conoce como enfermedades profesionales; las cuales son definidas por la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (1996) como:

“una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral” (p. 4)

Asimismo, se pueden incluir dentro de éste rubro a los accidentes de trabajo, aún cuando cabe destacar que éstos tienen una gran relación con los efectos negativos de tipo psicológico, ya que en muchas ocasiones intervienen o se encuentran asociados con su presentación (Juárez, 1998).

Es por ello, que la OIT (1984) menciona que las condiciones de trabajo, la organización, la ambigüedad de rol y de funciones, así como el estrés se encuentran asociados a la presentación de accidentes laborales; ya que promueven la presentación de conductas inseguras.

En éste sentido, Juárez (op cit.) considera que se deben buscar causas directas e indirectas de los accidentes, siendo las primeras las condiciones objetivas de trabajo; mientras, que las segundas, se encontrarían en los efectos negativos del trabajo de tipo psicológico.

Dentro del rubro de los efectos físicos del trabajo, no se puede descartar que exista algún tipo de relación con los efectos psicológicos, ya que como en el caso de los accidentes de trabajo se encuentran asociados a su presentación. Por ello, a continuación se describen más ampliamente los efectos negativos de tipo psicológico, siendo éstos el objetivo principal del presente estudio.

2.2 Clasificación de los efectos negativos del trabajo de tipo psicológico

Al inicio del estudio de la relación hombre- trabajo, sólo se analizaban las relaciones entre los efectos físicos evidentes (las enfermedades profesionales) y la actividad laboral; por ello, los resultados e intervenciones iban encaminadas a la prevención y curación de las enfermedades, dejando de lado las afectaciones en la salud mental. Es con el cambio en el concepto de salud, que se empieza a poner énfasis en dichas afectaciones; derivado de esto se desarrolló el estudio de los efectos negativos del trabajo de tipo psicológico. Los efectos más estudiados

en la actualidad son: la fatiga, la monotonía, el estrés y el burnout; los cuales serán analizados a continuación.

2.2.1 Fatiga

Este término es uno de los más frecuentes en la literatura, tanto en la actividad laboral como en otros ámbitos (la medicina por ejemplo); se caracteriza porque aparece después de una actividad de larga duración, en cuanto a los niveles de activación se da un mecanismo de compensación que posteriormente disminuye; las manifestaciones del sujeto son el agotamiento y cansancio sin aburrimiento (Almirall, 1993).

Según autores como Ghiselly (1970), Kulka (1980), Schaarschmidt (1978) y Grandjean (1979) (todos citados en Amirall, 1993) se conoce por fatiga en el trabajo a un efecto generalizado, resultante de la actividad laboral, con manifestaciones en los principales niveles funcionales del hombre, que representa un deterioro mediato o inmediato en la expresión de la actividad o en sus resultados, que no son deseados. De acuerdo con este criterio, se puede hablar de fatiga física a un efecto muscular y del sistema cardiovascular, que no se limita a un músculo o grupo de ellos, sino que se puede implicar posteriormente una intoxicación general, con una disminución en la reactividad del Sistema Nervioso y de otros músculos, aunque no hayan participado en la acción.

De acuerdo con la tarea, se pueden clasificar en fatiga muscular (cuando la tarea implica mayormente esfuerzo físico) y fatiga nerviosa o mental (cuando implica mayormente esfuerzo cognitivo) (Kulka, 1980 citados en Almirall, 1993).

En lo que respecta a fatiga física provocada por el trabajo, Arquer (s/f) menciona que:

“ es una manifestación (general o local) de la tensión que éste produce y suele eliminarse mediante un adecuado descanso...siendo características comunes a toda fatiga: ... se traduce en una disminución de la capacidad de respuesta o acción de la persona. Se trata de un fenómeno multicausal, aunque se pueda encontrar que en su origen haya una contribución de gran peso de un factor concreto. La fatiga afecta al organismo como un todo.. y en grado diverso, dado que se percibe de manera personal. La sensación de fatiga es un mecanismo regulador del organismo, de gran valor adaptativo” (p.1)

Martí (1993) agrega que debe distinguirse la fatiga normal de la provocada por un exceso de trabajo, ésta tiene características fisiológicas y desaparece por medio del reposo, mientras que la ocasionada por un exceso de trabajo, provoca alteraciones patológicas tanto de orden orgánico como psicológico.

En cuanto a fatiga mental, se conoce a ciertas manifestaciones negativas a nivel de los centros nerviosos y de estructura cerebral, la cual puede ser el reflejo de alguna carga física y /o mantenida, o de una carga de los órganos sensoriales por altos niveles de estimulación cognitiva y/ o de gran significación emocional (Amirall, 1993).

Arquer (s/f) define a la fatiga mental como *“la alteración temporal (disminución) de la eficiencia funcional mental y física; esta alteración está en función de la intensidad y duración de la actividad precedente y del esquema temporal de la presión mental. La disminución de la eficiencia funcional se manifiesta, por ejemplo, mediante la impresión de fatiga, una peor relación esfuerzo/resultado, a través de la naturaleza y frecuencia de los errores, etc. Pero el alcance de estas alteraciones está en parte determinado por las condiciones de la persona”.*

Según Lagrange (Citado en Martí, 1993) *“la fatiga en el hombre sano y normal supone una disminución del poder funcional de los órganos, provocada por un exceso de trabajo y acompañada de una sensación general de malestar”(p. 104).*

En este punto, Almirall (1993) menciona que existe la necesidad de distinguir entre un nivel de fatiga “normal”, que se caracteriza por el deterioro pasajero del organismo, generalmente reversible con el descanso habitual y un nivel de fatiga patológica o surmenaje muy utilizado en la clínica desde los 60’s y al cual se le atribuye el mecanismo propiciador de numerosas enfermedades que se encontraban poco asociados al fenómeno laboral.

Al respecto, Kulka (1980, citado en Almirall, op cit.) propone un listado de características típicas del proceso de fatiga:

- Una condición o estado de fatiga tiene lugar durante el transcurso de la actividad.
- La fatiga tiene una función de protección, es un escape central dirigido a evitar un incremento excesivo de los niveles de carga.
- Este efecto presenta etapas o grados de sus manifestaciones.
- La fatiga tiene un efecto negativo sobre el rendimiento laboral y sobre la salud del hombre, principalmente cuando no es reversible por el descanso normal.

Amirall (op cit.) en respuesta a la diversidad de conceptos al respecto, propone una serie de características de la fatiga para diferenciarla de otros efectos:

- Los requisitos de la tarea se mantienen temporalmente. Existe una aceleración del agotamiento.
- Este agotamiento es sin aburrimiento.
- Surge luego de una actividad de larga duración
- Al principio se da un mecanismo de compensación que luego disminuye.
- La capacidad y disposición del trabajador van en descenso.
- Disminuye la habilidad y la capacidad de ejecución.
- Los efectos disminuyen un poco si se cambia de actividad.

A juicio del autor de la presente investigación, esta caracterización evita la confusión de los términos, así como el concepto de fatiga mental que propone Arquer (s/f) resulta el más claro y objetivo, por lo que se retomaron como eje de análisis.

Por otro lado, los efectos de la fatiga en la salud de los trabajadores son diversos y afectan los niveles funcionales del hombre; pueden ir desde falta de concentración, consumo excesivo de tabaco y alcohol, hasta afectaciones físicas como los desórdenes musculoesqueléticos, circulatorios, entre otros, los cuales se analizan a continuación.

2.2.1.1 Efectos de la fatiga en la salud de los trabajadores

Este es uno de los efectos más estudiados, debido a su influencia en la productividad y a su relación con algunas enfermedades; por ejemplo malestares musculoesqueléticos, digestivos, dermatológicos, mentales, cefalea y del corazón; asimismo se encuentra asociada con el bajo peso al nacer de los hijos de madres en ésta condición, así como con la concentración de hexano en la sangre, entre otros (Támez, Ortíz, Martínez y Méndez, 2003; García, Suárez, Román y Barrios, 1997; Salmerón y Ochoa, s/f; puesto (Hernández- Peña, Kageyama, Coria, Hernández y Harlow, 1999; Ramírez, Luna y Soberanes, 2002; Meza y Ramírez, 2002; entre otros).

En una investigación con trabajadores de un periódico, investigaron la relación entre el uso de computadoras, los riesgos laborales, tales como el riesgo visual, uso de mouse, riesgo postural, entre otros; factores psicosociales (demandas psicológicas, control sobre el trabajo y apoyo social) y la presentación de padecimientos visuales, musculoesqueléticos y dermatológicos, trastornos mentales, psicósomáticos y fatiga general. Encontraron que el uso de computadoras se asoció con el riesgo de fatiga neurovisual, trastornos musculoesqueléticos de las manos y extremidades superiores, dermatitis y

eczema seborreico. De los riesgos laborales, los más asociados con trastornos fueron el uso del mouse y el riesgo postural. Los factores psicosociales se relacionaron con los trastornos mentales, psicosomáticos y fatiga general. Concluyendo que los aspectos relacionados con el enriquecimiento de las tareas y el control sobre el trabajo ejercen un papel protector sobre los trastornos mentales, psicosomáticos y la fatiga patológica (Támez, Ortiz, Martínez y Méndez, 2003).

Otro estudio en capturistas, en el que evaluaron la relación entre fatiga, el uso de computadoras y las condiciones del ambiente laboral (ergonómicas y físicas); encontraron que las más frecuentes fueron la fatiga ocular y la física, atribuyéndoles en gran medida a las condiciones ergonómicas y ambientales la responsabilidad de los síntomas (García, Suárez, Román y Barrios, 1997).

Al investigar la relación entre el sobrepeso y la fatiga laboral (sin especificar el tipo) en trabajadores adscritos a un consultorio de medicina familiar, han encontrado que 37.6% de la muestra total presentaron fatiga y 60.4% presentaron sobrepeso de los cuales 41.72% presentaron fatiga; por lo que se concluye que existe una correlación positiva entre el sobrepeso y la fatiga (Salmerón y Ochoa, s/f).

Los efectos de la fatiga física se han relacionado con la presentación de bajo peso al nacer en hijos de vendedoras ambulantes expuestas a este efecto; se ha encontrado que tomando en cuenta la jornada laboral, el control sobre el trabajo, las posturas, el esfuerzo físico, el ambiente y el apoyo social; sólo resultaron relevantes el tiempo de traslado, las características del puesto, tipo de mercancía en venta y el control sobre las condiciones de trabajo. Asimismo, se ha identificado un mayor riesgo cuando las vendedoras carecen de control sobre la cantidad de mercancía a vender y cuando han recibido ayuda externa a su red social para iniciarse en el puesto (Hernández- Peña, Kageyama, Coria Hernández y Harlow, 1999).

En cuanto a la temporalidad de los efectos se ha evaluado la fatiga física en empacadores de supermercado encontrando que los síntomas se incrementan conforme se acerca el día de descanso, siendo los principales síntomas en el sistema musculoesquelético; concluyendo que los síntomas pueden ser exacerbados debido al efecto acumulativo de las actividades no laborales (Ramírez, Luna y Soberanes, 2002).

Al hablar de la relación del sistema de trabajo, tipo de turno (rotatorio, fijo o comprimido) y la fatiga física en trabajadoras de la industria maquiladora, se ha encontrado que la fatiga se presenta con más frecuencia en el quinto día de trabajo, así como las partes más afectadas son la espalda media, alta y la cabeza. Las conclusiones a las que llegaron es que la fatiga es exacerbada por la doble jornada de las trabajadoras (Meza y Ramírez, 2002).

En cuanto a los trabajadores agrícolas, se ha encontrado que la fatiga física se relaciona con el diseño de la herramienta de trabajo, la experiencia en el trabajo y las molestias musculoesqueléticas; por lo que se ha concluido que los efectos de la fatiga son acumulativos, siendo detectados sólo cuando disminuye la capacidad productiva (Ortíz, 2002).

En un estudio con médicos y enfermeras en el que se evaluó el grado de fatiga (no especificando el tipo), el sufrimiento psicológico, y el estado de salud en general. Se encontró que las mujeres de ambas profesiones manifestaban índices más altos de fatiga y sufrimiento psíquico en el trabajo, mientras que los hombres presentan índices normales y tolerables (García, 1996).

En cuanto a la exposición a múltiples exigencias laborales, tales como rotación de turnos, doble turno, excesiva atención, ritmo de trabajo, monotonía, supervisión, responsabilidad, esfuerzo físico y posiciones forzadas; y la presencia de daños en la salud (trastornos mentales y psicosomáticos, así como fatiga) en trabajadores de la industria siderúrgica con respecto al área de trabajo (producción

vs. Administrativos), la antigüedad y el tipo de actividad. Se ha encontrado que la fatiga se presenta en ambos grupos, siendo casi el doble en los primeros que en los segundos; en cuanto a los efectos aditivos, los trastornos digestivos y la fatiga se potencian si se encuentran asociados con la interacción de la rotación de turnos y el exceso de actividades. En cuanto a los trastornos mentales se encuentran asociados con exigencias de tiempo en su interacción con sobrecarga cuantitativa. Todos los pares de exigencias reportados sumaron su efecto para producir trastornos digestivos, cefalea, migraña, trastornos del corazón y fatiga, concluyendo que los riesgos pueden tener tanto efectos sinérgicos como aditivos, por lo que el análisis del trabajo y sus efectos debe realizarse tomando en cuenta dichos efectos (Noriega, Laurell, Martínez, Méndez y Villegas, 2004).

Además, se ha relacionado la exposición a compuestos como el hexano en trabajadores de una base de mantenimiento de aeronaves con éste efecto; encontrando que los trabajadores expuestos manifiestan mayor grado de fatiga que los no expuestos (aproximadamente el doble), por lo que se ha concluido que a mayor concentración de hexano mayores niveles de fatiga, aún cuando los niveles de concentración estén dentro de los límites permisibles (García, s/f).

En un estudio transversal en el que evaluaron a una muestra heterogénea de trabajadores con un año de distancia entre medidas, relacionando la presencia de fatiga y las altas demanda de trabajo, encontraron que entre mayores sean las demandas mayor presencia de fatiga. Concluyendo que el poseer adecuados recursos de afrontamiento puede mitigar los efectos de las demandas así como percepción de las mismas (Janssen y Nijhuis, 2001).

Los estudios revisados demuestran la incidencia de la fatiga en diversas ocupaciones, siendo sus efectos principales los desórdenes musculoesqueléticos, los trastornos digestivos, cardíacos, cefaleas, entre otros. En los aspectos psicológicos se manifiesta una baja en el rendimiento del trabajador, falta de atención y dificultades de concentración. Estos síntomas pueden ser modificados

con el cambio del ritmo de trabajo, así como por la implementación de tiempo de descanso durante la jornada.

Por otro lado, uno de los efectos menos estudiados es la monotonía, ya que muchas veces se le considera síntoma de otros efectos tales como la fatiga o el estrés. Es por ello, que las bases teóricas que lo sustentan como efecto independiente son muy limitadas; sin embargo, atendiendo a la necesidad de dicha diferenciación se analizará en el siguiente apartado.

2.2.2 Monotonía

Al hablar de este efecto se debe aclarar que se debe considerar como efecto específico, ya que presenta características y causas propias, las cuales tienen relación con el tipo de trabajo.

Es por ello, que según Almirall (1993) en la actualidad, se ha llamado monotonía a un estado relativamente pasajero de la actividad psicofísica, caracterizada por una disminución de la misma y un sentimiento de apatía, indiferencia hacia la actividad. Ghiselli (1970 Cit. En: Almirall, 1993) señala que la monotonía puede precipitarse por factores de la tarea como la repetición, por lo que se deben considerar al menos tres aspectos:

- Las condiciones en que se realiza el trabajo
- La motivación inadecuada (naturaleza del incentivo)
- No todos los que se exponen a un trabajo repetitivo se quejan de él.

Wisner (1998) menciona que la monotonía es una variabilidad significativa en el equilibrio psicológico, principalmente una actividad reducida (frecuencia del pulso), disminución del consumo de oxígeno y del tono muscular. En la esfera del rendimiento se destaca un aumento en las oscilaciones de la actividad y la frecuencia de los errores. Es típico de este estado la indiferencia, apatía, sin llegar a fatigarse verdaderamente.

Para evitar la confusión del término, Almirall (1993) propone una serie de características que diferencian a la monotonía de los demás efectos:

- Los requisitos de la tarea son muy regulares, por lo que el nivel de atención es muy estrecho.
- Existe desinterés, cansancio y aburrimiento.
- Surge principalmente en actividades de larga duración y/o de ciclos.
- El nivel de activación disminuye progresivamente.
- Los efectos son esporádicos o fluctuantes.
- Bajo nivel de actividad de forma permanente.
- Al cambiar de actividad mejora sustancialmente el rendimiento.

Debido a la falta de claridad en los conceptos, para el presente estudio se utilizará la caracterización de la monotonía de Almirall (op cit.), ya que las dificultades teóricas antes mencionadas no permiten la unificación del concepto; lo que ha dado lugar ha la confusión del mismo con otros; lo que se puede observar en la falta de estudios específicos al respecto.

Uno de los efectos con el que mayormente se confunde a la monotonía o se toma como parte de sus síntomas, es con el estrés, el cual tiene características específicas, a pesar de lo cual tampoco ha podido ser definido de forma unificada; por lo que existen múltiples conceptos como se verá en la historia del concepto que a continuación se expone.

2.2.3 Estrés

El estrés es uno de los efectos más investigados en la Salud Ocupacional, a pesar de ello existen múltiples definiciones, las cuales se diferencian en la forma en que lo vislumbran. La evolución del concepto se relaciona con los avances

tecnológicos, así como con los cambios sociales y laborales. Tal como lo muestra la Tabla 2.1 de revisión histórica del concepto de estrés.

Etimológicamente “Stress” es una palabra derivada del latín, muy popular en el siglo XVII con el significado de apuro, infortunio, adversidad. Más tarde en el siglo XVIII es usado con relación a algo que denote fuerza, presión, tensión o fuerte esfuerzo, tanto en una persona, como a la facultad de su vida mental (Almirall, 1993).

TABLA 2.1 REVISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESTRÉS

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
Hocke	Siglo XVIII	Una fuerza generada en el interior del cuerpo como resultado de la acción de una fuerza que tiende a distorsionarlo (Citado en Gándara, De Dios, García, y Fuertes 1998)
Cannon	1935	Define el concepto de estrés crítico como los niveles que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (Citado en Gándara, De Dios, García, y Fuertes 1998).
Selye	1936	<p>Conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier estímulo nocivo; una reacción que llamó Síndrome General de Adaptación, el cual abarca tres estadios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción de alarma, la cual es considerada como una fase de “shock” (la reacción inicial e inmediata a un agente nocivo) y una movilización o fase de defensa en la cual la corteza comienza a secretar más hormonas corticoides. • Estado de resistencia, la cual incluye la adaptación al estímulo estresor pero en franca desventaja en posibilidades para competir con el estímulo subsecuente. • Estado de extenuación, el cual sigue a periodos de prolongación y severa adaptación. Estos efectos resultan una constante, independientemente de la significación positiva o negativa que represente para el sujeto. <p>Propuso el nombre de estresores a los agentes evocadores</p>

AUTOR	AÑO	CONCEPTO
		de la respuesta (Citado en Gándara, De Dios, García, y Fuertes 1998).
French	1976	Falta de acoplamiento entre la persona y el trabajo que realiza, bien porque el trabajo no satisface las necesidades o expectativas de la persona o no le permite utilizar sus conocimientos o habilidades (Citado en Flórez, 1994)
Kulka	1980	Es un efecto que se describe como extrema activación o actividad ante determinados factores ambientales, así como una reacción no específica del organismo ante exigencias de trabajos complejos (Almirall, 1993)
Mikhail	1982	Es un proceso que comienza a partir de un desbalance entre las demandas y las capacidades en las acciones o mecanismos vitales de adaptación del organismo, el cual es parcialmente manifestado mediante una respuesta inespecífica (Citado en Almirall, op cit.).
Lazarus y Folkman	1984	Se trataría de una interacción compleja entre las demandas del entorno, las percepciones de estas demandas y la capacidad percibida de responder a ellas. Agregan además, que es “una clase particular de relaciones estímulo respuesta, una relación apreciada (“appraised”) por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (citado en Gándara, De Dios, García y Fuentes, 1998).
Neufeld y Paterson	1989	Término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio, el término <i>respuesta al estrés</i> para designar la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, y <i>estresor</i> o situación que provoca una respuesta de estrés (Cit. En: Labrador, 1994).
Fierro	1997	Se habla de estrés cuando la situación es dañina, amenazante o ambigua.
McGrath	1976	Resultado de una interacción de la persona y el entorno, que introduce en la persona una demanda, una obligación o una oportunidad para la acción (cit. En: García, 1998).
García	1998	Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Según García (1998) las definiciones de estrés se pueden dividir en:

Basadas en estímulos: en términos de estresores, con propiedades específicas e independientes de las acciones del individuo. Este tipo de definiciones hacen hincapié en los estímulos del entorno y el ambiente como los causantes de la tensión de individuo. Dos ejemplos de éste tipo son las de Fierro (1997) y Neufeld y Paterson (1989, citado en Labrador y Crespo, 1994)

Basadas en la respuesta: estas definiciones ponen especial atención en la persona, definiendo al estrés como las respuestas fisiológicas o psicológicas del individuo. Dos ejemplos de éste tipo de definición son los de Selye (1979, citado en Almirall, 1993) y Mikhail (1982, citado en Almirall, 1993),

Basada en el concepto de estímulo- respuesta: es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta del individuo. Un ejemplo de este tipo de definición McGrath (citado en García, 1998).

Sin embargo, después de analizar la tabla es necesario agregar otras dos categorías:

Basada en la percepción del individuo: Se parte de que el estrés es una respuesta del individuo, originada por la percepción que él tiene de la situación. Dos ejemplos de ésta definición son las de García (1998) y French (1976, citado en Flórez, 1994)

Basadas en la interacción dinámica entre el individuo y el ambiente: Estas definiciones retoman las anteriores, ya que toman en cuenta la interacción bidireccional entre individuo y ambiente; donde intervienen diversos factores como la percepción del estresor por parte del sujeto, sus habilidades para

enfrentarlo, entre otros. Ejemplos de éstas definiciones son las de Lazarus y Folkman (1984) y la de Karasek (1981, citado en Guillen y Guil, 2003).

Como se ha podido observar en la tabla 2.1, el estrés se ha considerado como un agente negativo, pero para algunos autores [Selye (1979, citado en García,1998) principalmente] el estrés no necesariamente es negativo, ya que para éstos es necesario para movilizarnos a lo que se le han llamado Eutrés, pero, si éste estrés excede la tolerancia del sujeto se convierte en negativo (Distrés).

Schmidt (1977, Citado en: Almirall, 1993) pertenece a esta posición, pues considera que el estrés no siempre puede valorarse como un agente negativo. En su criterio seguridad y adecuación son palabras claves para describir el gradiente psicológico del estrés; el sentimiento de seguridad depende de nuestra visión hacia el ambiente, ésto es predecible y modificable y el hombre siente más seguridad si puede predecir su adecuación al medio, si se puede anticipar a qué le va a pasar. Cuando se está inseguro, se experimenta una mayor sensación o experiencia de estrés, o sea, es cuando el estrés alcanza un sentido negativo.

Este problema en el ámbito laboral es tan importante que se dice que casi un tercio (40 millones de personas) de toda la población activa de la Unión Europea sufre alguna forma de estrés laboral. El costo a las empresas es de 20,000 millones de euros por absentismo y gastos sanitarios (OSHA, 2002).

En este sentido, la OIT (1976) menciona que:

“En sus primeras fases, el estrés se manifiesta a través de un comportamiento exagerado....apareciendo después, si el estrés se mantiene, los problemas médicos. Aunque no es la única causa, el estrés desencadena, a menudo dolencias estomacales, dolores de cabeza, resfriados continuos, insomnio e irritación intestinal.....Si el estrés se prolonga durante un plazo largo puede ocasionar un aumento de los accidentes laborales y favorecer la aparición de enfermedades cardiacas, hipertensión arterial, colitis, trastornos psicológicos y suicidio”

Es en este sentido, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) para el presente trabajo se consideró al estrés como una interacción dinámica desfavorable entre el individuo y el ambiente; en la cual el sujeto percibe la situación como amenazante y que desborda sus recursos.

Así el estrés puede tener diversos efectos sobre la salud, físicos (los trastornos musculoesqueléticos, enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, entre otros), psicológicos, cognitivos (adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas), emocionales (numerosos trastornos de salud mental que varían desde la pérdida del autoestima y estados de ansiedad hasta trastornos depresivos y el suicidio) y conductuales (consumo de alcohol y tabaco en forma excesiva, drogodependencia, entre otros). Los cuales a continuación se analizarán.

2.2.3.1 Efectos del estrés en la salud de los trabajadores

Los efectos del estrés en la salud son diversos, debido a que afectan todas las capacidades del individuo, por ello, se han encontrado en diferentes investigaciones que sus afectaciones son a la percepción de salud, trastornos afectivos, ansiedad, depresión.

Un estudio realizado en personal de enfermería (ambos sexos) donde se evaluaron las relaciones entre el estrés laboral, la salud, la satisfacción laboral y apoyo social. En cuanto al estrés percibido en el último año, se ha encontrado que más de la cuarta parte fue originado por el trabajo, siendo más marcado, para los hombres. Además a medida que aumenta la edad disminuye la insatisfacción así como su percepción de estrés; las mujeres manifestaron mayor estrés en actividades laborales cotidianas, en actividades que implicaban aspectos afectivo- humanitarios, mientras que los hombres lo manifestaban en situaciones económico- sociales o de reconocimiento. El estado de salud parece

estar asociado con la percepción de estrés, así como con la carencia de apoyo adecuado (Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans, Caruana,1993).

En cuanto al personal militar, se ha encontrado que experimentan más eventos agudos relacionados con el trabajo, falta de estimulación, ambigüedad y sobrecarga, así como también tienden a reportar más síntomas físicos, psicológicos y conductuales, concluyendo que los efectos de un solo estresor pueden ser más perjudiciales para la salud que el de los estresores crónicos (Day y Livingstone, 2001).

Respecto al estudio de la situación de la profesión de enfermería en España, en cuanto a los riesgos laborales percibidos se ha encontrado que las condiciones de trabajo son consideradas por las enfermeras en un 76.6% como de alto riesgo. El aspecto más incómodo y desagradable es el estrés y la falta de reconocimiento y/ o valoración social. Con base en la percepción que los sujetos tienen de su profesión se concluyó que existe una gran desmotivación en los profesionales de enfermería, por lo que se les considera una población de riesgo (Revista Profesión Enfermería 1993, citado en Flórez, 1994).

En cuanto a la salud mental se ha relacionado al estrés como factor causal de trastornos psiquiátricos en el personal de sanitario, encontrando que los diagnósticos más frecuentes fueron los relacionados con el estrés, trastornos afectivos y trastornos por ansiedad; en orden de importancia. Se encontró que el 62% presentaban un nivel de estrés psicosocial oscilante entre moderado y catastrófico; el tipo de estrés era el crónico (89%). El trabajo como factor mediador en la presentación de trastornos es del 43% de los casos. En éste sentido, parece observarse como el personal de enfermería y los médicos presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que la población en general, por lo que concluyeron que este podría ser un indicador del riesgo de desarrollar el burnout (De Dios y Gándara,1998).

En un estudio realizado en México, se evaluaron las asociaciones del trabajo materno y el bajo peso al nacer, mediante la evaluación de las siguientes variables: factores sociales y biológicos asociados al bajo peso, el estrés ocupacional, trabajo doméstico durante la gestación, condiciones de trabajo, apoyo social y psicológico. No encontraron diferencias en cuanto las puntuaciones de estrés y su relación con el bajo peso al nacer, si hubo diferencias en cuanto a las horas de trabajo, siendo más nocivo permanecer de pie por más de siete horas diarias, jornadas de más de 50 horas y el esfuerzo físico para el bajo peso al nacer. El apoyo social y psicológico se asoció fuertemente con el resultado del embarazo. Concluyeron que el estrés no tiene relación con el bajo peso; sin embargo, la carga física de la tarea si la tuvo por lo que podría relacionarse más con la fatiga física (Cerón, Sánchez, Harlow y Núñez, 1997).

Se ha analizado también la contribución de la tensión laboral en la satisfacción laboral y los trastornos psicosomáticos relacionados con el estrés en enfermeras y auxiliares de clínica encontrando que hay relación entre tensión laboral, satisfacción laboral y trastornos psicosomáticos, siendo la categoría más saludable la de baja tensión y la más negativa la de alta tensión, los trabajadores pasivos y activos presentaron riesgos intermedios. Llegando a la conclusión de que los factores psicosociales, son variables muy importantes para el análisis de los efectos, ya que los riesgos clásicos (demanda - control) no se pueden explicar por sí solos (Artazcoz, Cruz y Moncada 1998).

Un estudio con trabajadores que asistían a los servicios de consulta externa (de ambos sexos), a los cuales se les evaluó el nivel de estrés diario, las condiciones distresantes y su estado de salud, encontrando que en cuanto al estrés percibido no tuvieron grandes diferencias, mientras que en las condiciones distresantes si hubo diferencias significativas, siendo para las mujeres mayor el porcentaje que los hombres en: el trabajo repetitivo, poco tiempo de descanso y realización de trabajo doméstico. A partir de estos hallazgos, se concluyó que las características relacionadas con la diferencia de género (diferencias en puestos de

trabajo, dificultades de promoción y ascenso, doble jornada, etc.) influyen directamente en la presentación del distrés y su sintomatología por lo que se deben tomar en cuenta para el análisis del trabajo (Rosado y Tovalín, 1996).

Como se puede observar, los daños a la salud ocasionados por el estrés son muy variados y afectan a todos los niveles funcionales del hombre; por ello se ha considerado que puede estar relacionado con muchas enfermedades no profesionales; por lo que cabría suponer que la presencia de estrés en los entornos laborales de forma continuada afecta de manera seria a la salud.

Obedeciendo a esta suposición se ha destacado al burnout como una consecuencia del estrés crónico, el cual se presenta mayormente en trabajadores que tienen contacto diario con otras personas, tal es el caso de las enfermeras; por ello a continuación se analizará el concepto de burnout en los ambientes laborales.

2.2.4 Burnout

El concepto de Burnout surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los setenta, para explicar el deterioro de la calidad de la atención profesional de los usuarios de las organizaciones de servicios (Gil- Monte y Peiró, 1997).

TABLA 2.2 REVISION HISTORICA DEL CONCEPTO DE BURNOUT

AUTOR	AÑO	DEFINICION
Freudenberguer	1974	Experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge como consecuencia del contacto diario con las personas (Citado en Gil- Monte y Peiró, 1997).
Maslach y Jackson	1981	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que se desarrolla en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas (Citado en Gil- Monte y Peiró,

AUTOR	AÑO	DEFINICION
Price y Murphy	1984	1997). Es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Citado en Gil-Monte y Peiró, 1997).
Pines y Aronson	1988	Estado en el que se combinan la fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general y baja autoestima (Citado en Gil- Monte y Peiró, 1997).
Almirall	1993	Se caracteriza por un estado de tensión molesto, desagradable, que refleja inquietud en quien lo experimenta, donde se manifiesta una aversión creciente a una actividad laboral determinada. Las consecuencias se expresan frecuentemente en la oscilación y el deterioro del rendimiento, una falta creciente de interés y lo principal, una sobrecarga afectiva (posición defensiva, aversión creciente).
Flórez	1994	Un cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y eventualmente progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso
Rodríguez- Marín	1995	Debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de servicios y los receptores de los mismos. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección (Citado en Gil- Monte y Peiró, 1997) .
Gil- Monte	1997	El burnout entendido como un proceso supone la interacción de variables afectivas o emocionales (agotamiento emocional y despersonalización), de carácter cognitivo - aptitudinal (falta de realización en el trabajo) y actitudinales (despersonalización y falta de realización personal en el trabajo). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes - consecuentes dentro del proceso más

AUTOR	AÑO	DEFINICION
		amplio del estrés laboral.
De Dios	1998	Se trata del hecho de que la situación (laboral, familiar o social) ha sobrepasado la tolerancia del sujeto, agotando su capacidad de reacción de manera adaptativa. Es el final de un proceso de tensión y estrés (Citado en Gándara, De Dios, García y Fuertes, 1998).

Gil- Monte y Peiró (1997), mencionan que el concepto de burnout puede entenderse de dos formas.

Desde una perspectiva clínica: lo entienden como un estado al que se llega como consecuencia del estrés crónico. Desde esta perspectiva encontramos las definiciones propuestas por Price y Murphy (1984), Pines y Aronson (1988, ambos citados en Gil- Monte y Peiró, 1997), Flórez (1994) y Almirall (1993).

Desde una perspectiva psicosocial: lo entiende como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno y características personales. La definición más aceptada desde esta perspectiva es la de Maslach y Jackson (1981, citado en De Dios, 1998) Aunque en su inicio se le consideró como un estado; los estudios basados en ésta han dado lugar a una posterior conceptualización como proceso. Otras definiciones derivadas de esta perspectiva son: Gil- Monte y Peiró (op Cit.), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter y Maslach (1988), Leiter (1993) y Gil- Monte, Peiró y Valcárcel (1995, todos Citados en Gil- Monte y Peiró, 1997).

Aunque los autores antes mencionados concuerdan en entender el burnout como un proceso psicosocial, las etapas en cada uno tienen sintomatologías diferentes. Por ejemplo, para De Dios (1998) considera al burnout como un proceso desarrollado en etapas o fases por lo que en un primer momento las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés. Una segunda fase aparece cuando el sujeto da un sobre

esfuerzo como respuesta a la situación, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, entre otros. Como tercera fase aparece el enfrentamiento depresivo con el cual se da un cambio negativo de actitud (es en esta fase cuando aparece propiamente el burnout); siendo los principales síntomas del burnout según éste autor los siguientes:

- El **agotamiento emocional** supone síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psicológico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite.
- La **despersonalización** supone un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas.
- La **realización personal** implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad en el trabajo, ideas de fracaso.

Klavreist (s/f, citado en De Dios, 1998) lo define como un proceso de progresivo deterioro emocional. Para él se distinguen cuatro fases no secuenciales; en la primera el sujeto se encuentra motivado para el trabajo, ilusionado y con deseos de éxito. En la segunda aparece la desilusión, insatisfacción e irritación aunque con deseos de seguir trabajando. La tercera fase es la de frustración, caracterizada por irritabilidad, falta de moderación y frustración, empieza a desatender sus responsabilidades del trabajo.

La cuarta fase es la desesperación, certeza de que todo está perdido, falta de esperanza, sentimientos de fracaso, apatía y aislamiento.

Para Golembiewsky y Muzenreider (s/f; citado en Gándara, De Dios, García y Fuertes, 1998) consideran que las fases serían las siguientes (en ese orden): despersonalización, descenso en el sentimiento de realización personal y agotamiento emocional.

Este problema es tan importante que, en lo que se refiere a las profesiones sanitarias se calcula que casi el 65% de los profesionales sanitarios están “quemados” constituyendo una de las causas del abandono y el absentismo laboral, particularmente a partir de los 40 o 45 años. Particularmente, las mujeres que desarrollan esta actividad son más vulnerables a la presentación de este cuadro clínico (Flórez, 1994).

El burnout se ha investigado mayormente en profesiones de servicio, lo cual ha redundado en una vasta cantidad de investigaciones al respecto del constructo. Sin embargo, no se ha llegado a un consenso por lo que los resultados dependen en gran medida del enfoque del cual se parta, es por ello que a continuación se exponen los principales hallazgos de dichas investigaciones.

2.2.4.1 Efectos del Burnout en la salud de los trabajadores

Los daños en la salud ocasionados por el burnout son predominantemente de tipo mental, ya que sus características son en sí mismas de este tipo; es por ello que las investigaciones se han abocado a buscar relaciones entre los diferentes niveles funcionales, por lo que las repercusiones laborales y de salud, se pueden dividir en cuatro áreas:

- **Psicosomáticas:** fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos de sueño, úlcera u otros trastornos digestivos, cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales.
- **Conductuales:** absentismo, violencia, abuso de fármacos o alcohol, conductas suicidas, conflictos familiares y matrimoniales.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, dificultad para concentrarse, entre otros.
- **Signos defensivos:** negación, supresión, desplazamiento, etc (Unión General de Trabajadores, s/f).

También pueden dividirse en:

- **Consecuencias laborales:** insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad, absentismo laboral, reconversión profesional y abandono de la profesión.
- **Consecuencias familiares:** ruptura familiar (aislamiento familiar, divorcios, etc.), falta de comunicación y hostilidad.
- **Consecuencias personales:** exaltación de las actividades extralaborales, aislamiento social y psicopatologías (De Dios, 1998).

En este sentido, en un estudio se evaluó la relación entre burnout y salud en trabajadores de un hospital (de ambos sexos) encontrando que a mayor edad y años de profesión menos burnout; cuanto mayor es el nivel de burnout menor es el bienestar subjetivo del sujeto, y sobre todo es el agotamiento emocional el que más correlaciona con un peor estado de salud subjetiva. Un estudio similar, encontró niveles altos de burnout, siendo que el desgaste profesional aumentaba en función de la antigüedad en la profesión. En cuanto a la afectación de la salud solo se relacionó con el agotamiento emocional en los profesionales casados (De Dios y Gándara, 1998).

Se ha determinado también, que los trabajadores con menor cualificación suelen ser los que pasan más tiempo con los pacientes y a mayor contacto o intensidad de la relación mayor desgaste (Pines y Maslach, 1978; citado en De Dios y Gándara op cit.).

En otro estudio con militares, 95% presentaron alteraciones de la salud mental, 43% presentaron síntomas depresivos leves, no existiendo sujetos con síntomas graves de depresión y niveles patológicos de ansiedad. En cuanto a burnout toda la población presentaba puntuaciones en un nivel medio- alto; por lo que se concluyó que los efectos del estrés laboral intenso todavía no causaban afectaciones psiquiátricas (De Dios y Gándara, op cit.).

Otro estudio similar con una muestra de ambos sexos, con la salvedad de que se incluyó una historia clínica, encontró que el grado de burnout fue medio-alto, 18% resultaron posibles casos psiquiátricos, 16% presentaron ansiedad subclínica, 10% patología depresiva, antecedentes psiquiátricos previos familiares 11.4% y personales 4%. Los de menor puntuación en agotamiento emocional y los de mayor puntuación en los logros personales fueron los oficiales superiores, 10% consumen abusivamente alcohol. Se concluyó que a mayor burnout mayor afectación psicopatológica (De Dios y Gándara, 1998; p. 174).

En cuanto a la relación entre estrés y burnout, se ha encontrado que en profesionales de la salud de diferentes niveles de atención, el burnout de los médicos alcanzó el 35%, principalmente en mujeres y en el primer nivel de atención. En el caso de la enfermería alcanzó el 23.7% primordialmente en hombres del primer nivel de atención. En cuanto al estrés de los médicos se alcanzó un mayor porcentaje en el primer nivel de atención, siendo incluso más alto que el burnout con un 52.8%; mientras que en los enfermeros sucedió lo mismo aunque con mayor porcentaje (63.6%). El porcentaje global de burnout en la muestra fue de 30%, mientras que en el estrés fue de 50%. Se concluyó que los grupos de mayor riesgo de padecer el burnout fue en los médicos de primer nivel de atención, mientras que para el estrés lo fue en la enfermera del mismo nivel de atención; siendo el principal propiciador la inequidad en las relaciones (Román, 2003).

Recientemente se ha empezado a evaluar la presencia de burnout en contextos no laborales, tal es el caso de un estudio con mujeres, en el que se relacionó la ocupación (trabajadoras vs. Estudiantes) y el nivel de burnout; encontrando que los estudiantes presentaron mayor burnout que las trabajadoras, siendo el síntoma predominante el agotamiento emocional y menor competencia profesional que las trabajadoras. Es por ello, que se ha llegado a concluir que el burnout no sólo se presenta en ámbitos laborales (Agut, Grau y Beas, 2000).

Por otro lado, se ha intentado investigar las causas del burnout en profesores, basándose en un nuevo componente el "Core of burnout" el cual consiste en la suma de las dimensiones de cansancio emocional y realización personal como fundamentales para el desarrollo de este efecto; encontrándose que la mayoría de los profesores presentaban niveles de burnout alto, siendo el origen del mismo la tensión laboral percibida, las malas relaciones con los compañeros, los entornos perniciosos y los eventos vitales (Caramés, s/f).

Debido a las características del problema en cuestión, se detectan deficiencias conceptuales y metodológicas de origen; ya que como lo han señalado los autores hasta ahora revisados al hablar de efectos negativos de tipo psicológico no existe unificación de los conceptos. Es este el caso de estudios realizados tratando de evaluar estrés con indicadores de fatiga física o psicológica; o en el mejor de los casos, partiendo de modelos teóricos que consideran al estrés como estímulos del ambiente, evaluando a los estresores ocupacionales como agudos o crónicos, siendo que se refieren a conceptos diferentes. Por ello, y en un afán de dilucidar las de los diferentes efectos negativos de tipo psicológico, Almirall (1995) propone una diferenciación diagnóstica, a partir de aspectos definidos que ayuden a evitar la confusión entre ellos.

2.3 Criterio diferencial de los efectos del trabajo

Los efectos negativos de tipo psicológico, tienen síntomas que a primera vista son similares, lo que ocasiona que en muchas ocasiones se confundan y se tomen como equivalentes; siendo éste uno de los problemas teóricos y metodológicos que afectan al estudio de la salud en el trabajo puesto que pueden llevar a conclusiones equivocadas. Aunado a lo anterior, las intervenciones que se realizan, ya sea de manera preventiva o correctiva deben partir de que las

medidas que se tomen para cada efecto son diferentes de otra manera no se logrará cambio alguno.

Es por ello que Almirall (1995) desarrolló un sistema que permite diferenciar los efectos negativos de forma independiente, a partir de los siguientes aspectos:

Reversibilidad de los efectos

A mayor o menor plazo la fatiga, monotonía y burnout son reversibles, al cesar los factores que la provocan. Contrariamente al estrés, el cual mantiene sus manifestaciones (emocionales y de efectividad) aún después del cese de sus causas.

Consecuencias específicas.

Para la **fatiga** se puede señalar una capacidad disminuida para el rendimiento mental y corporal, como una consecuencia de las exigencias de trabajo, que se manifiestan en:

- Disminución de la capacidad de concentración, fuga de ideas e interrupción en el proceso de pensamiento.
- Pobre disposición ante el trabajo
- Un sentimiento generalizado de cansancio, extenuación

Para la **monotonía**, la actividad se percibe como aburrida, pobre en contenido.

- Hay una estimación exagerada del tiempo
- Se reduce el nivel de tensión
- Somnolencia
- Fisiológicamente hay una disminución de la actividad circulatoria, se reduce el tono muscular y el consumo de oxígeno.

- Con respecto al rendimiento, hay una marcada merma y fluctuación, así como aumenta el número de errores.

En el **burnout** hay un sentimiento de exaltación, de enfado, de desgano

- Hay un marcado descenso en el nivel de rendimiento y en la estabilidad de los resultados
- Es característica una variación del modo de ejecución, la cual no se realiza con una exigencia real, sino que sirve para crear variedad en la ejecución de la actividad.
- Disminución de la tensión en la tarea.

En los sujetos bajo **estrés**, se encuentra un conflicto emocional detrás de él, se produce cuando hay un agente estresor y la persona no tiene la habilidad para afrontarla y además el medio social (redes de apoyo) no le ayudan.

Así es como él propone un listado de características de cada efecto para poder diferenciarlos, a lo cual le ha llamado criterio diferencial de los efectos negativos de tipo psicológico, el cual se encuentra en la tabla 2.3.

Según Almirall (op. Cit.) un breve análisis de lo escrito sobre el tema en los últimos años, sugiere clasificar a las investigaciones al menos en tres direcciones principales:

- Estudios descriptivos, generalmente relacionados con un criterio epidemiológico, los cuales han puesto de manifiesto la relación entre la frecuencia de enfermedades y diferentes grupos laborales.
- Análisis y determinación de las características individuales de los que se exponen a un esfuerzo mental y la relación con los requerimientos que imponen las profesiones con altas exigencias neuropsíquicas.

TABLA 2.3 CRITERIO DIFERENCIAL DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE TIPO PSICOLOGICO

Criterios diferenciales	Fatiga	Monotonía	Burnout	Estrés
Características principales	Requisitos que se mantienen temporalmente. Aceleración del agotamiento.	Escasez y/o regularidad de estímulos, estrecho nivel de atención.	Vivencia de falta de sentido a la actividad, indisposición para la realización de tareas.	Exceso de emociones negativas. No posibilidades de solucionar conflictos. Estrategia inadecuada
Características experimentadas	Agotamiento, sin aburrimiento.	Desinterés, cansancio, aburrimiento.	Irritación con desgano acentuado con cansancio	Tensión, excitación, intranquilidad, preocupación por el cumplimiento de las tareas
Relación temporal con la actividad	Surge luego de una actividad de larga duración.	Puede surgir después de una actividad de larga duración en proceso de ciclos	Es posible que se presente antes y durante la actividad	Es posible que se presente antes y durante la actividad
Nivel de activación	Al principio de aparecer el efecto se eleva por un mecanismo de compensación, más tarde disminuye.	Disminuye progresivamente	Aumenta hasta llegar la sobreexcitación	Aumenta sin llegar al grado anterior
Curso de los efectos	Involución continua de la disposición y la capacidad	Esporádica, fluctuante	Esporádica, fluctuante	Cíclicas
Disposición individual	Disminución de la habilidad y la capacidad para la ejecución	Hipoactivación habitual	No hay disposición alguna para la ejecución	Labilidad emocional con respecto a la tarea general
Relación entre el criterio autoevaluativo de la significación de la tarea y sus efectos	Baja, prácticamente independiente	Baja aunque no en el grado anterior	Elevada	Elevada
Magnitud de los efectos positivos que pueden lograrse con un cambio de actividad	Pequeño	Mejora sustancialmente el rendimiento	No se ha determinado, resultados contradictorios (Hacker y Richter, 1985)	Hay evidencias de que fluctúa el rendimiento laboral (Hacker y Richter, 1985)

Fuente: Almirall, (1993)

- Determinar la eficacia de indicadores aislados que reflejan los efectos del esfuerzo mental en condiciones de laboratorio y terreno, entre otros: variabilidad de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, así como aquellos indicadores que representan en general una disminución de la reactividad sensomotora del hombre.

Es por ello, que el presente estudio pretende recoger las recomendaciones que hace Almirall (1993) con respecto a las dificultades del tema; que a continuación se detallan.

- La complejidad del estudio de los efectos del esfuerzo mental se fundamentan en dos condiciones importantes. La primera es la influencia de la individualidad y la segunda son las condiciones externas en las que el trabajador se realiza.
- Ausencia de una teoría totalmente estructurada, sobre los mecanismos de acción del esfuerzo mental y sus numerosas direcciones en la investigación concreta.
- Deficiente enfoque metodológico en la mayoría de las investigaciones empíricas sobre el tema.

En este sentido, algunos de los estudios revisados han caído en la trampa que significa evaluar sólo condiciones laborales, relacionándolas únicamente con características de los individuos; si bien es cierto son importantes no pueden ser tomadas de forma aislada; sin tomar en cuenta la percepción del sujeto hacia el trabajo y sus efectos, puesto que se trata de un complejo proceso de evaluación en el que el sujeto es partícipe y no sólo espectador.

Por esta razón, como premisa metodológica Almirall (1993), recomienda la combinación de indicadores y métodos para la evaluación psicológica y psicofisiológica de los efectos negativos de la carga de trabajo. Generalmente, estos efectos se pueden registrar y evaluar mediante tres procedimientos

generales: a) datos de rendimiento (análisis antes, durante y después del trabajo), b) datos biológicos (por registro de cambios fisiológicos y psicofisiológicos) y c) valoración del estado subjetivo (rendimientos referidos de estos efectos) (Almirall, 1993; p.29- 30).

Atendiendo a estas recomendaciones, en la presente investigación se tomaron medidas de datos de rendimiento y la valoración del estado subjetivo; mientras que como datos biológicos se evaluaron los síntomas de salud en los últimos seis meses. Estos criterios metodológicos, tienen especial importancia, ya que son éstos los que dan lugar a una validez metodológica para los estudios de las relaciones efectos negativos- proceso de salud enfermedad. En este sentido, existen muchos modelos de análisis del trabajo que retoman diferentes indicadores para su evaluación; debido a lo cual no todos aportan datos suficientes para el análisis de la relación antes mencionada. A continuación se describen algunos.

2.4 Modelos de análisis del trabajo

Los modelos de análisis del trabajo son instrumentos de evaluación que ayudan a encuadrar las variables que intervienen en la relación salud y trabajo; se diferencian en gran parte, por los componentes a los cuales le atribuyen mayor o menor peso dentro de la presentación de efectos negativos de tipo psicológico. Existen modelos que analizan la tarea de una manera global, determinando factores que pueden llevar a efectos negativos/positivos del trabajo; sin embargo y debido a la falta de unificación teórica, se han desarrollado modelos específicos a cada efecto (principalmente de estrés y burnout). Por ello, a continuación se analizarán los modelos del estrés y el burnout y posteriormente los modelos globales.

2.4.1 Modelos teóricos específicos del estrés y el burnout

En este tópico se encuentran infinidad de modelos explicativos del estrés y burnout, algunos desprendidos de teorías cognitivas, otros de las teorías organizacionales y algunos otros de las teorías sociales. Por ello, existen diferencias muy marcadas entre ellos, sobretodo en las variables que retoman y la influencia que les atribuyen; además de que son diferentes para el estrés y el burnout.

García (1998) por ejemplo, propone seis tipos de modelos explicativos del estrés en el trabajo, los cuales están resumidos en la tabla 2.4.

TABLA 2.4 RESUMEN DE MODELOS DEL ESTRÉS SEGÚN GARCIA (1998)

NOMBRE DEL MODELO	CATEGORIAS QUE EVALUA
Modelo de Adaptación	Describe que las personas podían ser afectadas dependiendo de: habilidad y capacidades de la persona, así como de las limitaciones resultantes de la práctica y tradiciones; los medios que ofrece el ambiente social, y donde y como utilizarlos.
Modelo ocupacional	La experiencia relativa al estrés es una respuesta subjetiva, resultante de la interacción de las condiciones sociales y las características personales.
Modelo del ambiente social	Relaciona a los efectos del ambiente objetivo en el ambiente psicológico y a éste con las respuestas inmediatas del individuo, siendo éstas responsables de los efectos en la salud y enfermedad. Siendo éstas relaciones clasificadas por variables moduladoras (características individuales y relaciones interpersonales). No contiene variables extraorganizacionales.
Modelo integral del estrés y del trabajo de Ivancevich y Matteson	Intentan relacionar las variables intra y extraorganizacionales, las diferencias individuales cognitivo - afectivas, demográficas, conductuales y fisiológicas.
Modelo de Proceso	La situación de estrés se considera como un ciclo de cuatro etapas. La primera es un proceso de apreciación cognoscitiva; se evalúa la situación (en forma exacta o inexacta). La segunda involucra la toma de decisiones, establece un vínculo entre la situación percibida, las opciones plausibles y la elección de una respuesta. La

NOMBRE DEL MODELO	CATEGORIAS QUE EVALUA
	tercera, es un proceso de realización de la tarea que da por resultado un conjunto de conductas que pueden evaluarse cualitativa y cuantitativamente. La cuarta, el proceso resultante, se establece entre conducta y situación. Este modelo no incluye variables médicas ni conductuales, poniendo énfasis en individuos y no en factores grupales.
Modelo de García	<p>Incluye seis bloques de variables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variables ambientales (estresores y recursos): discrepancia entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles; siendo moduladores el control y apoyo social. 2. Características de la persona: consideradas como moduladores (incluye el Patrón de Conducta A). 3. Experiencia subjetiva: apreciación de la demanda con respecto a los recursos. 4. Respuestas del individuo: proceso de evaluación de las respuestas de afrontamiento. 5. Resultados de la experiencia de estrés: son reacciones fisiológicas, cambios en los estados y procesos psicológicos y del comportamiento. 6. Consecuencias: solamente las alteraciones permanentes en la salud a consecuencias de la exposición prolongada y sin respuesta eficaz a un estresor.

Así los modelos teóricos del estrés parten de definiciones diferentes, por lo tanto lo evalúan según diferentes criterios, los cuales en muchas ocasiones limitan las explicaciones a factores únicamente laborales o individuales. Es por ello, que los diferentes estudios han resultado parciales y poco aplicables a la realidad.

En el caso del Burnout, se encuentran estas dificultades también agravadas por la falta de definición y la confusión que ésto ocasiona; sin embargo, para poder entender este efecto negativo del trabajo, es necesario explicar su etiología de manera clara, lo que ha dado lugar a la aparición de varios modelos teóricos.

Gil- Monte y Peiró (1997) mencionan que los modelos explicativos del burnout se pueden dividir en tres grandes categorías:

1. Los elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo de Bandura: se caracterizan porque en ella las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen, a su vez que estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. La autoeficacia percibida determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y ciertas reacciones emocionales (como depresión o estrés) que acompañan a la acción.

2. Los elaborados desde las teorías del intercambio social: parten de los principios básicos de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de los recursos y proponen que el síndrome tiene su etiología en la falta de equidad que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

3. Los elaborados desde la teoría organizacional: su característica principal es el énfasis en la importancia de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. (Algunos ejemplos de cada categoría se encuentran en la tabla 2.5)

TABLA 2.5 TAXONOMÍA DE MODELOS DEL BURNOUT SEGÚN GIL- MONTE Y PEIRÓ (1997)

MARCOS TEÓRICOS DESDE LOS QUE SE HAN ELABORADO LOS MODELOS	MODELOS SOBRE EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO
Teoría sociocognitiva del yo	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de competencia social de Harrison (1983) • Modelo de Cherniss (1993) • Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
Teorías del intercambio social	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de comparación social de Bunk y Schaufeli (1993) • Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)

MARCOS TEÓRICOS DESDE LOS QUE SE HAN ELABORADO LOS MODELOS	MODELOS SOBRE EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO
Teoría organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) • Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993) • Modelo de Winnubst (1993)

De Dios (1998), por su parte menciona tres tipos de modelos teóricos acerca del burnout:

1. **Teoría ecológica del Desarrollo humano:** explica el burnout como un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que, de manera directa o indirecta, participa la persona; cuando las distintas normas y valores entran en conflicto se produce un desajuste ecológico causante de estrés. Para Cherniss (1993, citado en De Dios, op cit.), por ejemplo, las características particulares del contexto laboral interactúan con las características individuales, sus demandas y expectativas, provocando tensión.

2. **Teoría cognitiva:** no es la situación sino la percepción del sujeto lo que hace una situación estresante. Por lo tanto, un profesional quemado se da por la forma en que considera a su cliente. Un ejemplo de éste tipo de teoría es la de Klarreist quien argumenta que no es la sobrecarga de trabajo lo que crea el desgaste sino la idea que el trabajador tiene de al respecto.

3. **Teoría social y de las organizaciones:** pone énfasis en el contexto laboral y su influencia en las relaciones interpersonales entre sujetos- compañeros y sujeto- cliente. Para Kan (su principal representante) el medio ambiente objetivo tiene una influencia causal directa sobre el ambiente percibido, que a su vez influyen en las reacciones individuales. La interpretación del sujeto tiene influencia en su forma de responder y ésta a su vez está influida por variables de personalidad y relaciones personales.

Después de analizar las características de los modelos, antes mencionados es evidente que el análisis de los efectos del trabajo es muy complejo, y éstos modelos específicos sólo lo complican y segmentan el conocimiento de los efectos negativos de tipo psicológico. Debido a lo anterior, algunos autores han desarrollado modelos, que llamaremos globales, que intentan explicar la etiología de los efectos del trabajo de manera general; algunos de ellos son: el Modelo Obrero de Ivar Oddone, el Análisis ergonómico de los puestos de trabajo, los modelos de demanda- control y demanda- control- apoyo, así como el Modelo d Kulka de las cargas de trabajo; los cuales serán analizados a continuación.

2.4.2 Modelos globales de análisis del trabajo

Dentro de los modelos globales, existen algunos que toman en cuenta a los factores psicosociales como causales o asociados a los efectos negativos de tipo psicológico (como el Modelo de Demanda - Control de Karasek y el de Demanda - control- apoyo); mientras que otros evalúan las características de la tarea y sus efectos tanto a nivel individual como de grupo (por ejemplo: Modelo Obrero de Ivar Oddone, 1987).

Algunos otros se enfocan principalmente a las condiciones ambientales y físicas (Análisis Ergonómico de los puestos de trabajo) y otros más, evalúan la presencia activa del trabajador en interrelación con los factores ambientales y los propios de la tarea (Modelo de Kulka, 1980; citado en Almirall, 1993).

Dentro de los que se ocupan de las características de la tarea y sus efectos a nivel grupal e individual, se encuentra el **Modelo Obrero Italiano de Ivar Oddone**, el cual se publicó en 1976 en el Instituto para el Desarrollo de la Formación Profesional del Trabajador (ISFOL), éste consiste en un curso audiovisual, que está diseñado por un lado, para capacitar a los trabajadores en la identificación y cuantificación objetiva de los factores negativos presentes en el ambiente laboral. Por el otro lado, los hace conscientes de su participación en el cuidado de la

salud, ya que para su evaluación es necesaria la participación de los propios trabajadores. Se parte de la identificación de cuatro grupos de factores nocivos, los cuales son los siguientes:

1° Grupo (Se representa en color verde): Luz, ruido, temperatura, humedad, y ventilación.

2° Grupo (Se representa con el color rojo): Polvo, gas, vapores, humos, radiaciones, vibraciones, otros.

3° Grupo (Se representa con el color amarillo): Fatiga estática y dinámica, fatiga fisiológica y patológica.

4° Grupo (Se representa con el color azul): Mecanización, fatiga industrial, ritmos, responsabilidad, posiciones incómodas.

Para llevar a cabo el análisis de trabajo se siguen siete pasos los cuales serán descritos a continuación:

- **Capacitación de los obreros:** a través de un curso audiovisual, se instruye a los obreros para identificar los factores de riesgo inherentes a su puesto de trabajo.
- **Observación directa:** Una vez impartido el curso audiovisual, se realiza una observación de los lugares, tipos de trabajo y factores nocivos presentes en el lugar.
- **Formación del grupo Homogéneo:** Se organiza a los trabajadores de tal manera que se realice una discusión colectiva de los condiciones y factores nocivos.
- **Recolección de la información del cuestionario:** se contesta el instrumento de manera consensual analizando los factores, condiciones y proceso de trabajo.
- **Cuantificación de datos bioestadísticos:** a través de la medición y registro de factores nocivos y lugares donde se encuentran, además de ausencias, incapacidades, accidentes, muertes, enfermedades y rotación.

- **Elaboración de Mapa de riesgo:** se trata de presentar de manera gráfica los efectos nocivos a la salud y los efectos más frecuentes. Esta es la base para tomar acciones concretas.
- **Acciones concretas:** con base en el Mapa de riesgo y su interpretación se negocian las modificaciones tanto de normas de seguridad como en acciones relacionadas con la propia tarea.

Posteriormente, se elabora el mapa de riesgos el cual consta de varias columnas:

- *Cuantificación de factores nocivos:* en ésta columna se anotan los puestos donde se encuentran y con qué predominancia, usando tres círculos de diferentes tamaños y de colores que representan cada factor.
- *Cuantificación de malestares:* usando los datos bioestadísticos y los denunciados se determina cual es el más frecuente por el cuestionario. Se utilizan cuatro medidas: El disturbio que presenten más del 75% de los trabajadores, el que padezcan entre el 50 y 75%, el que presente entre el 25 y 50% y por último, el que sea inferior al 25%.
- *Dictamen técnico:* éste debe contar con definición de la relación entre los factores presentes y sus efectos a largo plazo; y el estado actual de los trabajadores.
- *Resultados de los controles médicos:* se utiliza el mismo criterio que en el punto 2.

Este método es muy útil para trabajos en fabricas o manufactura, aunque resulta parcial ya que solamente ubica factores físicos relacionados con enfermedades profesionales; sin tomar en cuenta factores psicosociales relacionados con el trabajo por lo que su aplicación en ambientes laborales de predominio mental es muy poco productiva.

Otro método de análisis del trabajo es el **Análisis Ergonómico de los Puestos de Trabajo** (Ahonen, Launis y Kuorinka, 1989); el cual consta de una

minuciosa descripción de los lugares de trabajo, así como de la tarea; a través de guías de observación, entrevistas y algunos instrumentos (luxómetro, termómetro, por mencionar algunos). Se utiliza principalmente para labores manuales o manejo de materiales, aunque puede ser utilizado para otras actividades con algunas adaptaciones, su aplicación requiere de un entrenamiento para las observaciones y recoge la valoración subjetiva del trabajador para contrastarla con la del evaluador. Las etapas del análisis son las siguientes:

- **Definir el objeto de análisis:** puede ser un sitio de trabajo o una tarea. La tarea se divide en sub-tareas para ser analizadas en forma separada.
- **Describir la tarea:** se realiza una lista de las operaciones necesarias y los dibujos o gráficos del sitio de trabajo.
- **Análisis ergonómico:** utilizando las guías del manual el analista evalúa ítem por ítem cada parte de la tarea comparando lo observado con los límites ideales, de acuerdo con una escala de 1 a 5 (donde un puntaje de 4 a 5 indica condiciones de trabajo o ambiente potencialmente perjudiciales a la salud).

Con este tipo de análisis se obtiene una lista de características de la tarea que pueden cambiarse en caso necesario y aunque algunas características que evalúa son de carácter psicosocial (toma de decisiones, demanda de atención y concentración, repetitividad, entre otras), sólo se limita a pedir la opinión del trabajador tipo y el evaluador; por lo que limita la aplicabilidad para la evaluación de los efectos negativos de tipo psicológico.

En un intento por eliminar las deficiencias conceptuales de los efectos negativos del trabajo, Karasek en 1979 propone un modelo llamado **Modelo de demanda - control**. En este modelo, se considera que el ambiente psicológico del trabajo se puede caracterizar por la combinación de las demandas laborales y el control sobre la tarea. Los trabajos con una combinación de altas demandas y bajo control sobre la tarea serían caracterizados por altos niveles de estrés psicológico; por el

contrario, las profesiones con bajas demandas y altos niveles de control presentarían niveles menores de estrés y menor número de quejas de salud (hipótesis del strain). De las combinaciones restantes son alto control- altas demandas y bajo control y bajas demandas; en el primero, se hablaría de la presencia de fatiga, mientras que en el segundo, se hablaría de monotonía laboral; ambos efectos se consideran negativos para la salud de los trabajadores. Dentro de esta concepción todas las profesiones se ubican en alguna de las categorías; por lo que resulta un modelo fácil de aplicar y de analizar.

Sin embargo, al realizar análisis de los componentes, se encontró que existía una variable que intervenía modulando los efectos, esta variable fue propuesta por Johnson y Hall en 1988; dichos autores argumentaron que la hipótesis de la respuesta de estrés resultaba cierta cuando se aplicaba en condiciones de bajo apoyo social, ésta variante se denominó **Modelo de Demanda- control- apoyo social** (Lange, Taris, Kompier y Houtman, 2003).

Según Lange, Taris, Kompier y Houtman (op. Cit.) de 45 estudios basados en ambos modelos, 42% tienen una buena calidad metodológica teniendo sus hallazgos una modesta aportación a la teoría; siendo uno de ellos los efectos aditivos encontrados en las variables que componen el modelo. A pesar de ello, concluyen que hace falta aún mucha investigación en torno a la influencia de los cambios de trabajo a lo largo del tiempo, la medición objetiva de los cambios en las variables de salud y con respecto a las relaciones causales recíprocas e inversas que aún no se han estudiado.

Por último, existe otro modelo global que analiza la interrelación del trabajador y las características del ambiente laboral y de la tarea; el de Kulka (1980, citado en Almirall, 1993) el cual se basa en que la carga de trabajo está determinada por las condiciones del trabajo, representadas por los componentes objetivos y subjetivos que determinan la actividad y el éxito laboral; las condiciones de trabajo se pueden dividir en externas e internas. Las primeras se refieren a las condiciones

ambientales, la organización del trabajo, las relaciones humanas en la empresa. Las condiciones internas se representan por las llamadas premisas de rendimiento, concepto que comprenden todas las condiciones físicas y psíquicas relativamente estables que un hombre puede emplear para cumplir con las exigencias de la tarea. Las exigencias laborales son demandas que se imponen a la persona y que resultan de las condiciones objetivas de ejecución considerando el carácter y contenido del trabajo, los medios, objetos, procedimientos del trabajo, condiciones espacio temporales y ambientales en las que se desarrolla la actividad.

Existen entonces dos tipos de carga: la física y la psíquica. La primera es el grado de compromiso de las características físicas del trabajador que existe en la actividad laboral; existiendo entonces empleos con carga principalmente física o psíquica. Por carga psíquica denominamos al reflejo subjetivo, representado durante la actividad laboral y producto de la movilización de los procesos de adaptación del hombre (esfuerzo) para el cumplimiento de una tarea que se realiza bajo condiciones concretas (Almirall, 1993).

Los conceptos antes mencionados se relacionan con la presentación de los efectos negativos de tipo psicológico en un ambiente laboral concreto, lo cual se encuentra explicado en la figura 2.

Según este autor, al investigar los efectos de la carga, debe concebirse al hombre como un todo autorregulado y prestar atención, por tanto, a la influencia que eso tiene en el funcionamiento del sistema hombre- máquina- entorno laboral.

Así según Kulka (1980, citado en Almirall, 1993) existen dos tipos de mecanismos de regulación de la acción:

- Regulación del impulso: comprende la actividad total, expectativas y el efecto que éstas producen en el proceso general de la regulación de la ejecución. Es lo que este autor llama la motivación del hombre.

- Regulación de la ejecución: la regulación psicofísica del transcurso de la actividad la cual tiene como base los procesos cognitivos. Este tipo de regulación constituye el mecanismo principal para el estudio de la carga y actúa en tres niveles: a) regulación sensomotora, b) perceptiva conceptual y c) intelectual.

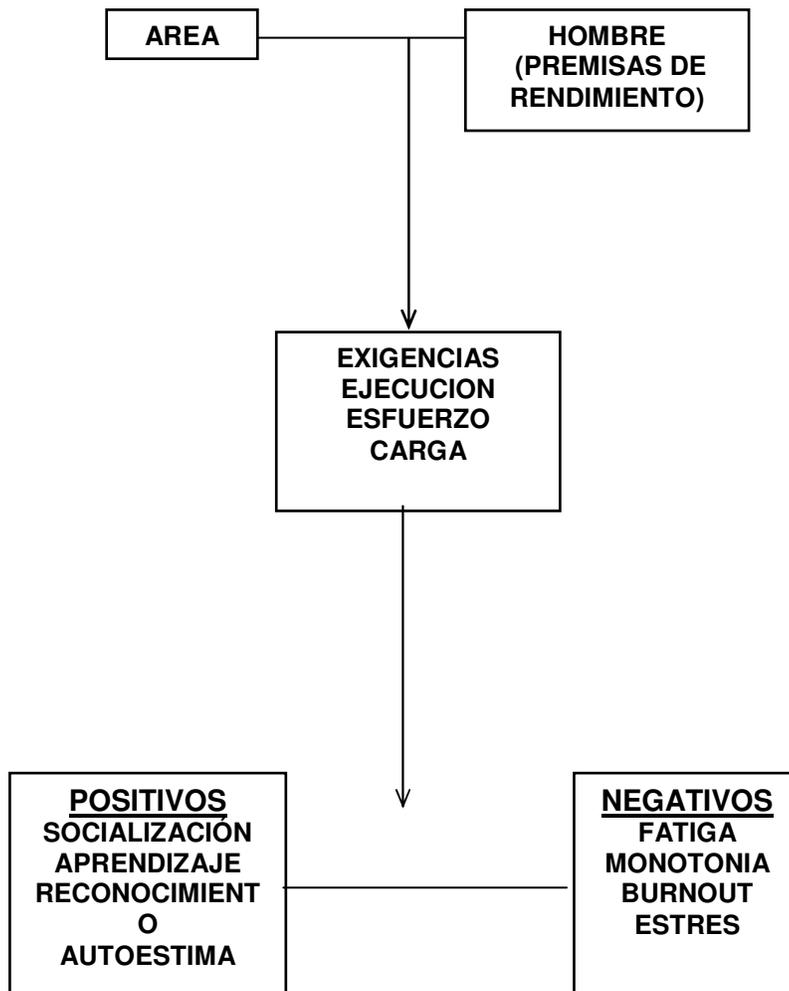


Fig 2 MODELO DE KULKA PARA LOS EFECTOS DEL TRABAJO (Fuente: ALMIRALL , 1993)

Partiendo de éstas premisas, el presente estudio se basó en éste modelo global; ya que se está de acuerdo con Kulka en que los efectos del trabajo no son necesariamente negativos, puesto que dependen de las características del trabajador y de la percepción que éste tiene de la carga de trabajo/ tarea. Además partimos de que los efectos son progresivos y por lo tanto relacionados; es por ello que el analizarlos aisladamente resulta improductivo.

Por otro lado, derivados del tipo de modelo teórico en el que se basen se desprende el tipo de instrumentos de análisis que se apliquen, ya que de ellos se desprende la interpretación que se haga del fenómeno, es por ello que existen infinidad de instrumentos que evalúan efectos aislados o características de la tarea, tal como se verá a continuación.

2.5 Instrumentos de análisis del trabajo

Los instrumentos que evalúan los efectos negativos del trabajo de tipo psicológico son diversos, existiendo instrumentos para la evaluación de la fatiga, estrés y burnout. Estos parten de supuestos teóricos diferentes, por lo que vale la pena analizarlos en cuanto a su validez, contenido y número de reactivos; lo cual se resume en la tabla 2.6

TABLA 2.6 EJEMPLOS DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EFECTOS NEGATIVOS DE TIPO PSICOLOGICO

NOMBRE	AUTOR Y AÑO	COEF. CONF.	# ITEM	EFEECTO EVALUADO
Stress Diagnostic Survey	Ivancevich y Mattenson (s/f, citado en Stora, 1991)	No reportado	60	Estrés, fuentes a nivel micro y macroorganizacional
Cuestionario LES U y H	Holmes y Rahe (1967, citados en Stora, op cit.)	No reportado	43	Eventos vitales estresantes
Escala de Síntomas de Estrés (ESE)	Seppo Aro (s/f, citado en Román, op cit.)	.83	18	Síntomas asociados al estrés
Inventario de estrés para profesionales de la salud (IEPS)	Wolfgang (1988, citado en Román, op cit.)	.83	30	Fuentes de estrés en profesionales de salud

NOMBRE	AUTOR Y AÑO	COEF. CONF.	# ITEM	EFEECTO EVALUADO
Post- Code Stress Scale	Cole, Scolumb y Mastey (2001)	.79	14	Estrés ocasionado por estresores específicos de enfermería de urgencias
Síntomas Subjetivos de Fatiga	Yoshitake (1987, citado en García, Suárez, Román y Barrios, 1997)	No reportado	30	Fatiga
Escala de cuatro puntos	Luke, Avni, Min y Misiunas (1999, citados en Meza y Ramírez, s/f)	No reportado	4	Fatiga
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1997)	Entre .78 y .68 para población hispana	22	Burnout
Maslach Burnout Inventory - General Survey	Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996, citados en Agut, Grau y Beas, 2000)	.79 para cinismo, .74 para competencia profesional y .66 para agotamiento emocional para muestra de estudiantes	16	Burnout en profesionales no pertenecientes a servicios
Cuestionario Breve de Burnout (CBB)	Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997, citado en Román, 2003)	.65 para síndrome de burnout, .72 para causas de burnout y .65 para consecuencias del mismo	23	Burnout
Meier Burnout Assesment (MBA)	Meier (1984)	.82	27	Burnout en cualquier profesión
Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE)	Mathews (1990)	.90	50	Burnout como concepto unidimensional
Eectos Psíquicos del Burnout	García y Valedrino (1992)	.92	12	Burnout como sentimiento de fatiga psíquica
Burnout Measure (BM)	Pines y Aronson (1988)	.94 y .88	21	Burnout
Teacher Burnout Scale (TBS)	Seidman y Zager (1986-1987)	Entre .72 y .89	21	Burnout en profesores

Como se puede observar, son diversos los instrumentos que existen para la evaluación de los efectos; sin embargo se ha encontrado que muchos de ellos presentan correlaciones con otros constructos teóricos tales como la seguridad en el trabajo, la fatiga e incluso con la depresión. Además muchos de ellos son

desarrollados en poblaciones específicas y para efectos específicos; por lo que su aplicación es limitada y hasta poco práctica. Debido a ello, es necesario determinar de antemano y en un solo paso, qué tipo de efecto es el presente en la actividad a investigar, para con ello contribuir al esclarecimiento de los conceptos y la unificación de los métodos.

Es por ello que en la presente investigación se utilizó el **Análisis Psicológico del Trabajo (APT)**, de Meister y cols. (1989, citado en Almirall 1993, 1995) desarrollado en Alemania, cuya primera versión en español fue realizada por el Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba; cuyo objetivo es evaluar, diagnosticar y pronosticar los efectos negativos del trabajo en diversos puestos, con relación a la incidencia del trabajo en la salud.

El APT evalúa las exigencias en los puestos de trabajo que pudieran posibilitar a corto, mediano o largo plazo la presentación de los efectos negativos. Consta de dos niveles de análisis: el análisis cualitativo y el análisis orientado; cabe destacar que evalúa solamente puestos de trabajo, no al trabajador individualmente.

1. ANÁLISIS CUALITATIVO (AC)

Este análisis toma en cuenta factores de la carga y el nivel de exposición a estos; es un método que puede ser aplicado por cualquier persona. El AC se realiza de manera previa para evaluar la posibilidad de la presencia de efectos negativos, en cuyo caso se procede al Análisis Orientado (AO), de lo contrario permite clasificar un puesto de trabajo a partir de tres características generales: a) Intensidad de la tarea, b) Necesidad de requerimientos especiales y c) la presencia de condiciones potencialmente nocivas en el ambiente de trabajo.

Este tipo de análisis se realiza por medio de una lista estandarizada donde el investigador vacía las observaciones realizadas sobre el análisis de las características de la actividad. Explora cuatro aspectos fundamentales:

- *Características generales del puesto de trabajo:* nombre de la empresa, departamento, puesto, actividad que desempeña, cantidad de trabajadores, composición por sexo, entre otros.
- *Características tipo A:* puestos de trabajo con exigencias y condiciones de ejecución que pueden provocar afectaciones psíquicas desfavorables. Consta de dos partes: el Grupo A, que presenta nueve propuestas que exploran aquellos problemas que se conoce repercuten negativamente en la salud de los trabajadores. La segunda parte se debe llenar con la colaboración del médico de la empresa.
- *Características tipo B:* puestos de trabajo con requerimientos extraordinarios debidos a cambios en la tecnología. Relaciona las consecuencias y las premisas que deben ser tomadas en cuenta para evitar los efectos negativos.
- *Acápite C:* muestra las consecuencias de adoptar una nueva tecnología tanto para la productividad como para el trabajador.

El análisis se realiza en coordinación de tantos expertos como sea necesario, el médico de la empresa y el investigador. Una vez realizado el análisis se procede a realizar el análisis orientado.

2. ANALISIS ORIENTADO (AO)

En este método se evalúa grupos de características del contenido de las tareas, de las cargas psíquicas y/o de las condiciones de ejecución de la actividad. El objeto de análisis son las condiciones subjetivas que se dan en los puestos de trabajo y que se caracterizan por estructuras determinadas para conocer las posibles consecuencias que acarrearán a los trabajadores. Para caracterizar la situación de carga y exigencia es necesario tener en cuenta todo el contenido de

trabajo teniendo en cuenta todo el contenido de trabajo que ejecuta el trabajador incluyendo sus tareas parciales. Se entiende por contenido del trabajo, toda labor que se fija a cada trabajador como resultado de la división del trabajo. Forma parte del contenido de trabajo los pasos de preparación, control y supervisión de la actividad laboral. Es preferible realizar el AO entre trabajadores que desempeñan la misma actividad, tienen el mismo nivel de preparación y el mismo nivel socioeconómico.

Con la aplicación del AO se brindan elementos "objetivos" "cuantificados" para la clasificación de un puesto a partir de tres características generales de la actividad:

- a) La intensidad de la tarea (extensa - restringidas)
- b) La necesidad de requerimientos especiales para el desempeño exitoso de la tarea.
- c) La presencia de condiciones potencialmente nocivas en el ambiente de trabajo.

Una vez realizado este análisis se evalúa la existencia o no de los efectos negativos de tipo psicológico, con lo que se procede a la determinación del tipo de efecto que se presenta, es decir si se trata de fatiga, monotonía, estrés o burnout por medio del BMSII (Batería Belastung, Monitonie y Saturation de Richter y Plath, 1984), tras lo cual se puede plantear una intervención adecuada a cada efecto. Como se puede observar, este modelo lleva implícito una serie de decisiones que son tomadas por los investigadores y que determinan la dirección de la evaluación. El proceso de toma de decisión de este modelo es el que se resume en la Figura 3 que a continuación aparece.

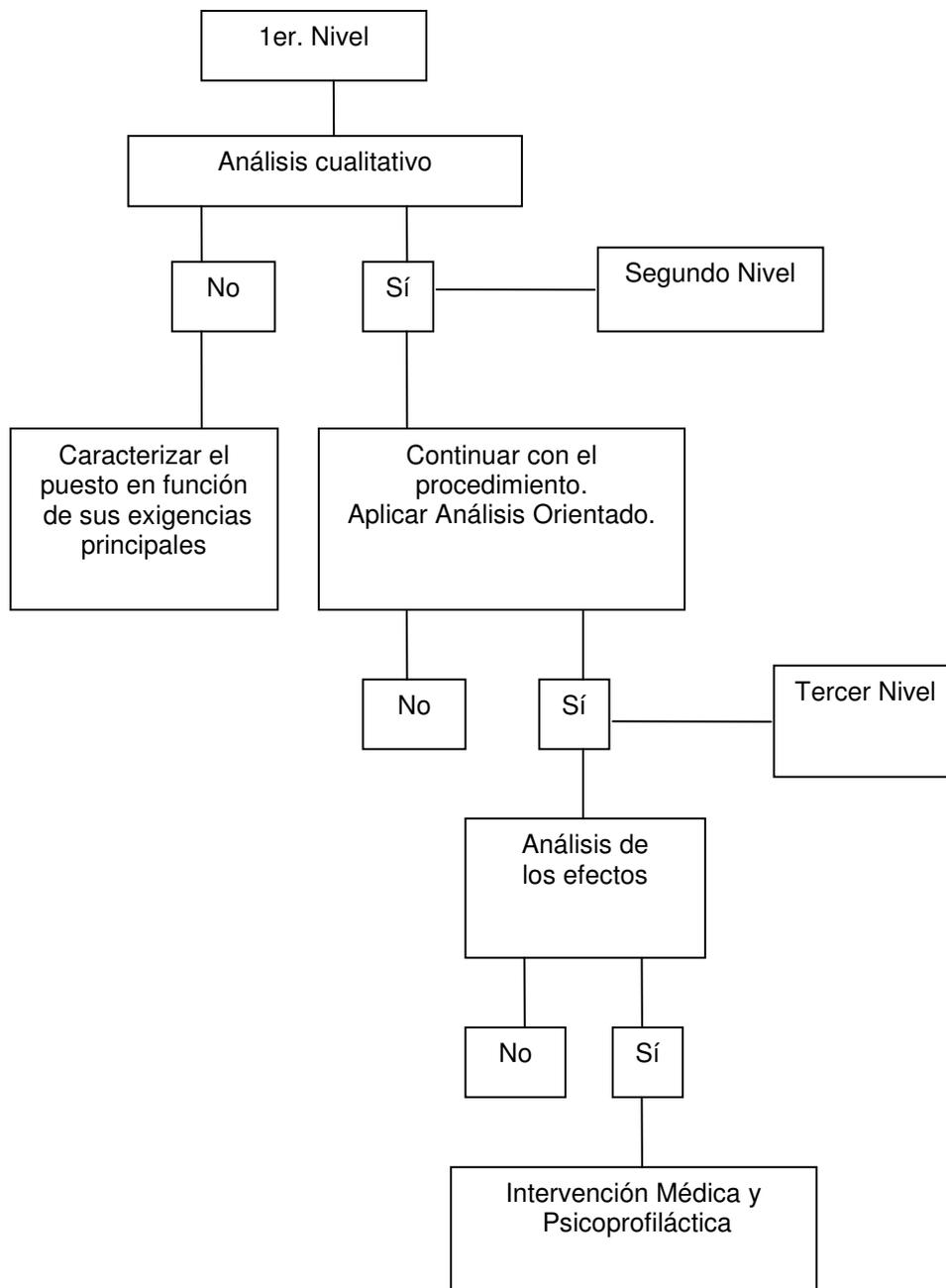


Fig.3 Proceso de toma de decisión del Modelo APT (fuente: Almirall, 1993)

Aunque el modelo descrito especifica que la evaluación diagnóstica debe realizarse siempre que se desee realizar una intervención exitosa, en la presente investigación se omitió este proceso debido a que existe suficiente apoyo experimental que soporta la existencia de los efectos negativos de tipo psicológico en la profesión de enfermería; por lo que se decidió obviar el diagnóstico y realizar únicamente la evaluación diferencial para poder aportar datos que sustenten la relación efectos negativos de tipo psicológico - proceso de salud enfermedad. Sin embargo se ha reportado que existen una serie de variables que desencadenan, modera y/o facilitan esta relación, tales como la percepción de control, el autoestima, el apoyo social y el Patrón de Conducta Tipo A, entre otros. Por ello, es necesario tomarlos en cuenta para cualquier tipo de análisis de daños a la salud; por ello serán analizados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III. DESENCADENANTES, FACILITADORES Y MODERADORES DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE TIPO PSICOLÓGICO

El estudio de la relación salud- trabajo es complejo y multivariado, se ha enfocado en determinar los factores que intervienen en ella, para posteriormente poder prevenir eficazmente la aparición de trastornos en la salud, ya sea física o mental. Con base en este supuesto, diversos investigadores del tema han propuesto diferentes denominaciones de estos factores, para algunos las variables que intervienen en la relación efectos negativos de tipo psicológico/daños a la salud, aminorándolos o evitándolos; se llaman variables moderadoras (Quiroz y Saco, 2004; Peiró, González- Roma, Meliá y Zalbidea, 1992; Jenks, s/f; Scott, 2002; entre otros). Siendo denominadas facilitadoras de los efectos las variables preexistentes en el sujeto (Ouellette, s/f; García, 1998; Gil- Monte y Peiró, 1997; Furnham, 1995; Payne, 1991; Marrero, 2003; Kojima, Senda, Nagaya, Tokudome y Furukawa, 2003; Esteve, 1997; Fierro, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; entre otros); mientras que las variables desencadenantes son las que se encuentran en el ambiente laboral y se relacionan directamente con la presentación de los mismos (Tascón, s/f; De Dios, 1998; García, 1998; Gil- Monte y Peiró, 1997; Palomares, s/f; Ganster, Pagon y Duffy, 1996; Berrocal, s/f; entre muchos otros).

Incluidos dentro de las categorías de moderadores y facilitadores, se encuentran el apoyo social y el Patrón de Conducta Tipo A, los cuales han demostrado en diversas investigaciones, que tienen una relación determinante en la presentación de los efectos negativos de tipo psicológico, y por ende en los daños a la salud; a pesar de lo cual, no existe un consenso en cuanto a cuales son sus funciones (Beneit, 1994; Weidner, Bughal, Connor, Pieper, Mendell, 1997; Richard's y Giles, 2000; Bages, Feldman y Chacón, 1995; Coffey y Coleman, 2001; Aranda, Castaneda, Lee y Sobel, 2001; Jerome, 2000; Richard's

y Giles, 2000; Evans y Steptoe, 2001; Parra y Paravic, 2002; Baruch- Feldman, Brondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002; Schat y Kevin, 2003; entre otros). Es por ello, que en el presente capítulo se expondrán estos aspectos, haciendo énfasis en el apoyo social como moderador y el Patrón de Conducta Tipo A como facilitador, los cuales constituyen el objetivo del presente capítulo.

3.1 Principales desencadenantes de los efectos negativos del trabajo

Tradicionalmente, los aspectos del ambiente físico de trabajo son los que se habían considerado como únicas causas de los efectos negativos del trabajo, sin embargo, se ha encontrado que no son las únicas, puesto que los aspectos sociales, administrativos, de comunicación y contenidos de la tarea entre otros, tienen una influencia directa sobre los efectos negativos de tipo psicológico; por ello se ha optado por incluirlos dentro de un rubro que se ha denominado desencadenantes de los efectos negativos del trabajo (Gil - Monte y Peiró, 1997; García, 1998; Stora, 1992; entre otros).

Gil- Monte y Peiró (op cit.) y García (op cit.) mencionan que se les denomina así a los estresores percibidos como crónicos que ocurren en el ambiente laboral; siendo incluidos por lo tanto una infinidad de categorías. Un resumen de algunas de las categorías incluidas en éste rubro se encuentra en la tabla 3.1

Tabla 3.1 Categorías de desencadenantes, según diversos autores (Berrocal, s/f)

AUTOR	AÑO	DESENCADENANTES
Cooper y Marchall	1978	Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo, rol en la organización, desarrollo de la carrera, estructura y clima organizacional, fuentes extraorganizacionales y características personales.
Quick y Quick	1984	Ambiente físico, Nivel individual (rol y desarrollo de la carrera), nivel grupal (relaciones interpersonales, presiones de grupo) y nivel organizacional (estructura, clima y diseño del puesto)
Peter Warr	1987	Oportunidad de control, para el uso de habilidades, objetivos de trabajo, variedad, claridad ambiental, disponibilidad económica,

AUTOR	AÑO	DESENCADENANTES
		seguridad física, oportunidad para los contactos interpersonales y prestigio social.
Burque	1988	Ambiente físico, estresores de rol, estructura organizacional y características del puesto, relaciones sociales, desarrollo de la carrera y conflicto trabajo - familia.

Al analizar la tabla se puede apreciar que los desencadenantes que consideran los diversos autores se sobreponen; es por ello que Pratt y Barling (1988, Berrocal, s/f) proponen dividirlos en función de cuatro dimensiones:

- Especificidad del momento en que se desencadenan.
- Duración
- Frecuencia o repetitividad
- Severidad o intensidad

Sin embargo, ésta clasificación no resulta eficaz para propósitos de estudio, por lo que García (1998) por su parte menciona que, cualquier situación que reúna alguna de las siguientes características puede actuar como estresor y por lo tanto como desencadenante:

- Incertidumbre en el trabajo
- Cambio de tecnología o normas
- Falta de información para la tarea
- Sobrecarga de los canales de procesamiento
- Falta de habilidades para hacer frente y manejar la situación que se presenta.

Debido a la falta de claridad y aplicación de las categorías anteriores, se ha optado por especificar los aspectos del ambiente laboral concreto que pueden actuar como desencadenantes. En este sentido, Dohrenwend (1974; citado en Stora, 1991), Gil- Monte y Peiró (1997) y García (1998) describen las siguientes categorías de desencadenantes:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto: en cuanto al ambiente físico se habla de aspectos como el ruido, las vibraciones y la

iluminación; mientras que en los segundos se incluyen aspectos como las demandas estresantes del trabajo, la sobrecarga percibida, la variedad de la tarea y la retroalimentación de la tarea.

- Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: se trata de aspectos como la ambigüedad y conflicto de rol, el tipo de relación establecida entre supervisores, compañeros, subordinados y clientes; así como las expectativas de desarrollo profesional y la satisfacción laboral.
- Nuevas tecnologías y aspectos organizacionales: variables como el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, aislamiento social ocasionado por dichos cambios; aunados a aspectos como el grado de centralización de las decisiones y el clima organizacional, entre otros.

A continuación se explica más ampliamente cada una de las categorías y sus componentes.

3.1.1 Desencadenantes del ambiente físico de trabajo y del contenido de la tarea

Las condiciones físicas del medio ambiente laboral implican una demanda de adaptación por parte del trabajador para mantener la homeóstasis, por ello estresores como el ruido, iluminación, temperatura, vibraciones, movimiento y aire contaminado, entre otros; representan factores que por si mismos pueden desencadenar los síntomas de los efectos negativos de tipo psicológico. En particular, la fatiga y la monotonía tienen una relación muy importante con ellos (Berrocal, s/f), así como con algunos de los síntomas del burnout como el agotamiento emocional; siendo en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia a las que se les ha atribuido mayor causalidad (Gil- Monte y Peiró, 1997; García, 1998).

Dentro de los factores del contenido de la tarea se incluyen los siguientes aspectos:

- Rotación de turnos: este desencadenante tiene una relación directa con la percepción de los efectos negativos de tipo psicológico, ya que se ha encontrado presente en diferentes investigaciones como uno de los factores responsables de su presentación, en particular los turnos nocturnos o mixtos se relacionan con los sentimientos de agotamiento emocional y estrés (Gil-Monte y Peiró, op cit.; García, op cit.)
- Percepción de sobrecarga/infracarga de trabajo: los diferentes estudios que se han realizado muestran que, con independencia de la ocupación, este factor incrementa los síntomas de los efectos negativos en especial los del burnout; mientras que la infracarga potencia los efectos del estrés (Berrocal, op cit.).
- Variedad de la tarea: la falta de variedad en la tarea se encuentra relacionada con la monotonía, la fatiga psíquica y el aumento de las actitudes de despersonalización del burnout. Además, el exceso de variedad también constituye un estresor importante, ya que se produce una falla en la adaptación a la tarea, lo que lleva a la presentación de efectos negativos, tales como el estrés, la fatiga y de continuar dicho exceso al burnout, lo que podría llevar a los daños a la salud mental y física.
- Retroalimentación de la tarea: el retroalimentación que los supervisores o jefes otorgan a los trabajadores ha demostrado tener una influencia en la presentación de los efectos negativos del trabajo, ya que el tipo de liderazgo y la forma en que el jefe se relaciona con sus subordinados puede funcionar como un estresor cuando el trabajador lo percibe como poco identificado con ellos y sus metas.

3.1.2 Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera

Dentro de la categoría de desempeño de roles, la ambigüedad y el conflicto de rol es un fuerte desencadenante, ya que influyen en los sentimientos de realización personal así como en la seguridad laboral; lo que a largo plazo

funciona como un estresor relacionándose con el estrés, la tensión laboral (Peiró, et. al. 1985; citado en Peiró, Gonzalez- Roma, Meliá y Zalbidea, 1992) y algunos síntomas de burnout como el agotamiento emocional y la despersonalización (Gil- Monte y Peiró, 1997) .

En cuanto a las relaciones interpersonales, Leiter (1988, citado en Gil-Monte y Peiró, op cit.) considera que las relaciones de carácter informal pueden aumentar los sentimientos de realización personal en el trabajo; mientras que las relaciones formales relacionadas exclusivamente con la tarea aumentan los sentimientos de agotamiento emocional.

Asimismo, García (1998) menciona que la falta de cohesión en el grupo, el apoyo inadecuado y los conflictos intra e intergrupales; pueden funcionar como estresores en tanto aumentan la insatisfacción laboral y los niveles de estrés.

Por otro lado, el desarrollo de la carrera tiene una función desencadenante cuando la percepción de oportunidad de desarrollo y promoción se vislumbra lejana y/o inaccesible, provocando pérdidas e incluso sentimientos de inseguridad personal; lo que provocará la presencia de estrés y burnout (Hobfoll, 1989 citado en Gil- Monte y Peiró, op cit.).

3.1.3 Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

Las nuevas tecnologías han revolucionado las relaciones hombre - trabajo, de tal manera que han incrementado las exigencias mentales y han disminuido el grado de relación entre el trabajador y el cliente, favoreciendo la despersonalización y aumentando la insatisfacción percibida todo lo cual tiene una relación positiva con los efectos negativos del trabajo (Peiró, 1992; citado en Gil- Monte y Peiró, op cit.). Por otro lado, el aislamiento y la falta de control que favorecen las nuevas tecnologías, han probado ser un estresor de grandes

alcances que afecta los resultados de la tarea y a largo plazo a la salud mental del trabajador.

Además, dentro de los aspectos organizacionales se encuentran las variables del clima organizacional, de las cuales las más importantes que se mencionan son el grado de participación en la toma de decisiones, la autonomía en la realización de la tarea y el tipo de supervisión; siendo determinantes en el desarrollo del burnout así como del estrés. En este sentido, se ha encontrado que en la mayoría de las ocupaciones la ausencia de estas variables afecta indirectamente al trabajador, a través del aumento de las disfunciones de rol (Whitehead, 1987; Holgate y Clegg, 1991; Lee y Ashforth, 1993; todos citados en Gil- Monte y Peiró, 1997; Ganster, s/f; Jex, s/f).

Además, las dimensiones estructurales de la organización denominadas como grado de centralización, complejidad y formalización, afectan la presencia de efectos negativos de forma indirecta, ya que incrementan las disfunciones de rol y la insatisfacción laboral; siendo la estructura descentralizada la que presenta mejores oportunidades de adaptación para el trabajador (Gil- Monte y Peiró, op cit.).

Después de este análisis tan somero, es obvio que entre los desencadenantes existe una relación compleja en la que se concatenan y se potencializan; a pesar de ello el análisis de los desencadenantes no es suficiente por sí mismo, ya que los factores individuales pueden facilitar o eliminar las probabilidades de presentar efectos negativos del trabajo. Estos facilitadores comprenden factores como: la personalidad, las variables sociodemográficas y los tipos de afrontamiento.

Dichos factores son responsables de las diferencias individuales en la presentación de los efectos negativos del trabajo, puesto que son permeados por la percepción y evaluación del sujeto; así como por sus características biológicas,

cognitivas, emocionales y sociales. Es por ello que los investigadores se han propuesto determinar cuales son las variables del sujeto que representan un riesgo para la salud por su función facilitadora.

3.2 Principales facilitadores de los efectos negativos del trabajo.

Desde el inicio de las investigaciones sobre los efectos negativos del trabajo se ha encontrado que un punto medular son las diferencias individuales, ya que se les atribuye en algunos casos propiedades que mediatizan la probabilidad de padecer efectos negativos; mientras que en otros, se les atribuyen funciones que participan en la relación haciendo a los sujetos más vulnerables a los efectos negativos. A este tipo de variables se les ha denominado variables facilitadoras.

Hacker y Macher (1979, citados en Almirall, 1993) reconocen diferentes factores capaces de influir en la habilidad individual para soportar los efectos de la carga de trabajo:

- *Estructura del carácter.*
- *Naturaleza de la reacción ante las exigencias de la tarea*
- *Habilidad para dominar y atenuar los componentes emocionales que imponga la tarea*
- *Conocimiento sobre los posibles imprevistos y el pronóstico de las consecuencias del trabajo*
- *Habilidad para luchar con efectividad contra tales consecuencias e imprevistos.*
- *Motivación para establecer la lucha planteada (pp.24).*

Juárez (1999) por su parte, menciona que estas características modifican las probabilidades de presentar efectos negativos, ya que al ser diferentes de persona a persona hacen más vulnerables a algunos grupos que pueden ser considerados de riesgo. De acuerdo con ello, la vulnerabilidad tiene un papel fundamental en la presentación de efectos y por lo tanto, en la intervención se trataría de modificar aspectos del sujeto, no del entorno laboral.

En contraste, existen otros autores que consideran que los factores personales intervienen en la relación aumentando la probabilidad de la aparición de los efectos o evitándolos por completo. Tal es el caso de Gil- Monte y Peiró (1997) quienes consideran facilitadores del burnout a las siguientes variables:

- Variables de carácter sociodemográfico: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia de hijos y la antigüedad en la profesión. Estas variables intervienen haciendo más propensos al burnout a los hombres de menor edad y antigüedad en el puesto, con una relación conyugal poco satisfactoria y con hijos; aunque estos hallazgos no han sido concluyentes.
- Variables de personalidad: aspectos como el Patrón de Conducta Tipo A, la llamada "personalidad resistente o hardiness", el locus de control, algunos rasgos de personalidad como el neuroticismo, la autoconfianza, el autoestima, entre otros. Aspectos como el Patrón de Conducta Tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo tienen relación positiva con los síntomas del burnout, mientras que el tener una personalidad resistente se asocia con menor presentación de los mismos.
- Estrategias de afrontamiento: el tipo de afrontamiento determina en gran medida el desarrollo de algunos de los síntomas del burnout, como el agotamiento emocional. Así, los sujetos que emplean estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema presentan menos síntomas de burnout.

En este sentido, se ha analizado la influencia de los factores individuales que intervienen en la presentación de diferentes efectos negativos o incluso en la inexistencia de tales efectos. Por ello, a continuación se analizarán los contenidos de cada categoría y cual es su influencia en la problemática que nos ocupa.

3.2.1 Variables de carácter demográfico

La propensión a un efecto determinado se encuentra relacionada con las características demográficas de la población objetivo, una de las cuales es el género, el cual tiene un efecto diferencial en los síntomas presentados, por ejemplo la despersonalización es más frecuente en las mujeres que en los hombres (García, 1991; Gil- Monte y Peiró, op. cit.); asimismo, la diferenciación de los ámbitos laborales de acuerdo con el sexo y sus consecuencias en la división de las tareas domésticas a ocasionado que las mujeres trabajadoras se enfrenten a una carga de trabajo mayor a la de los hombres; lo cual puede ser explicado por la categoría de género.

En este sentido García (1996) menciona que:

“El trabajo es uno de los espacios diferenciados por género, hombres y mujeres trabajan, pero la valoración del trabajo en ambos es diferencial. Socialmente hemos construido espacios laborales típicamente masculinos y femeninos”. (p. 29).

Es por ello, que las diferencias en los efectos negativos del trabajo pueden ser explicadas por la socialización diferencial que lleva implícita esta división sexual del trabajo, a lo que se le ha llamado categoría de género.

Al respecto, Pollard y Bryn (1999) mencionan que para encontrar un mayor entendimiento de los problemas de salud debemos distinguir el género del sexo; definiéndolo como:

“Por sexo, nos referimos a la carga genética y hormonal específica y su subsecuente desarrollo de características físicas secundarias que ubican a los individuos en las categorías de “mujer”(cromosomas XX) u hombre (cromosomas XY)” Agregan además que:

“Con el término “género”, nos referimos a el rango de variación en que la gente en las sociedades del mundo entienden los roles sociales y culturales, valores y conductas de hombres y niños, niñas y mujeres” (pp.2).

Según Almanza (1996) la división existente entre los géneros no se encuentra únicamente relacionado con aspectos biológicos, por el contrario se trata de instituciones creadas socialmente y dentro de ella se encuentran tres instancias:

- *La asignación de género (con base en la apariencia de los genitales).*
- *La identidad de género (autorreconocimiento como parte de un grupo basado en el sexo independientemente de la anatomía)*
- *El papel o rol de género (normas sociales de comportamiento femenino o masculino)*

Por otro lado, Pollard y Brin (op cit.) explican que existe otra corriente, la social antropológica, que intenta abordar las diferencias entre géneros, con respecto a la salud con base en los diferentes roles de género y las instancias históricas que rodean a los individuos. Es decir, los padecimientos como la depresión se presentan con mayor frecuencia en mujeres debido a que culturalmente se les permite expresar de manera abierta sus emociones, mientras que a los hombres no se les otorga dicha libertad y por lo tanto lo canalizan a través de conductas como la agresión o el alcoholismo.

A este respecto, se puede agregar que los índices de morbilidad concuerdan con dicha afirmación ya que generalmente el uso de drogas, alcohol y el tabaquismo es mucho más alto en hombres que en mujeres. Mientras que los índices de depresión, suicidio y consumo de tranquilizantes es más alto en mujeres (Natera y Mora, citadas en Pérez- Gil, et. al. 1995). Dicha influencia no sólo afecta a la salud mental, sino también la forma en que cada individuo se percibe, comporta, maneja su medio y su salud.

Los efectos de la división laboral por género han ocasionado la acumulación de roles, jornadas laborales y el consecuente incremento de la morbilidad femenina, lo que se traduce en un aumento de la presencia de los síntomas antes mencionados y de su diferenciación por sexo (Martikainen, 1995; Garduño y Rodríguez, 1994).

En resumen, los efectos del ambiente físico, social y cultural son diferentes para hombres y mujeres; sin embargo, en cuanto a la salud ocupacional el género ha sido poco abordado y los estudios que se han realizado se abocan en cuanto a los hombres, a las lesiones físicas y problemas de salud relacionados con el trabajo, mientras que en las mujeres sólo se ha abordado la salud mental (con excepción de la salud reproductiva) y su relación con el trabajo (Barnett, s/f).

En cuanto a la variable de edad se ha encontrado que a mayor edad se presenta menos burnout, siendo los índices de burnout más bajos entre los 20- 25 años, altos desde los 25 hasta los 40 y mínimos a partir de ésta edad (Farber, 1984; Gil- Monte y Peiró, 1997).

Así también las relaciones estado civil, presencia de hijos y burnout se ha encontrado, mostrando que los sujetos casados y con hijos son los que experimentan menos burnout, lo que al igual que en el caso de la edad no ha resultado concluyente (Gil- Monte y Peiró, op. cit.; Marrero, 2003; Moreno, González y Garrosa, s/f).

Con respecto a los demás efectos (fatiga y monotonía), los estudios los han abordado de manera superficial, como un síntoma de los otros y sin tomar en cuenta su relación con los facilitadores; esto debido a la falta de claridad en su definición.

3.2.2 Variables de personalidad

La personalidad es uno de los factores que más interés ha despertado en los expertos, ya que en muchas ocasiones se le ha atribuido un efecto causal en la relación trabajo- efectos negativos, esto debido a que se ha considerado que algunos rasgos de personalidad tienen la capacidad de provocar los efectos por sí mismos. Este supuesto es el que a regido a la medicina somática desde sus

orígenes, así se ha intentado encontrar a los rasgos que propician o hacen vulnerables a los individuos (Stora, 1991).

Palomares (s/f) menciona que la forma en que la persona percibe a los estresores depende de la concepción que ésta tenga de sí misma, la fuerza del Yo, su sistema de valores, su constitución física, entre otras cosas. Una misma situación puede ser percibida de forma diferente por dos personas, incluso al interior del mismo individuo su percepción depende en gran parte de su estado físico y psicológico, así como de la etapa vital en la que se encuentre.

Desde esta perspectiva Marty (1950; citado en Stora, op cit.) menciona que la estructura mental puede evitar la presencia de daños en la salud derivados de una desorganización, siendo más vulnerables a las enfermedades somáticas los individuos con Yo carentes, débiles o desorganizados.

Al respecto, Dohrenwend (1974; citado en Stora, op cit.) menciona que los individuos dotados de más cualidades, calificaciones y recursos psicológicos, son más adaptables a las situaciones de estrés.

A pesar del origen y utilidad de éstas propuestas, se ha encontrado que desde una perspectiva cognitivo- conductual las variables de personalidad influyen en la forma en que los individuos enfrentan las situaciones estresantes y sus consecuencias.

Por ello han sido evaluadas de forma fragmentada en un intento por determinar los factores que facilitan los efectos negativos, tal es el caso de un estudio de Guerrero, Arauz, Ortíz, Cabanillas, Beltrán, R. Cabanillas, Tirado y Arámburo (1999) en el que los componentes de neuroticismo, extraversión y la excitabilidad fueron evaluados como facilitadores del estrés, tomando en cuenta los mecanismos de regulación homeostática como punto de comparación encontrándose que no existen diferencias entre los individuos disregulados - los

que presentan desequilibrios homeostáticos- y autoregulados - los que no los presentan-; por lo que se concluyó que estos factores no intervienen en la presentación de afectaciones a la salud.

Rodríguez, Lemos y Canga (2002) evaluaron el poder predictivo de las características de personalidad propuestas por Grossarth- Maticek y Eysenck (1990, citados en Rodríguez, Lemos y Canga, op. cit.), las que consisten en la propensión de algunos tipos de personalidad a enfermedades específicas tales como: Tipo 1 propensión al cáncer, Tipo 2 enfermedades cardíacas, Tipo 3 conducta histérica, Tipo 4 sano y Tipo 5 depresión y cáncer); y la presentación de daños a la salud encontrando que estas características tienen un escaso poder predictivo resultando más relevantes las actitudes hacia la salud y su relación con conductas salutogénicas.

En este sentido, la percepción de los efectos puede verse afectada por las características de personalidad de los sujetos, puesto que se ha encontrado que los rasgos de neuroticismo y extraversión, afectan la percepción del impacto del trabajo en la salud; siendo los trabajadores con altos niveles de represión y neuroticismo quienes tienden a percibir un impacto negativo en su salud (Ettner y Grzywacs, 2001).

Kojima, Senda, Teruos, Nagaya, Tokudome y Furukawa (2003), por su parte evaluaron un rasgo de personalidad llamado Alexitimia, que consiste en la incapacidad del individuo para expresar sentimientos y emociones; como un facilitador de la depresión cuando se combina con situaciones estresantes y el bajo apoyo social, encontrando que la presencia de bajo apoyo social y un alto índice en alexitimia tiene una relación significativa con la depresión; mientras que para el estrés solo se encontró relación en los sujetos que no presentaban este rasgo en cuanto al grado de apoyo social percibido y su relación con este efecto negativo no encontrándose diferencias con respecto a los sujetos que sí lo presentaban.

Seltzer (1994) por su parte, relacionó el sentido de coherencia, el estrés percibido y la salud percibida, encontrando que existe una intercorrelación significativa entre estas variables, siendo los niveles de estrés percibido menores en los sujetos con mayor sentido de coherencia y mayores los niveles de salud percibida; por ello concluye que el sentido de coherencia es una variable que influye en la relación estresor- respuesta de adaptación responsable de la buena salud en ambientes estresantes.

También se ha analizado la relación de la percepción de los efectos del estrés en la salud y la presencia de altos/ bajos niveles de estrés crónico, no encontrándose ninguna relación entre la no percepción y los niveles de estrés, por lo que se le puede considerar un factor protector de los efectos puesto que al percibirlos como factor de riesgo se puede afrontar a los estresores de manera adecuada (Pozos, Balcázar, Gómez, Valdez y Pando, 1999).

La autopercepción es otro factor que tiene una relación moderada con la presentación de burnout, ya que en poblaciones de médicos y enfermeras con niveles bajos y medios, de éste efecto se encontraron niveles altos de autopercepción; aunque éstos resultados no fueron concluyentes (Quiroz y Saco, 2004).

Algunos investigadores de los efectos negativos consideran al patrón de conducta tipo A como un facilitador de los mismos, ya que al consistir en características de personalidad que influyen en su percepción de los estresores y de los eventos vitales en general pueden aumentar la probabilidad de daños en la salud (Gil- Monte y Peiró, 1997; Stora, 1991; Gándara, 1998, entre otros).

Así los factores relacionados con la personalidad de los trabajadores tienen un porcentaje elevado de causalidad en la relación efectos negativos - salud; pero no son los únicos responsables puesto que muchos autores (Payne, 1991; Esteve,

1997; Fiero, 1997; Arita Y Arauz, 1999; Burke, s/f; entre otros) han buscado la relación entre los diferentes tipos de afrontamiento como facilitadores de los efectos negativos. Sin, embargo esta relación no ha sido concluyente.

3.2.3 Estilos de afrontamiento como facilitadores de los efectos negativos

En cuanto a este tipo de facilitadores, se ha encontrado que la forma en que los trabajadores afrontan las situaciones estresantes puede incrementar la presencia de daños en la salud. Autores como Lazarus y Folkman (1984), consideran que los aspectos interaccionales son mediados por los estilos de afrontamiento que cada individuo posee y por ello, son responsables de las diferencias individuales que se presentan en los daños a la salud.

Para estos autores, el afrontamiento es definido como:

"todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar, tolerar, minimizar, aceptar o ignorar las demandas específicas externas y/o internas (independientemente de su eficacia) que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, op cit., p.164).

Se ha encontrado que los estilos de afrontamiento pueden determinar la presencia de los efectos negativos del trabajo, así como los daños a la salud dependiendo del estilo que adopte el sujeto ante las situaciones estresantes. Estos pueden dividirse según Lazarus y Folkman (op cit.) en afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción.

En el primer tipo se trata de todas las estrategias orientadas a resolver el problema dentro de los que se incluirían la definición del problema, búsqueda de soluciones sobre la base de su costo, beneficio y a su aplicación, incluyéndose también los cambios emocionales necesarios para la resolución del problema. En el segundo se hablaría de todas las estrategias que están orientadas a la

disminución de las repercusiones emocionales, dentro de los cuales se incluyen la búsqueda de información reconfortante, hostilidad, evitación, minimización y recurrir al apoyo social.

Sin embargo, existen diferentes conceptos y categorías de los estilos de afrontamiento, debido según Graciela (1996) a la falta de unificación de sus criterios de evaluación por ello propone una clasificación de los diferentes tipos de afrontamiento, la cual se encuentra en la Tabla 3.2; sin embargo enfatiza que todas las categorías se pueden incluir en la concepción de Lazarus y Folkman (1980), por lo que argumenta que para fines de investigación sería más conveniente utilizar esta última.

Tabla 3.2 Principales clasificaciones de las estrategias de afrontamiento (Graciela, 1996)

AUTORES Y AÑOS	TIPOS DE ESTRATEGIAS
Folkman y Lazarus (1980) Bachrach y Zautra (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocada en el problema • Enfocada en la emoción
Roth y Cohen (1986)	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximación • Evitación
Suls y Fletcher (1985) Krohne (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación • No- evitación
Stephens (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamental • Cognitiva
Tobin, Holroyd, Wigel y Reynolds (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas • Autocrítica • Pensamientos ansiosos • Evitación del problema • Búsqueda de soporte social • Reestructuración cognitiva • Expresión emocional
Dubow, Tisak, Causey, Hryshko y Reid (1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo social • Habilidad para solucionar problemas
Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo social

AUTORES Y AÑOS	TIPOS DE ESTRATEGIAS
(1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas • Rechazo y negación

Cabe mencionar que las diferentes estrategias de afrontamiento son cambiantes y combinables, por lo que la evaluación se basa principalmente en las estrategias que el sujeto usa en situaciones específicas y de manera generalizada; siendo conceptualizadas como la capacidad adaptativa individual, por lo que Graciela (1996) menciona que:

"las estrategias de coping pueden actuar como parachoques del estrés aumentando la habilidad del sujeto para reajustarse y reducir la probabilidad de desórdenes psicológicos y fisiológicos" (Graciela, 1997; p. 29)

De los diferentes estilos de afrontamiento, los que representan menor riesgo para los efectos negativos del trabajo son los que representan un papel activo o centrados en el problema (Ceslowits, 1989; Boyle, Grap, Younger y Thornby, 1991; Leiter, 1991; todos citados en Gil- Monte y Peiró, 1997).

Las diferencias individuales frente al estrés podrían ser explicadas según Fierro (1997), por el uso adecuado/ inadecuado de los recursos de afrontamiento, tal como lo muestra la figura 4.

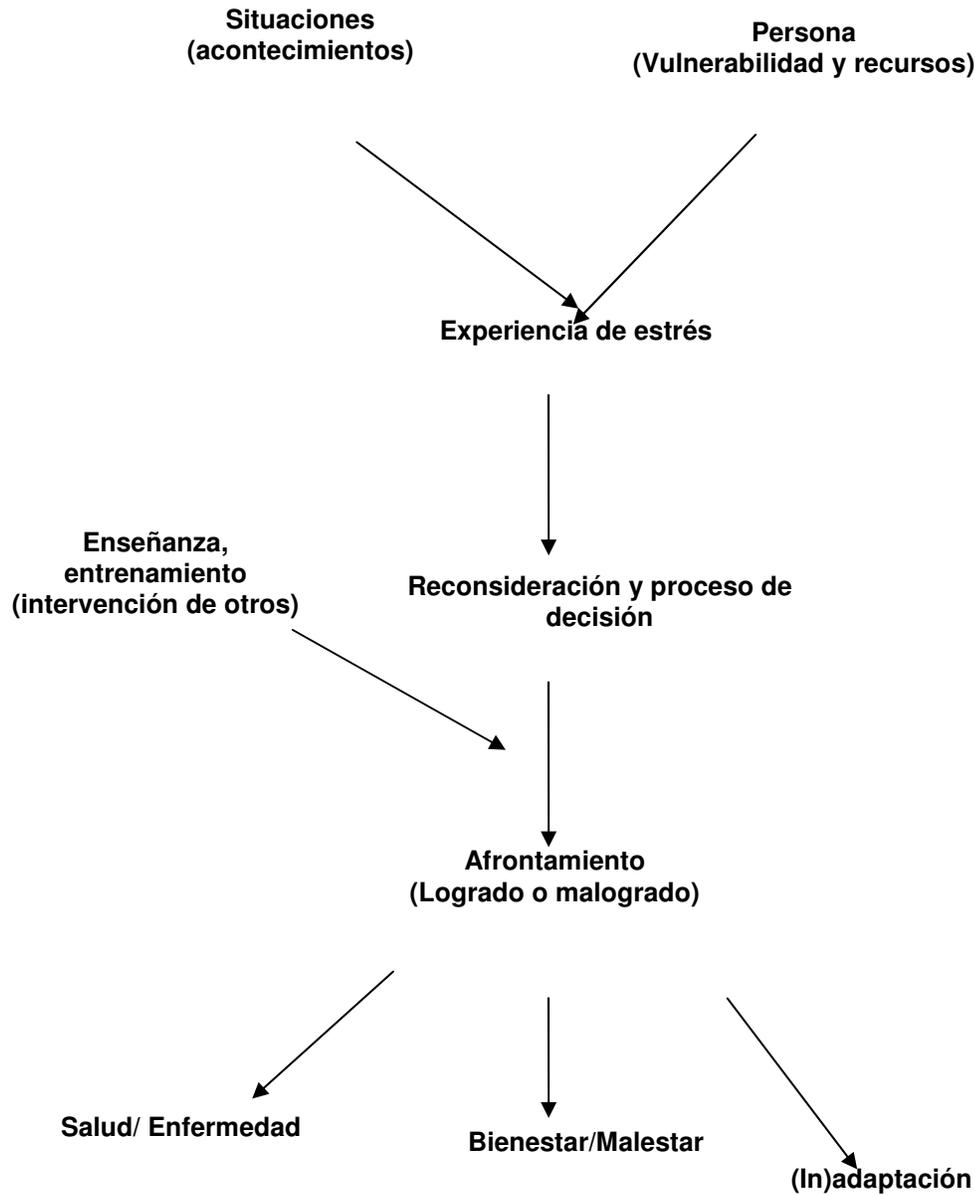


Fig.4 Antecedentes y consecuencias de estrés y afrontamiento (Fierro, 1997; p. 25)

Los estilos de afrontamiento pueden describirse haciendo hincapié en las dimensiones de complejidad y flexibilidad (Lazarus y Folkman, 1984). Las personas que aplican estrategias variadas poseen un estilo de afrontamiento complejo, y las que prefieren una única estrategia reflejan un estilo simple. Quienes aplican la misma estrategia en todas las situaciones tienen un estilo rígido, y quienes utilizan distintas estrategias en situaciones idénticas o diferenciadas hacen gala de un estilo flexible. Este último, es más eficaz en las situaciones estresantes que el estilo rígido y simple (Burke, s/f), siendo este último el que funciona como facilitador de los efectos negativos, puesto que se relaciona con el estrés y el burnout incrementando su probabilidad (Arita y Arauz, 1999).

Los estilos de afrontamiento pueden facilitar la presentación de los efectos negativos, y aunados a los factores de personalidad, así como las variables sociodemográficas hacen que grupos específicos de trabajadores se encuentren en riesgo de presentar daños a la salud derivados de la exposición prolongada a dichos efectos.

Por esta razón, se ha intentado encontrar las variables que pueden mitigar los efectos o incluso anularlos, llegando a la conclusión de que dichas variables pueden solaparse con los factores desencadenantes y/o facilitadores, ya que estas variables en muchas ocasiones pueden funcionar como moderadores o cualquiera de las otras categorías. Es por ello, que no existe un consenso en cuanto a su función y concepto como a continuación se explicará.

3.3 Principales moderadores mencionados en la literatura

Los moderadores han sido estudiados de forma muy somera y con resultados poco concluyentes, es por ello que la base teórica que la respalda es muy limitada y en algunos casos confusa. Muchos autores mencionan que algunos factores desencadenantes y facilitadores, pueden en algún momento funcionar como moderadores siendo los aspectos positivos de esas variables lo que se consideran

moderadores (Gil- Monte y Peiró, 1997; Gándara, De Dios, García y Fuertes, 1998; Jenkins, s/f; Ouellette, s/f; Schaubroeck, s/f; Murphy y Hurrell, s/f; Burke, s/f; entre otros). Dentro de la literatura se mencionan como variables con efectos moderadores a las siguientes:

- Control sobre la carga de trabajo
- Socialización en el trabajo
- Etapa de la carrera profesional
- Resistencia
- Autoestima
- Locus de control interno
- Estilos de afrontamiento
- Apoyo social

Diversos autores (Ganster, s/f; Frankenhaeuser, s/f; Nelson y Campbel, s/f; Lindstöm, s/f; Super, Zerkowitz Thompson, 1981; Ouellette, s/f; Schaubroeck, s/f; Murphy y Hurrell, s/f; Burke, s/f; Day y Livingstone, 2001; García, 1998; entre otros) han propuesto la mayor o menor injerencia de los factores antes mencionados, sin embargo, en muchos casos su función moderadora es manejada como un hallazgo de los estudios realizados, pero no como un constructo teórico específico y bien definido.

3.3.1 El control en el trabajo como moderador

El control en el trabajo se define como "la capacidad para influir en asuntos que son de interés para los objetivos personales del trabajador" (Ganster, s/f), siendo los ámbitos en los que se puede aplicar el ritmo de trabajo, la cantidad y frecuencia de la interacción con las personas, el entorno físico (iluminación, ruido e intimidad), las fechas de vacaciones o incluso hasta cuestiones políticas.

Según Ganster (op cit.), el control en el trabajo se puede dividir en subjetivo y objetivo; en el primero se trata de la percepción de control que el trabajador tiene

sobre la tarea y las condiciones laborales, mientras que el segundo se refiere a la normas reales establecidas previamente por los jefes o patrones en los que se especifica el grado de libertad de acción que el sujeto tiene en su actividad laboral.

En este sentido, Frankenhaeuser (s/f) menciona que la percepción de control sobre la carga de trabajo y el margen de toma de decisiones, pueden funcionar como amortiguadores de los efectos negativos del trabajo, puesto que el primero influye en el estrés de dos formas: incrementando la satisfacción laboral y ayudando a asumir un papel activo y participativo en el trabajo; lo cual disminuye la percepción de carga de trabajo, aumenta el autoestima y puede fomentar el desarrollo de las competencias laborales, sin embargo esta afirmación no ha sido probada experimentalmente.

3.3.2 Proceso de socialización como moderador de los efectos negativos

Por otro lado, Nelson y Campbell (s/f) mencionan que un proceso de socialización bien gestionado puede influir en la presentación de los efectos negativos, debido a que durante su proceso proporciona información que ayuda a moderar el grado de incertidumbre que acompaña a los esfuerzos por adaptarse a las nuevas tareas, roles y fomentan las relaciones interpersonales. Además, proporciona una fuente de apoyo social por parte del supervisor a través de tres formas:

- Los supervisores pueden prestar apoyo instrumental que contribuya a moderar los efectos de un determinado factor de estrés.
- Pueden prestar apoyo moral que refuerce el estado de ánimo del trabajador para afrontar a los estresores.
- Pueden contribuir a que el trabajador comprenda mejor su nuevo entorno.

Hirschhorn (1990, citado en Nelson y Campbell, op cit.) menciona que en el diseño de programas de socialización debe contemplarse de forma expresa la prestación del apoyo emocional a los trabajadores por parte del supervisor, puesto que este resulta un amortiguador efectivo para el estrés asociado con el nuevo ingreso.

3.3.3 Etapas de la carrera profesional como moderador

Las etapas del desarrollo de la carrera profesional tienen mucha relación con la edad, ya que tradicionalmente se ha dividido a la etapa de la carrera de acuerdo con rangos específicos de edad, así Ornstei, Cron y Solum (1989, citados en Lindström, s/f) dividen a la carrera profesional en: etapa inicial de los 20 a los 34 años, etapa intermedia, entre los 35 y los 50 años y la última etapa que comprende de los 50 a los 65 años.

Sin embargo, para criterios funcionales de evaluación se consideran las siguientes etapas: periodo de prueba en los 2 primeros años de iniciada la vida profesional; periodo de afianzamiento que dura entre 2 y 10 años, a los 10 años se inicia el periodo de mantenimiento, en el cual se conserva lo conseguido; y por último la etapa de declive en la cual el desarrollo es más bien personal que profesional (Super, Zelkowitz y Thompson, 1981; Lindström, s/f).

Lindström (op cit.) menciona que las investigaciones realizadas en torno al efecto moderador de la etapa de desarrollo de la carrera profesional han mostrado que: la etapa inicial se caracteriza por un bajo nivel de compromiso con la organización, asociado con un índice alto de rotación y presencia de estresores asociados con problemas de salud y somáticos. En la etapa intermedia se encuentran resultados contradictorios, en algunos estudios (Hurrell, McLaney y Murphy, 1990; Osipow, Doty y Spokane, 1985; Hurrell y Lindström, 1992; todos citados en Lindström, op cit.) se encuentra asociación positiva entre satisfacción laboral y rendimiento, mientras que en otros es de signo inverso. Mientras que en

la fase final el compromiso se correlaciona con un bajo nivel de absentismo y un mejor rendimiento.

3.3.4 Resistencia como moderador de los efectos negativos

La resistencia se basa en una teoría existencial de la personalidad, y se define como "aquella actitud básica de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder ante los retos" (Kobasa, 1979; citado en Ouellette, s/f). Estas características se entienden de la siguiente manera:

- Las personas comprometidas poseen un sentido existencial global que les permite identificarse con las personas, los acontecimientos y las cosas del entorno.
- El control es la propensión a pensar, sentir y actuar como alguien influyente y no impotente frente a los distintos avatares de la vida.
- El reto consiste en creer que el cambio y no la estabilidad es lo normal en la vida y que los cambios constituyen importantes incentivos para el crecimiento en lugar de amenazas a la seguridad (Ouellette, s/f; p. 50)

Los sujetos que poseen un elevado nivel de resistencia presentan menores síntomas físicos y se encuentran mejor preparadas para enfrentar a los estresores, tanto laborales como vitales (Kobasa, 1982; citado en Ouellette, op cit).

3.3.5 Autoestima como moderador de los efectos negativos

El autoestima ha sido una de las variables de personalidad más estudiadas en el ámbito ocupacional, debido a la facultad que se le ha atribuido para explicar las diferencias individuales en la presentación de los efectos.

La autoestima es definida por Brockner (1988; Schaubroeck, s/f) como "el carácter favorable de la autoevaluación de las características individuales", proponiendo la hipótesis de que las personas con baja autoestima suelen ser más vulnerables a los eventos del entorno que las que tienen un nivel elevado.

Algunos autores consideran que esta hipótesis puede ser explicada por la falta de confianza en la capacidad de influir en el entorno social de los sujetos con baja autoestima, provocando un debilitamiento de la capacidad de afrontar a los estresores (Ganster y Schaubroeck, 1991; citados en Schaubroeck, s/f), ésto sólo resultó cierto en cuanto a los estresores relacionados con el conflicto de roles y su relación con los trastornos somáticos.

Según Schaubroeck (op cit.) los resultados de las investigaciones indican que la sensación de bienestar físico y la satisfacción de las personas con bajo nivel de autoestima se pueden mejorar, bien reduciendo la presencia de los estresores de rol, bien fomentando su nivel de autoestima; por lo que con base en ello se puede considerar que los niveles de autoestima pueden influir en la percepción de la carga de trabajo, los estresores y la magnitud de los efectos negativos, así como en los daños a la salud de los trabajadores.

3.3.6 Locus de control como moderador de los efectos negativos

El locus de control es una expresión que designa un rasgo de personalidad que refleja la creencia general de que las experiencias vitales están regidas, bien por los actos propios (locus de control interno), bien por influencias externas (locus de control externo). Las personas que tienen un locus de control interno se consideran capaces de controlar los hechos y circunstancias de la vida, incluidos los refuerzos asociados, esto es, los resultados que se perciben como recompensas de los propios comportamientos y actitudes. Por el contrario, las que tienen un locus de control externo creen que ejercen escaso control sobre los

hechos y circunstancias vitales y atribuyen los refuerzos a poderosos factores extrínsecos o a la suerte (Murphy y Hurrell, s/f).

Se ha encontrado relación entre el locus de control externo y la mala salud física y mental, siendo los trabajadores con este tipo de locus los que manifiestan más agotamiento psíquico, insatisfacción laboral y estrés, así como niveles inferiores de autoestima (Kasl, 1989; citado en Murphy y Hurrell, op cit.).

En cuanto a la función moderadora del locus de control interno se ha encontrado que éste modera la asociación entre los estresores vinculados al rol (ambigüedad y conflicto de rol) y los síntomas de distrés (Cvetanovski y Jex, 1994; Spector y O'Connell, 1994; ambos citados en Murphy y Hurrell, op cit.).

Se ha hipotetizado que la forma en que el locus de control interno actúa tiene que ver con el uso de estrategias de afrontamiento reactivas más eficaces y centradas en el problema, mientras que los sujetos con locus de control externo usan más estrategias enfocadas a las emociones (Murphy y Hurrell, op cit.).

A pesar de esto, la asociación con el apoyo social ha mostrado resultados contradictorios con esta hipótesis, ya que se ha encontrado que los efectos del locus de control interno sólo se presentan si se encuentran asociados con el apoyo social (Fusilier, Ganster y Mays, 1987; Cummins, 1989; ambos citados en Murphy y Hurrell, s/f).

3.3.7 Estilos de afrontamiento como moderadores de los efectos negativos

Como anteriormente se definieron, los estilos de afrontamiento son las formas en que los individuos evalúan, enfrentan y actúan frente a los estresores; sin embargo dichos estilos de afrontamiento no sólo actúan como facilitadores de los

efectos negativos, sino que su adecuada utilización puede disminuir o evitar su aparición.

En cuanto a la función moderadora de los estilos de afrontamiento Watson y Clark (1984; citados en Burke, s/f) mencionan que las personas que presentan un rasgo de personalidad llamado Afectividad Negativa tienden a valorar negativamente a sí mismos, a las personas, el entorno y las posibilidades de crecimiento; por lo que son propensas a utilizar estilos de afrontamiento poco eficaces. En contraste las personas con un grado de Afectividad Positiva tienden a valorarse positivamente y a percibirse como mejor capacitados para afrontar las situaciones estresantes, lo que influye en la utilización de estilos de afrontamiento más eficaces y por lo tanto, en la presentación de los daños a la salud ocasionados por los efectos negativos.

Es en este sentido se puede argumentar la posibilidad de que exista un efecto moderador de los estilos de afrontamiento sobre los efectos negativos, ya que la utilización de los estilos de afrontamiento reactivos, complejos, flexibles y enfocados al problema disminuyen la percepción de los estresores; aumentan la posibilidad de resolución de los problemas de manera eficaz y por consecuencia las experiencias positivas asociadas (Day y Livingstone, 2001).

3.3.8 Apoyo social como moderador de los efectos negativos

El apoyo social ha sido el moderador más estudiado en la literatura, ya que la influencia del ambiente social laboral en los trabajadores siempre se ha considerado un factor de interés en la relación efectos negativos- daños a la salud.

Algunos autores lo consideran como un factor facilitador de los efectos negativos (tales como: García, 1998; y Gil- Monte y Peiró, 1997; entre otros), mientras otros lo consideran un elemento del ambiente laboral que tiene por efecto el proteger la salud de los trabajadores (Coffey y Coleman, 2001; Aranda,

Castaneda, Lee y Sobel, 2001; Jerome, 2000; Richard's y Giles, 2000; Evans y Steptoe, 2001; Parra y Paravic, 2002; Baruch- Feldman, Brondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002; Schat y Kevin, 2003).

En este sentido, García (1998) menciona que "la idea que subyace en el concepto de apoyo social es que las personas conseguirían mejores resultados adaptativos si recibieran o creyeran que iban a recibir apoyo social cada vez que lo necesitaran". Su participación en el proceso de efectos negativos- daños a la salud se localizaría en todos los componentes, teniendo efectos directos y efectos indirectos; dentro de los primeros se encuentra la influencia del apoyo proveniente de los superiores y compañeros en los estresores derivados del conflicto de rol y la tensión interpersonal. En cuanto a los segundos se derivan de los efectos positivos sobre la salud y la reducción del impacto del estrés sobre la misma.

Sin embargo, estas hipótesis no han podido ser comprobadas debido al marcado carácter subjetivo de las relaciones interpersonales, es por ello que para el presente estudio se utilizó la categoría de apoyo social como amortiguador de los efectos como eje de análisis; por lo que más adelante se ampliará la información al respecto.

Dentro de los facilitadores se encuentra el Patrón de conducta tipo A, el cual ha probado ser un factor de riesgo por sí mismo para las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, su relación con los efectos negativos y el papel que juega en ellos no ha sido esclarecida; es por ello que a continuación se abordará este tema en especial.

3.4 Patrón de Conducta Tipo A como facilitador de los efectos negativos

El interés en las diferencias individuales y sus efectos en la salud han llevado a la investigación de factores como la personalidad, los estilos de afrontamiento e incluso la vulnerabilidad. De todos estos factores el único que ha demostrado una

influencia directa en la salud de los individuos es el Patrón de Conducta Tipo A; esto debido principalmente a los rasgos que lo componen y que han sido descubiertos a través de los estudios epidemiológicos de las enfermedades del sistema cardiovascular; a pesar de ello, su papel no ha sido completamente esclarecido.

Este aspecto tiene tanta trascendencia en la morbi- mortalidad de la población, que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1990) lo menciona, junto con los niveles altos de estrés como un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Al parecer ésto se debe a la propensión a tener reacciones bioquímicas y físicas sobreestimuladas; en el aspecto bioquímico se ha encontrado que en situaciones de estrés, éstas producen más colesterol y catecolaminas que las personas no- A (Liebert y Langenbach, 2000; Reynoso y Seligson, 1997).

Friedman y Rosenman (1974, citados en Enríquez, 2004) fueron los que en la década de los cincuenta del Siglo XX, a partir de estudios clínicos y de laboratorio sobre el papel de la conducta y del sistema nervioso central en el desarrollo de las enfermedades coronarias, describen y dan nombre al Patrón de Conducta Tipo A, al cual definen como:

"un complejo particular de acción- emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un número de cosas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo ambiente" (Friedman y Rosenman, 1974; citados en Esteve, 1997; p. 145)

Para Reynoso y Seligson (1997) el Patrón de Conducta Tipo A es provocado por situaciones placenteras o problemáticas, pero es disparado particularmente por situaciones que se perciben como retos y se manifiesta por valores, pensamientos, relaciones interpersonales, así como por gestos particulares,

expresiones faciales, actividad motora y estilo del habla, aunque no todos los rasgos se presentan simultáneamente.

Por su parte, Trón y Reynoso (2000) mencionan que los retos evocan respuestas fisiológicas diferentes pero estables en el tiempo, por lo que éstos autores argumentan que el patrón de conducta se puede desarrollar desde la infancia (a partir de los tres años) por la influencia del ambiente y los factores culturales que lo fomentan tales como la cultura de competitividad, el reforzamiento de la productividad como valor personal, entre muchos otros (Glass, 1997; citado en Roskies y Lazarus, 1987).

Glass (1997; citado en Roskies y Lazarus, op cit.) menciona que el patrón de conducta tipo A es esencialmente una respuesta de afrontamiento usada para combatir la amenaza de la pérdida potencial de control. En contraste con los sujetos no A, éste tipo de sujetos tienen muy interiorizado el énfasis occidental de la habilidad de controlar por ellos mismos el ambiente. Esta es la parte del constructo que tiene mayores efectos positivos, ya que provoca el aumento del autoestima y el incremento del reforzamiento social. El lado negativo consiste en que la más mínima posibilidad de pérdida de control, envuelve un gran incremento de la alerta mental y física, marcha acelerada, elevación de la competitividad y los demás rasgos del patrón, lo que conduce a un sentimiento de desamparo.

Las características de las personas que presentan este patrón de conducta según diversos autores se resumen en la Tabla 3.3

Tabla 3.3 Principales características del Patrón de Conducta Tipo A, según diversos autores

AUTORES Y AÑOS	CARACTERÍSTICAS
Rosenman y Friedman (1974)	Habla explosiva, impaciencia, competitividad, hostilidad y alto involucramiento en el trabajo.
Chávez (1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Ambicioso, dominador, impaciente, agresivo, con extremo espíritu de competencia • Reacciones de impotencia ante el estrés, con rabia contenida. • Obsesionado con el tiempo perdido, se irrita

AUTORES Y AÑOS	CARACTERÍSTICAS
	<p>por retardos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a comer, caminar, manejar y escribir deprisa. No sabe descansar, ni estar sin hacer nada. • Se esfuerza por obtener bienes materiales • Insatisfacción crónica con relación a sus logros • Perfeccionista. Confía solo en sí mismo. • Resuelto no evade las decisiones • Es puntual y espera lo mismo de los demás • Cuando abandona su oficina la deja bien arreglada, todo en su lugar • No le interesa el deporte
Eagleston, Chesney y Rosenman (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Son extremadamente ambiciosos, duros y competitivos, tanto en el trabajo como en el juego. • Tienen extremada sensibilidad y respuesta ante la urgencia de tiempo y la presión de tiempo. • Muy fácilmente se tornan impacientes, irritables, furiosos y hostiles. • Son indicadores de éste patrón la postura de alerta, expresión de tensión, caminar rápido, hacer las cosas rápidamente, e interrumpir a los demás o retarlos,
Slipak (1992)	<p>Predomina la respuesta excesiva, hiperactividad, irritabilidad, ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos, competitivos y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia.</p>
García (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Componentes formales: gran fluidez verbal, intensidad de la voz alta, actividad psicomotora intensa, tensión de la musculatura facial, gestos enfáticos y otros manierismos típicos. • Actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad. • Motivacionales: motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición. • Conductas observables: urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo. • Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental, estilo atribucional característico y creencias específicas.
Roiter (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • Impaciencia: tensión facial crónica, movimientos repetitivos o tics en párpados y hombros, postura tensa, con movimientos bruscos y espasmódicos, conversación acelerada (mayor a 140 palabras por minuto), respuesta anticipada, "chasquido lengua- diente", suspiros, sudación excesiva, parpadeo repetitivo (mayor a 25 veces por minuto) • Hostilidad: hostilidad facial expresada por contracciones de los músculos del maxilar y los que rodean la boca, ojeras; voz áspera, irritante, intensa, severa, puños cerrados durante la conversación y risa fuerte, explosiva, displacentera y trepidante.

Fuente: Enríquez, 2004

Según Powell (1987; citado en Borges, Barbero, Maciá y Perez-Llantada, s/f) los estudios realizados apoyan la división del patrón en dos dimensiones; la primera podría considerarse un patrón "sano" y está relacionada con la ambición-competitividad, esta característica se debe a su relación con estilos de decisión más seguros y personales (Borges y Sanchez, 1992; citados en Borges, Maciá y Perez- Llantada; op cit.). La segunda dimensión, se relaciona con la impaciencia-irritabilidad y es considerado el componente "insano", ésto debido a su relación con la hostilidad, neuroticismo y ansiedad.

Según Beneit (1994) los análisis factoriales de los instrumentos utilizados para evaluarlo han demostrado la existencia de tres grandes dimensiones: Competitividad, impaciencia y hostilidad, siendo sus características principales las que se resumen en la Tabla 3.4

Tabla 3.4 Dimensiones del Patrón de Conducta Tipo A

COMPONENTE	CARACTERISTICAS
COMPETITIVIDAD	<p><i>Afán por destacar:</i> una de las notas que más significativamente definen a las personas tipo A es su permanente afán por destacar, por sobresalir, por rendir bien.</p> <p><i>Eliminación de impedimentos:</i> Las personas tipo A focalizan su atención sobre aquellos estímulos ambientales que son relevantes para la tarea en la que desean destacar; ignorando al mismo tiempo, aquella otra estimulación periférica que pudiera resultar irrelevante o perjudicial para el desempeño de su tarea.</p>
IMPACIENCIA	<p><i>Urgencia temporal:</i> los sujetos tipo A introducen un matiz de urgencia temporal en todas las actividades que realizan (independientemente del tipo de tarea), estando constantemente preocupados por el mejor aprovechamiento posible del tiempo.</p> <p><i>Percepción subjetiva del tiempo:</i> los individuos tipo A perciben que el tiempo pasa más rápidamente y trabajan con más celeridad.</p>
HOSITILIDAD	<p><i>Escasa tolerancia a la frustración:</i> las personas tipo A muestran signos de irritación, y reaccionan con agresividad ante la frustración.</p> <p><i>Agresión no instrumental:</i> Las reacciones hostiles de los sujetos tipo A no persiguen otra finalidad que la de atacar, agredir a la fuente de frustración.</p>

Fuente: Beneit, 1994

La influencia del Patrón de Conducta Tipo A ha sido muy estudiada en relación con los efectos negativos del trabajo, ya que se considera un factor facilitador puesto que expone al individuo que posea este tipo de conducta a mayor número de estresores (p. e. sobrecarga de trabajo), mientras que disminuye la resistencia

al estrés al tener una imposibilidad de relajarse, descansar o tomar vacaciones (Ivancevich y Mattenson, 1985; citados en Enríquez, op cit.).

Sin embargo, de las dimensiones antes mencionadas, la parte más negativa de éste constructo es la hostilidad, ya que los hallazgos experimentales apuntan hacia una relación entre ésta y las consecuencias en el sistema cardiovascular; sin embargo, los hallazgos no han sido concluyentes; como se analizará en el siguiente apartado.

3.4.1 Efectos en la salud de la relación patrón de conducta tipo A - efectos negativos

Los resultados de la combinación de los efectos negativos- patrón de conducta tipo A, en la salud son muy diversos, ya que se les ha relacionado con trastornos de la presión diastólica y sistólica, infarto agudo de miocardio, angina de pecho y muerte súbita; todos ellos propiciados o desencadenados por la presencia de conducta Tipo A (Beneit, 1994; Weidner, Bughal, Connor, Pieper, Mendell, 1997; Richard's y Giles, 2000; Bages, Feldman y Chacón, 1995).

La presencia de rasgos del patrón de conducta tipo A se ha investigado si en un grupo de trabajadores de puestos ejecutivos existe una mayor prevalencia de los sujetos con éste tipo de conducta, encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas en la presentación del patrón; siendo el único rasgo sobresaliente el mayor involucramiento en el trabajo de los sujetos A. Este rasgo puede ser explicado por la naturaleza y el tipo de tareas, así como por las características del ambiente de trabajo lo cual significaría que la organización afecta y promueve algunas conductas de los trabajadores (Enríquez, s/f).

Estos hallazgos pueden relacionarse con otros factores psicosociales del trabajo, ya que en un estudio epidemiológico en el que se intentaba evaluar si la incidencia del infarto al miocardio es mayor en trabajos más estresantes,

resultando mayor el índice en el grupo de los trabajadores con alto estrés, aunque dentro del mismo grupo resultó menor en el rango de edad de entre 45 y 54 años; en ambos grupos se asoció el infarto con el bajo nivel de decisión y altas demandas. Concluyendo que la estructura psicosocial del trabajo tiene relación con el infarto, así como los cambios de trabajado pueden disminuir la prevalencia (Karasek, Theorell, Schwartz, Schnall, Pieper y Mchela, 1988).

Otros autores afirman que no sólo son las influencias del ambiente laboral son las que producen el desarrollo del Patrón de Conducta Tipo A, por lo que han evaluado de forma longitudinal la existencia del mismo en niños con un instrumento diseñado para éste fin, encontrando que las puntuaciones que presentó el grupo evaluado fue incrementando conforme va pasando el tiempo, por lo que se le considera un constructo estable en el tiempo (Trón y Reynoso, 2000).

En otras ocasiones se ha intentado evaluar factores asociados con este tipo de conducta, los cuales pueden servir de factores discriminantes de los sujetos A y los no A; uno de estos factores han sido los estilos de decisión lo cuales han demostrado ser un buen indicador de su presencia (Borges, Barbero, Maciá y Perez- Llantada, s/f).

En cuanto a las hipótesis de la tendencia a la hiperreactividad cardiovascular asociada a la presencia de la conducta A, se ha evaluado en un grupo de gerentes en ambientes laborales naturales, encontrándose que los sujetos A presentan diferencias significativas en hipertensión en comparación con los sujetos no A; al realizar una tarea experimental no se encontraron diferencias en cuanto a aciertos y tiempo de respuesta, siendo la presión arterial sistólica mayor en los sujetos A que en los no A al finalizar la tarea, lo cual indica una mayor reactividad; por lo que se puede confirmar la hipótesis de que los sujetos A difieren en el balance autonómico de los no A, aspecto que puede utilizarse como otro factor discriminante (Bages, Feldman y Chacón, 1994).

En otro estudio se probó la relación entre la reactividad cardiovascular de dos grupos de personas normotensas, uno de personas con tipo A (con diferentes niveles de hostilidad y competitividad) y otro con personas de tipo no A; ante dos tareas estresantes, una de esfuerzo físico y otra de aritmética mental. Los resultados mostraron que la tarea mental generaba reactividad psicofisiológica en los sujetos de ambos grupos, siendo la mayor reactividad en los tipo A hostiles y con una recuperación basal más lenta. En cuanto a la tarea de estrés físico los sujetos no A mostraban una recuperación más lenta, así como menor reactividad que los sujetos A- Hostiles y A- Puros. Con lo que se concluyó que la hostilidad no está asociada con la reactividad cardiovascular, sino que su función se ve mediada por la valoración subjetiva del sujeto: a mayor Hostilidad, mayor percepción de estrés en situaciones de reto, y en consecuencia mayor reactividad cardiovascular (Bermúdez, Pérez, Sánchez, Oiz, Ruiz y Oller, 1997).

Un estudio con desempleados evaluó las interrelaciones entre el patrón de conducta tipo A y asertividad con las estrategias de afrontamiento frente al estrés generado por su situación laboral, encontrando que los tipo A que combinan altos puntajes de tensión y asertividad tienden a utilizar la estrategia de búsqueda de apoyo social; sin embargo, esta es una estrategia muy poco utilizada. Asimismo, los sujetos tipo A que presentan alta ausencia de represión y baja confianza en sí mismos, estarían más propensos a emplear estrategias evitativas que de claro enfrentamiento. Por otro lado, los bajos niveles de ausencia de represión y alta tensión se asocian con el uso de estrategias de enfrentamiento activo, lo que en cuanto a los puntajes de represión significaría una tendencia a guardarse los problemas, con el consiguiente incremento de los problemas cardiacos y depresión frente al fracaso (Graciela, 1996).

En un estudio donde relacionaron al patrón de conducta con variables de riesgo coronario (índice de lípidos y lipoproteínas en plasma, presión sanguínea, pulso e índice de masa muscular) y las latitudes de control y autonomía en el

trabajo, en mujeres y hombres trabajadores además de amas de casa; se encontró que los niveles de hostilidad y el número de enfermedades reportados fueron mayores en las amas de casa que en los grupos de trabajadores; sin embargo, no se encontraron diferencias entre los tres grupos en cuanto al patrón de conducta. Este último tuvo relación con la falta de decisión laboral en las mujeres, quienes resultaron más afectadas que los hombres. Se concluyó que los síntomas de estrés se encuentran asociados con los síntomas de salud reportados, siendo los de tipo coronario mediados por variables de tipo psicológico (como el patrón de conducta) y biológico, tales como la obesidad, hipertensión arterial, colesterolemia, entre otros (Weidner, Boughal, Connor, Pieper y Mendell, 1997).

Según Jenkins (s/f) los resultados de los estudios realizados son contradictorios, ya que algunos manifiestan relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y la cardiopatía isquémica, mientras que otros no encontraron ninguna relación, por ello argumenta que es más probable que la asociación de riesgo de cardiopatía isquémica se presente bajo las siguientes condiciones:

- En los estudios transversales y de casos controles, y no en los estudios prospectivos.
- En los estudios de poblaciones globales y grupos profesionales, y no en los estudios limitados a las personas con enfermedad cardiovascular o pertenecientes a otros grupos de riesgo de cardiopatía isquémica.
- En las muestras de personas más jóvenes (menos de 60 años), y no en las poblaciones de mayor edad.
- En los países que se encuentran aún en proceso de industrialización o que se hallan todavía en el cenit de su desarrollo económico (Jenkins, s/f).

Es por ello que la relación entre los efectos negativos del trabajo y este facilitador resulta muy importante, ya que como se ha observado en los estudios hasta ahora revisados, sus efectos en la salud tienen un origen multicausal por lo

que se necesita evaluar otras variables en asociación con este patrón; una de éstas variables es el apoyo social y su función moderadora.

Este moderador es uno de los más estudiados, ya que su influencia en los efectos negativos del trabajo se muestra en dos vertientes: como un protector de la salud o como un factor de riesgo más; su definición, tipos, características y los ya mencionados efectos se analizarán a continuación.

3.5 El apoyo social como amortiguador de los efectos negativos

En lo que respecta a los efectos negativos, la sociedad se considera generadora de demandas estresantes y coacciones para afrontarlas, siendo a su vez utilizada por el individuo o grupo para prevenir dichos efectos; por ello los resultados adaptativos o no, deben considerarse dentro de las relaciones del individuo con la sociedad (Lazarus y Folkman, 1984; García, 1998), razón por la cual entender la influencia del apoyo social en la relación efectos negativos- salud es de vital importancia, así como que se entiende como sociedad y como influye en la relación.

En este sentido, García (1998) menciona que la sociedad puede ser estudiada desde de tres perspectivas:

- Sociedad como forma de satisfacción de las necesidades adaptativas básicas del individuo en relación con la supervivencia.
- Sociedad como moldeador de personas y grupos; las reglas sociales y las instituciones regulan las relaciones y determinan las emociones y la conducta.
- Relación entre individuo y sociedad en la que se influyen mutuamente (García, op cit. p. 77).

Dentro de este marco, las perspectivas que se utilizan en el campo de la salud ocupacional son las dos últimas; como una relación bidireccional y como un moldeador de los sujetos, sus emociones y reacciones.

Una vez que se ha considerado el aspecto social, como algo siempre presente en cualquier investigación es necesario definir que entendemos como apoyo social; ya que las definiciones que existen son muy variadas y complejas, debido a que las funciones que se le atribuyen complican aún más su comprensión. Es por ello que en la Tabla 3.5 se resumen las diferentes concepciones del apoyo social encontradas.

Tabla 3.5 Concepto de apoyo social según diversos autores

AUTOR Y AÑO	CONCEPTO
Cobb (1976)	La información que se da al sujeto según la cual son cuidados y queridos, estimados y valorados, perteneciendo a una red de comunicación y mutua obligación.
Bells (1981)	Aquellos elementos que hay en el ambiente y que promueven un curso favorable de la enfermedad.
House (1981)	Disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas.
Lin, Dean y Ensel (1981)	El soporte accesible al individuo a través de lazos sociales con otros individuos, grupos o comunidad en general.
Thoits (1982)	Grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con otros.
Lazarus (1984)	Naturaleza de las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la forma en que son evaluadas por el individuo en su calidad de soporte. Considerado un recurso del entorno que el individuo debe cultivar y utilizar.
Lin y cols. (1986)	Provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.
Caplan (1993)	Un factor de protección que determina la experiencia y la reacción al estrés de los individuos que de ésta forma disminuyen el riesgo de un resultado inadaptativo o patológico.
Peeters, Schaufeli y Buunk (1993)	El apoyo social se diferencia del compañerismo, por la intención del sujeto de buscar ayuda. Ambos conceptos se engloban en un concepto más amplio de interacción social.
Bravo (s/f)	El apoyo social puede envolver empatía, estímulo, información, asistencia material y expresiones de participación, es decir, tanto soporte emocional como una ayuda práctica.

Como se puede observar en la Tabla 3.5 las definiciones de apoyo social son muy distintas, a pesar de ello, las características que comparten son la percepción del sujeto y el carácter funcional que tienen para el desarrollo de los sujetos; por ello para la presente investigación se tomó como base el concepto de

Caplan (1993), ya que se le considera un factor que puede ser determinante para el desarrollo de los efectos negativos, así como para su enfrentamiento y evitación.

Por otra parte, según Suls (1982; citado en Lazarus y Folkman, 1984) el apoyo social tiene propiedades positivas y negativas en cuanto a su influencia en la salud; dentro de las cuales las más estudiadas son las positivas.

Para Lazarus y Folkman (op cit.) existen al menos dos formas de apoyo que son importantes para la adaptación: la integración a una estructura social y su forma de freno inmediato para el estrés y sus efectos dañinos.

Para Lazarus y Folkman (1984) es conveniente distinguir entre:

- **Entramado social:** número de personas implicadas y al número de ellas que se conoce, así como el contenido de sus relaciones. Poseer un tejido social adecuado significa la posibilidad de satisfacer sus necesidades sociales básicas.
- **Percepción de apoyo social:** Naturaleza de las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, en particular la evaluación que el sujeto hace de éstas.
- **Tipos de apoyo social:** éstos son las formas en que el sujeto percibe que las personas lo ayudan (Lazarus y Folkman, op cit. p. 268, 270)

En este último punto existen muchas discrepancias, ya que diferentes autores proponen sus propias clasificaciones de los tipos de apoyo social, los cuales se muestran en la Tabla 3.6

Tabla 3.6 Principales tipos de apoyo social

AUTOR Y AÑO	TIPOS CONTEMPLADOS
Cobb (1976)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional: información que induce a la persona a sentirse querida o cuidada • Apoyo de la estima: información que produce la sensación de ser estimado y valorado • Información que fomenta el sentido de pertenencia a

AUTOR Y AÑO	TIPOS CONTEMPLADOS
Hirsh (1980)	<p>un sistema de intercomunicación y de obligaciones recíprocas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional: cuidados, comodidad, amor, afecto y comprensión • Estímulo: la medida en que la persona se siente alentada por quienes la ayudan a hacer acopio de valor. • Asesoramiento: Información útil para la solución de problemas • Compañía: el tiempo pasado con la persona que presta ayuda • Ayuda tangible: recursos materiales, como dinero o ayuda en la realización de una tarea
House (1981)	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional: empatía, cuidados, amor, confianza, estima o muestras de interés. • Evaluativo: información aplicable a la autoevaluación • Informativo: sugerencias, consejos o información de utilidad para la solución de problemas • Instrumental: asistencia directa en forma de dinero, tiempo o trabajo.
García (1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental: conductas dirigidas a la ayuda directa y tangible • Expresiva o emocional: conductas relacionadas con la empatía, el amor y la confianza.
Pines (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha • Apoyo técnico • Cambio técnico • Apoyo emocional • Cambio emocional • Compartir la realidad social
Benages y Crespo (s/f)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional: representa la habilidad de encontrar tranquilidad y seguridad en los periodos de estrés • Integración social o apoyo de la red social: sentimientos de un individuo al sentirse parte de un grupo. • Apoyo de estima: el individuo se siente querido y competente • Apoyo tangible: se refiere a la ayuda instrumental: física o económica • Apoyo motivacional: se refiere al ofrecimiento de consejo para resolver un problema
Schaefer y cols. (1982)	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional: vinculación, reafirmación, la posibilidad de contar con y confiar en alguien. • Tangible: ayuda directa o material, así como servicios prestados • Informativa: proporciona información, avisa de algo y permite que el individuo conozca cual va siendo el resultado de sus actos

Al analizar la tabla se puede observar que muchos de los tipos de apoyo se superponen, por lo que se pueden resumir en tres los tipos de apoyo social: emocional, instrumental e informativo.

Sin embargo, esta categorización obedece a una necesidad de sistematización, lo cual deja de lado la visión funcional, la cual depende básicamente de la percepción de disponibilidad de apoyo. Por lo que se distinguen entre apoyo recibido (objetivo o número de veces que se siente apoyado) y apoyo percibido o subjetivo (Benages y Crespo, s/f).

El segundo tipo de apoyo, es el de interés del presente estudio, y se compone según Benages y Crespo (op cit.) de un componente cognitivo que incluye los sentimientos generales y la percepción de apoyo que experimenta el individuo; además de un componente evaluativo, el cual incluye el grado de satisfacción que se tiene con respecto a quienes proporciona el apoyo y si ese apoyo es pertinente en ese momento concreto.

Además, se debe tomar en cuenta la fuente de la cual proviene el apoyo, ya que al tratarse de una variable interactiva, sus efectos tienen una fuerte relación con la persona de la cual proviene dicho apoyo (Lazarus y Folkman, 1984); sobre todo tratándose de los efectos negativos del trabajo, ya que según Novel (1991) las fuentes del apoyo social pueden ser de dos tipos: naturales (familia, compañeros y amigos) y organizadas (grupos de autoayuda, voluntariado o ayuda profesional); ambas actuando de manera conjunta o alternativamente siendo la más importante la de tipo natural.

Por su parte, García (1998) menciona que en cuanto al estrés laboral, la función moderadora del apoyo social solo se presenta si éste proviene de los compañeros y del supervisor siendo más trascendente este último.

Asimismo, Pines (1983; citado en Gil- Monte y Peiró, 1997) menciona que el apoyo social informal (proveniente de las relaciones no laborales) puede funcionar para prevenir los síntomas del burnout, mientras que el apoyo formal (establecido por normas laborales específicas) los exacerba.

Según Barrón (1992) los aspectos funcionales del apoyo social han dado origen a dos teorías:

- La de los efectos directos: en la cual el apoyo social podría tener un efecto positivo en el bienestar independientemente de los efectos negativos del trabajo.
- La de los efectos indirectos: su función es moderar los efectos patógenos de los estresores que influyen en el bienestar individual.

Para cumplir con esta función moderadora actúa en dos puntos de la cadena causal estrés - patología. En el primer punto, se trata de la relación entre los estresores y la reacción a ellos, dicha función no evita la presencia de efectos negativos, sin embargo actúa en la percepción de la amenaza redefiniéndola así como a la propia capacidad de afrontamiento, por la intervención de otras personas. En el segundo punto se trata de la relación entre la experiencia de estrés y los resultados en la salud, en éste actúa reduciendo o eliminando la reacción, así como por la influencia de los demás en la actuación del sujeto.

En el presente estudio se entiende al apoyo social como moderador de los efectos negativos en tanto puede disminuir o incluso eliminar su aparición, así como sus efectos en la salud; siendo de todos los tipos el apoyo social percibido el más importante y de mayor trascendencia para el problema que nos atañe.

A pesar de que los hallazgos apuntan hacia la importancia del apoyo social percibido no se han encontrado resultados concluyentes, es por ello que a continuación se enumeran algunos de los resultados encontrados.

3.51 Evidencia empírica de la función moderadora del apoyo social

Los diferentes investigadores han relacionado al apoyo social con los factores de riesgo de enfermedades cardiacas, el estrés, los síntomas depresivos y del estrés, la satisfacción laboral y con los daños a la salud mental ocasionados

por la violencia laboral; entre muchos otros (Coffey y Coleman, 2001; Aranda, Castaneda, Lee y Sobel, 2001; Jerome, 2000; Richard's y Giles, 2000; Evans y Steptoe, 2001; Parra y Paravic, 2002; Baruch- Feldman, Brondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002; Schat y Kevin, 2003).

En cuanto a la influencia del apoyo social en la enfermedades cardiacas, un estudio con mujeres evaluó la relación entre los factores de riesgo tradicionales (hipertensión, obesidad, fumar, antecedentes familiares), estilos de afrontamiento, personalidad, estatus socioeconómico, entre otras variables; encontrándose que los factores de riesgo más importantes fueron los tradicionales, preocupación cognitiva, irritabilidad, menor capacidad de relajación, estado de ánimo depresivo, grado elevado de ansiedad, clase social baja, bajo nivel educacional, sobrecarga de trabajo, ser jefa del hogar y falta de apoyo social. Por lo que se concluyó que la participación del apoyo social si bien es importante no pudo ser demostrada como determinante (Richard's y Giles, 2000).

En otro estudio donde se evaluó el impacto del apoyo social en el trabajo en la liberación de cortisol en saliva en días laborales y días de descanso; a través de mediciones de tasa cardiaca, presión sanguínea y muestras de saliva, además de estrés laboral, ansiedad, estrés percibido, depresión y adaptación social. Los resultados arrojados no mostraron diferencias entre la liberación de cortisol en los días de trabajo y los de ocio; en el grupo de bajo apoyo social se encontró menor control y mayor tasa cardiaca, estrés, ansiedad y depresión. Por lo que se concluyó que puede haber una relación entre las experiencias afectivas y la elevación de la tasa cardiaca sólo cuando existe bajo apoyo social (Evans y Steptoe, 2001).

En cuanto a la salud y su relación con el estrés, se ha investigado la influencia del apoyo social proveniente del trabajo como un moderador de los daños en personal de salud de ambos sexos, encontrándose que el apoyo de los compañeros fue mencionado como un recurso de afrontamiento en las unidades

con un menor índice de estrés, así como una mejor salud; sin embargo no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género en ningún hospital estudiado (Browner, 1987).

La depresión, el estrés y el género también se han relacionado con el apoyo social, bajo la premisa de que el bajo apoyo social relacionado con la familia está asociado positivamente con la depresión, así como que existen diferencias en cuanto a género en la presencia de depresión y estrés. En cuanto a la diferencias de género en la depresión no se encontraron diferencias, sin embargo en cuanto al estrés si se presentaron en lo referente a las fuentes, para las mujeres las fuentes fueron primordialmente las del hogar mientras que en los hombres lo fueron las ocupacionales/económicas, siendo éstas las causas de los síntomas depresivos de los hombres mientras que en las mujeres lo fueron del bienestar psicológico. En cuanto al apoyo social familiar o de pareja sólo resultó significativo para las mujeres, siendo un factor protector para los síntomas depresivos; mientras que para los hombres el apoyo proveniente de fuentes extra familiares puede funcionar como protector de los síntomas depresivos (Aranda, Castaneda, Lee y Sobel, 2001).

En una muestra de policías se evaluó la función moderadora del apoyo social del jefe o supervisor y el control sobre el trabajo en los efectos negativos del estrés experimentado, encontrando que existe una relación entre los estilos de liderazgo y el apoyo social percibido, sin embargo su función moderadora no se comprobó; por lo que se concluye que los estilos de afrontamiento pueden funcionar como moderadores de forma independiente al control y el apoyo social (Ganster, Pagon, Duffy, 1996).

Por otro lado, la fuente de la cual proviene el apoyo también ha sido relacionada con el burnout, la satisfacción laboral y la productividad en policías de tránsito, encontrándose que el apoyo se relaciona positivamente con la satisfacción laboral y negativamente con el burnout. En cuanto a las fuentes del

apoyo las relacionadas con la familia se relacionó con el burnout; mientras que la productividad y la satisfacción se relacionaron con el apoyo del supervisor inmediato, por lo que se concluyó que el apoyo social puede relacionarse con la productividad siempre que éste provenga de fuentes laborales (Baruch- Feldman, Brondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002).

En otro estudio donde se relacionó el apoyo social, los estilos de afrontamiento y el burnout en enfermeras se encontró que los niveles de estrés fueron muy altos en la muestra (31.2%), mientras que en cuanto al burnout el 44.3% experimentaban agotamiento emocional, 26.6% despersonalización; dichos resultados sugieren que el apoyo de los jefes/supervisores y compañeros puede aminorar la experiencia de estrés siendo el uso de alcohol una práctica paliativa muy usada en la muestra por lo que se puede concluir que el incrementar el apoyo de los compañeros puede funcionar como un protector para dicha población (Coffey y Coleman, 2001).

En otro estudio se investigó los efectos moderadores del apoyo instrumental e informacional en la relación entre violencia o agresión en el trabajo (ya sea física, experimentada vicariamente o psicológica) y sus consecuencias personales u organizacionales en personal sanitario, siendo significativo estadísticamente sólo el apoyo instrumental como moderador de los efectos de la violencia laboral en el bienestar emocional y la salud somática, pero no para el miedo o la negligencia laboral (Schat y Kelloway, 2003).

Todos los estudios hasta ahora revisados apoyan parcialmente la teoría de los efectos indirectos, sin embargo sus resultados no permiten ser categóricos puesto que se encuentran datos poco concluyentes que dificultan la intervención oportuna.

Es por ello que en el presente estudio se pretendió aportar bases empíricas que permitan sentar las bases para una intervención en el ambiente laboral, basados en la existencia y fomento de este moderador.

Por otro lado, los amortiguadores de los efectos negativos antes mencionados tienen un papel fundamental en la prevención y cuidado de la salud de los trabajadores; a pesar de ello no son las únicas influencias que inciden en la relación efectos negativos- daños a la salud; por ello, se hace necesario explicar la relación que existe entre las diferentes categorías de variables y como se entrelazan para determinar o no un daño a la salud, lo que a continuación se explicará.

3.6 Relación entre desencadenantes, facilitadores y moderadores en la relación efectos negativos- daños a la salud

La relación efectos negativos- daños a la salud es dinámica y se encuentra determinada por la relación interactiva entre los factores desencadenantes, facilitadores y moderadores, ya que la presencia de un solo factor no es suficiente para que se presente un daño a la salud, sino que es necesario que existan otras variables para que esto suceda. La Figura 5 muestra de manera gráfica la forma en que se relacionan las variables.

Los factores desencadenantes no pueden ser modificados por el sujeto, por lo que el control de estos factores depende exclusivamente de la gestión administrativa (a excepción de las relaciones trabajo- familia); por lo tanto estos factores pueden influir negativamente en la salud de los empleados pero esto depende de las características individuales o facilitadores de los efectos, de cuya existencia depende la probabilidad de afectación.

Al combinarse las variables facilitadoras y desencadenantes, se pueden presentar los efectos negativos de tipo psicológico; sin embargo, su presentación y

los daños a la salud derivados de éstos depende de la presencia/ausencia de los moderadores (principalmente el apoyo social), cuya función va desde la eliminación de los efectos negativos hasta la mitigación de los mismos.

Aunado a lo anterior, los efectos negativos del trabajo podrían en sí mismos funcionar como un moderador de la relación salud y trabajo, lo cual puede verse claramente en la fig. 5.

En el presente estudio el principal objetivo son las afectaciones psicológicas de los efectos negativos y su relación con la salud; por lo que sólo se analizó el aspecto facilitador del Patrón de Conducta Tipo A, los efectos negativos presentados y la función moderadora del apoyo social de los supervisores y compañeros, dejando de lado los aspectos desencadenantes. En el siguiente capítulo se presentan la metodología y los resultados arrojados.

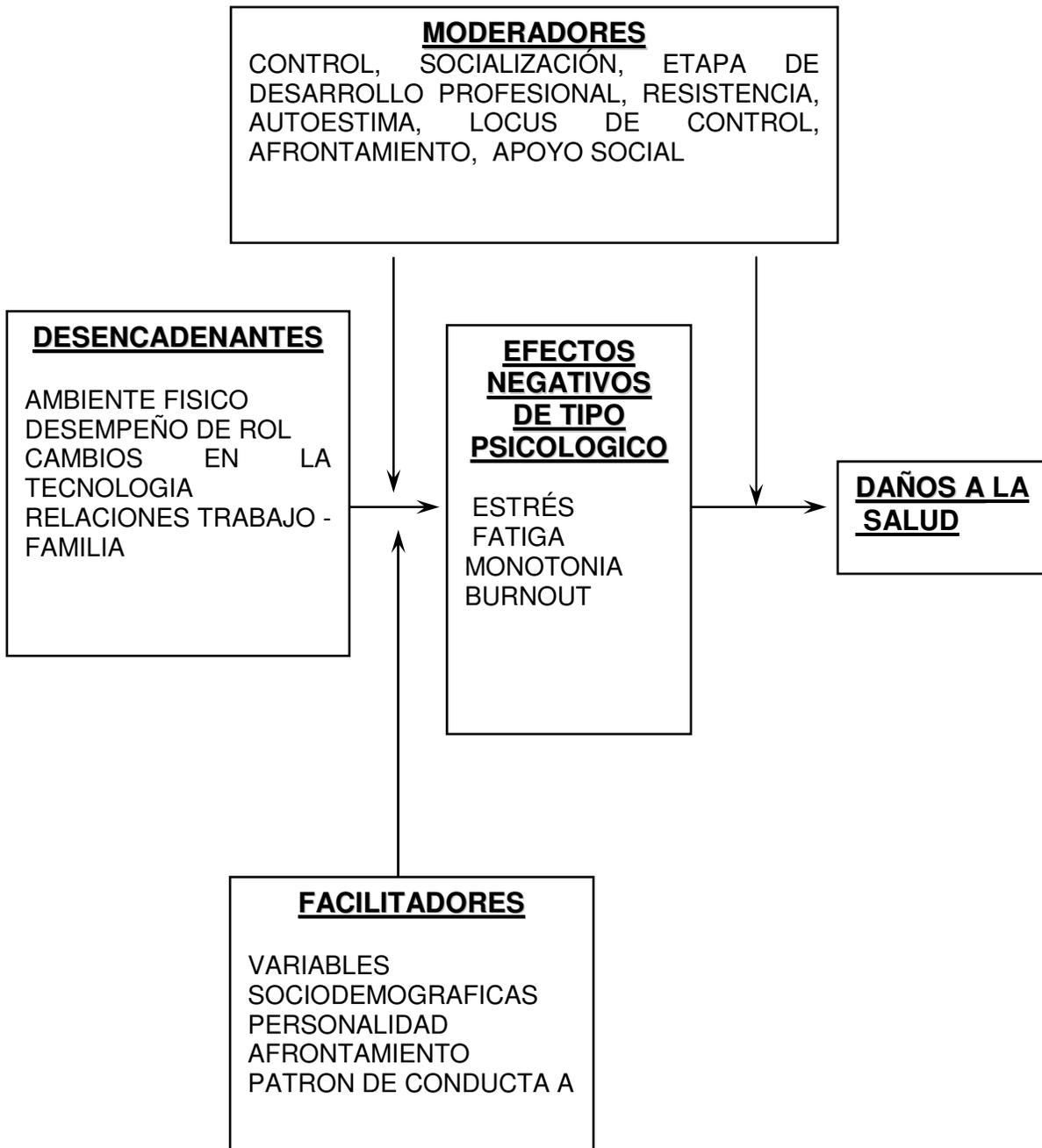


Fig. 5 Relación entre desencadenantes, facilitadores, moderadores de los efectos negativos y la salud

CAPITULO IV. ESTUDIO: “RELACIÓN ENTRE EFECTOS NEGATIVOS DE TIPO PSICOLÓGICO, CONDUCTA TIPO A, APOYO SOCIAL Y SALUD EN ENFERMERAS”

Las investigaciones que tradicionalmente se realizan en Salud Ocupacional se han ocupado de medir los factores ambientales del lugar de trabajo, la exposición a factores de riesgo (ya sea físicos o químicos), el clima organizacional y de organización del trabajo, relacionándolo con aspectos de salud (generalmente física).

Un ejemplo de ello, es el estudio realizado por Vidaurrazaga (s/f) quien en una población mexicana relacionó al ruido con los ritmos cardiacos en diferentes horarios en una línea de producción, encontrando que los niveles cardiacos son afectados por los niveles de contaminación auditiva, aunque dicha afectación no fue directamente proporcional.

Rodríguez (2003), por su parte detectó que la exposición a amniato conduce a la presentación de enfermedades de tipo respiratorio, que van desde placas pleurales hasta cáncer pulmonar y de peritoneo, asbestosis y del tracto gastrointestinal. Menciona además, que en un estudio realizado por él en colaboración con la Dirección General de Salud Pública del Gobierno del Principado de Asturias (2000, citado en Rodríguez; 2003) se evaluaron a 22 empresas en el cumplimiento de las normas oficiales de protección y con base en los datos de sus trabajadores, se llevó a cabo un seguimiento de su estado de salud encontrando que de 195 trabajadores que constituyen la muestra 25 presentaban placas pleurales, 22 engrosamiento pleural, 4 cáncer de pulmón y 8 asbestosis; por lo que concluye que las normas oficiales aprobadas en materia de salud laboral no se cumplen con lo que aumenta el riesgo de dichas enfermedades en los trabajadores expuestos a dichos compuestos.

Burgos (2003) menciona que las enfermedades profesionales se han modificado de patologías bien establecidas, tales como la asbestosis y la silicosis; a patologías cuyas etiologías son indefinidas como es el caso del asma ocupacional. Por lo cual, se encuentra realizando un estudio con marineros expuestos a hidrocarburos, evaluando sus efectos en el sistema respiratorio y sus posibles efectos en la modificación cromosómica con el consecuente incremento de la vulnerabilidad de los trabajadores expuestos; sin embargo, aún no tiene resultados.

Según la Universidad de California (s/f), los problemas de salud que mayormente reportan los trabajadores agrícolas son los problemas músculo esqueléticos y en la población general, lo son las enfermedades pulmonares ocupacionales, por su frecuencia, gravedad y capacidad de prevención.

En lo que respecta a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como de las causas que giran en torno a éstos, los hallazgos que se tienen son de características epidemiológicas, como es el caso del estudio realizado por Gómez y Orihuela (1999), cuyo objetivo fue describir la situación de los accidentes mortales en España principalmente en la provincia de Asturias, durante once años; en donde encontraron que la primer causa que propició los accidentes fue los problemas técnicos (41.1%) y las causas dependieron principalmente del individuo (45.1%), concluyendo que los accidentes mortales pueden ser prevenidos a través de la formación de un equipo médico que se ocupe de la educación en la prevención de riesgos.

En éste sentido, Álvarez (2003) menciona que la principal causa de accidentes laborales en España son los sobreesfuerzos y las caídas al mismo nivel; mientras que las causas de muerte por accidentes son por orden de importancia los atropellamientos y los sobreesfuerzos. En cuanto al tipo de contrato, se accidentan con mayor frecuencia los trabajadores con contrato temporal que los de contrato

indefinido, siendo las empresas de 50 o menos trabajadores los que tuvieron más accidentes.

La preocupación por los accidentes laborales ha ido en aumento, debido a los altos costos que ocasionan en las empresas y a nivel nacional, en Estados Unidos, la Universidad de California (s/f) reporta por ejemplo, que diariamente hay 16 trabajadores muertos en promedio y 9000 que sufren lesiones, reportando que en los trabajadores latinos la causa es el idioma y la cultura; ya que impiden la capacitación y el reporte de los riesgos por miedo a la deportación o a perder el empleo.

En éste sentido, se ha encontrado que existe una relación estrecha con la salud mental; la importancia de ésta radica en que guarda estrecha relación con los aspectos somáticos del proceso de salud- enfermedad, ya que las manifestaciones patológicas de ésta, tales como depresiones, ansiedades, inseguridad, entre otras llegan a afectar el funcionamiento somático del organismo (González, 1993), siendo el trabajo un factor desencadenante o moderador de dichos trastornos.

A pesar de que ésto significa un avance en materia de prevención en el área laboral, los instrumentos desarrollados no permiten una adecuada valoración de los efectos negativos de tipo psicológico y los factores que influyen en su presentación. Un ejemplo de ello se encuentra en materia de salud mental donde existe un vacío, ya que la investigaciones al respecto se limitan a los factores aislados que la constituyen sin relacionarlos con factores tan importantes como son los aspectos laborales, específicamente los efectos negativos del trabajo.

Para Offer y Sabshin (1974; citado en: Tena y Virseda, 1995) el concepto de salud mental lleva implícito el de “normalidad”, siendo éste ambiguo y con múltiples usos y significados. Por ello sugieren cuatro perspectivas funcionales de normalidad:

1. Para los modelos de salud – enfermedad médico – biológicos la normalidad implicaría ausencia de síntomas, libre de dolor, disconfort e inconformidad.
2. La normalidad como utopía. Encontrándose una discrepancia enorme entre la conceptualización de salud como ideal y como real.
3. La normalidad como puntaje o promedio dentro de una distribución similar a la curva normal.
4. *La normalidad como proceso, desde una perspectiva de integración bio-psico- social.(pp. 64)*

Esta última perspectiva es la que se retoma para el presente estudio, puesto que se parte del supuesto de que los factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos se interrelacionan como ya se mencionó en el Capítulo I.

Cabildo (1991), por su parte menciona que la salud mental tiene un doble significado: un significado operativo (como meta a alcanzar) y como acciones encaminadas a lograr dicha meta. Así menciona que, uno de los primeros conceptos difundidos fue el de la OMS en su Segundo Informe del Comité de Expertos:

“La salud mental implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”. (pp. 22)

Agrega además su definición de salud mental como:

“un sentimiento de paz y alegría interna, producto de una personalidad bien integrada, que logra el equilibrio entre sus necesidades internas y las exigencias y limitaciones externas; que se manifiesta por una adaptación flexible y constructiva a su medio; esto implica que ante circunstancias que juzgue negativas, tendrá una aceptación temporal de la situación, hasta en tanto no pueda modificarlas en el sentido que él considera adecuado” (pp. 22)

De éste modo la buena salud mental no sólo implica la no presentación de síntomas como la depresión y la ansiedad entre otros, sino que además implica un

sentimiento de bienestar y adaptación al medio en el que se desenvuelve el individuo.

Los aspectos antes mencionados han sido frecuentemente olvidados en los estudios de Salud Ocupacional, debido a que en la mayoría de los estudios se ha limitado su importancia a sólo factores incidentales o demográficos. Se les ha tomado como un factor no relacionado con los efectos negativos del trabajo; lo cual representa un gran problema para la prevención y mejora de la Salud Mental.

Es por ello que en la presente investigación se retomará este aspecto tan importante, ya que los efectos negativos del trabajo de tipo psicológico guardan estrecha relación con la salud mental de los trabajadores, lo que redundará en su funcionalidad e integración al medio.

Asimismo, el tipo de trabajo puede determinar el tipo de padecimientos que se presenten, tal como lo muestran los estudios mencionados a lo largo de los capítulos anteriores (Támez, Ortiz, Martínez y Méndez, 2003; García, Suárez, Román y Barrios, 1997; Salmerón y Ochoa, s/f; puesto (Hernández- Peña, Kageyama, Coria Hernández y Harlow, 1999; Ramírez, Luna y Soberanes, 2002; Meza y Ramírez, 2002; Day y Livingstone, 2001; Cerón, Sánchez, Harlow y Núñez, 1997; Tovalín, 1996; Agut, Grau y Beas, 2000; Caramés, s/f; entre muchos otros); siendo una de las profesiones menos estudiadas en nuestro país la de enfermería, ejemplos de los estudios realizados son los siguientes.

En un estudio con médicos y enfermeras en el que se evaluó el grado de fatiga (no especificando el tipo), el sufrimiento psicológico, y el estado de salud en general. Se encontró que las mujeres de ambas profesiones manifestaban índices más altos de fatiga y sufrimiento psíquico en el trabajo, mientras que los hombres presentan índices normales y tolerables (García, 1996).

Otro estudio realizado en personal de enfermería (ambos sexos) donde se evaluaron las relaciones entre el estrés laboral, la salud, la satisfacción laboral y apoyo social. En cuanto al estrés percibido en el último año, se ha encontrado que más de la cuarta parte fue originado por el trabajo, siendo más marcado, para los hombres. Además a medida que aumenta la edad disminuye la insatisfacción así como su percepción de estrés; las mujeres manifestaron mayor estrés en actividades laborales cotidianas, en actividades que implicaban aspectos afectivo- humanitarios, mientras que los hombres lo manifestaban en situaciones económico- sociales o de reconocimiento. El estado de salud parece estar asociado con la percepción de estrés, así como con la carencia de apoyo adecuado (Ribera, Cartagena de la Peña, Reig, Romá, Sans, Caruana, 1993).

La profesión de enfermería es una de las más afectadas por los efectos negativos del trabajo, ésto es debido a las características de las tareas que realizan, el entorno, el grupo social del cual se rodean, así como las características de la organización. Es por ello, que una gran cantidad de investigaciones (Arita y Arauz, 1999; Artazcoz, Cruz, Moncada y S 1998; García, 1996; Parra y Paravic, 2002; Quiroz y Saco, 2004; Román, 2003; entre otros) se han ocupado de dicha población; sin embargo, la gran mayoría de las que se revisaron para éste estudio son extranjeras por lo que sus resultados (aunque útiles) no son aplicables a nuestro país, ya que existen diferencias sustanciales de carácter cultural, socioeconómico y legal.

Aunado a lo anterior, existen investigaciones de carácter epidemiológico que demuestran que en la población de interés los índices de consumo de tabaco, las drogodependencias, los padecimientos mentales, así como los suicidios son más altos en ésta profesión que en la población general (Hernández y Gervás, s/f; Ribera, Cartagena de la Peña, Reig, Romá, Sans y Caruana, 1993). Lo anterior, además de afectar la productividad de los centros de trabajo, también representa un importante problema de salud pública.

Por otro lado, las variables individuales son muy importantes en la valoración de dichos efectos, ya que la patología que podría derivarse de ellos se ve permeada por factores como el Patrón de Conducta Tipo A o el apoyo social en el trabajo, ambos factores ampliamente estudiados (Beneit, 1994; Weidner, Bughal, Connor, Pieper, Mendell, 1997; Richard's y Giles, 2000; Bages, Feldman y Chacón, 1995; Tron y Reynoso, 2000; Coffey y Coleman, 2001; Aranda, Castaneda, Lee y Sobel, 2001; Jerome, 2000; Richard's y Giles, 2000; Evans y Steptoe, 2001; Parra y Paravic, 2002; Baruch- Feldman, Briondolo, Ben- Dayan y Schwartz, 2002; Schat y Kevin, 2003; Enríquez, 2004; Barrón, 1992; Benages y Crespo, s/f; entre muchos otros) de forma aislada o relacionada con algún efecto negativo (una vez más en población extranjera) y reconocidos como moderadores de los efectos negativos de tipo psicológico. Sin embargo, sus efectos acumulativos o potenciadores no han sido explorados en nuestra población.

Con base en lo anterior, se puede argumentar que existe un gran vacío empírico en cuanto a la forma en que se relacionan los efectos negativos de tipo psicológico, la salud percibida, el Patrón de Conducta Tipo A y el apoyo social; así como de sus efectos acumulativos o potenciadores lo cual limita la apreciación del problema dado que los resultados arrojados resultan parciales y debido a su naturaleza no se puede afirmar una causalidad cuando no se toman en cuenta factores asociados.

De esta manera se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo se relacionan el Patrón de Conducta Tipo A y el Apoyo Social en la presentación de los Efectos Negativos de Tipo Psicológico? Y de ser así:
- ¿Cuál es el efecto de esta relación en la Salud Percibida de las enfermeras?

Debido a lo anterior, los objetivos de la presente investigación serán los que a continuación se enumeran.

Objetivo General

Determinar la relación entre Apoyo Social, Patrón de Conducta Tipo A, Salud Percibida y los Efectos Negativos de Tipo Psicológico en un grupo de enfermeras.

4.1 Método

Hipótesis

H1 Existe relación entre la presentación de los Efectos Negativos de Tipo Psicológico, el Patrón de Conducta Tipo A, la salud percibida y el apoyo social en un grupo de enfermeras.

Ho No existe relación entre la presentación de los efectos negativos de tipo psicológico, el Patrón de Conducta Tipo A, la salud percibida y el apoyo social en enfermeras.

Definición conceptual de variables

Apoyo social percibido: la valoración subjetiva del trabajador con respecto a la ayuda o camaradería que puede recibir de sus jefes o compañeros en caso de necesitarla; así como la calidad de la misma (Esteve,1997)

Patrón de Conducta Tipo A: Según García (1998) este Patrón se definiría como “un complejo de acción – emoción típico de personas envueltas en un crónico e incesante esfuerzo por lograr mucho más en el menor tiempo posible, enfrentándose, si fuese necesario, a cualquier obstáculo que pueda dificultar sus objetivos” (pp.68). Caracterizado por lo siguiente:

- Afán por conseguir metas autoestablecidas y usualmente poco claras.
- Tendencia marcada a la competitividad.
- Deseo de reconocimiento y logro.
- Implicación en varias tareas al mismo tiempo.

- Realización apresurada de muchas funciones, tanto físicas como mentales.
- Alerta permanente (Friedman y Rosenman, 1974, citado en: García, 1998)

Efectos negativos de tipo psicológico: “efectos no deseados, que se reflejan en la eficiencia y los estados de ánimo del trabajador, se manifiestan durante y después del trabajo y sus manifestaciones se expresan en los diferentes niveles funcionales del hombre”. (Almirall, 1993).

Salud percibida: evaluación del estado de salud, según los síntomas percibidos en un tiempo no mayor a tres meses.

4.2 Diseño

Se utilizó un diseño ex post- facto (los hechos ya ocurrieron, por lo que solo se miden no habiendo manipulación), transeccional (que consiste en la recolección de los datos en un momento único) y descriptivo (que consiste en describir las variables investigadas) (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

Población

Debido a las características del tipo de trabajo (con estricto control de seguridad e higiene), fue imposible el acceso al lugar de trabajo; por lo que se empleó una muestra por oportunidad o conveniencia (Coolican, 1994) de 57 sujetos voluntarios, es decir se emplearon personas que laboraban en el centro de trabajo y se les pidió su participación voluntaria, siendo los sujetos disponibles en el momento del estudio. Los sujetos procedían de las siguientes unidades hospitalarias: Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, Hospital Angeles Interlomas y Centro de Especialidades Médicas Coacalco.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron cuestionarios inconclusos, no laborar en el momento del estudio en un hospital o desarrollar actividades diferentes a las de enfermería (aunque tuvieran dicha profesión), pertenecer a otro hospital diferente al del lugar de aplicación.

Criterios de inclusión

Trabajar en un hospital con contacto directo con pacientes, ser mujer, no importando la edad, ejercer actividades de enfermería y tener dicha profesión, haber laborado mínimo 6 meses.

Escenario

La aplicación se realizó en los siguientes hospitales: Hospital de Infectología “Dr, Daniel Méndez” del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Angeles de Interlomas y el Centro de Especialidades Médicas Coacalco, en algunas ocasiones en el control de enfermeras y en otras en los vestidores.

Instrumentos

Batería Belastung, Monitonie y Saturation BMS II (Richter y Plath, 1984): se trata de un instrumento con el cual se realiza una evaluación diferencial de los efectos negativos (fatiga, monotonía, estrés y bournout), es autoadministrada y sólo evalúa puestos no personas. Es de origen Alemán, presenta un alpha de Cronbach de .75 y consta de dos partes de 40 ítems cada una, con respuestas dicotómicas (Sí/no) lo que permite mediante una adición simple conocer la frecuencia que multiplicada por el coeficiente estandarizado que determina el peso del mismo en el diagnóstico final, determina la presencia o no del efecto evaluado.

Su aplicación se realiza en dos partes, la primera 30 minutos después de iniciada la jornada laboral y la segunda 30 minutos antes de terminar. Para calificar la prueba se siguen los siguientes criterios:

Σ Valores de los vectores que se respondan afirmativamente

Nº de items Si

Esto para cada forma.

Todos los valores del momento inicial (A) no deben ser menores de 50, ya que ésto indica que el sujeto presenta un efecto no provocado por el puesto de trabajo y por tanto no es sujeto de análisis.

Los valores finales (B) se comparan con la siguiente tabla, para determinar el grado de afección de los sujetos:

	Fatiga	Monotonía	Burnout	Estrés
Escala 1	≥50	≥50	≥50	≥52
Escala 2	49.9-46	49.9-48	49.9-48	51.9-50
Escala 3	< 48	<48	<48	<50

Escala 1: Buen estado de salud, de este análisis no deben derivarse recomendaciones para la modificación y estructura organizacional del trabajo.

Escala 2: Perjuicios lógicos del estado de salud, cuando acompañado a los perjuicios del rendimiento y de síntomas de desestabilización fisiológica, se deben realizar investigaciones profundas (análisis del contenido del trabajo, nivel de activación psicofisiológica, entre otras) para realizar medidas organizativas.

Escala 3: Fuertes daños en el estado de salud, son indispensables tomar medidas para la estructuración del trabajo y de la organización (incluyendo la estructura de relaciones sociales)

Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo A (Reynoso, 2000): desarrollado por investigadores de la UIICSE y en proceso de validación para México, consiste en 19 reactivos con cinco opciones de respuesta y uno de dos opciones (la pregunta 2), siendo el punto de corte la puntuación de 55 para determinar la presencia de Patrón de conducta Tipo A. Su aplicación se realiza de forma autoadministrada y evalúa la frecuencia de los rasgos de este patrón de conducta.

The Job content questionnaire (JCQ) (Karasek 1985): se utilizaron sólo los reactivos relacionados con el apoyo social (11 ítems, de los cuales seis evalúan la percepción del apoyo social de los compañeros y los restantes la de los supervisores), cuyas opciones de respuesta fueron cinco (1= No 5= Siempre). A mayor puntuación mayor percepción de apoyo, según la fuente de la que se trate; asimismo la puntuación sumada de las dos escalas da como resultado el apoyo social percibido en el entorno laboral. Esta escala es autoadministrada y evalúa la percepción de apoyo que el trabajador tiene de sus compañeros y jefes.

Inventario de Salud Percibida (Juárez, 2003): desarrollado por investigadores de la UIICSE; se trata de una escala autoadministrada que contiene 38 ítems, con cinco opciones de respuesta que evalúan la frecuencia con la que se presentan síntomas de desórdenes gastrointestinales (12 reactivos), padecimientos circulatorios(12 reactivos), respiratorios (8 reactivos) y hábitos salutogénicos (6 reactivos), en los últimos seis meses; siendo la suma del puntaje de cada sección lo que determina la presencia de la percepción del estado de salud general. Se encuentra en proceso de validación para México.

Aparatos

Computadora Hewlett - Packard P Pavilion M50 AuthenticAMD AMD- K6 (tm) 3d Processor 54.0 MB de RAM.

Programas

Paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 10.0 para Windows 98; sistema Microsoft Windows 98 2° edición.

4.4 Procedimiento

Para el Hospital de Infectología Dr. Daniel Méndez del Centro Médico La Raza, la evaluadora fue la Subjefe de Enfermeras Enfermera Especialista Yolanda Franco Aguilar; mientras que para el Centro de Especialidades Médicas fue Adriana Cruz Zamora Enfermera de la institución y en el Hospital Angeles de Interlomas la aplicadora fue la Enfermera María de Lourdes Hernández. El procedimiento que se siguió fue el que a continuación se enumera:

Descripción de fases

Fase 1. Contacto

- Se abordó individualmente a las aplicadoras a la salida de su centro laboral para solicitar su participación voluntaria en el estudio.
- Se les explicaron los objetivos del estudio, las características de los instrumentos y la procedencia del investigador.
- Una vez obtenida su aprobación se les citó en otro lugar de su elección (generalmente a la salida de su centro laboral) para proceder a la segunda fase.

Fase 2. Capacitación de las evaluadoras

- De forma individual se les dio el instrumento para que lo resolvieran (sin límite de tiempo) resolviendo las dudas que surgieran entorno a la forma de contestarlo.
- Una vez terminado se les preguntó si tenían dudas en cuanto al sentido de las preguntas y como podrían resolverlas en caso de que se presentaran en la aplicación.
- Cuando las dudas fueron resueltas; se les dieron las siguientes instrucciones:
 - a) La participación de los sujetos debería ser voluntaria, explicándole los objetivos y aclarando que se trata de un estudio externo al centro laboral.
 - b) Los instrumentos debían ser contestados completos y con una sola opción de respuesta marcada.
 - c) Debían contestarse en el centro de trabajo y al recibirlos deberían revisarlos.
 - d) Las dudas que se presentaran deberían ser aclaradas en el momento que se presenten.
 - e) Una vez completados todos los cuestionarios, se recolectaron y se entregaron al investigador, en una fecha posterior.

Fase 3. Aplicación

- Los cuestionarios se aplicaron en diferentes días, sin intervención del investigador y de acuerdo con los tiempos disponibles de las evaluadoras y los sujetos; siempre dentro del centro laboral y en el lugar de su elección (en el control de enfermeras en algunos casos y otros en los vestidores).
- Una vez recabados los instrumentos, las aplicadoras contactaron al investigador vía telefónica y se concertó una cita, para recoger los cuestionarios.
- Una vez acordada la fecha y lugar de entrega, el investigador recabó los instrumentos, agradeciendo la participación de las evaluadoras en el estudio. Con esto finalizó la fase 3.

Fase 4. Codificación y Análisis

- Reunidos los instrumentos se codificaron con base en los criterios ya establecidos por sus autores.
- Se elaboró la base de datos en el programa estadístico SPSS.
- Posteriormente, se capturaron en la base de datos
- Por último se realizó el análisis estadístico que a continuación se reporta.

4.3 Análisis de resultados

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados en tres pasos, el primero consistió en sacar la media, desviación estándar y frecuencias de cada variable, los cuales se reportan en los datos descriptivos. El segundo paso, consistió en una correlación por medio de la r de Spearman, ya que esta prueba se utiliza para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de ordinal; tomando como base las puntuaciones obtenidas en una variable con respecto a otra en un mismo grupo de variables. Dicho análisis se realizó con niveles de confianza de .01 y .05 (la matriz de correlaciones completa se encuentra en el Anexo 2).

En el tercer análisis, la única variable que no se incluyó fue la de Patrón de Conducta Tipo A, debido a la poca población que resultó presente en la muestra; para el apoyo social y la salud percibida, se tomaron los puntajes globales de ambas escalas y se establecieron los grupos de acuerdo con la media, estableciendo bajos y altos niveles cuando los puntajes estaban abajo o arriba de la media (los grupos resultantes se muestran en la Tabla 4.1); una vez establecidos los grupos se correlacionaron a través de la r de Spearman.

Tabla 4.1 Grupos formados por variable

Grupos de apoyo social	Grupos de salud percibida
Alto (mayor a 36.04 puntos)	Alto (mayor a 57.53 puntos)
Bajo (menor a 36.04 puntos)	Bajo (menor a 57.53 puntos)

Análisis descriptivos

Los sujetos que conformaron la muestra, presentaban las siguientes características: edades que oscilaban entre 18 y 55 años, con una media de 33.53 años y una desviación estándar de 12.57 años, en cuanto al estado civil se encontró que 49.1% estuvieron casadas, 29.8% solteras, 12% divorciadas, 7% en unión libre y una no respondió (1.8%). (Fig. 6)

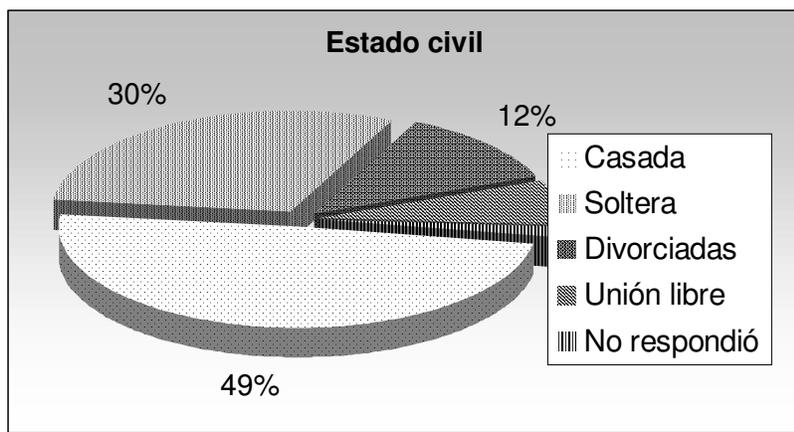


Fig. 6 Porcentaje de los sujetos por estado civil

La distribución por centro hospitalario fue la siguiente: 49.1% Hospital de Infectología Centro Médico la Raza, 29.8% del Centro de Especialidades Médicas Coacalco y 21.1% del Hospital Angeles de Interlomas, lo cual se encuentra representado en la Fig. 7.

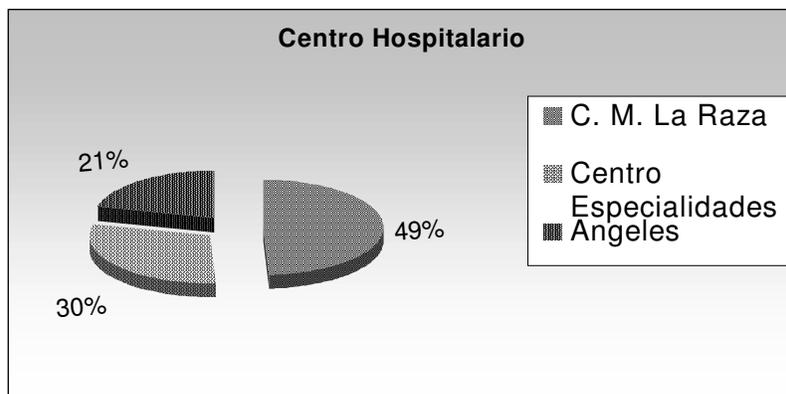


Fig.7 Gráfica de porcentaje de los sujetos por centro hospitalario

La escolaridad máxima fue: 36.8% bachillerato con carrera de enfermería, 15.8% licenciatura en enfermería, 15.8% escuela básica de enfermería, 3.5% especialidad, 1.8% administración; mientras que 26.3% no respondió. (Fig. 8)

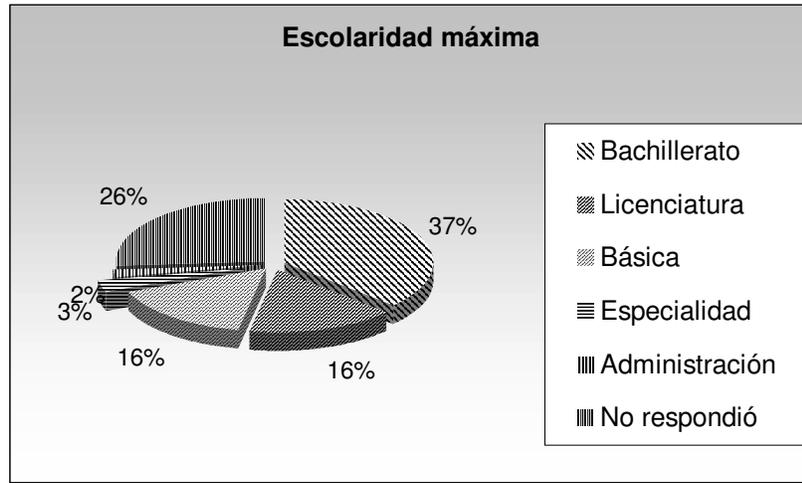


Fig. 8 Gráfica de porcentajes de los sujetos por estado civil

Análisis descriptivo de los instrumentos

Los puntajes obtenidos en la escala de patrón de conducta tipo A fueron de 34 puntos el mínimo, mientras que el máximo 56 con una media de 47.11 y una desviación estándar de 4.83. Con respecto a la media y desviación estándar los porcentajes fueron: 10.5% de la muestra se ubicó en el límite inferior, 68.4% tuvieron puntajes promedio y 21.1 % se ubicaron en el límite superior. Sin embargo, de acuerdo con los criterios establecidos por el autor del instrumento, únicamente el 6.3% de la muestra resultó Patrón A, lo que se representa en la Fig. 9.

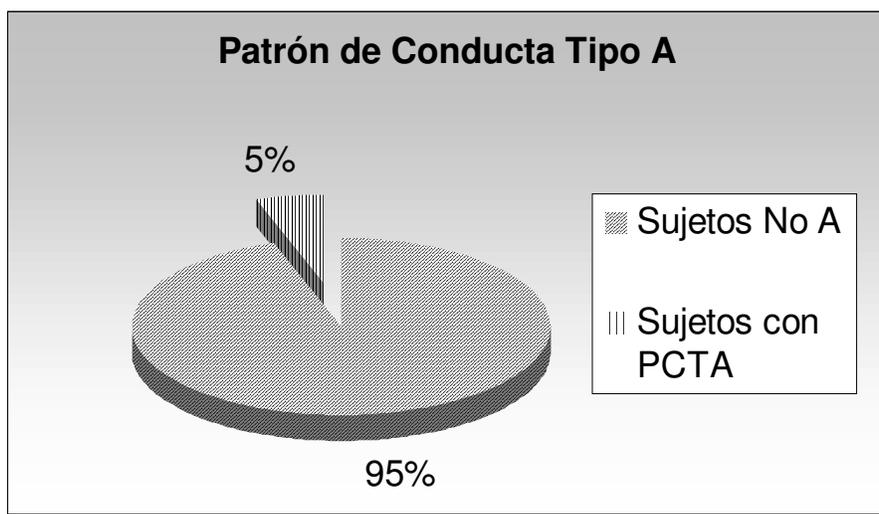


Fig. 9 Gráfica de porcentaje de sujetos con Patrón de Conducta Tipo A y No A

La escala de apoyo social se divide en dos el apoyo del supervisor y el apoyo de los compañeros, para el apoyo social del supervisor el mínimo fue de 4 mientras que el máximo fue 25 con una media de 14.89 y una desviación estándar de 5.39; con respecto a estos datos, los sujetos se ubicaron 24.6% en bajo apoyo social, 66.6% apoyo promedio y 8.8% alto apoyo social (Fig.10).}

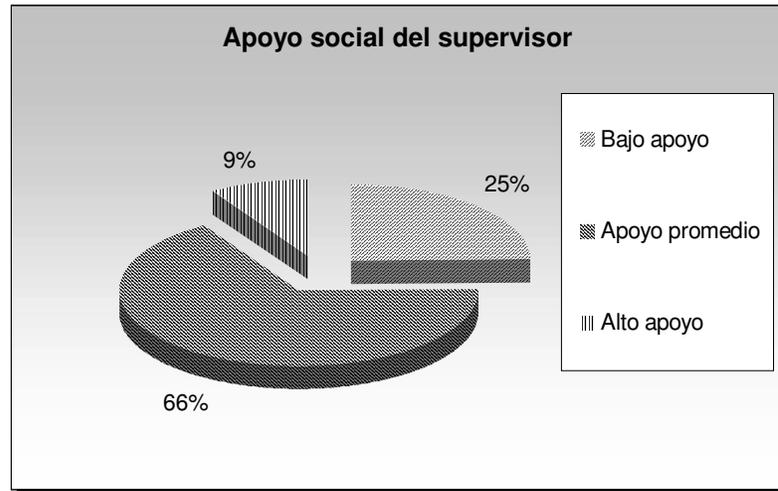


Fig. 10 Gráfica de percepciones de apoyo social otorgado por el supervisor

Para el apoyo social de los compañeros el mínimo fue de 6 y máximo 30 con una media de 21.14 y una desviación estándar de 5.48. Los porcentajes con respecto a la media y desviación estándar fueron: 14% obtuvieron bajo apoyo, 72% promedio y 14% alto apoyo social (Fig. 11).

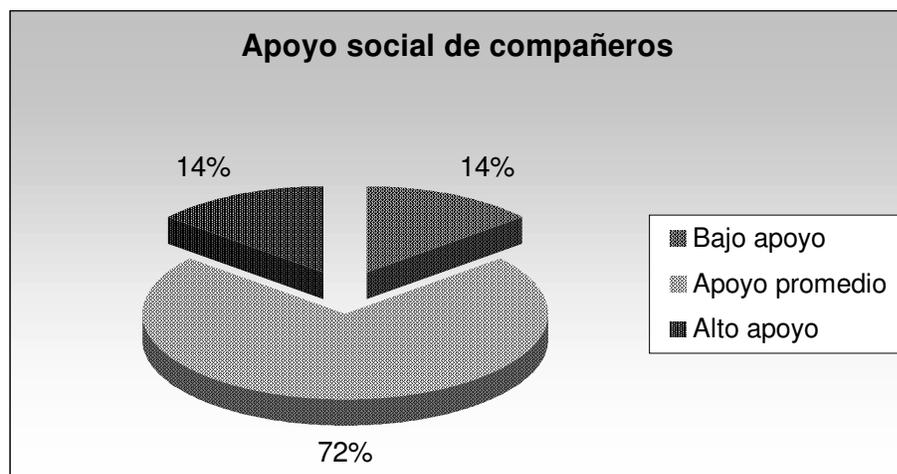


Fig. 11 Gráfica de percepción de apoyo social recibido por los compañeros

Respecto a los puntajes globales de esta escala, el mínimo fue 14, máximo 55, media 36.04 y desviación estándar 7.96; donde la distribución de la muestra fue del 17.5% puntuó bajo, 72% en el promedio y 10.5% alto. (Figura 12)

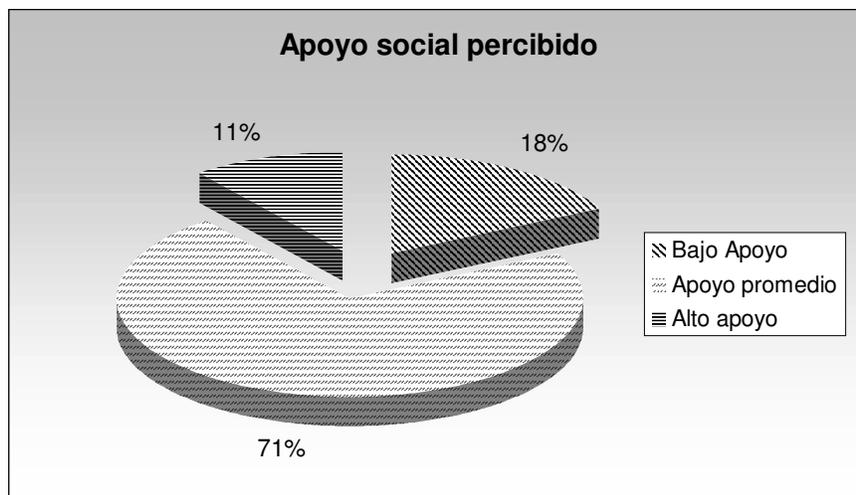


Fig. 12 Gráfica de porcentajes de percepción del apoyo social global

En la escala de salud percibida se divide en cuatro partes: el aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, y hábitos salutogénicos; los puntajes obtenidos en cada uno fueron los siguientes: para el aparato digestivo el mínimo fue de 12 y el máximo 36 con una media de 19.04 y una desviación estándar de 5.12; los porcentajes que se obtuvieron con respecto a la media y desviación estándar fueron: 17.5% no presentaban síntomas, 68.5% algunas veces presentaban síntomas y 14% frecuentemente tenían síntomas (Fig. 13).

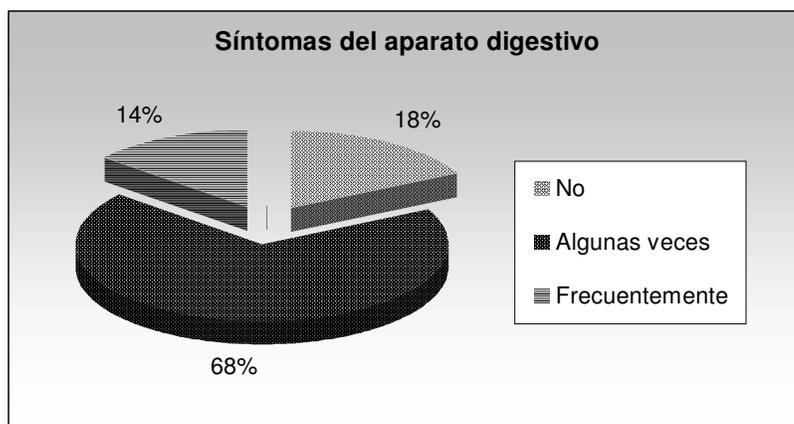


Fig. 13 Gráfica de frecuencias en porcentaje de los síntomas de la escala de salud en el factor de aparato digestivo

Para el aparato respiratorio los puntajes fueron: mínimo de 7, máximo de 20 con una media de 11.14 y una desviación estándar de 3.69; asimismo la frecuencia de los síntomas de la muestra en porcentajes fueron 1.8% no presentaban, 75.4% algunas veces los presentaban y 22.8% frecuentemente (Fig. 14).

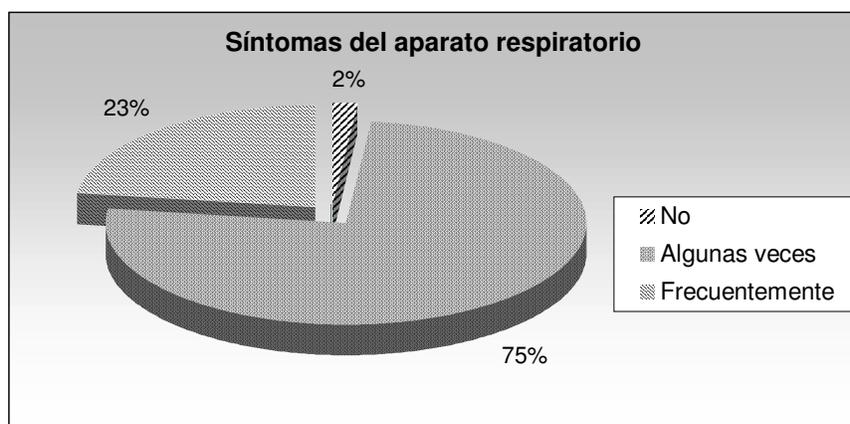


Fig. 14 Gráfica de frecuencia de síntomas en porcentajes para la escala de salud percibida factor aparato respiratorio

En el aparato circulatorio el mínimo fue de 12 y el máximo de 38 con una media 18.21 y una desviación estándar de 5.87; siendo la frecuencia de los síntomas en porcentaje: 7% no presentaban, 79% algunas veces los presentaban y 14% frecuentemente tenían síntomas (Fig. 15).

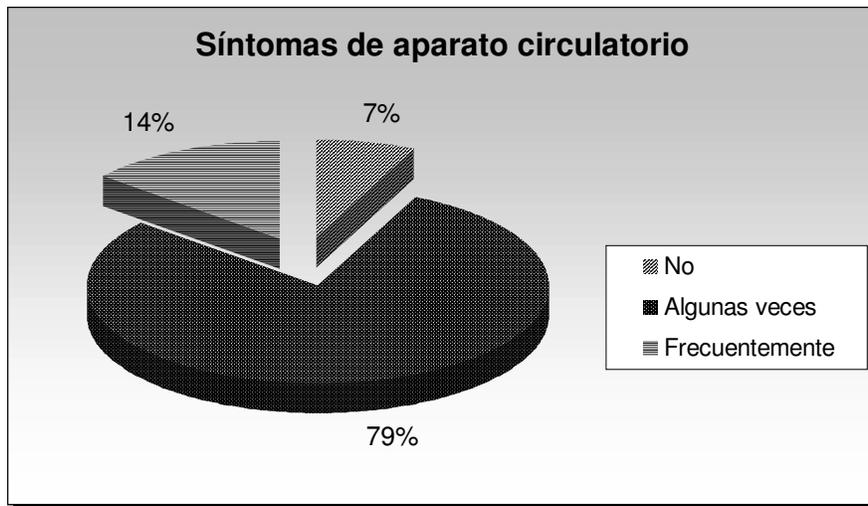


Fig. 15 Gráfica de frecuencia de síntomas en porcentajes de la escala de salud percibida factor aparato circulatorio

En cuanto a los hábitos salutogénicos el puntaje mínimo fue de 6 y el máximo de 17 con una media de 9.14 y una desviación estándar de 2.43. La frecuencia con la que realizaban las conductas en porcentaje fue la siguiente: 26.3% no, 63.2% algunas veces y 10.5% frecuentemente las realizaban. (Fig. 16)

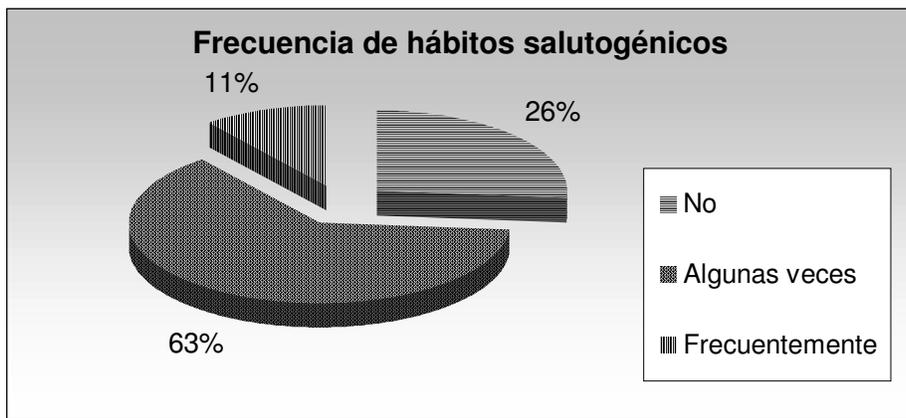


Fig. 16 Gráfica de frecuencia en porcentajes de las conductas de la escala de salud percibida factor Hábitos salutogénicos

En el índice global de salud el mínimo fue de 39, máximo 90, media 57.53 y desviación estándar 13.15; los porcentajes de estado de salud fueron: 12.3% bueno, 68.4% medianamente sanos y 19.3% afectaciones a la salud importantes. (Fig. 17)

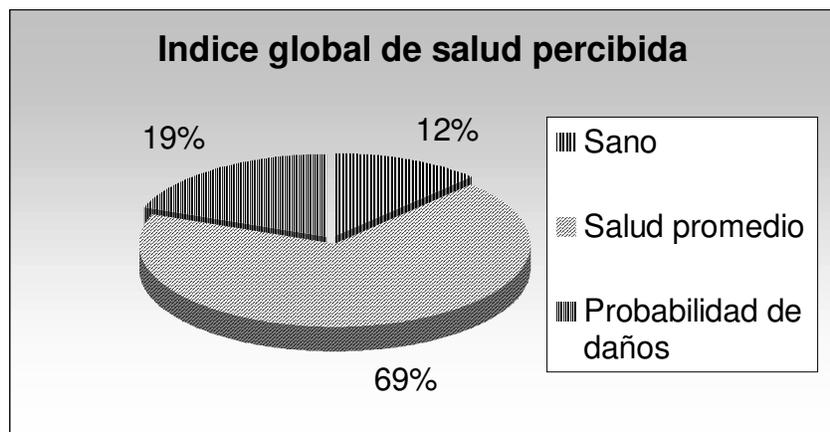


Fig. 17 Gráfica de porcentaje de salud en la escala de salud percibida

En cuanto a los resultados arrojados por el BMSII, los puntajes se distribuyeron de la siguiente manera: estrés mínimo 0, máximo 68.2, media 552.4, desviación estándar 9.21; para fatiga mínimo 45, máximo 67.5, media 45.67, desviación estándar 4.43; para burnout mínimo 0, máximo 75.25, media 57.92, desviación estándar 9.55; y monotonía mínimo 0, máximo 95, media 56.26, desviación estándar 13.46. En cuanto al grado de afectación de los sujetos los porcentajes fueron los siguientes: estrés 12.3 % afectación media (7 sujetos), 10.5 % (6 sujetos) presentaban graves daños; fatiga 5.2% (3 sujetos) afectación media, 1,8% (1 sujeto) afectación grave; monotonía 10.5% (6 sujetos) afectación grave; burnout 1.8% (1 sujeto) daño medio, 8.8% (5 sujetos) afectación grave (Ver Figuras 18 a la 21).

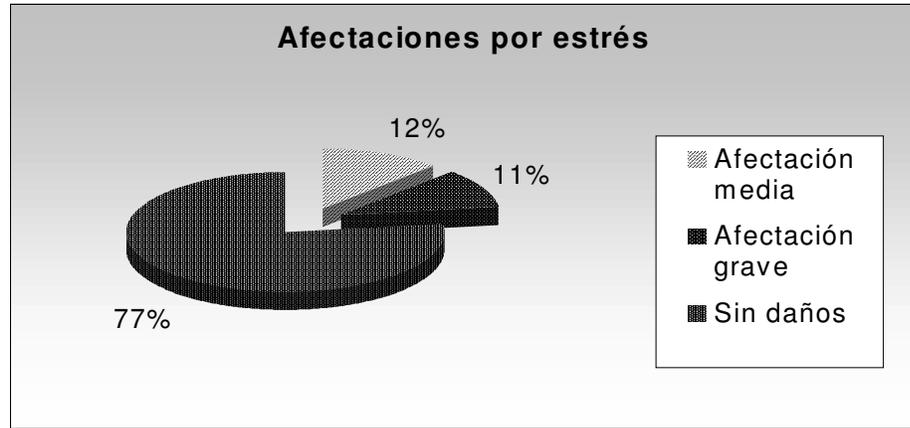


Fig. 18 Gráfica de porcentaje de sujetos con afectaciones derivadas del estrés



Fig. 19 Gráfica de porcentaje de sujetos con afectaciones derivadas de la fatiga

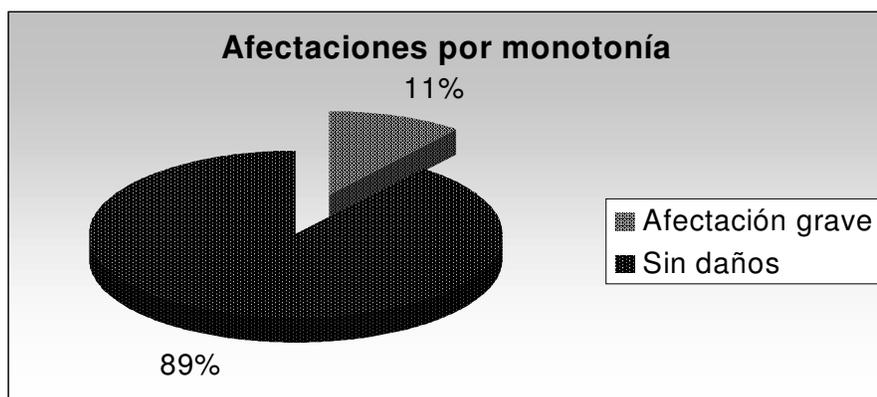


Fig. 20 Gráfica de porcentaje de sujetos con afectaciones derivadas de la monotonía

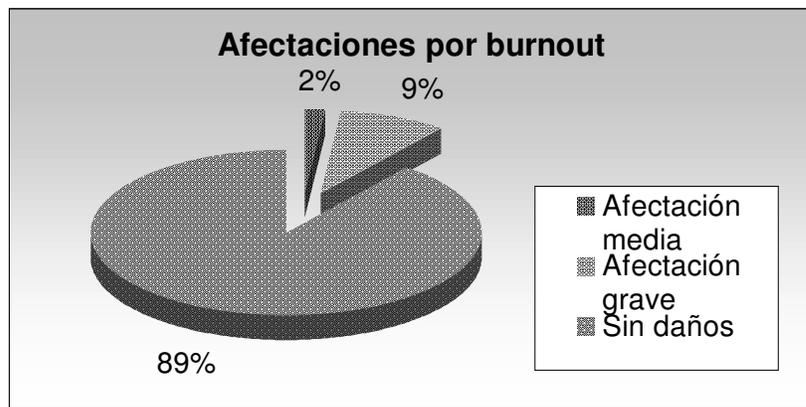


Fig. 21 Gráfica de porcentaje de sujetos con afectaciones derivadas del burnout

Análisis inferencial

A los instrumentos utilizados se les realizó un análisis de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose las siguientes puntuaciones: BMSII $\alpha = .7514$, escala de apoyo social de Karasek $\alpha = .7492$, la Escala de Salud percibida $\alpha = .8661$; todas ellas con un coeficiente aceptable debido al limitado número de sujetos incluidos en la muestra. Sin embargo, la escala de Patrón de Conducta Tipo A obtuvo un alfa $\alpha = .3515$; por lo que se le realizó un segundo análisis eliminando los reactivos que no tuvieron significancia (1, 2, 3, 5, 7, 9 y 11); después de lo cual el coeficiente sólo subió a $\alpha = .5129$; sin embargo esto puede deberse igualmente al tamaño de la muestra, por lo que el análisis se realizó con el instrumento completo.

Para el instrumento de efectos negativos, la calificación se realiza a través de la ponderación de los puntajes obtenidos, de acuerdo con los criterios ya explicados anteriormente; y por último se realiza la comparación entre el estado inicial (A) y el final (B), mediante la prueba de pares de Wilcoxon. En éste análisis se encontraron los siguientes coeficientes: estrés un coeficiente de $T = -2.549$ $p < .011$, fatiga coeficiente $T = -1.947$ $p < .052$, monotonía $T = -2.233$ $p < .026$; mientras que el burnout no mostró diferencias; lo cual demuestra que los primeros tres efectos se presentan.

Los resultados arrojados por la primera correlación con respecto al factor estrés de la escala de BMSII, fueron los siguientes: se encontró relación débil con el aparato circulatorio ($rs = -.289$, $p < .05$), respiratorio ($rs = -.299$, $p < .05$), digestivo ($rs = -.262$, $p < .05$) y puntaje global de salud percibida ($rs = -.330$, $p < .05$) puesto que a mayor estrés menor percepción de síntomas de éste tipo; en cuanto al apoyo social del supervisor /compañeros y estrés, la relación es baja de carácter positivo lo que implica que al incrementar el apoyo del supervisor, el estrés aumenta ($rs = .389$; y $rho = .272$, $p < .01$; respectivamente); mientras que en el puntaje global la correlación es moderada y del tipo a mayor apoyo mayor estrés ($rs = .446$, $p < .01$).

En cuanto a la fatiga las relaciones significativas fueron: con aparato digestivo, aparato circulatorio y puntaje global de salud percibida ($rs = -.279$ $p < .05$, $rs = -.312$ $p < .05$ y $rs = -.360$ $p < .05$ respectivamente), lo que implica que a mayor presencia de fatiga menor percepción de síntomas, siendo ésta relación débil pero significativa. Con respecto al Patrón de Conducta Tipo A, la relación resultó negativa débil de tipo a mayor presencia de éste, menor presencia de fatiga ($rs = -.295$, $p < .05$).

Para la monotonía también se encontraron resultados parecidos al del estrés con respecto a la salud, puesto que resultaron relacionados débilmente y de forma negativa con la monotonía el aparato respiratorio ($rs = -.301$ $p < .05$) y puntaje global de salud percibida ($rs = -.318$ $p < .05$), por lo que una vez más se encontraron relaciones de tipo mayor monotonía, menores síntomas.

En burnout las relaciones arrojadas fueron con aparato digestivo ($rs = -.360$ $p < .01$), hábitos salutogénicos ($rs = -.275$ $p < .05$) y puntaje global de salud percibida ($rs = -.336$ $p < .05$), lo cual muestra que también se relacionan de la siguiente manera, mayor burnout, menor percepción de síntomas. Asimismo, se encontraron

relaciones de tipo negativo débil entre el apoyo social del supervisor y compañeros ($rs = -.380$, $p < .01$; y $rs = -.281$, $p < .05$ respectivamente).

Para el Patrón de conducta Tipo A las relaciones significativas fueron con respiratorio ($rs = .339$ $p < .01$) y puntaje global de salud percibida ($rs = .342$ $p < .01$), siendo todas ellas positivas y de intensidad débil, aunque significativa; siendo mayores los síntomas de salud cuando el Patrón de Conducta Tipo A está presente.

Al realizar el segundo análisis de correlación por grupos, únicamente se encontró relación en el Grupo de Apoyo Social Alto entre estrés y puntaje global de salud percibida ($rs = -.373$, $p < .05$), lo que significa que entre mayor sea la presencia de estrés la presencia de síntomas de salud es menor.

En el grupo de Bajo Apoyo Social, se encontró relación entre salud percibida y los cuatro efectos, siendo negativa y moderada en todos los casos y (estrés $rs = -.423$, monotonía $rs = -.490$, burnout $rs = -.470$ y fatiga $rs = -.490$ $p < .05$ respectivamente), además de relación negativa moderada entre fatiga y puntaje global de apoyo social ($rs = -.452$, $p < .05$), lo que implica que a mayor presencia de apoyo menores síntomas de fatiga.

Para el grupo de bajo puntaje en salud percibida, las correlaciones que se encontraron para éste grupo fueron estrés -apoyo social ($rs = .513$ $p < .01$) de tipo positivo y moderado. En el caso de la salud se repite la carga negativa de las relaciones con los efectos negativos, en este caso con el Burnout ($rs = -.490$ $p < .01$).

En el grupo de alto puntaje en salud percibida se encontró que existen relaciones entre: fatiga - apoyo social ($rs = .418$ $p < .05$), siendo de carácter positivo y fuerte. Así como también se presentó relación positiva entre monotonía y apoyo social ($rs = .397$, $p < .05$).

4.4 Discusión y conclusiones

La presente investigación tuvo el objetivo general de evaluar la relación entre los efectos negativos, el Patrón de Conducta Tipo A, el apoyo social y la salud, el cual se cumplió parcialmente, puesto que en el caso del Patrón de Conducta Tipo A sólo se evaluó su relación con los factores que componen las variables antes citadas, encontrándose relación únicamente con la fatiga y aparato respiratorio, mientras que la relación entre el Patrón de Conducta y las demás variables en los grupos no se pudo evaluar debido a que no hubo suficiente población de éste tipo de conducta en la muestra (sólo tres sujetos). A pesar de ello, las demás variables (Efectos Negativos de Tipo Psicológico, Salud Percibida y Apoyo Social Percibido) si se evaluaron demostrándose la existencia de relaciones entre ellas; por lo que en éste sentido si se cumplió el objetivo.

En cuanto a las hipótesis, se puede aceptar parcialmente la hipótesis alterna puesto que se encontraron relaciones estadísticamente significativas en cuanto a las relaciones entre: Efectos Negativos, Salud Percibida, Apoyo Social y sus combinaciones; mientras que se encontraron relaciones entre Efectos Negativos- Patrón de Conducta Tipo A (específicamente fatiga), y entre Salud Percibida - Patrón de Conducta Tipo A (específicamente aparato respiratorio); no así en cuanto a la relación entre Apoyo Social Percibido y el Patrón de Conducta Tipo A, por lo que en éste caso específico se acepta la hipótesis nula, puesto que no existe relación entre dichas variables.

Para poder explicar las relaciones antes mencionadas, no debemos olvidar que se trata de una muestra femenina y dado que el papel de la mujer en el ámbito laboral se ha limitado a ser subordinada y considerada como trabajador de segunda clase, además de estar sujetas a obligaciones domésticas culturalmente impuestas que perjudican su salud (a través de trastornos de la salud mental, tales como la depresión, ansiedad, así como trastornos psicosomáticos y de sueño, entre otros) (Almanza, 1996); se puede hipotetizar una influencia de dichas variables en los resultados encontrados.

Aunado a lo anterior, las características de su actividad laboral (enfermeras) muestran que se trata de una profesión primordialmente femenina, subordinada al médico, de baja extracción social, baja remuneración y nivel educativo (Martínez, 1985 citado en Lartigue y Fernández, 1998); cuyo objeto de trabajo (el paciente), le exige una actuación acorde con la imagen de la *mujer enfermera* además de que las actividades que realiza, no son diferentes a las realizadas en el ámbito doméstico (Ramírez, 2000).

Además, para la mujer / enfermera, la existencia de un proyecto personal de trascendencia se encuentra a través de otros (Ramírez, op cit.); lo que finalmente influye en la percepción de sus propias necesidades, motivo por el cual es muy frecuente la presencia de monotonía, fatiga y estrés, como lo demuestran los resultados encontrados en la presente investigación con respecto al instrumento de Efectos Negativos; cuya presencia puede implicar que como grupo ocupacional, muestran un proceso de desgaste crónico que empieza a tener grados graves, puesto que los sujetos con estrés se encuentran en riesgo de presentar burnout y por lo tanto, de manifestaciones graves de salud física y mental, tales como falta de concentración, apatía, trastornos digestivos, cefalea, migraña, desórdenes musculoesqueléticos, entre muchos otros (Unión General de Trabajadores, s/f); por ello, en estos casos se necesita una intervención urgente que prevenga la aparición de los resultados mencionados.

En éste sentido, el porcentaje de sujetos con algún grado de afectación por efecto es muy revelador: estrés 22.8%, fatiga 7%, monotonía 10.5% y burnout 10.6% lo que demuestra que la influencia de los efectos en la salud es muy importante, aunque las afectaciones no se presentan aún en el nivel físico/biológico puesto que la frecuencia de los síntomas de salud en la mayoría de los sujetos no fue alta en ninguno de los factores evaluados, y las relaciones que se encontraron fueron de tipo a mayor efecto menores síntomas; a pesar de ello, el 19% de la población si presenta una probabilidad de riesgos a la salud, siendo los padecimientos más frecuentes los relacionados con el sistema respiratorio y digestivo.

Sin embargo, debido a que la diferencia entre los efectos es mayor en el estrés, podemos argumentar su existencia y tomando en cuenta la proporción de los sujetos por hospital, se puede decir que el hospital más afectado es el Centro Médico La Raza del IMSS; dichos resultados concuerdan parcialmente con los hallazgos de Román (2003), quien encontró que las enfermeras de primer nivel de atención tenían mayor riesgo de presentar estrés, mientras que en la población de este estudio las enfermeras provenían de diferentes niveles de atención, razón por la cual la profesión de enfermería se perfilaría como de riesgo para dicho efecto.

Esto puede deberse a diversos factores inherentes al tipo de trabajo y a las características de los servicios de salud en nuestro país, tales como: sobrecarga de trabajo, ambigüedad de rol y funciones, la falta de material y personal, preocupación por las consecuencias de cometer errores, entre muchas otras (Lara, Acevedo y López; 1996; Pla, Hernández, Orquín, Sanz y Armero, s/f; Coffey y Coleman, 2001); lo que al parecer podría redundar en el deficiente trato y atención al paciente, así como en las enfermeras, a través de una alta incidencia de accidentes de trabajo (Rodríguez, s/f), la elevada presencia de drogodependencias (Bobadilla, s/f), así como de padecimientos de la salud mental (Van Der, Dorresteyn y Kleber 2003).

La incidencia de afectaciones por estrés en la muestra de este estudio, es muy similar a la encontrada por Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans, y Caruana (1993), quienes encontraron que alrededor del 25% de las (los) enfermeras (os) evaluados presentaron problemas de salud o grave probabilidad de presentarlos. Lo anterior podría relacionarse con la presencia de daños o manifestaciones de tipo psicológico, tales como un nivel inicial de despersonalización y agotamiento emocional; variables que en una futura investigación deben evaluarse.

En cuanto a la relación Efectos Negativos de Tipo Psicológico- Salud Percibida, se encontró a medida que aumenta la frecuencia de síntomas de salud en los sistemas digestivo, respiratorio y circulatorio, disminuye la presencia de estrés; mientras que la fatiga disminuye cuando aumenta la

frecuencia de los síntomas en el aparato digestivo y circulatorio. Respecto al burnout, la tendencia es la misma en relación con los síntomas del aparato digestivo y los hábitos de salud. Así como en el caso de la monotonía y el aparato respiratorio, donde los síntomas disminuyen mientras que el efecto negativo aumenta. Estas relaciones no concuerdan con los hallazgos de otros investigadores (tales como, García, 1996; Ribera, Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 1993; De Dios y Gándara, 1998; entre otros), sin embargo, puede explicarse por la influencia de las variables relacionadas con las características de la población y del lugar de trabajo que influyen en la forma en que los síntomas son manejados y percibidos, puesto que al tener libre acceso a medicamentación sin restricciones, se automedican y disfrazan sus síntomas, hasta que la enfermedad se declara. Todo lo anterior, conlleva un riesgo importante para este grupo ocupacional, puesto que al percibir como estresor el apoyo social recibido por el supervisor y compañeros, no se encuentra una fuente moderadora que intervenga en el proceso e impida la aparición de los daños a la salud ya mencionados.

Además de lo anterior, en este grupo ocupacional es muy marcado el rol de la enfermera, como subordinada del médico; lo que implica una falta de control sobre su tarea (García, 1996), que redundaría en la presencia de síntomas; tales como los de tipo circulatorio, sin embargo, al no ser permitido socialmente que la enfermera se enferme y que preste atención a sus propias necesidades, dichos síntomas son ignorados o no percibidos (Lartigue y Fernández, 1998). En este sentido, Ettner y Grzywacz (2001) encontraron en una muestra heterogénea de trabajadores, que la percepción del impacto del trabajo en la salud está relacionado tanto con la personalidad como con las condiciones de trabajo, lo cual puede ser una explicación para los resultados antes mencionados.

Por otro lado, llama la atención que en la escala de Hábitos de Salud sólo se encontró relación con el burnout; lo que al parecer muestra que las enfermeras no utilizan conductas de riesgo, tales como el consumo de alcohol o tabaco, como una forma de afrontamiento de los efectos del burnout; lo cual no concuerda con lo mencionado por Hernández y Gervás (s/f), De Dios y

Gándara (1998) respecto a que la frecuencia de su uso en este grupo ocupacional es mucho mayor que en la población general, en muchas ocasiones relacionada con la presencia de burnout o estrés. En la presente investigación, la frecuencia de las conductas de riesgo disminuye cuando incrementan los síntomas de burnout.

En cuanto a la relación de los efectos negativos con el apoyo social se encontraron relaciones interesantes, tal como la existencia de relación positiva entre el apoyo social y el estrés, es decir a mayor presencia de apoyo social mayor presencia de estrés en el análisis de las variables; mientras que en el análisis por grupos esta relación sólo se mantiene en el Grupo de Bajos Síntomas de salud percibidos; lo cual parece indicar que es éste grupo el que percibe a sus jefes/compañeros como un estresor, mientras que para este grupo no existe relación en los demás efectos. Estos hallazgos no concuerdan con Coffey y Coleman (2001) y Browner (1987), en lo que respecta a que el apoyo social de los supervisores funcionaba como un moderador, mientras que en este estudio se encontró que las fuentes evaluadas (compañeras y jefes) no son percibidas como moderadores, sino más bien, como estresores y por consecuencia como desencadenantes. En este caso, las enfermeras perciben como enemigas a sus jefes o compañeras, al grado de que es un dicho popular que *"la peor enemiga de la enfermera es otra enfermera"* (Lartigue y Fernández, 1998).

Por otro lado, en el Grupo de Altos Síntomas Percibidos de Salud el apoyo social sólo resultó importante para la fatiga y monotonía, siendo esta relación del tipo a mayor apoyo mayor fatiga/monotonía; lo que puede indicar que el apoyo social sólo funciona como desencadenante para el estrés, monotonía y la fatiga, debido a ello se hace necesaria la identificación del efecto específico del que se trate para entonces poder utilizar el incremento del apoyo social familiar como una forma de prevención.

De manera sorprendente, en el Grupo de Bajo Apoyo Social la relación del apoyo social con fatiga fue de tipo a mayor frecuencia de éste efecto menor presencia de apoyo, por lo que se puede deducir que en éste caso sí funciona

como un moderador del efecto más no de los síntomas puesto que en el caso anterior no se encontró la relación esperada.

En cuanto a la relación Efectos Negativos de Tipo Psicológico - Patrón de Conducta Tipo A, se encontró una relación negativa entre el burnout, la fatiga y este Patrón, es decir a mayor presencia del Patrón de conducta tipo A menor presencia de los efectos; lo cual podría indicar que debido a las características de los sujetos A (particularmente el compromiso con la tarea y la competitividad), éste no funciona como un facilitador de estos efectos específicos; sino más bien podría tener un papel moderador, puesto que según Enríquez (s/f) la valoración de las tareas depende en gran medida de los rasgos antes mencionados, los cuales son promovidos por la organización y el ambiente laboral.

Sin embargo, el problema podría presentarse en los niveles de estrés que manifiestan ya que como parte de este Patrón se encuentra una predisposición a la premura de tiempo, una característica que es inherente al trabajo hospitalario y que funcionaría como un estresor para éstos sujetos; por lo que en éste caso si podría funcionar como un facilitador de los efectos en la salud, ya que concordamos con Bages, Feldman y Chacón (1994) en que los sujetos tipo A difieren en el balance autonómico, por lo que presentan una mayor reactividad lo que los hace más vulnerables a los problemas cardiovasculares. Esta es una línea que en otras investigaciones debe tomarse en cuenta, ya que se ha estudiado encontrado que ha mayor hostilidad, mayor percepción de estrés en situaciones de reto y por consecuencia mayor reactividad cardiovascular (Bermúdez, Pérez, Sánchez, Oiz, Ruiz y Oller, 1997).

Con respecto al análisis de las variables Patrón de Conducta Tipo A y la Percepción de Salud se encontró relación significativa únicamente con los síntomas del aparato respiratorio y puntaje global; donde ambas relaciones mostraron una tendencia a incrementar la frecuencia de síntomas de salud en los sujetos con respecto a la presencia de la Conducta tipo A, lo que aporta sustento a una posible relación entre este Patrón de Conducta y la

vulnerabilidad de los sujetos hacia los trastornos del sistema respiratorio; sin embargo, los resultados de la presente investigación no concuerdan con aquellos que relacionan a éste tipo de Patrón con los padecimientos coronarios (Weidner, Boughal, Connor, Pieper y Mendell, 1997; Graciela, 1996; Karasek, Theorell, Schnall, Pieper y Michela, 1988, entre otros), puesto que no se encontró dicha relación, esto puede deberse al tipo de medida utilizada (autoinforme), puesto que como ya se había mencionado en esta población la percepción de los sujetos se encuentra viciada.

En cuanto al Apoyo Social y su relación con la Salud percibida, se encontró que en el Grupo de Bajo Apoyo Social a medida que aumenta el apoyo es mayor la presencia de síntomas de salud; ésto puede deberse a la presencia de efectos negativos que son desencadenados por el apoyo social y que a su vez afectan a la salud. Esto sustenta la idea de que las características de las enfermeras mexicanas, así como del entorno sociocultural son diferentes a las de otros países, puesto que el trabajo en equipo y la cohesión grupal no son fomentados por las normas. Aunado a lo anterior, es un hecho bien sabido que la autoridad y control de la enfermera sobre su trabajo son muy bajos (Araújo, Aquino, Menezes, Oliveira y Aguilar, 2003); ya que la autoridad formal se le reconoce al médico, mientras que ella sólo sigue instrucciones sin poder tomar decisiones por su cuenta: *"el médico es el que sabe y cura, y la enfermera es la que limpia, se trasnocha y cuida"* (Ramírez, *op cit.*). Esto fomenta la división del grupo hospitalario y la percepción de los compañeros como estresores.

Una consecuencia de esta condición, es el descontento que manifiesta la gran mayoría de la población que atienden, en especial hacia las enfermeras de instituciones públicas; esto es debido a la poca disposición que manifiestan, la falta de cordialidad y calidez en el trato, entre otras cuestiones; sin embargo, podemos sustentar que ésto puede deberse a la presencia de los Efectos Negativos de Tipo Psicológico que son consecuencia de todos los aspectos antes mencionados, así como de los desencadenantes relacionados con la organización y los de la tarea.

En cuanto a los desencadenantes de la organización, como ya se había mencionado, las enfermeras se manejan en situaciones de mucha ambigüedad de rol y funciones, ya que en muchas ocasiones debe resolver problemas urgentes y tomar decisiones inmediatas, sin apoyo de sus superiores inmediatos y/o del médico; lo que en caso de un desenlace negativo desemboca en una demanda o en la pérdida de su trabajo (Lara, Acevedo y López, 1996; De Dios y Gándara, 1998; entre muchos otros). En éste sentido, es la percepción del investigador que las enfermeras se encuentran legal, administrativa, social y psicológicamente desprotegidas.

Con respecto a los desencadenantes relacionados con las características de la tarea, las actividades que realizan implican esfuerzo físico importante, posiciones incómodas y exposición a agentes biológicos nocivos (Pla, Hernández, Orquín, Sanz y Armero s/f); todo lo cual, redundando en un mayor riesgo de enfermedades que no son contempladas en el cuadro de enfermedades profesionales (por ejemplo los desórdenes musculoesqueléticos, que son contemplados como provocados por las vibraciones y no por esfuerzos repetitivos; trastornos de las vías respiratorias que son relacionadas con la exposición a compuestos químicos y no por la exposición continuada a los medicamentos y organismos patógenos) (OIT, 1996) y que por otro lado, también puede provocar resistencia a los medicamentos que se usan para enfermedades graves como la tuberculosis, neumonía y otras de tipo infectocontagioso; todo lo cual no ha sido estudiado formalmente.

Con éste panorama, se debe investigar más profundamente la realidad de las enfermeras mexicanas, puesto que es una profesión que puede ser muy enriquecedora para la teoría de la salud ocupacional de las mujeres, ya que como se explicó anteriormente, se presentan muchas características comunes a la población femenina además de que, mantienen a la vez características culturales, epidemiológicas y psicológicas específicas de su profesión; lo que justifica la necesidad de una especialización de los estudios de género en los servicios de salud.

En cuanto al aspecto práctico - metodológico, las enfermeras son una población de difícil acceso, debido a las condiciones de seguridad e higiene del lugar de trabajo, las características de la tarea, el proceso burocrático en el que se encuentran inmersas; así como las características propias del gremio, ya mencionadas.

Es por ello, que en el presente estudio, se presentaron los siguientes problemas:

La evaluación se realizó sin autorización, puesto que las autoridades sindicales y obreras no lo permitieron; razón por la cual se tuvo que realizar sin la presencia del investigador. Debido a lo anterior, se tuvo que contactar a enfermeras que estuvieran dispuestas a ayudar en la aplicación, además de capacitarlas (incluyendo la forma de dar las instrucciones y como resolver las dudas). Las evaluadoras fueron tres (una de ellas, jefe de enfermeras), que en sí mismas son variables extrañas que pudieron haber influido en las respuestas obtenidas; sin embargo se les instruyó para que en lo posible se evitara dicha influencia.

La aplicación se realizó en los lugares disponibles (por ejemplo el control de enfermería, los vestidores y en algunos casos en la jefatura de enfermeras) que, en muchas ocasiones no permitían asegurar que no se presentaran distractores e interrupciones.

A pesar de que la muestra estuvo constituida por sujetos voluntarios se tuvo poca disposición para la participación en el estudio, puesto que de 150 cuestionarios repartidos, sólo se obtuvieron 57 lo que limita la extrapolación de los resultados.

Otro aspecto importante fue la falta de tiempo de los sujetos, ya que el instrumento completo consta de 155 reactivos y puesto que la aplicación se realizó en el tiempo disponible de cada sujeto, el cual en muchas ocasiones no disponía de tiempo fuera de las horas de trabajo y debido a que no se obtuvo autorización, la aplicación se tuvo que realizar de forma paralela a las actividades de su jornada laboral disminuyendo el tiempo y la atención

dedicada a contestar el instrumento, lo cual puede haber afectado a los resultados incrementando o disminuyendo la intensidad de las relaciones encontradas; además de que la recolección fue muy larga y muchos cuestionarios se perdieron.

Por otro lado, el nivel educativo de las enfermeras pudo haber influido, puesto que no están acostumbradas a leer y siendo el instrumento tan largo se les dificultaba terminarlo; razón por la cual se tuvo que interrumpir la aplicación en varias ocasiones, además de permitirles contestarlo en el momento que ellas quisieran.

Además muchas de las preguntas resultaban agresivas y provocaban temor por su futuro laboral, esto debido a la inestabilidad que en particular el IMSS manifiesta. Algunos ejemplos de estas preguntas son los siguientes:

BMSII

- Actualmente estoy interesado en mi trabajo (preg. 2 a)
- Actualmente no soy capaz de percibir cambios o variaciones en mi trabajo (preg 3 a)
- Considero que mi trabajo es excesivo y pienso que puedo ocasionar un peligro a consecuencia de mis reacciones erróneas (preg. 4 a)
- Si hubiese ahora un problema en el equipo técnico, sería capaz de tomar las medidas pertinentes para solucionarlo (preg. 19 a)
- Me siento inseguro en mi trabajo (7b)
- Actualmente trabajo sin ganas (15b)
- Cuando ocurren averías mayores o errores, yo puedo ejecutar las medidas correctiva apropiadas sin dificultad (29b)
- Me he acostumbrado a que puedan haber errores o fallas en mi trabajo (21b)

Apoyo social de Karasek

- Mi supervisor es hostil
- Mis compañeros se interesan en mí

- Mis compañeros trabajan juntos en equipo

Cuestionario de salud percibida

- Ha faltado a su trabajo
- Consume más de 5 copas (bebidas alcohólicas a la semana)

Por otra parte, el instrumento BMSII no se aplicó con la metodología especificada por los autores; lo que redundó en una falta de validez externa, que implica que los resultados arrojados deben tomarse con precaución, debido a que este instrumento se aplica en dos partes y en tiempo separado, lo que no se pudo llevar a cabo, por la falta de tiempo de los sujetos; esto afectó a la forma de responder de los sujetos puesto que al llegar a las preguntas de la Forma B, éstos podrían encontrarse cansados lo que puede incrementar la presencia de efectos.

Además, el coeficiente de confiabilidad obtenido en este instrumento concuerda con los hallazgos de Juárez, Ramírez, Rodríguez y Almirall (2002), al mostrar una confiabilidad de $\alpha = .81$ aunque con problemas estructurales y conceptuales, esto es debido a que muchos de los ítems no evalúan el efecto que pretenden medir y su gran cantidad (más de 20 ítems) influyó en dicho coeficiente.

Por otro lado, las diferencias de lenguaje y culturales entre el contexto en que fue desarrollado y la realidad mexicana, pueden ser las responsables de la baja confiabilidad encontrada $\alpha = .7514$. Es por ello, que se apoya a dichos autores en su propuesta de realizar una modificación del instrumento, eliminando o reestructurando dichos reactivos no significativos y buscando una forma de calificación adecuada a la población.

Otro problema encontrado fue que algunos reactivos evalúan aspectos positivos que no tienen relación con el efecto negativo que se evalúa y, debido a que la calificación se realiza tomando los reactivos con respuesta afirmativa

pueden influir en las correlaciones, en particular las de la salud percibida. Algunos ejemplos de éstas preguntas son las siguientes:

- Puedo reaccionar ante situaciones perturbadoras rápida y correctamente (pregunta 1a)
- Actualmente estoy interesado por mi trabajo (pregunta 40a)
- Actualmente mi trabajo es divertido (preg.1b)
- Mi concentración en general es buena (preg. 2b)
- En este momento puedo supervisar mi área de trabajo sin mucho esfuerzo (preg. 14b)
- Mi trabajo es muy variado (preg. 25b)

Estas preguntas muestran la forma en que el instrumento evalúa, que para la población mexicana y su cultura laboral resulta agresiva y provoca inseguridad al contestar, puesto que como Rodríguez (1999) menciona, la falta de capacidad y disposición es considerada motivo de despido. Es por ello, que se hace necesaria la modificación de los reactivos, en cuanto al lenguaje y la forma en que se plantean.

A pesar de estos problemas, no se debe perder de vista que dicho instrumento es el único que evalúa los efectos negativos de tipo psicológico de manera conjunta y partiendo del supuesto de que son partes diferenciadas de un proceso de desgaste que puede ser detectado y detenido; es por ello que en éste estudio se retomó como eje de análisis.

Otro aspecto relacionado con los problemas encontrados, tiene que ver con la Escala de Patrón de Conducta Tipo A; la cual representa para ésta población dos dificultades importantes: por un lado, su coeficiente de confiabilidad extremadamente bajo, el cual puede deberse a una falta de claridad o aplicabilidad en los reactivos; y por el otro, los criterios de calificación que no permiten la clasificación en grupos, puesto que en nuestra población sólo se encontraron tres sujetos que cumplían con el criterio. Esto representó un problema para esta investigación, puesto que existen sujetos con un puntaje en el límite (13 sujetos con puntuaciones entre 51- 54) que podrían ser

considerados en el análisis; sin embargo, al no existir rangos específicos no se pudieron incluir.

Esta podría ser una opción para clarificar el concepto del Patrón de Conducta Tipo A, puesto que al existir grados en su presencia, podrían medirse los efectos facilitadores de acuerdo con la mayor o menor concordancia con las características propias de éste Patrón. A pesar de ello, el instrumento es útil, puesto que es uno de los pocos instrumentos validados y desarrollados para población mexicana siendo un gran apoyo para la falta de instrumentos adecuados.

A pesar de los problemas de aplicación y metodológicos, los resultados son útiles, puesto que los estudios hasta ahora realizados en esta población han evaluado efectos negativos aislados (principalmente estrés, fatiga y burnout), sin tomar en cuenta las variables moderadoras y facilitadoras de ésta relación, además de que se trata del primer intento en México de evaluación diferencial de los Efectos Negativos de Tipo Psicológico en enfermeras.

Aunado a lo anterior, aporta un gran panorama de las características tan específicas de éste grupo ocupacional tan poco estudiado y tan afectado por sus condiciones laborales.

Todo lo anterior, hace que la investigación, pueda ser tomada en cuenta como un antecedente, sin embargo, es necesario que se realicen modificaciones en los instrumentos de Efectos Negativos y Patrón de Conducta, a fin de conseguir que se adapten a la realidad de la población mexicana y en particular a las características de las enfermeras, además de evaluar factores como las variables de género y la presencia de conductas de automedicación, que si bien son conocidas no han sido estudiadas en la influencia que tienen en la percepción de salud.

Finalmente, algunas recomendaciones para futuros estudios en enfermeras son:

- Tomar en cuenta el proceso burocrático que implica ingresar a su ambiente de trabajo, de ser posible obtener acceso autorizado por la institución; sin embargo, dicha autorización no debe ser divulgada a la población.

- A pesar de ello, se deben utilizar cartas de consentimiento de participación voluntaria firmada, para garantizar que la participación de los sujetos no fue condicionada u obligada por el patrón.

- Además, el evaluador debe ser una persona ajena al centro de trabajo, puesto que la percepción de los compañeros no es favorable para éste tipo de investigación (como lo mostraron los resultados encontrados).

- En cuanto a los instrumentos, el lenguaje no debe ser elevado, puesto que el nivel educativo es muy limitado en ésta población.

- De ser posible utilizar referentes médicos (registro de ausencias por enfermedad, permisos y tipo de éstas), para poder inferir relaciones más objetivas, puesto que la percepción de salud en ésta población se ve permeada por las características antes mencionadas y por lo tanto, no es un indicador fiable.

- El instrumento con el que se pretenda medir los efectos negativos debe ser ligero y claro, puesto que el BMSII no resultó adecuado a la población en su forma original.

- Si se intenta aplicar dicho instrumento, deben realizarse las modificaciones propuestas por Juárez, Ramírez, Rodríguez y Almirall (2002) para garantizar la validez interna.

- Como parte de la evaluación, es indispensable se evalúen variables de carácter genérico para que se enriquezca la visión de la enfermería como población de riesgo.

- Si se pretende realizar una intervención basada en el apoyo social, se necesita una reestructuración del clima organizacional; puesto que, la enfermera percibe como enemigos a todos sus compañeros (llámese médico u otra enfermera), por lo que se trata de un sujeto poco confiado.

BIBLIOGRAFIA

- Agut, S.; Grau, R. y Beas; M. (2000): **“Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo”**. Disponible en Red: <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/congreso/trabajo/agut.htm>
- Ahonen, M., Launis, M. Y Kuorinka, T. [Eds.](1989): **“Ergonomic workplace analysis”**. Finnish Institute of occupational health (traducción del idioma inglés).
- Almanza, B.: “El estudio de los géneros en el ámbito laboral”. En Guevara, R. Et. Al (1996): **“Amor y trabajo: Dos espacios de experiencia vital”**. FES Zaragoza UNAM: 55-66
- Almanza, B.: “Psicotrastornos y alienación en mujeres que cubren doble jornada de trabajo”. En Guevara, R. Et. Al (1996): **“Amor y trabajo: Dos espacios de experiencia vital”**. FES Zaragoza UNAM: 105- 116
- Almirall, H. (1993): **Efectos negativos de las cargas de trabajo**. Instituto de Medicina del trabajo, Cuba. Inédito
- Almirall, H. (1996): **Ergonomía, trabajo y salud**. . Instituto de Medicina del trabajo, Cuba. Inédito
- Alvarez, A. (2003): **“Investigación de accidentes”**. Disponible en Red en: http://tematico.princast.es/trempfor/iaprl/ENPRL/Papers/ENPRL2003_Anton.htm
- Amigo, V., Fernández, R. y Pérez, A. (1998): **“Manual de psicología de la salud”**. España Piramide: 21-32
- ANUIES (1999): **“Accidentes de trabajo en la industria metal mecánica”**. Disponible en red en: http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/ipn/estudios_sociales/proyec6/gestion/sec_5html
- Aranda, M., Castaneda, I., Lee, P. y Sobel, E. (2001): **“Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: gender differences among Mexican Americans”**. *Social Work Research* 25 (1): 37- 49

- Araújo, M., Aquino, E., Menezes, G., Oliveira, S. y Aguilar, Lia (2003): "**Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses**". *Revista de Saúde Pública* 37 (4)
- Arita, W. y Arauz, C. (1999): "**Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras**". *Psicología y salud* 11 Enero-Junio:13-22
- Arquer, I. (s/f): "**NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga**". Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo. Disponible en Red:
- Artazcoz, L., Cruz, C., Moncada, Ll. Y S (1998): "**Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital**". [Disponible en Internet] http://www.scsmt.org/resums/1998_n.4.originales.2.abstract.pdf.
- Bages, N., Feldman, L. y Chacón, G. (1995): "**Patrón de conducta tipo A y reactividad cardiovascular en gerentes**". *Salud pública de México*. 37 (1): 47- 56.
- Banyard, P. (2002): "**Psychology in practice health**". Edit. Hodder and Stoughton: 3-18
- Barnett, C. (s/f): "Género, estrés en el trabajo y enfermedad". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Barrón, A.: "Apoyo social y salud mental". En: Alvaro, L.; Torregrosa, R. y Lucque, G. [comps] (1992): **Influencias sociales y psicológicas en la salud mental**. Madrid Siglo XXI: 223-233
- Baruch- Feldman, C., Brondolo, E., Ben- Dayan y Schwartz, J. (2002): "**Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity**". *Journal of Occupational health psychology*. 7 (1): 84- 93
- Beaton, D. (s/f): "Ansiedad relacionada con el trabajo". En: Hurrell, J., Murphy, R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Disponible en Red en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>

- Becoña, E., Vázquez, L. y Oblitas, A. (2000): "Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas". En: Oblitas, G. y Becoña, I. Coord. (2000): **Psicología de la Salud**. Edit. Plaza y Valdez: 11-52
- Benages, S. y Crespo, E. (s/f): "**El apoyo social como modulador del riesgo coronario**". Disponible en Red en: <http://sic.uji.es/publ/edicions/jfi2/apoyo.pdf>
- Beneit, M. (1994): "**Aspectos psicológicos de los trastornos cardiovasculares**". En: Latorre, P. Y Beneit, M. (Coords). "Psicología de la salud; aportaciones para los profesionales de la salud". Buenos Aires Argentina. Lumen: 273- 283
- Beneria, L. (1994): "**Mujer, salud y trabajo: una visión global**". *Quadern caps: Mujer, salud y trabajo* Barcelona España (21): 7-15
- Bermúdez, J., Pérez, M., Sánchez, E. Oiz, B., Ruiz, M. y Oller, A. (1997): "**Reactividad cardiovascular ante el estrés y su vinculación con variables comportamentales**". Disponible en Red en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n2/2.html>
- Berrocal, L. (s/f): "**La hoguera de las ansiedades: aspectos psicosociales del estar quemado**". Disponible en Red en: [http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/REVISTA_AIS/10_AIS/AIS_10\[06\].pdf](http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/REVISTA_AIS/10_AIS/AIS_10[06].pdf)
- Bobadilla, P. (s/f): "Alcoholismo y drogadicción". En: Gestalt, O. "**Riesgos del trabajo del personal sanitario**". Interamericana Mc. Graw Hill
- Borges, D., Barbero, G., Maciá, A. y Perez-Llantada, R. (s/f): "**Análisis de contenido del constructo "madurez"**". Disponible en Red en:
- Bravo, M. y Serrano, G. (1997): "La psicología preventiva y el apoyo social". En: Buela, C., Fernández, L. y Carrasco, T. (1997): **Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención**". España Pirámide: 117- 135
- Briceño, R. (1985): "**Derecho individual del trabajo**". Colecc. Textos jurídicos universitarios. Ed. Harla, S. A. de C. V: 6- 13, 50- 53, 94- 98

- Browner, H. (1987): "Work and women's health the role of job-based social support". *ISSR Working papers*. **3** (12) Disponible en Red en: <http://www.sscnet.ucla.edu/issr/paper/issr3-12.txt>
- Burgos, F. (2003): "**Evaluación de la función pulmonar en la prevención de riesgos pulmonares**". Disponible en Red en: http://tematico.princast.es/trempfort/trabajo/iaprl/ENPRL/Papers/ENPRL2003_Burgos.htm
- Burke, J. (s/f): "Estilos de afrontamiento". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Caplan, G. (1993): **Aspectos preventivos en salud mental**. Barcelona Paidós: 77- 101
- Caramés, B.(sin fecha): "**Causas del "core of burnout" del profesorado universitario**". Disponible en Red en: www.ase.es/comunicaciones/carames_balo.doc
- Castillo, R. (2001):"**El síndrome de "Burnout" o síndrome de agotamiento profesional**". *Medicina Legal Costa Rica* **17** (2) Disponible en Red en: www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=51409-00152001000100004&script=sci_arttext&tlng=es
- Cerón, M., Sánchez, C., Harlow, B. Y Núñez, U. (1997): "**Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México**". *Salud Pública de México*. **39** (1): 2-10
- Coffey, M. Y Coleman, M. (2001): "**The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing**". *Journal of advanced Nursing* **34** (3): 397- 407
- Cole, L., Slocumb, M. Y Muldoon, M. (2001): "**A measure of critical care nurses post- code stress**". *Journal of advanced Nursing* **34** (3): 281- 288
- Contrada, J., Krantz, S. Y Hill, R. (1988): "Type behavior, emotion, and psychophysiologic reactivity; psychological and biological interactions". En:

- Houston, K. Y Snyder, R. (1988): "**Type A Behavior pattern: research, theory and intervention**". Edit. Wiley- Interscience Publication: 254- 273
- Coolican, H. (1994): "**Métodos de investigación y estadística en psicología**". México Ed. Manual Moderno: 25- 54, 77- 94
- Day, L. Y Livingstone, A. (2001): "**Chronic and acute stressors among military personnel: do coping styles buffer their negative impact on health?**". *Journal of occupational health psychology*. **6** (4): 348-360
- De Dios, A. (1998): "Burnout: un modelo de estrés laboral". En Gándara, M., De Dios, F., García, M. y Fuertes, R.(1998): "**Estrés y trabajo: el síndrome del burnout**". España Cauce editorial : 89-134
- De Dios, A. y Gándara, M. (1998): "Resumen de estudios sobre burnout en profesionales sanitarios". En Gándara, M., De Dios, F., García, M. y Fuertes, R.(1998): "**Estrés y trabajo: el síndrome del burnout**". España Cauce editorial : 137- 156
- Del Barrio, V. (1999): "Evaluación de características estilísticas de la personalidad". En: Fernández, B. (1999): **Introducción a la evaluación psicológica II**. España Ediciones Pirámide : 67- 101
- Dennerstein, L. (1994): "**Salud mental, trabajo y sexo**". *Quadern caps: Mujer, salud y trabajo* (21) Barcelona España : 62- 68
- Diario electrónico de la Sanidad (2003): "**Salud laboral: prevención en el ámbito ocupacional**". Disponible en red: [Http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualización/saludtrabajo.htm](http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualización/saludtrabajo.htm)
- Doyal, L. (1994): "**Riesgos para la salud en el entorno doméstico: un marco conceptual**". *Quadern caps: Mujer, salud y trabajo* (21) Barcelona España: 25- 33
- Eaker, D. Y Castelli, P. (1988): "Type A Behavior and coronary heart disease in women: fourteen- year incidence from the Framigan Study". ". En: Houston, K. Y Snyder, R. (1988): "**Type A Behavior pattern: research, theory and intervention**". Edit. Wiley- Interscience Publication : 83- 97

- Eaker, D. Y Castelli, P. (1988): "**Type A Behavior and coronary heart disease in women: fourteen year incidence from the Framingham study**". En: Kent, H. Y Shyder, R. Edit. "Type A behavior pattern: research, theory and intervention". Wiley- Interscience Publication : 83- 97
- Engels, F. (1991): "**El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre**". Distribuciones Fontamara
- Enríquez, M. (2004): **Presencia de rasgos del patrón de conducta tipo A en personas que desempeñan puestos ejecutivos en una institución bancaria en la Ciudad de Guatemala**. Disponible en red en: [http://www.tesis.ufm.edu.gt/psicología/2004/TESIS%20MJEM%20\(1\).htm](http://www.tesis.ufm.edu.gt/psicología/2004/TESIS%20MJEM%20(1).htm)
- Enriquez, Q., Vilchis, H. y Acevedo, A. (1995): "**Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores del transporte urbano y suburbano en Aguascalientes, durante 1995**". Instituto Mexicano del Seguro Social
- Esteve, Z. (1997): "Estilos de conducta y estrés: evaluación". En: Hombreados, I. [Comp.] (1997): **Estrés y salud**. Valencia Promolibro : 145- 162
- Ettner, L. Y Grzywacs, G. (2001): "**Workers' perceptios of how jobs affect health: a social ecological perspective**". *Journal of occupational health psychology* **6** (2): 101- 113
- Evans, O. Y Steptoe, A. (2001): "**Social support at work, heart rate, and cortisol a self- monitoring study**". *Journal of Occupational Health Psychology* . **6** (4): 361- 370
- Fernández, R. y Buela, C. (1997): "El concepto de salud/enfermedad". En: Buela, C., Fernández, L. y Carrasco, T. (1997): **Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención**". España Edic. Pirámide : 27-38
- Fielding, D. Y Latchford, G. (1999): "Clinical health psychology in general medical settings". En: Marzillier, J. Y Hall, J. (1999): **What is Clinicaal psychology**. U.S. Oxford Erd. Edition : 259- 265
- Fielding, D. Y Latchford, G. (1999): "**Clinical health psychology in general medical settings**". En: Marzillier, J. Y Hall, J. : What is clinical psychology. Oxford Erd. Edition : 259- 265

- Fierro, A. (1997): "Estrés, afrontamiento y adaptación". En: Hombrados, I. [Comp.] (1997): **Estrés y salud**. Valencia Promolibro : 12- 37
- Fisher, C. (1993): "**Boredom at work: A neglected concept**". *Human relations*. **46** (3): 395 Disponible en internet: http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88
- Flórez, L. (1994): **Síndrome de "estar quemado"**. España Edikamed.
- Fontana, D. (1995): "**Control del estrés**". México Manual Moderno.
- Fossier, R. (2000): **El trabajo en la Edad Media**. Ed. Crítica Evolución histórica del trabajo
- Frankenhaeuser, M. (s/f): "La carga de trabajo". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Freudenberger, J. (s/f): "El estrés y agotamiento, y sus implicaciones en el medio ambiente de trabajo". En: Hurrell, J., Murphy, R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Disponible en Red en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>
- Friedman, G. y Naville, P. (1985): **Tratado de sociología del trabajo**. Tomo I. México Fondo de cultura económica.
- Fuertes, R. y Gándara, M. (1998): "El burnout en el ejército". En Gándara, M., De Dios, F., García, M. y Fuertes, R.(1998): "**Estrés y trabajo: el síndrome del burnout**". España Cauce editorial:159- 184
- Furnham, A. (1995): **Personalidad y diferencias individuales en el trabajo**. Rubio, V. [Trad.]. México Ediciones Pirámide : 292- 329
- Ganster, C., Pagon, M. y Duffy, M.(1996): "**Organizational and interpersonal sources of stress in the slovenian police force**". Disponible en Red en: <http://www.ncjrs.org/policing/org425.htm>
- Ganster, D. (s/f): "Autonomía y control". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de

- salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en:
<http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- García, G. (sin fecha): "**Índice de fatiga en trabajadores expuestos y no expuestos a hexano en una base de mantenimiento de aeronaves en el D.F.**" Disponible en Red en:
- García, L. (1996): "Trabajo, género y salud en médicos y enfermeras de un hospital de segundo nivel". En Guevara, R. Et. Al.: "**Amor y trabajo: Dos espacios de experiencia vital**". México FES Zaragoza UNAM : 23-54
- García, M. (1998): "Estrés y trabajo". En Gándara, M., De Dios, F., García, M. y Fuertes, R.(1998): "**Estrés y trabajo: el síndrome del burnout**". España Cauce editorial : 15-86
- García, N. Suárez, C. Román, H. y Barrios, M. (1997): "**Estado de salud en operadoras de visualización de datos**". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. **35** (2): 65- 73
- Garduño, M. y Rodríguez, J. (1994): "**Salud y doble jornada: las taquilleras del sistema de transporte colectivo (metro)**". En: Salles, V. y Mc. Phail, E. (coord.): "Nuevos textos y renovados pretextos". Programa interdisciplinario de Estudios de Género del Colegio de México : 317- 347
- Gil- Monte, R. y Peiró, M. (1997): "**Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**". España Edit. Síntesis.
- Gobierno de la Ciudad de México (1999): "**La perspectiva de género; una herramienta para construir la equidad en la familia y el trabajo**". México Secretaria de Desarrollo Social; Dirección de Equidad y Desarrollo Social : 5- 20
- Gómez, V. y Orihuela, D. (1999): "**Letalidad por accidentes de trabajo en Villa Clara**". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. **15** (5) Disponible en red en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi04599.htm
- González, R. (1993): "**Personalidad, salud y modo de vida**". México Universidad Nacional Autónoma de México.

- Graciela, O. (1996): "**Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico**". Buenos Aires Argentina Edit. Lumen : 17- 100
- Guerrero, A., Arauz, C., Ortiz, M., Cabanillas, E., Beltrán, L., Cabanillas, R., Tirado, A. y Arámburo, L. (1999): "**Estilo de vida, personalidad y predisposición a la activación y estrés como factores psicológicos de riesgo para la salud del médico: un estudio en individuos autorregulados y disregulados**". *Psicología y salud*
- Guillén, G., Guil, B. y Mestres, N. (2000): "Estrés laboral". En: Guillén, C. y Guil, R. **Psicología del trabajo para las relaciones laborales**. España Mc Graw Hill : 269-291
- Haynes, G. Y Mathews, A. (1988): "The association of type A Behavior with cardiovascular disease- update and critical". En: Houston, K. Y Snyder, R. (1988): "**Type A Behavior pattern: research, theory and intervention**". Edit. Wiley- Interscience Publication : 51-79
- Heaney, A. (s/f): "Trastornos cognitivos". En: Hurrell, J., Murphy, R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Disponible en Red en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>
- Hernan, S. (1992): **Tratado general de salud en las sociedades humanas**. México Edit. Prensa médica 1: 27- 45
- Hernández- Peña, P., Kageyama, M., Coria, I, B. y Harlow, S. (1999): **Condiciones de trabajo, fatiga laboral y bajo peso al nacer en vendedoras ambulantes**. *Salud Pública México* (41): 101- 109
- Hernández, M. y Gervás, C. (s/f): "Estrés en los profesionales sanitarios". En: Gestalt, O. "**Riesgos del trabajo del personal sanitario**". Interamericana Mc. Graw Hill
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2000): **Metodología de la investigación**. México Mc Graw Hill 2da Edic.
- Hernandez, T. y Chacón, S.(1998): "salud Pública: principios básicos y campo de acción". En: Hernández, T. Y Noyola, A. (1998): **Salud Pública: el milagro**

- invisible.** Colección de oro para el profesional de la salud pública. México
Gerencia de Instituciones en salud I
- Herrera, M. (1996): "Mercado de trabajo: determinación de género y poder ". En
Guevara, R. Et. Al: "**Amor y trabajo: Dos espacios de experiencia vital**".
México FES Zaragoza UNAM: 77-94
- Houkes, I., Janssen, M., De Jonge, J. Y Bakker, B. (2003): "**Personality, work
characteristics, and employee well- being: a longitudinal analysis of
additive and moderative effects**". *Journal of Occupational health
psychology.* **8** (1): 20- 38
- Houtman, L. Y Kompier, A. (s/f): "Trabajo y salud mental". En: Hurrell, J., Murphy,
R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de
salud y seguridad en el trabajo.** Disponible en Red en:
<http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>
- Ivancevich, M. (s/f): "La ambigüedad sobre el futuro del empleo". En: Sauter, L.,
Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de
organización.** Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2
Cap. 34 Disponible en Red en:
<http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Jaimes, L. y Ramos, P. (1989): "**Propuesta de estudio de psicodiagnóstico de
trabajadores expuestos a sustancias neurotóxicas en un ambiente
laboral mexicano**". Reporte de investigación para obtener el grado de
Licenciatura UNAM ENEP Iztacala
- Janssen, N. y Nijhuis, N. (2001): "**The reciprocal relationship between job
demands and resources and recovery from fatigue among employees**".
Epidemiology in occupational health. Agosto
- Jenkins, D. (s/f): "Patrones de comportamiento de los tipos A y B". En: Sauter, L.,
Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de
organización.** Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2
Cap. 34 Disponible en Red en:
<http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>

- Jenks, J. (s/f): "**Telecommuting, perceived stressors, and the buffering effect of social support**". Disponible en Red en: <http://www.msubillings.edu/jleonard/Jenny/Telecommuting%20.doc>
- Jex, M. (s/f): "Claridad y sobrecarga de los roles asignados". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Juárez, G. (1998): **Factores psicosociales y efectos negativos de tipo psicológico en los accidentes de trabajo**". Tesis para obtener el grado de licenciatura. ENEP Iztacala, UNAM : 55-107
- Juárez, G., Ramírez, P., Rodríguez, C. y Almirall, H. (2002): "**Estructura factorial de las escalas del BMSII en trabajadores mexicanos**". *Revista Cubana de salud y trabajo*. **3**(1-2): 32-39
- Karasek, A, Theorell, T., Schwartz, E., Schnall, L., Pieper, F. y Michela, L. (1988): "**Job characteristics in relation to the prevalence of Myocardial Infarction in the US Health examination Survey (HES) and Nutritioc examination survey (HANES)**". *American Journal of public Health*. **78** (8): 910- 918
- Karasek, R. (1985): **The job content questionnaire (JCQ) and user's guide**. Estados Unidos Universidad de Massachussetts Lowell.
- Kilfedder, C., Power, K. Y Wells, T. (2001): "**Burnout in psychiatric nursing**" *Journal of advanced nursing*. **34** (3): 383- 396
- Kojima, M., Senda, Y., Nagaya, T., Tokudome, S. y Furukawa, A. (2003): "**Alexithymia, depression and social support among Japanese workers**". *Psychotherapy and psychosomatics*. **72** (6)
- Labrador, J. y Crespo, M. (1994): "Evaluación del estrés". En: Fernández, B. **Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y salud**. España Edit. Pirámide : 484- 529

- Lange, H., Taris, W., Kompier, J. Y Houtman, D. (2003): "**The very best of the millennium: longitudinal research and the Demand- control- (support) model**". *Journal of occupational health psychology*.8 (4): 282- 305
- Lara, A., Acevedo, M. y López, K. (1996): "**Tensión laboral en el trabajo de enfermería**". *Psicología y salud*. Julio- Diciembre 8: 19-32
- Lartigue, B. Y Fernández, G. Coord. (1998): "**Enfermería: una profesión de alto riesgo**". Colombia Plaza y Valdés.
- Lasser, J. Y Kayhn, P. (s/f): "Depresión". En: Hurrell, J., Murphy, R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Disponible en Red en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>
- Lazarus, S. (1999): "**Stress and emotion: a new synthesis**". EUA Springer Publishing company : 27- 85
- Lazarus, S. y Folkman, S. (1984): "**Estrés y procesos cognitivos**". México Edic. Roca : 140- 281
- Leonardi, P. (1996): "**Depresión femenina: metáfora social y renacimiento individual**". Congreso Internacional sobre mujer, trabajo y salud. Barcelona
- Liebert, M. y Langenbach, L. (2000): "**Personalidad, estrategias y temas**". Thompson editores 8° Edición : 193-226
- Lifshitz, A. (1988): "*El estrés y las enfermedades invisibles*". En: Halabe, Ch. y Saita, K. "**Estrés y manifestaciones clínicas**". Temas de medicina interna **V (3)** Mc. Graw Hill Interamericana
- Lindstrom, K. (s/f): "Etapas de la carrera profesional". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Lopategui, E. (2000): "**El concepto de salud: conceptos básicos**". Disponible en Red en: <http://www.Saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>
- Lundberg, U. (s/f): "**Mujer, estrés y carga de trabajo**".

- Marrero, S. (s/f): **Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de la Ciudad de la Habana**. Disponible en Red en: <http://www.insat.sld.cu/rev/r4/pdf/Art07.pdf>
- Martí, M. y Desoille, H. (1993): **Medicina del trabajo**. París Masson, S. A. 2ª Edic.
- Martikainen, P. (1995): **“Women’s employment, marriage, motherhood and mortality: a test of the multiple role and role accumulation hypotheses”**. *Social science medicine*. **40** (2): 199- 212
- Martínez- Donate, A. y Rubio, V. (s/f): **"Enfoque biopsicosocial de la salud"**.
- Martínez, C. (1980): **"Medicina y trabajo"**. Serie puntos básicos 3 México. D. F. Impresiones Moderna, S. A.
- Martínez, J. (2001): “Relación entre el método directo e indirecto en la medición de fatiga”. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/RevistaDigital-buenosaires-año6-nº31-feberrode2001>
- Marx, C. y Engels, F. (1974): **"El capital visto por su autor"**. Edit. Grijalbo : 25-35, 59- 68
- Matthew, M. (s/f): **"Stress, behavior, and heart disease"**. Disponible en Red en: <http://info.med.yale.edu/library/heartbk/8.pdf>
- Meza, R. y Ramírez, L. (s/f): **Investigación sobre la determinación de fatiga física en trabajadoras de la industria textil del Norte de Sinaloa**. Instituto Tecnológico de los Mochis.
- Moncada, S.: (s/f): **“Conferencia: trabajo repetitivo y estrés”**. En: I Foro ISTAS de Salud Laboral: Lesiones músculo- esqueléticas. Instituto de Salud Pública de Barcelona
- Moreno, J., González, G., Garrosa, H. y Peñacoba, P. (s/f): **Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería**. Disponible en red en: http://www.cusp.uam.es/geb/pdf/enf_socio.pdf
- Moreno, J., González, G. y Garrosa, H. (s/f): **"Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida"**. *Revista de psicopatología y psicología*

- clínica*. 4 (3): 163- 180. Disponible en red en: <http://www.cusp.uam.es/geb/trabburnoutdocente.htm>
- Murphy, R. y Hurrell, J. (s/f): "Locus de control". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Neff, W. (1972): **"El trabajo, el hombre y la sociedad"**. Buenos Aires Paidós.
- Nelson, L. y Campbell, Q. (s/f): "Socialización". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Niedhammer, I. Et. Al. (1998) **"Psychosocial factors at work and sickness absences in the Gazel cohort: a prospective study"**. *Occupational & Environmental Medicine* 55 (11): 735-741
- Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I. y Villegas, J. (2004): **"Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental"**. *Cuadernos de Saúde Pública*. 16 (4)
- Novel, G. (1991): "Sistemas sociales de apoyo". En: Blasco, M. y Mompert, P. **Enfermería psicosocial II**. Edit Salvat.
- Nyssen, A., Hansez, I, Baele, P., Lamy, M. & Keyser, V. (2003): **"Occupational stress and burnout in anaesthesia"**. *British Journal of anaesthesia*. 90 (3): 1-5 Disponible en Red en: <http://www.psytrav.ulg.ac.be/download/articles/Hansez/BJA2003.doc.pdf>
- O' Connor, D., White, B., O' Connor, R. Y Bundred, P. (2000): **"Job strain and ambulatory pressure in British general practitioners: a preliminary study"**. *Psychology, health and Medicine* 5 (3): 241- 251
- Oddone, I. (1987). **Modelo Obrero Italiano**. México UNAM CAMPUS IZTACALA
- Olivé, M. y Legaspí, V. (2000): "Salud y Trabajo". En: Barquín, C., Kaham, E., Szpirman, L., Legaspí, V. [Edits.] (2000): **La salud en el trabajo**. JGH Editores : 1-6

- Organización Internacional del Trabajo[OIT] (1996): “**Registro y notificación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**”. Ginebra Oficina Internacional del Trabajo : XV- XXII, 47- 54, 61- 67.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1974): **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Documentos básicos. OMS 24° edición Ginebra
- Organización Panamericana de la Salud (2002): “**Perfil de salud de país 2002: México. Promoviendo la salud en las Americas**”. Disponible en red en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_484.htm
- O'Rourke, F, Houston, K., Harris, K. Y Snyder, R. (1988): "The type A behavior pattern: summary, conclusions, and implications". En: Houston, K. Y Snyder, R. (1988): "**Type A Behavior pattern: research, theory and intervention**". Edit. Wiley- Interscience Publication : 312- 333
- Orth- Gomér, K. (s/f): "El apoyo social: un modelo interactivo del estrés". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Ortíz, R. (2002): "**Evaluación de la fatiga en el corte manual de ajonjolí**". Disponible en red: <http://www.semec.org.mx/v3/semec/congreso/congreso5/libres/m5t2.pdf>
- OSHA (2002): **Informe de la Agencia sobre riesgos psicosociales relacionados con el estrés y el trabajo en la Unión Europea**. [Disponible en internet] http://agency.osha.eu.int/director_corner/2002/Madrid241002.doc
- Ouellette, C. (s/f): "Resistencia". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>

- Palacios; N. e Izco, G. (Sin fecha): "Condiciones de trabajo y salud en trabajadores del STC "Metro". Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM
- Palomares, R. (s/f): **Profesorado y estrés**. Disponible en Red: <http://www.cibereduca.com/cipve/ponencias/Palomares/Palomares.asp>
- Parkes, R. (): "**Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales**".
- Parra, G. (s/f): "**Salud Mental y trabajo**". Disponible en Red en: <http://www.Sonepsyn.c/trabajo/psiquiatrias/docs/SaludMentalTrabajo.pdf>
- Parra, S. y Paravic, T. (2002): "**Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU)**". *Ciencia y enfermería*. **8** (2)
- Payne, R. (1991): "**Individual differences in cognition and the stress process**". En: Cooper, C. Y Payne, R.: "Personality and stress: individual differences in the stress process". Wiley series on studies in occupational stress. England John Wile and Sons Ltd : 181- 201
- Peiró, M.(2001): "**El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva**". Revista del INSHT. Artículo de la Sección Técnica 2 del PTS número 13, : 18-38. Disponible en red en: http://www.mtas.es/insht/revista/A_13_ST02.htm
- Peiró, M., González- Roma, V., Meliá L. y Zalbidea, A. (1992): "Estrés de rol y bienestar psicológico en el trabajo". En: Alvaro, L.; Torregrosa, R. y Lucque, G. (comps): **Influencias sociales y psicológicas en la salud mental**. Madrid Siglo XXI : 121- 141
- Pines, M. (1982): "Burnout". En: Goldberg, L. Y Shlomo, B. Ed. : "**Handbook of stress**". The Free Press : 386- 402
- Pla, F., Hernández, J., Orquín, A., Sanz, G. y Armero, F. (s/f): "**La enfermería y el estrés laboral amistades peligrosas**". Disponible en Red en:
- Pollard, M. (1999): "Sex, Gender and cardiovascular disease". En: Pollard, M. Y Brin, H: "**Sex, Gender and health**". Reino Unido Cabbridge University Press : 53- 71

- Pollard, M. Y Brin, H. (1999): "Sex, gender and health: integrating biological and social perspectives". En: Pollard, M. Y Brin, H: "**Sex, Gender and health**". Reino Unido Cambridge University Press : 1-17
- Pozos, R., Balcázar, M., Mendoza, R., Gómez, L., Valadez, F. y Pando, M. (1999): "El estrés no percibido como riesgo para la salud del cirujano dentista en su práctica profesional". **Psicología y salud**.
- Quiroz, V. Y Saco, M. (2004): Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital de nacional sur este de ESSALUD del Cusco. *Revista semestral de la facultad de Medicina humana SITUA* (23) Disponible en Red en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/n23_2004/enPDF/a04.pdf
- Ramírez, L., Luna, S. y Soberanes, A. (2002): "Determinación de fatiga física en niños empacadores de supermercados en la Ciudad de Los Mochis". Disponible en: <http://www.semec.org.mx/v3/semec/congreso/congreso6/libres/002.pdf>
- Ramírez, M. (s/f): "**Estrés: cuando el trabajo se escapa de nuestro control**". En: Laboris.net
- Ramírez, R., Uribe, L. y Gutierrez, N. (1991): "**El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara**". México Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana III (2): 101- 111
- Ramírez, T. (2000): "**Estrés y la cultura de género en enfermería**". Tesis para obtener el grado de Maestría por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.
- Reynoso, E. y Seligson, I. (1997): "**Patrón conductual Tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación**". *Arch. Inst. Cardiología México*. **67** :419- 427
- Reynoso, E. y Seligson, I. (2002): "**Psicología y salud**". México Facultad de Psicología UNAM
- Ribera, D., Cartagena, P., Reig, F., Romá, F.; Sans, Q. Y Caruana, V. (1993): "**Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico de la provincia de Alicante**". Universidad de Alicante.

- Ribes, I. (1990): "**Psicología y salud: un análisis conceptual**". Martínez Roca
- Richard's, M. y Giles, V. (2000): **Factores de riesgo de enfermedad cardiaca en mujeres**. Sociedad Argentina de Medicina del Estrés A. C. Disponible en Red en: <http://www.sames.org.ar/Art%C3%Adculos%20del%20mes%20N%C2%BA%2030>
- Rodríguez, C. (1999): **Efectos negativos de tipo psicológico en mujeres con doble jornada**. Tesis para obtener el grado de Licenciatura. UNAM
- Rodríguez, F., Lemos, G. Y Canga, A. (2002): "**Variables biológicas, conductuales y de personalidad como predictoras de salud: un estudio longitudinal**". *Psicología Conductual*. **10** (1): 7- 29
- Rodríguez, L. (1998): "Burnout. Trabajo en unidades de alto riesgo". En: Gestalt, O. "**Riesgos del trabajo del personal sanitario**". Interamericana Mc. Graw Hill
- Rodríguez, L. (s/f): "**Factores de riesgo de accidentes de trabajo en el personal de enfermería del HGZ 46 Del. Jalisco**". Disponible en Red en: <http://www.stps.gob.mx/312/publicaciones/doc81.htm>
- Rodríguez, S. (2003): "**Vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a amniato. Papel de la administración sanitaria**". Disponible en Red en: http://tematico.princast.es/trempfor/trabajo/iaprl/ENPRL/Papers/ENLPRL2003_Rodríguez_Suarez.htm
- Román, H. (2003): "**Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención**". *Revista cubana de salud pública* **29** (2) Disponible en Red en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu02203.htm
- Romito, P. (1994): "El trabajo y la salud de las madres con hijos pequeños: ¿a quien le importa?". Barcelona España *Quadern caps: Mujer, salud y trabajo* (21): 78- 91
- Rosado, A. (1996): "Mujer, trabajo y cambios tecnológicos". ". En Guevara, R. Et. Al.: "**Amor y tabajo: Dos espacios de experiencia vital**". FES Zaragoza UNAM :67-75

- Rosado, C. y Tovalin, A. (1996): "Género, distres laboral percibido y salud". En Guevara, R. Et. Al.: **"Amor y tabajo: Dos espacios de experiencia vital"**. FES Zaragoza UNAM : 95-104
- Rosenman, H., Swan, E. Y Carmelli, D. (Edits) (1988): "Definition, assessment, and evolution of the type A Behavior pattern". En: Houston, K. Y Snyder, R. (1988): **"Type A Behavior pattern: research, theory and intervention"**. Edit. Wiley- Interscience Publication : 8- 25
- Roskies, E. (1980): "Considerations in developing a treatment program for the Coronary- Prone (Type A) Behavior Pattern". En: Davidson, O. Y Davidson, M. (1980): **Behavioral medicine: changing health lifestyles**. New York Bruner/Mazel Publishers : 299- 327
- Roskies, E. y Lazarus, S. (1987): **Stress managment for the healthy Type A Theory and Practice**. Gilford Press. p. 3- 46
- Salanova, M., Cifre, E. y Martín, P. (1999): **"El proceso de "tecnoestrés" y estrategias para su prevención"**. *Revista del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. (1- 1999). Disponible en Red en: http://internet.mtas.es/Insht/revista/A_01_ST01.htm
- Salkind, F. (1986): **"A study of burnout in health care professionals as a function of coping profiles, locus of control, and self- esteem (stress, intensive- care, death, despersonalization)"**.
- Salmerón, R. y Ochoa, Q. (sin fecha): **"Asociación de la fatiga laboral y presencia de sobrepeso en trabajadores adscritos a un consultorio de medicina familiar"**.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, J. Y Santed, A. (1992): **"Estrés y enfermedad: inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck"**. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 45 (4): 391- 396
- Scott, R. (s/f): **"Communication, social support, and burnout: a brief literature review"**. Disponible en Red en: <http://www.gslis.utexas.edu/~ssoy/pubs/micro-communication/2micro.htm>
- Schat, H. y Kevin, K. (1003): **"Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of**

- organizational support".** *Journal of occupational health psychology.* **8** (2): 110- 122
- Schaubroeck, M. (s/f): "Autoestima". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización.** Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Segall, A. y Chapell, L. (2000): **"Health and health care in Canada"**. Prentice Hall. p. 21- 71, 183- 207
- Sentíes, E. Coord. (1992): **"Estudio sobre la situación de la salud de la mujer usuaria de los servicios de salud en México"**. OMS. Organización Panamericana de la Salud Secretaria de Salud México.
- Skov, T., Borg, V. y Orhede, E. (1996): **"Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lower back in salespeople"**. *Occupational and environmental medicine.* **35** (5): 351- 356
- Slipak, O. (1992): **Estrés.** Disponible en Red en: http://www.alcmeon.com.ar/2/5/a05_05.htm
- Stenberg, C., Holder, J. Y Tallur, K. (s/f): "Psicosis relacionadas con el trabajo". En: Hurrell, J., Murphy, R., Sauter, L. Y Levi, L. (Dir.) **Capítulo 5 Salud Mental Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.** Disponible en Red en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/pdf/tomo1/5.pdf>
- Stora, B. (1991): **"¿Qué sé? El estrés"**. Publicaciones Cruz, O. S.A. 1º Edición : 9-40
- Szipirman, L. (2000): "Organización y funcionamiento de un servicio de salud ocupacional". En: Barquín, C., Kaham, E., Szipirman, L., Legaspí, V. [Edits.] (2000): **La salud en el trabajo.** JGH Editores. p. 133- 137
- Tamez, G., Ortíz, H., Martínez, A. y Méndez, R. (2003): **"Riesgos y daños a la salud derivados del uso de videoterminal"**. *Salud Pública de México.* **45** (3) Disponible en Red en:

- Tascón, T. (s/f): "**Las variables organizacionales e interpersonales de la profesión docente como factores generadores de estrés**". Disponible en Red en: <http://www.cibereduca.com/cipve/ponencias/Tascon2/Tascon2.asp>
- Tena-Suck, A. Y Virseda, J. (1995): "**Salud mental en profesionales de la salud: un estudio descriptivo**". *Revista Mexicana de Psicología*. **12** (1): 63-69
- Theorell, T. Y Johnson, V. (s/f): "Enfermedades cardiovasculares". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Torres, F. y Beltrán, G. (1986): "**La psicología de la salud: campos y aplicaciones**". México Centro de estudios psicológicos. Universidad Veracruzana. : 11- 37
- Tron, A. y Reynoso, E. (2000): "**Evaluación del Patrón de Conducta Tipo A en niños: un estudio longitudinal**". *Psicología conductual*. **8** (1): 85- 95
- Unión General de Trabajadores (s/f): **Prevención de riesgos laborales: principales riesgos relacionados con el aspecto psicosocial, estrés, burnout y hobbing**. Disponible en Red: <http://www.ugt.es/capanas/psicosocial.pdf>
- Universidad de California (s/f): "**Salud Ocupacional y accidentes Laborales: datos estadísticos de salud**". Disponible en Red en: <http://www.ucop.edu/cprc/occuphealthsp.pdf>
- Vagerö, D. (1994): "**Ha contribuido la creciente participación de la mujer en el mundo laboral a mejorar su salud o no?**". *Quadern caps: Mujer, salud y trabajo* Barcelona España (21): 17- 23
- Van Der, P., Dorresteyjn, M. y Kleber, J. (2003): "**Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors**". *Jornal of occupational health Psychology*. **8** (2): 157- 166

- Vidal, E. (1990): "**Costos psicosociales del doble papel de la mujer, como asalariada y como ama de casa**". *Revista Latinoamericana de Psicología*. **22** (1): 161- 167
- Vidaurrázaga, L. (s/f): "**Ruido: agente contaminante que provoca alteraciones en el ritmo cardiaco, analizado en diferentes horarios**". Disponible en Red en: <http://www.semec.org.mx/v3/semec/congreso/congreso5/libres/m2t1.pdf>
- Wayne, C. (s/f): "Apoyo social". En: Sauter, L., Murphy, R., Hurrell, J. y Levi, L. (s/f): **Factores psicosociales y de organización**. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tomo 2 Cap. 34 Disponible en Red en: <http://www.oit.or.cr/mdtsanjo/sst/enciclopedia/tomo2/34.pdf>
- Weidner, G., Boughal, T., Connor, L., Pieper, C. y Mendell, R. (1997): "**Relationship of job strain to standard coronary risk factors and psychological characteristics in women and men of the family hearth study**". *Health psychology*. **16** (3): 239- 247
- Wisner, A. (1998): "**Fisiología del trabajo y ergonomía**". Secretaria del trabajo y previsión social (STPS) y seguridad en el trabajo.

Anexos

Anexo 1

Cuestionarios

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala sobre el trabajo sanitario, y por lo tanto los datos que se nos confíen serán completamente CONFIDENCIALES. Por favor conteste de la manera más honesta posible. Muchas gracias por su cooperación.

Sexo: F M **Edad:**
Antigüedad en el puesto: **Escolaridad Máxima:**
Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Viuda (o) Divorciada (o) Unión libre
Mencione la edad de sus hijos:

Instrucciones: Marque con una X la opción más correcta, de acuerdo a su comportamiento.

1. ¿Cuánto tiempo ha estado en su trabajo actual?
a) Más de cinco años b) entre dos y cinco años c) entre uno y dos años d) menos de un año
2. ¿Está usted satisfecho con el nivel de su trabajo?
a) Sí b) No
3. ¿Su trabajo requiere de gran responsabilidad?
a) No b) Ocasionalmente c) La mayoría de las veces d) Siempre
4. ¿Ha sido (o es) molesto para usted encontrarse bajo presión?
a) No b) Algunas veces c) La mayoría de las veces d) Siempre
5. ¿Se considera una persona ambiciosa, que siempre logra lo que se propone?
a) No, soy tranquilo b) Algunas veces tengo ambiciones c) Generalmente deseo lograr lo que me propongo d) Cada actividad es un reto que debo superar
6. ¿Le gusta hacer las cosas (en el trabajo, en el hogar) lo más rápido posible?
a) Siempre hay tiempo, mañana podré hacerlo b) Solamente a veces c) La mayoría de las veces d) Siempre
7. ¿Se describe como una persona relajada?
a) Sí b) La mayoría de las veces c) Solamente en ocasiones d) No
8. ¿Cuándo usted se enoja, lo nota la gente que está a su alrededor?
a) Generalmente no me enojo, no se nota b) Ocasionalmente me enojo es raro verme enojado c) Frecuentemente me enojo, es condición común d) Me enojo diariamente, es notorio en mi carácter
9. ¿Se lleva trabajo a su casa?
a) No, nunca b) Sólo que tuviese una urgencia c) Frecuentemente, porque tengo mucho trabajo d) Diariamente para poder avanzar más
10. ¿Existe competencia en su trabajo?
a) No b) Ocasionalmente c) Frecuentemente d) Siempre

11. Si ve a alguien haciendo un trabajo muy despacio y usted sabe que lo puede hacer mejor y más rápido, ¿qué hace?
 a) No hacer caso b) Observarlo c) Estaría tentado a ofrecerle ayuda d) Le haría el trabajo
12. ¿Realiza habitualmente dos cosas a la vez (por ejemplo, ver televisión y leer, bañarse y rasurarse; desayunar y leer el diario, etc.)?
 a) Nunca b) Ocasionalmente c) Frecuentemente d) Siempre
13. ¿Come usted rápido, camina rápido?
 a) Nunca, siempre hay tiempo para todo b) Solo en ocasiones c) Cuando se me hace tarde d) Siempre, no hay tiempo que perder
14. Cuando va a algún restaurante y ve que hay gente esperando, ¿qué hace?
 a) Espero mesa b) Solicito que me ayuden a conseguir una c) Fumo o paseo mientras espero mesa d) Me voy a otro restaurante
15. Cuando va en su automóvil y delante de usted va otra persona más lenta, ¿qué hace?
 a) Conservo mi velocidad y carril b) Procuo rebasarla con precaución c) la rebaso inmediatamente o le toco el claxon d) toco el claxon, la maldigo y la rebaso
16. Cuando va a un supermercado y la cola es grande, ¿qué hace?
 a) Esperar b) Busco alguna distracción para esperar tranquilamente c) Busco una fila más corta, me provoca ansiedad d) Me salgo, otro día compraré o haré trámites; no debo perder tiempo
17. ¿Se siente ansioso por terminar lo que está haciendo?
 a) No, hay tiempo para todo b) Ocasionalmente c) Frecuentemente d) Siempre si acabo pronto podré hacer más cosas
18. ¿Trata siempre de apurarse para hacer muchas cosas?
 a) No b) A veces c) La mayoría de las veces d) Siempre
19. Puede estar sentado escuchando música por más de una hora?
 a) Sí, puedo hacerlo diariamente b) la mayoría de las veces lo hago c) Solamente cuando tengo tiempo d) No, hay cosas más importantes que perder el tiempo
20. ¿Le gusta tomar vacaciones frecuentemente, o salir de fin de semana?
 a) Sí b) La mayoría de las veces c) Sólo en ocasiones d) No, nunca

Instrucciones: A continuación encontrará algunas preguntas con relación a su salud. No considere los relativos a las consecuencias de la ingestión de bebidas alcohólicas y si es mujer los relativos a la menstruación. Debe contestar, colocando una X sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4, 5)

1= No 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Frecuentemente
5= Siempre

DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES HA SENTIDO:

1. La sensación de que se le regresa la comida	1	2	3	4	5
2. Misma sensación anterior pero con ardor que sube (agruras)	1	2	3	4	5
3. Dificultad para pasarse (tragar) la comida	1	2	3	4	5

4. Dolor al tragar la comida	1	2	3	4	5
5. Vomito	1	2	3	4	5
6. Nauseas o ascos	1	2	3	4	5
7. Gases	1	2	3	4	5
8. Estreñimiento	1	2	3	4	5
9. Diarrea	1	2	3	4	5
10. Ha notado que su materia fecal es muy oscura o negra	1	2	3	4	5
11. Comezón en el ano	1	2	3	4	5
12. La sensación de estar lleno	1	2	3	4	5

13. Esgurrimientos nasales, moco flojo	1	2	3	4	5
14. Dolor en la cara	1	2	3	4	5
15. Sangrado de nariz	1	2	3	4	5
16. Ha estado disfónico, ronco	1	2	3	4	5
17. Tos	1	2	3	4	5
18. Tos con flema	1	2	3	4	5
19. Tos con sangre	1	2	3	4	5
20. Dolor en el pecho o en los costados	1	2	3	4	5

21. Ha notado que las uñas y la boca se le ponen moradas	1	2	3	4	5
22. En los últimos 6 meses ha sentido la sensación de falta de aire, al hacer un esfuerzo como subir escaleras,	1	2	3	4	5
23. En los últimos 6 meses ha sentido hinchazón ya sea en las piernas, pies tobillos o rodillas	1	2	3	4	5
24. En los últimos 6 meses ha sentido palpitaciones rápidas	1	2	3	4	5
25. En los últimos 6 meses ha sentido sensación de que se le voltea el corazón	1	2	3	4	5
26. En los últimos 6 meses ha sentido opresión o dolor en el pecho	1	2	3	4	5
27. En los últimos 6 meses ha sentido dolores de cabeza	1	2	3	4	5
28. En los últimos 6 meses ha sentido zumbidos en los oídos	1	2	3	4	5
29. En los últimos 6 meses ha visto manchitas brillantes o lucecitas	1	2	3	4	5
30. En los últimos 6 meses ha sentido debilidad repentina, siente desmayarse	1	2	3	4	5
31. En los últimos 6 meses ha sentido dolor al marchar que lo ha llevado a cojear o pararse	1	2	3	4	5
32. En los últimos 6 meses ha tenido varices	1	2	3	4	5

33. Consume más de media cajetilla de cigarros al día	1	2	3	4	5
34. Consume más de 5 copas (bebidas alcohólicas) a la semana	1	2	3	4	5
35. Ha tenido algún accidente leve en el trabajo (que no considere su seguro: raspadura, resbalón, cortadura leve, machucón, etc.)	1	2	3	4	5
36. Ha tenido algún accidente grave (que considere su seguro: torcedura herida grave, amputación etc.)	1	2	3	4	5
37. Ha faltado a su trabajo	1	2	3	4	5
38. Han cambiado sus hábitos alimenticios	1	2	3	4	5

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados respecto a su trabajo y manera de pensar. Solicitamos su opinión sincera al respecto. No hay respuestas buenas o malas; todas son valiosas pues se refieren a su opinión. Responda tan rápidamente como sea posible, después de leer cuidadosamente cada enunciado. Debe contestar, colocando una X sobre los números de la columna del lado derecho (1, 2, 3, 4, 5).

1= Totalmente en desacuerdo 2=Casi en desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4= Casi de acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

SIENTO QUE:

1. Tengo un trabajo estable	1	2	3	4	5
2. Tengo un trabajo seguro	1	2	3	4	5
3. En mi trabajo ha habido despidos recientes	1	2	3	4	5
4. En mi trabajo próximamente habrá despidos	1	2	3	4	5
5. En mi trabajo tengo posibilidades de hacer carrera	1	2	3	4	5
6. Para la compañía mis habilidades y destrezas son valiosas	1	2	3	4	5

MI SUPERVISOR:

7. Se involucra en mi trabajo	1	2	3	4	5
8. Me presta atención	1	2	3	4	5
9. Es hostil	1	2	3	4	5
10. Es acomedido, ayuda	1	2	3	4	5
11. Es buen organizador	1	2	3	4	5

MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO:

12. Son competentes	1	2	3	4	5
13. Se interesan en mí	1	2	3	4	5
14. Son hostiles	1	2	3	4	5
15. Son amistosos	1	2	3	4	5
16. Trabajan juntos en equipo	1	2	3	4	5
17. Son acomedidos, apoyan	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de enunciados respecto a su trabajo y su estado de ánimo actual. Solicitamos su opinión sincera al respecto. No hay respuestas buenas o malas; todas son valiosas pues se refieren a su opinión. Por favor lea estas oraciones cuidadosamente y decídase en cada caso por aquella respuesta que mejor se adecue para describir su estado de ánimo ACTUAL O DE ESTE MOMENTO. No deje sin contestar ninguna pregunta, ni marque más de una opción, pues de ser así el cuestionario se invalidaría. Debe contestar colocando una X sobre los números de la columna del lado derecho (1 o 2).

1	NO	2	SI
---	----	---	----

1. Puedo reaccionar ante situaciones perturbadoras rápida y correctamente	1	2
2. Actualmente estoy interesado en mi trabajo	1	2
3. Actualmente no soy capaz de percibir cambios o variaciones en mi trabajo	1	2
4. Considero que mi trabajo es excesivo y pienso que puedo ocasionar un peligro a consecuencia de mis reacciones erróneas	1	2
5. Actualmente este trabajo me tiene hartado	1	2
6. Pienso que mi trabajo varía poco	1	2
7. Actualmente las pequeñas interrupciones hacen que enseguida me ponga nervioso.	1	2
8. En este momento el trabajo me aburre y tengo pereza	1	2
9. Actualmente no reacciono con rapidez.	1	2
10. Si yo supiera siempre como debo de reaccionar no me preocuparía el trabajo	1	2
11. Actualmente siento que el tiempo se pasa muy rápido	1	2
12. En este momento no podría manejar situaciones complicadas	1	2
13. Me siento relajado y fresco	1	2
14. Actualmente puedo cumplir con mi trabajo sin problema	1	2
15. En este momento mi trabajo no me da lo mismo	1	2
16. Mi trabajo me gusta.	1	2
17. Por el momento existe el peligro de que me duerma	1	2
18. Me sentiría feliz si en ocasiones tuviese algo que hacer	1	2
19. Si hubiese ahora un problema en el equipo técnico, sería capaz de tomar las medidas pertinentes para solucionarlo.	1	2
20. Actualmente mi trabajo es muy agotador.	1	2
21. Actualmente el trabajo no me deprime mucho	1	2
22. Actualmente mi trabajo me disgusta	1	2
23. En determinadas situaciones laborales siento miedo	1	2
24. Actualmente y con frecuencia mis pensamientos se desvían del trabajo	1	2
25. Actualmente considero mi trabajo muy placentero.	1	2
26. Actualmente este trabajo me enoja	1	2
27. Actualmente tengo que esforzarme para poder realizar mis labores	1	2
28. Actualmente trabajo sin mayor esfuerzo	1	2
29. En este momento trabajo pero sin interés	1	2
30. Yo me siento totalmente exhausto	1	2
31. Soluciono todos los problemas en mi trabajo con rapidez	1	2
32. Para poder continuar con el trabajo tengo que reponerme del cansancio.	1	2

33. Cuando tengo problemas reacciono mejor	1	2
34. Actualmente yo estoy tan preocupado que no puedo reaccionar con rapidez	1	2
35 . Estoy feliz si hay algo que hacer	1	2
36. En este momento yo estoy desganado	1	2
37. Por momentos siento repugnancia por el trabajo	1	2
38. En este momento no me aburre mi trabajo	1	2
39. En este momento la concentración necesaria para mi trabajo no se ha afectado	1	2
40. Actualmente estoy interesado por mi trabajo	1	2
41. Actualmente mi trabajo es divertido	1	2
42. Mi concentración en general es buena	1	2
43. Actualmente mi trabajo no es monótono	1	2
44. Actualmente trabajo a disgusto	1	2
45. Me siento adormecido	1	2
46. Quisiera tener algo más que hacer	1	2
47.Me siento inseguro en mi trabajo	1	2
48. Ante las interrupciones reacciono con serenidad	1	2
49. Necesito de más energía para realizar mi trabajo	1	2
50. El trabajo lo realizo sin esfuerzo	1	2
51. Fácilmente pierdo la perspectiva de lo que tengo que hacer	1	2
52. Me siento acabado	1	2
53. Continúo trabajando pero sin interés	1	2
54. En este momento puedo supervisar mi área de trabajo sin mucho esfuerzo	1	2
55. Actualmente trabajo sin ganas	1	2
56. Realizo otras actividades para vencer el sentimiento de cansancio	1	2
57. Actualmente encuentro agradable mi trabajo	1	2
58. Siento miedo ante determinadas situaciones laborales	1	2
59. Actualmente estoy desanimado	1	2
60. Actualmente el trabajo no me deprime mucho.	1	2
61. Debo esforzarme más en mi trabajo	1	2
62. Trato de prevenir antes de que sucedan los problemas	1	2
63. En este momento quisiera tener más actividad física.	1	2
64. Estoy apunto de quedarme dormido en el trabajo.	1	2
65. Mi trabajo es muy variado	1	2
66. Actualmente realizo mi trabajo muy a gusto.	1	2
67. En este momento siento que puedo cumplir con las exigencias de mi trabajo	1	2
68. Actualmente realizó mi trabajo muy concentrado.	1	2
69. Cuando ocurren averías mayores o errores, yo puedo ejecutar las medidas correctivas apropiadas sin dificultad	1	2
70. Actualmente el tiempo pasa muy rápido	1	2
71. Me he acostumbrado a que puedan haber errores o fallas en mi trabajo	1	2
72. Actualmente no reacciono con rapidez	1	2
73. Actualmente me parece que el tiempo no pasa.	1	2
74. La más pequeña interrupción me pone intranquilo	1	2
75. Actualmente la actividad es muy monótona, me alegraría que hubiese un cambio	1	2

76. En este momento estoy harto del trabajo	1	2
77. Actualmente me siento presionado y desgastado	1	2
78. No me cuesta ningún esfuerzo tomar decisiones en mi trabajo	1	2
79. Actualmente mi trabajo es agradable	1	2
80. Me pongo nervioso con facilidad en mi trabajo	1	2

ESO ES TODO, GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACION.

Anexo 2

Tabla de Resumen de resultados por sujeto

TABLA DE RESUMEN PUNTAJES POR SUJETO POR CUESTIONARIO

Sujeto	Hospital	Escolaridad	Antigüedad	Estado civil	edad	estrés A	Fatiga A	Monotonía A	Burnout A	Estrés B	Fatiga B	Monotonía B	Burnout B	Patrón A	Apoyo socs	Apoyo Socc	Global Apoyo	Digestivo	Respiratorio	Circulatorio	Hábitos	Global salud	
1	La Raza	Licenciatura	4	Soltera	25	55	56.8	60	47*	51.8*	48*	40.5*	43.75*	52	9*	19	28*	21	8	16	9	54	
2	La Raza	Licenciatura	20	Soltera	0	59.33	57.75	59	56.83	60.66	51.2	58.66	62.5	51	4*	28	29	12	12	13	8	45	
3	La Raza	Licenciatura	0	Casada	27	47.88*	49.62*	48.2*	53.12	44*	48.8*	44*	49*	49	12	23	35	22	11	14	6	53	
4	La Raza	No respondió	4	Casada	27	51.5	52.57	52	48.5*	58.25	54.42	59	62.5	40	16	20	36	22	11	17	10	60	
5	La Raza	No respondió	0	Casada	0	59.33	59.2	59	63.33	54.2	60.2	0*	62.5	43	19	26	45	14	8	16	8	46	
6	La Raza	Licenciatura	8	Soltera	28	44*	44.16*	43.5*	47.16*	43.2*	45*	56.33	41.4*	48	5*	30	35	38*	16*	15	15*	82*	
7	La Raza	Bachillerato	15	Casada	35	55	54.42	62	60	68.2	59	58.66	63.33	62.5	44	14	30	44	13	8	13	7	41
8	La Raza	No respondió	14	Casada	0	53.33	54.2	57.5	62.25	59	60.2	58.5	54.5	46	16	26	42	20	8	18	13*	57	
9	La Raza	Bachillerato	24	Divorciada	42	54.8	52.66	56	49.6*	59	58.66	50	60	55*	13	28	41	23	20*	15	13*	71*	
10	La Raza	Bachillerato	13	Unión libre	33	49.25*	46.25*	55	56	0*	54	0*	0*	49	13	19	32	23	19	38*	10	90	
11	La Raza	Bachillerato	2	Admon.	44	47*	62.33	54.5	62.25	52.2	54	46*	61.66	45	23	20	43	13	8	21	8	50	
12	La Raza	Bachillerato	12	Casada	31	56.33	61.75	56.6	47.5*	60.66	55	55.75	61.66	40	20	25	45	20	8	15	10	53	
13	La Raza	Bachillerato	12	Casada	34	56.33	61.75	56.6	63.33	60.66	54.8	55.75	61.66	51	19	24	43	15	8	16	8	47	
14	La Raza	No respondió	0	Casada	32	65.66	56.6	55.28	63.33	53	67.4	54.4	61.66	47	8*	19	25*	18	8	13	9	48	
15	La Raza	No respondió	8	Divorciada	50	46.25*	41*	52	43*	41.16*	46.83*	48.6*	55.66	51	5*	9*	14*	23	14*	29*	9	75	
16	La Raza	No respondió	0	Unión libre	41	60.66	60.25	58.6	62	50.66	55.2	58	62.5	47	9*	23	32	15	8	33*	9	65	
17	La Raza	No respondió	0	No respondió	0	58.25	58.2	55.18	63.33	60	54	63.33	61.66	50	17	20	37	14	7	17	17*	55	
18	La Raza	Licenciatura	21	Casada	42	58.25	58.2	55.18	77	61.5	58.66	57.66	62.5	34	25	30	55	18	8	12	8	44	
19	La Raza	Básica	26	Casada	50	56.25	66	70	66.4	64.4	56.16	70.75	75.25	47	18	21	39	13	10	13	6	42	
20	La Raza	No respondió	21	Divorciada	45	59.25	56.6	56.6	60.66	60.66	58.16	65.4	46.25*	49	16	23	39	28*	16*	13	6	42	
21	La Raza	Bachillerato	20	Divorciada	39	48.71*	52.33	50.87	55.29	61.5*	56	63	57	52	6*	30	36	17	11	22	10	71*	
22	La Raza	Bachillerato	12	Soltera	36	54.28	54.8	56	55.16	51.5*	56.16	63	60.2	39	5*	13*	18*	12	8	16	7	43	
23	La Raza	Bachillerato	20	Unión libre	42	53	55.4	56.6	63.33	62.71	63.5	66.5	62.5	44	8*	14*	20*	15	11	15	8	49	
24	La Raza	Licenciatura	11	Soltera	44	50.4	47.55*	53.14	62.25	51.75*	56.16	51.75	61.66	45	17	12*	29	20	12	20	6	58	
25	Angeles	Básica	10	Soltera	32	55	62.33	53	62.25	61.5	54	63	62.5	34	14	18	32	12	8	12	7	39	
26	Angeles	Básica	21	Casada	39	62	52.5	55	63.33	60.66	54.6	58.5	61.66	48	21	24	41	20	8	12	9	49	
27	Angeles	Básica	0	Soltera	45	47.33*	50.83	59	57	51.5*	50.66	64.33	58.2	46	21	10*	30	31	18	10	16	10	54
28	CEMC	Especialidad	15	Casada	38	53.71	59	58.25	63.33	59.4	62.5	64.2	60.2	52	17	30	47	26*	8	19	10	63	
29	CEMC	Básica	0	Casada	38	52	54.4	59.2	60	61.5	57.5	65.4	60.2	43	18	22	40	17	9	14	7	47	
30	CEMC	Bachillerato	5	Casada	24	55	53.5	78.5	65.33	58.25	57	95	51.25	49	17	30	47	17	9	14	7	47	
31	CEMC	Bachillerato	6	Casada	27	50.62	52	57.16	58	52	55	65.4	59.2	46	17	20	37	18	8	19	6	51	
32	CEMC	Básica	3	Soltera	25	57.14	50.8	55.4	59	51.6*	53.85	64.33	57.75	52	23	18	41	28*	18*	18	10	60	
33	CEMC	Básica	0	Casada	27	51.5	55.8	53.5	62.25	53	50.1	71.33	59.2	51	17	18	35	19	9	18	7	53	
34	CEMC	Bachillerato	0	Casada	29	57.8	59	51.5	59.66	57.5	50	70.75	57	40	13	18	31	16	8	17	8	49	
35	CEMC	Bachillerato	13	Soltera	31	49.25*	50.16	51.8	69.2	25.8	56.16	81	56	47	8*	20	28	15	8	15	9	47	
36	CEMC	Bachillerato	3	Divorciada	25	52.66	50.66	62	62.25	57.5	52.57	50.8	62.5	43	14	23	37	32	15*	29*	9	85*	
37	CEMC	Bachillerato	8	Casada	29	48.75*	44.5*	49.11*	68	60.66	51.62	53.5	54.75	52	10*	21	31	22	11	20	10	63	
38	CEMC	Bachillerato	4	Casada	38	51.8	58.75	53.5	67.5	56.5	60.2	56.5	60.2	47	8*	12*	30	15	11	13	8	47	
39	CEMC	No respondió	0	Casada	35	55.42	50	45.16*	62.25	52	53.5	54	59.2	47	13	15*	29	17	12	17	15	61	
40	CEMC	Bachillerato	1	Soltera	18	51.75	48.85*	59	77	51.37*	52	56	55	55*	29	38	17	17*	22	9	18	6	49
41	CEMC	Básica	0	Soltera	29	48.5*	51.66	52.5	53.85*	58.25	63.5	54.5	62.5	56*	17	8*	38	17	12	17	15	61	
42	CEMC	Básica	0	Soltera	32	50.5	59.5	53.75	57.66	59.5	60.2	56.5	62.5	44	20	18	38	24*	17*	16	12*	43	
43	CEMC	Bachillerato	8	Unión libre	28	46.6*	55.4	53.75	57.66	59.5	60.2	56.5	62.5	43	22	21	43	24*	16*	23	10	73*	
44	CEMC	Licenciatura	0	Soltera	28	53.8	52.16	60.75	62.25	57.25	54.6	52.28	60.2	54	21	22	43	16	10	24*	10	60	
45	Angeles	Bachillerato	2	Soltera	20	55	53.25	56.8	63.33	45.5*	52	60.66	62.5	46	16	25	41	25*	9	18	11	63	
46	Angeles	Bachillerato	21	Casada	44	59	56.16	61.5	55	62.33	58.16	65.5	61.66	45	15	26	41	15	9	13	8	45	
47	Angeles	No respondió	0	Divorciada	45	49.25*	54.5	58.25	63.33	53.5	56.16	60.66	60	52	21	18	39	15	9	13	11	50	
48	Angeles	No respondió	20	Soltera	40	53.66	50	55	56.66	54.16	58	60.66	57	50	9*	18	27	18	8	12	6	44	
49	Angeles	No respondió	20	Casada	45	56.33	60.2	51.33	60	62.33	56.16	56.75	60.2	44	24	23	47	16	9	16	8	49	
50	Angeles	Licenciatura	22	Casada	55	55	56.16	58.6	60.25	61.5	60.2	57	60	46	17	22	39	17	18*	18	10	63	
51	Angeles	No respondió	5	Casada	53	56.66	56.33	54.33	62.25	48.83*	54.6	50.8	61.66	50	15	20	35	23	14*	15	7	59	
52	Angeles	Especialidad	21	Casada	42	59.25	51.85	50.66	62.25	61.5	63.5	57	62.5	54	18	24	42	17	8	18	6	49	
53	Angeles	Bachillerato	24	Divorciada	46	58.66	53.33	52.25	53.66	53.5	53.5	54.5	62.5	45	18	20	38	26*	15*	27*	10	78*	
54	La Raza	Básica	5	Casada	31	56.8	53	53.75	62.25	60.66	55.2	51.75	62.5	45	18	20	38	26*	15*	27*	10	78*	
55	La Raza	Bachillerato	15	Casada	35	46.8*	60.2	61.5	57	58.6	52.62	61	60.2	43	13	25	38	19	8	14	7	43	
56	La Raza	No respondió	0	Soltera	47	48*	61.75	56	63.33	58.25	57.2	51.83	61.66	45	20	18	35	14	8	14	7	43	
57	La Raza	No respondió	0	Casada	46	48*	47.25*	53.16	49.6*	53.8	53.2	53	53	53	15	20	35	20*	15*	26*	11	78*	

* En la forma A del BMSII, sujetos rechazados por obtener puntaje menor a 50. En la forma B sujetos con algún grado de afectación; en Patrón de Conducta Tipo A sujetos que lo presentan, sujetos con puntaje menor a 10 en apoyo de supervisor, 16 en apoyo de compañeros y 25 en puntaje global además de sujetos en riesgo de salud (con puntajes mayores a 24.16 en digestivo, 14.63 en respiratorio, 24.08 en circulatorio, 11.57 en hábitos saludables y 70.83 en el puntaje global de salud percibida)

Anexo 3

Matriz de correlaciones de variables

Matriz de correlaciones de las variables Efectos Negativos de Tipo Psicológico, Patrón de Conducta Tipo A, Apoyo Social y Salud Percibida

			TOTAL DE ESTRES B	TOTAL DE FATIGA B	TOTAL DE MONOTONIA B	TOTAL DE BURNOUT B	TOTAL DE PATRON DE CONDUCTA TIPO A	TOTAL DE APOYO SOCIAL SUPERVISOR	TOTAL DE APOYO SOCIAL COMPAÑEROS	PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	TOTAL DE APARATO DIGESTIVO	TOTAL DE APARATO RESPIRATORIO	TOTAL DE APARATO CIRCULATORIO	TOTAL DE HABITOS DE SALUD
Spearman's rho	TOTAL DE ESTRES B	Correlation Coefficient	1.000	.465**	.308*	.364**	-.228	.389**	.272*	.446**	-.330*	-.262*	-.299*	-.289*	-.116
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.020	.005	.088	.003	.041	.001	.012	.049	.024	.029	.392
		N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	TOTAL DE FATIGA B	Correlation Coefficient	.465**	1.000	.113	.263*	-.295*	.260	-.020	.235	-.350**	-.279*	-.185	-.312*	-.179
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.402	.048	.026	.051	.883	.078	.008	.035	.168	.018	.183
		N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	TOTAL DE MONOTONIA B	Correlation Coefficient	.308*	.113	1.000	.051	-.170	.085	.091	.137	-.318*	-.234	-.301*	-.234	-.090
		Sig. (2-tailed)	.020	.402	.	.708	.205	.531	.501	.309	.016	.080	.023	.080	.506
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE BURNOUT B	Correlation Coefficient	.364**	.263*	.051	1.000	-.380**	.281*	.101	.240	-.336*	-.360**	-.228	-.192	-.275*	
	Sig. (2-tailed)	.005	.048	.708	.	.004	.034	.456	.072	.011	.006	.088	.151	.039	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE PATRON DE CONDUCTA TIPO A	Correlation Coefficient	-.228	-.295*	-.170	-.380**	1.000	.166	.012	-.131	.342**	.211	.339**	.243	.219	
	Sig. (2-tailed)	.088	.026	.205	.004	.	.216	.929	.330	.009	.116	.010	.068	.101	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE APOYO SOCIAL SUPERVISOR	Correlation Coefficient	.389**	.260	.085	.281*	-.166	1.000	.037	.702**	-.021	.008	-.059	.098	.014	
	Sig. (2-tailed)	.003	.051	.531	.034	.216	.	.783	.000	.875	.956	.661	.468	.919	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE APOYO SOCIAL COMPAÑEROS	Correlation Coefficient	.272*	-.020	.091	.101	.012	.037	1.000	.685**	.071	.106	-.122	-.010	.128	
	Sig. (2-tailed)	.041	.883	.501	.456	.929	.783	.	.000	.597	.433	.366	.941	.344	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	Correlation Coefficient	.446**	.235	.137	.240	-.131	.702**	.685**	1.000	.031	.072	-.150	.082	.098	
	Sig. (2-tailed)	.001	.078	.309	.072	.330	.000	.000	.	.821	.594	.266	.546	.468	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
Spearman's rho	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	Correlation Coefficient	-.330*	-.350**	-.318*	-.336*	.342**	-.021	.071	.031	1.000	.795**	.694**	.792**	.691**
		Sig. (2-tailed)	.012	.008	.016	.011	.009	.875	.597	.821	.	.000	.000	.000	.000
		N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	TOTAL DE APARATO DIGESTIVO	Correlation Coefficient	-.262*	-.279*	-.234	-.360**	.211	.008	.106	.072	.795**	1.000	.538**	.451**	.460**
		Sig. (2-tailed)	.049	.035	.080	.006	.116	.956	.433	.594	.000	.	.000	.000	.000
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE APARATO RESPIRATORIO	Correlation Coefficient	-.299*	-.185	-.301*	-.228	.339**	-.059	-.122	-.150	.694**	.538**	1.000	.423**	.384**	
	Sig. (2-tailed)	.024	.168	.023	.088	.010	.661	.366	.266	.000	.000	.	.001	.003	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE APARATO CIRCULATORIO	Correlation Coefficient	-.289*	-.312*	-.234	-.192	.243	.098	-.010	.082	.792**	.451**	.423**	1.000	.404**	
	Sig. (2-tailed)	.029	.018	.080	.151	.068	.468	.941	.546	.000	.000	.001	.	.002	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	
TOTAL DE HABITOS DE SALUD	Correlation Coefficient	-.116	-.179	-.090	-.275*	.219	.014	.128	.098	.691**	.460**	.384**	.404**	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.392	.183	.506	.039	.101	.919	.344	.468	.000	.000	.003	.002	.	
	N	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Anexo 4

Matrices de Correlaciones por Grupos

Matriz de correlaciones del Grupo de Bajo Apoyo

			TOTAL DE ESTRES B	TOTAL DE FATIGA B	TOTAL DE MONOTONIA B	TOTAL DE BURNOUT B	PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA
Spearman's rho	TOTAL DE ESTRES B	Correlation Coefficient	1.000	.354	.475*	.534**	-.043	-.423*
		Sig. (2-tailed)	.	.083	.016	.006	.839	.035
		N	25	25	25	25	25	25
	TOTAL DE FATIGA B	Correlation Coefficient	.354	1.000	.209	.546**	-.452*	-.490*
		Sig. (2-tailed)	.083	.	.317	.005	.023	.013
		N	25	25	25	25	25	25
	TOTAL DE MONOTONIA B	Correlation Coefficient	.475*	.209	1.000	.406*	-.010	-.541**
		Sig. (2-tailed)	.016	.317	.	.044	.963	.005
		N	25	25	25	25	25	25
	TOTAL DE BURNOUT B	Correlation Coefficient	.534**	.546**	.406*	1.000	-.159	-.470*
		Sig. (2-tailed)	.006	.005	.044	.	.447	.018
		N	25	25	25	25	25	25
PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	Correlation Coefficient	-.043	-.452*	-.010	-.159	1.000	.453*	
	Sig. (2-tailed)	.839	.023	.963	.447	.	.023	
	N	25	25	25	25	25	25	
PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	Correlation Coefficient	-.423*	-.490*	-.541**	-.470*	.453*	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.035	.013	.005	.018	.023	.	
	N	25	25	25	25	25	25	

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

1. Grupos de apoyo social = Bajo apoyo

Matriz de correlaciones del Grupo de Alto Apoyo Social

			TOTAL DE ESTRES B	TOTAL DE FATIGA B	TOTAL DE MONOTONIA B	TOTAL DE BURNOUT B	PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA
Spearman's rho	TOTAL DE ESTRES B	Correlation Coefficient	1.000	.517**	.178	.065	.149	-.373*
		Sig. (2-tailed)	.	.002	.329	.725	.416	.036
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE FATIGA B	Correlation Coefficient	.517**	1.000	.007	-.104	.292	-.250
		Sig. (2-tailed)	.002	.	.968	.571	.105	.167
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE MONOTONIA B	Correlation Coefficient	.178	.007	1.000	-.228	-.036	-.208
		Sig. (2-tailed)	.329	.968	.	.209	.847	.254
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE BURNOUT B	Correlation Coefficient	.065	-.104	-.228	1.000	.160	-.272
		Sig. (2-tailed)	.725	.571	.209	.	.383	.132
		N	32	32	32	32	32	32
PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	Correlation Coefficient	.149	.292	-.036	.160	1.000	-.256	
	Sig. (2-tailed)	.416	.105	.847	.383	.	.158	
	N	32	32	32	32	32	32	
PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	Correlation Coefficient	-.373*	-.250	-.208	-.272	-.256	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.036	.167	.254	.132	.158	.	
	N	32	32	32	32	32	32	

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

1. Grupos de apoyo social = Alto apoyo

Matriz de Correlaciones del Grupo de Bajos Síntomas de Salud Percibida

			TOTAL DE ESTRES B	TOTAL DE FATIGA B	TOTAL DE MONOTONIA B	TOTAL DE BURNOUT B	PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA
Spearman's rho	TOTAL DE ESTRES B	Correlation Coefficient	1.000	.236	.214	.360*	.513**	-.267
		Sig. (2-tailed)	.	.194	.239	.043	.003	.139
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE FATIGA B	Correlation Coefficient	.236	1.000	-.154	.290	.025	-.307
		Sig. (2-tailed)	.194	.	.399	.108	.893	.087
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE MONOTONIA B	Correlation Coefficient	.214	-.154	1.000	-.119	.025	-.055
		Sig. (2-tailed)	.239	.399	.	.516	.891	.766
		N	32	32	32	32	32	32
	TOTAL DE BURNOUT B	Correlation Coefficient	.360*	.290	-.119	1.000	.200	-.490**
		Sig. (2-tailed)	.043	.108	.516	.	.273	.004
		N	32	32	32	32	32	32
PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	Correlation Coefficient	.513**	.025	.025	.200	1.000	.104	
	Sig. (2-tailed)	.003	.893	.891	.273	.	.573	
	N	32	32	32	32	32	32	
PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	Correlation Coefficient	-.267	-.307	-.055	-.490**	.104	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.139	.087	.766	.004	.573	.	
	N	32	32	32	32	32	32	

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

1. Grupos de salud percibida = Bajos síntomas

Matriz de correlaciones del Grupo de Altos Síntomas de Salud percibida

			TOTAL DE ESTRES B	TOTAL DE FATIGA B	TOTAL DE MONOTONIA B	TOTAL DE BURNOUT B	PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA
Spearman's rho	TOTAL DE ESTRES B	Correlation Coefficient	1.000	.604**	.255	.286	.326	-.054
		Sig. (2-tailed)	.	.001	.218	.166	.112	.798
		N	25	25	25	25	25	25
	TOTAL DE FATIGA B	Correlation Coefficient	.604**	1.000	.132	.223	.418*	-.198
		Sig. (2-tailed)	.001	.	.530	.284	.037	.343
		N	25	25	25	25	25	25
	TOTAL DE MONOTONIA B	Correlation Coefficient	.255	.132	1.000	.086	.397*	-.166
Sig. (2-tailed)		.218	.530	.	.684	.049	.428	
N		25	25	25	25	25	25	
TOTAL DE BURNOUT B	Correlation Coefficient	.286	.223	.086	1.000	.303	-.213	
	Sig. (2-tailed)	.166	.284	.684	.	.141	.307	
	N	25	25	25	25	25	25	
PUNTAJE GLOBAL DE APOYO SOCIAL	Correlation Coefficient	.326	.418*	.397*	.303	1.000	.123	
	Sig. (2-tailed)	.112	.037	.049	.141	.	.559	
	N	25	25	25	25	25	25	
PUNTAJE GLOBAL DE SALUD PERCIBIDA	Correlation Coefficient	-.054	-.198	-.166	-.213	.123	1.000	
	Sig. (2-tailed)	.798	.343	.428	.307	.559	.	
	N	25	25	25	25	25	25	

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

1. Grupos de salud percibida = Altos síntomas