

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL, SALUD, ESTRÉS Y SATISFACCIÓN EN MEDICOS RESIDENTES Y POSGRADISTAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO, 2009

El trabajo, es decir, la actividad que el hombre realiza para transformar la naturaleza en los bienes necesarios para su subsistencia, nos ha permitido a lo largo de la historia humanizarnos. Pero no sólo es fuente de riquezas materiales, sino también espirituales, porque forma parte muy importante del sentido que le asignan los individuos a sus propias vidas (Rocha, 2006).

La labor del médico puede ser fuente de grandes satisfacciones cuando las condiciones de trabajo son favorables; por el contrario, una organización del trabajo que lo exponga a factores de riesgo psicosocial puede conducir a insatisfacción, estrés y alteraciones en la salud física y mental.

El personal sanitario que labora en un hospital está expuesto a diversos tipos de riesgos laborales, entre estos: los físicos, químicos, biológicos, mecánicos, ergonómicos y psicosociales. Estos últimos, aunque no considerados prioritarios para muchos, son clave en la calidad de vida del médico residente y posgradista, y por ende, en la calidad asistencial.

La presente investigación involucra a los médicos residentes asistenciales y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, en los cuales se efectuará un estudio referente a los factores de riesgo psicosocial, salud, estrés y satisfacción.

El objetivo es evidenciar que existe una alta prevalencia de exposición a factores de riesgo psicosocial en esta población y las consecuencias que de esto derivan.

Además, se pretende demostrar la importancia de intervenir en el origen de la exposición psicosocial negativa, con el fin de proporcionar a los médicos una mejor calidad de vida y un mejor desempeño laboral.

Descripción de la empresa y área de trabajo

Fotografía 1: Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito



El Hospital Eugenio Espejo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es un hospital de tercer nivel de referencia nacional, por lo que no cuenta con un área de influencia local. Se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el cantón Quito, en la Av. Colombia s/n y Yaguachi. Se brinda atención los 365 días del año, las 24 horas del día. Según Gestión de Trabajo Social del Hospital Eugenio Espejo se determinó que los usuarios de los servicios médicos son en un 79% de clase baja y media.

El Hospital Eugenio Espejo está conformado por un edificio de 10 pisos y 2 subsuelos, donde se encuentran entre otros servicios, las siguientes áreas médicas:

Cuadro 1: Distribución de servicio médicos del Hospital Eugenio Espejo

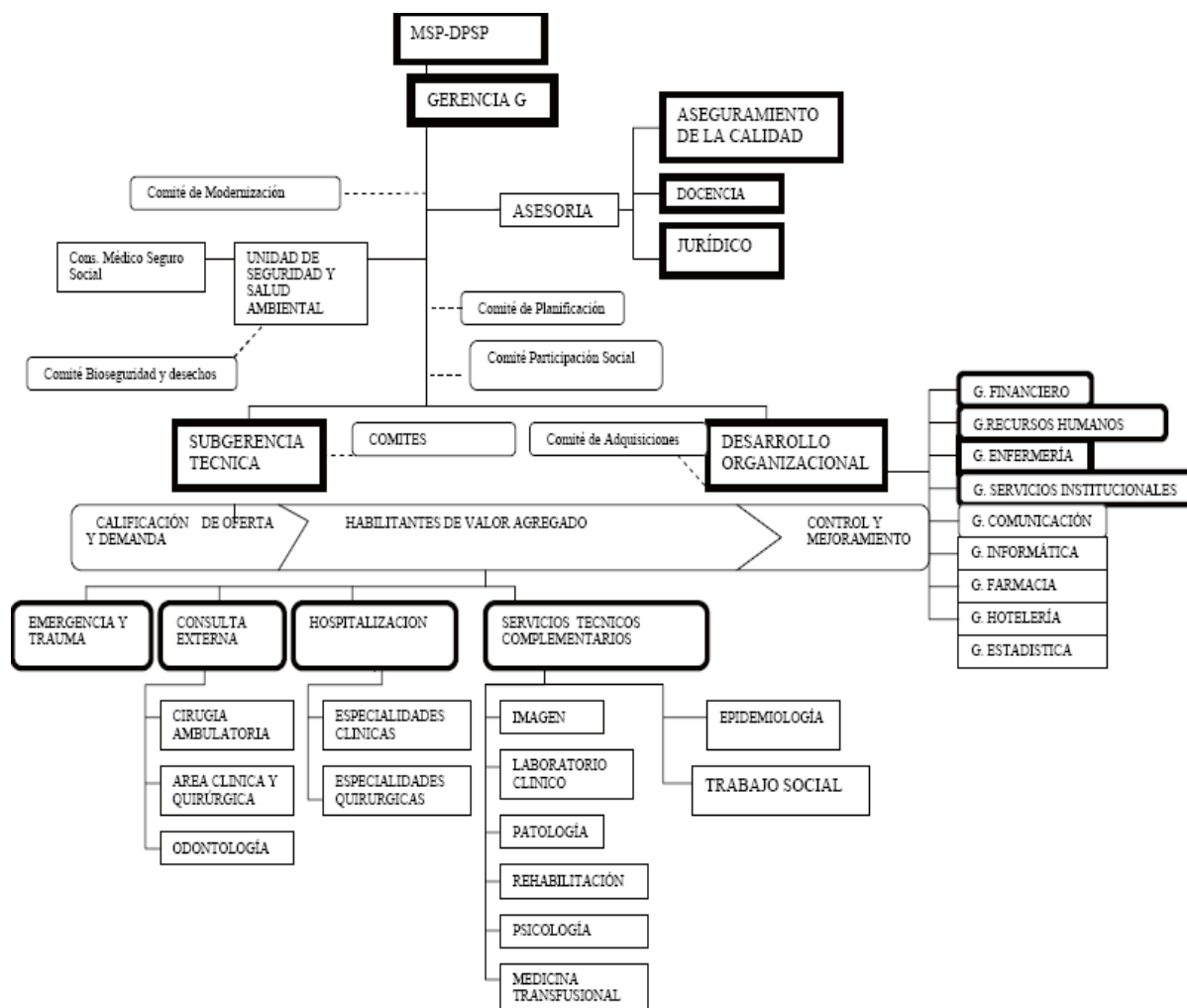
Planta baja	Rayos X (Imagenología)
	Emergencia
Primer piso	Unidad de Terapia Intensiva
	Patología (Anatomía Patológica)
	Laboratorio (Patología Clínica)
Tercer piso	Urología
	Unidad de Quemados
Cuarto piso	Cirugía Vasculat
	Cardiología - Cirugía Cardíaca
	Nefrología- Diálisis
Quinto piso	Neurocirugía
	Cardiorráctica
	Ginecología
	Proctología
	Urología
Sexto piso	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Neumología
Séptimo piso	Pediatría
Octavo piso	Medicina Interna
	Neurología
Noveno piso	Cirugía general
Décimo piso	Traumatología

Las actividades del personal sanitario tienen características muy distintas con respecto a los procesos de trabajo del sector industrial o de servicios. Se requiere de conocimientos específicos y de actitudes y aptitudes particulares. La característica primordial en el proceso es el contacto de un ser humano con otro ser humano.

Las actividades varían dependiendo del área médica y su organización, entre estas podemos mencionar:

1. Establecimiento de una relación con el paciente al interactuar para obtener información necesaria para el desarrollo de la historia clínica.
2. Realización del examen físico, que consiste en revisión de órganos y sistemas, a través de un contacto directo con el paciente.
3. Procedimientos terapéuticos clínicos y quirúrgicos.
4. Seguimiento de evolución del paciente.
5. Procedimientos diagnósticos específicos, mediante el estudio de fluidos, órganos y sistemas.
6. Manipulación de material contaminado, debido a una curación o cirugía.
7. Emisión de información al paciente y familiares.
8. Actualización periódica de avances científicos, entre otros (Buitrón, 2000).

Gráfico 1: Organigrama funcional Hospital Eugenio Espejo



Según el Estatuto de Docencia e Investigación, 2009, del Hospital Eugenio Espejo, los médicos residentes son médicos egresados de las facultades de ciencias médicas del país o extranjeros que hayan convalidado su título de médico en el CONESUP (Consejo Nacional de Educación Superior) y que se encuentren facultados para el ejercicio de la medicina en el Ecuador. Sus actividades se basan en asistir en el trabajo clínico y en intervenciones quirúrgicas dentro del Hospital.

Fotografía 2: Médico posgradista realizando actividades asistenciales en el Servicio de Urgencias del Hospital Eugenio Espejo



Existen dos modalidades: médicos residentes ganadores de concurso de merecimientos y oposición, algunos con contrato bianual y otros con nombramiento provisional, y médicos residentes asistenciales del Hospital Eugenio Espejo, con contrato ocasional.

En ambos casos los médicos están contratados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por lo que disponen de los beneficios económicos correspondientes y están regidos a la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones de Sector Público (LOSSCA).

Por otro lado, los médicos posgradistas son médicos residentes que están realizando su formación de especialidad en las distintas universidades del país, y deben llevar a cabo rotaciones cada dos o tres meses por diferentes hospitales. En el caso del Hospital Eugenio Espejo, este recibe en su mayoría residentes de la Universidad Central y de la Universidad Católica del Ecuador.

Con respecto al horario de trabajo, está sujeto al régimen docente y laboral de cada servicio. Está dispuesto que el horario de entrada sea a las 7:45 y el de salida nunca antes de las 12:00 de lunes a viernes. Desde hace 9 meses, se ha reglamentado que los turnos se realicen cada cuarto día durante 24 horas, ya que anteriormente se realizaban cada tercer día.

Actualmente el Hospital cuenta con los servicios de 136 médicos residentes y posgradistas, organizados de la siguiente manera: 76 médicos posgradistas y 63 residentes asistenciales, de los cuales 65 son mujeres y 71 hombres.

En el ámbito de la Seguridad y Salud, el Hospital actualmente cuenta con una Unidad de Seguridad y Salud dirigida por un Ingeniero Industrial en proceso de obtención del título de cuarto nivel, el cual dispone únicamente de una política, un reglamento de seguridad y salud y una identificación de riesgos laborales en desarrollo.

El Comité de Seguridad y Salud del Hospital es un comité paritario que consta de 12 personas, entre estos, 6 miembros principales y 6 miembros suplentes.

El Reglamento de Seguridad y Salud del Hospital Eugenio Espejo involucra a trabajadores, profesionales, estudiantes, y todo el personal relacionado con prestación de servicios de salud, asegurando condiciones de trabajo que no presenten peligro para su salud o vida, mediante la toma de medidas dirigidas a prevenir riesgos, incluidos los psicosociales.

Con respecto a estadísticas, en Trabajo Social Laboral se mantiene únicamente registros referentes a accidentes de trabajo reportados del personal del Hospital.

Cuadro 2: Riesgos Laborales Hospital Eugenio Espejo

RIESGO	FACTOR DE RIESGO
Caída al mismo nivel	Iluminación deficiente Objetos en el piso Superficie resbaladiza
Punciones y cortes	Manejo inadecuado de material cortopunzante Fatiga Deficiente formación en medidas de bioseguridad
Caídas de objetos	Almacenamiento inadecuado de materiales, insumos y medicación
Quemaduras	Manipulación de químicos
Riesgo Biológico	Paciente con enfermedad infectocontagiosa Fluidos corporales contaminados Desechos corporales contaminados Ropa sucia contaminada
Riesgo Ergonómico	Posición de pie por largos periodos Posturas inadecuadas al realizar procedimientos
Riesgos Psicosociales	Sobrecarga mental Sobrecarga emocional Falta de control sobre tiempo en el trabajo Ausencia de motivación e incentivos Jornadas de trabajo excesivas Ausencia de perspectivas de progreso Complejidad, rapidez en ejecución de tareas Monotonía, rutina y repetitividad

Problemática

Según la OIT cada año mueren más de 2 millones de personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo. De acuerdo con estimaciones, se producen 270 millones de accidentes en el trabajo y 160 millones de casos de enfermedades profesionales.

Estas cifras nos muestran una realidad tangible, lo cual muchas veces no permite evidenciar la repercusión de los factores psicosociales en la salud física y mental de los trabajadores.

A nivel de la Unión Europea se estima que el estrés laboral es el responsable del 16% de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres. Del 50 al 60% del absentismo se lo ha asociado con el estrés relacionado con el trabajo. A los costes económicos, que fluctúan entre 20. 000 millones de euros anual, se añade la pérdida por productividad, la mayor fluctuación de personal y la menor capacidad de innovación (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2009).

Numerosos estudios indican que la profesión médica está expuesta a presentar niveles elevados de estrés con las múltiples consecuencias en la salud física, mental y social que puede desencadenar.

En Ecuador no se dispone de datos suficientes que permitan entender la verdadera problemática en Seguridad y Salud en el sector sanitario. En 1993, el Posgrado de Salud Pública de la Universidad Técnica de Manabí detectó que la frecuencia de estrés en el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo fue de 54 % en grado moderado y de 2.46% en grado severo (Buitrón, 2000).

Se ha encontrado que los médicos residentes presentan mayores niveles de ansiedad, depresión e inestabilidad emocional (Pugno, 1981, citado en Moreno y Peñacoba, s.f.).

Según Firth Cozens, en un estudio sobre el nivel de estrés de los residentes, medido a partir del GHQ12 –General Health Questionary de Goldberg–, el 32% de los residentes se encontraban por encima del límite: esta cifra aumentaba hasta el 42% en el primer año de residencia, para estabilizarse alrededor del 30% en los años siguientes. En Cataluña, una encuesta reciente de la Fundación Galatea a la población MIR indica que un 30% estaría en situación de riesgo psicológico, realizando la medición con el

mismo cuestionario GHQ12. Estos estudios demuestran que el nivel de estrés entre los profesionales de la salud es superior al del resto de la población, que se sitúa alrededor del 18% (La Fuente, 2006, p. 33).

El trabajo del personal sanitario, en este caso, médicos residentes, está expuesto a un gran número de riesgos laborales, siendo los factores de riesgo psicosocial los causantes de un enorme impacto en la calidad de vida de estos profesionales.

Los factores de riesgo psicosocial de mayor prevalencia dentro de este colectivo son: el trabajo nocturno y a turnos, el exceso de la carga de trabajo, largas jornadas de trabajo; estos no permiten participar adecuadamente de las responsabilidades familiares y sociales, al igual que dificultan la posibilidad de desarrollar de forma óptima las necesidades de formación profesional. Además, pérdida del control sobre la actividad asistencial, nivel de exigencia de la población y acoso moral en relación con estilos de dirección autoritarios.

Están situaciones que afectan en el aspecto emocional de forma continua, debido a la convivencia con la enfermedad, el dolor y la muerte de otros seres humanos, y en ocasiones la sensación de fracaso en atención al paciente. Todo esto, si no se recibe apoyo por parte de las autoridades, trae como consecuencia un deterioro en la calidad de vida del médico, y como consecuencia en la calidad de atención al paciente.

En Ecuador, a nivel de sanidad, no se ha evidenciado un legítimo interés por el desarrollo y puesta en marcha de Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud integrales, ya que en muchas instituciones el médico residente no se ve beneficiado por programas de prevención de riesgos laborales, mucho menos en el aspecto psicosocial.

Es así que en el Hospital Eugenio Espejo, a pesar de constituir un hospital de referencia nacional tanto médica como docente, no se cuenta con un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud, debido probablemente a la continua rotación que ha existido en el personal

que conforma la Unidad de Seguridad y Salud. Esto ha repercutido en el seguimiento y culminación de las actividades realizadas anteriormente. Además, la identificación de riesgos está en proceso de elaboración, y no se tiene datos completos sobre anteriores identificaciones de riesgos, evaluaciones, medidas preventivas ni correctivas.

En el Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo se establece que es obligación de los empleadores instruir al personal que ingresa a trabajar en la empresa, con respecto a los riesgos existentes en los diferentes puestos de trabajo y su prevención, además de formar en materia de prevención de riesgos. El mismo reglamento señala que se debe entregar a cada trabajador un ejemplar del Reglamento Interno de Seguridad e Higiene de la Empresa. Contrario a lo establecido, en el Hospital Eugenio Espejo existe un déficit en la comunicación en el ámbito de la seguridad y salud, lo cual se manifiesta a través de la falta de difusión de la política y reglamento respectivo, ya que la mayor parte del personal desconoce de su existencia, y más aún del contenido. Cabe recalcar que de la misma forma, no tienen conocimiento de la presencia de una Unidad de Seguridad y Salud en el Hospital ni de sus funciones.

Existe una idea errónea dentro de médicos residentes y posgradistas de que los factores de riesgos laborales se reducen a biológicos y físicos, restando la importancia que se merecen los factores psicosociales, probablemente debido a que por parte de los responsables se les ha informado y capacitado en materia de riesgos del trabajo únicamente en medidas de Bioseguridad.

El Reglamento para el funcionamiento de los servicios médicos de empresa establece que los médicos designados a la atención deberán designar la mayor parte del tiempo en laborales dirigidas a la prevención y fomento de la salud; además de realizar la apertura de la ficha médica al momento del ingreso de los trabajadores al Hospital y el examen médico

preventivo anual de seguimiento y vigilancia de la salud de todos los trabajadores, lo cual no se ha venido cumpliendo.

De la misma forma, el Reglamento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo exige a los empleadores responsabilizarse de los exámenes médicos de preempleo, periódicos, y de retiro; no obstante, estos exámenes no se los ha venido realizando a todos los médicos residentes. En el caso de médicos posgradistas, no se los incluye en las actividades realizadas por el servicio médico, ya que estas van dirigidas al personal directamente relacionado con el Hospital.

Los médicos residentes asistenciales según la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa (LOSSCA) deben trabajar 40 horas semanales, pero esto no se cumple, ya que a pesar de que hace 9 meses se consiguió que se establezcan turnos de 24 horas cada cuarto día, los médicos acuden de Lunes a Viernes de 7:45 hasta pasadas las 12:00, y los días de turnos laboran aproximadamente 30 horas, incluso existen casos donde los médicos deben continuar realizando turnos cada tercer día, debido a la falta de personal.

Al momento coexiste con esta problemática la inequidad en la clasificación de puestos, a pesar de que la resolución de la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones de Sector Público (SENRES) que establece a todos los médicos residentes como servidores públicos 4 con un salario de 987 dólares, entró en vigencia a partir del primero de mayo del 2009, ya que aún hay médicos denominados servidores públicos 2 con un salario de 819 dólares. Además, con respecto al aspecto salarial, no se está cumpliendo lo que establece la LOSSCA en el artículo 121, el cual indica que los médicos residentes tendrán derecho al pago de horas extraordinarias y suplementarias, previa autorización de la autoridad nominadora y disponibilidad presupuestaria.

En el caso de médicos posgradistas, al no estar considerados en relación laboral ni docente directa con el Hospital, no se los considera como trabajadores bajo ningún concepto, pese a que en la mayoría de lugares son los directos responsables, en su turno, del servicio médico y por ende de los pacientes, lo que conlleva una carga laboral intensa. No cuentan con ningún beneficio laboral como seguro médico o salario por el trabajo realizado. En muchos casos la compensación económica recibe una figura de beca, que varía dependiendo del hospital o institución que la otorga. La carga horaria dista mucho de las 40 horas semanales, ya que deben regirse a las necesidades del servicio médico en el cual realizan la pasantía, siendo un horario similar al del médico residente asistencial.

En otros países el actual auge del estudio de estos factores ha favorecido la construcción de una normativa bastante desarrollada. Lamentablemente, en Ecuador no se cuenta con una legislación específica que obligue a evaluar riesgos laborales de forma multidisciplinaria.

Justificación

La sola toma de conciencia de las repercusiones que trae consigo una deficiente prevención y control de riesgos psicosociales en médicos residentes directamente responsables de la salud de los pacientes de los hospitales de la ciudad de Quito, es razón suficiente para emprender este estudio, ya que a partir de aquí es donde se puede lograr grandes cambios.

En primer lugar, el estudio de los factores de riesgo psicosocial en esta población, nos dará la pauta para entender su prevalencia, y así tomar medidas dirigidas a desarrollar y aplicar una cultura preventiva.

El beneficio que trae consigo el conocimiento de la cadena de eventos, desde la falta de un trabajo digno y seguro, pasando por estrés crónico y enfermedades somáticas, hasta la

disminución de la calidad de la asistencia médica, es enorme, ya que constituye un paso para que médicos, autoridades y gobierno trabajen juntos para crear políticas con un enfoque integral en seguridad y salud.

Y, por último, a pesar de que existen numerosas investigaciones y publicaciones relativas a esta problemática en otros países, en Ecuador no se han realizado este tipo de estudios o no se tiene acceso a ellos, por lo que es muy importante en el ámbito académico, ya que complementarían anteriores conocimientos y promoverían nuevas necesidades de investigación en salud ocupacional. Además, que aportaría con la elección de una herramienta útil a la hora de evaluar riesgo psicosocial a nivel de sanidad.

MARCO TEÓRICO

Introducción

En el noveno informe del comité mixto conformado por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina del Trabajo celebrada en 1984, se elabora un concepto integrador y completo que señala:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento (p.12).

Cortés (2007) menciona que los factores psicosociales están clasificados de acuerdo a su relación con:

- a) Las características del puesto de trabajo
- b) La organización del trabajo
- c) Las características personales

Cuadro 3: Factores de riesgo psicosocial

Características del puesto de trabajo	Organización del trabajo	Características personales
Iniciativa/Autonomía	Estructura de la organización	Características individuales
Ritmos de trabajo	Comunicación en el trabajo	Personalidad
Monotonía/repetitividad	Estilos de mando	Edad
Nivel de cualificación exigido	Participación en decisiones	Motivación
Nivel de responsabilidad	Asignación de tareas	Formación
	Organización del tiempo de trabajo	Actitudes
	Jornadas de trabajo y descanso	Aptitudes
	Horarios de trabajo	Factores extra laborales
	Características de la empresa	Factores socioeconómicos
	Actividad	Vida familiar
	Localización	Entorno social
	Morfología	Ocio y tiempo libre
	Dimensión	
	Imagen	

Fuente: Cortes, 2007, p. 596

La relación entre trabajo y salud se puede considerar desde diferentes ámbitos. Desde el aspecto psicosocial, los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y sus consecuencias no son tan evidentes como las de los accidentes de trabajo, pero no por ello dejan de tener importancia (Lahera & Góngora, 2002). Es así que:

La misma OMS cita que en el mundo hay cientos de millones de personas que trabajan bajo condiciones inseguras poniendo en riesgo su salud. Cada año, 1,1 millones de personas en el mundo mueren a causa de lesiones y enfermedades

ocupacionales, por año suceden 160 millones de casos nuevos de enfermedades laborales en el mundo, incluidas las enfermedades mentales, presentándose mayor número de trabajadores con estrés psicológico (OMS, 2000, citado en Aranda & Pando, 2007, p. 252).

El modelo de prevención de riesgos laborales descrito por Moncada y Llorens (2006) sitúa en primer lugar a la organización del trabajo como origen del riesgo, ubicando a los factores psicosociales como la exposición del riesgo, lo cual deriva en estrés, que puede actuar finalmente como precursor de alteraciones en la salud.

Gráfico 2: Modelo de prevención de riesgos laborales



Fuente: Moncada y Llorens, 2006.

El estrés es un proceso por el cual el cuerpo trata de adaptarse a los cambios, exigencias y tensiones a que está expuesto; siendo estas exposiciones físicas, mentales y sociales (Levi, 2001).

En 1999, la Comisión Europea define al estrés relacionado con el trabajo como:

El conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de

trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de ansiedad y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación (p.14).

Esta respuesta al estrés es negativa cuando supera ciertos límites, desencadenando reacciones orgánicas, que pueden ser psicológicas, fisiológicas o conductuales. Dentro de las reacciones fisiológicas, están: trastornos cardiovasculares, respiratorios, dermatológicos, musculo esqueléticos, gastrointestinales, endócrinos, entre otros. Los efectos nocivos de tipo psicológico abarcan: drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, agresividad, depresión y ansiedad; y los conductuales: temblores, tartamudeo, comer excesivamente (Cortés, 2007).

Según Sauter, Hurrell, Murphy y Levi (2001), el estrés laboral en Norteamérica y Europa constituye una de las primeras causas de incapacidad laboral. En 1990, Northwestern National Life, importante aseguradora estadounidense de accidentes de trabajo, encontró que el 13 % del total de casos de incapacidad de trabajadores que gestionó fue debido a trastornos en los que existía relación con el estrés del trabajo.

Aranda y Pando (2007) encontraron en un estudio relacionado con factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México, que 64,8% de los médicos se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), seguidas por las respiratorias (19,2%), las gastrointestinales (18,3%) y las psicológicas (15,2%). Además, se determinó que existía relación entre casi todos los factores psicosociales con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas.

Es por tanto, que la evaluación de riesgos psicosociales se convierte en una herramienta preventiva de gran importancia, puesto que la identificación, valoración y control de los factores de riesgo de origen psicosocial y la planificación de las medidas preventivas correspondientes, conduce a una gestión eficaz de las personas de

la organización, en el sentido de una mejor adecuación a la tarea a desempeñar, al entorno, a la empresa, y se traduce en la eficacia de la organización: mejor rendimiento, menor absentismo y mayor satisfacción..... (Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo del INSL, 2005).

Modelos explicativos del estrés laboral

El síndrome general de adaptación descrito por Selye, en el que se describe la existencia de un nivel de estimulación ambiental a partir del cual se producen respuestas psicofisiológicas para preparar al individuo a la defensa o huida, fue el punto de partida para el desarrollo de diversos modelos explicativos del estrés.

“Selye definió el síndrome general de adaptación como el conjunto de reacciones no específicas del organismo, desencadenadas por estímulos crónicos de origen traumático, tóxico, infeccioso o emocional “(Mardomingo, 1994, p.146).

Modelo demanda-control-apoyo social

Es el modelo que ha aportado con mayor evidencia científica con respecto a la relación entre ambiente psicosocial del trabajo y efectos en la salud.

Robert Karasek establece un modelo bidimensional que incluye las demandas psicológicas laborales y la estructura del trabajo en relación con la posibilidad de tomar decisiones y de usar las propias capacidades. Más tarde, Johnson y Hall, introducen una tercera variable: el apoyo social.

Las demandas psicológicas en este modelo tienen un concepto puramente cuantitativo, ya que se refieren al volumen de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo y las interrupciones que obligan a dejar por momentos las tareas y volver a ellas.

El control constituye un moderador de las demandas del trabajo, por lo que el estrés depende en mayor medida de la incapacidad de controlar las demandas, más que en la

magnitud de las demandas. Incluye las oportunidades de aplicar y desarrollar habilidades y las posibilidades de autonomía en el trabajo.

El apoyo social constituye un moderador del efecto del estrés mantenido en el trabajo sobre la salud, ya que incrementa la capacidad de hacer frente a este. Se refiere a la ayuda proporcionada por compañeros y superiores para realizar el trabajo (Moncada y Llorens, 2006).

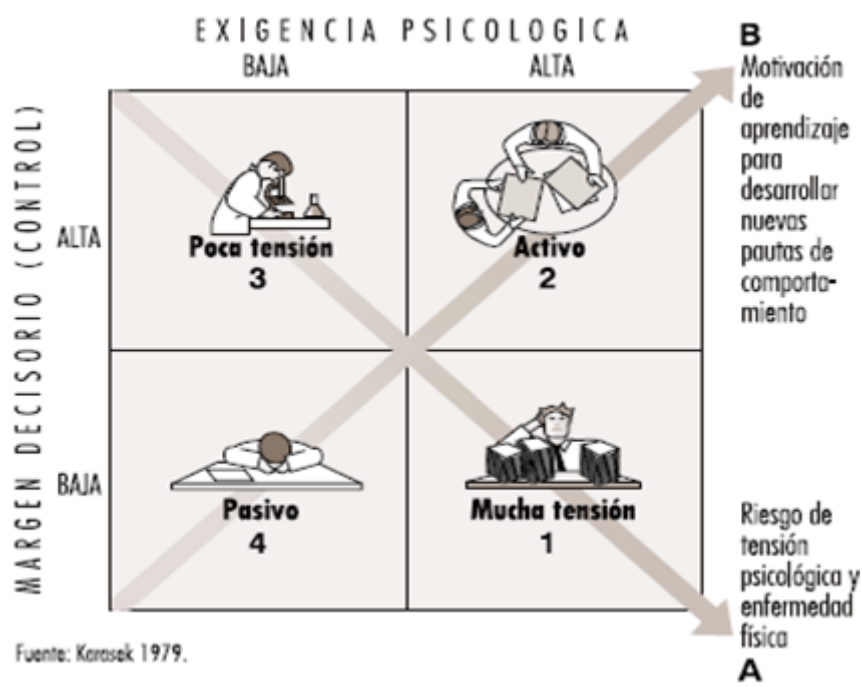
Israel y Antonnuci, 1987, citado en Levi, 2009 refieren “el hecho de que el apoyo social “amortigüe” la tensión psicológica puede depender del grado de integración social y emocional y de la confianza entre los compañeros de trabajo, supervisores, etc.: esto es, del “apoyo socioemocional” (p.9).

De este modelo derivan cuatro grupos de situaciones de trabajo en relación con los niveles de demandas psicológicas y control:

- a) Activas: alta demanda, alto control. Dentro de esta situación de trabajo se puede hablar del “estrés positivo”, que se caracteriza por la posibilidad de crecimiento personal, desarrollo de nuevas habilidades y motivación.
- b) Pasivas: baja demanda, bajo control. Pueden desencadenar un aprendizaje negativo, ya que el trabajo al resultar poco atractivo provoca pérdida de capacidades anteriormente adquiridas
- c) Baja tensión: Baja demanda, alto control. Constituye la situación más parecida a la relajación
- d) Alta tensión (strain): Alta demanda, bajo control. La principal hipótesis del modelo establece que los niveles más bajos de bienestar psicológico y los niveles más altos de síntomas y enfermedades corresponde a esta situación de trabajo.

La situación de alta tensión constituye la más nociva para la salud. El bajo apoyo social combinado con la alta tensión (iso-strain) representa la situación de trabajo más negativa para la salud (Moncada y Llorens, 2006; Vega, 2009).

Gráfico 3: Modelo de exigencia psicológica/margen toma de decisiones



Fuente: Levi, 2001, p. 4

A modo de referencia y sin ser excluyentes, las distintas ocupaciones se podrían distribuir en los cuatro cuadrantes del modelo, de la siguiente manera:

- a) Trabajo pasivo: correspondiente a un bajo nivel de exigencia psicológica y bajo control. Incluye a trabajadores administrativos, contables, personal de servicios de bajo nivel (conserjes, bedeles, etc.), vigilantes, porteros, empleados de almacenes.
- b) Trabajo activo: en este cuadrante se encasilla a profesiones de gran prestigio, como: profesores, abogados, jueces, ingenieros, directivos, periodistas, médicos.

- c) Alta tensión: en este grupo destacan operarios que deben seguir el ritmo de una máquina (montadores, cortadores, manipuladores de cargas), camareros, cocineros, trabajadoras del textil, operadoras telefónicas, trabajos de oficina con tareas automatizadas, conductores de autobús urbano.
- d) Baja tensión: incluye profesiones en las que el ritmo lo marca el propio trabajador, así como empleados de reparaciones e instalaciones, profesores de universidad, científicos, personas que trabajan con herramientas de precisión.

Cabe destacar, que este modelo establece la relación entre las demandas psicológicas y control, desde el punto de vista de la organización laboral, y no toma en cuenta las características de la respuesta individual. (Vega, 2009; Levi, 2001).

Modelo esfuerzo- recompensa (Modelo ERI de Johannes Siegrist o modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa)

Modelo conceptual del estrés laboral formulado en base a teorías de la motivación. A diferencia del modelo de Karasek, proporciona una medida de los perfiles de personalidad, como el patrón específico de afrontamiento, alta implicación o la necesidad de control.

Expone el estrés laboral y sus consecuencias sobre la salud en función del control que las personas ejercen sobre su futuro; es decir, las recompensas a largo plazo.

En este modelo las experiencias estresoras son consecuencias de situaciones que amenazan la continuidad de los principales roles sociales, como el empleo. Son importantes variables explicativas del estrés: la amenaza de despido y de paro, la precariedad laboral, la degradación de la categoría, la falta de expectativas de promoción, los cambios forzados en las condiciones laborales y la inconsistencia de estatus.

Las recompensas a largo plazo están definidas principalmente por tres variables: control del estatus (estabilidad en el empleo, perspectivas de promoción, ausencia de cambios no deseados), la estima (reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo) y el salario.

El desequilibrio entre el esfuerzo realizado y las recompensas esperadas es consecuencia de agotamiento profesional y modificaciones comportamentales, que pueden repercutir en la salud, especialmente ser causa de trastornos cardiovasculares.

El modelo de Karasek y el de Siegrist son complementarios, ya que el primero se centra en las características de la tarea; mientras que el segundo considera las características individuales (Llaneza, 2009).

Cuadro 4: Dimensiones del modelo de esfuerzo-recompensa

Esfuerzos extrínsecos	Esfuerzos intrínsecos	Recompensas
Exigencias temporales	Necesidad de aprobación	Salario
Interrupciones	Competitividad y hostilidad latente	Respeto y estima
Responsabilidades	Impaciencia e irritabilidad desproporcionada	Apoyo
Horas extras	Incapacidad para alejarse del trabajo	Tratamiento injusto
Carga física		Control de estatus
Incremento de la demanda		Perspectiva de promoción
		Cambio forzado en condiciones laborales
		Precariedad laboral
		Inadecuación del estatus

Fuente Llaneza, 2009, p 462

Factores Psicosociales

Los modelos demanda-control-apoyo social y esfuerzo-recompensa abarcan un conjunto de dimensiones psicosociales laborales (exigencias psicológicas, control, apoyo social y recompensas), pero presentan limitaciones al no incluir otras exposiciones

psicosociales relacionadas con la organización del trabajo que podrían ser útiles en la actividad preventiva e identificación de exposiciones laborales nocivas.

Es recomendable no limitarse en la evaluación de riesgos únicamente a los factores incluidos en uno solo de ambos modelos explicativos, sino incluir otras dimensiones derivadas de lo que se denomina teoría general del estrés.

De esta manera, se obtiene un número mayor de factores de riesgo psicosocial con conceptos de menor complejidad, concepto abordado en algunos instrumentos de evaluación, como el NIOSH Generic Job Questionnaire, el COPSOQ o el QPSNordic (Moncada y Llorens, 2006).

Moncada, Llorens, y Kristensen (2002) describen en el método ISTAS 21, la adaptación a la realidad del mercado del trabajo español del COPSOQ, las siguientes 20 dimensiones distribuidas en los cuatro grandes grupos comentados anteriormente más la doble presencia.

Cuadro 5: Dimensiones incluidas en el ISTAS 21

Grupo dimensiones	Dimensiones psicosociales
<u>Exigencias psicológicas</u>	Exigencias cuantitativas Exigencias cognitivas Exigencias emocionales Exigencias de esconder emociones Exigencias sensoriales
<u>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</u>	Influencia en el trabajo Posibilidades de desarrollo Control sobre el tiempo de trabajo Sentido del trabajo Integración en la empresa
<u>Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo</u>	Previsibilidad Claridad de rol Conflicto de rol Calidad de liderazgo Refuerzo Apoyo social Posibilidades de relación social Sentimiento de grupo
<u>Compensaciones</u>	Inseguridad Estima

Fuente: Moncada y Llorens, 2006

Exigencias psicológicas

Exigencias psicológicas cuantitativas

Se refiere al volumen de trabajo en relación con el tiempo disponible para hacerlo y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde (Karasek, 1979, citado en Moncada, Llorens y Kristensen, 2002).

Si no se dispone de tiempo suficiente puede resultar en un ritmo de trabajo rápido, imposibilidad de llevar el trabajo al día o acumulación de trabajo. Numerosos estudios, han establecido que unas altas exigencias cuantitativas pueden resultar en estrés, fatiga y

enfermedades crónicas. El riesgo para la salud puede ser peor si se añaden menores posibilidades de influencia, de oportunidades para desarrollo de habilidades y de apoyo social.

Por el contrario, las exigencias pueden ser limitadas, denominándose subestimulación de las capacidades personales, lo cual también constituye un riesgo para la salud.

Exigencias psicológicas cualitativas

Se dividen a su vez en cuatro grupos:

Exigencias cognitivas. Tratan sobre el requerimiento de esfuerzo intelectual; por lo que abarcan: toma de decisiones, tener ideas nuevas, memorizar, manejar conocimientos y controlar muchas cosas a la vez.

Se ha encontrado relación entre este tipo de exigencias y la sintomatología cognitiva de estrés y la satisfacción laboral, relaciones que muestran importantes diferencias entre hombres y mujeres.

Las exigencias cognitivas pueden constituir un desafío, ya que podrían ayudar al desarrollo de habilidades, o constituir un esfuerzo cognitivo excesivo.

Exigencias emocionales. Exponen a las personas a procesos de transferencia de emociones y sentimientos.

Encontramos en trabajos que requieren contacto con personas, donde se debe separar los sentimientos del trabajador con los de sus clientes, pacientes o alumnos.

Se deduce que cuando las exigencias emocionales son excesivas podrían relacionarse con fatiga psíquica, ansiedad, y burnout, a pesar de que existen pocas investigaciones al respecto.

Exigencias de esconder emociones. Implica las reacciones y opiniones negativas que el trabajador o trabajadora esconde a los clientes, superiores, compañeros, compradores o usuarios por razones «profesionales».

Se ha encontrado relación con estrés, fatiga y salud.

Exigencias sensoriales. Se denomina a las exigencias laborales en relación con nuestros sentidos.

Los datos poblacionales daneses y españoles, muestran relación síntomas somáticos de estrés, probablemente por la relación existente con variables ergonómicas.

Trabajo activo y desarrollo de habilidades

Control sobre los tiempos a disposición

Complementa a la dimensión de influencia en relación al control de los tiempos a disposición. Se refiere a decidir cuándo realizar las pausas en el trabajo, charlar con un compañero, ausentarse del trabajo por motivos familiares, escoger días de vacaciones.

Se ha establecido una relación entre un bajo nivel de libertad de control sobre los tiempos a disposición en el trabajo e indicadores de salud, estrés y satisfacción laboral.

Sentido del trabajo

Representa la implicación con su contenido; es decir, ver otros valores en el trabajo aparte de los económicos.

Un bajo sentido del trabajo constituye uno de los factores de riesgo psicosocial básicos en relación con las actividades humanas. Se relaciona con alteraciones en la salud, estrés y fatiga. Por otro lado, un alto sentido del trabajo podría constituir un factor protector ante otros estresores.

Influencia sobre las condiciones de trabajo

Se refiere al margen de decisión, de autonomía, respecto al contenido y las condiciones de trabajo; es decir, orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo, etc.

Una baja influencia en el trabajo aumenta el riesgo de estrés, bajas por enfermedad; tales como: cardiovasculares, psicosomáticas, musculoesqueléticas, mentales.

Posibilidades de desarrollo

Aborda las oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos de cada persona en el trabajo.

El trabajo puede ser creativo y potenciar las oportunidades de desarrollo, o rutinario, repetitivo y monótono, por lo que no permite crecimiento ni aprendizaje.

Se ha evidenciado que los trabajadores con pocas posibilidades de desarrollo laboral presentan más ausencias por enfermedad, más problemas de salud y mayor probabilidad de expulsión del mercado de trabajo.

Integración en la empresa

Al contrario que la dimensión anterior, se centra en la implicación de cada persona en la empresa y no en el contenido de su trabajo.

Existen ciertas evidencias que relacionan la integración en la empresa con buena salud y un bajo nivel de estrés y fatiga; a pesar de que persiste debate científico al respecto.

Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo

Posibilidades de relación social

La necesidad de relación social es una característica esencial de la naturaleza humana. Se establece que sin relación, no hay base objetiva para la ayuda.

La imposibilidad de relacionarse aumenta el riesgo para personas que trabajan con altos niveles de exigencias y poco control. Por otro lado, el trabajo en equipo y colectivo podría actuar como moderador del riesgo.

Apoyo social

Representa el aspecto funcional de estas relaciones; es decir, recibir la ayuda adecuada y en el momento indicado para trabajar, tanto de compañeros como de superiores.

Existe una amplia evidencia científica con respecto a la relación de la falta o pobreza de este factor con estrés, aumento de enfermedades y mayor mortalidad.

Sentimiento de grupo

Constituye el componente emocional del apoyo social. Existen lugares de trabajo con muchos conflictos, acoso y mal ambiente, y también lugares de trabajo donde cada persona se siente como parte de un grupo.

La falta de sentimiento de grupo en el trabajo se relaciona con estrés, fatiga y mala salud.

Claridad de rol

Consiste en la definición de puestos y tareas. Además incluye el nivel de autonomía. Si la definición del papel a desempeñar no está clara, puede ser consecuencia de estrés.

La falta de claridad de rol se relaciona con mala salud mental, fatiga y síntomas cognitivos de estrés.

Conflictos de rol

Se refiere a los conflictos de carácter profesional o las tareas que contradicen nuestros valores personales.

El conflicto de rol en el trabajo se relaciona principalmente con síntomas conductuales de estrés; tales como: irritabilidad, falta de iniciativa, etc.

Previsibilidad

Representa disponer de la toda la información adecuada y a tiempo para adaptarnos a los cambios.

En el trabajo se requiere esta información para un desempeño adecuado, así como conocer con anticipación nuevas tecnologías, nuevas tareas o futuras reestructuraciones.

La falta de previsibilidad se ha relacionado con peores indicadores de salud mental y de vitalidad.

Calidad de liderazgo

Es recomendable que la dirección de la empresa desempeñe el rol de líder más que el de jefe, siendo muy importante para el crecimiento personal, la motivación y el bienestar de los trabajadores.

La calidad de liderazgo está relacionado con una buena salud mental, alta vitalidad y un bajo nivel de estrés.

Refuerzo

Se refiere a los mecanismos regulares de retorno de compañeros y superiores de sobre cómo se trabaja.

La recepción de información suficiente de la forma de cómo se hace el trabajo es muy importante para corregir errores y brinda oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades.

Se ha evidenciado que la falta de refuerzo está relacionada con estrés y mala salud.

Compensaciones

Inseguridad

Diversas formas de inseguridad en las condiciones de trabajo; tales como: la temporalidad, la precariedad laboral en general, movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo, salario y forma de pago y carrera profesional se relacionan con estrés y trastornos de salud.

Estima

Representa el reconocimiento y respeto de los superiores por el esfuerzo realizado, el apoyo adecuado y el trato justo en el trabajo.

Doble presencia

En el campo laboral existen ocupaciones y actividades específicas de género. En la mayoría de ocasiones las mujeres ocupan cargos con peores condiciones laborales que los hombres; es decir, peor pagados, de menor contenido y responsabilidad, con menores niveles de influencia y menores perspectivas de promoción. Además, las mujeres trabajadoras se ven expuestas a una doble jornada laboral, ya que se responsabilizan de la mayor parte del trabajo doméstico (Moncada, Llorens, Kristensen y Vega, 2008).

Factores a ser tomados en cuenta en una evaluación psicosocial

Características de la empresa

Cortés (2007) incluye a las características de la empresa dentro de los factores psicosociales, los cuales deben analizarse desde el momento mismo de la fase del diseño.

Se distinguen las siguientes características:

Actividad

Incluye la actividad de una empresa, el servicio que presta o el producto que fabrica, los cuales pueden ser fuente de satisfacción o bienestar cuando son valorados por la sociedad.

Localización

La localización de una empresa puede ser un factor de riesgo cuando obliga al trabajador a desplazarse largas distancias, ya que implica problemas de tráfico, de transporte, de incomodidades y de tiempos de espera. Por el contrario, una empresa con un ambiente

exterior agradable y cercana a la vivienda del trabajador, contribuye a la satisfacción y bienestar del individuo.

Morfología

El diseño del lugar de trabajo puede propiciar situaciones de confort, bienestar y satisfacción cuando se toman en cuenta aspectos relacionados a espacios disponibles por trabajador, equipamientos sociales, lugares de descanso, posibilidad de trabajo en grupo, posibilidad de comunicación sin ruido ni interferencias, etc. Por otro lado, cuando el diseño es inadecuado puede desencadenar situaciones de estrés o patología psiquiátrica (claustrofobia o agorafobia).

Dimensión

En general, un trabajador de una pequeña empresa se encuentra más satisfecho, que uno de una empresa de gran tamaño, debido probablemente a que en esta última las comunicaciones son más difíciles.

Imagen

La imagen que la sociedad tiene de una determinada empresa va paralela a la imagen que se tiene de los trabajadores de la misma, lo cual puede constituir una fuente de satisfacción, al mejorar su status y prestigio.

Vulnerabilidad individual

El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización (por ejemplo, exigencias domésticas) y a aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes) que pueden influir en la aparición del estrés en el trabajo (Sauter et al., 2001).

Personalidad

El estrés se relaciona con ciertos rasgos de personalidad, como la autoestima y el locus de control. Existe mayor probabilidad que un individuo con pobre autoestima presente estrés en situaciones demandantes de trabajo que un individuo con alta autoestima. Los trabajadores con elevado locus interno de control actúan con mayor afectividad y rapidez ante un estresor que los empleados con un elevado locus externo de control. La personalidad tipo A (sentido crónico de premura, orientación muy competitiva, casi hostil; aversión hacia la ociosidad, impaciencia ante la barrera de logro de tareas) se ha relacionado en algunas investigaciones con el estrés laboral. La investigación actual sugiere que los individuos que tienen únicamente ciertas características de la personalidad tipo A; en particular, la ira, la agresión y la hostilidad, están más predispuestos al estrés (Hellriegel y Slocum, 2004).

Edad

Hadjiolova (1983, citado en Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud, 1984) establece que el estudio de ciertos indicadores psicofisiológicos en laboratorio indica mayor activación del sistema nervioso simpático en individuos de mayor edad. Sin embargo, en situaciones laborales reales se ha visto que los sujetos de mayor edad utilizan su experiencia y conocimientos para resolver problemas, por lo que utilizan estrategias que modifican las exposiciones a los estresores.

Factores psicosociales relacionados con la profesión médica

El residente empieza a interaccionar con los pacientes de una manera nueva y muy intensa, se encuentra con enfermos reales, usuarios exigentes e informados, a veces conflictivos. Pero también se enfrenta a un sistema sanitario que le plantea dilemas éticos y morales, a la necesidad de estar al día en conocimientos y tecnologías que avanzan constantemente, a la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y

relación, y a unas perspectivas laborales de futuro incierto. La práctica real comporta también enfrentarse a situaciones con una fuerte carga emocional: la muerte, el dolor, el duelo... Esta situación se da dentro de un sistema organizativo que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo al médico residente en este proceso de formación y que, a veces, puede ponerlo en unas condiciones de mayor vulnerabilidad: cansancio a causa de las guardias, presión asistencial, difícil conciliación de la vida laboral y familiar, cambio de lugar de residencia, sueldo limitado, etc. (La Fuente, 2006).

La Fuente et al. (2006) señala que los profesionales médicos, incluidos los residentes, están expuestos a múltiples factores de riesgo de estrés laboral, que incluyen: institucionales, políticos, asistenciales y personales.

Cuadro 6: Factores relacionados con el trabajo

• Periodo de formación largo
• Necesidad de actualización continua de los conocimientos
• Contacto con situaciones emocionalmente impactantes

Fuente: La Fuente, 2006.

Cuadro 7: Factores relacionados con el individuo

• Elevada exigencia y autocrítica
• Falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones
• Poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas
• Relaciones familiares empobrecidas

Fuente: La Fuente, 2006

Cuadro 8: Factores relacionados con la organización

• Incremento constante de la presión asistencial
• Incremento constante de las tareas burocráticas
• Alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan la práctica clínica
• Poco apoyo y supervisión clínica, poco trabajo en equipo
• Poco control de las condiciones de trabajo

Fuente: La Fuente, 2006

Cuadro 9: Factores sociales y políticos

• Incremento del número de denuncias y litigios contra médicos
• Mayor control político sobre el trabajo
• Presión de los medios de comunicación

Fuente: La Fuente, 2006

Cuadro 10: Causas de que una guardia sea estresante específicamente en el médico residente

• La necesidad de tomar decisiones a pesar de la inseguridad.
• La sensación de falta de supervisión y apoyo.
• La presión asistencial para dar altas, para evitar ingresos.
• Las discusiones con otros estamentos.
• Enfrentarse a la exigencia de algunos usuarios y profesionales.
• Las agresiones verbales y físicas.
• La falta de ayuda por parte de otros compañeros.

Fuente: La Fuente, 2006.

Organización del tiempo de trabajo

Cortés (2007) señala que “la organización del tiempo de trabajo constituye un factor fundamental de la organización de la propia empresa...” (p.599).

En la NTP 455 se establece que “el tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria” (Nogareda C y Nogareda S., 2008, p. 1).

Es así que, la cantidad de horas laboradas y su distribución afectan a la calidad de vida en el trabajo y fuera de este.

Por el contrario, puede ser fruto de bienestar para los trabajadores cuando posibilita el tiempo adecuado para la vida social y familiar (Nogareda C. y Nogareda S., 2008).

Jornadas de trabajo y descanso

Es primordial tener en cuenta el triple equilibrio mental, físico y social del trabajador al establecer la duración y distribución de las jornadas de trabajo. Se debe considerar tanto el rendimiento del trabajador, su consumo energético y posibilidad de recuperación, como sus necesidades personales, familiares y sociales.

Las consecuencias de una jornada de trabajo excesiva pueden ser: fatiga, disminución del rendimiento, inclusive aumento del riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades.

En los trabajos monótonos, en los que se requieran grandes esfuerzos físicos o que se realicen en condiciones ambientales desfavorables, es indispensable introducir pausas y descansos necesarios para la recuperación del trabajador.

Se recomienda introducir pausas cortas y una mayor estableciendo su número, distribución y duración en base al estudio de las curvas de fatiga y recuperación, lo cual contribuiría a la productividad, al mejoramiento de la salud del trabajador y a la reducción del número de accidentes (Cortés, 2007).

Horarios de trabajo

Lo ideal es conseguir un equilibrio entre la actividad laboral y la actividad fisiológica, mediante el desarrollo del trabajo en el día.

En algunas actividades, por necesidades inherentes al propio servicio o por necesidades productivas o del proceso, se hace necesario implementar el trabajo a turnos o con horarios de trabajo no recomendables para la salud y bienestar del trabajador.

De acuerdo a Cortés (2007) se pueden clasificar en: flexible, a turnos y noctuno.

Flexible. En este tipo de horario el trabajador tiene la posibilidad de organizar su tiempo de trabajo, con el objetivo de compatibilizarlo con sus necesidades personales, familiares y sociales. En general, una parte del horario es común para todos los trabajadores.

A turnos. Es necesario implantarlo cuando el horario de actividad de la empresa se extiende a más de 8 horas diarias. En muchas ocasiones, puede coexistir con la rotación de horarios.

El trabajo es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de 16 a 24 horas laborales diarias.

Existen las siguientes formas de organización:

- a) Sistema discontinuo: Está compuesto por dos turnos, uno de mañana y otro de tarde.

El trabajo habitualmente no incluye la noche y el fin de semana.

- b) Sistema semi-continuo: Se realizan tres turnos (mañana, tarde y noche). El trabajo se interrumpe el domingo.

- c) Sistema continuo: es una forma de trabajo ininterrumpida, ya que las actividades se desarrollan todo el día, todos los días de la semana. Se realizan más de tres turnos y el trabajo nocturno (Nogareda y Nogareda, 2008).

Trabajo nocturno. Puede ser discontinuo cuando es uno de los turnos del horario a turnos, o fijo cuando las situaciones lo ameriten.

El trabajo a turnos y el nocturno pueden ser causa de múltiples alteraciones; tales como: trastornos fisiológico (insomnio, fatiga, trastornos digestivos y cardiovasculares), problemas psicológicos y sociales (deterioro de la relación familiar, profesional y social, trastornos sexuales, etc. (Cortés, 2007).

Los trastornos del sueño por turnicidad laboral forman parte de los desordenes del ritmo circadiano, producidos por los turnos de trabajo. Consisten por presentar síntomas de insomnio y somnolencia excesiva diurna. La actividad en los medios hospitalarios está caracterizada por presentar una continua interrupción del ciclo sueño-vigilia (Kryger, Roth y Dement, 1989; Matheson, 1994, citados en Valero y Lazaro, 2004).

Como consecuencia de la fatiga y de la baja actividad del organismo durante la noche, se pueden producir inconvenientes en la realización del trabajo: acumulación de errores, dificultad de mantener la atención, de percibir correctamente la información o de actuar con rapidez.

Las largas jornadas de trabajo son una tradición en la mayoría de programas de residencia. Horarios demandantes se asumen necesarios para aprender y para el desarrollo de la profesión. Recientes estudios relacionados con los efectos negativos de la privación de sueño y la fatiga, han hecho cuestionable esta tradición (Veasey, Rosen, Barzansky, Rosen y Owens, 2002).

La fatiga en médicos residentes se ha relacionado con errores médicos, accidentes de tránsito y lesiones ocupacionales (Barger et al., 2005 y Ayas et, al., 2006 citados en Nuckols, Bhattacharya, Miller, Ulmer, y Escarce, 2009).

La privación del sueño de la magnitud experimentada por médicos en entrenamiento se ha demostrado que afecta el desempeño, provoca alteraciones de la conducta y compromete la seguridad del paciente y del médico (Mitler, Dement y Dingel, 2000).

El alto grado de privación del sueño en médicos residentes lleva a una disminución en la vigilia, desempeño cognitivo y de la función motora. Es así, que según el estudio de Barger et al. (2005) realizado a nivel nacional en Estados Unidos que involucraba a 2737 residentes, estos reportaron el doble del riesgo de sufrir accidentes de tránsito luego de largas

jornadas de trabajo (mayor a 24 horas consecutivas) comparado con jornadas de menor duración.

La calidad del trabajo y el rendimiento llegan a los niveles más bajo entre las 3 y 6 de la madrugada, debido a que en estas horas la capacidad de atención, toma de decisiones, rapidez y precisión de movimientos es menor.

En un estudio llevado a cabo en residentes de los Estados Unidos, se encontró que horarios prolongados de trabajo y el trabajo nocturno estaban asociados con un aumento del riesgo de heridas percutáneas (Ayas et al., 2006). La importancia deriva en que la exposición a fluidos contaminados puede provocar la transmisión de patógenos, incluidos el virus de la Hepatitis B y el virus de inmunodeficiencia humana.

Lockey et al., (2004) realizaron una investigación con residentes de una unidad de cuidados intensivos sometidos a polisomnografía continua, donde hallaron que mientras el número de horas trabajadas era menor el número de fallas en la atención (presencia de movimientos lentos de los ojos) también disminuía durante el trabajo nocturno. La presencia de movimientos lentos de los ojos durante la vigilia es indicativo de fatiga profunda.

Por último, durante el cambio de turno la comunicación de información importante para desempeñar el trabajo puede que no se transmita adecuadamente, pudiendo ser causa de errores o incidentes (Nogareda y Nogareda, 2008).

Según Casas (2002), una manera para disminuir las consecuencias del trabajo a turnos es permitir la participación de los trabajadores en el diseño de los horarios.

Desde el punto de vista ergonómico, es importante tener en cuenta estas consecuencias y diseñar el trabajo a turnos de manera que sea lo menos nocivo posible para la salud de aquellas personas que se encuentran en dicha situación. (Nogareda C. y Nogareda S., 2008).

Evaluación de Factores Psicosociales

Los factores psicosociales constituyen un problema que afecta tanto a los individuos como a la organización, por lo que en la evaluación de riesgos laborales deben incluirse todos los factores de riesgo, sin dejar a un lado los psicosociales.

La evaluación psicosocial comporta mayor dificultad debido a la complejidad de establecer una relación causal directa entre exposición y daño, dificultad de objetivar la percepción de una situación como estresante y la dificultad de establecer la magnitud del riesgo.

Debe recalcar, que la evaluación de condiciones psicosociales no es un fin en sí mismo, si no que busca realizar un diagnóstico de la situación de trabajo con el objetivo de llegar a establecer una intervención en la organización del trabajo o en el propio individuo.

El estudio de los factores psicosociales debe basarse en un enfoque bio-psico-social integrador, ya que las alteraciones en la salud debida a condiciones psicosociales inadecuadas es multicausal y afecta a la salud física, psíquica y social del individuo, además de la organización.

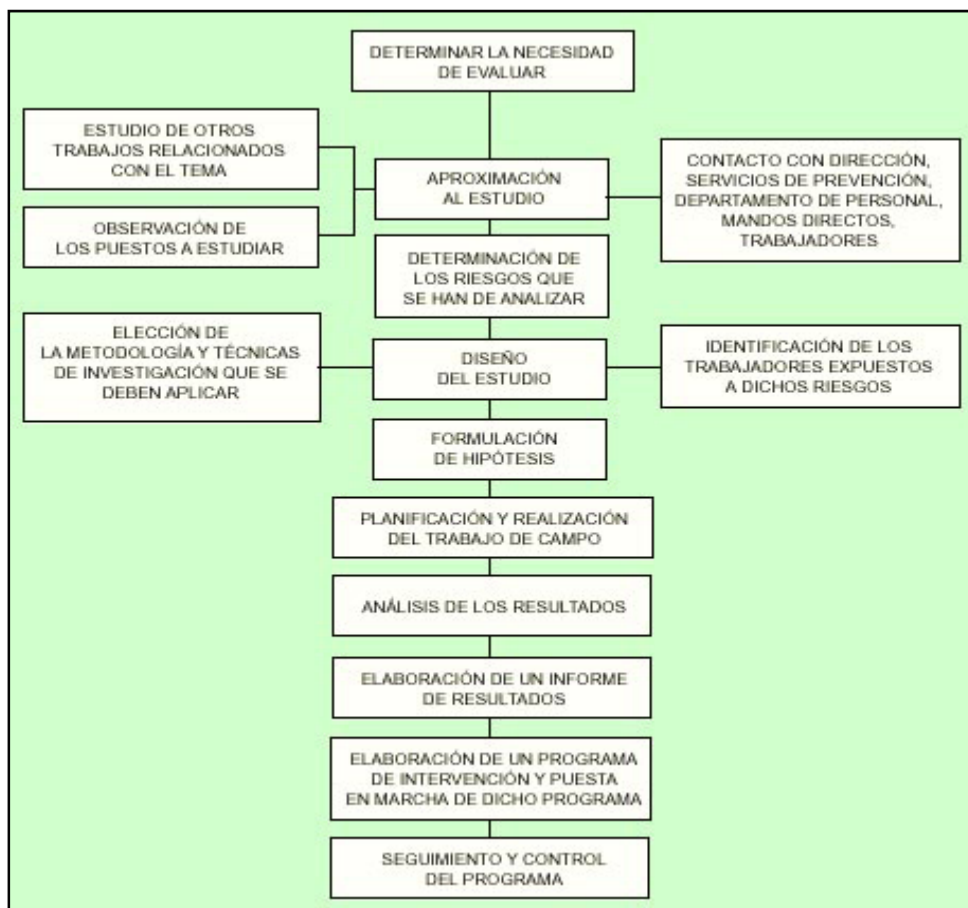
Es así que, es recomendable la valoración de la sintomatología asociada a estrés u otras alteraciones. En ocasiones se aplican pruebas de salud percibida debido a que es difícil contar con información objetiva proporcionada por reconocimientos médicos, medidas bioquímicas, etc. El objetivo es establecer si determinadas condiciones de trabajo se relacionan con determinados síntomas.

Es también de gran utilidad para el diagnóstico de un entorno psicosocial inadecuado los datos administrativos siguientes: rotación de personal, absentismo, atrasos, índices de producción, rechazos, acumulación de permisos, etc., tomando en cuenta estos datos como patrones de conducta grupales (Nogareda y Almodóvar, 2006).

Pasos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial

La evaluación psicosocial está compuesta por varias fases interrelacionadas entre sí, en las cuales es indispensable la participación de los trabajadores o sus representantes, de los mandos intermedios y de la alta dirección desde el inicio del proceso.

Gráfico 4: Fases para la evaluación psicosocial



Fuente: Fuente Oncins y Almodóvar, 1997

Necesidad de la evaluación psicosocial

Así como en España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31 de 8 de Noviembre de 1995), en su capítulo III, artículo 16, establece que la evaluación de riesgos de carácter psicosocial en el lugar de trabajo, puede ser necesaria a partir de diferentes situaciones; tales como:

- Debido a la constatación de disfunciones que hagan sospechar de problemas de carácter psicosocial. Por ejemplo: un elevado absentismo, baja productividad, etc.
- Con fines legales en relación a mejorar condiciones de seguridad y salud de trabajadores.
- Verificar la idoneidad de las acciones preventivas.
- Para realizar evaluaciones más específicas.
- Cuando existan cambios que puedan alterar las condiciones laborales (nuevos proceso de producción, introducción de nuevos equipos o materiales, etc.)

Aproximación al estudio

Se puede llevar a cabo en tres pasos. Primeramente es necesario revisar la bibliografía sobre el tema o puesto de trabajo. En segundo lugar, es de mucha utilidad entrevistarse con dirección, servicios preventivos, mandos intermedios y demás personas que pueda aportar información sobre el tema a estudiar. Y por último, la observación directa de los puestos de trabajo ayuda a aproximarnos a la problemática a tratar.

Determinación de riesgos a analizar

Consiste en la definición del problema a abordar mediante la recopilación de información relevante, la cual puede ser obtenida a través de documentación escrita proporcionada por personas implicadas y complementada con información oral obtenida de la fase anterior.

En esta fase debe recopilar la mayor cantidad de información posible con el objetivo de delimitar los riesgos a analizar, por lo que es de gran utilidad utilizar entrevistas semidirigidas, observación poco estructurada, etc.

Cuadro 11: Información a recopilar

<ul style="list-style-type: none"> • Horarios, sistemas de promoción, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Organigrama oficial de la empresa
<ul style="list-style-type: none"> • Características de la plantilla (sexo, edad, antigüedad en la empresa y en el puesto, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos que afectan al personal: absentismo, enfermedades, declaraciones de incapacidad para ciertos puestos de trabajo, permisos personales, formación, siniestralidad, rotación del personal, solicitudes de cambios de puesto,
<ul style="list-style-type: none"> • sanciones, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos que afectan a la producción: calidad de la producción, rechazos, recuperaciones de producto, índices de producción, productividades, intervenciones de mantenimiento, averías, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Actas de las reuniones del comité de empresa y del comité de seguridad e higiene, etc.

Fuente: Nogareda, C., y Almodóvar, A., 2005

Diseño del estudio

Identificación de los trabajadores expuestos a dichos riesgos

Consiste en delimitar el colectivo de trabajadores y puestos de trabajo a analizar. Lo deseable es poder trabajar con todo el colectivo, pero cuando el número de trabajadores es muy amplio es conveniente escoger una muestra representativa.

Elección de la metodología y de las técnicas de investigación que se deben aplicar

En esta fase se debe definir el método y técnicas de investigación a emplear. El método de investigación se refiere al conjunto del proceso de evaluación; por otro lado, las técnicas de investigación son los instrumentos de recogida, tratamiento y análisis de la información (Oncins y Almodovar, 1997; Nogareda y Almodovar, 2006).

Formulación de hipótesis

Melia et al. (2006) señalan que la mayoría de estudios de evaluación de riesgos psicosociales no requieren formulación de hipótesis, ya que únicamente buscan resultados descriptivos y valorativos. En algunos estudios donde se pretende obtener la relación entre variables se desarrollan hipótesis.

La hipótesis constituye una afirmación que va a ser sometida a comprobación. Se la formula con el objetivo de contrastarla al final de la investigación, y determinar si es válida o falsa.

Planificación y realización del trabajo de campo

El trabajo de campo debe planificarse bajo dos conceptos: que sea práctico y viable, y que sea correcto y riguroso.

Constituye la fase en la que se recoge la información propiamente dicha, con el objetivo de obtener los datos completos.

Análisis de los resultados

El análisis de los resultados y la elaboración del informe constituyen una parte especialmente sensible.

En esta fase se elabora el tratamiento de los datos obtenidos en la etapa anterior, con el fin de determinar la causa de unas determinadas condiciones psicosociales de trabajo.

Elaboración de un informe de resultados

La información debe ser presentada de una forma clara, con el objetivo de contribuir en la discusión de los resultados obtenidos y de las medidas a tomar.

Elaboración, puesta en marcha, seguimiento y control de un programa de intervención

En este punto se debe discutir con los implicados y llegar a un acuerdo sobre las acciones a tomar para mejorar las condiciones de trabajo, lo cual siempre debe ir seguido por la puesta en marcha de esas acciones, seguimiento y control periódico (Oncins y Almódovar, 1997).

Métodos de evaluación de factores de riesgo psicosocial

El método de evaluación de riesgos psicosociales es definido como:

Procedimiento sistemático y protocolizado que mediante el uso de instrumentos estandarizados, fiable y adecuadamente validados y con un fundamento científico, empírico y legal claramente definido, cumple los requisitos de calidad psicométricos y profesionales y permite ofrecer a las empresas y a los profesionales de la prevención una evaluación de los riesgos psicosociales que afectan a la salud y seguridad de los empleados y las organizaciones, con las consiguientes orientaciones sobre las intervenciones que puedan resultar indicadas (Meliá et al., 2006).

Cox y Griffiths (1996), citado en Melia et al. (2006), establecen que hacen falta cuatro componentes para disponer de una metodología de evaluación adecuada:

- a) Un diseño adecuado para la evaluación, generalmente bajo la forma de un diseño cuasi-experimental.
- b) Una conceptualización y operacionalización adecuada de la exposición a los factores de riesgo.
- c) Un análisis de datos adecuado que permita descartar explicaciones inadecuadas y contrastar un modelo teórico adecuado.
- d) Una formulación teórica adecuada de la dinámica causal de los procesos exposición al riesgo, efectos sobre la salud y efectos sobre la organización (p.24).

Dentro de los Métodos de Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial están:

- a) Métodos cuantitativos: que son los más utilizados y lo forman los cuestionarios y encuestas.
- b) Métodos cualitativos: los cuales están representados por los grupos de discusión y entrevistas.

Destacan entre los métodos cuantitativos:

Método de Evaluación de Riesgos Psicosociales FPSICO

Método de evaluación elaborada por el INSHT, el cual permite valorar las siguientes variables: carga mental, autonomía temporal, contenido de trabajo, supervisión- participación, definición de rol, interés por el trabajador y relaciones personales (Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo del INSL, 2005).

Manual para evaluación de riesgos psicosociales en PYMES (INSHT e Instituto de Biomecánica de Valencia, con subvención de la Agencia Europea).

Está compuesto por dos partes: la primera, una lista inicial de riesgos ergonómicos y psicosociales; y la segunda, el método de evaluación de los riesgos referidos.

Incluye los siguientes factores ergonómicos y psicosociales: condiciones del puesto de trabajo, condiciones térmicas, ruido, iluminación, calidad del ambiente térmico, diseño del puesto, PVD, manipulación de cargas, posturas, fuerza, repetitividad, etc.

Evalúa los siguientes factores psicosociales: Autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición del rol, interés por el trabajador, relaciones personales, trabajo a turnos y trabajo nocturno (Inspección del Trabajo y Seguridad Social, 2006).

Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales del Instituto Navarro de Salud Laboral

Es una adaptación del método AIP del I.N.S.H.T. El cuestionario está conformado por 30 preguntas en el que se evalúan los siguientes factores: participación, implicación y responsabilidad, formación e información y comunicación, gestión del tiempo y cohesión del grupo (Inspección del Trabajo y Seguridad Social, 2006).

Método ISTAS 21

El método ISTAS 21 fue elaborado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CC.OO., cofinanciado por el Gobierno de Navarra. Es la adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ).

Se cuenta con tres versiones. La versión corta está destinada a empresas de menos de 30 trabajadores, la versión media para empresas con más de 30 trabajadores y la versión larga se la aplica para investigación.

El cuestionario incluye las 20 dimensiones psicosociales laborales descritas anteriormente más la dimensión doble presencia, contexto social, condiciones de empleo y trabajo, salud, estrés y satisfacción (Moncada, Llorens y Kristensen, 2002).

Método WONT de la Universidad Jaume I de Castellón

Consta del Cuestionario RED (Recursos, Emociones y Demandas) –WONT del Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universidad Jaume I.

Evalúa las variables: riesgos o peligros psicosociales (demandas laborales, falta de recursos laborales, de recursos sociales y de recursos personales) y consecuencias (daños psicosociales, organizacionales y bienestar psicológico) ((Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo del INSL, 2005).

Como parte de las herramientas para evaluar condiciones psicosociales también se pueden emplear pruebas para conocimientos específicos, como psicológicas (cuestionarios de personalidad, pruebas de capacidades) y pruebas de salud percibida (Nogareda y Almodóvar, 2006).

Efectos de los factores de riesgo psicosocial

El trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza. Se constatan trastornos asociados a estrés ocupacional crónico y una tasa de prevalencia de psiquiátrica, depresión y drogadicción, más alta que en la población general (Kaplan, 1987; Brook, Hailstone y Maclauchlan, 1967; Hughes et al., 1992 y Fernández, 1988 citado en Gómez, 2004).

Los efectos de unas condiciones psicosociales negativas se van a reflejar tanto en la salud de las personas, como en la organización (Nogareda, 2006).

Debe recordarse, pues, que cuando se emplea el concepto de riesgo en cualquier ámbito, laboral o no, se parte de la base de que:

- un factor de riesgo es el que incrementa el riesgo de que se produzca un determinado efecto, por ejemplo una enfermedad
- por tanto, la exposición (en este caso a factores psicosociales de origen laboral) no es un elemento necesario ni imprescindible para que se desarrolle la enfermedad (cardiovascular, psicológica, o del tipo que sea)
- el efecto puede ser directo, o a través de otros factores de riesgo (Vega, 2008, p.1).

Estrés

Desde una perspectiva integradora, el estrés se podría definir como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas. (Inspección del Trabajo y Seguridad Social, 2006).

La Comisión Europea en el 2002 señala que:

- El estrés relacionado con el trabajo, sus causas y sus consecuencias son frecuentísimos en los quince Estados miembros de la Unión Europea.
- Más de la mitad de los 147 millones de trabajadores afirman que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados. Más de un tercio no pueden ejercer ninguna influencia en la ordenación de las tareas, y más de una cuarta parte no puede decidir sobre su ritmo de trabajo.
- Un 45 % afirma realizar tareas monótonas; para un 44 % no hay posibilidad de rotación; el 50 % realiza tareas cortas repetitivas.
- Se piensa que estos «estresores» relacionados con el trabajo han contribuido a las actuales manifestaciones de enfermedad: un 13 % de los trabajadores se queja de dolores de cabeza; un 17 %, de dolores musculares; un 20 %, de fatiga; un 28 %, de «estrés»; y un 30 %, de dolor de espalda, por no mencionar muchas otras enfermedades que pueden poner en peligro la vida (p.3)

Además, se estima que el 16% de las enfermedades cardiovasculares en hombres y el 22% de las mujeres están relacionados con el estrés laboral.

Los costes económicos también tienen gran repercusión, ya que se estiman en 20000 millones de euros para la UE (INSHT, 2009).

El organismo humano se encuentra permanentemente en un estado mínimo de estrés que ante diversos estímulos se incrementa, siendo este negativo o positivo dependiendo si la reacción del individuo es suficiente para cubrir cierta demanda o ésta supera al organismo.

Estas reacciones dependen también de los factores individuales (disposición biológica y psicológica) y de las situaciones y experiencias.

Es así, que un determinado grado de estrés estimula al organismo para alcanzar su objetivo, para más tarde volver a su estado inicial cuando el estímulo cesa.

Por otro lado, cuando se mantiene el estresor (estado de resistencia) el individuo experimenta una sensación de discomfort (tensión muscular, palpitaciones, etc.).

Posteriormente, se presenta el estado de agotamiento cuando persiste el estresor, lo cual puede desencadenar las denominadas “enfermedades de adaptación” (alteraciones funcionales y orgánicas).

Se llega a crear un círculo vicioso, al individuo percibir estos síntomas como negativos para su bienestar, lo cual a su vez produce preocupación y empeoramiento de los síntomas (Nogareda, S. 2008).

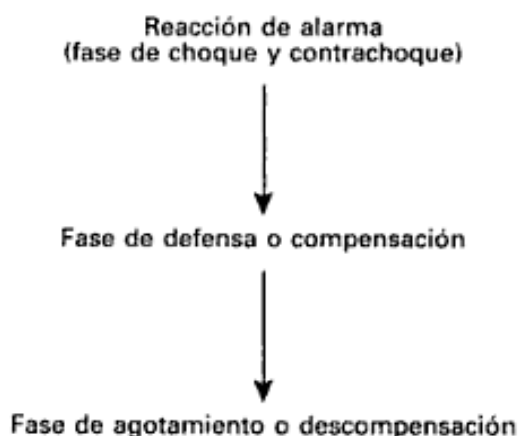
Por el contrario, niveles muy bajos de estrés se relacionan con desmotivación, conformismo y desinterés. Esto implica que el ser humano requiere estar sometido a cierto grado de estrés que le permita una respuesta adecuada ante sus necesidades, expectativas y ante las exigencias del entorno (Llaneza, 2009).

Fases del estrés

Selye definió el síndrome general de adaptación como el conjunto de reacciones no específicas del organismo, desencadenadas por estímulos crónicos de origen traumático, tóxico, infeccioso o emocional (Selye, 2006 citado por Mardomingo, 1994).

El proceso de adaptación por está compuesto por tres fases: de alarma, de adaptación y de agotamiento.

Gráfico 5: Síndrome general de adaptación



Fuente: Mardomingo, 1994

Fase de alarma. En esta fase se produce una reacción de alarma frente a un peligro, con el objetivo de preparar el organismo para afrontar una tarea o esfuerzo.

La reacción que se produce está caracterizada por eventos de mayor o menor intensidad:

- Movilización de las defensas del organismo.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Contracción del bazo, lo que da a lugar a la liberación de gran cantidad de glóbulos rojos.
- Redistribución del flujo sanguíneo a órganos específicos (músculos, cerebro y corazón)
- Aumento de la capacidad respiratoria.
- Dilatación pupilar.

- Aumento de la coagulación sanguínea.
- Aumento de número de linfocitos

Fase de defensa. También llamada fase de resistencia o adaptación. En esta fase el organismo intenta adaptarse o superar a los agentes estresores. Se caracteriza por presentar las siguientes reacciones:

- Niveles de colesterol vuelven a normalidad
- Desaparición de sintomatología

Fase de descompensación o de agotamiento .Se llega a la fase de agotamiento cuando el estresor persiste en el tiempo, o se repite con frecuencia, y cuando los recursos de la persona no son suficientes para permanecer en el nivel de adaptación. Se manifiesta con:

- Alteración tisular
- Patología psicosomática (Nogareda, S., 2008).

Consecuencias de estrés en la salud

El estrés puede ser causa de enfermedad cuando las demandas laborales son excesivas y la influencia que el trabajador ejerce sobre sus condiciones de trabajo es escasa, cuando el apoyo social por parte de colegas o superiores es reducido o cuando la recompensa (salario, estima o control de la situación) no representa al esfuerzo realizado. La alta frecuencia, la cronicidad o la intensidad de estas situaciones pueden conducir a alteraciones de la salud física, mental e incluso la muerte (Comisión Europea, 2002).

Cuadro 11: Consecuencias biológicas del estrés

AFECCIÓN	TENSIÓN (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

Fuente, Nogareda S, 2008

Los sistemas orgánicos que se activan en primer lugar como respuesta al estrés con el sistema nervioso y el sistema endócrino. El sistema inmunológico, el cardiovascular y el gastrointestinal son afectados también por las reacciones de estrés (Villalobos, 2004)

Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en los años setenta. Se desarrolla debido a una respuesta continuada al estrés laboral, lo cual conlleva alteraciones en la salud, relaciones laborales y sociales de los trabajadores (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976; Pines y Aronson, 1988, citado en Grau, Flichtentrei, Suñer, Font-Mayolas, Prats y Braga, 2008).

El síndrome de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo es una patología consecuencia de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales laborales negativas, especialmente en los entornos de demanda de servicio humano.

Es importante recalcar que no es consecuencia de una deficiencia en la personalidad del individuo.

En los profesionales sanitarios, el síndrome de desgaste profesional está relacionado principalmente con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, la conflictividad en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Ramirez, Graham, Richards, Cull y Gregory, 1996, citado en Grau, Flichtentrei, Suñer, Font-Mayolas, Prats y Braga, 2008).

Es por tanto, que es conveniente realizar la evaluación y prevención de riesgos psicosociales, especialmente en entornos de servicios humanos, con el fin de prevenir el desarrollo del Síndrome de estar quemado (Fidalgo, 2008).

Antecedentes

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger junto con otros voluntarios trabajó en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Fue aquí donde observó que aproximadamente al año de empezar a trabajar, los voluntarios presentaban una pérdida progresiva de energía, agotamiento, síntomas de ansiedad, de depresión, desmotivación por el trabajo, modificación en su conducta, con manifestaciones como agresividad hacia los pacientes y pérdida de sensibilidad. Por lo tanto, propone por primera vez el término burnout para describir una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador (Mignote, 1999; Ardila, 2007).

Más tarde en el 1976, Cristina Maslach describe a lo que denominada “pérdida de responsabilidad profesional”. Según Maslach, el síndrome de burnout se puede dar exclusivamente en

las profesiones de ayuda (sanitarios, educadores). Las excesivas demandas emocionales que no pueden ser satisfechas, hacen que la persona experimente la vivencia de fracaso personal.

Maslach y Jackson, en el 1986 lo definen como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.”

En 1988, Pines y Aronson amplían el concepto que involucra no solo las profesiones de ayuda: “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”. (Fidalgo, 2008).

Definición

Teniendo en cuenta varios aspectos, finalmente en la NTP 704, se lo define como:

Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (Fidalgo, 2008, p.3)

Según Bona, 2006, se caracteriza por tres dimensiones

a) Agotamiento emocional

Se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales. El profesional va perdiendo su capacidad de entrega a los demás.

b) Despersonalización

Se desarrollan actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia las personas objeto del trabajo.

c) Falta de realización personal

Representa la tendencia a evaluarse negativamente, sentirse infeliz y descontento consigo mismo y con su labor (Bona de, M., 2006).

Epidemiología

Este síndrome se ha estudiado en las diversas profesiones, pero se ha puesto especial énfasis en trabajadoras sociales, profesores, médicos, enfermeras, estudiantes, bibliotecólogos, trabajadores de salud mental, trabajador que laboran con personas de la tercera edad, trabajadores de las fuerzas armadas y vigilantes penitenciarios.

Algunas investigaciones a nivel internacional demuestran que las profesiones de la salud son las más expuestas a presentar el síndrome de burnout y dentro de este grupo los médicos generales presentan mayor riesgo. Se describen como factores de riesgo en este colectivo: falta de tiempo libre, necesidad de estar siempre disponible, falta de sueño, viajes que implican compromisos profesionales y gran preocupación de equivocarse en el diagnóstico (Fidalgo, 2008).

Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores asociados en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, donde se encontró que la prevalencia fue de 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras en grado bajo y en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras (Quiroz y Saco, s.f).

Durante Febrero del 2001, en la Universidad de Washington se realizó un estudio donde participaron los médicos residentes de Medicina Interna, donde se encontró que un 76 % referían sintomatología asociada (Sowers, 2002).

En el 2005, Aranda, Pando, Torres, Salazar y Franco realizaron un estudio para determinar la presencia de los factores psicosociales laborales y su relación con el síndrome

de burnout en los médicos de familia que laboraban en instituciones de salud de Guadalajara-México, donde encontraron que la prevalencia de burnout fue 41,8%.

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga en el 2007 realizaron un estudio referente a la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Los hallazgos fueron los siguientes: la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Con respecto a las profesiones, la prevalencia en Medicina fue del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). En esta investigación se determinó que actuaban como variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional, y la valoración económica.

Con respecto a la edad, se cree que esta no influye en la presencia del síndrome. Sin embargo, se estima que pueden ser los primeros años de carrera en que el profesional sería particularmente sensible, debido a que en este periodo se da un cambio de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

Las mujeres parecen ser el grupo más vulnerable, especialmente de los profesionales sanitarios, debido probablemente a la doble carga de trabajo que conlleva la vida profesional más la vida familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

Se ha evidenciado que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o viven con parejas estables.

Además, los trabajadores con hijos tienen mayor resistencia a desarrollar el síndrome.

Y por último, específicamente en el personal sanitario, se cree que existe relación entre la presencia del burnout con turnicidad, horarios, sobrecarga laboral y salario. (Atance, J., 1997).

Etiología y Desarrollo

Ciertos modelos explicativos resaltan la importancia de los estresores del entorno de la organización y las estrategias de afrontamiento en el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo. Es por tanto, que se lo describe como “una respuesta a las fuentes de estrés crónico originadas en la relación profesional-cliente y en la relación profesional-organización. “ (Fidalgo, 2008, p. 3). Las fuentes de estrés definidas son: los aspectos organizativos, los relativos al diseño del puesto y las relaciones interpersonales dentro de la organización.

Se ha visto que los factores inherentes a la actividad laboral tienen una relación más estrecha con el burnout que los factores personales (sexo, edad, personalidad, etc) (Maslach, 2001).

La exposición a factores de riesgo psicosocial; tales como: carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., al coexistir con trabajos en los que su contenido tiene unas grandes demandas emocionales y de prestación de servicios humanos, puede

desencadenar un proceso de estrés crónico que propicie el desarrollo del síndrome de burnout (Fidalgo, 2008).

Maslach, 2001 menciona que “en cuanto a los antecedentes de agotamiento, los tres factores más importantes parecen ser el conflicto de rol, la carencia de control o autonomía y la ausencia de apoyo social en el trabajo.” (p. 75)

Las variables personales relacionadas con el desarrollo del burnout son el sexo el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento (Ortega y López, 2004).

Los profesionales de la salud se ven expuestos a estresores específicos de la profesión y los relacionados con la organización del trabajo, entre los que se encuentran:

Exposición constante al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Falta de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1997; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Dean, 1998; Escribá, et al., 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y

Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín et al., 1998; Quick y Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini y Holz, 2001; Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999 citados en Ortega y López, 2004).

El burnout en el médico residente puede darse debido a que la residencia médica es un período estresante donde deben trabajar largas horas y durante el cual la vida de otros depende de ellos, mientras van adquiriendo mayores conocimientos. Los médicos residentes tienen enormes responsabilidades, pero pueden sentir que tiene muy poco control (Geurts, Rutte y Peeters, 1999, citado en Thomas, 2004).

Biaggi, Peter and Ulich (2003, citado en Thomas 2004) menciona al tiempo libre, horas de trabajo, autonomía en el manejo del tiempo, oportunidades de aprender, prospecto de carrera a futuro, claridad de rol, retroalimentación con respecto al trabajo realizado, cultura de tolerancia, y un buen salario, como características del trabajo deficitarias en relación con satisfacción en médicos residentes.

Sargent, Sotile W, Sotile MO, Rubash y Barrack (2004, citado en Thomas 2004) encontró en un estudio realizado con residentes de traumatología, que la despersonalización estaba asociada significativamente con gran número de horas trabajadas, conflicto entre la vida familiar y laboral, y estrés en la relación con las enfermeras. Mientras que el desgaste emocional estaba relacionado con la ansiedad de los médicos por su competencia profesional, conflicto entre la vida familiar y laboral, relaciones con residentes mayores, y la percepción del trabajo como estresante.

West et al. (2006) señalan la relación entre errores médicos autopercebidos y burnout en médicos residentes de la Clínica Mayo de Rochester. Los resultados sugieren que los errores médicos autopercebidos y el distrés están relacionados de forma recíproca.

Fases

Edelwich y Brodsky en el 1980 (citado por Llaneza, 2009) establecen que todo individuo con burnout experimenta cuatro fases:

Fase de entusiasmo. En donde el individuo experimente elevadas aspiraciones, energía desbordante y carece de la noción del peligro.

Fase de estancamiento. Aparece luego de no verse cumplidas las aspiraciones anteriores, e inicia el problema de frustración.

Fase de frustración. En esta fase es donde inician los problemas emocionales, físicos y conductuales.

Fase de apatía. Es el mecanismo de defensa ante la frustración.

Ardila (2007) señala una quinta fase:

Fase de quemado. Se caracteriza por colapso físico e intelectual, y es en esta parte en donde la enfermedad se manifiesta. Además, puede constituir el abandono de empleo por parte del individuo y una vida de frustración e insatisfacción profesional.

Consecuencias

A su vez, Caballero y Millán (1999) citado en Barría (2002) clasifican los síntomas del síndrome de burnout en:

Fisiológicos. Caracterizados por falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor cervical y úlceras.

Psicológicos. Incluyen irritabilidad ocasional o instantánea, gritos, ansiedad, depresión, frustración, respuestas rígidas e inflexibles.

Conductuales. Se refiere a expresiones de hostilidad o irritabilidad, incapacidad para poder concentrarse en el trabajo, incremento de relaciones conflictivas con los compañeros

de trabajo, incumplimiento de horarios de trabajo temprano, permanecer fuera del área de trabajo con frecuencia y, tomarse largos períodos de descanso en el trabajo.

Otros. aumento del absentismo, apatía hacia la organización, aislamiento, empobrecimiento de la calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional, aumento del consumo de café, alcohol, tabaco y barbitúricos.

Evaluación

La evaluación del burnout se basa en varios parámetros:

- Valoración de síntomas que presenta el trabajador
- Análisis del proceso de aparición
- Establecimiento de un diagnóstico diferencial
- Evaluación de la frecuencia e intensidad de los síntomas
- Identificación de las fuentes de estrés, origen de las consecuencias.

Los métodos que se utilizan con mayor frecuencia para medir el burnout son:

- Cualitativos: que consisten en entrevistas diagnósticas.
- Cuantitativos: mediante la aplicación de pruebas psicométricas, para determinar el grado de incidencia de la patología y los antecedentes organizativos que originan su desarrollo.
- Identificación en base a criterios normativos de las escalas y mediante índices estadísticos (correlaciones, regresiones, etc.) el grado de asociación existente entre las fuentes de estrés, los síntomas del SQT y las consecuencias; con el fin de realizar acciones de prevención e intervención (Fidalgo, 2008b).

Maslach y Jackson elaboraron el Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el burnout. Esta escala evalúa las tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y

falta de realización. Ha sido empleado en varios estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral (Quiceno, M. y Vinaccia, S., 2007).

Permite evaluar el grado de afectación de estas dimensiones; es decir, la presencia de la sintomatología característica, pero no permite identificar las causas. Por lo que es necesario complementar con una evaluación de condiciones psicosociales laborales, con el objetivo de realizar análisis de correlación. Además, es de gran utilidad hacer uso de datos de la empresa como absentismo, bajas, rotaciones y abandonos.

- Es preciso señalar, que para que se diagnostique el Síndrome de Burnout, se debe cumplir con los siguientes criterios:
- Presencia de algunos síntomas psicosomáticos relacionados con el estrés.
- Fatiga, cansancio o agotamiento emocional e incluso algunos síntomas que aparecen también en la depresión.
- Aparición de conductas y actitudes negativas, con el consecuente deterioro del desempeño y disminución de la eficacia laboral.
- Los síntomas deben estar asociados al desempeño de la actividad laboral.
- No hay presencia de antecedentes psicopatológicos en el individuo que lo justifiquen (Fidalgo, 2008b).

Intervención

Gascón, Olmedo y Ciccotelli (2003) apuntan dos formas generales de prevenir el desarrollo del burnout: en primer lugar, eliminando los estresores y por último, dotando de estrategias de afrontamiento a las personas con mayor vulnerabilidad de sufrir estrés.

Debido a la idea generalizada de que el trabajador se quema por algún problema en su carácter o conducta (Maslach, 1999; Maslach y Leiter, 1999 citado en Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003), el tipo de intervención más empleada ha sido la individualizada (Pines y

Aronson, 1988; Ramos, 1999 citado en Gascón, Olmedo y Ciccotelli, 2003), abordándose normalmente desde programas de entrenamiento para el manejo del estrés, que suelen agrupar distintas técnicas dirigidas a producir cambios en la persona.

La forma más eficaz de prevenir el burnout es mediante una intervención integral, que se ocupe tanto de las dimensiones individual, social y organizacional (Guerrero y Rubio, 2005).

El apoyo social, sobre todo el prestado por los compañeros de trabajo, parece ser eficaz para reducir el riesgo de burnout. Una formación adecuada que prepare a la persona para enfrentarse a las situaciones difíciles y estresores ayuda a adquirir una sensación de autoeficacia y dominio en estas tareas. La participación en un gran grupo comunitario o en un grupo de trabajo puede también contrarrestar la sensación de desamparo y pesimismo que suele existir cuando no se encuentran soluciones a largo plazo para los problemas del trabajador. Otros métodos para aumentar la autoeficacia personal y el control tratan de acentuar los aspectos positivos del trabajo y dotar de un mayor sentido a las tareas cotidianas (Maslach, 2001).

A nivel individual. Se establece que la tensión se puede controlar modificando la activación fisiológica inicial y su mantenimiento, o controlando los efectos que los pensamientos, las situaciones o las conductas tienen sobre ella (Labrador, 1991 y Sandín, citado en Guerrero y Rubio, 2005).

Fidalgo (2008b) plantea como estrategias individuales:

- Implementación de orientación laboral al inicio del trabajo.
- Diversificación y la rotación de las tareas.
- Participación en programas de formación continua.
- Mejora de los recursos de resistencia ante situaciones estresantes

- Formación en la identificación, discriminación y resolución de problemas.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad, el estrés y en la distancia emocional en las relaciones con el usuario.
- Realizar cambios de ambiente de trabajo e implementar rotaciones.
- Permitir el reconocimiento de las actividades finalizadas, por medio del feedback.
- Fortalecer los recursos comunicativos y de negociación.
- Formación adecuada con el objetivo de conseguir un ajuste individuo-puesto de trabajo.

A nivel social o interpersonal. El objetivo es evitar el aislamiento y fortalecer el apoyo social, por medio de políticas de trabajo cooperativo (Guerrero y Rubio, 2005).

Entre las estrategias se señalan:

- Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores.
- Promover el trabajo en grupo y evitar el aislamiento.
- Proporcionar formación en estrategias de colaboración y cooperación grupal.
- Promover y planificar el apoyo social en el trabajo
- Formación de grupos de apoyo para discutir la relación con el trabajo por parte de los profesionales.
- Dirigir bien y con un estilo adecuado, por lo que se debe formar a los gestores en ello.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Establecimiento de sistemas democráticos-participativos a nivel laboral (Fidalgo, 2008).

A nivel organizacional. Parkes (2001, citado en Guerrero y Rubio, 2005) establece que no es adecuado ni éticamente correcto iniciar un programa de entrenamiento contra el estrés para los trabajadores, mientras aún las condiciones de trabajo sigan siendo inadecuadas.

Las estrategias a implementar a este nivel son:

- Realizar la identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del SQT.
- Establecimiento de programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.
- Implementación de mecanismos de feedback que posibiliten reconocer el resultado del trabajo.
- Promover el trabajo en equipo.
- Proporcionar la posibilidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.
- Fortalecer la autonomía y el control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Definir claramente los puestos de trabajo y establecer objetivos.
- Establecer funciones y responsabilidades.
- Acoplar las demandas en lo referente a la carga de trabajo.
- Mejorar los mecanismos de comunicación.
- Estimular la participación en la organización.
- Promover la colaboración en la organización, evitando la competitividad
- Estimular la flexibilidad en los horarios (Fidalgo, 2008b).

Violencia en el trabajo

La violencia en el puesto de trabajo - física o psicológica - ha alcanzado dimensiones mundiales, rebasando fronteras, entornos de trabajo y grupos profesionales. En un reciente informe de la OIT se afirma que algunos lugares de trabajo y profesiones se han hecho "de alto riesgo" y que las mujeres son especialmente vulnerables (OIT, 1998).

La OIT, 1998 señala que en una encuesta realizada en 1996 por la Unión Europea se encontró que el 4% de los trabajadores había sido víctima de violencia física el año anterior, el 2% de acoso sexual y el 8% de intimidación y coacción.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2005) la violencia en el lugar de se puede clasificar en:

- Agresión física
- Intimidación o coerción
- Abuso verbal u hostigamiento

La OMS estima que la cuarta parte de toda la violencia ocupacional ocurre en el sector de la salud.

El comportamiento violento puede originarse de pacientes, clientes, visitantes, miembros del público o compañeros de trabajo.

Se describe como organizaciones con mayor riesgo de violencia las ubicadas en zonas suburbanas, muy pobladas y con altos índices de criminalidad, las pequeñas y aisladas, con falta de personal, con recursos insuficientes, funcionamiento en una cultura de aceptación de la violencia, con un estilo de administración basado en la intimidación y con relaciones interpersonales y comunicación deficiente (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Acoso laboral

El mobbing constituye una forma particular de estrés laboral, que se caracteriza tanto por tener origen en la organización del trabajo como en las relaciones sociales que se establecen en él.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2009) establece:

Se denomina "acoso" (a veces se utilizan también los términos "hostigamiento", "mobbing" o "violencia psicológica") a un comportamiento reiterado y desproporcionado hacia un

trabajador o grupo de trabajadores que busca discriminar, humillar o amenazar a la persona acosada o minar su autoestima.

Daza y Pérez (2008) en la NTP 476 definen al mobbing u hostigamiento psicológico como:

Situación en la que una persona o un grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema (en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos por el Leymann Inventory of Psychological Terrorization, LIPT), de forma sistemática (al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo, según definición de H. Leymann (p.1).

Estadísticas

Según la Agencia para la Seguridad y Salud en el trabajo (2009) en las encuestas del año 2005 en Europa lo sufre un 5% de los trabajadores.

Formas de expresión

En general las formas de expresión del hostigamiento psicológico se caracterizan por maltrato verbal y físico, o puede tomar formas más sutiles, como el aislamiento social.

Pueden ser fuentes de violencia psicológica la dignidad, la capacidad profesional, la vida privada, las características físicas, el origen étnico, el género o la orientación sexual de una persona.

Leyman describe 45 comportamientos hostiles que encajan en los siguientes tipos de acciones:

- Acciones contra la reputación o la dignidad personal

Se realizan comentarios para ridiculizar públicamente al afectado acerca de su aspecto físico, de su voz, convicciones personales o religiosas, etc. judiciales, etc. A este apartado también corresponde el acoso sexual y diversas acciones contra la reputación del trabajador.

- Acciones contra el ejercicio de su trabajo

Se asigna al individuo innecesariamente trabajo en exceso o difícil, monótono o repetitivo y trabajos que están sobre o bajo la cualificación del trabajador. Se suele obligar al trabajador a desempeñar sus labores en contra de sus convicciones morales; u ocultándole información necesaria.

- Manipulación de la comunicación o de la información

Se expone al acosado a una situación de ambigüedad de rol al no proporcionarle información acerca de funciones, responsabilidades y demás aspectos del trabajo.

Además se presentan situaciones donde el agredido es amenazado, criticado en referencia a temas tanto laborales como extra laborales, o simplemente ignorado.

- Situaciones de inequidad

Que se manifiestan como inequidad en el trato, en la distribución en el trabajo o en el salario, etc.

El origen de estas conductas está relacionado a la organización del trabajo y la gestión de los conflictos por parte de los superiores.

Se ha encontrado relación con ausencia de interés por parte de los superiores, existencia de múltiples jerarquías, cargas excesivas de trabajo, deficiente organización diaria del trabajo, existencia de líderes espontáneos no oficiales, conflictos de rol, estilos de dirección autoritarios, etc.

Fases

Se describen cuatro fases que se dan en el tiempo.

Fase de conflicto. Los conflictos por problemas de organización del trabajo o interpersonales son comunes en el ámbito laboral, pero gran parte de ellos se resuelve. En el caso de que no se llega a una resolución, se cronifican y dan paso a la segunda fase.

Fase de Mobbing. Se caracteriza por la adopción por parte del hostigador hacia el acosado de los comportamientos hostiles citados anteriormente durante el tiempo y con la frecuencia señalados. Posteriormente se presentan conductas de evitación o negación de la situación por parte del trabajador, compañeros e incluso la dirección. Según Leymann en Suecia esta fase tiene un tiempo promedio de duración de 1.3 años.

Fase de intervención desde la empresa. En esta etapa se toman medidas desde niveles jerárquicos superiores con el objetivo de resolver el conflicto, tales como: cambio de puesto, bajas médicas repetidas, pensión por invalidez permanente o despido del trabajador.

Fase de exclusión de la vida laboral. Si se llega a esta fase, el trabajador debe compatibilizar el trabajo con largas jornadas de trabajo, o queda excluido definitivamente del mundo laboral. Todo esto trae consigo problemas de carácter físico, psicológico y social.

El trabajador no puede afrontar estas situaciones y la ansiedad producida, por lo que se puede desencadenar el estrés.

Consecuencias

Es así como, el acoso afecta a las personas y a la propia organización. Los trabajadores afectados pueden presentar trastorno de estrés postraumático, pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, apatía, irritabilidad, trastornos de memoria, trastornos del sueño, alteraciones digestivas, e incluso puede ser causa de suicidio. A nivel de la organización puede ser causa de incremento en el ausentismo, rotación del personal, reducción de eficacia y productividad (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2009; Daza y Pérez, 2008).

Evaluación

En la evaluación del mobbing se recomienda valorar su prevalencia en una organización, y el tipo y magnitud de sus consecuencias.

El Leymann Inventory of Psychological Terrorization (L.I.P.T.) es una herramienta diseñada para valorar la incidencia y magnitud del problema.

Es de gran utilidad el empleo de herramientas que permitan medir las consecuencias del acoso laboral. El Test de Salud Total de Langner o el Cuestionario General de Salud de Goldberg son cuestionarios que evalúan síntomas psicósomáticos derivados del estrés.

Intervención

Existen algunos medios que pueden ser útiles a la hora de intervenir en esta problemática. En primer lugar, la planificación y el diseño de las relaciones sociales mediante formación de los trabajadores en relaciones interpersonales o sistemas de regulación de conflictos deben abarcar a todas las dimensiones sociales de la empresa. Además, los sistemas de presentación e incorporación de los nuevos trabajadores es otro medio de prevención.

El servicio de psicología interno y permanente sería de apoyo en tareas como ayuda psicológica a trabajadores, tratamientos y prevención de problemas de tipo psicosocial.

La prevención puede actuar sobre los siguientes aspectos del trabajo:

Diseño del trabajo: proporcionando un trabajo con bajo nivel de estrés, alto control, alta capacidad de decisión, etc.

Comportamiento de los líderes: es importante su papel a la hora de reconocer conflictos y resolverlos.

Protección de la posición social de la persona: en la empresa deben existir normas sobre resolución de conflictos personales y sistemas de mediación (Daza y Pérez 2008).

Consecuencias en la salud física

Enfermedad Cardiovascular

Existen varios estudios donde se ha evidenciado la asociación entre los estresores laborales y el desarrollo de patología cardiovascular.

Kuper y Marmot (2003) establecieron que las personas con bajo control y altas demandas en el trabajo tenían el mayor riesgo de Enfermedad Cardiovascular, en un estudio con un seguimiento promedio de 11 años, en donde participaron 6895 hombres y 3413 mujeres británicas. Además, no se encontró asociación entre apoyo social y Enfermedad Cardiovascular.

Los factores de riesgo psicosocial tienen la capacidad de incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular por medio de mecanismos fisiológicos (presión sanguínea, lípidos, glucosa, pulsaciones, arritmia, etc.) o conductuales (consumo de alcohol, tabaco, café, hábitos dietéticos, de ejercicio o sueño). Estos mecanismos pueden actuar de forma conjunta o se pueden sumar a otros factores extralaborales.

De las investigaciones que se han llevado a cabo acerca de la relación entre estresores laborales y enfermedad cardiovascular, se han extraído múltiples conclusiones:

- Se ha encontrado una relación inversa entre el estatus de ocupación y la prevalencia de alteraciones como angina de pecho.
- Los individuos que están expuestos a bajo control, bajo apoyo social y altas demandas en el trabajo tienen mayor riesgo relativo de prevalencia de enfermedad cardiovascular y tienden a desarrollar antes la enfermedad, comparado con los trabajadores que experimentan alto control, alto apoyo y bajas demandas.
- Se ha visto que la alta tensión en trabajadores manuales y en el sexo masculino es un predictor más potente de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Cuando existe exposición a alta tensión, el bajo apoyo social incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- El control es la dimensión más perjudicial para la salud, a cualquier nivel de demandas o de apoyo social.

- El aumento de riesgo debido a la falta de control se produce de forma gradual en el tiempo (Vega, 2009).

Kuper y Marmot (2003) añaden:

- Mientras la prevalencia de alta tensión es mayor, el impacto en la salud de la población es mayor.
- Las estrategias en el trabajo deben ir encaminadas a reducir las demandas psicológicas e incrementar el control en el trabajo.

Trastornos Musculoesqueléticos

La evidencia demuestra que los factores de riesgo psicosocial, tales como: las presiones de tiempo, las cuotas de producción, el trabajo monótono, la escasa posibilidad de decisión, o una elevada carga de trabajo auto percibida son predictores importantes de alteraciones musculoesqueléticas.

Lim y Carayon (1994, citado en Lim, Sauter y Swanson, 2001) estudiaron la relación entre los factores psicosociales laborales y las molestias musculoesqueléticas de los miembros superiores en una muestra de 129 oficinistas. Sus hallazgos fueron que los factores psicosociales, tales como las presiones en el trabajo, el control de tareas y las cuotas de producción eran factores de predicción importantes de estos trastornos, especialmente de alteraciones en la región cervical y en los hombros.

La asociación entre estos factores y la alta carga mecánica puede explicar estos datos empíricos por medio de los siguientes mecanismos:

- Los estresores psicosociales actúan sobre las exigencias ergonómicas de la tarea; es decir, puede incrementar el ritmo, los movimientos rápidos y la repetitividad, las posturas deficientes, y por lo tanto, incrementar los síntomas musculoesqueléticos.

- Los factores psicosociales pueden incrementar los síntomas de estrés, por medio del incremento del tono muscular, sobrecarga estática de los músculos, acelerando la aparición de fatiga física o al desarrollo de síntomas.
- Los síntomas originados por carga mecánica pueden exacerbarse, al igual que cualquier otra sintomatología de enfermedad, debido al incremento de la percepción de los síntomas o a la menor capacidad de afrontarlos (Vega, 2009).

Trastornos Gastrointestinales

Las fluctuaciones del control neurovegetativo del riego sanguíneo, de la movilidad y de las secreciones pueden ser la causa de una úlcera gástrica o duodenal, de diarrea o de estreñimiento crónicos (Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud, 1984).

Consecuencias en la salud mental

Trastornos Psicológicos

Se ha encontrado evidencia de alteraciones psicológicas en varios países industrializados, fruto de trabajos con altas demandas y bajo control.

Se ha establecido una relación entre factores de riesgo psicosocial y síntomas depresivos, fatiga psicológica, insatisfacción laboral, consumo de drogas y absentismo.

En ejecutivos y profesionales se ha visto con frecuencia que el cansancio y la sensación de “sentirse estresado” se relaciona a elevadas demandas psicológicas. Mientras que, en los trabajadores de bajo estatus con escasa posibilidad de decisión se ha presentado depresión, pérdida de autoestima, hasta enfermedad.

Al existir fuerte evidencia que el apoyo social constituye un factor protector en la salud mental y el absentismo, debe ser tomado en cuenta en la organización (Vega, 2009).

Consecuencias en el comportamiento

Alcohol y drogas. El alcoholismo representa uno de los mayores problemas socioeconómicos y sanitarios del mundo occidental. Se estima que de un 5 a 8% de la población adulta presenta dependencia al alcohol (Fernández y Echeburúa, 2001).

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas pueden tener origen en aspectos personales, familiares, sociales, laborales, o en una combinación de estos factores (Organización Internacional del Trabajo, 1996).

El abuso de sustancias psicoactivas trae como consecuencia un déficit en el desempeño laboral y un aumento del riesgo de accidentes de trabajo, al afectar las funciones cognitivas del trabajador.

Son múltiples las consecuencias que acarrea el consumo excesivo de alcohol en el ámbito laboral: desajuste e inestabilidad laboral, incremento del absentismo, aumento de accidentes, sanciones y despidos, incapacidad laboral, disminución de la productividad, deterioro del ambiente de trabajo, mala imagen de la empresa, entre otros (Fernández & Echeburúa, 2001).

Consecuencias en la organización

Los síntomas del estrés laboral en la organización son: absentismo, elevada tasa de rotación del personal, falta de puntualidad, problemas de disciplina, acoso, disminución de la productividad, accidentes, errores y aumento de los costes de indemnizaciones o de atención sanitaria (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002).

El absentismo se considera un importante indicador de unas posibles malas condiciones de trabajo. Este puede deberse a repercusiones en la salud de los trabajadores, insatisfacción e intolerancia o rechazo a ciertas condiciones laborales (Nogareda, 2006).

Los cambios en el rendimiento del trabajador es una de las consecuencias del estrés laboral en la organización que provoca gran preocupación dentro de esta.

El modelo que describe la eficacia del rendimiento como una función en forma de U invertida del estrés es el más generalmente aceptado (Welford, 1973 citado por Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud, 1984). Ello significa que el rendimiento es óptimo cuando el estrés es moderado y que disminuye cuando el nivel del estrés es muy elevado o muy bajo.

Intervención

La intervención ante los riesgos psicosociales abarca dos aspectos: la prevención y el tratamiento.

El tratamiento se ocupa de las consecuencias del estrés (Moncada y Llorens, 2006).

El ser humano generalmente tiene un gran poder de adaptación; sin embargo, en ocasiones debe hacer un esfuerzo adaptativo para el que no está preparado debido a ciertos requerimientos del trabajo, los cuales pueden llevar al desarrollo de problemas de adaptación o de ajuste.

Además, los individuos se adaptan de distinta manera debido a características personales, por lo que en unas mismas condiciones unos desarrollan unos niveles de estrés patológico y otros no.

Es por tanto, que la prevención va dirigida a modificar ciertos aspectos de la organización del trabajo o a estimular la capacidad de adaptación del individuo (Daza, 2008).

Intervención sobre el individuo

Las actividades preventivas desarrolladas sobre el individuo deben ser posteriores o complementarias al desarrollo de una política de prevención del estrés basada en la intervención sobre la organización (Daza, 2008).

La intervención dirigida al individuo consiste en modificar las respuestas ante los estresores por medio de enseñar a usar capacidades para afrontarlos. Es decir, el aprendizaje de las distintas habilidades tiene como objetivo mejorar la forma en como el individuo percibe las situaciones, la forma en como los afronta y las respuestas emocionales derivadas.

Además, los cursos de educación y gestión del estrés ayudan a los trabajadores a reconocer el estrés en sí mismos y en los demás (Cooper y Cartwright, 2001).

Los aspectos que pueden ser motivo del problema son:

Un procesamiento cognitivo defectuoso

Una determinada situación puede ser percibida por un individuo como motivadora, mientras que para otro puede resultar amenazante, ya que ante una misma situación no todas las personas recogen la misma información. De igual forma, la percepción de la relevancia de cierta situación o de la implicación en el futuro, es diferente en cada individuo.

Las estrategias para modificar esta situación intentan permitir al individuo una más amplia perspectiva y una valoración más justa de la información obtenida, y se basan en:

- La adaptación del individuo con respecto a qué o cuánta información debe recoger y cómo recogerla.
- La identificación rápida de los aspectos que pueden ser relevantes y la concentración en estos aspectos.
- La focalización de la atención del individuo en la información útil para la resolución del problema y no centrar su atención en su propio estado emocional.
- La modificación de los esquemas erróneos bajo los que percibe y bajo los que actúa (atención selectiva, atribuciones generalizadoras, interpretación polarizada,...).
- La valoración adecuada de sus propias capacidades.

Demandas laborales excesivas o falta de estrategias de afrontamiento

A pesar de que las demandas laborales excesivas son competencia de la organización del trabajo, el individuo tiene cierto margen de capacidad para modificar esas condiciones.

Respuestas fisiológicas y emocionales inadecuadas

La presencia de reacciones puede producir distorsiones a nivel cognitivo y comportamental; es decir, la forma de percibir la situación y la emisión de respuesta para controlar la situación.

Intervención sobre la organización

Se considera que la forma más efectiva de combatir el estrés es por medio de la intervención preventiva centrada en la organización; es decir, eliminando su causa (Cooper y Cartwright, 2001).

Combatir los riesgos psicosociales en el origen implica perdurabilidad de la condición de trabajo saludable.

Las distintas estrategias se basan en modificar el contenido de las tareas, las relaciones entre trabajadores, y entre trabajadores y superiores en la realización de la tarea, en proporcionar a los trabajadores suficientes niveles de autonomía y posibilidades para el desarrollo de sus habilidades (Moncada y Llorens, 2006).

El objetivo de implementar un proceso preventivo en la organización es la mejora de las condiciones de trabajo, por lo que se deben tener en cuenta varios aspectos para obtener resultados favorables:

- Implicación efectiva de la dirección en todas las fases del proceso: compromiso explícito, aportación de recursos, intervención visible en las distintas etapas.
- Actuación a nivel de reestructuración de la organización del trabajo y de las tareas.
- Implementación de estrategias de cambio prolongado, a largo plazo.
- Contar con el asesoramiento de expertos externos a la empresa.

- Establecimiento de procesos de participación de los trabajadores desde la primera a la última fase del proceso de intervención preventiva.
- Enseñar a participar, especialmente a los trabajadores de más bajo estatus, y a confiar en la propia participación (Vega, 2008).

Control

Aumentar el grado de control que el trabajador tiene sobre su propio trabajo, es eficaz para mantener la salud y aumentar la satisfacción de los trabajadores.

Diversos estudios han demostrado su efectividad en situaciones de demandas de trabajo muy elevadas (Nogareda y Daza, 2008).

El control del individuo sobre su propio trabajo se refiere a:

- Lo que el trabajador debe hacer (funciones, competencias, responsabilidades, cantidad y calidad de los resultados de su trabajo).
- La forma o el método para realizar el trabajo.
- Los tiempos de trabajo y de descanso (autonomía temporal), el ritmo de trabajo, elección de turnos, horarios flexibles, etc.
- Participación en la toma de decisiones en aspectos relacionados con su trabajo (p.4)

Paralelo a aumentar el control sobre su propio trabajo debe ir una adecuada formación concerniente a su puesto de trabajo y formación genérica para cumplir con los objetivos (formación en gestión de tiempo, en la toma de decisiones, etc.), con el fin de que la falta de preparación no se convierta en una fuente de estrés.

Sistemas de información y comunicación

La deficiencia en el desarrollo de los sistemas de información y comunicación puede desencadenar problemas de ambigüedad y conflictos de rol. Al ser estos importantes estresores a nivel laboral y afectar a la eficiencia en la empresa, es imperativo el desarrollo de

sistemas que permitan una comunicación e información, tanto descendente como ascendente u horizontal, adecuadas.

Un sistema de información eficiente debe proporcionar al individuo un claro mensaje de las tareas y objetivos que debe cumplir y debe permitirle conocer el resultado del trabajo realizado. Por lo que es necesario, atender los siguientes aspectos en los sistemas de información de la empresa:

- Precisión de las informaciones.
- Coherencia entre ellas.
- Coincidencia (hacia un mismo objetivo) de las decisiones tomadas a partir de las informaciones.
- Lenguaje adecuado al destinatario.
- Frecuencia de comunicación adaptada a las necesidades.
- Procedimientos adecuados de recogida, tratamiento y transmisión de la información.

Frente a la baja previsibilidad, se debe permitir que los trabajadores tengan la información necesaria para hacer un adecuado trabajo y respecto a los cambios que puedan afectar su futuro (Moncada y Llorens, 2007).

Estilos de mando

Una organización requiere de normas y del ejercicio del poder; sin embargo, la implementación de estos puede producir a nivel laboral efectos adversos distintos a los esperados, pudiendo constituir importantes estresores tanto para el que ejerce el poder como para el destinatario del poder. Por tanto, es imperativo un diseño adecuado de la jerarquía, el establecimiento de normas (congruentes, útiles y compatibles entre sí) y reglamentos aprobados por los trabajadores y un estilo de mando democrático y participativo.

La “dirección por objetivos” es un estilo de dirección que orienta la gestión de la empresa tomando en cuenta los objetivos a alcanzar a nivel individual y a nivel de cada departamento. Se debe formar y capacitar al trabajador con respecto a como autogestionar su trabajo, su tiempo, etc. Además se le debe facilitar los recursos necesarios para llevar a cabo sus objetivos. El trabajador debe ser informado acerca de los resultados de su trabajo, del de cada departamento y de la empresa.

Este sistema de dirección controla únicamente el producto final según los objetivos establecidos, y permite la intervención del trabajador.

Las ventajas que proporciona este sistema de gestión son:

- La identificación del trabajador con la empresa, al conectar los objetivos del individuo con los de la organización hace que subordinados y superiores estén identificados en metas comunes.
- La participación de los trabajadores. La implicación de los subordinados en la fijación de metas además de fomentar la participación hace que los objetivos sean más realistas y aceptables por todos los individuos.
- La responsabilidad del trabajador. Define una mayor área de responsabilidad del trabajador en términos de resultados esperados al poder tomar sus decisiones en lo referente a esa área.
- La autonomía e iniciativa. Se le da la oportunidad al trabajador de organizarse aspectos como su ritmo de trabajo o sus pausas, sin ser interferido mientras el trabajo siga la línea de los objetivos marcados (Daza y Nogareda, 2008, p. 7.)

Enriquecimiento del contenido del trabajo

El trabajo debe permitir la posibilidad de aplicar y desarrollar las habilidades y conocimientos.

Es posible diseñar tareas con mayor complejidad, más variadas y más creativas mediante la recomposición de procesos, la rotación entre puestos y el desarrollo de alguna forma de participación directa de los trabajadores (Moncada y Llorens, 2007).

La rotación entre puestos consiste en varios trabajadores que se intercambian sus puestos de trabajo con periodicidad. Es de gran importancia que los implicados participen en la iniciativa de rotar e intervengan en la decisión con respecto al intervalo de tiempo de rotación.

Se mencionan algunas razones para implementar las rotaciones en los puestos de trabajo:

la seguridad de equipos y personas; la imposibilidad momentánea de suprimir o modificar cierta tarea tediosa o pesada, repartir la fatiga que puede producir el desempeño de las tareas de determinado puesto; una mayor motivación del personal, etc. (Arquer y Oncins, 2008, p.2).

En ciertos casos donde la tarea es repetitiva y las consecuencias de los errores pueden ser graves, se puede recurrir a la rotación de puestos de trabajo como una alternativa de solución urgente y transitoria, mientras se encuentran mejores soluciones.

No siempre las rotaciones van a combatir los riesgos psicosociales. Por ejemplo, si la rotación se realiza entre tareas parceladas que son movimientos estandarizados (Moncada y Llorens, 2007).

Trabajar de forma cooperativa

Es conocido que el apoyo social genera en el individuo un desarrollo óptimo emocional y satisfactorio con consecuencias positivas hacia su salud, en beneficio de su calidad de vida y de las personas que le rodean. La percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo, de que su red es confiable y efectiva, es un determinante importante

de su estado de salud, independientemente de la condición real del sujeto (Aranda y Pando, 2006).

Es así que, el apoyo social por parte de compañeros y superiores actúa como moderador del efecto de estrés en situaciones de bajo control y altas exigencias de trabajo. En primer lugar, se debe evitar los puestos de trabajo aislados, favoreciendo así la relación social. En segundo lugar, se deben proporcionar las condiciones organizativas que propicien la cooperación entre compañeros de trabajo, y entre superiores jerárquicos y trabajador. Una herramienta adecuada para mejorar el apoyo a nivel laboral es el trabajo en equipo (Moncada y Llorens, 2007).

Aumento de control sobre los tiempos de trabajo

En las empresas es común la exposición a la doble presencia, la falta de control sobre los tiempos y la posibilidad de cambio de jornada y horario contra la voluntad del trabajador. La prevención consiste en aumentar el control del tiempo de trabajo considerando tanto las necesidades de producción como las de los trabajadores. Las medidas involucran proporcionar a los trabajadores la posibilidad de escoger cuando tomar un tiempo libre (pausas, vacaciones, etc.). Además consiste en una flexibilización de la jornada y horarios de trabajo con el fin de compatibilizar la vida laboral y familiar. La flexibilización tiene varias opciones: flexibilidad de entrada y salida, bolsas de horas, turnos a cambio de jornada continuada, realización de parte de la jornada laboral en casa (Moncada y Llorens, 2007).

Ritmos de trabajo y plantillas adecuadas

Las exigencias cuantitativas deben estar en relación al tiempo que se dispone para el trabajo.

Una buena planificación, programación, cronometraje de tareas y la plantilla necesaria son elementos que pueden ser de ayuda en la asunción de estas exigencias. Puede ser más

factible manejar niveles elevados de estas exigencias cuando se dispone de mayor influencia sobre el trabajo, de oportunidades para el desarrollo de habilidades y de apoyo social (Moncada, Llorens y Kristensen, 2002).

Manejo de conflictos

Debido a que los conflictos dentro de una empresa es algo normal y esperable, se deben emplear mecanismos para su resolución. Estas medidas deben ir dirigidas a:

- La reducción de la aparición de conflictos.
- La creación de procedimientos de arbitraje y mediación.
- La impartición de formación a los empleados para la resolución no traumática de conflictos (Daza y Nogareda, 2008).

Con el objetivo de reducir la aparición de conflictos se debe tener establecido claramente el rol de cada trabajador en la empresa; de la forma y los contenidos con que se han de producir las interacciones con otras personas.

Estabilidad en el empleo

Una organización del trabajo saludable debe permitir al trabajador tener control sobre su propia vida, en relación con la estabilidad en el empleo, el control sobre los cambios de las condiciones de trabajo; en especial de jornada y horarios de trabajo.

Las medidas preventivas se basan en limitar la temporalidad del empleo y negociar los cambios en las condiciones de trabajo (Moncada, Llorens y Kristensen, 2002).

Una necesidad prioritaria es la educación y formación de los grupos interesados. Los médicos del trabajo requieren formación acerca de los indicadores fisiológicos y del comportamiento psicológico, de la identificación, evaluación y toma de medidas preventivas respecto a los factores psicosociales.

Tanto la dirección, como trabajadores deben tener conocimientos básicos de los estresores laborales y de las técnicas de control (Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud, 1984).

El progreso en la detección y control de los riesgos psicosociales en el trabajo sería imposible sin la plena cooperación de los propios trabajadores. Su participación constituye un elemento esencial de cualquier acción a nivel de la empresa en el campo de los factores psicosociales (Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud, 1984, p 76).

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la presencia de factores de riesgo psicosocial y los niveles salud, estrés y satisfacción en médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio de Quito-Ecuador, 2009.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio Espejo.
2. Evaluar los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio Espejo.
3. Valorar la salud, el estrés y la satisfacción en médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio.

Objetivos secundarios

1. Proponer medidas de control ante la exposición a factores de riesgos psicosocial en los médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio Espejo.

METODOLOGÍA

Población y muestra

Con el fin de evaluar la exposición a factores de riesgo psicosocial y los niveles de salud, estrés y satisfacción de médicos residentes y posgradistas en el Hospital Eugenio Espejo; en primer lugar, se define la población.

La población objeto de estudio está conformada por los médicos residentes y posgradistas que laboran en el Hospital Eugenio Espejo.

Los criterios de inclusión empleados fueron: a) médicos residentes y posgradistas que estén laborando durante el mes de Septiembre del año 2009, b) médicos residentes y posgradistas que realicen actividades asistenciales en los servicios de Radiología, Emergencias, Cirugía Cardiorácica, Oftalmología, Anestesiología, Urología, Unidad de Quemados, Unidad de Terapia Intensiva, Cirugía Vasculard, Nefrología, Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Ginecología, Oncología, Pediatría, Neurología y Medicina Interna.

Como criterios de exclusión se establecieron: a) médicos residentes y posgradistas pertenecientes a los servicios de Anatomía Patológica, Patología Clínica, Neumología, Cirugía General y Traumatología, b) médicos residentes que al momento del trabajo de campo estén en periodo de vacaciones.

Según el área en la que realizan sus actividades se dividen en dos grandes grupos, pertenecientes a:

Cuadro 12: División por servicios médicos

Áreas Clínicas	Áreas Quirúrgicas
Emergencias	Cirugía Cardiotorácica
Imagenología	Neurocirugía
Unidad de Terapia Intensiva	Unidad de quemados
Nefrología	Oftalmología
Oncología	Anestesiología
Neurología	Otorrinolaringología
Cardiología	Urología
	Cirugía Vascular
	Ginecología

La población total es de 107 médicos distribuidos según la siguiente tabla en:

Cuadro 13: Clasificación de médicos residentes y posgradistas según sexo, turnos y áreas médicas.

Genero		Turnos		Areas		Puesto	
Hombre	54	cada tercer día	8	Clínicas	60	Posgradista	54
Mujer	53	cada cuarto día	99	Quirúrgicas	47	Residente asistencial	53

El tipo de muestreo empleado fue el aleatorio simple; para lo cual se utilizó una tabla de números aleatorios.

El tamaño de la muestra deseado fue de 84 médicos, pero ya que finalmente respondieron al cuestionario únicamente 72 médicos, se debió asumir un error muestral del 6,6%.

Diseño de estudio

El tipo de diseño de estudio empleado es transversal y descriptivo para determinar la existencia de factores de riesgo psicosocial y los niveles de salud, satisfacción laboral, estrés y condiciones personales y laborales.

Materiales

Para alcanzar los objetivos planteados se escogió el Método ISTAS21, una herramienta de evaluación de riesgos psicosociales laborales, el cual es una adaptación para el estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ).

La versión empleada fue la versión media, dirigida a evaluaciones psicosociales en empresas con más de 25 trabajadores. Esta versión cuenta con un manual y una aplicación informática que permite informatización de los datos, comparaciones entre unidades de análisis y con los referentes nacionales.

La aplicación informática permite introducir datos, los analiza y proporciona los respectivos resultados

El cuestionario de la versión media consta de 124 preguntas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1: Secciones, números de escalas, número de preguntas y número de preguntas que pueden suprimirse de la versión media del cuestionario ISTAS21

Sección	Número de Escalas	Número de preguntas	Número preguntas suprimibles
<u>Primera:</u>			
Contexto social	-	2	2
Doble presencia	1	4	-
<u>Segunda:</u>			
Condiciones de empleo y de trabajo	-	15	4
<u>Tercera:</u>			
Salud, estrés y satisfacción	7	30	-
<u>Cuarta:</u>			
Dimensiones psicosociales	20	73	-
Total	28	124	6

Fuente: Moncada, Llorens, Kristensen, 2002, p.29.

Este instrumento abarca las cuatro grandes dimensiones psicosociales explicadas en el marco teórico:

- 1) Exigencias psicológicas del trabajo: compatible con la dimensión de demandas psicológicas del modelo explicativo de demanda-control de Karasek.
- 2) Trabajo activo y desarrollo de habilidades: compatible conceptualmente con la dimensión de control del modelo demanda-control.
- 3) Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo: compatible con la dimensión de apoyo social del modelo demanda-control.
- 4) Inseguridad en el empleo: compatible conceptualmente de forma parcial, con la dimensión de control de estatus (estabilidad del empleo, perspectivas de promoción y cambios no deseados) de modelo esfuerzo-recompensas, y la dimensión de estima (reconocimiento, apoyo adecuado y trato justo).

Estas cuatro grandes grupos se dividen en 20 dimensiones específicas, clasificadas a continuación.

Tabla 2: Dimensiones psicosociales y número de preguntas incluidas en la versión media del ISTAS21

Grupo dimensiones	Dimensiones psicosociales	Número de preguntas
<u>Exigencias psicológicas</u>	Exigencias cuantitativas	4
	Exigencias cognitivas	4
	Exigencias emocionales	3
	Exigencias de esconder emociones	2
	Exigencias sensoriales	4
<u>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</u>	Influencia en el trabajo	4
	Posibilidades de desarrollo	4
	Control sobre el tiempo de trabajo	4
	Sentido del trabajo	3
	Integración en la empresa	4
<u>Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo</u>	Previsibilidad	2
	Claridad de rol	4
	Conflicto de rol	4
	Calidad de liderazgo	4
	Refuerzo	2
	Apoyo social	4
	Posibilidades de relación social	2
	Sentimiento de grupo	3
<u>Compensaciones</u>	Inseguridad	4
	Estíma	4

Fuente: Moncada, Llorens, Kristensen, 2002, p.31.

Variables estudiadas

Exposición a factores de riesgo psicosocial

Se refiere a estar sometido a aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés. Está compuesta por las

siguientes dimensiones: exigencias psicológicas del trabajo, influencia y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y liderazgo, inseguridad en el empleo.

Exigencias psicológicas del trabajo

Formada por las siguientes subdimensiones: exigencias cuantitativas, exigencias cognitivas, exigencias emocionales, exigencias de esconder emociones, exigencias sensoriales.

Las siguientes preguntas tienen como opción de respuesta: siempre, muchas veces, algunas veces, sólo algunas veces, nunca.

Exigencias psicológicas cuantitativas. Es la relación entre la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para llevarlo a cabo.

El método ISTAS utiliza esta escala donde se debe responder a las siguientes preguntas:

- a) ¿Tienes que trabajar muy rápido?
- b) ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?
- c) ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?
- d) ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?

Exigencias psicológicas cognitivas. Se refiere al trabajo intelectual, toma de decisiones, manejar conocimientos, memorizar y controlar muchas cosas a la vez. Las preguntas para esta escala son:

- 1) ¿Tu trabajo requiere memorizar muchas cosas?
- 2) ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones de forma rápida?
- 3) ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones difíciles?
- 4) ¿Tu trabajo requiere manejar muchos conocimientos?

Exigencias psicológicas emocionales. Involucra los sentimientos, ya que el trabajador puede confundir los sentimientos de otros individuos con los suyos propios, especialmente en ocupaciones donde se presta servicios a las personas.

Las preguntas de esta escala son:

- 1) ¿Se producen en tu trabajo momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?
- 2) ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?
- 3) ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?

Exigencias psicológicas de esconder emociones. Son las reacciones, sentimientos, opiniones negativas o positivas que el trabajador oculta a superiores, compañeros y clientes.

Las preguntas de esta escala son:

- 1) ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión?
- 2) ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?

Exigencias psicológicas sensoriales. Son las exigencias laborales de acuerdo a nuestros sentidos. Guardan relación con variables ergonómicas y constituyen un elemento de carga mental.

Las preguntas de esta escala del método ISTAS 21 son:

- 1) ¿Tu trabajo requiere mucha concentración?
- 2) ¿Tu trabajo requiere mirar con detalle?
- 3) ¿Tu trabajo requiere atención constante?
- 4) ¿Tu trabajo requiere un alto nivel de precisión?

Trabajo activo y desarrollo de habilidades

Constituyen aspectos positivos del trabajo. Esta dimensión está constituida por las siguientes subdimensiones: influencia en el trabajo, posibilidades de desarrollo, control sobre el tiempo de trabajo, sentido del trabajo, integración en la empresa.

Influencia en el trabajo. Se refiere a tener margen de decisión, de autonomía, respecto al contenido y las condiciones de trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo). La influencia en el trabajo se mide por medio de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?
- 2) ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?
- 3) ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tus tareas?
- 4) ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?

Posibilidades de desarrollo. Mide las oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos en el trabajo, por medio de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?
- 2) ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?
- 3) ¿La realización de tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?
- 4) ¿Tu trabajo es variado?

Control sobre el tiempo de trabajo. Complementa a la dimensión de influencia con respecto al control del tiempo que tiene el trabajador. Se basan en las siguientes preguntas:

- 1) ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?
- 2) ¿Puedes coger las vacaciones más o menos cuando tú quieres?
- 3) ¿Puedes dejar tu trabajo para charlar con un compañero o compañera?
- 4) Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial?

Sentido del trabajo. Consiste en poder relacionar el trabajo con objetivos y valores distintos a los instrumentales. Se mide el sentido del trabajo a través de las siguientes preguntas

- 1) ¿Tienen sentido tus tareas?

2) ¿Las tareas que haces te parecen importantes?

3) ¿Te sientes comprometido con tu profesión?

Integración en la empresa. Es la implicación de cada persona en la empresa. Las preguntas de esta escala son:

1) ¿Te gustaría quedarte en la empresa en la que estás para el resto de tu vida laboral?

2) ¿Hablas con entusiasmo de tu empresa a otras personas?

3) ¿Sientes que los problemas en tu empresa son también tuyos?

4) ¿Sientes que tu empresa tiene una gran importancia para ti?

Apoyo social en la empresa y liderazgo

Esta dimensión es conceptualmente compatible con la dimensión de apoyo social del modelo demanda - control de J. Johnson, y abarca las siguientes subdimensiones: previsibilidad, claridad de rol, conflicto de rol, calidad de liderazgo, refuerzo, apoyo social, posibilidades de relación social, sentimiento de grupo.

Previsibilidad. Se refiere a la necesidad de los trabajadores de disponer de la información correcta y a tiempo acerca de cambios futuros, nuevas tecnologías para un adecuado desempeño y adaptación. Las preguntas de esta escala son:

1) ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar tu futuro?

2) ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?

Claridad de rol. Consiste en una definición clara del papel a desempeñar en la empresa.

Las preguntas empleadas para esta dimensión son:

1) ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?

2) ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?

3) ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?

4) ¿Sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?

Conflicto de rol. Se refiere a las contradicciones que existen entre las exigencias del trabajo con las normas y valores personales.

Esta escala del ISTAS 21 utiliza las siguientes preguntas:

1) ¿Haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?

2) ¿Se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?

3) ¿Tienes que hacer tareas que tú crees que deberían hacerse de otra manera?

4) ¿Tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?

Calidad de liderazgo. Constituye el papel de la dirección en cuanto a la gestión del personal.

Esta dimensión se mide a través de las siguientes preguntas:

Tus jefes inmediatos:

1) ¿Se aseguran de que cada uno de los trabajadores/as tiene buenas oportunidades de desarrollo profesional?

2) ¿Planifican bien el trabajo?

3) ¿Resuelven bien los conflictos?

4) ¿Se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?

Refuerzo. Es la información que el trabajador recibe acerca de la forma de realizar su trabajo por parte de compañeros y superiores.

Las preguntas del ISTAS21 para esta dimensión son:

Tus jefes inmediatos:

¿Con qué frecuencia...

1) hablas con tu superior sobre cómo llevas a cabo tu trabajo?

- 2) hablas con tus compañeros o compañeras sobre cómo llevas a cabo tu trabajo?

Apoyo social. Se refiere a recibir la ayuda necesaria y en el momento adecuado por parte de compañeros y superiores.

Se mide a través de las siguientes preguntas:

¿Con qué frecuencia...

- 1) recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?
- 2) tus compañeros o compañeras están dispuestos a escuchar tus problemas en el trabajo?
- 3) recibes ayuda y apoyo de tu inmediato o inmediata superior?
- 4) tu inmediato o inmediata superior está dispuesto a escuchar tus problemas en el trabajo?

Posibilidades de relación social. Implica el contacto con otras personas, como: compañeros, clientes o compradores.

Esta dimensión se mide con las siguientes preguntas:

- 1) ¿Tu puesto de trabajo se encuentra aislado del de tus compañeros o compañeras?
- 2) ¿Es posible para ti hablar con tus compañeros o compañeras mientras estás trabajando?

Sentimiento de grupo. Constituye la calidad de las relaciones con los compañeros.

Las preguntas para medir esta dimensión son:

- 1) ¿Hay un buen ambiente entre tú y tus compañeros y compañeras de trabajo?
- 2) Entre compañeros y compañeras, ¿os ayudáis en el trabajo?
- 3) En tu trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?

Compensaciones

Compuesta por las subdimensiones de inseguridad y estima.

Inseguridad. Se refiere a la precariedad laboral, movilidad funcional y geográfica, cambios de jornada, salario, forma de pago y carrera profesional.

Las opciones de respuesta para las siguientes preguntas son: muy preocupado, bastante preocupado, más o menos preocupado, poco preocupado, nada preocupado.

- 1) ¿Estás preocupado por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras en paro?
- 2) ¿Estás preocupado por si te cambian de tareas contra tu voluntad?
- 3) ¿Estás preocupado por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?
- 4) ¿Estás preocupado por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especie, etc.)?

Estima. Consiste en un trato y apoyo adecuado, y el reconocimiento del esfuerzo realizado por parte de los superiores.

Las opciones de respuesta son: siempre, muchas veces, algunas veces, solo alguna vez, nunca; para las siguientes preguntas:

- 1) Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.
- 2) En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario.
- 3) En mi trabajo me tratan injustamente.
- 4) Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.

Doble presencia

Se refiere a la doble jornada laboral de la mayoría de mujeres trabajadora.

Las siguientes preguntas miden el trabajo familiar y doméstico para aproximarse a la valoración de la doble presencia:

1. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?
 - a) Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas
 - b) Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas
 - c) Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas
 - d) Sólo hago tareas muy puntuales
 - e) No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas

Para las siguiente preguntas las opciones de respuesta son: siempre, muchas veces, algunas veces, sólo algunas veces, nunca.

2. Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?
3. Cuando estás en la empresa, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?
4. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?

Salud

Se refiere al nivel de salud, más no, a la presencia de enfermedad. Está conformada por las subdimensiones: salud general, salud mental y vitalidad

Salud general. La percepción de la salud es un indicador muy fiable de mortalidad y morbilidad, utilización de servicios de salud, jubilación anticipada, desempleo, ausencia por enfermedad, etc.

ISTAS21 utiliza la escala de salud general del cuestionario SF36. Las preguntas de la escala de salud general son las siguientes:

- 1) En general, dirías que tu salud es: excelente, muy buena, buena, regular, mala.

Por favor, di si te parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

- 2) Me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas.
- 3) Estoy tan sano/a como cualquiera.
- 4) Creo que mi salud va a empeorar.

5) Mi salud es excelente.

Salud mental. Estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas de la vida diaria

Se emplea la escala del SF36 incluida en el ISTAS 21

Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido durante las últimas cuatro semanas.

- 1) ¿Has estado muy nervioso/a?
- 2) ¿Te has sentido tan bajo/a de moral que nada podía animarte?
- 3) ¿Te has sentido calmado/a y tranquilo/a?
- 4) ¿Te has sentido desanimado/a y triste?
- 5) ¿Te has sentido feliz?

Vitalidad. Significa el extremo «bueno» de una dimensión que va desde extenuación y fatiga hasta vitalidad y energía.

Se emplea la escala del SF36 incluida en el ISTAS 21. Dicha escala consiste en las siguientes cuatro preguntas:

Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido durante las últimas cuatro semanas.

- 1) ¿Te has sentido lleno/a de vitalidad?
- 2) ¿Has tenido mucha energía?
- 3) ¿Te has sentido agotado/a?
- 4) ¿Te has sentido cansado/a?

Estrés

Compuesta por las subdimensiones: síntomas conductuales de estrés, síntomas somáticos de estrés, síntomas cognitivos de estrés.

Síntomas conductuales de estrés. Se ocupa de distintas formas de conducta que muchas veces se relacionan con el estrés.

Utiliza la escala correspondiente del ISTAS 21 que abarca cuatro preguntas.

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas?

- 1) No he tenido ánimos para estar con gente.
- 2) No he podido dormir bien.
- 3) He estado irritable.
- 4) Me he sentido agobiado/a.

Síntomas somáticos de estrés. Son las consecuencias físicas (somáticas) del estrés.

Se utiliza la escala desarrollada por Setterlind incluida en el ISTAS 21, que consta de 4 preguntas.

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas?:

- 1) Has sentido opresión o dolor en el pecho.
- 2) Te ha faltado el aire.
- 3) Has sentido tensión en los músculos.
- 4) Has tenido dolor de cabeza.

Síntomas cognitivos de estrés. Se refiere a las consecuencias para una serie de procesos cognitivos (de pensamiento).

Se mide con la escala de Setterlind del método ISTAS 21, que igualmente consta de 4 preguntas.

¿Con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas durante las últimas cuatro semanas?:

- 1) Has tenido problemas para concentrarte.
- 2) Te ha costado tomar decisiones.
- 3) Has tenido dificultades para acordarte de las cosas.
- 4) Has tenido dificultades para pensar de forma clara.

Satisfacción

Es una medida general para la calidad del medio ambiente laboral. Emplea una escala con cuatro preguntas del método ISTAS21.

Las preguntas de esta dimensión: (opciones de respuesta, muy satisfecho, bastante satisfecho, más o menos satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho).

En relación a tu trabajo,

- 1) ¿estás satisfecho o satisfecha con tus perspectivas laborales?
- 2) ¿estás satisfecho o satisfecha con las condiciones ambientales de trabajo
- 3) (ruido, espacio, ventilación, temperatura, iluminación...)?
- 4) ¿estás satisfecho o satisfecha con el grado en el que se emplean tus capacidades?
- 5) ¿estás satisfecho o satisfecha con tu trabajo, tomándolo todo en consideración?

Proceso de evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de los factores de riesgo psicosocial se basó en las actividades establecidas por el ISTAS21, en el siguiente orden:

- 1) Como requisito para poder realizar la investigación en el Hospital Eugenio Espejo debimos solicitar autorización a la Dirección General, al Comité de Etica y a la Coordinación de Docencia.
- 2) Posteriormente se solicitó ayuda al Departamento de Recursos Humanos, a la Coordinación de Docencia y a los médicos jefes de guardia para llevar a cabo la evaluación.
- 3) Se recabó la información necesaria con la colaboración del Departamento Médico, Trabajo Social, Unidad de Seguridad y Salud, Recursos Humanos, Coordinación de Docencia y con los propios médicos.
- 4) Se realizó una entrevista semiestructurada a médicos residentes y posgradistas.
- 5) Se decidió las unidades de análisis y se adaptó el cuestionario de acuerdo a los objetivos.
- 6) Se informó del proceso a los médicos residentes y posgradistas por medio de circulares informativas.
- 7) Se distribuyeron y recogieron los cuestionarios guardando la confidencialidad y el anonimato en los respectivos días de guardia durante el mes de septiembre.
- 8) La informatización, análisis y el informe fueron realizadas igualmente guardando las características de confidencialidad.
- 9) Por último, se establecieron las medidas preventivas de acuerdo a los riesgos encontrados.

RESULTADOS

Condiciones de empleo y trabajo

La muestra está compuesta por 54,17% de hombres y 45,83% de mujeres.

Tabla 3: Distribución de frecuencias según sexo

	%	N
		72
Hombre	54,17	39
Mujer	45,83	33

La edad del 94,44% de los médicos está comprendida entre 26 y 35 años.

Tabla 4: Distribución de frecuencias según edad

	%	N
		72
Menos de 26 años	2,78	2
Entre 26 y 35 años	94,44	68
Entre 36 y 45 años	1,39	1
Entre 46 y 55 años	1,39	1

Se obtuvo los siguientes resultados en cuanto a número y porcentaje de la muestra de médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio de Quito:

Tabla 5: Distribución de frecuencias de puestos de trabajo

	%	N
		72
Residente asistencial	54,17	39
Posgradista	45,83	33

Los resultados en referencia a los departamentos en los que han trabajado durante los últimos dos meses, son:

Tabla 6: Distribución de frecuencias de departamentos de Hospital Eugenio Espejo

	%	N
		74
Áreas Quirúrgicas	43,24	32
Áreas Clínicas	56,76	42
No contesta	3,9	3

Un 58,82% de los médicos consideran que el trabajo que realizan no se corresponde con la categoría profesional que tienen reconocida salarialmente; tal como se describe a continuación:

Tabla 7: Distribución de frecuencias médicos que consideran que el trabajo que realizan se corresponde con la categoría profesional

	%	N
		68
Sí	19,12	13
No, el trabajo que hago en realidad está por encima de la categoría que tengo reconocida salarialmente	58,82	40
No, el trabajo que hago en realidad está por debajo de la categoría que tengo reconocida salarialmente	14,71	10
No lo sé	7,35	5
No contesta	5,56	4

Con respecto al tiempo que han trabajado en el Hospital Eugenio Espejo, se encontró que el 33,33% ha trabajado entre 1 mes y hasta 6 meses, el 29,17% de 6 meses a 2 años, el 20% de 2 años hasta 5 años, el 11% menos de 30 días y únicamente el 1,39% más de 5 años.

Tabla 8: Distribución de frecuencias de tiempo de trabajo en Hospital Eugenio Espejo

	%	N
		72
Menos de 30 días	15,28	11
Entre 1 mes y hasta 6 meses	33,33	24
Más de 6 meses y hasta 2 años	29,17	21
Más de 2 años y hasta 5 años	20,83	15
Más de 5 años y hasta 10 años	1,39	1

El 81.94% responde que desde que entró en el Hospital Eugenio Espejo no ha ascendido de categoría profesional.

Tabla 9: Distribución de frecuencias de médicos que han ascendido de categoría profesional desde que ingresaron en el Hospital Eugenio Espejo

	%	N
		72
Sí	18,06	13
No	81,94	59

El 6.94% de los médicos responde que tiene contrato fijo, sumado al 45,83% que responde que es temporal con contrato formativo, corresponde al grupo descrito anteriormente que cuenta con contrato ocasional o nombramiento provisional.

No cuentan con un contrato el 34,72% de los médicos que son becarios y el 11.11% de los que responden que trabajan sin contrato.

Tabla 10: Distribución de frecuencias de tipo de contrato

	%	N
		71
Soy fijo (Soy funcionario, tengo un contrato indefinido, fijo discontinuo ...)	6,94	5
Soy temporal con contrato formativo (contrato temporal para la formación, en prácticas)	45,83	33
Soy becario/a	34,72	25
Trabajo sin contrato	11,11	8
No contesta	1,39	1

La totalidad de la muestra trabaja todos los días hasta no menos de las 12 am y cada tercero o cuarto día realiza turnos de aproximadamente 30 horas.

Tabla 11: Distribución de frecuencias de horarios de trabajo

	%	N
		72
Turnos rotatorios con el de noche	100	72
No contesta	0	0

El 97,22% de los médicos tienen un horario laboral que incluye tanto entre semana como fines de semana y festivos.

Tabla 12: Distribución de frecuencias de horario laboral

	%	N
		72
De lunes a viernes y, excepcionalmente, sábados, domingos y festivos	2,78	2
Tanto entre semana como fines de semana y festivos	97,22	70
No contesta	0	0

El 50% de los médicos refieren que no se les cambia de horario o de días de trabajo; mientras que el 22,86 % refiere que normalmente conoce el horario con antelación, pero que pueden cambiárselo de un día para otro.

Tabla 13: Distribución de frecuencias de cambios de horario o de días de trabajo

	%	N
		70
No me cambian de horario o de días de trabajo	50	35
Normalmente me lo comunican regularmente, con X días de antelación	11,43	8
Normalmente me lo comunican de un día para otro o el mismo día	15,71	11
Normalmente conozco mi horario con antelación, pero pueden cambiármelo de un día para otro	22,86	16
No contesta	2,78	2

Únicamente el 1,41% de los médicos trabajó menos de 40 horas para el Hospital Eugenio Espejo la semana pasada de responder al cuestionario, el 2,82% trabajó 40 horas, y el 94,38% más de 40 horas.

Tabla 14: Distribución de frecuencias de jornadas laborales

	%	N
		71
Frecuencia para el valor 7	1,41	1
Frecuencia para el valor 40	2,82	2
Frecuencia para el valor 42	1,41	1
Frecuencia para el valor 44	1,41	1
Frecuencia para el valor 50	5,63	4
Frecuencia para el valor 60	18,31	13
Frecuencia para el valor 62	2,82	2
Frecuencia para el valor 65	8,45	6
Frecuencia para el valor 66	5,63	4
Frecuencia para el valor 68	8,45	6
Frecuencia para el valor 69	2,82	2
Frecuencia para el valor 70	12,68	9
Frecuencia para el valor 72	1,41	1
Frecuencia para el valor 74	5,63	4
Frecuencia para el valor 75	2,82	2
Frecuencia para el valor 76	1,41	1
Frecuencia para el valor 80	2,82	2
Frecuencia para el valor 82	1,41	1
Frecuencia para el valor 84	1,41	1
Frecuencia para el valor 90	1,41	1
Frecuencia para el valor 91	1,41	1
Frecuencia para el valor 92	1,41	1
Frecuencia para el valor 100	4,23	3
Frecuencia para el valor 106	1,41	1
Frecuencia para el valor 112	1,41	1
No contesta [Missing]	1,39	1

En esta pregunta referente al salario mensual, se cambió en el cuestionario que recibieron los médicos la denominación de la moneda, de euros a dólares, sin alterarse la cifra.

En el aspecto salarial se obtienen diversas respuestas; es así que, el 43,66% de los médicos refiere recibir mensualmente entre 752 y 902 dólares, el 28,17% recibe entre 602 y 751 dólares, y el 11,27% recibe menos de 300 dólares. Esta última cifra corresponde a los médicos posgradistas autofinanciados que no reciben salario por su trabajo.

Tabla 15: Distribución de frecuencias de salario neto mensual

	%	N
		71
300 dólares o menos	11,27	8
Entre 452 y 601 dólares	2,82	2
Entre 602 y 751 dólares	28,17	20
Entre 752 y 902 dólares	43,66	31
Entre 903 y 1.202 dólares	9,86	7
Entre 1.203 y 1.503 dólares	4,23	3
No contesta	1,39	1

El 98,46% de los médicos indica que su salario es fijo.

Tabla 16: Distribución de frecuencias según tipo de salario

	%	N
		65
Fijo	98,46	64
Una parte fija y otra variable	1,54	1
No contesta	9,72	7

El 87,14 % de los médicos consideran que su trabajo no está bien pagado.

Tabla 17: Trabajo bien pagado

	%	N
		70
Sí	12,86	9
No	87,14	61
No contesta	2,78	2

Un 59,72% de los médicos responden que no han estado de baja por enfermedad en el último año, mientras que el 40,28% si lo ha estado.

Tabla 18: Distribución de frecuencias de bajas por enfermedad en el último año

	%	N
		72
Aproximadamente, he estado X días de baja por enfermedad en el último año	40,28	29
No he estado de baja por enfermedad en el último año	59,72	43
		29
Frecuencia para el valor 1	10,34	3
Frecuencia para el valor 2	20,69	6
Frecuencia para el valor 3	24,14	7
Frecuencia para el valor 4	13,79	4
Frecuencia para el valor 5	10,34	3
Frecuencia para el valor 7	10,34	3
Frecuencia para el valor 8	3,45	1
Frecuencia para el valor 15	3,45	1
Frecuencia para el valor 20	3,45	1
No pertinente	59,72	43

El 63,77% de los médicos refiere no haber cogido bajas por enfermedad en el último año. El 36, 23% ha cogido bajas por enfermedad en el último año detalladas en la tabla a continuación.

Tabla 19: Bajas por enfermedad que se han cogido en el último año

	%	N
		69
Aproximadamente, he cogido X bajas por enfermedad en el último año	36,23	25
No he cogido ninguna baja por enfermedad en el último año	63,77	44
No contesta	4,17	3
		25
Frecuencia para el valor 0	8	2
Frecuencia para el valor 1	48	12
Frecuencia para el valor 2	20	5
Frecuencia para el valor 3	20	5
Frecuencia para el valor 4	4	1
No contesta	4,17	3
No pertinente	61,11	44

Factores de riesgo psicosocial

Puntuaciones Medianas

La tabla 3 muestra las puntuaciones medianas del Hospital Eugenio Espejo y las puntuaciones medianas de la población ocupada de referencia.

Los médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo presentan una exposición a los factores de riesgo psicosocial (doble presencia, exigencias psicológicas cuantitativas, sensoriales, cognitivas, emocionales, de esconder emociones, inseguridad, conflicto de rol, previsibilidad y estima) más alta que la población de referencia, lo cual significa que se deben tomar medidas preventivas.

Tabla 20: Puntuaciones medianas comparadas

Dimensión	Mediana Hospital Eugenio Espejo	Mediana población de referencia
Doble presencia	37,5	35,3
Exig. psic. cuantitativas	56,25	36,4
Exig. psic. sensoriales	100	58
Exig. psic. cognitivas	87,5	49,2
Exig. psic. emocionales	58,33	36,3
Esconder emociones	50	36,6
Influencia	50	44,9
Control tiempos trabajo	37,5	54,2
Posibilidades desarrollo	87,5	55,5
Sentido trabajo	100	74,9
Integración empresa	68,75	58,9
Inseguridad	56,25	23,2
Claridad rol	75	75,4
Conflicto rol	50	37
Previsibilidad	50	59,3
Apoyo social	68,75	67
Refuerzo	62,5	61,9
Posib. relación social	75	69,1
Sentimiento grupo	75	75,3
Calidad liderazgo	56,25	56,5
Estima	62,5	74,2

Prevalencia de la exposición

Gráfico 6: Porcentaje de trabajadores del Hospital Eugenio Espejo en cada nivel de referencia

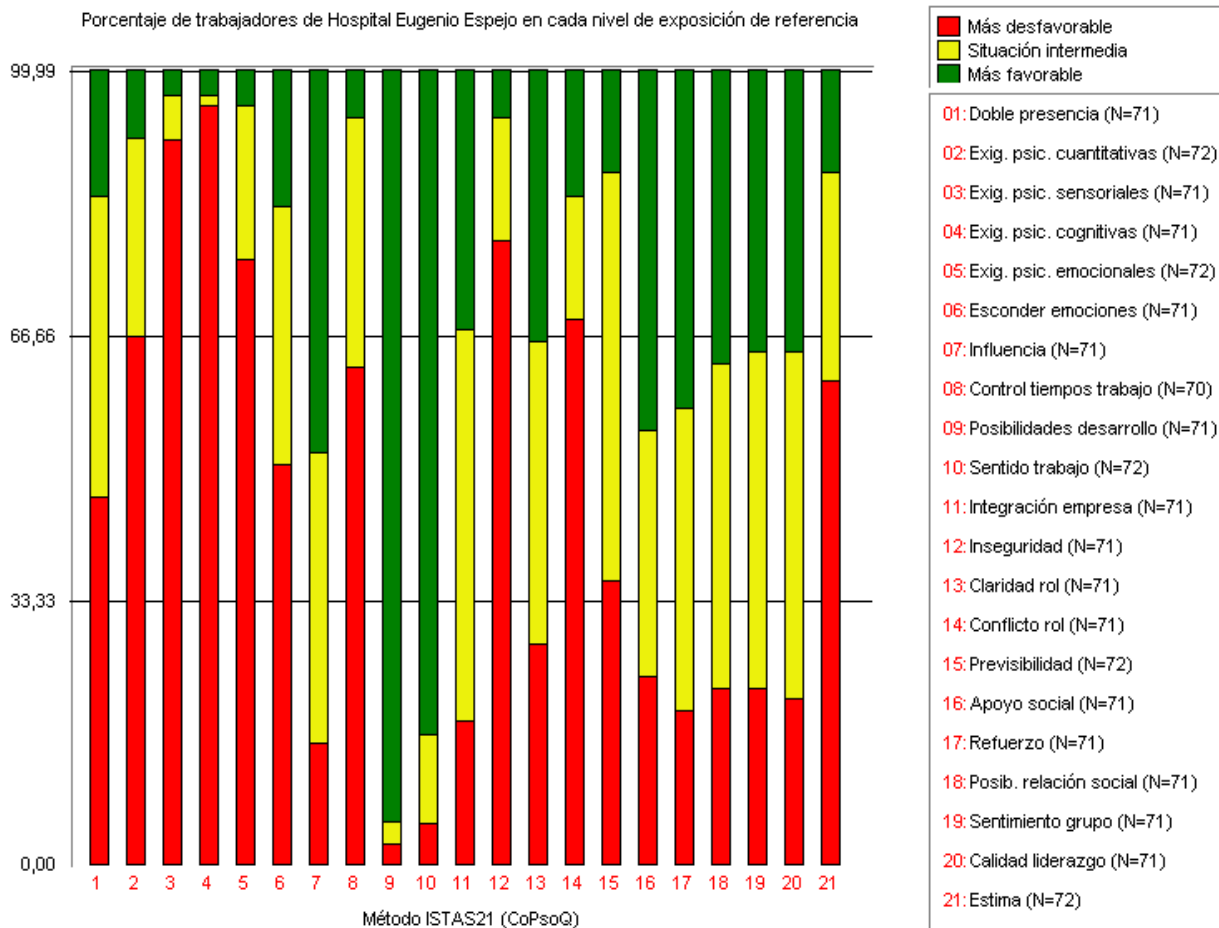


Tabla 21: Porcentaje de trabajadores en cada nivel de exposición

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Doble presencia (N=71)	46,4789	38,0282	15,493
Exig. psic. cuantitativas (N=72)	66,6667	25	8,3333
Exig. psic. sensoriales (N=71)	91,5493	5,6338	2,8169
Exig. psic. cognitivas (N=71)	95,7746	1,4085	2,8169
Exig. psic. emocionales (N=72)	76,3889	19,4444	4,1667
Esconder emociones (N=71)	50,7042	32,3944	16,9014
Influencia (N=71)	15,493	36,6197	47,8873
Control tiempos trabajo (N=70)	62,8571	31,4286	5,7143
Posibilidades desarrollo (N=71)	2,8169	2,8169	94,3662
Sentido trabajo (N=72)	5,5556	11,1111	83,3333
Integración empresa (N=71)	18,3099	49,2958	32,3944
Inseguridad (N=71)	78,8732	15,493	5,6338
Claridad rol (N=71)	28,169	38,0282	33,8028
Conflicto rol (N=71)	69,0141	15,493	15,493
Previsibilidad (N=72)	36,1111	51,3889	12,5
Apoyo social (N=71)	23,9437	30,9859	45,0704
Refuerzo (N=71)	19,7183	38,0282	42,2535
Posib. relación social (N=71)	22,5352	40,8451	36,6197
Sentimiento grupo (N=71)	22,5352	42,2535	35,2113
Calidad liderazgo (N=71)	21,1268	43,662	35,2113
Estima (N=72)	61,1111	26,3889	12,5

Principales exposiciones problemáticas

Las principales exposiciones problemáticas en médicos residentes y posgradistas el Hospital Eugenio Espejo son: altas exigencias psicológicas cuantitativas, altas exigencias psicológicas sensoriales, altas exigencias psicológicas cognitivas, altas exigencias psicológicas emocionales, altas exigencias psicológicas de esconder emociones, falta de control de sobre los tiempos de trabajo, inseguridad, conflictos de rol y la baja estima.

Otras exposiciones problemáticas

Otros factores psicosociales a los que están expuestos un menor porcentaje de trabajadores, pero que deben también ser abordados son: la doble presencia y baja previsibilidad.

Exposiciones favorables

Se encontró además resultados favorables para: influencia, posibilidades de desarrollo, sentido del trabajo, claridad de rol, apoyo social, refuerzo, posibilidad de relación social, sentimiento de grupo y calidad de liderazgo.

Exigencias psicológicas cognitivas

El 95,7% de los médicos presentó exposición a la situación más desfavorable para la salud en relación con las exigencias psicológicas cognitivas.

El 72,22% de médicos en el trabajo requiere memorizar muchas cosas, el 91,66% requiere la toma de decisiones de forma muy rápida, el 80,28% requiere la toma de decisiones difíciles y el 88,73% tiene un trabajo que requiere atención constante.

Tabla 22: Respuestas a la pregunta 27d ¿Tu trabajo requiere memorizar muchas cosas?

	%	N
		72
Siempre	47,22	34
Muchas veces	36,11	26
Algunas veces	13,89	10
Nunca	2,78	2

Tabla 23: Respuestas a la pregunta 27e ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones de forma rápida?

	%	N
		72
Siempre	59,72	43
Muchas veces	31,94	23
Algunas veces	5,56	4
Nunca	2,78	2

Tabla 24: Respuestas a la pregunta 27f ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones difíciles?

	%	N
		71
Siempre	50,7	36
Muchas veces	29,58	21
Algunas veces	15,49	11
Sólo alguna vez	1,41	1
Nunca	2,82	2
No contesta [Missing]	1,39	1

Tabla 25: Respuestas a la pregunta 29h ¿Tu trabajo requiere manejar muchos conocimientos?

	%	N
		72
Siempre	75	54
Muchas veces	13,89	10
Algunas veces	6,94	5
Sólo alguna vez	1,39	1
Nunca	2,78	2

Dentro de este grupo, el 90,6% de los pertenecientes a las áreas quirúrgicas y el 100% de las áreas clínicas se encuentran en esta situación.

Gráfico 7: Dimensión exigencias psicológicas cognitivas para la unidad de análisis departamento de Hospital Eugenio Espejo.

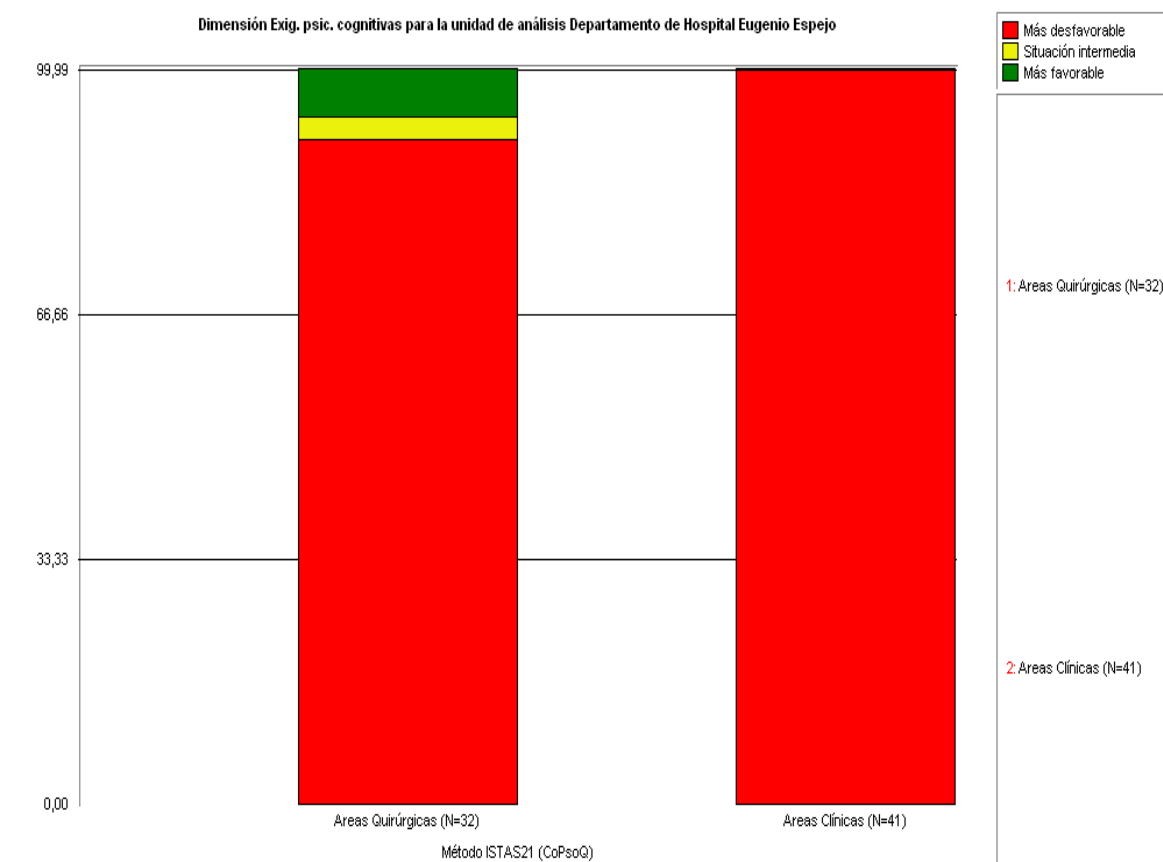
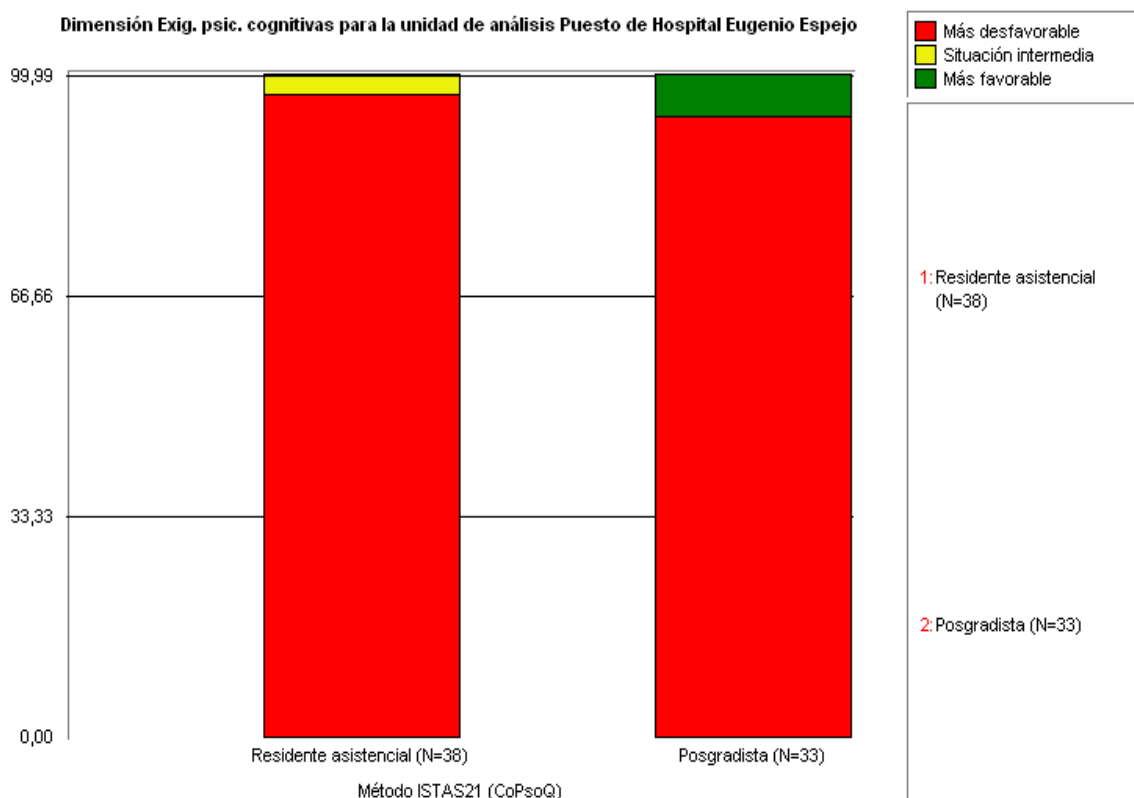


Tabla 26: Dimensión exigencias psicológicas cognitivas para la unidad de análisis departamento de Hospital Eugenio Espejo.

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	90,625	3,125	6,25
Áreas Clínicas (N=41)	100	0	0

Con respecto al puesto de trabajo, el 97,3% de médicos residentes y el 93,9% de posgradistas se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 8: Dimensión exigencias psicológicas cognitivas para la Unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo**Tabla 27: Dimensión exigencias psicológicas cognitivas para la Unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo**

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	97,3684	2,6316	0
Posgradista (N=33)	93,9394	0	6,0606

Exigencias psicológicas sensoriales

Un 91,5% de los médicos está expuesto a la situación más desfavorable para la salud respecto a las altas exigencias psicológicas sensoriales.

El 91,12% de los médicos requiere en su trabajo un alto nivel de precisión, el 93,6% requiere mirar con detalle, el 95,84% requiere mucha concentración y el 88,73% requiere atención constante.

Tabla 28: Respuesta a la pregunta 27c ¿Tu trabajo requiere mucha concentración?

	%	N
		72
Siempre	79,17	57
Muchas veces	16,67	12
Algunas veces	1,39	1
Nunca	2,78	2

Tabla 29: Respuesta a la pregunta 27b ¿Tu trabajo requiere mirar con detalle?

	%	N
		72
Siempre	79,17	57
Muchas veces	13,89	10
Algunas veces	4,17	3
Nunca	2,78	2

Tabla 30: Respuesta a la pregunta 27h ¿Tu trabajo requiere atención constante?

	%	N
		71
Siempre	64,79	46
Muchas veces	23,94	17
Algunas veces	7,04	5
Nunca	4,23	3
No contesta [Missing]	1,39	1

Tabla 31: Respuestas a la pregunta 27a ¿Tu trabajo requiere un alto nivel de precisión?

	%	N
		72
Siempre	68,06	49
Muchas veces	23,61	17
Algunas veces	2,78	2
Sólo alguna vez	2,78	2
Nunca	2,78	2

Entre los médicos que laboran en áreas quirúrgicas durante los últimos 2 meses (Agosto-Septiembre) se encontró que el 81,25% está expuesto a la situación más desfavorable para la salud, mientras que lo están el 100% de los médicos que laboran en las áreas clínicas.

Gráfico 9: Dimensión exigencias psicológicas sensoriales para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

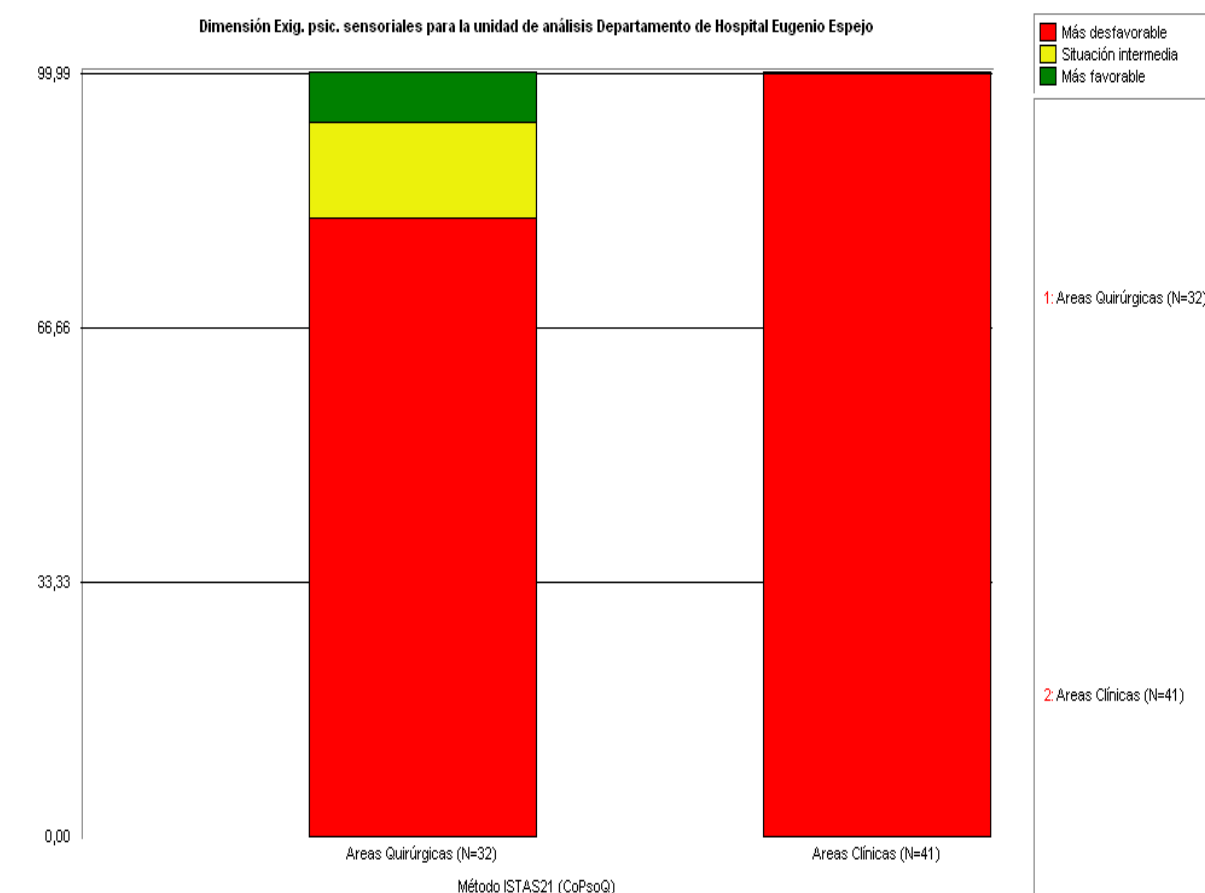


Tabla 32: Dimensión exigencias psicológicas sensoriales para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	81,25	12,5	6,25
Áreas Clínicas (N=41)	100	0	0

El 92,1% de los médicos residentes y el 92,1% de los médicos posgradistas se encuentran en la exposición más desfavorable para la salud.

Gráfico 10: Dimensión exigencias psicológicas sensoriales para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

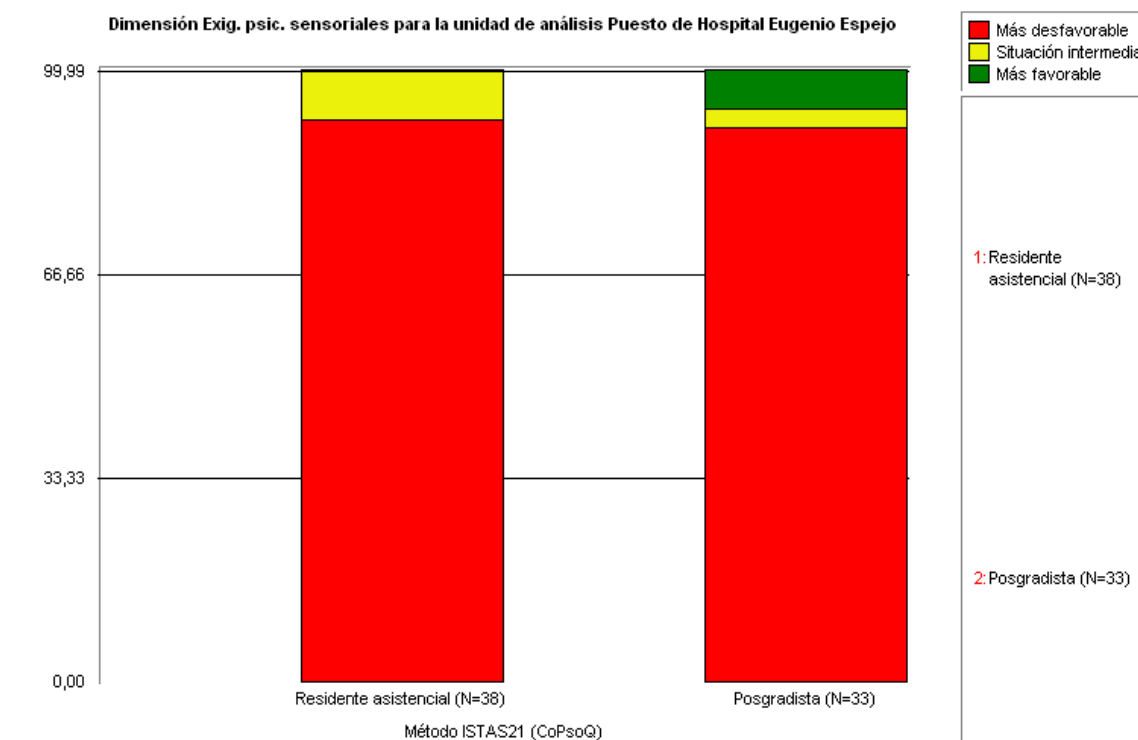


Tabla 33: Dimensión exigencias psicológicas sensoriales para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	92,1053	7,8947	0
Posgradista (N=33)	90,9091	3,0303	6,0606

Exigencias psicológicas emocionales

El 76,3% de los médicos se encuentra en la exposición más desfavorable para la salud con respecto a las exigencias psicológicas emocionales.

Tabla 34: Respuestas a la pregunta 27i ¿Se producen en tu trabajo momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?

	%	N
		72
Siempre	12,5	9
Muchas veces	38,89	28
Algunas veces	30,56	22
Sólo alguna vez	12,5	9
Nunca	5,56	4

Tabla 35: Respuestas a la pregunta 27k ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?

	%	N
		72
Siempre	19,44	14
Muchas veces	31,94	23
Algunas veces	29,17	21
Sólo alguna vez	13,89	10
Nunca	5,56	4

Tabla 36: Respuestas a la pregunta 27j ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?

	%	N
		72
Siempre	11,11	8
Muchas veces	27,78	20
Algunas veces	31,94	23
Sólo alguna vez	23,61	17
Nunca	5,56	4

El 78,5% de los médicos de las áreas clínicas y el 75% de los médicos de las áreas quirúrgicas se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 11: Dimensión exigencias psicológicas emocionales para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

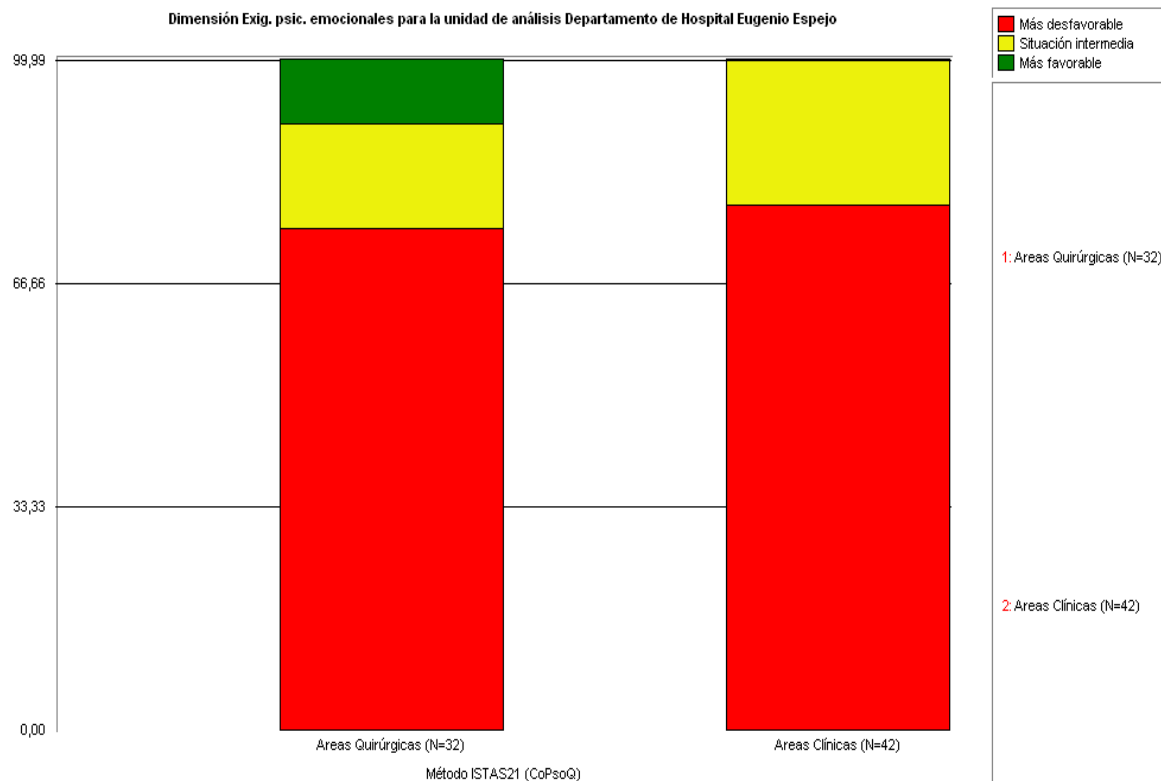


Tabla 37: Dimensión exigencias psicológicas emocionales para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Areas Quirúrgicas (N=32)	75	15,625	9,375
Areas Clínicas (N=42)	78,5714	21,4286	0

El 79,4% de los médicos residentes y el 72,7% de los médicos posgradistas están expuestos a la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 12: Dimensión exigencias psicológicas emocionales para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

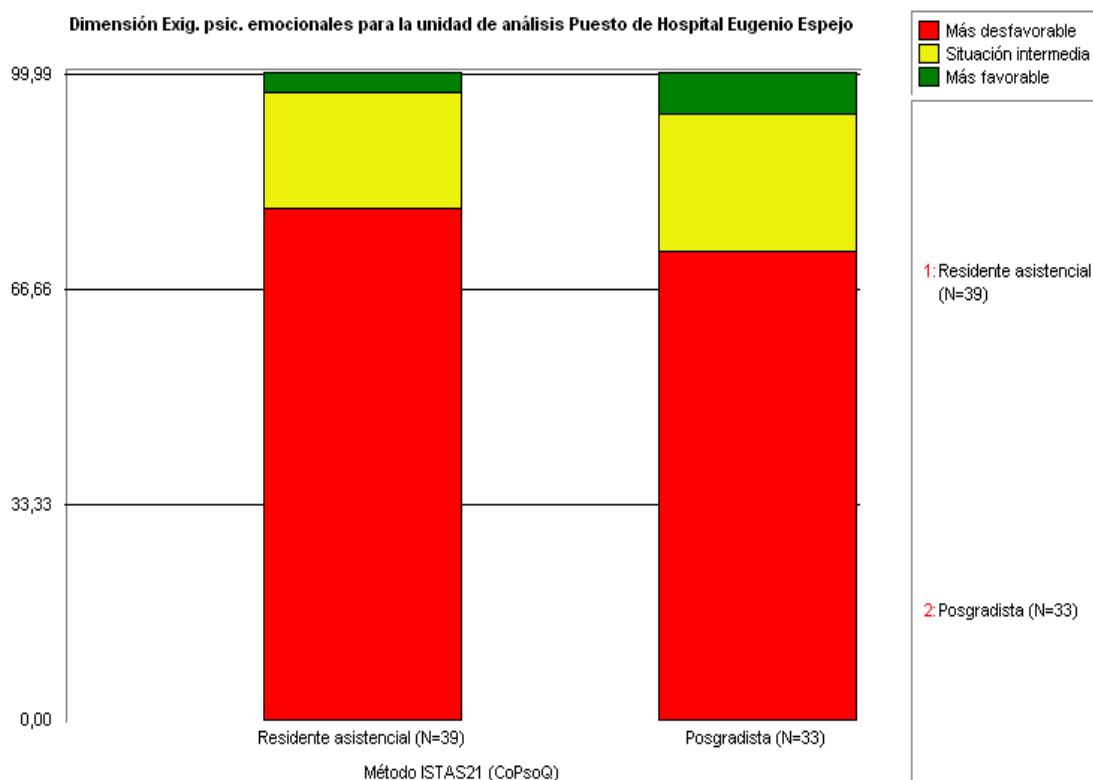


Tabla 38: Dimensión exigencias psicológicas emocionales para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=39)	79,4872	17,9487	2,5641
Posgradista (N=33)	72,7273	21,2121	6,0606

Exigencias psicológicas cuantitativas

El 66,6% de los médicos están expuestos a la situación más desfavorable para la salud con respecto a las exigencias cuantitativas.

El 76,39% de los médicos tiene que trabajar muy rápido, el 50% tiene una distribución de tareas irregular que provoca que se acumule el trabajo, el 56,95% tiene tiempo para llevar al día el trabajo y el 43,05% tiene tiempo para hacer su trabajo.

Tabla 39: Respuestas a la pregunta 26a ¿Tienes que trabajar muy rápido?

	%	N
		72
Siempre	23,61	17
Muchas veces	52,78	38
Algunas veces	12,5	9
Sólo alguna vez	6,94	5
Nunca	4,17	3

Tabla 40: Respuestas a la pregunta 26b ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?

	%	N
		72
Siempre	11,11	8
Muchas veces	38,89	28
Algunas veces	33,33	24
Sólo alguna vez	9,72	7
Nunca	6,94	5

Tabla 41: Respuestas a la pregunta 26c ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?

	%	N
		72
Siempre	16,67	12
Muchas veces	40,28	29
Algunas veces	34,72	25
Sólo alguna vez	8,33	6

Tabla 42: Respuestas a la pregunta 26d ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?

	%	N
		72
Siempre	11,11	8
Muchas veces	31,94	23
Algunas veces	43,06	31
Sólo alguna vez	9,72	7
Nunca	4,17	3

El 71,4% de los que laboran en las áreas clínicas y el 65,6% de los que laboran en las áreas quirúrgicas se encuentran en la situación más desfavorable.

Gráfico 13: Dimensión exigencias psicológicas cuantitativas para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

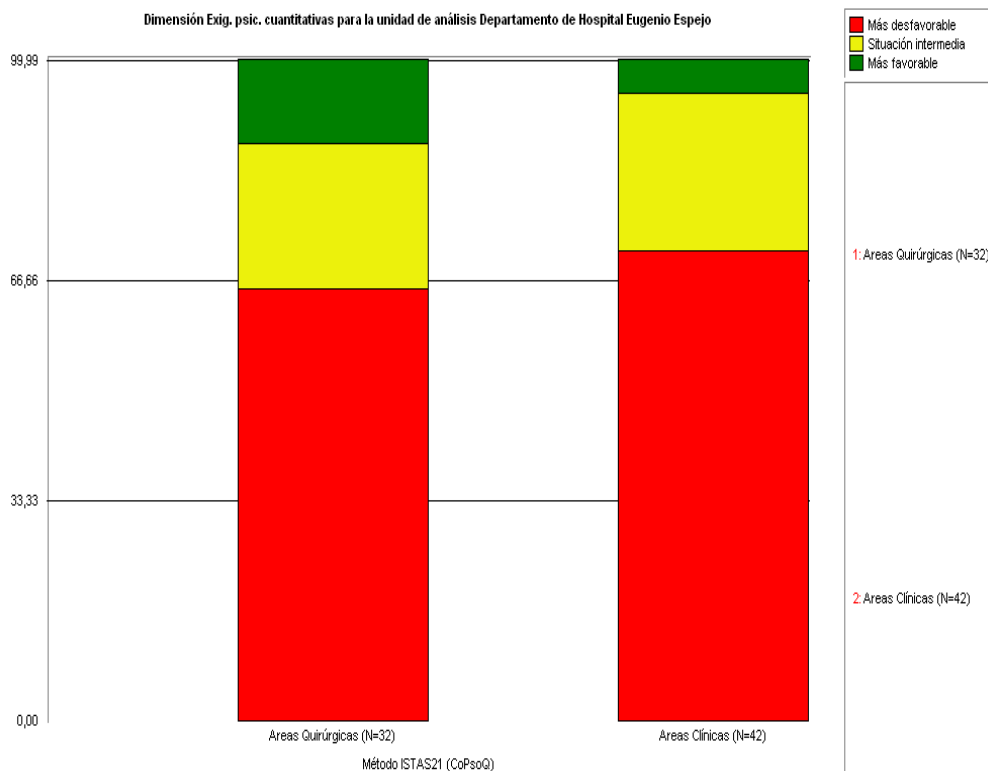


Tabla 43: Dimensión exigencias psicológicas cuantitativas para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	65,625	21,875	12,5
Áreas Clínicas (N=42)	71,4286	23,8095	4,7619

Con respecto al puesto de trabajo, el 69,2% de los que están expuestos a la situación más desfavorable corresponde a residentes asistenciales y el 63,6% a posgradistas.

Gráfico 14: Dimensión exigencias psicológicas cuantitativas para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

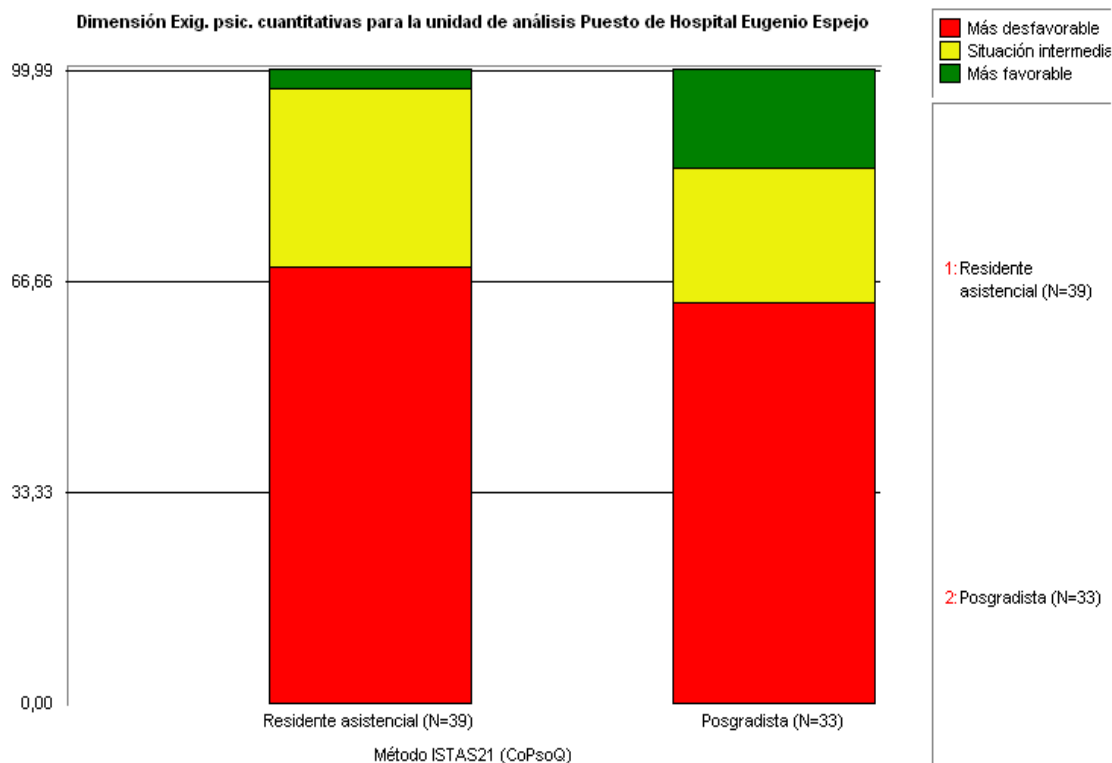


Tabla 44: Dimensión exigencias psicológicas cuantitativas para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=39)	69,2308	28,2051	2,5641
Posgradista (N=33)	63,6364	21,2121	15,1515

Exigencias psicológicas de esconder emociones

El 50,7% de los médicos se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

El 53% de los médicos solo alguna vez o nunca requieren callarse su opinión en el trabajo, mientras que el 14,8% siempre o muchas veces lo requieren. El 38,89% requieren que se callen sus opiniones siempre o muchas veces.

Tabla 45: Respuestas pregunta 27g ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión?

	%	N
		71
Siempre	7,04	5
Muchas veces	7,04	5
Algunas veces	32,39	23
Sólo alguna vez	23,94	17
Nunca	29,58	21
No contesta [Missing]	1,39	1

Tabla 46: Respuestas a la pregunta 27i ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?

	%	N
		72
Siempre	13,89	10
Muchas veces	25	18
Algunas veces	36,11	26
Sólo alguna vez	13,89	10
Nunca	11,11	8

El 61,2 % de los médicos de las áreas quirúrgicas y el 50% de las áreas clínicas está expuesto a la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 15: Dimensión esconder emociones para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

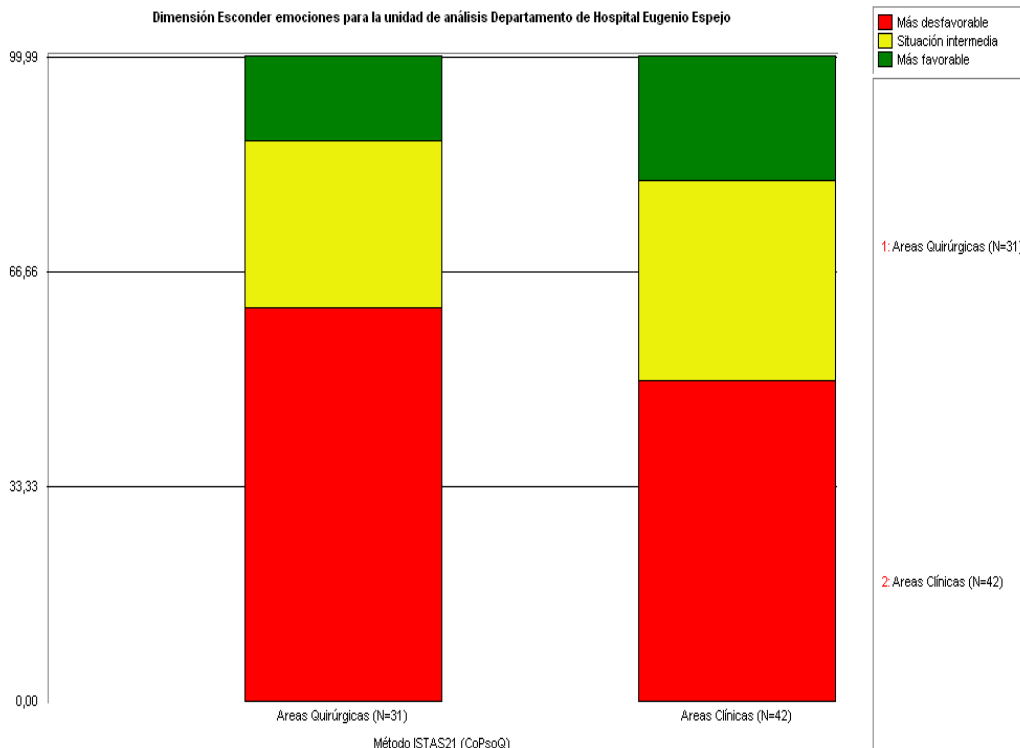


Tabla 47: Dimensión esconder emociones para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Areas Quirúrgicas (N=31)	61,2903	25,8065	12,9032
Areas Clínicas (N=42)	50	30,9524	19,0476

El 55,2% de los médicos residentes y el 45,4% de los médicos posgradistas se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 16: Dimensión esconder emociones para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

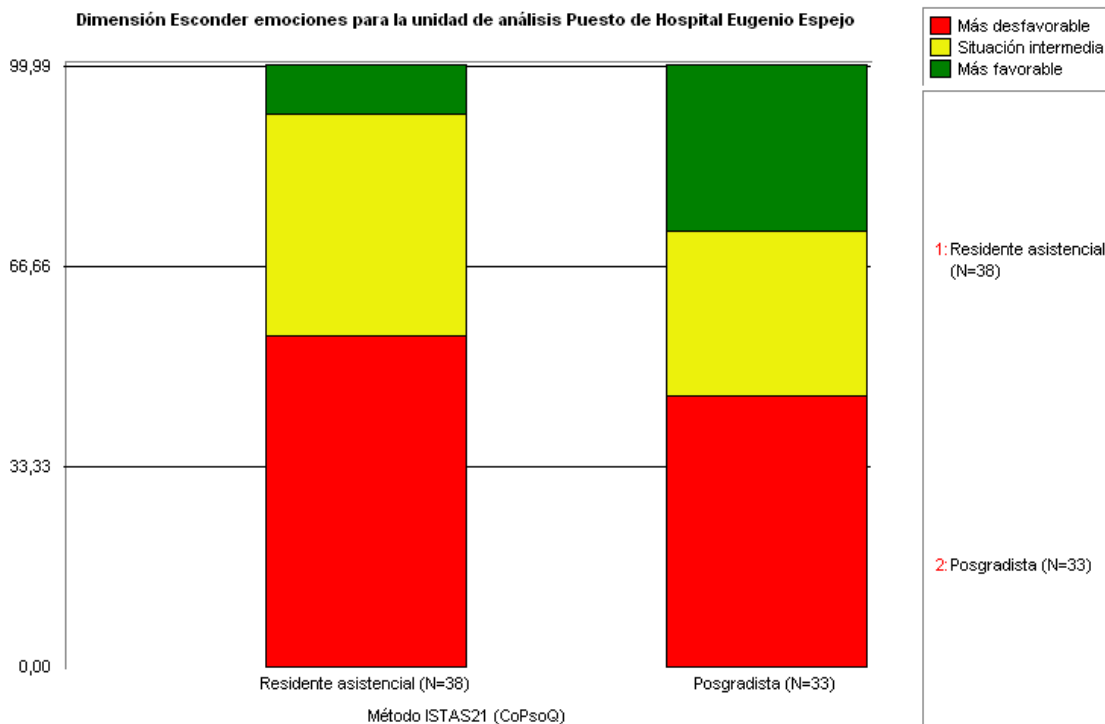


Tabla 48: Dimensión esconder emociones para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	55,2632	36,8421	7,8947
Posgradista (N=33)	45,4545	27,2727	27,2727

Control sobre los tiempos de trabajo

El 62,8% de los médicos se encuentran en el nivel más desfavorable para la salud en relación con el control sobre los tiempos de trabajo.

El 50,7% de los médicos solo alguna vez o nunca pueden decidir cuándo hacer un descanso, el 50,7% solo alguna vez o nunca pueden coger las vacaciones cuando quieran, el 49,9% solo alguna vez o nunca pueden dejar su trabajo para charlar con un compañero y el 76,39% no puede dejar su puesto de trabajo al menos una hora sin pedir permiso especial por algún asunto personal o familiar.

Tabla 49: Respuestas a la pregunta 28c ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?

	%	N
		71
Siempre	4,23	3
Muchas veces	12,68	9
Algunas veces	32,39	23
Sólo alguna vez	33,8	24
Nunca	16,9	12
No contesta [Missing]	1,39	1

Tabla 50: Respuestas a la pregunta 28d ¿Puedes coger las vacaciones más o menos cuando tú quieres?

	%	N
		71
Siempre	8,45	6
Muchas veces	9,86	7
Algunas veces	30,99	22
Sólo alguna vez	22,54	16
Nunca	28,17	20
No contesta	1,39	1

Tabla 51: Respuestas a la pregunta 28e ¿Puedes dejar tu trabajo para charlar con un compañero o compañera?

	%	N
		71
Muchas veces	11,27	8
Algunas veces	39,44	28
Sólo alguna vez	33,8	24
Nunca	15,49	11
No contesta	1,39	1

Tabla 52: Respuestas a la pregunta 28f Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial?

	%	N
		72
Siempre	2,78	2
Muchas veces	5,56	4
Algunas veces	15,28	11
Sólo alguna vez	33,33	24
Nunca	43,06	31

El 65,6% de los médicos que laboran en las áreas quirúrgicas y el 63,4% que laboran en las áreas clínicas presentan la exposición.

Gráfico 17: Dimensión control tiempos de trabajo para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

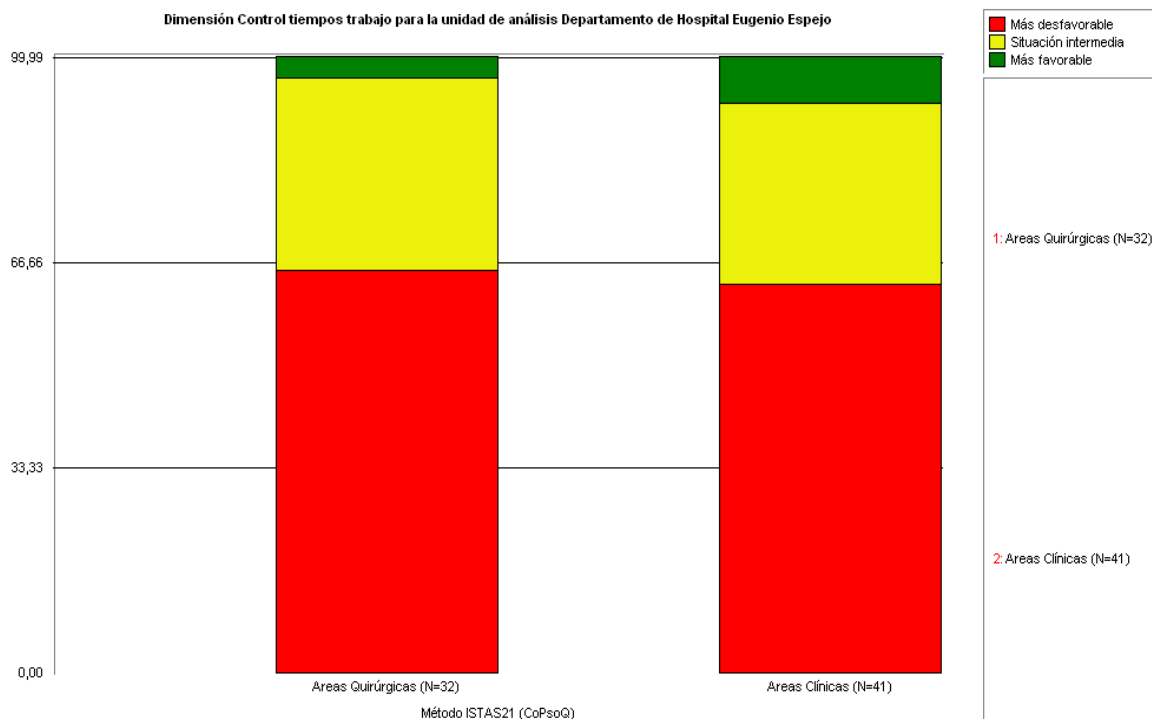


Tabla 53: Dimensión control tiempos de trabajo para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	65,625	31,25	3,125
Áreas Clínicas (N=41)	63,4146	29,2683	7,3171

El 68,4% de los médicos residentes y el 56,25% de los médicos posgradistas se encuentran en la situación más desfavorable para la salud

Gráfico 18: Dimensión control tiempos de trabajo para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

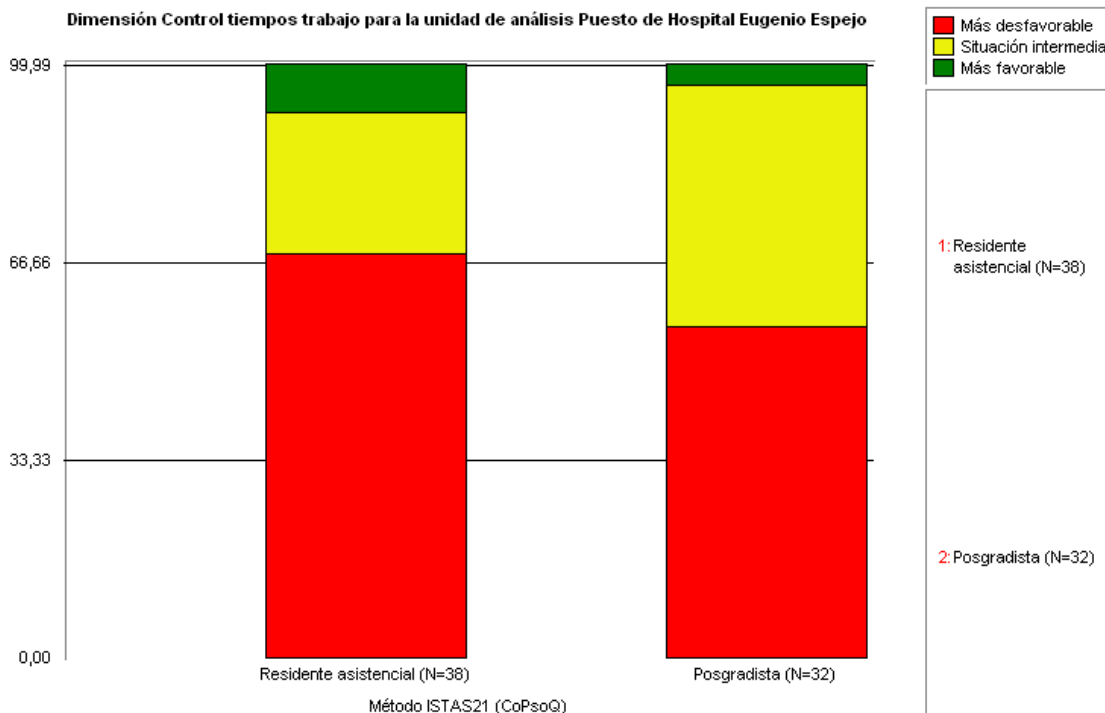


Tabla 54: Dimensión control tiempos de trabajo para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	68,4211	23,6842	7,8947
Posgradista (N=32)	56,25	40,625	3,125

Inseguridad

El 78,8% de los médicos se encuentran en la situación más desfavorable para la salud con respecto a la inseguridad en la empresa.

El 12,68% de los médicos se encuentra muy preocupado de lo difícil que sería encontrar otro trabajo y el 23,94% bastante preocupado, mientras que el 12,68 no se encuentra nada preocupado. El 32,4% está muy preocupado y bastante preocupado de que le cambien de tareas en contra de su voluntad. El 32,39% presenta preocupación por que le cambien de horarios, mientras que el 36,62% no se encuentra preocupado. El 33,8% se encuentra muy

preocupado que le varíen el salario; mientras que únicamente el 5,63% no está nada preocupado.

Tabla 55: Respuestas a las pregunta 30a. En estos momentos, ¿estás preocupado/a por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras en paro?

	%	N
		71
Muy preocupado	12,68	9
Bastante preocupado	23,94	17
Más o menos preocupado	35,21	25
Poco preocupado	15,49	11
Nada preocupado	12,68	9
No contesta	1,39	1

Tabla 56: Respuestas a la pregunta 30b. En estos momentos, ¿estás preocupado/a por si te cambian de tareas contra tu voluntad?

	%	N
		71
Muy preocupado	11,27	8
Bastante preocupado	21,13	15
Más o menos preocupado	29,58	21
Poco preocupado	25,35	18
Nada preocupado	12,68	9
No contesta	1,39	1

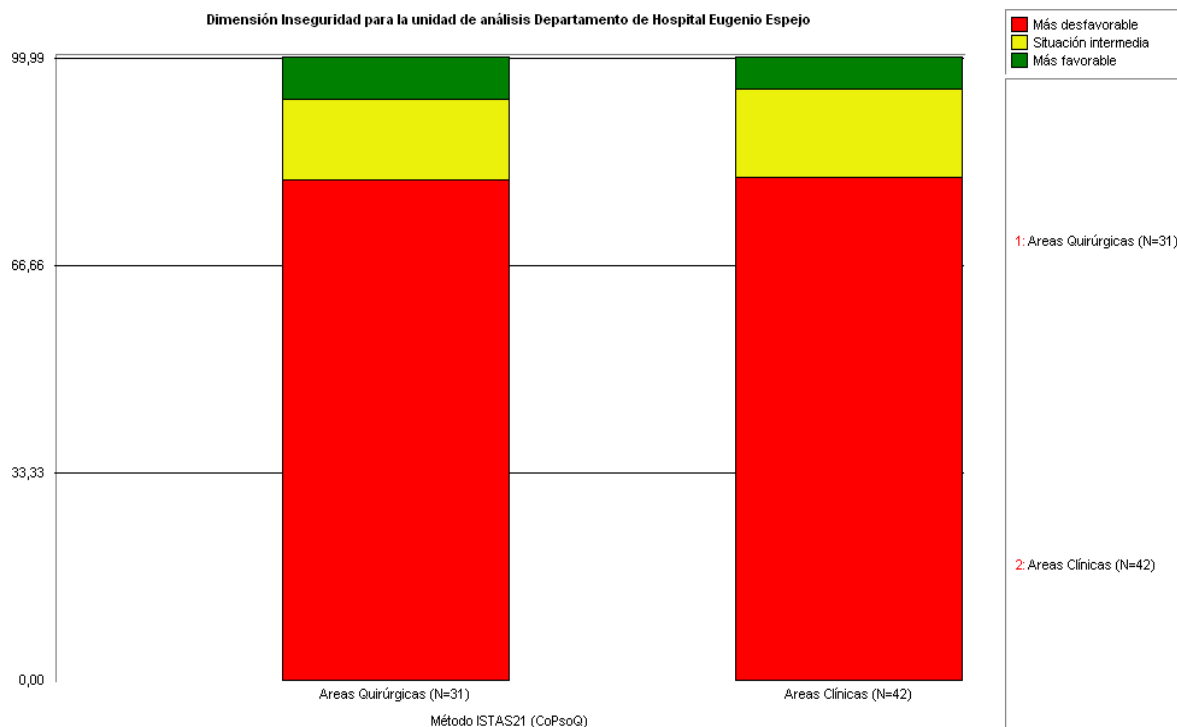
Tabla 57: Respuestas a la pregunta 30c. En estos momentos, ¿estás preocupado/a por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?

	%	N
		71
Muy preocupado	14,08	10
Bastante preocupado	18,31	13
Más o menos preocupado	30,99	22
Poco preocupado	18,31	13
Nada preocupado	18,31	13
No contesta	1,39	1

Tabla 58: Respuestas a la pregunta 30d. En estos momentos, ¿estás preocupado/a por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies, etc.)?

	%	N
		71
Muy preocupado	33,8	24
Bastante preocupado	23,94	17
Más o menos preocupado	29,58	21
Poco preocupado	7,04	5
Nada preocupado	5,63	4
No contesta	1,39	1

El 80,9% de los médicos que presentan la exposición laboran en las áreas clínicas y el 80,6% en las áreas quirúrgicas.

Gráfico 19: Dimensión Inseguridad para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo**Tabla 59: Dimensión Inseguridad para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo**

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=31)	80,6452	12,9032	6,4516
Áreas Clínicas (N=42)	80,9524	14,2857	4,7619

El 89,4% de los médicos residentes y el 66,6% de los posgradistas se encuentran en la situación más desfavorable.

Gráfico 20: Dimensión Inseguridad para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

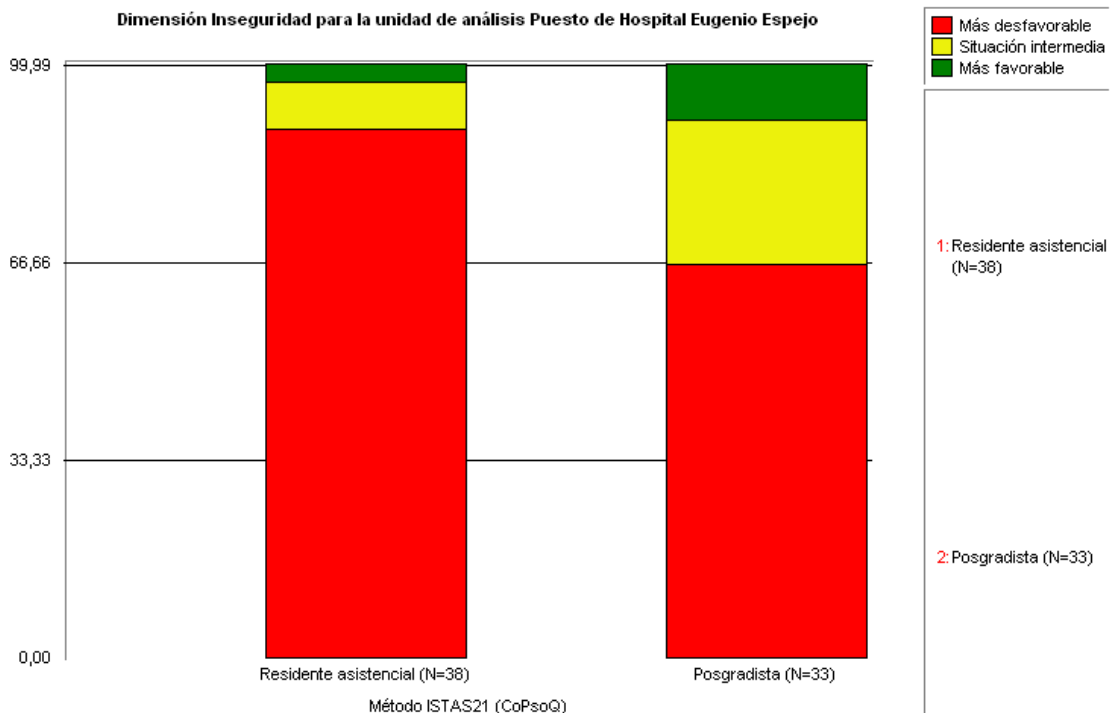


Tabla 60: Dimensión Inseguridad para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	89,4737	7,8947	2,6316
Posgradista (N=33)	66,6667	24,2424	9,0909

Conflictos de rol

El 69,01% de los médicos están expuestos a la situación más desfavorable para la salud con respecto a los conflictos de rol.

Tabla 61: Respuestas a las pregunta 31b. ¿Haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	36,11	26
Algunas veces	38,89	28
Sólo alguna vez	13,89	10
Nunca	5,56	4

Tabla 62: Respuestas a las pregunta 31e. ¿Se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?

	%	N
		71
Siempre	1,41	1
Muchas veces	23,94	17
Algunas veces	30,99	22
Sólo alguna vez	26,76	19
Nunca	16,9	12
No contesta	1,39	1

Tabla 63: Respuestas a las pregunta 31g. ¿Tienes que hacer tareas que tú crees que deberían hacerse de otra manera?

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	25	18
Algunas veces	47,22	34
Sólo alguna vez	15,28	11
Nunca	6,94	5

Tabla 64: Respuestas a las pregunta 31j. ¿Tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	11,11	8
Algunas veces	43,06	31
Sólo alguna vez	27,78	20
Nunca	12,5	9

Se encontró que el 65,6% de los médicos que trabajan en las áreas quirúrgicas y el 73,1% que trabajan en las áreas clínicas se encuentran en la situación más desfavorable.

Gráfico 21: Dimensión conflicto de rol para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

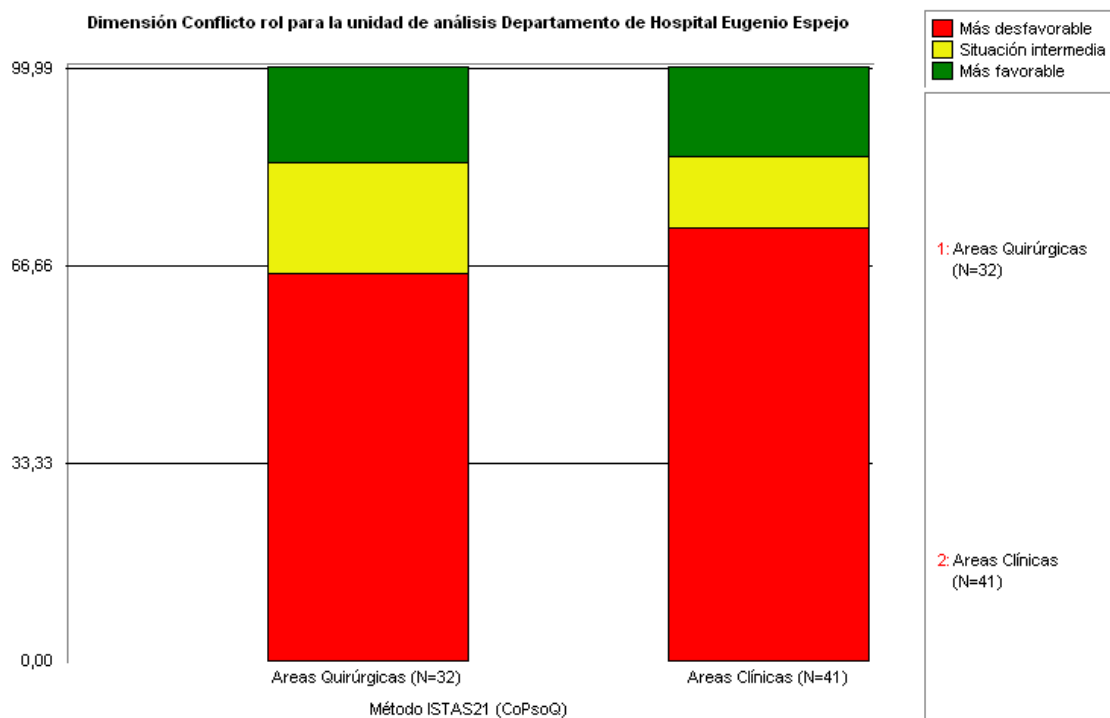


Tabla 65: Dimensión conflicto de rol para la unidad de análisis Departamento de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	65,625	18,75	15,625
Áreas Clínicas (N=41)	73,1707	12,1951	14,6341

El 78,9% de los médicos residentes y el 57,5% de los posgradistas se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 22: Dimensión conflicto de rol para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

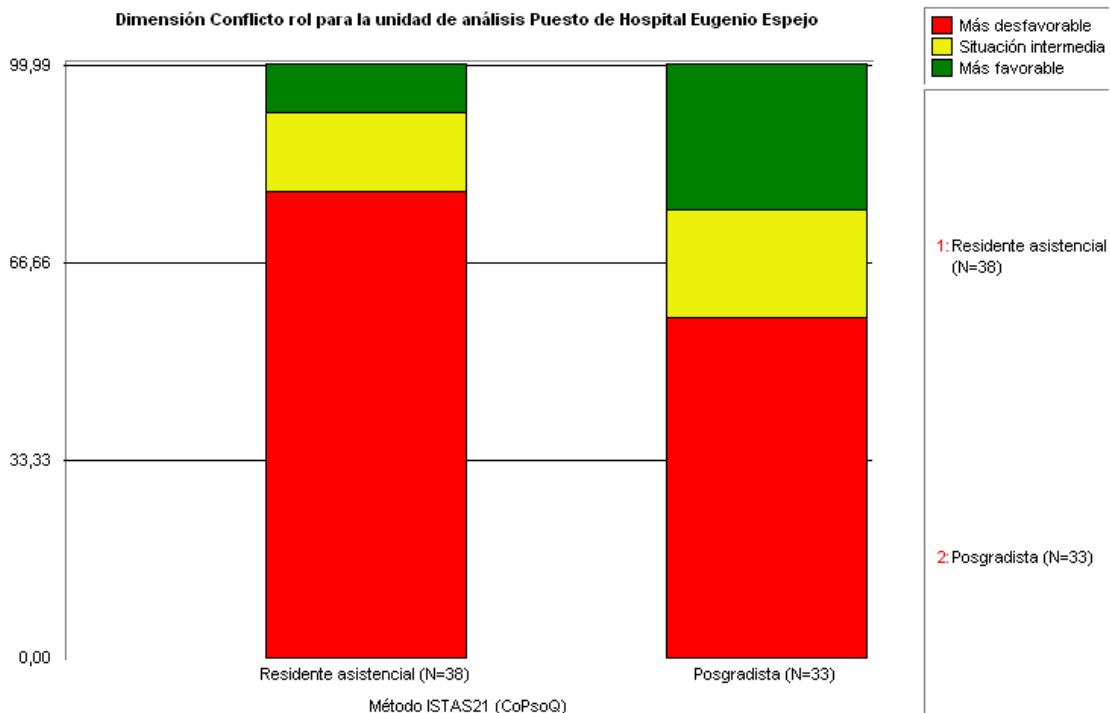


Tabla 66: Dimensión conflicto de rol para la unidad de análisis Puesto de Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=38)	78,9474	13,1579	7,8947
Posgradista (N=33)	57,5758	18,1818	24,2424

Baja estima

Se encontró que el 61,1% de los médicos están expuestos a la situación más desfavorable para la salud en relación con la baja estima.

Tabla 67: Respuesta a la pregunta 36a. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	31,94	23
Algunas veces	44,44	32
Sólo alguna vez	12,5	9
Nunca	5,56	4

Tabla 68: Respuesta a la pregunta P36b. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario.

	%	N
		72
Siempre	12,5	9
Muchas veces	43,06	31
Algunas veces	30,56	22
Sólo alguna vez	9,72	7
Nunca	4,17	3

Tabla 69: Respuesta a la pregunta P36c. En mi trabajo me tratan injustamente.

	%	N
		72
Siempre	2,78	2
Muchas veces	11,11	8
Algunas veces	26,39	19
Sólo alguna vez	33,33	24
Nunca	26,39	19

Tabla 70: Respuesta a la pregunta P36d. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	31,94	23
Algunas veces	38,89	28
Sólo alguna vez	12,5	9
Nunca	11,11	8

El 62,5% de los médicos que laboran en las áreas quirúrgicas y el 59,5% de los que laboran en las áreas clínicas se encuentran en la situación más desfavorable.

Gráfico 23: Dimensión estima para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

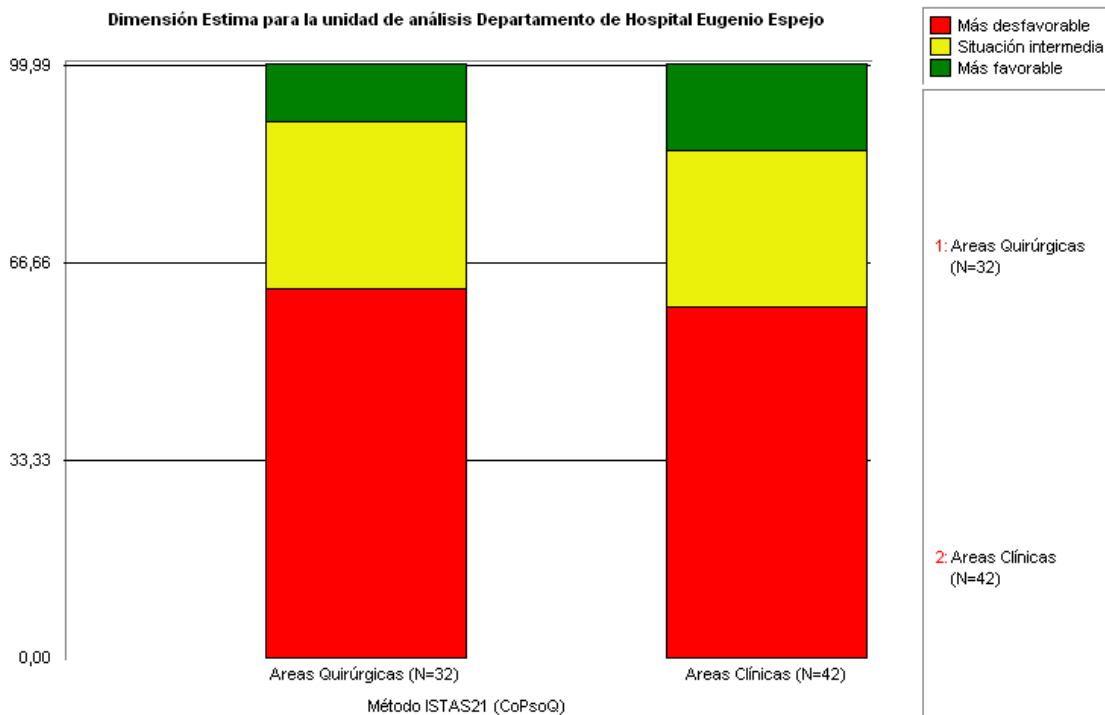


Tabla 71: Dimensión estima para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Areas Quirúrgicas (N=32)	62,5	28,125	9,375
Areas Clínicas (N=42)	59,5238	26,1905	14,2857

El 63,6% de los médicos posgradistas y el 58,9% de los residentes asistenciales se encuentran en la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 24: Dimensión estima para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

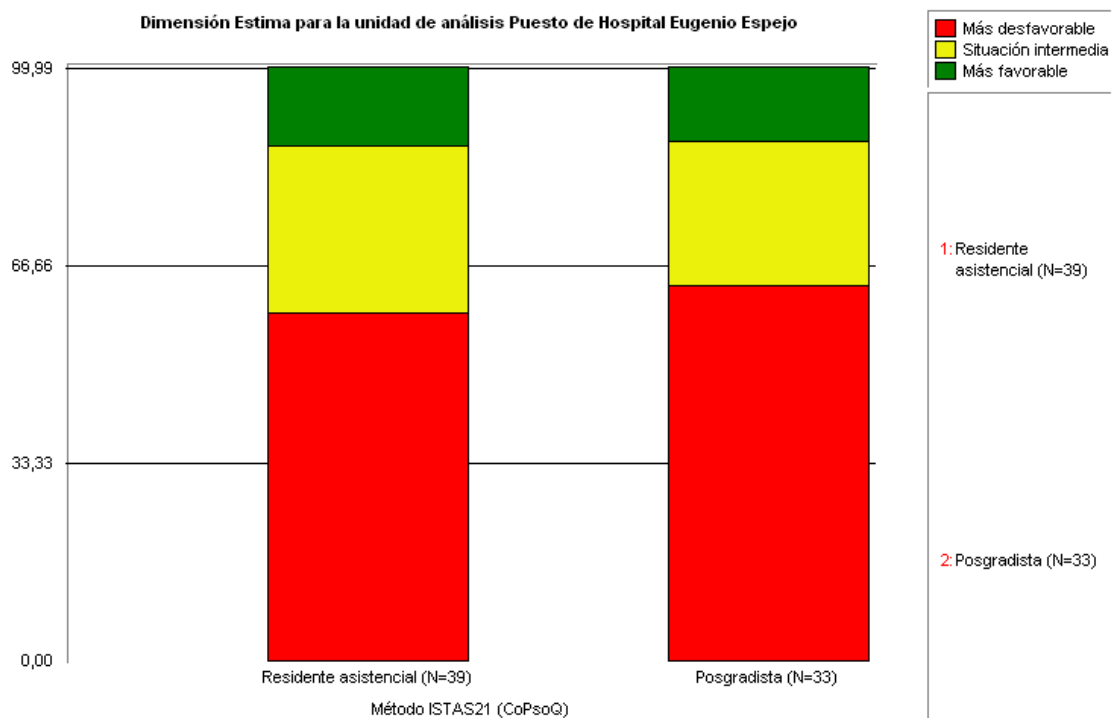


Gráfico 25: Dimensión estima para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=39)	58,9744	28,2051	12,8205
Posgradista (N=33)	63,6364	24,2424	12,1212

Otras exposiciones problemáticas

Doble presencia

El 46,4% de los médicos está expuesto a la situación más desfavorable para la salud en relación con la doble presencia.

Tabla 72: Respuesta a la pregunta 3. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?

	%	N
		72
Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas	16,67	12
Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas	23,61	17
Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas	18,06	13
Sólo hago tareas muy puntuales	37,5	27
No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas	4,17	3

Tabla 73. Respuesta a la pregunta 4a. Si faltas algún día de casa ¿las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?

	%	N
		71
Siempre	8,45	6
Muchas veces	14,08	10
Algunas veces	18,31	13
Sólo alguna vez	26,76	19
Nunca	32,39	23
No contesta	1,39	1

Tabla 74: Respuesta a la pregunta 4b. Cuando estás en la empresa, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?

	%	N
		71
Siempre	4,23	3
Muchas veces	14,08	10
Algunas veces	33,8	24
Sólo alguna vez	28,17	20
Nunca	19,72	14
No contesta	1,39	1

Tabla 75: Respuesta a la pregunta 4c. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en la casa a la vez?

	%	N
		72
Siempre	1,39	1
Muchas veces	29,17	21
Algunas veces	34,72	25
Sólo alguna vez	19,44	14
Nunca	15,28	11

Se encontró que el 53% de las mujeres y el 41% de los hombres se encuentran en esta situación.

Gráfico 26: Dimensión doble presencia para la unidad de análisis Sexo del Hospital Eugenio Espejo

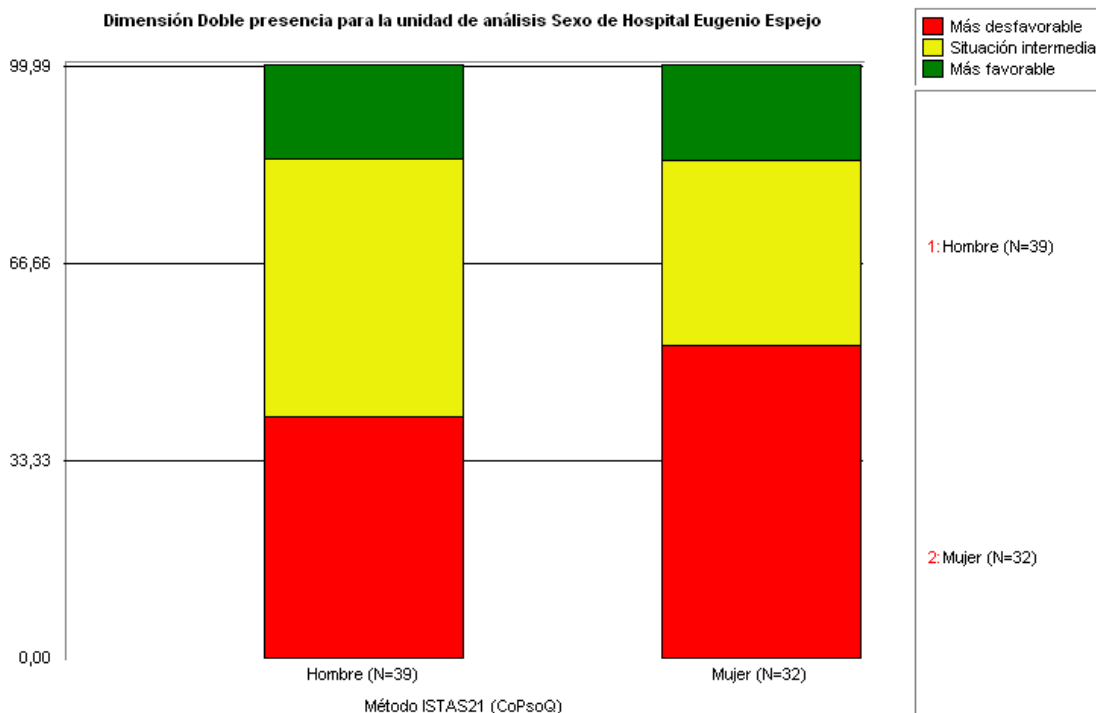


Tabla 76: Dimensión doble presencia para la unidad de análisis Sexo del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Hombre (N=39)	41,0256	43,5897	15,3846
Mujer (N=32)	53,125	31,25	15,625

Baja previsibilidad

El 36,1% de los médicos están expuestos a la situación más desfavorable para la salud en relación con la baja previsibilidad.

Tabla 77: Respuesta a la pregunta 31h. ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar tu futuro?

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	6,94	5
Algunas veces	44,44	32
Sólo alguna vez	33,33	24
Nunca	9,72	7

Tabla 78: Respuestas a la pregunta 31i. ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?

	%	N
		72
Siempre	5,56	4
Muchas veces	22,22	16
Algunas veces	50	36
Sólo alguna vez	15,28	11
Nunca	6,94	5

El 37,5% de los médicos que laboran en las áreas quirúrgicas y el 33,3% que laboran en las áreas clínicas presentan esta exposición.

Gráfico 27: Dimensión previsibilidad para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

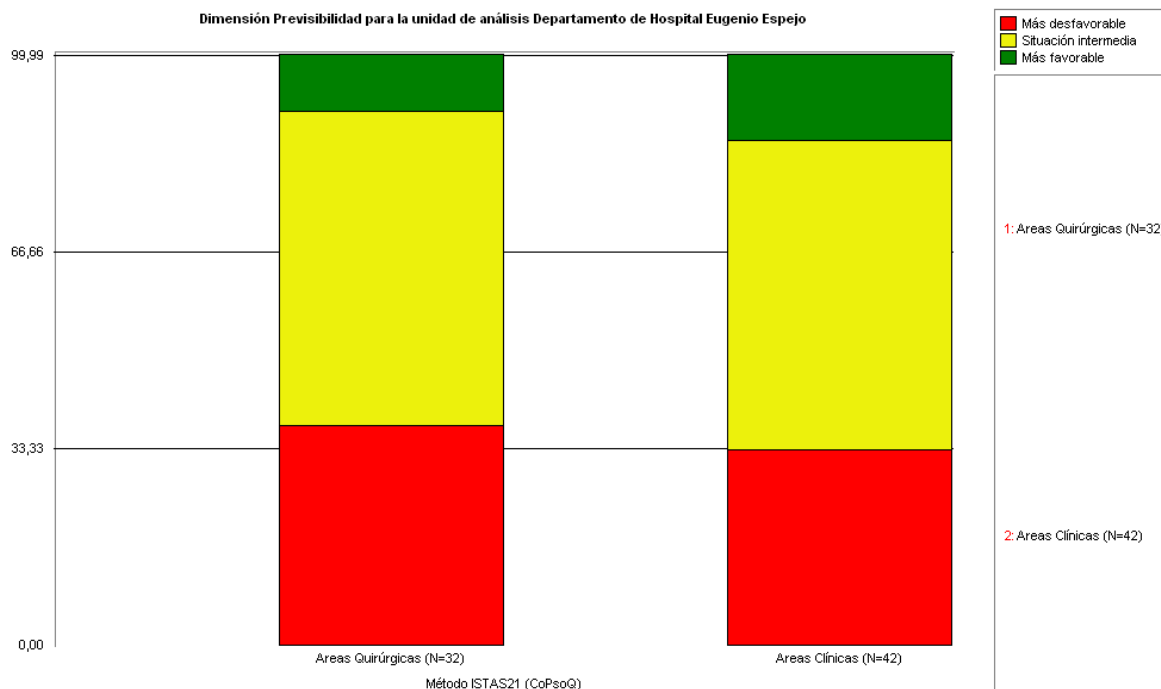
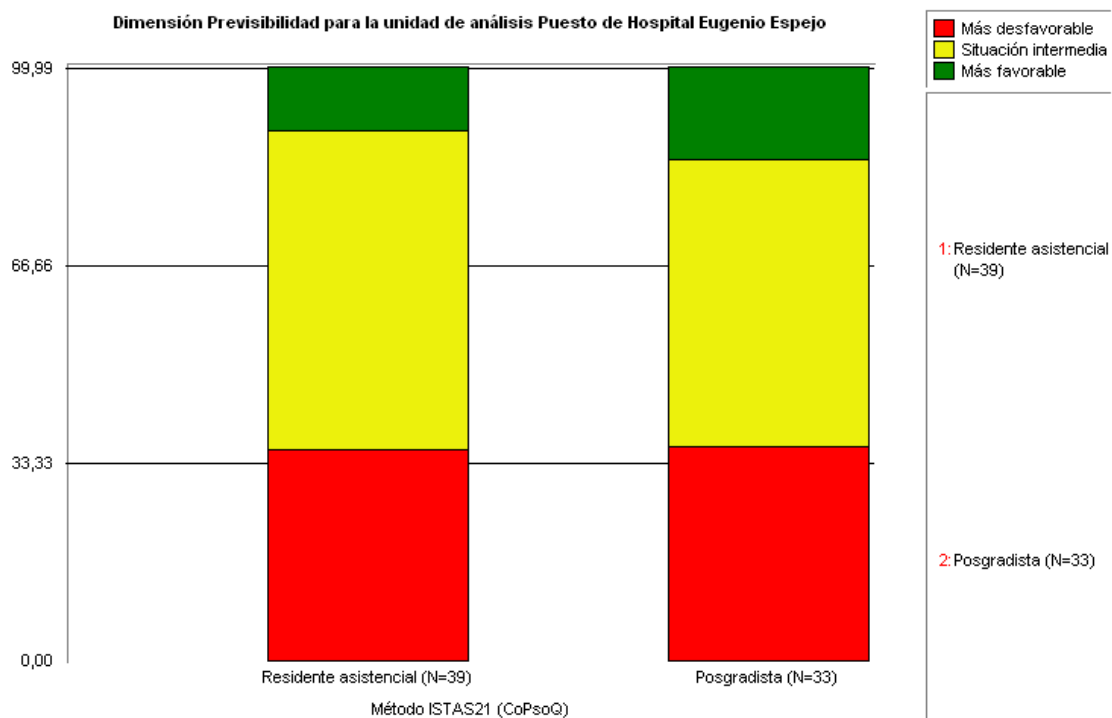


Tabla 79: Dimensión previsibilidad para la unidad de análisis Departamento del Hospital Eugenio Espejo

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Áreas Quirúrgicas (N=32)	37,5	53,125	9,375
Áreas Clínicas (N=42)	33,3333	52,381	14,2857

El 35,8% de los médicos residentes y el 36,3% de los posgradistas están expuestos a la situación más desfavorable para la salud.

Gráfico 28: Dimensión previsibilidad para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo**Tabla 80: Dimensión previsibilidad para la unidad de análisis Puesto del Hospital Eugenio Espejo**

	Más desfavorable	Situación intermedia	Más favorable
Residente asistencial (N=39)	35,8974	53,8462	10,2564
Posgradista (N=33)	36,3636	48,4848	15,1515

Síntomas de estrés y satisfacción

Puntuaciones medianas

Tabla 81: Puntuaciones medianas para dimensiones de síntomas de estrés y satisfacción

Dimensión	Mediana Hospital Eugenio Espejo	Mediana población de referencia
Síntomas conductuales estrés	31,25	21,7
Sínt. somáticos estrés	25	13
Sínt. cognitivos estrés	31,25	18,8
Satisfacción trabajo	62,5	62,4

Prevalencia estrés y satisfacción

Gráfico 29: Porcentaje de trabajadores del Hospital Eugenio Espejo en cada nivel de referencia

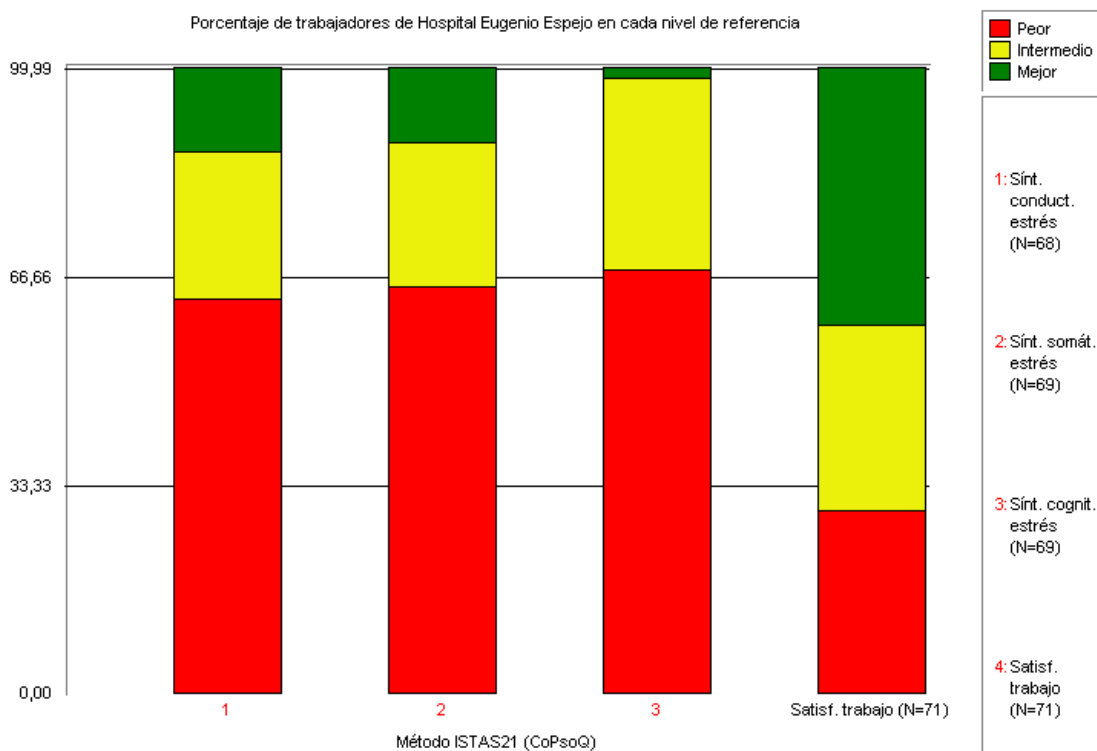


Tabla 82: Porcentaje de trabajadores del Hospital Eugenio Espejo en cada nivel de referencia

	Peor	Intermedio	Mejor
Sínt. conduct. estrés (N=68)	63,2353	23,5294	13,2353
Sínt. somát. estrés (N=69)	65,2174	23,1884	11,5942
Sínt. cognit. estrés (N=69)	68,1159	30,4348	1,4493
Satisf. trabajo (N=71)	29,5775	29,5775	40,8451

Salud general, salud mental y vitalidad

Tabla 83: Salud general del Hospital Eugenio Espejo

	Edad	Peor %	Medio %	Mejor %			
TODOS							
	< = 35	30	15,71	45,71			
	36 - 45	0	0	100			
	> 45	0	100	0			
	Todas las edades	29,17	16,67	45,83			
HOMBRES					Población de referencia		
					Peor	Medio	Mejor
	< = 35	29,49	24,36	41,03	25,4	29,6	45
	36 - 45	0	0	0	39,3	29,5	31,1
	> 45	0	100	0	51,4	22	26,6
	Todas las edades	28,75	26,25	40	34,6	27,9	37,5
MUJERES							
	< = 35	32,81	6,25	53,13	24,4	22,6	53
	36 - 45	0	0	100	35,4	26,3	38,4
	> 45	0	0	0	36,2	27,6	36,2
	Todas las edades	31,82	6,06	54,55	29,9	24,6	45,5

Tabla 84: Salud mental del Hospital Eugenio Espejo

	Edad	Peor %	Medio %	Mejor %			
TODOS							
	< = 35	34,29	17,14	42,86			
	36 - 45	0	0	100			
	> 45	0	100	0			
	Todas las edades	33,33	18,06	43,06			
HOMBRES					Población de referencia		
					Peor	Medio	Mejor
	< = 35	44,87	6,41	43,59	20,5	33,3	46,1
	36 - 45	0	0	0	23,8	29,5	46,7
	> 45	0	100	0	28,7	29,6	41,7
	Todas las edades	43,75	8,75	42,5	23,2	31,5	45,3
MUJERES							
	< = 35	23,44	31,25	43,75	33,1	25,4	41,4
	36 - 45	0	0	100	33,7	27,9	38,5
	> 45	0	0	0	38,1	22,2	39,7
	Todas las edades	22,73	30,3	45,45	34,2	25,6	40,2

Tabla 85: Vitalidad del Hospital Eugenio Espejo

	Edad	Peor %	Medio %	Mejor %			
TODOS							
	< = 35	34,29	25,71	34,29			
	36 - 45	0	0	100			
	> 45	100	0	0			
	Todas las edades	34,72	25	34,72			
HOMBRES					Población de referencia		
					Peor	Medio	Mejor
	< = 35	33,33	28,21	33,33	22,9	27,5	49,6
	36 - 45	0	0	0	25,6	36	38,4
	> 45	100	0	0	24,8	37,2	38,1
	Todas las edades	35	27,5	32,5	24	31,8	44,2
MUJERES							
	< = 35	35,94	25	37,5	29,9	34,1	35,9
	36 - 45	0	0	100	34,7	29,7	35,6
	> 45	0	0	0	25,8	30,6	43,5
	Todas las edades	34,85	24,24	39,39	30,6	32,1	37,3

CONCLUSIONES

Los médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo están expuestos a varias condiciones negativas en el entorno psicosocial. Es así que luego del análisis correspondiente se llegó a las siguientes conclusiones:

Exigencias psicológicas cognitivas

El 95,7% de los médicos está expuesto a la situación más desfavorable para la salud en relación con las exigencias psicológicas cognitivas. La exposición se encuentra en médicos residentes (97,3%) y en posgradistas (93,9%), tanto de las áreas quirúrgicas como de la totalidad de los médicos de las áreas clínicas.

El trabajo de los médicos residentes y posgradistas se caracteriza por presentar altas exigencias psicológicas cognitivas. Estos profesionales están en continuo aprendizaje y son los principales responsables de controlar y tomar una variedad de decisiones, en ocasiones complicadas, de forma rápida con respecto al diagnóstico y tratamiento del paciente, especialmente durante las guardias. En muchas ocasiones las actividades del médico residente y posgradista no tienen supervisión por parte del médico tratante a pesar de requerirlo.

Exigencias psicológicas sensoriales

Se obtuvo que el 91,5% de los médicos se encuentra en la situación más desfavorable para la salud. Determinan este alto porcentaje tanto los médicos de las áreas clínicas y quirúrgicas como los médicos residentes y posgradistas.

Es evidente que el trabajo en el ámbito sanitario por sí solo demanda altos niveles de concentración, precisión y atención a la hora de realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de forma correcta; sin embargo, al confluir con la fatiga

-consecuencia del trabajo nocturno-, las largas jornadas laborales y las altas exigencias psicológicas cognitivas y cuantitativas que presentan los médicos del Hospital, se genera un sobreesfuerzo de los sentidos que podría ser causa de alteraciones en la salud.

Exigencias psicológicas emocionales

Los médicos residentes y posgradistas deben afrontarse continuamente a situaciones emocionalmente estresantes derivadas del contacto con la vida, la muerte, el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos. Si no se ha formado al médico en estrategias de afrontamiento, como es el caso del Hospital Eugenio Espejo, las exigencias psicológicas emocionales llegan a niveles muy elevados. Es así que el 76,3% de los médicos residentes y posgradistas están expuestos a la situación más desfavorable para la salud.

Exigencias psicológicas cuantitativas

El 66,6% de los médicos deben enfrentarse a la situación más desfavorable para la salud, tanto médicos residentes como posgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas.

El Hospital Eugenio Espejo al ser un hospital de referencia nacional recibe gran afluencia de pacientes diarios. Es así que durante el primer semestre del año 2009 se registraron 6066 egresos hospitalarios y se atendieron por consulta externa y emergencias 5970 pacientes, no obstante, el no contar con un número adecuado de médicos supone que los médicos deban trabajar muy rápido y con sobrecarga de trabajo. El plan estratégico del Hospital Eugenio Espejo establece que existe un déficit de 30 médicos residentes. Además, los médicos se encargan muchas veces de labores administrativas que muchas veces entorpecen las labores asistenciales. A nivel de la dirección, estas actividades podrían organizarse de forma más eficiente.

Exigencias psicológicas de esconder emociones

Se encontró que el 50,7% de los médicos están en la situación más desfavorable para la salud en relación con las exigencias psicológicas de esconder emociones. Estos valores se basan en la relación que existe con el paciente y las altas exigencias psicológicas emocionales.

Además, el médico es responsable de proteger la intimidad del individuo y no divulgar la información que de este obtiene acerca de sus dolencias tanto físicas como psíquicas, lo cual puede llevar al médico a reservar tanto sus pensamientos como sus emociones.

Control sobre los tiempos de trabajo

El 62,8% de los médicos presentan la exposición más desfavorable para la salud. La alta demanda de pacientes y la insuficiente plantilla de médicos contribuye a que los médicos no puedan decidir cuándo hacer un descanso, tomar vacaciones o dejar su puesto de trabajo por atender asuntos familiares. Por otro lado, en la actividad diaria del médico ocurren situaciones de emergencia que no pueden ser desatendidas o postergadas.

Inseguridad

La exposición más desfavorable para la salud se da en el 78,8% de los médicos. Se evidencia una diferencia entre médicos residentes (89,4%) y posgradistas (66,6%).

Los médicos residentes, al estar bajo una modalidad contractual temporal y no tener perspectivas de promoción profesional en el propio hospital o fuera de él mientras no reciban educación formal de especialidad, perciben una situación de inestabilidad; mientras que los médicos posgradistas, si bien no tienen contrato laboral y en ocasiones ni un sueldo, tienen la seguridad de que luego de completar su formación de posgrado conseguirán su especialidad.

La temporalidad laboral es un problema que se evidencia al constatarse que únicamente el 1,39% de los médicos ha trabajado en el Hospital Eugenio Espejo por más de cinco años.

En adición, se presenta inequidad en el salario de médicos residentes y en la clasificación según grupo ocupacional.

Los conocimientos en administración y salud pública de la actual dirección a permitido que en los últimos 11 meses los profesionales médicos residentes y posgradistas perciban una mejora en las condiciones laborales.

Conflictos de rol

En varias ocasiones las decisiones que los médicos residentes y posgradistas toman en lo referente al diagnóstico y tratamiento del paciente, no son aprobadas por el resto de médicos y enfermeras. Algunas veces deben asumir las prescripciones y procedimientos designados por los médicos con rango superior aunque no estén de acuerdo.

Al ingresar a laborar al Hospital no se les proporciona una clara definición de sus funciones, roles, responsabilidades, derechos y autoridad, siendo estos usualmente asumidos por los médicos.

Por tanto, se encontró que el 69,01% de los médicos están expuestos a la situación más desfavorable para la salud en relación con los conflictos de rol.

Estima

La baja estima (61%) como situación más desfavorable para la salud se da de igual forma en médicos residentes y posgradistas de las dos áreas médicas, ya que un alto porcentaje de médicos percibe insuficiente el reconocimiento que recibe por parte de superiores y refiere que algunas veces recibe un trato injusto.

Doble presencia

El 46,4% de los médicos está expuesto a la situación más desfavorable para la salud en lo referente a la doble presencia. La diferencia de género fue de 53% de las mujeres y el 41%

de los hombres. Esta cifra, no considerablemente alta, puede deberse a que gran parte de los médicos son solteros, no tienen hijos o viven solos.

Previsibilidad

La baja previsibilidad resulta ser otra exposición problemática (36,1%). Se evidencia un déficit en la comunicación y en los mecanismos de difusión, sobre todo a nivel del ámbito de la seguridad y salud.

Muchos médicos desconocen de la existencia y de las funciones de la Unidad de Seguridad y Salud y del contenido del Reglamento de Seguridad y Salud del Hospital.

Paralelo a estas exposiciones nocivas para la salud, tenemos que en el aspecto de la Seguridad y Salud existen claras falencias, ya que no se ha desarrollado un Sistema de Gestión; no existe una evaluación de riesgos; no se cuenta con continuidad en el trabajo debido a la alta rotación a nivel de Jefe de la Unidad de Seguridad y Salud; no se cumple con lo que rige en el Reglamento del Funcionamiento del Servicios Médicos de Empresas en relación con dirigir la mayor parte del tiempo a actividades preventivas y de fomento de la salud; no se da una adecuada difusión y formación sobre los distintos riesgos de los diferentes puestos; y, sobre todo, no existe una adecuada implicación de todos los estamentos para corregir las falencias.

Exposiciones favorables

Las dimensiones que demostraron resultados favorables son: influencia, posibilidades de desarrollo, sentido del trabajo, apoyo social, refuerzo, posibilidad de relación social y calidad de liderazgo.

Los médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo tienen un cierto margen de autonomía en la toma de decisiones con respecto a las labores que deben realizar,

sobre todo en los días de guardia, cuando son los principales responsables del servicio médico.

El propio trabajo permite al médico el desarrollo de habilidades, conocimientos y el empleo de estos.

Las posibilidades de desarrollo y el sentido del trabajo representan las exposiciones más favorables para la salud. Este último se encuentra en la situación más favorable para la salud en el 83,3% de los médicos y está relacionado con el sentido que dan los médicos al hecho de poder influir sobre la salud de otro ser humano y mejorarla.

Salud, estrés y satisfacción

Los resultados de salud, estrés y satisfacción constituyen indicadores de las condiciones de salud de la población estudiada y su relación con la población de referencia.

Los médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo presentan mayores puntuaciones en los síntomas de estrés que la población de referencia.

El 40, 8% está satisfecho con su trabajo; es decir que hay satisfacción con sus perspectivas laborales, con el grado en que emplean sus capacidades y el trabajo considerando todos los aspectos.

En cuanto a salud percibida, se encontró que presentan mejores niveles de salud general y salud mental que la población de referencia; a excepción de los hombres, que en salud mental presentaron peores resultados con respecto a la población de referencia, lo cual debe ser profundizado.

La vitalidad se encuentra en rangos más bajos que la población de referencia, lo cual puede tener relación con las largas jornadas de trabajo y las altas exigencias psicológicas a las que están expuestos los médicos residentes y posgradistas.

RECOMENDACIONES

Una vez establecidas las conclusiones respecto de las exposiciones psicosociales negativas para la salud de médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo, se recomienda:

Exigencias psicológicas cognitivas

El aprendizaje continuo de nuevos conocimientos y procedimientos dan al médico la posibilidad de desarrollar sus habilidades, por lo que se recomienda permitir al médico posgradista cumplir con sus obligaciones de formación teórica de especialidad, inclusive en los días de guardia. Los médicos residentes deben continuar con los cursos de formación continua, pero estos deben contar con una mejor organización en cuanto a la cantidad de médicos apropiada para asistir a cada curso, se debe supervisar que todos tengan la oportunidad de asistir y también se debería realizar una evaluación de su efectividad.

Los residentes mayores o los médicos tratantes del servicio deben permitir a los residentes y posgradistas la suficiente autonomía en sus labores de acuerdo a los conocimientos y habilidades que se vayan adquiriendo, por lo que se requiere de la implementación de tutoría permanente.

Sería de gran apoyo contratar el número adecuado de médicos para que la sobrecarga de trabajo sumada a las altas exigencias cognitivas, no se convierta en un factor de riesgo para la salud.

Exigencias psicológicas emocionales y de esconder emociones

Debido a que no es posible eliminar en la labor diaria del médico la exposición a situaciones estresantes emocionalmente, se deben emplear estrategias que les ayuden a afrontar estas situaciones.

En primer lugar se debe destinar tiempo a la formación en identificación, discriminación y resolución de problemas.

Es importante dirigir el tiempo y los recursos necesarios al entrenamiento en el manejo de la ansiedad, estrés y en la distancia emocional en las relaciones con los pacientes y familiares.

Se debe planificar el entrenamiento en técnicas fisiológicas para modificar las reacciones a las situaciones emocionalmente estresantes.

Además se debe fomentar dentro del Hospital el ejercicio físico periódico y posibilitar actividades de distracción ya que constituyen una ayuda para desplazar la atención de los problemas. Podría destinarse un área en el Hospital con este objetivo.

Con el mismo fin se debe limitar el número de horas de trabajo, para evitar un contacto prolongado con circunstancias emocionalmente desgastantes.

Exigencias psicológicas sensoriales

Es recomendable evitar la fatiga en el médico residente respetando la carga horaria de 40 horas a la semana que establece la LOSSCA, así como aquella del médico posgradista, el cual está expuesto a las mismas exigencias psicológicas.

Una práctica importante para regular el cumplimiento del horario de los médicos sería aprobar el horario de trabajo en el Ministerio de Relaciones Laborales.

Es importante permitir al médico participar en la elaboración de sus horarios.

Se insiste en la importancia de contratar una plantilla adecuada de médicos y de organizar mejor las tareas administrativas, para evitar una sobrecarga de trabajo que genere unas altas exigencias psicológicas sensoriales nocivas para la salud.

Exigencias psicológicas cuantitativas

Al ser un factor que incide en varias de las otras exposiciones problemáticas, se debe priorizar. La recomendación de la contratación de aproximadamente 30 médicos residentes más y una más eficiente organización de las labores administrativas evitaría la sobrecarga y ritmos de trabajo muy acelerados. Además se debe analizar el déficit en el número de profesionales especialistas, ya que en algunas áreas el médico residente toma decisiones y realiza procedimientos sin la debida supervisión.

Inseguridad

Es importante evitar la temporalidad laboral a nivel de médicos residentes, ejecutando el plan de posgrados propios del Hospital Eugenio Espejo, que se ha venido diseñando en la actual administración para permitir a los médicos la posibilidad de promoción profesional por medio de la obtención de un título de especialidad. Es imperativo dar cumplimiento a lo establecido por SENRES con respecto a designar a todos los médicos residentes como servidores públicos 4 y equiparar el sueldo en 987 dólares .

Se deben crear estrategias para que a nivel del Ministerio de Salud y Colegios Médicos se determine la asignación de contratos laborales a médicos posgradistas, con su respectivo sueldo y beneficios laborales de ley.

Conflictos de rol

En este punto también se debe recalcar la importancia de asignar recursos y el tiempo exclusivo para la formación en estrategias de afrontamiento.

Una estrategia eficaz podría ser el establecimiento de protocolos médicos en cada servicio médico.

Es de suma importante definir y difundir las funciones, roles, responsabilidades, autoridad y derechos tanto de médicos residentes como de posgradistas, pudiendo emplearse para este fin un manual de funciones o incluirlas en el Reglamento de Docencia existente.

Se debe establecer una diferenciación en las funciones de los médicos posgradistas de las de los residentes asistenciales, ya que al estar estos catalogados como estudiantes y no tener los mismos derechos que los residentes, no deberían tener el mismo nivel de responsabilidad que el resto del personal médico.

Control sobre los tiempos de trabajo

Se debe permitir a los médicos participar en la toma de decisiones sobre el momento de tomar vacaciones, permisos, descansos e involucrarse en la planificación de su horario de trabajo y turnos.

Previsibilidad

Se requiere de una implementación de orientación laboral al ingresar a trabajar al Hospital Eugenio Espejo. Con el objetivo de ayudar al médico, tanto residente como posgradista, que ingresa a trabajar en el Hospital Eugenio Espejo, a conseguir una mejor adaptación, se le debe proporcionar información suficiente acerca de actividades, procesos y reglamentos.

Es necesario difundir información y formar periódicamente en aspectos relacionados con la seguridad y salud, así como repartir un ejemplar del Reglamento de Seguridad y Salud a todo el personal como lo establece el Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo.

Es importante crear mecanismos de información y comunicación más eficientes. Se deben establecer periódicamente reuniones con todos los residentes y posgradistas para

proporcionarles información actualizada y anticipada sobre temas concernientes al aspecto laboral, y no solamente de formación científica.

La creación de una política en seguridad y salud que involucre la evaluación y prevención de factores de riesgo psicosocial y la implementación de un sistema de gestión en seguridad y salud, son aspectos prioritarios a ser tomados en cuenta.

La Unidad de Seguridad y Salud debe establecer mecanismos para permitir la continuidad con anteriores administraciones. Por otro lado, sería conveniente evitar la alta rotación del Jefe de Unidad.

La evaluación de riesgos laborales debe incluir a los psicosociales, y debe ser realizada cada vez que existan cambios en los procesos, se adquieran nuevos equipos, cuando se incorpore personal vulnerable o cuando cambie la infraestructura del Hospital.

El médico del dispensario anexo al IESS debe destinar la mayor parte del tiempo a actividades de prevención y debe recibir formación acerca de identificación, evaluación y control en relación con factores de riesgo psicosocial. Así mismo, los médicos residentes, posgradistas y directivos deben tener una formación básica al respecto.

Tal como lo establece el Reglamento para el Funcionamiento de los Servicios Médicos de Empresa, se debe realizar la vigilancia de la salud de los médicos atendiendo a los diferentes riesgos a los que están expuestos.

Exposiciones favorables

Debido a que la influencia, posibilidades de desarrollo, sentido del trabajo, apoyo social, refuerzo, posibilidad de relación social y calidad de liderazgo constituyen factores protectores ante el estrés, se deben potenciar estos aspectos que resultaron positivos a nivel del Hospital Eugenio Espejo.

Las estrategias deben ir dirigidas a fortalecer las relaciones sociales entre médicos. En este sentido, se recomienda la formación en estrategias de colaboración y cooperación en grupo. También la conformación de grupos de apoyo que traten de las relaciones en el trabajo sería de gran utilidad.

Es de suma importancia la formación sobre el manejo democrático y participativo de los recursos humanos dirigida a la Dirección del Hospital, la Coordinación de Docencia, y el personal de Recursos Humanos.

El primer paso para una intervención eficaz es modificar los aspectos problemáticos de la organización del trabajo y paralelamente o posteriormente estimular la capacidad de adaptación del individuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2009. El acoso. Extraído el 30 Septiembre, 2009, de http://osha.europa.eu/es/topics/stress/index_html/harassment

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002. El estrés: definición y síntomas. Extraído el 2 Octubre, 2009, de <http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/32>

Aranda, C. y Pando, M.(2006). Apoyo social laboral y extralaboral en los médicos familiares que laboran para dos instituciones de salud en Guadalajara, México. Revista Chilena de Salud Pública, 10(2), 85-92. Resumen extraído el 31 Septiembre, 2009, de la base de datos de bvs.

Aranda, C. & Pando, M. (2007). Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México [Versión electrónica]. Revista Médica del Uruguay, 23, 251-259.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., et al (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. Anales de la Facultad de Medicina, 66,(.3), p.225-231

Ardila, E. (2007). Síndrome de Burnout y la depresión del médico de hoy [Versión electrónica]. Acta Médica Colombiana, 32, pp 173-174.

Arquer, M. y Oncins, M. (2008). NTP 444: Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas. INSHT

Atance, J.(1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública, 71, 293-303. Extraído el 6 Julio, 2009, de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>

Ayas, N., Barger, L., Cade, B., Hashimoto, D., Rosner, B., Cronin, J., Speizer, F. y Czeisler, C. (2006). **Extended Work Duration and the Risk of Self-reported Percutaneous Injuries in Interns.** JAMA, 296, 1055-1062. Extraído 17 agosto, 2009 de, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/9/1055>

Barría, J. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.

Barger, L., Cade, B., M.S., Ayas, Cronin, J., Rosner, B., Speizer, F. y Czeisler, C.(2005). Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. NEJM., 352,125-134. Extraído el 24 de Julio, 2009 de http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/352/2/125?ijkey=6e7fea3cc57ef2cfb1ade356813fdb5844273cfa&keytype2=tf_ipsecsha.

Bona de, M. (2006). Riesgo Psicosocial: su identificación y su evaluación. Iberia. En Melià,

J., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J., Salanova, M. et al. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball

Nacional. Extraído el 16 Agosto, 2009, de www.foment.com/prevencion/ERPSICOSOCIALES/preindex.htm

Buitrón, B. (2000). Atención primaria en salud y seguridad en el trabajo. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Casas, J., Ramón, J., Lorenzo, S., Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en personal sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 23, 151-152

Comisión Europea. (1999). Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo -¿la "sal de la vida" o "el beso de muerte", 14. Extraído el 31 Agosto, 2009 de http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Laboral.pdf

Cooper, C. y Cartwright, S. (2001). Resumen de las estrategias generales de prevención y control. En En OIT, Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Extraído el 17 Julio, 2009 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>

Cortés, J. (2007). Factores psicosociales. Clasificación, metodología y evaluación. Intervención psicosocial. En J. Cortés, Seguridad e Higiene del Trabajo. Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales (pp. 595-610). Madrid: Editorial Tébar.

Daza, F. y Pérez, J. (1997). NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. INSHT.

Daza, F. (2008). NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. INSHT.

Daza, F. y Nogareda, C. (2008). NTP 438: Prevención del estrés: intervención sobre la organización. INSHT

Fernández & Echeburúa, E. [2001]. El consumo excesivo de alcohol: Un reto para la Salud Laboral. (Versión electrónica). *Salud Laboral*, 1 (1), 18.

Fidalgo, M. (2008). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación.

Fidalgo, M. (2008b). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. INSHT.

Gascón, S., Olmedo, M y Ciccotelli H. (2003) La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8, 55-66, Extraído el 7 de Agosto, 2009 de

Gómez, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90. Extraído el 7 de agosto, 2009 de, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lang=pt

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*. 83 (2). Extraído el 10 septiembre, 2009 de, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lang=es

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas S., Prats, M. y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados [Versión electrónica]. *Dossier. Información Psicológica*, 91-92, 64-72.

Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo del INSL. (2005). *Procedimiento general de evaluación de riesgos psicosociales*. Navarra: Autores.

Guerrero, E. y Rubio, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del “burnout” en el ámbito educativo. *Salud mental*. 28(5). Extraído el 2 agosto, 2009 de, <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055d.pdf>

Hellriegel, D y Slocum, J. (2004). El manejo del estrés individual. En D. Hellriegel y J. Slocum, *Comportamiento Organizacional* (pp. 166-190). México: International Thomson Editores.

Howard, S. y Gaba, D. (2004). Trainee fatigue: Are new limits on work hours enough? *Canadian Medical Association Journal*. Extraído 2 Octubre, 2009, de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/170/6/975#R1-27>

Inspección del Trabajo y Seguridad Social. (2006). *Factores Ergonómicos y Psicosociales. Guía de Actuación Inspectoral en Factores Psicosociales*. Extraído el 16 Julio, 2009, de http://info.mtin.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa_y_Documentacion/Documentacion_Riesgos_Laborales/007/001/columna1/7.1_GUIA_DE_ACTUACION_Factores_Psicosociales.pdf

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2009). *Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas*. Ponencia. Extraído el 1 Octubre, 2009, de <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=afa0e3b6e78110VgnVCM100000705350aRCRD&vgnnextchannel=1d19bf04b6a03110VgnVCM10000dc0ca8c0RCRD>

Kuper, H. y Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57,147-153. Extraído el 17 de Julio, 2009 de, <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/2/147>

Lafuente, O., Cuatrecasas, G., Cots, Y., Cerqueira, M., Collazos, F., Fornells, J., et al. (2006) *La Salud del MIR. Guía para tutores y profesionales de los centros sanitarios y docentes*. Organización Médica Colegial de España. Extraído el 10 septiembre 2009 de, http://www.cgcom.org/noticias/2008/07/08_07_14_mirguia

Lahera, M., Góngora, Y. (2005). *Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo* (2ª. Ed.). Navarra: GOBIERNO DE NAVARRA. Instituto Navarro de Salud Laboral.

- Lasa, M. (2008). Evaluación de Riesgos Psicosociales: Criterios Técnicos. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral. Extraído el 17 de Agosto, 2009 de <http://www.cfnavarra.es/INSL/Formacion/Metodolog%C3%ADa%20de%20Evaluaci%C3%B3n.pdf>
- Levi, L. (2001). Factores Psicosociales y de Organización. En OIT, Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo (p.5). Extraído el 17 Julio, 2009 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>
- Lim,S., Sauter, S. y Swanson, N. (2001). Trastornos musculoesqueléticos. En OIT, Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Extraído el 17 Julio, 2009 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>
- Llaneza, J. (2009.) El estrés. Ergonomía y Psicología aplicada: Manual para la formación del especialista (pp. 451-482). Valladolid: Lex Nova.
- Lockley,S., Cronin, J., Evans, E., Cade, B., Lee, C., Landrigan, C., Rothschild, J., Katz, J., Lilly, C., Stone, P., Aeschbach, D. y Czeisler, C. (2004). NEJM, 351, 1829-1837. Extraído el 12 septiembre, 2009 de <http://content.nejm.org/cgi/content/full/351/18/1829>
- Mardomingo, M. (1994). Psiconeuroendocrinología. En M. Mardomingo, Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes(p141-168).Madrid: Díaz de Santos.
- Maslach, C. (2001). Burnout. En OIT, Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo (p.5). Extraído el 17 Julio, 2009 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>
- Melià, J., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J., Salanova, M. et al.(2007). Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Extraído el 16 Agosto, 2009, de www.foment.com/prevencio/ERPSICOSOCIALES/preindex.htm
- Moncada, S y Llorens, C. (2006). Factores psicosociales. En C. Ruiz Frutos, A. García, J. Delclós, F. Benavides. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales (pp. 397-416). Barcelona: Elsevier Masson.
- Moncada, S., Llorens, C., Kristensen, F. (2002). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. ISTAS 21.
- Moncada, S., Llorens, C., Kristensen, T., Vega, S. (2008). NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales. INSHT.
- Moreno, B. y Peñacoba, C. Estrés Asistencial en los Servicios de Salud. Extraído el 5 septiembre, 2009, de

Nogareda, C. (2006). Método de Evaluación de Factores psicosociales FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSHT). En Melià, J., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J., Salanova, M. et al. *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos* (p.44). Barcelona: Foment del Treball Nacional. Extraído el 16 Agosto, 2009, de www.foment.com/prevencion/ERPSICOSOCIALES/preindex.htm

Nogareda, C. y Almodovar, A. (2006). NTP 702: El proceso de evaluación de los factores psicosociales. INSHT.

Nogareda, C. y Nogareda, S. (2008). NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. INSHT.

Nogareda, S. (2008). NTP 355: Fisiología de Estrés. INSHT

Nuckols, T., Bhattacharya, J., Mille, D., Ulmer, C., y Escarce, J. (2009). Cost Implications of Reduced Work Hours and Workloads for Resident Physicians. *NEJM*, 360, 2202-2215. Extraído el 4 agosto, 2009 de <http://content.nejm.org/cgi/content/full/360/21/2202?ijkey=9ef71a18f61b929005e6f9fec503bdde848bda3a#R2>

Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral [Versión electrónica]. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*. 54, 25-32.

Oncins, M. y Almodóvar, A. (1997). NTP 450: Factores psicosociales: Fases para su evaluación. INSHT.

Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud. (1984). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo. Ginebra: Autores. Extraído el 29, Agosto, 2009, de: <http://www.factorespsicosociales.com/english/biblioteca/publicacion/documentos/FPS-OIT-OMS.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (1996). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra. Extraído el 2 septiembre, 2009, de <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/spanish/download/s970709.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (1998). Cuando el trabajo resulta peligroso. Trabajo. Extraído el 4 de Octubre, 2009, de <http://www.oit.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/26/violence.htm#note1>

Organización Internacional del Trabajo (2009). Trabajo decente. Extraído el 1, Octubre, 2009 de <http://www.ilo.org/global/Themes/Decentwork/lang-es/index.htm>

Organización Panamericana de la Salud (2005). Riesgos con efectos potenciales y controles. En *Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud*. Washington, DC: Editor.

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160. Extraído el 2 septiembre, 2009, de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/2066935.html

Quinceno, M. y Vinaccia, S. (2007) Burnout: Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125.

Quiroz, R. y Saco, S. (s.f) Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur este de ESSALUD del Cusco. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAA, 11-22. Extraído el 20 mayo, 2009 de http://bvsde.per.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/a04.pdf

Sauter, S., Hurrell, J., Murphy, L. y Levi, L. (2001). Factores Psicosociales y de Organización. En OIT, *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo* (p.2). Extraído el 17 Julio, 2009 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>

Sowers, P (2002). Symptoms of burnout commong among medical residentes; UW taking steps to help. Extraído el 2 octubre 2009 de University of Washington de <http://www.washington.edu/newsroom/news/2002archive/03-02archive/k030402.html>

Rocha, R. (2006). Un punto de vista psicosocial sobre el trabajo en México. [Versión electrónica]. Liberabit, 12.

Thomas, N. (2004). Resident Burnout. *JAMA*, 292, 2880-2889. Extraído el 2 de septiembre, 2009 de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/292/23/2880?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=burnout&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT#REF-JRF40016-6>

Valero H. y Lázaro E. (2004). Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. *Revista Cubana de Salud en el Trabajo*. Extraído el 2 Septiembre, 2009 de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst03104.html

Veasey, S., Rosen, R., Barzansky, B., Rosen, I., y Owens, J. (2002). Sleep Loss and Fatigue in Residency Training. *JAMA*, 288,1116-1124. Extraído el 4, Julio, 2009, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/9/1116>

Vega, S. (2006). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). INSHT.

Vega, S. (2009). NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). INSHT

West, C., Huschka, M., Novotny, P., Sloan, J., Kolars, J., Habermann, T. y Shanafelt, T. (2006). Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. *JAMA*, 296, 1071-1078. Extraído 7 Septiembre, 2009 de jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/9/107

ANEXOS

Anexo # 1

Entrevista con médicos residentes y posgradistas del Hospital Eugenio Espejo

- 1) Es usted médico residente o posgradista?
- 2) Tiene usted conocimiento de la existencia de una Unidad de Seguridad y Salud?
- 3) Si la respuesta es afirmativa, que funciones tiene?, que actividades a realizado por los médicos residentes y posgradistas?
- 4) Tiene usted conocimiento de los factores de riesgo laborales que hay en el Hospital? Cómo se enteró?
- 5) Al iniciar las actividades reciben una inducción acerca de factores de riesgo, incluido los psicosociales?
- 6) Les realizan reconocimientos médicos de inicio, periódicos, vigilancia de la salud?
- 7) Se benefician de medicina preventiva?
- 8) Reciben promoción de la salud? Quien les da?
- 9) Tienen médico ocupacional, alguna vez ha acudido a este?
- 10) Les han incluido en campañas de vacunación? Cuál? Cuándo?
- 11) Conoce acerca de factores de riesgo psicosocial? Cuáles?
- 12) Tiene psicólogo ocupacional? Ha acudido a este alguna vez?
- 13) Conoce sobre el reglamento y políticas de seguridad y salud del Hospital?
- 14) Se les proporciona ropa de trabajo y Equipos de protección individual?
- 15) Se ha realizado evaluación de riesgos, incluidos los psicosociales con anterioridad?
- 16) Cada cuanto rota?
- 17) Qué tipo de contrato tiene? Sabe que ley le rige en el aspecto laboral?

- 18) Cuál es su remuneración? En que escalafón está como profesional médico?
- 19) Qué beneficios tiene?
- 20) Tiene posibilidades de acudir a sus clases y de recibir formación?
- 21) Relación con compañeros?
- 22) Relación con superiores?
- 23) Cree que sería útil una evaluación de riesgos psicosociales a médicos residentes y posgradistas?
- 24) Que aspectos de la organización del trabajo, del medio ambiente laboral cree que se puede mejorar?
- 25) Qué perspectivas tiene con respecto a su trabajo?
- 26) Cuál es su horario de trabajo? Le pagan horas extras?
- 27) Puede compatibilizar su vida familiar y social con el trabajo?

Anexo #2

Proceso de intervención del método ISTAS21

PROCESO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES E INICIO DE LA ACCIÓN PREVENTIVA	
Actividades	* GT: Grupo de Trabajo Plazos
ACUERDO Y DESIGNACIÓN GRUPO DE TRABAJO	
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación método dirección de la empresa y representantes de los trabajadores/as. • Firma acuerdo dirección empresa y representación de los trabajadores para la utilización del método ISTAS21 (CoPsoQ). • Designación grupo de trabajo tri o cuatripartito (GT): representantes de trabajadores/as, de la dirección empresa, SP y/o técnicos externos. 	
PREPARACIÓN TRABAJO DE CAMPO	
<ul style="list-style-type: none"> • Decisión del alcance y las unidades de análisis teniendo en cuenta los objetivos preventivos y la preservación de anonimato: GT. • Adaptación cuestionario teniendo en cuenta el alcance y las unidades de análisis y la preservación del anonimato: GT. • Generación del cuestionario desde la aplicación informática: técnicos sujetos a secreto. • Diseño mecanismos de distribución, respuesta y recogida que preserven la confidencialidad y anonimato: GT. • Preparación proceso de información-sensibilización: circulares, reuniones informativas u otros a trabajadores/as y mandos intermedios; decidir canales: GT. 	
TRABAJO DE CAMPO	
<ul style="list-style-type: none"> • Publicitación de los materiales preparados y celebración de las reuniones informativas a dirección de la empresa, representantes de los trabajadores/as, trabajadores/as y mandos intermedios: GT. • Distribución, respuesta y recogida: GT. 	
ANÁLISIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Informatización de datos: técnicos sujetos a secreto. • Análisis datos: técnicos sujetos a secreto. • Realización informe preliminar: técnicos sujetos a secreto. • Interpretación de resultados: GT. • Redacción informe de interpretación de resultados: GT. • Presentación y <i>feedback</i> informe de interpretación de resultados a dirección de la empresa, representantes de los trabajadores/as, trabajadores/as y mandos intermedios: GT. 	
PRIORIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de las exposiciones problemáticas: GT. • Propuesta de medidas preventivas: GT. • Oportunidad de las intervenciones: GT. • Propuesta de prioridades: GT. • Presentación y <i>feedback</i> de propuestas de medidas preventivas y priorización a dirección de la empresa, representantes de los trabajadores/as, trabajadores/as y mandos intermedios: GT. 	
INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN PREVENTIVA: GT.	
APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO MEDIDAS PREVENTIVAS: GT.	
EVALUACIÓN MEDIDAS PREVENTIVAS: GT.	

Anexo # 3

Preguntas a adaptar o suprimir del método ISTAS21

PREGUNTAS A ADAPTAR O SUPRIMIR			
Pregunta	Cambio posible	Objetivo	Es
1	Supresión	Garantizar el anonimato en empresas pequeñas o en las que un sexo esté subrepresentado.	Opcional. No podrán presentarse resultados por género, ni ajustarse los resultados de salud con relación al sexo.
2	Supresión	Garantizar el anonimato en empresas pequeñas o en las que un grupo de edad está subrepresentado.	Opcional. No podrán presentarse resultados por edad, ni ajustarse los resultados de salud con relación a la edad.
9	Adaptación	Incluir los departamentos, secciones o unidades de gestión específicas de la empresa. Escoger una de las dos formulaciones atendiendo a la existencia o no de rotaciones. En el caso de que existan rotaciones, establecer el tiempo mínimo en meses para que puedan ser consideradas. Garantizar anonimato y la fiabilidad de los datos (no establecer unidades de menos de 25 trabajadores).	Imprescindible para analizar y producir resultados específicos por unidades de gestión de la empresa: departamentos/secciones...
10	Adaptación	Incluir los puestos de trabajo/ocupaciones específicos de la empresa. Escoger una de las dos formulaciones atendiendo a la existencia o no de rotaciones. En el caso de que existan rotaciones, establecer el tiempo mínimo en meses para que puedan ser consideradas. Garantizar anonimato y la fiabilidad de los datos (no establecer unidades de menos de 25 trabajadores).	Imprescindible para analizar y producir resultados específicos por ocupación/puesto de trabajo.
14 a 17	Adaptación	Eliminar las opciones de respuesta que no representen la realidad de la empresa. Garantizar el anonimato.	Opcional.
20, 22, 24 y 25	Supresión	Garantizar el anonimato.	Opcional. No podrán presentarse resultados en relación con razones de trabajar menos de 35 horas, ni con la estructura salarial ni con las bajas.
Instrucciones	Adaptación	Incluir el nombre de la empresa, de las personas responsables, y forma y fecha de recogida.	Imprescindible.

