



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

**“RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y
ESTADO DE SALUD GENERAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL
CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD CON ANTECEDENTE DE
ACCIDENTE LABORAL EN EL PERÍODO DE 2011-2013”**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL

PRESENTA:
DRA. ITZEL VIRIDIANA RAMÍREZ BARRÓN

TUTORES:
DRA. GLADYS MARTÍNEZ SANTIAGO
DR. EDUARDO COLMENARES BERMÚDEZ
DR. ERIC ALFONSO AMADOR RODRÍGUEZ



PEMEX

México, Distrito Federal,

Febrero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. FERNANDO ROGELIO ESPINOSA LÓPEZ
Director

DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

DRA. GLADYS MARTÍNEZ SANTIAGO
Profesora Titular del Curso de Especialización

DR. ERIC ALFONSO AMADOR RODRÍGUEZ
Jefe de Servicio del Medicina del Trabajo

DRA. GLADYS MARTÍNEZ SANTIAGO
Tutor de tesis

DR. EDUARDO COLMENARES BERMÚDEZ
Tutor de tesis

DR. ERIC ALFONSO AMADOR RODRÍGUEZ
Asesor de tesis

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a la Dra. Gladys Martínez Santiago, directora principal de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo incondicional recibido a lo largo de estos años.

Especial reconocimiento merece el interés, apoyo mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas del profesor y amigo Dr. Eduardo Colmenares Bermúdez, con el que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros y amigos de la Residencia de Medicina del Trabajo y Ambiental de mi generación por su amistad, comprensión, apoyo y colaboración.

También quiero dar las gracias a todas las personas que me brindaron su colaboración en el suministro de los datos necesarios para la realización de la parte estadística de esta investigación, Dr. Pedro Vargas, Dr. Daniel Muro, Lic. Loredmi.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

	Página
I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	2
III. DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y MÉTODOS	29
IV. RESULTADOS	36
V. DISCUSIÓN	55
VI. CONCLUSIONES	59
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
VIII. ANEXOS	66

I. RESUMEN

Actualmente no se cuenta con ningún tipo de caracterización de los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo, por lo que se desconoce qué factores se encuentran en común para poder establecer una relación causal entre características personales a fin de señalar los beneficios de una posible intervención o el efecto en sus diversas esferas (físico y mental) que refleje la situación perceptiva del individuo desde su entorno político, social, económico y laboral.

En el presente trabajo se identificaron las características de personalidad y el estado de salud general de los trabajadores con antecedente laboral en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de enero 2011 a diciembre 2013, se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36, versión en español, en conjunto con el Test de Eysenck tipo B.

Se obtuvo una muestra de 65 cuestionarios; dentro de los hallazgos significativos encontrados fueron: la relación entre la categoría ejercida y el puntaje obtenido en el cuestionario SF-36; así como entre el grado escolar, categoría y antigüedad y las características de personalidad del test de Eysenck.

El cuestionario SF-36 demostró tener validez y detectar cambios entre individuos y grupos; evalúa tanto salud física como mental y los aspectos generales a la salud de todo individuo. El Test de Eysenck agrupa en 4 grupos los rasgos principales de la personalidad, facilitando obtener réplicas entre sexos, edades, métodos y cuestionarios. Este trabajo propone algunos factores inherentes a las personas que han presentado registros de accidente laboral a fin de ir caracterizando los rasgos en común para continuar con el seguimiento de dichos factores y análisis de los mismos, así como valorar la implementación de los instrumentos utilizados en los centros de trabajo.

II. INTRODUCCIÓN

El campo y los objetivos de la Medicina del Trabajo fueron claramente definidos por primera vez en 1950 por los miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableciendo que es *“la rama de las ciencias de la salud que se ocupa de promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social del hombre que trabaja, previniendo todo daño a su salud por las condiciones de trabajo, protegiéndolo en su empleo contra los riesgos que resulten de la presencia de agentes nocivos para la salud; así mismo, ubicar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo, entendiéndose el trabajo en su más amplio sentido social, como el medio del hombre para integrarse a la sociedad”* (Tudón, 2004) (1).

Por otro lado, a partir de 1994 de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud se ha adoptado a nivel mundial la siguiente definición sobre la “Salud Ocupacional”: *“es una actividad multidisciplinaria dirigida a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes, y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además, procura generar y promover el trabajo sano y seguro, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo, realzar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible; la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo”* (Tudón, 2004) (1).

Los principales factores que se han asociado a un aumento en el índice de accidentes son los denominados *psicosociales*, definidos como aquellos que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación,

apatía, etc.), cognitivas (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) y conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) que son conocidas popularmente como —estrés— y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración (2).

Por estas razones es que en 1974 en la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, se reconoció la necesidad de considerar la influencia de los factores psicosociales en la salud; en 1984 el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de Salud, concluyeron en que los dichos factores influyen de manera directa en el trabajo y en la accidentabilidad por lo que se recomienda la identificación, control y vigilancia. En esta misma reunión se definió a los factores psicosociales como al conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, satisfacción en el empleo, las condiciones de su organización, sus necesidades de cultura y situación fuera del mismo. (3)

Se sabe que la autopercepción del estado de salud tiene que ver con el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia, ya que la actividad laboral promueve o dificulta que las personas ejerzan sus habilidades, experimenten control e interaccionen con las demás para realizar bien sus tareas, facilitando o dificultando la satisfacción de sus necesidades de bienestar (4).

La exposición laboral a factores psicosociales se ha identificado como una de las causas más relevantes de ausentismo laboral por motivos de salud, y se ha relacionado muy especialmente con problemas de salud altamente prevalentes como las enfermedades cardiovasculares, los trastornos de la salud mental y músculo-esqueléticos; así como con un mayor índice de accidentabilidad laboral (5).

Las causas de los accidentes de trabajo se pueden diferenciar en macro (estructura productiva, relaciones laborales) o micro (trabajador, condiciones de trabajo). Por otra parte, estudios previos sugieren la necesidad de tener en consideración variables relacionadas con el historial previo y el estado de salud actual del trabajador (4). Entre las causas micro de los accidentes, algunos estudios han

señalado a los riesgos psicosociales que se originan por diferentes aspectos de las condiciones y organización del trabajo. La literatura científica concluye que las altas demandas psicológicas, emocionales y los conflictos con los supervisores y compañeros, son los factores de riesgo para presentar un accidente laboral. En otro estudio en cambio, las características psicosociales del trabajo que influyeron en el hecho de sufrir un accidente de trabajo son una alta carga de trabajo, altas demandas cognitivas y baja satisfacción y/o autopercepción del estado de salud individual (6).

ESTADO DE SALUD

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual; por esta razón a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace ya varias décadas la salud como un *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad”* (World Health Organization 1952). El modelo “biopsicosocial” en medicina enmarca aspectos referidos al bienestar del paciente, en sus relaciones como persona, su comportamiento, el entorno en el que se desenvuelve y sus relaciones sociales, lo que se conoce con el nombre de Calidad de Vida (Sanz 1991). (8)

CALIDAD DE VIDA

En un sentido filosófico, calidad de vida (CV) es lo que hace que una vida sea mejor, que sea “una buena vida”. En otras perspectivas, es el bienestar mental y espiritual o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales o el funcionamiento e integridad del cuerpo; en su sentido más restrictivo significa poseer bienes materiales. (11)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es el componente de la CV debido a las condiciones de salud de las personas y referido a partir de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global. Es un concepto multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad. Los aspectos de la CV que deben evaluarse son controvertidos, ya que para algunos deben ser solo las condiciones físicas, para otros solo la percepción de los pacientes y para otros, ambas. (10)

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías, y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del sujeto que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer la medición de una variable de expresión subjetiva y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.

Los instrumentos de CVRS se clasifican en genéricos e inespecíficos, se emplean con el propósito de discriminar entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo. Los genéricos no están relacionados con algún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes, se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia. (7)

Las características básicas que definen a un buen instrumento de medida de la Calidad de Vida según Donovan *et al.* (1989) son: a) válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretende medir y no otras; b) preciso o fiable, es decir con un mínimo error de medida; y c) sensible, o sea, capaz de detectar cambios tanto entre diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo (sensibilidad al cambio o responsiveness). (9)

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

El cuestionario de salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual en estudios descriptivos y de evaluación, permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes. El tiempo para desarrollar este instrumento oscila entre 5 y 10 minutos en determinadas situaciones. (7)

Estos contenidos, que evalúan tanto salud física como mental, su robustez psicométrica y su relativa simplicidad, son factores que facilitan su utilización en trabajos de investigación. La existencia de un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original en quince países, el proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment Project), han convertido al SF-36 Health Survey en el instrumento de medida del estado de salud con mayor potencial de uso internacional en la evaluación de la calidad de vida. El proyecto IQOLA permitió obtener la versión española definitiva del SF-36 Health Survey empleada en este trabajo. (10)

El proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como, entre la población México-norteamericana de EUA. (11) Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas; la versión utilizada en el presente estudio está autorizada para utilizarse en México. El uso potencial de la SF-36 para comparar

poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos periodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud, es de extraordinario valor. (12)

De manera concreta se puede decir que el cuestionario SF-36 se trata de un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional: física y mental. Consta de 36 ítems, que se agrupan en 8 subescalas (el ítem 2 no puntúa en ninguna). (13):

1. Funcionamiento físico (FF): 10 ítems (3a-3j) que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas, tales como ejercicios intensos, caminar, entre otros.
2. Rol físico (RF): 4 ítems (4a-4d) que evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional del paciente.
3. Dolor (D): 2 ítems (7,8) que evalúan tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.
4. Salud general (SG): 5 ítems (1,11a-11d) referidos a la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
5. Vitalidad (V): 4 ítems (9a, 9e, 9g, 9i) que valoran el nivel de fatiga y energía del paciente.
6. Funcionamiento social (FS): 2 ítems (6, 10) que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
7. Rol emocional (RE): 3 ítems (5a-5c) que evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional del paciente.
8. Salud mental (SM): 5 ítems (9b-9d, 9f, 9h) que evalúan el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.

	No. ÍTEMS	No. NIVELES	PUNTUACIÓN
1. Funcionamiento Físico	10	21	0-100
2. Rol Físico	4	5	0-100
3. Dolor	2	11	0-100
4. Salud General	5	21	0-100
5. Vitalidad	4	21	0-100
6. Funcionamiento Social	2	9	0-100
7. Rol emocional	3	4	0-100
8. Salud mental	5	26	0-100
Transición*	1	5	0-100
Resumen Físico	35	-	0-100
Resumen Mental	35	-	0-100

Fuente: ALONSO, J. et al, 1995, La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos, Medicina Clínica 104(20), 771-776.

* Corresponde al ítem 2 que funciona como link y no puntúa en alguna subescala.

Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG y V para salud mental son: SG, V, FS, RE y SM. Los ítems se puntúan con escalas de tipo Likert de rango variable, desde 2 hasta 6 valores; el rango de referencia temporales el momento actual; es una escala autoaplicada y todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100; no existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida. (14)

PERSONALIDAD

La personalidad puede explicarse desde varios enfoques; en primer lugar, permite conocer de manera aproximada los motivos que conducen a un individuo a actuar, sentir, pensar y desenvolverse en un medio; también es posible conocer la manera en la cual un sujeto puede aprender e interactuar en el entorno. La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo, la cual se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales; estas características se desarrollan a partir de la interacción de elementos ambientales y biológicos. Se han desarrollado teorías de la personalidad para describir y explicar la conducta de las personas; a través del tiempo surgieron otras tipologías sencillas, cuyo objetivo era describir las diferencias individuales dependiendo de las características observadas en las conductas.

Las explicaciones pseudocientíficas originaron diferentes corrientes de conocimiento, como el psicoanálisis de Sigmund Freud con el desarrollo del aparato psíquico, así como otros estudios de diferentes psicoanalistas; después se desarrollaron los modelos cognitivos, que surgieron a partir de las limitaciones teóricas y prácticas de la corriente conductual, así como el reduccionismo y la metodología del paradigma mecanicista.

- **Componentes de la personalidad**

La personalidad se configura por dos componentes o factores: el temperamento y el carácter.

a) Temperamento: Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel, e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.

b) Carácter: Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad.

Algunos autores y ciertas corrientes tienen diferentes puntos de vista sobre la importancia de uno u otro factor, es decir, algunos autores aseguran que el temperamento es más importante en el despliegue de la personalidad, mientras que otros autores sostienen que el factor ambiental –el carácter– determina la personalidad. No se puede asignar más peso a uno u otro factor, en realidad la personalidad se determina en partes proporcionales.

Existen gran cantidad de corrientes y teorías que intentan abordar el estudio del ser humano, específicamente en psicología, incluso como una definición prematura antes de abordar por completo una definición más amplia, se podría decir que la personalidad integra un conjunto de características dinámicas que determinan al ser humano.

Hay teorías dentro de la psicología que abordan la personalidad desde distintos enfoques teóricos. Por ejemplo, uno de los primeros modelos o tipologías fue descrita por Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo; la teoría de Hipócrates, quien se considera padre de la medicina actual, establecía que las enfermedades eran causadas

por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores. De este modo se originaron cuatro personalidades diferentes que tenían su origen en el tipo de fluido: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico. De este modo, la personalidad comenzó a determinarse y a explicarse de manera más objetiva, sin embargo, esta categoría de Hipócrates aún carecía de la veracidad científica que necesitaba un estudio relacionado con la personalidad, no obstante funcionó como base previa para la siguiente clasificación: Introverso, extroverso, racional y emocional.

De acuerdo a estas características, las personas podían clasificarse dependiendo de cómo se consideraban. A partir de esta clasificación, la teoría de la personalidad comenzó a ganar adeptos dentro de las investigaciones en psicología y psiquiatría, en un intento por establecer parámetros en la descripción de la personalidad humana.

Finalmente se desarrollaron otros modelos pertenecientes a las corrientes humanistas, por una Parte, se originaron como resistencia a paradigmas anteriores del tipo mecanicista, así como por la curiosidad de explorar áreas del ser humano que antes no era posible estudiar, entre esas áreas se encuentra la personalidad; de esta manera, las teorías de Abraham Maslow, Carl Rogers y Fritz Perls complementaron el paradigma humanista. No existe una teoría única de la personalidad, sin embargo hay varias teorías que explican y comprenden al ser humano desde puntos de vista particulares y diferentes. (15)

TEST DE EYSENCK

El test de Eysenck fue estandarizado en Inglaterra y a partir de entonces un número considerable de estudios transculturales, han establecido que las escalas del mismo pueden ser aplicadas en otros países. El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo (N), psicoticismo (P) y extraversión (E). El modelo puede considerarse como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones, que subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o en instancias

conductuales. La medida en que pueden considerarse estas tres dimensiones como las más básicas o elementales, dependerá del nivel que se escoja para describir la personalidad. Este instrumento es el apropiado para estudiar la personalidad a un nivel elevado de la jerarquía. Según los autores, a este nivel de "súper rasgos" es más fácil obtener replicas entre sexos, edades, métodos y cuestionarios.

Las tres dimensiones que mide el instrumento N,P,E, se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es de naturaleza psiquiátrica, ya que se refieren a aquellos rasgos de personalidad que subyacen a la conducta, los cuales se consideran patológicos solamente entre los casos extremos. Por lo tanto, se prefiere usar los términos emocionalidad a N, dureza a P y extroversión a E. Una cuarta escala de deseabilidad social o de mentiras (L), intenta medir una intención de falsificar las respuestas.

Los propósitos de los estudios transculturales realizados por Eysenck y sus colaboradores se han resumido en tres puntos: 1) establecer que los cuatro factores que incluyen el NPE pueden ser medidos adecuadamente en otros países y otras culturas; 2) ofrecer a esos países guías válidas y apropiadas de calificación para cada escala, 3) llevar a cabo comparaciones transculturales de las normas de las escalas, entre Inglaterra y el país en el que se está aplicando, usando por supuesto, solo los reactivos que ambas escalas tienen en común. (17,18)

El test de Eysenck ya se ha usado en otros países latinoamericanos de habla hispana; en México Eysenck, Lara y col. realizaron un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Los objetivos de este estudio fueron, primero, obtener la validez de constructo y la confiabilidad del Test de Eysenck en una población de adultos mexicanos; segundo, comparar los resultados obtenidos en México. Finalmente los autores concluyeron que los resultados obtenidos sugirieron que el test de Eysenck puede ser utilizado en México con la línea de calificación apropiada. (17)

El test de Eysenck cuenta con cuatro escalas de autoaplicación las cuales se describen a continuación:

Extraversión - Introversión (E). El típico extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, y no le gusta leer o estudiar solo. Necesita emociones, se arriesga a veces en extremo, actúa según el ánimo del momento, y es generalmente un individuo impulsivo. Es muy dado para hacer bromas, siempre tiene lista una respuesta, y generalmente le gusta el cambio; es despreocupado, plácido, optimista, y le gusta "reír y estar alegre". Prefiere mantenerse activo y haciendo cosas, tiende a ser agresivo y pierde el control rápidamente; sus sentimientos no están del todo bajo su control, y no siempre es una persona de fiar. En el otro extremo está el introvertido. Este es una persona callada, aislada, introspectiva, es más aficionado a los libros que a las personas, es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro, y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad, y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura. Es de fiar, algo pesimista, y da un gran valor a las normas éticas.

Neuroticismo - Estabilidad (N). La persona típicamente emocional es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional. Sus reacciones desproporcionadas interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse en forma irracional y a veces rígida. Los individuos estables, por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura y son generalmente calmados, mantienen el control y son desconfiados.

Psicoticismo (P). La típica persona con un alto componente de psicoticismo o dureza, es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna

de confianza, ruda, sin modales, poco servicial, e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costas de los demás. Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en esta escala.

Deseabilidad Social o de mentiras (D). Esta cuarta escala intenta medir la intención de falsificar las respuestas.

El test de Eysenck es una prueba que está estructurada de tipo verbal – escrita y con respuestas dicotómicas, emplea la técnica de la elección forzada: (SI - NO) y consta de 100 ítems; la clave de calificación consiste en que de cada una de las respuestas posibles SI o NO se califica solo una, cada ítem califica solo una dimensión; la clave se le otorga poniendo un número del ítem, la respuesta que da un punto y la dimensión que mide (16):

Se ha demostrado que en México todos los factores son virtualmente idénticos a aquellos obtenidos en Inglaterra; así como se ha reforzado la evidencia, basada en las investigaciones que se han hecho en numerosos países, que los constructos psicológicos derivados de este test puede ser medidos de manera válida y confiable; los niveles de confiabilidad de las escalas han sido satisfactorios. (17)

TABLA 2. GUÍA DE CALIFICACIÓN DEL TEST DE EYSENCK EN POBLACIÓN MEXICANA.

Súper rasgos total reactivos	Número de reactivo Con respuesta afirmativa	Número de reactivo Con respuesta negativa
Psicoticismo (20 reactivos)	4, 23, 27, 29, 31, 35, 47, 51, 55, 71, 74, 81, 85, 88, 90, 93, 97, 101	11, 13, 67, 78, 100
Extraversión (20 reactivos)	1, 5, 10, 15, 18, 26, 34, 38, 42, 50, 54, 58, 62, 66, 72, 77, 92, 96.	22, 46.
Neuroticismo (23 reactivos)	3, 7, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 59, 60, 64, 68, 75, 79, 82, 86, 89, 94, 98.	No aplica
Deseabilidad social (20 reactivos)	21, 37, 61, 73, 87, 99.	8, 17, 25, 41, 49, 53, 57, 65, 69, 76, 80, 83, 91, 95.

Sybil B. GEysenck, 1989, Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses, Salud Mental, Vol. 12, No. 3, p.p. 16,17,19.

ACCIDENTES LABORALES

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es la institución de cooperación internacional rectora de las condiciones de trabajo equitativas entre los trabajadores de los países miembros de la misma; su principal objetivo es el de asegurar y mantener condiciones de trabajo equitativas y humanitarias para el hombre, la mujer y el niño en sus propios territorios, así como a todos los países a que se extiendan sus relaciones de comercio y de industria. Dentro de su organización México se encuentra obligado a llevar a cabo lo contenido en el Convenio 155 (1981) que habla sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, que establece:

(...) **Artículo 7-**. La situación en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo deberá ser objeto, a intervalos adecuados, de exámenes globales o relativos a determinados sectores, a fin de identificar los problemas principales, elaborar medios eficaces de resolverlos, definir el orden de prelación de las medidas que haya que tomar, y evaluar los resultados.

(...) **Artículo 11-**. La autoridad o autoridades competentes deberán garantizar la realización progresiva de las siguientes funciones:

(a) la determinación, cuando la naturaleza y el grado de los riesgos así lo requieran, de las condiciones que rigen la concepción, la construcción y el acondicionamiento de las empresas, su puesta en explotación, las transformaciones más importantes que requieran y toda modificación de sus fines iniciales, así como la seguridad del equipo técnico utilizado en el trabajo y la aplicación de procedimientos definidos por las autoridades competentes;

(b) la determinación de las operaciones y procesos que estarán prohibidos, limitados o sujetos a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes, así como la determinación de las sustancias y agentes a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, limitada o sujeta a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes; deberán tomarse en consideración los

riesgos para la salud causados por la exposición simultánea a varias sustancias o agentes;

(c) el establecimiento y la aplicación de procedimientos para la declaración de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por parte de los empleadores y, cuando sea pertinente, de las instituciones aseguradoras u otros organismos o personas directamente interesados, y la elaboración de estadísticas anuales sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;

(d) la realización de encuestas cada vez que un accidente del trabajo, un caso de enfermedad profesional o cualquier otro daño para la salud acaecido durante el trabajo o en relación con éste parezca revelar una situación grave;

(e) la publicación anual de informaciones sobre las medidas tomadas en aplicación de la política a que se refiere sobre los accidentes del trabajo, los casos de enfermedades profesionales y otros daños para la salud acaecidos durante el trabajo o en relación con éste. (19)

En México, de manera homóloga, se cuenta con Ley Federal del Trabajo (2012), la cual en su artículo 473 consigna que “Riesgos de trabajos son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo”. (20)

Y en el artículo 474 se define:

(...) “Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste”.

De los párrafos anteriores se derivan las siguientes posibles consecuencias:

(...) Artículo 477: “Cuando los riesgos se realizan pueden producir:

- I. Incapacidad temporal;
- II. Incapacidad permanente parcial;
- III. Incapacidad permanente total; y
- IV. La muerte”.

(...) Artículo 478: “Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo”.

(...) Artículo 479: “Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar”.

(...) Artículo 480: “Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida”.

(...) Artículo 481: “La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones, o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador”

En Petróleos Mexicanos a partir del año 2005 se cuenta con un sistema llamado SSPA (Seguridad, Salud en el Trabajo y Protección Ambiental (2010) el cual tiene como líneas principales que todos los incidentes y lesiones se pueden prevenir; que la Seguridad, Salud y Protección Ambiental, son responsabilidad de todos y condición de empleo. Este método conlleva a la aplicación de un proceso de mejora continua denominado Disciplina Operativa, igualmente en el mismo se menciona como objetivos la reducción de costos, involucrar a supervisores y trabajadores para corregir problemas y deficiencias a fin de mantener un estricto control sobre los riesgos de trabajo. (21)

Así mismo nace un subsistema de Administración de la Salud en el Trabajo (SAST) que tiene como objetivo establecer los requerimientos que permite a Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, controlar agentes y factores de riesgo en materia de Salud en el Trabajo y mejorar su desempeño. Se sustenta en la aplicación de 14 elementos que rigen las mejores prácticas de un Proceso Integral de Salud en el Trabajo y que se desarrollan multidisciplinariamente a través de la administración de Recursos Humanos, Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, apoyándose con especialidades como la Ergonomía y Psicología Laboral; los cuales están dirigidos a sostener el proceso de Salud en el Trabajo. Y es en el elemento 5 en donde se mencionan los factores psicosociales definidos como: “Aquellas condiciones que se

encuentran presentes en el ambiente laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea (actividad), y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”. (21)

Respondiendo a las necesidades de cumplir con los sistemas descritos, en 1983 se creó el procedimiento LES (Informe de Trabajador Lesionado) el cual tuvo como objetivos establecer un sistema único para reporte y control de personal lesionado en todos los centro de trabajo, que permitiera la intervención de los mandos medios, para que aprovechando sus conocimientos sobre el trabajo realizado, se determinara en forma precisa las causas que originan los accidentes a fin de analizarlos en el lugar mismo donde ocurren, para dictar las medidas correctivas y así eliminar las circunstancias que lo propician.

El procedimiento LES consistía básicamente en los siguientes pasos:

1.- Al enterarse el jefe inmediato del trabajador, de que éste resultó lesionado, solicitaba a la brevedad posible se le proporcionara atención médica y llenaba entre tanto la forma **LES-1 “Solicitud de Atención Médica de Urgencias”** mientras que el médico de primer contacto realizaba el llenado de la **LES-1A “Atención médica inicial”**.

2.- Una vez que el médico de los servicios de salud, atendió al trabajador lesionado y éste podía continuar desempeñando sus labores habituales, llenaba la Forma **LES-2 “Retorno del lesionado”**, dirigida al Jefe del Departamento donde pertenecía el lesionado indicando la fecha en que el mismo debía presentarse.

2.1.- Cuando al trabajador se le incapacitaba para laborar, el Servicio Médico elaboraba la **LES- 3 “Hoja Clínica”** dando a conocer claramente si se trataba de lesionado ambulatorio, que ameritaba hospitalización o debiera mantenerse en reposo en su domicilio.

3.- El responsable del departamento de Seguridad o quien hiciera sus funciones, con base en la información contenida en las Formas LES -1A y 2 (sin días de

incapacidad) o Formas LES-1A y 3 (con días de incapacidad), además de la obtenida directamente, efectuaba el análisis y formulaba la **LES-4 “Análisis de causas”**.

4.- El responsable del departamento de Personal realizaba el análisis del accidente y concluía con la Forma **LES-5 “Calificación”** indicando que el Accidente fue calificado como SÍ o NO de Trabajo.

5.- Al terminar el tratamiento de un trabajador lesionado, los médicos de los servicios de salud llenan la Forma **LES-6 “Gastos médicos”** y envían el original al Departamento de Personal con copia al de Seguridad o quien hiciera sus funciones y al área del trabajador lesionado. (22)

La Dirección General de Petróleos Mexicanos (a través del Sistema de Seguridad, Salud en el Trabajo y Protección Ambiental SSPA PEMEX) y las Direcciones Corporativas de Administración y de Operaciones, coordinaron las actividades para la elaboración del nuevo Procedimiento Institucional para el registro, control y calificación de accidentes de trabajo en PEMEX y Organismos Subsidiarios denominado ITL (Informe de Trabajador Lesionado) el cuál entró en vigor a partir del día 17 de Diciembre de 2012. (23)

Los objetivos de dicho procedimiento son:

- (...) Contar en Petróleos Mexicanos y organismos subsidiarios con un mecanismo administrativo homologado para el registro, control y calificación de los accidentes laborales.
- Cumplir con rendición de cuentas oportuna a las instituciones federales, y propias de PEMEX.
- Fomentar la cultura del reporte claro y oportuno en materia de trabajadores lesionados durante o con motivo del trabajo.

El procedimiento se elaboró en forma conjunta con un grupo multidisciplinario que reunió personal de la:

- ✓ Subdirección de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.

- ✓ Subdirección de Servicios de Salud.
- ✓ SIPAS (Seguridad Industrial y Protección Ambiental de Organismos Subsidiarios).
- ✓ Subdirección de Disciplina Operativa, SSPA.

Se integran 5 formatos del procedimiento ITL:

(...) **ITL 1.- AVISO DE TRABAJADOR LESIONADO.** Es iniciado por el propio trabajador, testigo o compañero del centro de trabajo a fin de comenzar el procedimiento.

ITL 2.- CONDICIÓN DEL TRABAJADOR LESIONADO. Es elaborada por el personal médico que atiende por primera vez al trabajador, ya sea en el centro de trabajo o en el servicio de Urgencias.

ITL 3.- REPORTE PRELIMINAR. Es realizado por el Jefe del Departamento de adscripción del trabajador en conjunto con al Jefe del Departamento donde ocurrió el incidente y un representante del Departamento de Seguridad o quién haga sus funciones a fin de determinar las condiciones que propiciaron al acontecimiento y llegar a la causa del mismo.

ITL 4.- CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE. Lo realiza el Departamento de Recursos Humanos con la información de los formatos previos cotejándolo con la relación de labores de cada puesto de trabajo a fin de calificarlo como accidente de trabajo o no de trabajo con base al CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO DE PETRÓLEOS MEXICANOS, o el REGLAMENTO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE CONFIANZA DE PETRÓLEOS MEXICANOS Y ORGANISMOS SUBSIDIARIOS vigentes.

ITL 5.- COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA. Lo realiza el encargado del Departamento de Seguridad, en caso que el trabajador haya requerido días de incapacidad a fin de conocer los días totales que se generaron y el costo de los mismos.

ITL T.- AVISO DE TRABAJADOR ACCIDENTADO EN TRÁNSITO. En lugar del formato ITL 2 se elabora éste con los datos que el trabajador o un testigo proporcione acerca del lugar del incidente, que ocurra fuera del centro de trabajo.

Por otro lado, en cuanto al marco normativo interno en PEMEX, se cuenta con el Reglamento de Seguridad e Higiene de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios (1970), que principalmente establece en el capítulo I sus disposiciones generales (24):

(...) 1.- Las disposiciones de observancia obligatoria para todo el personal de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios.

2.- Obligatorias **todas** disposiciones **preventivas de riesgos** de trabajo.

Y en el capítulo II establece:

1.- Obligación patronal de proporcionar a sus trabajadores el Equipo de Protección Personal necesario para la ejecución segura de sus labores, y es obligación de los trabajadores usarlo y cuidarlo.

2.- Todo trabajador tiene la **obligación de dar inmediatamente aviso a su superior en caso de accidente** personal o de alguno de sus compañeros, y el jefe inmediato avisará a la **CMSH (Comisión Mixta de Seguridad e Higiene)**.

3.- Prohibición de **jugar o hacer bromas** durante el desempeño de su trabajo o de sus actividades.

4.- En labores de altura, obligación de usar el EPP específico para prevención de caídas.

5.- Todo personal que opere o se transporte en vehículos automotores está obligado a usar el cinturón de seguridad de que éstos deben estar dotados.

6.- Prohibición de arrojar, lanzar o aventar herramientas o materiales para que en el aire los reciba otro compañero; estos **deben entregarse en propia mano** o mediante un procedimiento seguro.

7.- Nunca se deben realizar trabajos sobre barriles o tambores de cualquier clase.

8.- Queda prohibido el uso de sillas, gavetas, cajas, tambores o cualquier otro implemento provisional o no **en lugar de escaleras** para realizar trabajos de altura.

Y en el Contrato Colectivo de Trabajo 2013-2015 se encuentran las siguientes cláusulas importantes (25):

(...) CLÁUSULA 114-. “Se considerará como accidente de trabajo, previa comprobación, el que sufra un trabajador en tránsito, en los siguientes casos:

a) Al trasladarse directamente de su domicilio registrado al lugar de trabajo o viceversa.

b) Al verse obligado a concurrir fuera de sus labores al centro de trabajo para hacer trámites administrativos o cobrar sus salarios.

c) Al ir de su domicilio a los servicios médicos del patrón o subrogado y viceversa.

d) En camino de ida o de regreso, al pernoctar fuera de la ciudad o del centro de trabajo donde esté recibiendo el curso de capacitación o adiestramiento.

e) En el traslado del lugar de la comisión a su domicilio o viceversa, en la víspera del inicio o de la terminación de su descanso, cuando sea comisionado a un sitio distinto al de su centro de trabajo.

f) A los trabajadores de la flota petrolera cuando realicen trámites para la renovación de pasaporte y visa.

(...) CLÁUSULA 115: “Los médicos del patrón deberán:

- Certificar si el trabajador sufrió lesiones incapacitantes.
- Proporcionar atención médica a fin de lograr la recuperación y reincorporación al trabajo del afectado.
- Expedir certificado de defunción en su caso.
- Concluido el tratamiento emitir dictamen de aptitud laboral indicando en caso de proceder porcentaje de incapacidad y si se está en condiciones de reanudar labores.

Tomando en cuenta la normatividad descrita anteriormente, en este proyecto se considerarán únicamente los formatos ITL-4 y LES-5, ya que en los mismos se encuentran los datos principales de los trabajadores y la calificación del accidente.

ASPECTOS ESTADÍSTICOS DE LA ACCIDENTABILIDAD

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) proporciona 2 sistemas electrónicos ILOSTAT y LABORSTA, en los cuáles es posible consultar estadísticas acerca de las características de la población trabajadora de los países que brindan acceso a la misma según los cuales cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo (cada 15 segundos, 160 trabajadores tienen un accidente laboral), más de 2,3 millones de muertes por año. Anualmente ocurren más de 317 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en ausentismo laboral; el costo de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima en un 4% del Producto Interior Bruto global de cada año.

La OIT se ha preocupado por crear una nueva base de datos acerca del trabajo que proporciona múltiples conjuntos de datos con estadísticas anuales e infra anuales del mercado para más de 100 indicadores y 230 países, zonas y territorios. El conjunto de datos de indicadores anual contiene indicadores estandarizados para los fines de una mayor comparabilidad entre los países y se basa en gran medida en la presentación oficial de los datos por las autoridades nacionales. El conjunto de datos indicadores de corto plazo contiene datos mensuales, trimestrales y semestrales tomados de los sitios web oficiales de las autoridades nacionales y se actualiza mensualmente. (26,27)

En los registros se puede apreciar que hubo un decremento en los últimos años en el total de casos de accidentes fatales ocupacionales a nivel mundial: en el año 2009 se registraron 5981, en el 2010 5485, en 2011 3179 y en 2012 2314; en lo que respecta a nuestro país presenta un comportamiento contrario, en 2009 fueron 1368

(22.8% del total mundial), en 2010 1435 (26.1%), en 2011 1578 (49.63%) y en 2012 2314 (66.29%), esto habla de la necesidad de identificar características en general para disminuir la incidencia de accidentes. (19)

Hablando de los accidentes no fatales que han generado días de trabajo perdido a nivel mundial, presenta un comportamiento similar que los accidentes fatales con un registro en el 2009 con un total de 3,388,227 casos, en 2010 3,454,012, en 2011 1,088,323, en 2012 775,122; en México se aprecia la necesidad de incidir en la accidentabilidad con un total en 2009 de 489,787 (14.45% del total mundial), en 2010 de 506,528 (14.66%), en 2011 536,322 (49.27%) y en 2012 557,782 (71.96%).

En las mismas páginas de consulta se registra a nivel mundial que el número total de días laborales perdidos por la generación de incapacidades temporales fue en el 2009 de 9,757,302, en 2010 5,157,679, en 2011 10,119,124 y en 2012 5,231,425; lamentablemente de nuestro país no se cuenta con estadísticas de este tipo debido a que no se lleva registro de los mismos. (26,27)

Acorde con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2012 se presentaron 508,952 incapacidades en términos globales principalmente de la industria manufacturera y 489,953 casos de incapacidades temporales, lo que representa que la accidentabilidad de casos no mortales es de un 96.26% y que conlleva a la imperiosa necesidad de reducir las cifras actuales.

También dicha Organización presenta datos registrados de lesiones (de manera general) de 508,349 como consecuencia de los accidentes sufridos en el trabajo, el número de conflictos laborales registrados se ha incrementado desde el 2009 con 395,466 al 2012 con 419,016 (28).

A nivel de instituciones de salud las estadísticas con las que se cuenta en México son las generadas por el Instituto Mexicano de Seguridad Social; en 2012 se tienen registrados 824,823 riesgos de trabajo, las cuáles registraron en el transcurso de ese año 434,600 accidentes de trabajo con 1,144 incapacidades generadas y de 118,329 accidentes de trayecto que generó 382 incapacidades. Por último también se cuenta

con un número de actos inseguros de los últimos años donde se observa un incremento de los mismos desde el 2010 con 506,528 hasta el 2012 con 557,782 (29).

En el Hospital Central Sur de Alta Especialidad se reciben todos los reportes de accidentes de los trabajadores de ese centro laboral (ya sea que se encuentren en el régimen contractual sindicalizado o de confianza) mediante los procesos LES e ITL, por lo que en el año 2011 se registraron 89 accidentes de trabajo, en el 2012 un total de 138 y en el año 2013 una cifra de 65. Y de manera diaria el costo derivado por día de incapacidad es de \$654.98 por día laboral perdido.

Actualmente no se cuenta con algún tipo de estadística acerca de la caracterización de los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo, por lo que se desconoce qué factores se encuentran en común para poder establecer una relación causal entre características personales (como de personalidad individuales y la percepción del estado de salud) y la incidencia de accidentes laborales; se ha demostrado en estudios internacionales que el conjunto de los factores psicosociales tienen un efecto positivo importante en la génesis de estos incidentes.

Al incrementar la incidencia de los accidentes de trabajo el costo producido por los mismos cobra importancia, aunque es virtualmente imposible precisar costos exactos con base a estimaciones y proyecciones provenientes del gobierno, la industria y grupos de salud, se pueden considerar los efectos monetarios de las reducciones en la eficiencia operativa resultantes del estrés que toma la forma de empobrecimiento en la toma de decisiones y en la creatividad; también refleja los costos asociados a problemas de salud física, mental originados por condiciones estresantes, incluyendo los costos de hospitalización y médicos, además de la pérdida de tiempo de trabajo, muertes prematuras y de sustitución de empleados; costos relacionados con accidentes. (27)

Al analizar las estadísticas, se aprecia la necesidad de contar con un registro de la accidentabilidad en nuestro país para poder reconocer factores y etiología en común en la génesis de los accidentes a fin de disminuir la frecuencia, gravedad y consecuencias humanas, económicas y materiales que conllevan dichos accidentes de trabajo. En cuanto a las relaciones interpersonales los problemas de comunicación

tanto en la familia el trabajo y en la vida social se hacen más evidentes ya que por lo general, el trabajador no es capaz de transmitir sus sentimientos provocándose ansiedad y crisis de ira frecuentes, lo que conlleva a estrés y así un círculo vicioso.

Las consecuencias de estos factores denominados en conjunto Calidad de Vida (CV) en cualquiera de sus presentaciones conllevan consecuencias como las siguientes que puedan llegar a ser muy perjudiciales para el trabajador y para la empresa:

- 1- Fallas en la producción y calidad del producto o servicio brindado.
- 2- Ambiente de trabajo inseguro.
- 3- Despersonalización del trabajador.
- 4- Pérdida de interés de los trabajadores por las innovaciones tecnológicas.
- 5- Mala relación interpersonal.
- 6- Mala relación familiar.
- 7- Sensación de no pertenencia al grupo de trabajo.

A consecuencia de lo anterior se producen alteraciones emocionales, conductuales, psicosomáticas, sociales, familiares. Esto implica que si hacemos un análisis más minucioso los sistemas de respuesta y adaptación del trabajador pueden verse sobrepasados ocasionando que ocurran accidentes en el área de trabajo de diferente índole de gravedad, dando como resultado incremento en días de incapacidad, costos indirectos y afectación a la salud de los trabajadores que podrían disminuirse si se identifican factores de riesgo como una comorbilidad psiquiátrica y la adecuada intervención de manera oportuna.

La importancia de estudiar la calidad de vida y relacionarla con una mayor frecuencia en accidentes laborales radica en que la gestión de salud demanda de uso de indicadores más robustos y fehacientes para medir las actividades asistenciales, que detecte aspectos que le atañen al trabajador, comunidad y/o centros de trabajo ya que la salud es un concepto multidimensional, como el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales. Por lo tanto, en su medición se debe tener en cuenta dos proyecciones, la del usuario y la del proveedor.

Al contar con este tipo de medidas, tanto de la calidad de vida como de las características de personalidad de los trabajadores con antecedente de accidente laboral se puede reflejar el sentir y pensar del sujeto que se investiga a fin de señalar los beneficios de una posible intervención o el efecto en sus diversas esferas (físico y mental) que refleje la situación perceptiva del individuo desde su entorno político, social, económico y laboral. (7)

Hoy en día, es necesario reconocer que el personal especializado en Medicina y Psicología del Trabajo es insuficiente para cubrir las necesidades de todas las unidades donde se ha implantado el Sistema de Seguridad, Salud y Protección Ambiental en PEMEX. Se requiere de personal especializado para la aplicación de exámenes específicos y determinación de la compatibilidad física, funcional y psicológica entre el candidato y el puesto de trabajo. Es importante reconocer que dentro de la institución se han propuesto metodologías para identificar y evaluar Factores Psicosociales de Riesgo además de posibles Efectos Negativos Psicológicos (SAST, 2010), sin embargo, carecemos de información precisa en nuestra empresa sobre este fenómeno y que tan frecuente puede ser que los individuos tengan además sintomatología que potencialmente desencadene alguna patología en salud mental. (1)

Una vez obtenida la información planteada en este trabajo, se puede facilitar el contar con la información básica, para controlar los factores que participen en la génesis de accidentes de trabajo; y se podría proponer agregar métodos para evaluarlos en los exámenes médicos de ingreso y periódicos de los trabajadores adscritos a este centro de trabajo.

III. DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y MÉTODOS

Los objetivos del estudio fueron identificar las características de personalidad y el estado de salud general de los trabajadores con antecedente laboral en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad; así como conocer la relación entre las características de personalidad y el estado de salud general de los trabajadores con antecedente de accidente laboral en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Estos con el objetivo de contestar la pregunta: ¿Cuál es la relación entre las características de personalidad y estado de salud general de los trabajadores con antecedente de accidente laboral del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, en el período de enero 2011 a diciembre 2013?

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- I. Según proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- II. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- III. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- IV. Según el control de las variables ó el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- V. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

• Definición del universo:

Trabajadores con registro de accidentes calificados como "SI DE TRABAJO" mediante procedimiento LES o ITL en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México de enero 2011 a diciembre 2013.

- **Tamaño de la muestra:**

Muestra de acuerdo al reporte de LES e ITL entregados a la Unidad de Medicina del Trabajo del H.C.S.A.E. en el periodo de 01 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre de 2013 (292 registros de formatos LES e ITL).

CRITERIOS:

Criterios de inclusión:

- Trabajadores que hayan iniciado el proceso LES y/o ITL en el período enero 2011 – diciembre 2013.
- Trabajadores que aún se encuentren laborando en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad al momento de la evaluación.
- Colaboración voluntaria (firma de consentimiento informado).

Criterios de exclusión:

- Accidentes calificados como “NO DE TRABAJO” en el procedimiento LES y/o ITL.
- Trabajadores cuyo procedimiento LES y/o ITL no haya sido calificado.
- Trabajadores que ya no se encuentren laborando en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad.
- Trabajadores que no deseen contestar el cuestionario y/o que no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

- **Métodos de selección de la muestra:**

El grupo de casos fue captado por los registros de accidentes laborales en el Servicio de Medicina del Trabajo entre las fechas 01 de enero 2011 al 31 de diciembre 2013. Se tiene una base de datos de los registros de accidentes formato LES e ITL, del

cual se seleccionaron a los trabajadores a quienes se aplicó los cuestionarios para reunir los siguientes rubros:

FOLIO: Número de identificación del expediente, que sirve para organizar y analizar los datos de cada trabajador.

SEXO: Condición orgánica, masculina o femenina de los seres humanos; nominal dicotómica.

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona: intervalar, se mide en años cumplidos.

ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que una persona ha seguido en un establecimiento docente: ordinal, se mide de acuerdo al grado de estudios concluidos.

RÉGIMEN CONTRACTUAL: Conjunto de normas que rigen la contratación a que está sujeto el trabajador, se registrarán de la siguiente manera: a) planta/sindicalizado, b) planta/confianza, c) transitorio/sindicalizado, d) transitorio confianza.

CATEGORÍA: Cada una de las clases establecidas en una profesión o actividad dentro de la empresa: nominal.

JORNADA: Tiempo de duración del trabajo diario: nominal, se caracterizan en: a) Lunes a Viernes, b) Lunes a Sábado, c) Rolado 2 x 2 x 2.

ANTIGÜEDAD: Tiempo en el cuál una persona ha laborado dentro de una empresa: intervalar, se mide en años cumplidos.

Se definió este periodo de tiempo contando con el registro completo de los accidentes en el mismo. El cuestionario de calidad de vida SF-36, versión en español en conjunto con el Test de Eysenck tipo B se aplicó dentro del Hospital Central Sur de Alta Especialidad dentro de la jornada laboral del trabajador previa autorización del trabajador a evaluar y su jefe de servicio a fin de no intervenir en las labores propias de cada caso (tiempo de contestación aproximada 15-20 minutos).

- **Métodos**

- 1) Se realizó una revisión de los registros LES e ITL del Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Picacho Sur de enero 2011 a diciembre 2013, para capturar la información y generar una base de datos.

- 2) Con los datos registrados y ordenados de manera alfabética se procedió a verificar qué trabajadores cumplían con las variables de inclusión a fin de realizar una nueva base de datos acerca de los cuestionarios a realizar.
- 3) Se aplicó el cuestionario SF-36 en conjunto con el test de Eysenck tipo B a los trabajadores a evaluar, previa autorización y consentimiento del sujeto a estudiar (firma de consentimiento informado), así como del jefe del departamento. Dicho cuestionario se realizó como entrevista dirigida, o la entrega de forma individual del mismo, ya sea en primera instancia o con cita inmediata posterior. **Anexo 1 y 2.**
- 4) Con los datos obtenidos se realizó una nueva base de datos en la que únicamente se capturaron las respuestas registradas y se sustituyó el nombre de los trabajadores por números de folio consecutivos, de manera que únicamente el investigador principal conocería cual cuestionario correspondería a cada trabajador.
- 5) Se realizó el análisis estadístico de los datos.

- **Variables** (Tabla 3).

TABLA 3. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN METODOLÓGICA	CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA	INDICADORES	OBTENCIÓN DE DATOS
Sexo	Independiente	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Textual
Edad	Independiente	Cuantitativa discreta	a) 20-39 años b) 40-49 años c) 50-69 años	Textual
Número de accidentes calificados como “SI DE TRABAJO”	Independiente	Cuantitativa discreta	1 2 3 4 =>5	Procedimiento ITL y/o LES
Escolaridad	Independiente	Ordinal	Primaria- Bachillerato Técnico Licenciatura- Posgrado	Textual
Régimen contractual	Independiente	Cualitativa nominal	a) Planta/ Sindicalizado b) planta/confianza c) transitorio/sindicalizado d) transitorio confianza	Textual

Categoría	Independiente	Cualitativa Nominal	*Referida por el trabajador*	Textual
Jornada	Independiente	Cualitativa Nominal	a) Lunes a Viernes b) Lunes a Sábado c) Rolado 2 x 2 x 2	Textual
Antigüedad	Independiente	Cuantitativa discreta	<5 años 5-10 años 10-15 años 15-20 años 20-30 años >30 años	Textual
Índice de calidad de vida SF-36	Independiente	Cuantitativa discreta	Puntaje de 0-100	Resultado cuestionario
Test de Eysenck tipo B	Independiente	Cualitativa Nominal	Dimensión: Psicoticismo Extraversión Neuroticismo Deseabilidad Social	Resultado cuestionario

- **Estrategia de análisis estadístico**

Se utilizó Excel para Windows® para capturar la información.

Previa depuración de la base de datos: Se analizaron los mismos con el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 17.0; para obtener las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar (DE), varianza, rango, valor mínimo y máximo), frecuencias, porcentajes, proporciones de intervalos de confianza del 95 %. De acuerdo con la distribución y tipo de variables se realizaron pruebas chi-cuadrada y de correlación.

IV. RESULTADOS

Al inicio del estudio se tenían 160 casos de accidentes de trabajo calificados en el periodo de enero 2011 a diciembre 2013, de los cuáles 40 eran de trabajadores inactivos al momento de aplicar los cuestionarios, 35 cambiaron de centro de trabajo, 18 se encontraban de vacaciones y 2 se negaron a contestar el cuestionario; al final se contó con una muestra de 65 trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión y respondieron de forma completa los cuestionarios.

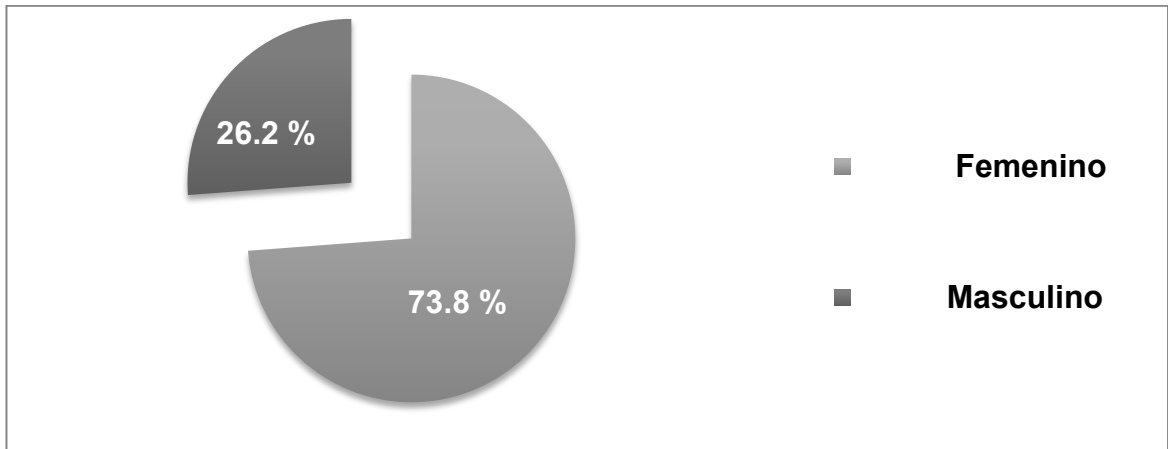
Los resultados demográficos de la población estudiada se muestran en la Tabla 4, Gráficas 1 y 2, en donde se puede observar que la mayoría de los trabajadores encuestados fueron del sexo femenino con un 73.8%. El grupo etario con mayor prevalencia fueron mayores a 50 años conformando el 36.9% del total de la población, seguidos por el grupo de 40 a 49 años con el 33.8% y en último lugar por trabajadores de 20 a 39 años.

TABLA 4. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
SEXO		
Femenino	48	73.8
Masculino	17	26.2
EDAD (años)		
20 a 39	19	29.3
40 a 49	22	33.8
50 a 69	24	36.9
GRADO ESCOLAR		
Primaria-Bachillerato	16	33.9
Técnico	21	29.2
Licenciatura-Posgrado	28	36.9

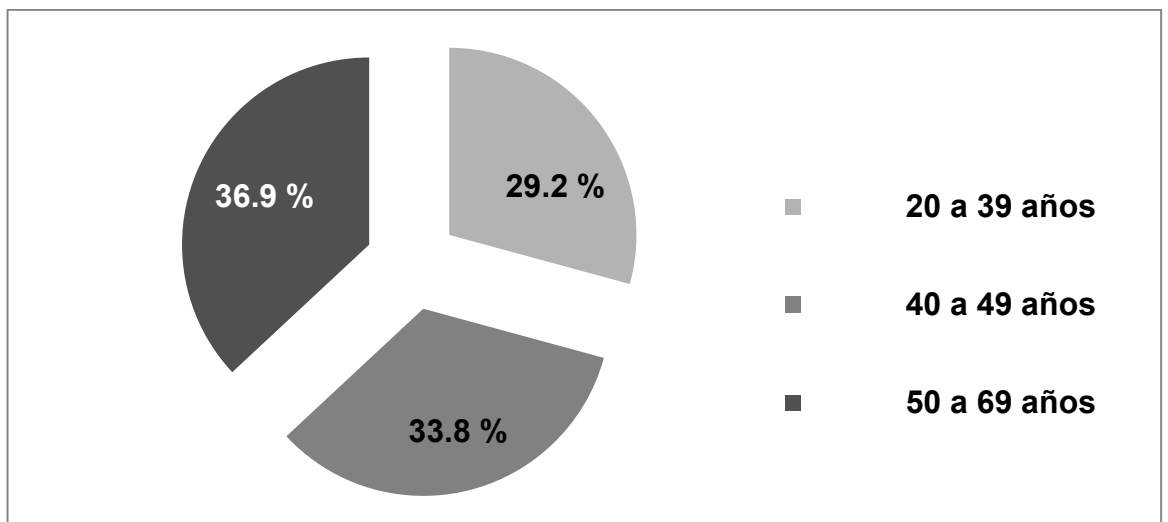
n=65

**GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR SEXO**



n=65

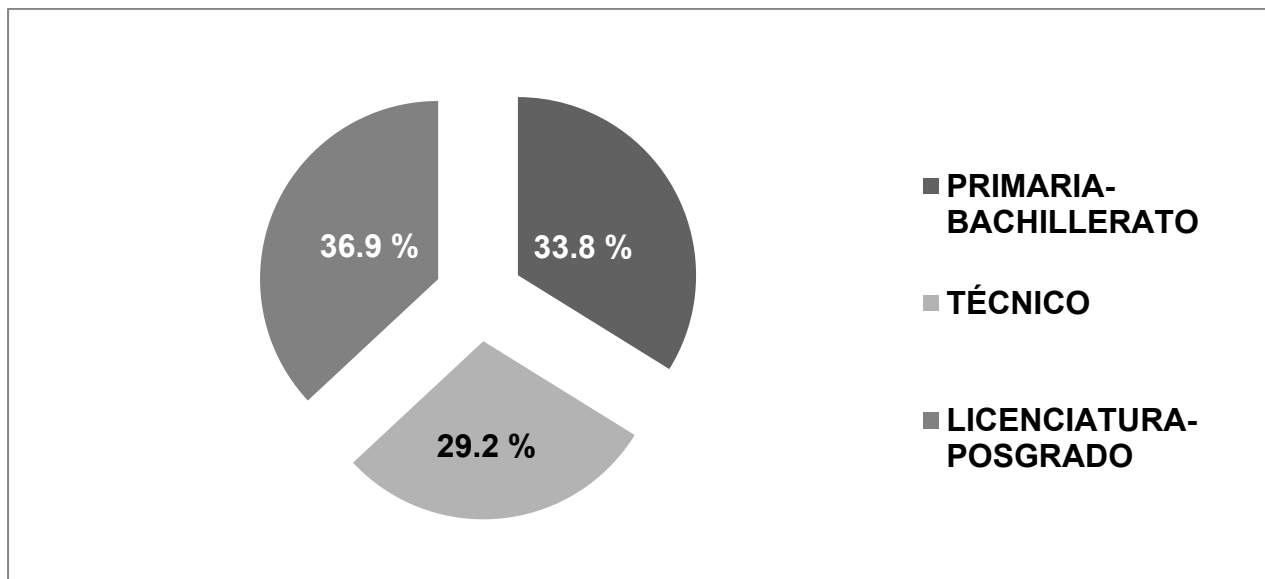
**GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR GRUPOS DE EDAD**



n=65

El grado escolar de los trabajadores incluidos en la investigación, correspondió al nivel de licenciatura-posgrado con un 36.9%, seguidos del nivel primaria-bachillerato con un 33.9 % y técnico con 29.2% (Gráfica 3).

**GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR GRADO ESCOLAR**



n=65

En la Tabla 5 se representa la situación laboral que tenían los trabajadores al momento del estudio, la mayor proporción fueron del área asistencial 58%, es decir, tenían contacto con personal, pacientes o familiares, entre otros; mientras que el 42% restante pertenecían al rubro administrativo. Por esta razón, la mayoría de los trabajadores 41.5%, estaban registrados en la Jornada diurna que es de lunes a viernes con descanso sábado y domingo, seguido del 30.8% que corresponde a la jornada en la que laboran de lunes a sábado con descanso fijo los domingos y el 27.7% es del turno rolado denominado de esa manera por trabajar dos días en la mañana, dos días en la tarde y 2 días en la noche con 1 día de descanso variable a la semana.

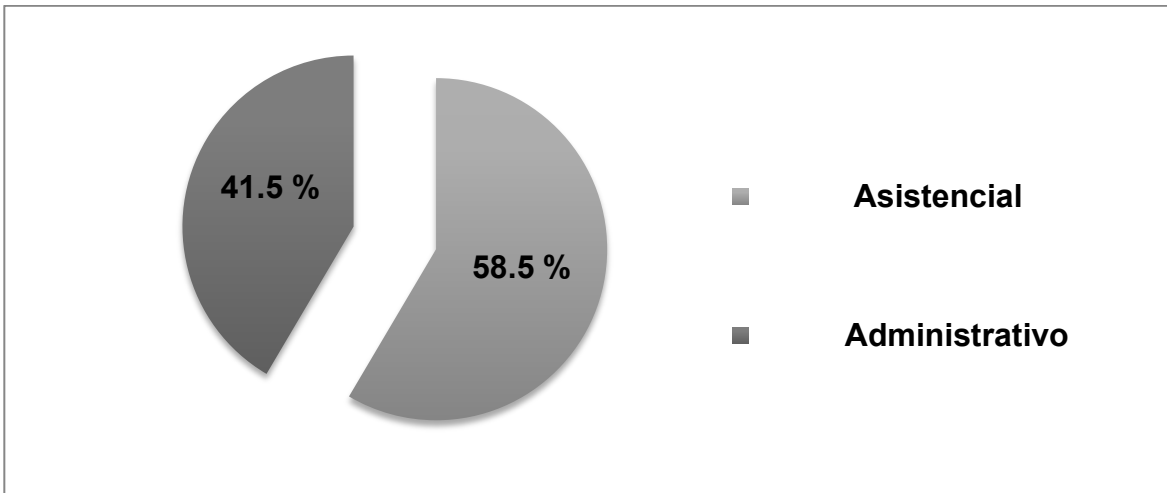
Respecto la edad de los sujetos estudiados, tuvieron una relación directamente proporcional con los años de antigüedad laborados en la empresa, siendo la de mayor proporción el rango considerado de 20 a 39 años.

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR SITUACIÓN LABORAL**

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
CATEGORÍA		
Asistencial	38	58.5
Administrativo	27	41.5
JORNADA		
Lunes a Viernes	27	41.5
Lunes a Sábado	20	30.8
Rolado 2 x 2 x 2	18	27.7
ANTIGÜEDAD		
0 a 9	16	24.6
10 a 19	21	32.3
20 a 39	28	43.1

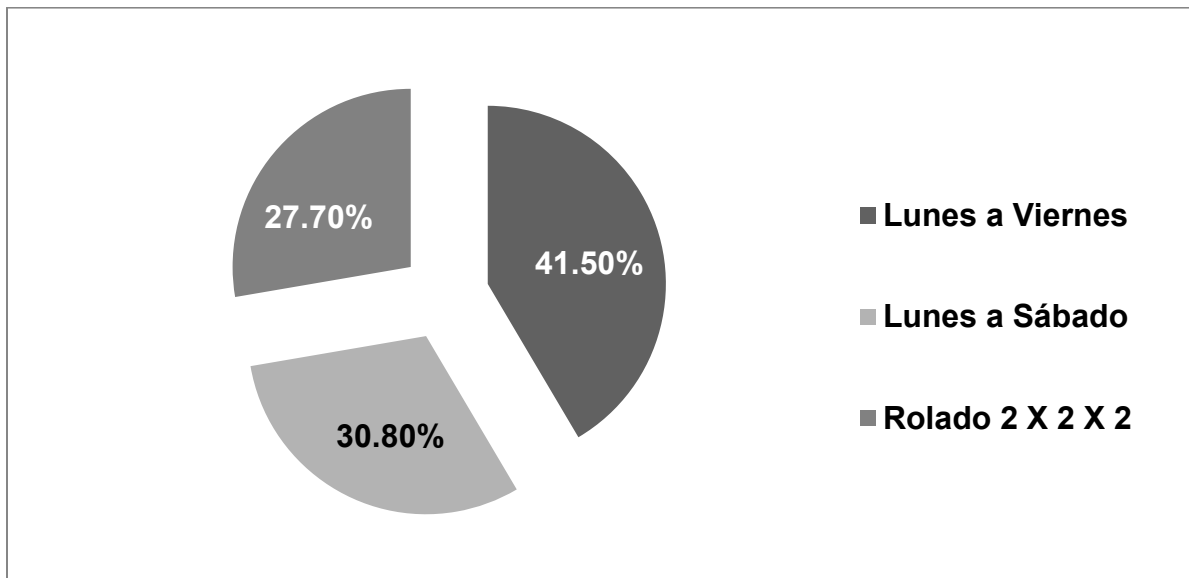
n=65

**GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR CATEGORÍA**



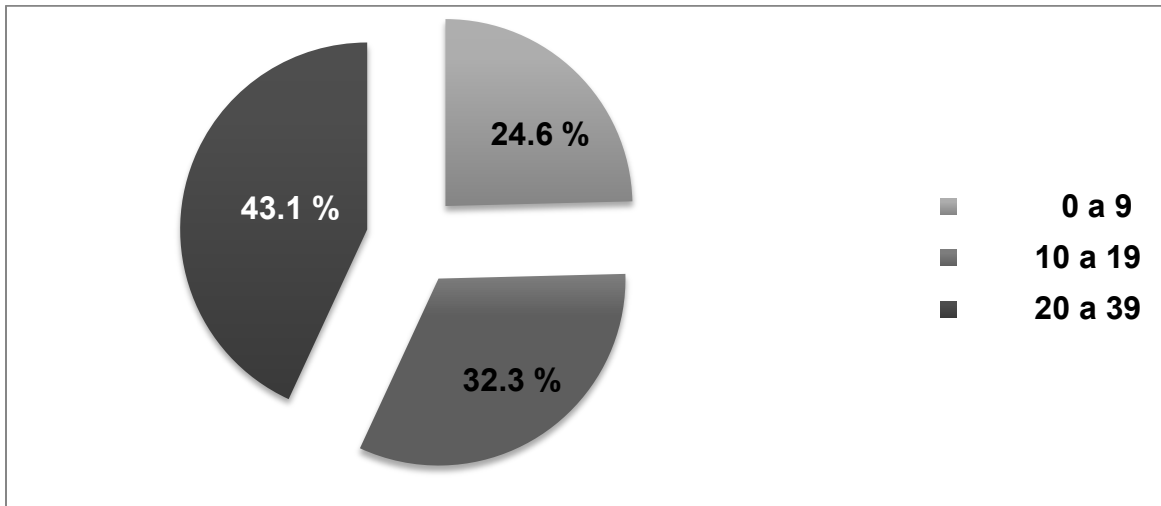
n=65

**GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR JORNADA**



n=65

**GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA
POR ANTIGÜEDAD LABORAL EN LA EMPRESA**



n=65

Respecto al análisis de los datos obtenidos con los cuestionarios SF-36, que evalúan la autopercepción del estado de salud con el cual se obtienen 2 resultados generales: SALUD FÍSICA (SF) y SALUD MENTAL (SM), se encontró que la salud física mostró un puntaje similar para ambos sexos, con una media de 67 y una diferencia de 0.11; la salud mental presentó un comportamiento similar, con una diferencia de 0.16.

La SALUD FÍSICA tuvo una media global de 68 en el grupo de 20 a 39 años que en el grupo de 40 a 49 años, únicamente con una diferencia de .27; mientras que aumentó la SALUD MENTAL en el grupo de 40 a 49 años (media de 62) en comparación del otro con una diferencia de medias de 1.32. El grupo de edad de mayores a 50 años mostró un comportamiento similar.

La media del puntaje de SALUD FÍSICA y SALUD MENTAL con valores mayores, correspondió al grupo de licenciatura/posgrado con 68.58 y 62.21 respectivamente; el nivel de educación básica fue mayor en el puntaje de SALUD FÍSICA con 67.73 y el grupo de nivel técnico fue mayor en el rubro de SALUD MENTAL 61.89.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos al comparar el puntaje de la escala de SALUD FÍSICA (69.22) de la categoría administrativa con la asistencial (63.48); asimismo en el rubro de SALUD MENTAL la diferencia de medias fue de 2.72 y de 2.77. Esta variable si obtuvo un valor significativo en ambas escalas, con un valor de $t=.050$ para el puntaje global de SALUD FÍSICA -36, $t= .045$ en SALUD FÍSICA y de $t= .040$ para SALUD MENTAL (Tabla 6 y Gráfica 7).

TABLA 6. PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO POR CATEGORÍA EN EL CUESTIONARIO SF-36 EN LA POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA

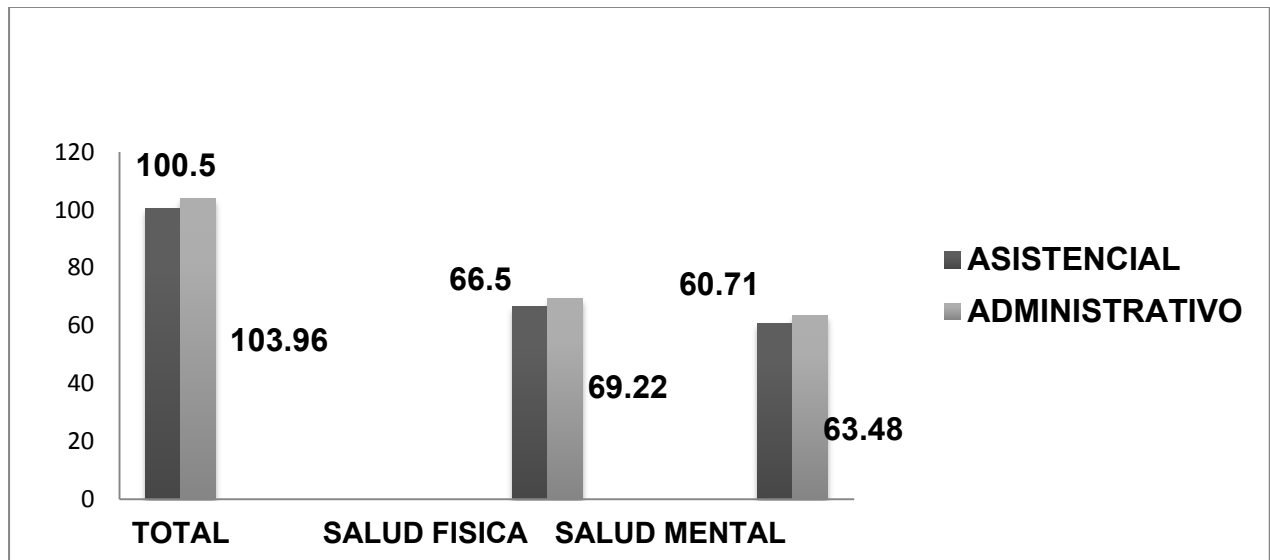
SF-36	ASISTENCIAL	ADMINISTRATIVO	<i>t</i>
SALUD FÍSICA	66.50	69.22	.045'
SALUD MENTAL	60.71	63.48	.040''
TOTAL	100.50	103.96	.050*

n= 65

t= -2.003, *gl* 63, *p*= 0.050, ' *t*= -2.052, *gl* 63, *p*= 0.045, '' *t*= -2.110, *gl* 63, *p*= .040.

p= significancia estadística, *gl*= grados de libertad

GRÁFICA 7. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS ENTRE EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUESTIONARIO SF-36 Y CATEGORÍA, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA



n= 65

En la distribución de las medias de SALUD FÍSICA (SF) y SALUD MENTAL (SM) son mayores en la jornada donde se trabajan 5 días hábiles en una semana (lunes a viernes), seguida del turno rolado 2 x 2 x 2 y con menor puntaje el turno dónde se descansa un día fijo a la semana. Se observó un comportamiento similar en ambos rubros (SF y SM) en las antigüedades de 0 a 39 años (media de 68 y 61).

Referente al análisis de los resultados del Test de Personalidad de Eysenck de la población estudiada, fueron agrupados en 4 “súper rasgos”: psicoticismo (P), neuroticismo (N), extraversión (E) y deseabilidad social (D).

En la distribución por género, los “súper rasgos” de P, N y D mostraron un mayor porcentaje en el sexo femenino con una media de 40.56, 39.40 y 31.42 respectivamente, mientras que se observó un valor mayor en el rasgo de extroversión en el sexo masculino de manera discreta con el 27.8. Existe un claro aumento de los 4 “súper rasgos” de personalidad en el grupo de edad de 40-49 años en comparación con el grupo de 20-39, mientras tanto el grupo de 50-69 años tuvo una distribución similar con los resultados de ambos grupos mencionados.

En los tres grados de escolaridad en que se dividió la población estudiada, los “súper rasgos” con mayor puntaje fueron P y N; al comparar el grado Primaria-Bachillerato con el de Licenciatura-Posgrado, se obtuvo un valor estadísticamente significativo con una $t = .046$ para el puntaje E y $t = .037$ para N (Tabla 7 y Gráfico 8).

TABLA 7. PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO POR GRADO ESCOLAR Y “SÚPER RASGOS” DEL TEST DE EYSENCK, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

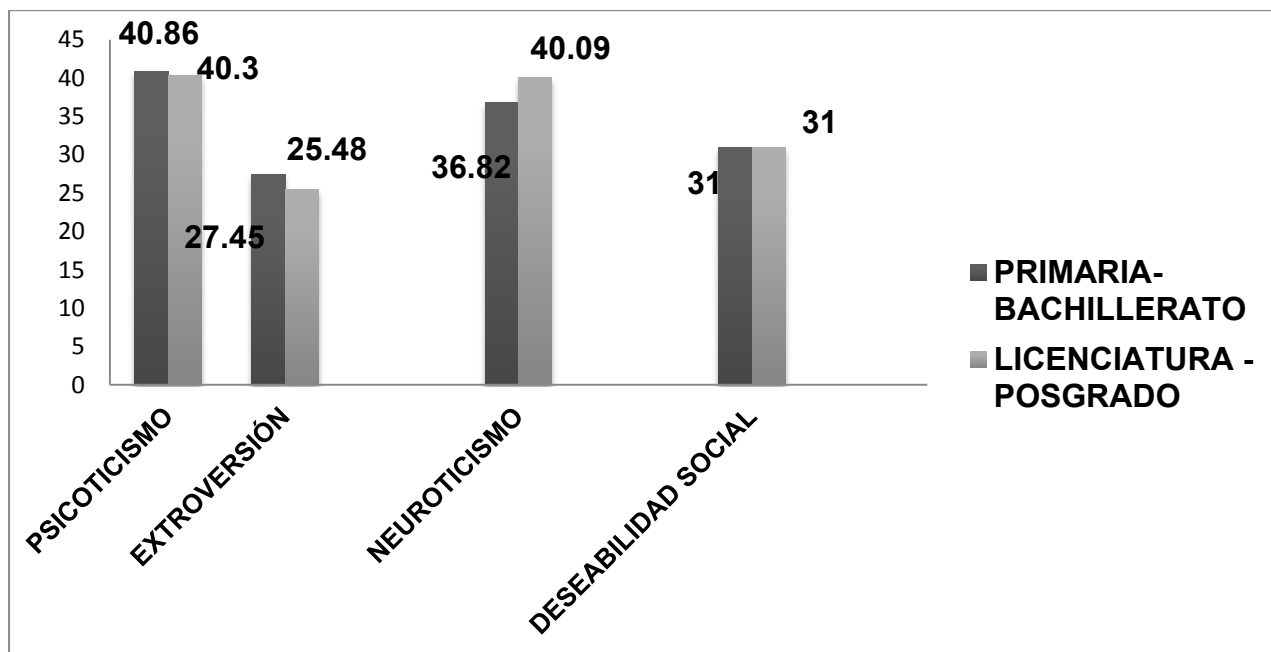
EYSENCK	PRIMARIA- BACHILLERATO	LICENCIATURA - POSGRADO	t
PSICOTICISMO	40.86	40.30	.588
EXTROVERSIÓN	27.45	25.48	.046*
NEUROTICISMO	36.82	40.09	.037'
DESEABILIDAD SOCIAL	31.0	31.0	1.0

n= 65

* $t = -2.071$, $gl = 43$, $p = 0.046$, ' $t = -2.150$, $gl = 43$, $p = 0.03$

p = significancia estadística, gl = grados de libertad

GRÁFICA 8. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS ENTRE EL PUNTAJE OBTENIDO DE LOS “SÚPER RASGOS” DE PERSONALIDAD DEL TEST DE EYSENCK Y EL GRADO ESCOLAR, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA



n= 65

En cuanto a la categoría, los trabajadores administrativos mostraron mayor predominio de los “súper rasgos” que los asistenciales para los 4 rubros evaluados: P, N, E y D. Al comparar los resultados por categoría, el de psicoticismo (P) presentó una diferencia significativa con un valor de $*t=.037$ (Tabla 8 y Gráfico 9).

TABLA 8. PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO POR GRADO ESCOLAR Y “SÚPER RASGOS” DEL TEST DE EYSENCK, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

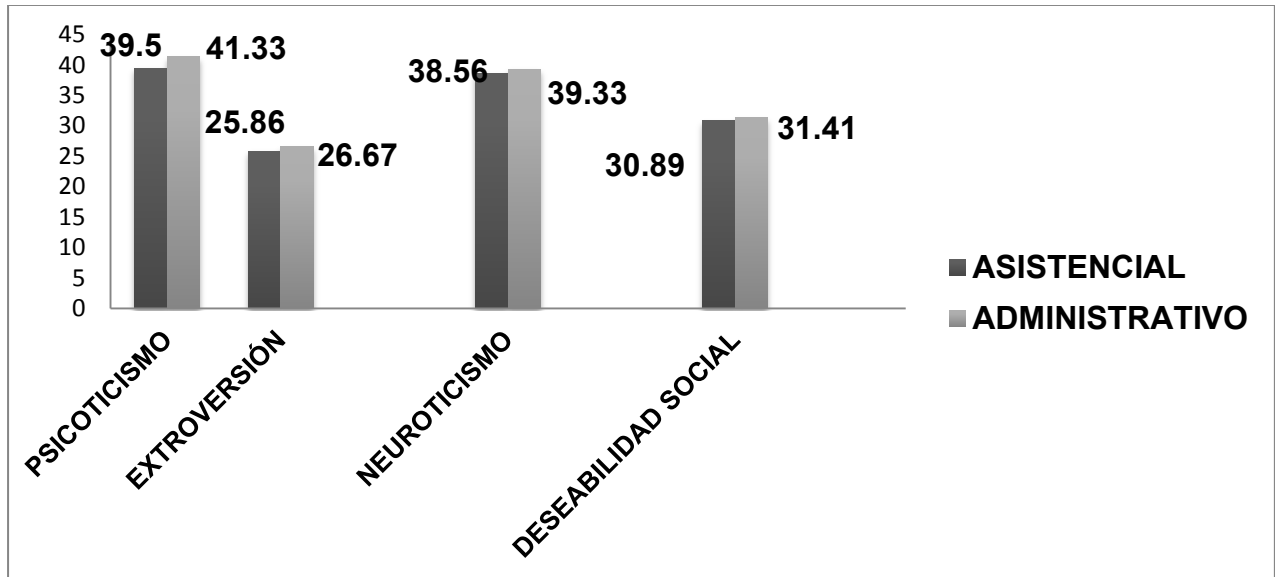
EYSENCK	PRIMARIA- BACHILLERATO	LICENCIATURA - POSGRADO	t
PSICOTICISMO	39.50	41.33	.037*
EXTROVERSIÓN	25.86	26.67	.312
NEUROTICISMO	38.56	39.33	.563
DESEABILIDAD SOCIAL	30.89	31.41	.450

n= 65

**t= -2.159, gl 61, p= 0.37*

p= significancia estadística, gl= grados de libertad

GRÁFICA 9. COMPARACIÓN DE PROMEDIOS ENTRE EL PUNTAJE OBTENIDO EN LOS “SÚPER RASGOS” DE PERSONALIDAD DEL TEST DE EYSENCK Y CATEGORÍA LABORAL



n= 65

Se observó que la jornada de trabajo correspondiente al turno diurno de lunes a viernes mostró valores mayores para los “súper rasgos” P con 41.12, E con 26.50 y D con 31.50 comparado con el rolado 2 x 2 x 2 , en el cual cambian de turno cada 2 días y que mostró un valor mayor en el “súper rasgo” N con 40.24. La jornada lunes a sábado tuvo valores similares en los 4 “súper rasgos” que la de lunes a viernes, aunque menores que los obtenidos en el grupo de turno rolado 2 x 2 x 2.

En relación a los años laborados en la empresa, la población con una antigüedad de 0-9 años mostró un valor más alto en los “súper rasgos” P y N con 41.06 y 39.25 respectivamente, mientras que los “súper rasgos” E y D fueron mayores en el grupo de 10-19 años de antigüedad con 27.19 y 31.29 respectivamente. Siguiendo con el mismo análisis, el grupo de 10-19 y el de 20-39 años de antigüedad, presentaron un comportamiento similar en los cuatro “súper rasgos”; al comparar los resultados entre estos grupos, el “súper rasgo” E presentó una diferencia significativa con un valor de $*t=.034$ (Tabla 9).

TABLA 9. PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO POR GRUPO DE ANTIGÜEDAD (AÑOS) Y LOS “SÚPER RASGOS” DEL TEST DE EYSENCK, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

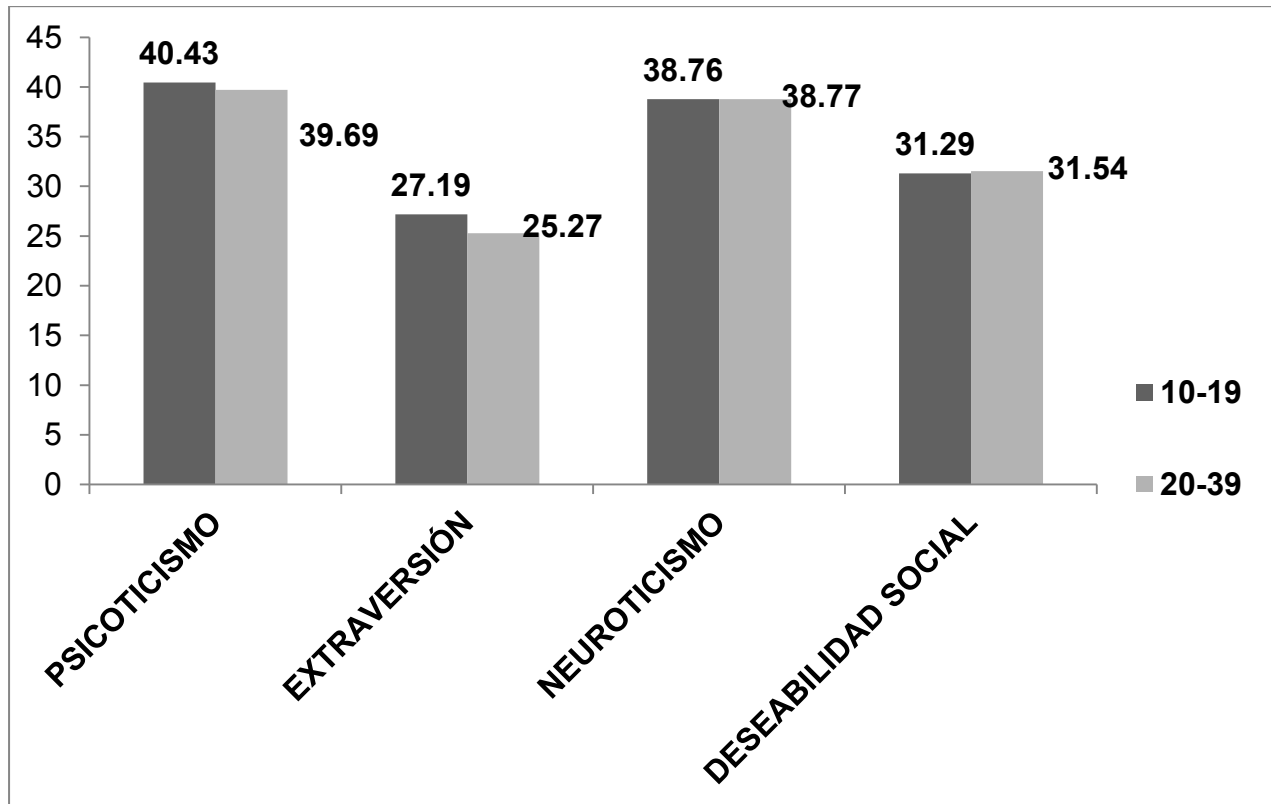
EYSENCK	10 - 19	20 - 39	t
PSICOTICISMO	40.43	39.69	.244
EXTROVERSIÓN	27.19	25.27	.034*
NEUROTICISMO	38.76	38.77	.996
DESEABILIDAD SOCIAL	371.29	31.54	.757

n= 65

**t= 2.222, gl 45, p= 0.034*

p= significancia estadística, gl= grados de libertad

GRÁFICA 10. COMPARACIÓN DEL PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO POR GRUPO DE ANTIGÜEDAD (AÑOS) Y LOS “SÚPER RASGOS” DE PERSONALIDAD DEL TEST EYSENCK, EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA



n= 65

V. DISCUSIÓN

A pesar de que en los últimos años hay un incremento en el índice de accidentabilidad laboral, no se han estudiado las variables demográficas, laborales y personales que influyen en la salud física y mental de los trabajadores, que aumentan el riesgo de sufrir un incidente o accidente en el trabajo, así como, problemas de salud altamente prevalentes como las enfermedades cardiovasculares, trastornos de salud mental y músculo-esqueléticos principalmente (Siegrist, 1995).

Al caracterizar a la población de estudio, las posibles causas de los accidentes de trabajo, propias del trabajador (acto inseguro), se pueden dividir entre una percepción del estado de salud tanto física como mental disminuido, así como, rasgos de la personalidad que influyen en el actuar día con día (Moncada, 2007). En este estudio los datos que arrojó el cuestionario SF-36 (autopercepción de estado de salud), proyectan 2 resultados generales: salud física y salud mental. De manera global se observó que los puntajes de la autopercepción de la salud física son mayores en cualquier variable de caracterización de la población que la autopercepción de la salud mental.

Se ha observado que en la mayoría de los estudios de psicología predominan mayoritariamente mujeres, y los rasgos de personalidad, principalmente neuroticismo y psicoticismo, parecen estar relacionadas con la misma variable (Eliseo Chico, 2000). En concordancia se observó que la distribución por género la mayor parte de los registros de accidentabilidad del Centro de Trabajo pertenecían al sexo femenino, sin embargo, al momento de relacionar los puntajes obtenidos en el cuestionario SF-36 y test de Eysenck no se encontraron diferencias significativas en comparación con el sexo masculino.

El grupo etario con mayor prevalencia fue el que corresponde a sujetos mayores de 50 años de edad, encontrando un aumento directamente proporcional en relación a los años de antigüedad en los trabajadores estudiados, siendo mayor de 20 a 39 años;

es decir, la mayoría de los trabajadores estaban en sus últimos años de vida laboral en la empresa; y una gran parte de los trabajadores encuestados habían concluido un grado escolar más allá del nivel básico, trabajando en categorías con actividades asistenciales y con jornada laboral de 40 horas semanales; sin embargo, estos datos no obtuvieron resultados estadísticamente significativos en los puntajes del cuestionario SF-36, así como tampoco, en el Test de Eysenck.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes obtenidos en el cuestionario SF-36 y las variables demográficas sexo y edad, así como, jornada y antigüedad laboral. En el grado escolar, el nivel de educación superior mostró un mayor puntaje en el rubro de salud física, mientras que para los trabajadores con nivel básico fue en la salud mental.

En otras investigaciones, las actividades asistenciales presentan bajo promedio en la de salud física y más alto en la salud mental (Zúñiga, 1999). En el presente estudio, los trabajadores con actividades administrativas mostraron un puntaje mayor en ambas esferas del SF-36, en comparación con el grupo asistencial, siendo esta relación estadísticamente significativa. Hasta el momento no existen estudios que hayan relacionado el tipo de actividades que desempeñaban los trabajadores que hayan sufrido accidentes laborales; por otra parte, en relación al grado escolar aquellos que se desempeñan en el sector administrativo, y que generalmente tienen estudios superiores al nivel básico, tienen una mejor autopercepción del estado de salud tanto física como mental.

Con los resultados de esta investigación, se confirma la importancia de obtener la información de forma directa con los sujetos en estudio, sobre la autopercepción del estado de salud. El cuestionario SF-36 demostró medir lo que se pretende medir (validez) y detectó cambios entre individuos y entre grupos (Arostegui, 2008), evalúa salud física y mental, su robustez psicométrica de manera simple, y los aspectos generales a la salud de todo individuo: actividades físicas, problemas de salud física que pueden interferir en el funcionamiento ocupacional, grado de dolor y su interferencia en su vida diaria, creencias respecto a la salud propia, nivel de fatiga y

energía, limitaciones en la vida socio familiar y estado de ánimo de la persona (García-Portilla, 2008).

Con los resultados obtenidos, considerando aquellas variables que presentaron una significancia estadística, se determina que es necesario cambiar la visión tradicionalista de realizar la evaluación del estado de salud o enfermedad de los individuos, únicamente con métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de mediciones, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Una posible herramienta a implementar son los índices de calidad de vida como el cuestionario SF-36 (Tuesca, 2005).

Respecto a las características de personalidad que muestra el Test de Eysenck, que agrupa en 4 “súper rasgos” principales: psicoticismo, neuroticismo, extraversión y deseabilidad social, facilita la obtención de réplicas entre sexos, edades, métodos y cuestionarios (Sybil, Valle, 20011).

Los rasgos de personalidad de extraversión generalmente son personas sociables, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos y gente con quien hablar, no les gusta la soledad, actúan según el ánimo del momento, impulsivo. Las personas caracterizadas dentro del rasgo de neuroticismo típicamente son malhumoradas, irritables, nerviosas, aprehensivas, tensas y depresivas, reaccionan con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se les dificulta recobrar su serenidad después de que han experimentado una reacción emocional. La típica persona con un alto componente de psicoticismo es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial, e insensible. Y el último rasgo de deseabilidad social intenta medir la intención de falsificar las respuestas (Eliseo Chico, 2000).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados del Test y el sexo; sin embargo, se observó un aumento en los rasgos de personalidad P y N en el sexo femenino, mientras que en el masculino el rasgo de

extroversión fue el que prevaleció. Al comparar la distribución de los rasgos por grupo de edad tampoco se obtuvieron diferencias importantes.

Una de las variables que presentó un valor estadísticamente significativo, fue el grado de estudios de los trabajadores del nivel básico, que mostró un aumento en el rasgo de personalidad correspondiente a la extroversión, y disminuido en el de neuroticismo, mientras que se obtuvieron resultados inversamente proporcionales en trabajadores con grado escolar superior, esto puede deberse a que el nivel de exigencia y responsabilidad es mayor en el grupo que se dedica a actividades administrativas y que tienen puestos de mayor jerarquía en comparación con los que desempeñan actividades asistenciales, lo anterior se apoya con lo observado en el presente estudio, al comparar los porcentajes obtenidos del rasgo psicoticismo en el nivel asistencial y administrativo, siendo mayor en este último con un valor estadísticamente significativo.

Respecto a la jornada de trabajo, al igual que en los resultados del cuestionario SF-36, no se encontró relación en los puntajes obtenidos; sin embargo, al comparar la antigüedad laboral existe una diferencia estadísticamente significativa en el rasgo de personalidad de extroversión, siendo mayor cuando es menor a 20 años contra el grupo de 20 a 39 años de antigüedad.

VI. CONCLUSIONES

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay un auge respecto a la inclusión de la evaluación de las percepciones del estado de salud. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.

A nivel mundial se ha registrado una disminución de accidentes fatales debido a la mejora en los procedimientos de seguridad; sin embargo, en México hay un incremento en el número de accidentes menores, lo que refleja la necesidad de encontrar características en general de los trabajadores, para poder disminuir la incidencia de nuevos accidentes y teniendo como efecto secundario también una disminución de los días de incapacidad y el costo que generan.

Este estudio propone algunos factores inherentes a los personas que han presentado registros de accidente laboral a fin de ir caracterizando los rasgos que más se asocian a un incremento en el número de los mismos, principalmente el tipo de categoría en la que se desenvuelven en el medio ambiente laboral, en conjunto con un menor resultado en el cuestionario SF-36 (autopercepción de estado de salud).

No olvidar que al obtener los resultados del Test de Eysenck, se debe enfatizar el control de la accidentabilidad laboral en trabajadores con rasgos de personalidad de extroversión y neuroticismo y con nivel escolar básico y/o de licenciatura principalmente. Una vez más el tipo de trabajo que desarrollan mostró un incremento en

rasgos de la personalidad de psicoticismo, y, por último, la menor proporción de rasgos de extroversión a una antigüedad mayor en el puesto de trabajo.

El control y registro de los accidentes de trabajo en Petróleos Mexicanos mediante el procedimiento LES e ITL (Informe de Trabajador Lesionado), demostró ser un sistema eficaz que tiene como objetivo llevar un control de los trabajadores que sufren un accidente de trabajo, a fin de conocer las causas y consecuencias, tanto en la salud del trabajador como los costos directos e indirectos derivados del mismo, involucrando a supervisores y trabajadores por igual para dictar las medidas correctivas adecuadas y así eliminar las circunstancias que los propician.

Una de las limitaciones de esta investigación, es el tamaño de la muestra, lo cual se debió al subregistro de los accidentes de trabajo y la falta de seguimiento por parte del mismo trabajador en el procedimiento LES o ITL en su totalidad, además de los cambios ocurridos en el régimen contractual o en el centro laboral, en aquellos trabajadores que presentaron algún accidente laboral en el período de estudio. Dicha dificultad puede superarse contando con más tiempo en el registro de los accidentes y para la aplicación de las evaluaciones, o bien, aplicando los cuestionarios al momento en que el trabajador reporta el accidente.

Es importante mencionar que los principales factores que se han asociado a un aumento en el índice de accidentes son los denominados *psicosociales*, originados en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocionales, cognitivas y conductuales, factores que, en suma con los rasgos de personalidad y autopercepción del estado de salud, hacen que un trabajador tenga un aumento en la cantidad de accidentes laborales y, más adelante, un deterioro súbito ó progresivo en su estado de salud.

La autopercepción del estado de salud tiene que ver con el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia, ya que la actividad laboral promueve o dificulta que las personas ejerzan sus habilidades, experimenten control e interaccionen con las demás para realizar bien sus tareas, facilitando o dificultando la satisfacción de sus necesidades de bienestar.

El cuestionario de autopercepción de estado de salud, ha demostrado que se trata de un instrumento útil para medir la calidad de vida o estado de salud individual, que comprende componentes físicos, emocionales y sociales, no es necesariamente asociada a algún tipo de enfermedad, y es aplicables a la población general.

Los rasgos de la personalidad permiten conocer de manera aproximada los motivos que conducen a un individuo a actuar, sentir, pensar y desenvolverse en un medio; también es posible conocer la manera en la cual un individuo puede aprender e interactuar en el entorno, teniendo como resultado en numerosas ocasiones, un incremento en cuestiones riesgosas para su salud como lo es el sufrir un incidente ó accidente en el trabajo. Para evaluar estos aspectos el test de Eysenck puede considerarse como jerárquico ya que describe tres grandes dimensiones, que subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o en instancias conductuales. Los constructos psicológicos derivados de este test puede ser medidos de manera válida y confiable; los niveles de confiabilidad de las escalas han sido satisfactorios.

La importancia de estudiar la calidad de vida y relacionarla con una mayor frecuencia en accidentes laborales radica en que, la gestión de salud demanda el uso de indicadores más robustos y fehacientes para medir las actividades asistenciales, que permitan detectar aspectos que le atañen al trabajador, comunidad y/o centros de trabajo ya que la salud es un concepto multidimensional, como el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales. Por lo tanto, en su medición se deben tener en cuenta dos proyecciones, la del usuario y la del proveedor.

Al contar con este tipo de medidas, tanto de la calidad de vida como de las características de personalidad de los trabajadores con antecedente de accidente laboral, se puede reflejar el sentir y pensar del sujeto que se investiga a fin de señalar los beneficios de una posible intervención o el efecto en sus diversas esferas (física y mental) que refleje la situación perceptiva del individuo desde su entorno político, social, económico y laboral.

Con la información básica obtenida en esta investigación, es posible complementarla con estudios posteriores en el mismo rubro, para controlar y disminuir la accidentabilidad en la empresa, continuar con el seguimiento de los factores de riesgo y análisis de los mismos, así como, valorar la implementación de los instrumentos utilizados en este trabajo, y caracterizar a la población trabajadora de este centro laboral.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tudón, J, 2004, La medicina del trabajo y la salud ocupacional, Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo, May-Ago 4(2): 45. (1)
- Moncada S. y Llorens C. (coord.), 2007, *Organización del trabajo, factores psicosociales y salud, Experiencias de prevención*. Madrid, Editorial ISTAS. (2)
- Octavio Agis Muñoz, 2006, *Asociación entre el estrés laboral y los trastornos psicosomáticos en los choferes repartidores/cobradores de una terminal de almacenamiento y distribución de hidrocarburos refinados*; p. 1-10. (3)
- *Customer-related social stressors and burnout*, Journal of Occupational Health Psychology, 2004, 61-82. (4)
- Siegrist, J, 1996, *Adverse health effects of high-effort/low reward conditions*, J. Occup Psychol, 1: 27-41. (5)
- Calderón Enriquez, Karina, 2009, *Tesis Estrés y fatiga y su relación con los factores psicosociales en trabajadores de un laboratorio farmacéutico de productos veterinarios*; p. 1-8. (6)
- Tuesca Molina, Rafael, 2005, La calidad de vida, su importancia y cómo medirla, Salud Uninorte, pp 1, 2, 5. (7)
- ALONSO, J. et al, 1995, La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos, Medicina Clínica 104(20), 771-776. (8)
- Arostegui Madariaga Inmaculada, 2008, Aspectos estadísticos del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36), Estadística Española, p.p. 150-153. (9)
- Lugo A. Helena, 2006, Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia, Revista Fac Nac Salud Pública, p.p. 10,11. (10)
- Ware JE Jr, Gandek BL, Keller SD, IQOLA Project Group. Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA Project. En: Spilker B, editor.

- Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trial. 2.a ed. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 681-92. (11)
- Miguel A. Zúniga, M.D., et al, 1999, Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México, Salud Pública de México, Vol 41, No. 2, p.p. 3,5,7. (12)
 - Luis Durán-Arenas, MD, Ph D et al, 2004, Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36, Salud Pública en México, Vol. 46, No. 4, p.p. 5-7. (13)
 - M.P. García-Portilla et al, 2008, Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Editorial Ars Médica, p. 205, 206. (14)
 - Salazar, J. M. et al, 2006, J. Psicología social, Venezuela, Trillas. (15)
 - Eliseo Chico, 2000, Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y los rasgos de personalidad de Eysenck, Anuario de Psicología, Vol. 31, n° 1, p.p. 80.82. (16)
 - Sybil B. GEysenck, 1989, Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses, Salud Mental, Vol. 12, No. 3, p.p. 16,17,19. (17)
 - Dr. José Luis Valle Benitez, 2001, Tesis El modelo de personalidad de Eynseck en relación con la interfase ansiedad-depresión, p.p.8-12. (18)
 - OIT (SF). Recuperado el 13 de Enero de 2014 de <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--es/index.htm>. (19)
 - Ley Federal del Trabajo, 2012, México, D.F, ISEF. (20)
 - PEMEX, (2010). Manual de Inducción Sistema PEMEX-SSPA [diapositivas de PowerPoint]. (21)
 - Manual de Procedimientos Para el Reporte y Control de Trabajadores Lesionados, Petróleos Mexicanos, 1983. (22)
 - Procedimiento Institucional para el Registro, Control y Calificación de Accidentes de Trabajo en Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, 2012. (23)
 - Reglamento de Seguridad e Higiene de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, 1970. (24)
 - Contrato Colectivo de Trabajo de Petróleos Mexicanos, 2011-2013. (25)

- Caraveo aj, Colmenares BE, Saldivar, 1999, *Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida*, Salud Mental, 22 (Número Especial): 62-67. (26)
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica, México, 2002. (27)
- INEGI (SF). Recuperado el 13 de Enero de 2014 de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>. (28)
- IMSS (SF). Recuperado el 13 de Enero de 2014 de <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/pages/memoriaestadistica.aspx#.UtdZpPTuLG8>. (29)

VIII. ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla 1. Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo**

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

ANEXO 2.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK FORMATO B CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

INSTRUCCIONES PARA LA IMPRESION DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

APENDICE I

Cuestionario de la Personalidad de Eysenck

A continuación transcribir las preguntas a partir de la 1, cada una con la numeración correspondiente, eliminando todo lo demás.

1. ¿Tiene usted muchos pasatiempos o entretenimientos?
2. ¿Se detiene a pensar cualquier cosa antes de hacerla?
3. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?
4. ¿Se ha atribuido alguna vez el mérito de algo que sabía le correspondía a otra persona?
5. ¿Es usted una persona platicadora?
6. ¿Le preocuparía tener deudas?
7. ¿Se siente alguna vez decaído, sin ninguna razón?
8. ¿En alguna ocasión ha tomado más de lo que le correspondía por ambicioso?
9. ¿Se asegura usted todas las noches de que las puertas de su casa estén bien cerradas?
10. ¿Es usted una persona animada?
11. ¿Se entristecería mucho si viera sufrir a un niño o a un animal?
12. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?
13. Cuando se compromete a algo, ¿cumple siempre su promesa a pesar de las dificultades que le ocasione?
14. ¿Le gustaría tirarse con un paracaídas?
15. ¿Normalmente, ¿puede usted relajarse y disfrutar de una reunión animada?
16. ¿Es usted una persona irritable?
17. ¿Le ha echado alguna vez la culpa a alguien de algo que usted era responsable?
18. ¿Le gusta conocer gente nueva?
19. ¿Cree usted que los seguros son buenos?
20. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?
21. ¿Son buenos y convenientes todos sus hábitos?
22. ¿Tiende usted a mantenerse en segundo plano en reuniones sociales?
23. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos?
24. ¿Se siente a menudo harto?
25. ¿Ha tomado alguna vez algo (aunque sea un alfiler o un botón) que no fuera suyo?
26. ¿Le gusta mucho salir?
27. ¿Le gusta herir a las personas que quiere?
28. ¿Le atormentan a menudo sentimientos de culpa?
29. ¿Habla a veces de cosas de las que usted no sabe nada?
30. ¿Prefiere leer a conocer gente?
31. ¿Tiene enemigos que quieren hacerle daño?

APENDICE I (Continuación)

32. ¿Se considera una persona nerviosa?
33. ¿Siempre se disculpa cuando ha sido grosero?
34. ¿Tiene muchos amigos?
35. ¿Le gusta hacer bromas que a veces puedan realmente lastimar a las personas?
36. ¿Se considera una persona que se preocupa demasiado?
37. Cuando era niño, ¿hacía lo que le ordenaban inmediatamente y sin protestar?
38. ¿Se considera usted una persona feliz y con suerte?
39. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?
40. ¿Se preocupa de cosas terribles que puedan suceder?
41. ¿Ha roto o perdido alguna vez algo que perteneciera a otra persona?
42. ¿Usualmente toma usted la iniciativa de hacer nuevos amigos?
43. ¿Le es fácil comprender lo que siente la gente cuando le cuentan sus problemas?
44. ¿Se considera una persona tensa o "nerviosa"?
45. ¿Tira papeles al piso cuando no encuentra un basurero a la mano?
46. Cuando está con otras personas, ¿permanece generalmente callado?
47. ¿Considera que el matrimonio es anticuado y debiera eliminarse?
48. ¿Siente algunas veces lástima por usted mismo?
49. ¿Es usted de los que a veces tienden a presumir?
50. ¿Le resulta fácil animar una fiesta que esté aburrida?
51. ¿Le molestan las personas que manejan con cuidado?
52. ¿Se preocupa por su salud?
53. ¿Ha dicho alguna vez algo malo o desagradable acerca de alguien?
54. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?
55. ¿Le saben igual la mayoría de las cosas?
56. ¿De vez en cuando se siente malhumorado?
57. ¿De niño, fue alguna vez grosero con sus padres?
58. ¿Le gusta estar con la gente?
59. ¿Se preocupa mucho si sabe que ha cometido errores en su trabajo?
60. ¿Sufre de insomnio?
61. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?
62. Cuando la gente le platica, ¿tiene usted casi siempre lista una respuesta?
63. ¿Le gusta llegar a sus citas con tiempo de sobra?
64. ¿Se ha sentido a menudo desanimado y cansado sin ninguna razón?
65. ¿Ha hecho alguna vez trampa en un juego?
66. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?
67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?
68. ¿Siente a menudo que la vida es aburrida?
69. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?
70. ¿Se compromete a menudo con más actividades de las que tiene tiempo?
71. ¿Hay varias personas que tratan de evitarlo?
72. ¿Se preocupa mucho por su apariencia?
73. ¿Es usted siempre cortés, aun con gente grosera?
74. ¿Piensa usted que la gente pierde demasiado tiempo asegurando su futuro con ahorros y seguros?
75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?
76. ¿Dejaría de pagar sus impuestos si supiera que nunca lo iban a descubrir?
77. ¿Es usted capaz de poner ambiente en una fiesta?
78. ¿Trata usted de no ser grosero con la gente?
79. ¿Se preocupa demasiado después de una experiencia vergonzosa?
80. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?
81. Cuando viaja por autobús, tren o avión ¿llega a menudo en el último minuto?
82. ¿Sufre usted de los "nervios"?

APENDICE I (Continuación)

83. ¿Ha dicho alguna vez algo a propósito para ofender a alguien?
84. ¿Odia estar en un grupo en el que se hacen bromas ligeras?
85. ¿Terminan fácilmente sus amistades sin que usted tenga la culpa?
86. ¿Se siente a menudo solo?
87. ¿Practica usted siempre lo que predica?
88. ¿Le gusta a veces molestar a los animales?
89. ¿Se ofende fácilmente cuando la gente le encuentra errores a usted o a su trabajo?
90. Una vida sin peligros, ¿le parecería muy aburrida?
91. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita?
92. ¿Le gusta que haya mucho bullicio y animación a su alrededor?
93. ¿Le gustaría que la gente le tuviera miedo?
94. ¿Se encuentra algunas veces lleno de energía, y otras perezoso y desanimado?
95. ¿Deja a veces para mañana lo que podría hacer hoy?
96. ¿Piensan otras personas que usted es una gente "llena de vida"?
97. ¿Le cuentan a usted muchas mentiras?
98. ¿Es usted muy susceptible para ciertas cosas?
99. ¿Está siempre dispuesto a admitir sus errores?
100. ¿Sentiría compasión si viera un animal atrapado en una trampa?
101. ¿Le ha molestado llenar este formulario?

FOR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS
PREGUNTAS. GRACIAS

ANEXO 3.

Forma CI-001

**PETRÓLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: _____ de _____ años de edad.

Con domicilio en: _____ y N° de Ficha: _____

Nombre del representante legal, familiar o allegado: _____ de _____ años de edad.

Con domicilio en: _____ y N° de Ficha: _____

En calidad de: _____

DECLARO

QUE EL(A) DOCTOR(A): ITZEL VIRIDIANA RAMÍREZ BARRÓN

Me ha invitado a participar en el estudio denominado: **“CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y ESTADO DE SALUD GENERAL EN TRABAJADORES DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE LABORAL EN EL PERÍODO DE 2011-2013”**.

Que consiste en la aplicación de un cuestionario de manera escrita durante mi jornada laboral sin intervenir en mis actividades habituales. El estudio que nos permita realizarlo solo serán utilizado con ese fin, no se utilizaran con ningún otro fin ni se realizaran otras pruebas, los resultados no afectaran la relación entre la empresa Petróleos Mexicanos y el trabajador. Así como en cualquier momento que el trabajador desee retirarse del estudio podrá hacerlo, los resultados de la prueba se entregaran personalmente al trabajador y se dará una explicación clara de los resultados del mismo. Los datos que yo escriba sólo serán utilizados para fines de investigación, sin repercusiones laborales. Tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida en el trabajo.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Del mismo modo designo a _____
para que exclusivamente reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico,
tratamiento y/o pronóstico
Y en tales condiciones

CONSIENTO

En que se me realice: _____

_____ Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

En México, D.F., a los _____ del mes de _____ de 20_____.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO
TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

.....
Este apartado deberá llenarse en caso de que el paciente revoque el Consentimiento

Nombre del paciente: _____ de _____ años
de edad. Con domicilio en: _____

_____ y N° de Ficha:

_____ Nombre del representante legal, familiar o allegado: _____

_____ de _____ años de edad. Con domicilio en: _____

_____ y N° de Ficha: _____

En calidad de: _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad médico-legal al médico tratante y a la Institución.

En México, D.F., a los _____ del mes de _____ de 20_____.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO
TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO