Salud Mental 2012;35:297-304

La integridad mental del personal clínico de un hospital psiquiátrico, asociada a una alta exigencia emocional y a la organización nociva del trabajo

María Magdalena Martínez Jaime,[1] Lilia Albores Gallo,[1] María Elena Márquez Caraveo[2]

Artículo original

SUMMARY

The Joint Committee on Health at Work make up by: ILO/WHO (International Labour Organization and the World Health Organization) in 1992, recognized that inappropriate management, affects people's health through physiological and psychological mechanisms known as stress.

The aim of this study was to evaluate the risks associated to toxic management, and to certain psychological demands; as contributors to mental distress, lack of stress and job dissatisfaction of psychiatrists, vitality psychologists and medical residents of a Child Psychiatric Hospital (CHPH).

Material and methods

The study design was a cross-sectional survey, descriptive and observational. *Instrument*: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ). Originally developed in Denmark, was adapted and validated in Spain. The internal consistency of the scales was Cronbach's α (0.66 to 0.92) and Kappa indices (0.69 to 0.77).

Statistical analysis. Descriptive analysis was expressed by means, percentages and standard deviations. Bivariate analysis was calculated between psychosocial factors and dimensions of health. The comparisons between categorical variables were analized through chi square tests, and Fisher's exact test was used when the number of observations in the cells of the contingency table was less than 5. The results were expressed by prevalence ratios and their respective confidence intervals were calculated. Statistical analysis was performed using JMP statistical package version 7 and SPSS version 17.

Results

A total of 111 clinicians were surveyed: 30 psychiatrists, 46 psychologists and 35 medical residents. The response rate was 97%. The age range of the clinical staff was, from 26 to 65 years, with M=40, SD=6.5 years.

Association between psychosocial demands and dimensions of health. Major problems presented by clinical staff, were explained from 3 axes. First axis, about psychological demands. We evaluated five types of psychological demands, but those that emerged as predictors of mental distress, loss of energy and cognitive behavioral stress symptoms, were the emotional demands. Emotional demands had statistically significant associations with mental distress (OR 3.67, 95% CI 1.28-10.01), behavioral symptoms (OR 3.59, 95% CI 1.28-10.06) and cognitive stress (RP 2.15, 95% CI 1.00-5.12) as well as lack of vitality (OR 1.78, 95% CI 1.01-3.13) (table4). Second axis: about quality of leadership, this concept showed statistically significant association with: mental distress (OR 2.83, 95% CI 1.19-6.76), with cognitive symptoms (OR 2.33, 95% CI 1.00-5.60) and behavioral stress (RP 2.24, 95% CI 1.06-4.75) and lack of vitality (OR 1.65, 95% CI 1.06-4.75). Other high-risk concept was: Managers' low social support, that showed statistically significant association with job dissatisfaction (OR 3.08, 95% CI 1.41-6.73), lack of vitality (OR 1.41, 95% CI 1.12-1.78) and mental distress (OR 1.39, 95% CI 1.07-1.81). Within the same second axis of analysis, lack of predictability was significantly associated with: mental distress (OR 2.33, 95% CI 1.40-3.88), behavioral symptoms (OR 2.11, 95% CI 1.31-3.41) cognitive stress symptoms (OR 2.07, 95% CI 1.19-3.61), and lack of vitality (OR 1.63, 95% CI 1.17-2.29). Third axis: the effort-reward imbalance; had a statistically significant association between job insecurity and all dimensions of health such as behavioral symptoms of stress (RP 1.97, 95% CI 1.14-3.41), lack of vitality (RP 1.94, 95% CI 1.23 -3.07), mental distress (RP 1.73, 95% CI 1.04-2.88), and cognitive symptoms of stress (RP 1.39, 95% CI 1.12-1.72). But stronger association was found between insecurity and job dissatisfaction (OR 7.65, 95% CI 1.09-53.75). Hence, the lack of esteem was significantly related to mental distress (OR 2.11, 95% CI 1.12-3.95), with behavioral symptoms of stress (OR 1.82, 95% CI 1.03-3.23), and lack of vitality (OR 1.42, 95% CI 1.00-2.11).

Discussion

According to Karasek-Theorell's theoretical model, high demands, low control and low social support (the combination of these factors brought together the work of psychiatrists, psychologists and residents) this condition represents the greatest risk to health. Clinical professionals are treated disrespectfully, have no appreciation; causing an effort/reward imbalance in their work.

Our results are consistent with research conducted with the same instrument in Sweden, Denmark, Serbia, Germany and Spain. These articles found that psychiatrists and psychologists are exposed to high

[1] Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
[2] Jefa de la División de Investigación. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Correspondencia: M.C. María Magdalena Martínez Jaime. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro." San Buenaventura 86, Belisario Domínguez, Tlalpan, 14080, México DF. Fax: 5573-9161. E-mail: mac.mart@hotmail.com

Recibido primera versión: 27 de mayo de 2011. Segunda versión: 4 de noviembre de 2011. Aceptado: 12 de diciembre de 2011.

emotional demands. In contrast a high quality management shows clear relationship to mental well-being, with high vitality and acceptable levels of stress. Our findings show that low social support from managers, increase psychosocial risks and stress findings which are consistent with a Chilean study. Although most participants (except residents) have an acceptable job safety almost eight of every ten respondents claimed to be quite concerned about possible changes or delays in salary, or requiring a second job.

Security at work is a fundamental aspect of the model of effort-reward-balance. Lack of this characteristic has a negative impact on human health. The human rights organization in Latin America (HR), found that 33% of latino workers expressed "anxiety" because of job insecurity, furthermore recognized the relationship between job insecurity and an increase in cancer and depression.

Latino workers seem to be the most affected by new global order, where employment is based on the informal economy. A poll by the Washington Post, Kaiser Family Foundation and Harvard University affirmed that 33% of latinos expressed "anxiety" by job insecurity, compared with 22% of Afro-American and 20% of white people.

Complications in health and life prognosis for these workers and their productivity, affects directly the quality care of the patients, beyond production costs. The Chilean analysis concluded that is necessary to give special attention to health sector working population due to the importance of their work.

In conclusion, our results suggest that high emotional demands coupled with a poor quality of leadership, characterized by a highly hierarchical power structure, with low esteem, lack of support and unfair treatment was associated with mental distress, and behavioral symptoms of stress and lack of vitality. The total of these deficiencies and their interaction could potentially cause an effort / reward imbalance in clinician work.

From the standpoint of prevention, it is about working there; where the exposures have been identified. The risk factors such as stress need to be controlled from its source: toxic management. It seems relevant to include our proposals, in order to improve organization culture and create healthier environments for the staff, so we recommend:

1) A strategic program to protect health of the hospital staff. 2) To assess and reward the efforts, accomplishments, contributions, results and not permanence. 3) Assign a fair wage according to their preparation and the functions performed. 4) It is necessary that managers and middle managers solve conflict well, plan their job correctly and be able to establish proper communication channels with their subordinates. 5) Promote labor stability. 6) Flexible hours, according to the needs of people and not just production. 7) Working conditions should provide development opportunities and the tasks must be varied and meaningful. 8) Promote teamwork, encourage social support and avoid competition. 9) Strengthen the esteem and recognition, including a promotion plan in terms of expectations of each employee. 10) Eliminate highly hierarchical power structures.

Key words: Mental integrity, burn-out, toxic management.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar los riesgos asociados a las formas nocivas de la organización del trabajo, que unidas a ciertas exigencias psicosociales coadyuvan en la génesis del malestar mental, la falta de vitalidad, el estrés y la insatisfacción laboral de los psiquiatras, psicólogos y residentes del Hospital Psiquiátrico Infantil (HPI).

Material y métodos

El diseño del estudio fue observacional, transversal y descriptivo. *Instrumento*. El Cuestionario Psicosocial de Copenhague (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire CoPsoQ). El instrumento original de origen danés fue adaptado y validado en España, mostrando tener validez y fiabilidad contrastada, con α de Cronbach (0.66 a 0.92) e índices de Kappa (0.69 a 0.77).

Resultados

Participaron 111 profesionistas, de los cuales 30 son psiquiatras, 46 psicólogos y 35 médicos residentes. Se obtuvo una respuesta del 97%. La edad mínima del personal clínico se ubicó entre 26 a 35 y la máxima de 56 a 65 años, con una M= 40, DE=6.5 años.

Asociación entre las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud. Los problemas más apremiantes que presentó el personal clínico se explican a partir de tres ejes. Primer eje, de las exigencias psicológicas: las de tipo emocional tuvieron asociaciones estadísticamente significativas con el malestar mental (RP 3.67, IC95% 1.28-10.01), con los síntomas conductuales (RP 3.59, IC95% 1.28-10.06) y cognitivos del estrés (RP 2.15, IC95% 1.00-5.12) así como con la falta de vitalidad (RP 1.78, IC95% 1.01-3.13). El segundo eje, de la calidad de liderazgo: mostró asociación estadísticamente significativa con: el malestar mental (RP 2.83, IC95% 1.19-6.76), con los síntomas cognitivos (RP 2.33, IC95% 1.00-5.60) y los conductuales del estrés (RP 2.24, IC95% 1.06-4.75) y con la falta de vitalidad (RP 1.65, IC95% 1.06-4.75). El escaso apoyo social por parte de los jefes, mostró asociación estadísticamente significativa con la insatisfacción laboral (RP 3.08, IC95% 1.41-6.73), la falta de vitalidad (RP 1.41, IC95% 1.12-1.78) y el malestar mental (RP 1.39, IC95% 1.07-1.81). Dentro del segundo eje de análisis, la falta de previsibilidad mostró asociación estadísticamente significativa con: el malestar mental (RP 2.33, IC95% 1.40-3.88), con los síntomas conductuales (RP 2.11, IC95% 1.31-3.41) y con los síntomas cognitivos del estrés (RP 2.07, IC95% 1.19-3.61), así como con la falta de vitalidad (RP 1.63, IC95% 1.17-2.29). Tercer eje, del equilibrio esfuerzo-recompensa: se observó asociación estadísticamente significativa entre la inseguridad laboral y todas las dimensiones de salud (síntomas conductuales del estrés (RP 1.97, IC95% 1.14-3.41); falta de vitalidad (RP 1.94, IC95% 1.23-3.07); malestar mental (RP 1.73, IC95% 1.04-2.88) y síntomas cognitivos del estrés (RP 1.39, IC 95% 1.12-1.72). Sin embargo, la asociación de mayor fuerza se observó entre la inseguridad y la insatisfacción laboral (RP 7.65, IC95% 1.09-53.75). Por lo que se refiere a la falta de estima, ésta se asoció en forma significativa con el malestar mental (RP 2.11, IC 95% 1.12-3.95), con los síntomas conductuales del estrés (RP 1.82, IC95% 1.03-3.23) y con la falta de vitalidad (RP 1.42, IC95% 1.00-2.11).

Discusión

La existencia de la organización nociva en el hospital se explica por medio del modelo demanda-control-apoyo social, en donde los clínicos se exponen a una alta demanda emocional, falta de control y autonomía en el trabajo, aunado a un bajo apoyo social. Esta condición representa la situación de mayor riesgo para su salud. La carencia de respeto, la falta de reconocimiento y el trato injusto podrían ser el origen de un desequilibrio en el esfuerzo-recompensa del trabajo clínico. La pobre calidad de liderazgo, caracterizada por una estructura organizacional y de poder altamente jerarquizada, sumada a la falta de apoyo social, a la inseguridad laboral y a la falta de previsibilidad están afectando de forma muy importante la salud mental de los clínicos del HPI al crear un clima organizacional negativo que contribuye al ausentismo, a la baja productividad y muy probablemente perturba la calidad de la atención a los pacientes. Es necesario, por esto, proteger la integridad mental del personal del hospital.

Palabras clave: Integridad mental, alta exigencia emocional, organización nociva.

INTRODUCCIÓN

Numerosas investigaciones realizadas en los países nórdicos principalmente, pero también en España, el Canadá y los Estados Unidos, demuestran que las formas nocivas de organización laboral inducen niveles de estrés, depresión y ansiedad elevados que afectan la satisfacción y productividad laborales.[1-3]

La Comisión Mixta de Medicina en el Trabajo formada por la OIT/OMS (La Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud) en 1992, reconoció que una gestión inadecuada es nociva porque afecta la salud de las personas por medio de mecanismos psicológicos y fisiológicos conocidos como estrés.[4]

En México, las investigaciones que han probado la relación entre una organización nociva y su repercusión en la salud del trabajador son muy escasas en las instituciones de salud, por no decir inexistentes.[5,6] Además las instituciones públicas no cuentan con políticas, planes ni programas para proteger la salud de las personas. Lo anterior pese a que existe evidencia sobre los riesgos, las exigencias y la urgente necesidad de introducir medidas de regulación que permitan prevenir las consecuencias adversas en la salud laboral.[7] Esta última frecuentemente se plantea como un tema individual, que tiene que ver con la personalidad del trabajador afectado, pero cuando se comprueba que un número importante de trabajadores está sometido a estrés y que éste es originado por la alta exposición a las condiciones nocivas en un centro de trabajo, se debe considerar un problema colectivo.[8]

A pesar de que se conoce el contexto laboral estresante que priva en los hospitales,[9,10] la amenaza de reubicación del Hospital Psiquiátrico Infantil (HPI) ofreció una oportunidad natural para la investigación sobre posibles formas de organización laboral nociva.

El HPI es en la actualidad el único espacio con cobertura nacional para atender la hospitalización de menores de edad con problemas de salud mental como: intento o ideación suicida, depresión mayor, esquizofrenia-psicosis, trastorno bipolar, abuso de sustancias, autismo y trastornos conductuales que ponen en peligro el desarrollo psicosocial o la vida del paciente y/o de sus familiares. Al no existir internamiento psiquiátrico especializado para niños y adolescentes en ninguna otra institución, el hospital recibe pacientes de todos los Estados, e incluso a aquellos pacientes con derecho asistencial en el ISSSTE, el IMSS y PEMEX.

El HPI realizó en el año de 2010, 103 078 consultas de primera vez y 15 555 intervenciones subsecuentes.* Según el Programa de Acción Específico 2007-2012, existe insuficiente cantidad y calidad en la formación de recursos humanos en salud mental, por lo que este programa plantea un crecimiento gradual en el número de profesionales especializados, en congruencia con las necesidades de salud mental de la población.[11]

El HPI participa de forma trascendente al ser prácticamente la única sede que forma psiquiatras especialistas en niños en la República Mexicana. En promedio, por generación egresan 30 paidosiquiatras cada año. Además el HPI es prácticamente la única institución que investiga los padecimientos específicos acerca de la salud mental infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue observacional, transversal, descriptivo. Participaron 111 psiquiatras y psicólogos adscritos, además de los médicos residentes.

Instrumento

El Cuestionario Psicosocial de Copenhague (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire CoPsoQ).[12,13] De procedencia danesa fue adaptado y validado por Moncada en España en 2004, y mostró tener validez y fiabilidad contrastada. Fue diseñado para identificar y medir las exposiciones nocivas a las exigencias psicosociales y a las formas nocivas de la organización del trabajo y adaptado a la realidad del hospital de acuerdo a su objetivo principal (identificar y medir los estresores que dañan la salud de las personas).

Consta de 45 reactivos, en una escala tipo Lickert y está estructurado a partir de tres ejes de análisis, los cuales obedecen a dos modelos teóricos explicativos, respaldados por cientos de investigaciones en Europa Occidental (Suecia, Dinamarca, Alemania y España), de forma que el primer eje evalúa las exigencias psicológicas, explicadas por el modelo de Karasek-Theorell[14] que nos indica que una situación es nociva cuando la alta exigencia rebasa los recursos de la persona para hacerle frente a la situación. El Segundo eje es parte del primero pero adiciona la calidad de gestión, que incluye la calidad de liderazgo y el apoyo social; este eje evalúa el control que la persona tiene sobre su trabajo, tal como lo explica el modelo ampliado demanda-control-apoyo social de Karasek-Teorell y Johnson-Hall.[15] A mayor control, autonomía y apoyo social en el trabajo, a pesar de las altas exigencias, se crea la condición más favorable que promueve un trabajo activo. Y por último, el Tercer eje de análisis, que se explica a través del modelo teórico del equilibrio esfuerzo-recompensa.[16,17] Según este modelo, la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud; por recompensas se entiende: el control de estatus (estima, salario, estabilidad laboral, cambios no deseados y falta de perspectivas de promoción), tal como se describe en el cuadro 1.

En cuanto a las dimensiones de salud mental y vitalidad, éstas se miden mediante las escalas procedentes del SF36[18,19] y las de sintomatología cognitiva, conductual y emocional del estrés, mediante el Stress Profile Inventory, de Sven Setterlind[20,21] (cuadro 2).

* Fuente: División de mejora continua de la calidad. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro". Estadísticas al 31 de mayo de 2010.

Cuadro 1. Los 3 ejes de análisis del CoPsoQ, que identifican y miden las exposiciones nocivas y sus repercusiones en la salud mental del personal expuesto

Los tres ejes de análisis	Dimensiones psicosociales	No. de reactivos	α Cronbach	Kappa
1er eje	Exigencias cognitivas	4	.83	.75
Exigencias psicológicas	Exigencias emocionales	3	.82	
Modelo teórico Karasek Theorell[15]	Subtotal exig. psicológicas	7		
2do. Eje	Previsibilidad	2	.65	
Apoyo social y calidad de liderazgo	Calidad de liderazgo	4	.87	.89
Modelo teórico Karasek- Theorell-	Apoyo social	4	.81	
Apoyo social[16]	Subtotal	10		
3er Eje	Inseguridad	4	.80	.77
Equilibrio-esfuerzo recompensas	Estima	4	.75	.87
Modelo teórico Equilibrio	Subtotal compensaciones	8		
esfuerzo recompensas[17]	Suma total de reactivos	25		

La satisfacción laboral es una medida general para la calidad del medio ambiente laboral y ha sido empleada en numerosas investigaciones que han demostrado su asociación con todas las dimensiones de salud estudiadas (malestar mental, falta de vitalidad, "estar quemado", baja productividad).

Análisis estadístico

El análisis descriptivo se expresó en medias, porcentajes y desviaciones estándar. Se realizó un análisis bivariado entre las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud. Se usó la prueba de x^2 para analizar la probabilidad de no independencia entre las variables y la prueba exacta de Fisher cuando el número de observaciones en alguna de las casillas de la tabla de contingencia fue menor a 5. Los resultados se expresaron por medio de razones de prevalencia y se calcularon sus respectivos intervalos de confianza. El análisis estadístico se realizó por medio del paquete estadístico JMP, versión 7 y el SPSS versión 17.

RESULTADOS

Se evaluaron 111 participantes con un rango de edad mínimo de 26 a 35 y máximo de 56 a 65 años, con una M=40, DE=6.5 años. La muestra se conformó a partir de tres grupos: 30 psiquiatras, 46 psicólogos y 35 residentes. El 34% de los participantes fue de sexo masculino. El 97.1% de los residentes tuvo un rango de edad entre 26 y 35 años. En este trabajo se presentará el resultado sobre el análisis general de toda la muestra. Con el propósito de aumentar el poder estadístico se decidió combinar las categorías de médicos a partir de los grupos de médicos adscritos, residentes y psicólogos. El análisis por subgrupos de profesionistas será objeto de una publicación ulterior (cuadro 3).

Cuadro 2: Evalúan los efectos proximales que el estrés produce

Dimensiones de salud	No. de reactivos	α Cronbach	Kappa
Satisfacción laboral	4	.77	.76
Salud mental	4	.78	
Vitalidad	4	.77	
Síntomas conductuales del estrés	4	.76	.64
Síntomas cognitivos del estrés	4	.86	
Total de reactivos	20		

Asociación entre las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud

Los problemas más apremiantes que presentó el personal clínico se explican a partir de tres ejes de análisis. Primer eje, de las exigencias psicológicas: las de tipo emocional tuvieron asociaciones estadísticamente significativas con el malestar mental (RP 3.67, IC95% 1.28-10.01), con los síntomas conductuales (RP 3.59, IC95% 1.28-10.06) y con los síntomas cognitivos del estrés (RP 2.15, IC95% 1.00-5.12) así como con la falta de vitalidad (RP 1.78, IC95% 1.01-3.13) (cuadro 4).

El segundo eje, de la calidad de liderazgo: mostró asociación estadísticamente significativa con: el malestar mental (RP 2.83, IC95% 1.19-6.76), con los síntomas cognitivos (RP 2.33, IC95% 1.00-5.60) y conductuales del estrés (RP 2.24, IC95% 1.06-4.75) y con la falta de vitalidad (RP 1.65, IC95% 1.06-4.75). El apoyo social escaso por parte de los jefes mostró asociación estadísticamente significativa con la insatisfacción laboral (RP 3.08, IC95% 1.41-6.73), la falta de vitalidad (RP

Cuadro 3. Datos socio-demográficos del personal clínico del HPI

Variables	Médicos n(%) 30(27)	Psicólogos n(%) 46(41)	Residentes n(%) 35(32)	Prueba	p
Edad n(%)					
26 a 45 años	1(3)	11(24)	34(97)	X^2	.0001*
36 a 45	11(37)	19(41)	1(3)		
46 a 55	15(50)	12(26)	0(0)		
56 a 65	3(10)	4(9)	0(0)		
Sexo n(%)					
Masculino	13(43)	4(9)	21 (60)	X^2	.0001*
Femenino	15(50)	42(91)	14 (40)		

Nota: * p =.001 NS = no significativa; x^2 = Chi cuadrada.

Cuadro 4. Asociación entre las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México D.F. 2009

	Malestar mental		Falta de vitalidad		Síntomas conductuales		Síntomas cognitivos		Insatisfacción laboral	
Exigencias psicosociales	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
1er Eje: Exigencias psicológicas										
Emocionales	3.60	1.28-0.01***	1.78	1.01-3.13*	3.59	1.28-10.06***	2.15	1.00-5.12**		
2° Eje: Calidad de liderazgo y apoyo social										
Pobre calidad de liderazgo	2.83	1.19-6.76***	1.65	1.00-2.76**	2.24	1.06-4.76**	2.33	1.00-5.60**		
Escaso apoyo social de jefes	1.39	1.07-1.81***	1.41	1.12-1.78**					3.08	1.41-6.73**
Falta de previsibilidad	2.33	1.40-3.88***	1.63	1.17-2.29**	2.11	1.31-3.41***	2.07	1.19-3.61**		
3er Eje: Equilibrio esfuerzo recompensa										
Falta de estima	2.11	1.12-3.95**	1.42	1.00-2.11*	1.82	1.03-3.23**				
Inseguridad	1.73	1.04-2.88**	1.94	1.23-3.07**	1.97	1.14-3.41**	1.39	1.12-1.72**	7.65	1.09-3.75**

Nota: RP = Razón de Prevalencia; IC = 95%; *p = ‹ .05; **p = < .01; ***p = ‹ .001.

1.41, IC95% 1.12-1.78) y el malestar mental (RP 1.39, IC95% 1.07-1.81). Dentro del segundo eje de análisis, la falta de previsibilidad mostró asociación estadísticamente significativa con: el malestar mental (RP 2.33, IC95% 1.40-3.88), con los síntomas conductuales (RP 2.11, IC95% 1.31-3.41), y con los síntomas cognitivos del estrés (RP 2.07, IC95% 1.19-3.61), así como con la falta de vitalidad (RP 1.63, IC95% 1.17-2.29). Tercer eje, del equilibrio esfuerzo-recompensa: se observó asociación estadísticamente significativa entre la inseguridad laboral y todas las dimensiones de salud: síntomas conductuales del estrés (RP 1.97, IC95% 1.14-3.41); la falta de vitalidad (RP 1.94, IC95% 1.23-3.07); el malestar mental (RP 1.73, IC95% 1.04-2.88) y los síntomas cognitivos del estrés (RP 1.39, IC 95% 1.12-1.72). Sin embargo, la asociación de mayor fuerza se observó entre la inseguridad y la insatisfacción laborales (RP 7.65, IC95% 1.09-53.75). Referente a la falta de estima, ésta se asoció en forma significativa con el malestar mental (RP 2.11, IC 95% 1.12-3.95), con los síntomas conductuales del estrés (RP 1.82, IC95% 1.03-3.23) y con la falta de vitalidad (RP 1.42, IC95% 1.00-2.11), como se aprecia en el cuadro 4.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de esta investigación se reportan con base en los ya mencionados tres ejes de análisis. Respecto al primer eje, los datos sugieren que el trabajo clínico de paidopsiquiatras, residentes y psicólogos del hospital, los expone a una alta exigencia emocional. Esta variable fue un excelente predictor para el malestar mental (sentimientos de ansiedad, desánimo y tristeza), para los síntomas conductuales (irritabilidad, agobio, trastornos del sueño) y para los síntomas cognitivos del estrés (dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, para acordarse de las cosas o pensar de forma clara) y para la falta de vitalidad (sentirse cansado, agotado, sin energía y sin vitalidad).

Nuestros resultados coinciden con el estudio comparativo entre médicos generales y psiquiatras serbios, que mostró un nivel de desgaste emocional importante en ambos grupos estudiados. Sin embargo, los psiquiatras serbios, a diferencia de los mexicanos, no presentaron síntomas de ansiedad, depresión o agotamiento. Los psiquiatras mexicanos percibieron un desarrollo profesional positivo, en contraste con los serbios que reportaron un desarrollo laboral deficiente.[22]

Es posible, como sugiere otro estudio en hospitales alemanes, que las exigencias difieran dependiendo de la especialidad médica. Para los médicos generales, las exigencias fueron más de orden cuantitativo, mientras que para los psiquiatras y psicólogos las exigencias de mayor peso fueron emocionales, con mayor impacto en las médicas.[23]

Con respecto al segundo eje de análisis, relacionado con la pobre calidad de liderazgo, los resultados sugieren que éste es un factor que contribuye a la presencia de malestar mental, a la falta de vitalidad y a los síntomas cognitivo conductuales del estrés. La revisión de la bibliografía reconoce la importancia del nuevo concepto de la calidad de liderazgo, a la que Senge[24] llama la quinta disciplina.

Esta perspectiva plantea la necesidad del crecimiento y aprendizaje de las personas junto con la organización, en donde se recomienda para la tarea de dirigir, más al líder que al jefe. Aquí se eliminan las estructuras organizacionales y de poder altamente jerarquizadas y el papel de la dirección y su calidad son cruciales para promover el crecimiento personal, la motivación, el bienestar y para crear ambientes más saludables y productivos para los trabajadores.

En las investigaciones realizadas principalmente en España, que han evaluado la salud laboral, se observó que una dirección de alta calidad es uno de los factores que exhibe una clara relación con el bienestar mental, con una alta vitalidad y con niveles adecuados de estrés.[25]

Además el estrés no es un problema tan sólo del individuo que lo padece, sino que representa un indicador o síntoma de que las cosas no marchan bien en la manera de organizar, de asignar las cargas de trabajo, de seleccionar o promocionar a los directivos clave, en los valores definidos,

en la cultura, o en el estilo de dirección, en el que se producen tales comportamientos.[26]

Nuestros resultados coinciden con el estudio de Fuß I. et al.,[27] que resaltó la formación en gestión como eje fundamental para establecer una cultura de desarrollo organizacional en los hospitales, además de considerar que la calidad de liderazgo y el apoyo social son factores indispensables para lograr una atmósfera positiva. Bajo este enfoque se deberán eliminar las estructuras jerárquicas, promover el trabajo en equipo y controlar las altas exigencias.

En el segundo eje de análisis sobresalió un factor que se sumó a los estresores ya identificados como nocivos; se trata de la falta de previsibilidad. Esta variable estuvo sujeta al sesgo histórico originado por los intentos de reubicación del hospital, que coincidió temporalmente con la recolección de datos. Es importante destacar que el HPI tiene una historia de lucha por defender el predio en el que se encuentra ubicado. Lo anterior fue medido por nuestra encuesta por medio del factor "falta de previsibilidad". Llama la atención que ocho de cada 10 encuestados declaró que las autoridades no brindan la información suficiente, adecuada y a tiempo a los empleados, para adaptarse a los cambios que pueden afectar su vida, refiriéndose a la reubicación del hospital como un factor de incertidumbre, inestabilidad y de falta de comunicación por parte de las autoridades con los trabajadores del hospital, causando en el personal clínico un incremento en sus niveles de estrés y muy probablemente afectando la calidad de la atención a los pacientes. La falta de previsibilidad mostró una clara relación con todas las dimensiones de salud estudiadas (con los síntomas de ansiedad, depresión, falta de vitalidad y con los síntomas cognitivo conductuales del estrés).

Este resultado es semejante al de numerosas investigaciones realizadas en Dinamarca, las cuales demostraron que la falta de previsibilidad se asocia con los peores indicadores de salud mental y de falta de vitalidad.[28]

La falta de apoyo social por parte de los jefes constituyó otra exposición de riesgo, ya que así lo manifestaron siete de cada 10 participantes. Según el modelo demanda-control-apoyo social, la alta exigencia, el poco control y el bajo apoyo social, son las situaciones de riesgo que mejor describen el trabajo de los clínicos del hospital.

La función del apoyo social cobra gran importancia en la prevención de riesgos psicosociales al actuar como moderador o protector de la salud frente a efectos estresantes; por ello los mandos altos y medios deberían desarrollar las habilidades suficientes para gestionar equipos humanos de forma saludable y eficaz.[29]

Nuestros resultados concuerdan con el estudio chileno que encontró relación significativa entre el apoyo social deficiente por parte de los jefes, el desgaste emocional y la falta de desarrollo profesional. En ese estudio se sugiere que esta circunstancia hace insuficiente la protección de la salud emocional del personal y contribuye al desarrollo de actitudes negativas hacia el paciente. Concluyen que un programa de reforzamiento de la capacidad de los jefes y supervisores para dar apoyo sería de bajo costo y podría tener un efecto altamente positivo en la calidad de la atención al paciente.[30]

Por lo que se refiere al tercer eje de análisis, el del equilibrio esfuerzo/recompensa, referente a la inseguridad laboral, llama la atención que a pesar de que la mayoría de los participantes (excepto los residentes) tiene una estabilidad laboral aceptable, ocho de cada diez encuestados declaró estar bastante preocupado por posibles variaciones o rezagos en su salario o por requerir un segundo empleo, o bien por lo difícil que sería hallar otro en caso de quedarse sin éste.

La seguridad en el trabajo es un aspecto fundamental del modelo de estrés laboral esfuerzo-recompensa. La base conceptual teórica fundamenta que la inseguridad laboral tiene repercusiones negativas en la salud de las personas. En una consulta de más de 23 mil trabajadores realizada en 16 países europeos, encontraron que el temor a perder el empleo incrementa el riesgo de tener problemas físicos y psíquicos. La prevalencia de inseguridad laboral fue más baja en España (14.2%) que en Francia (17.6%) y más alta en Hungría (40.4%), República Checa (41%) y Polonia (41.7%).[31]

Los trabajadores latinos parecen ser los más afectados por el nuevo orden global, en donde el empleo se basa en la economía informal. Un sondeo del Washington Post, la Fundación Kaiser Family y la Universidad de Harvard señaló que un 33% de los latinos expresó "ansiedad" por inseguridad laboral, en comparación con el 22% de los afroamericanos y el 20% de los blancos. En 2010, los hispanos conformaron el 17 por ciento de la fuerza laboral en el área de cuidados de la salud a domicilio, y el 15 por ciento en el de enfermería y cuidado residencial. La Organización Defensora de Derechos Humanos en Latinoamérica (DDHH) reconoció los daños colaterales no cuantificados y señaló las graves consecuencias para la salud mental y física (aumento del cáncer y la depresión en relación a la inseguridad laboral).[32] También los suecos comprobaron la relación entre la inseguridad laboral y la salud mental del personal administrativo en varios hospitales.[33]

Dentro del mismo tercer eje la estima que significa el respeto, el reconocimiento, el apoyo adecuado y el trato justo, se encontró asociada con padecer malestar mental, síntomas conductuales del estrés y falta de vitalidad. La suma de estas carencias y su interacción podrían ser el origen de un desequilibrio esfuerzo/recompensa en el trabajo de los clínicos.

Este modelo fue estudiado en trabajadores de la salud en Chile, en donde recomiendan promover la mejora salarial como factor protector ante la emergencia de síntomas depresivos. Concluyeron que es necesario dar atención a la población trabajadora del sector salud, debido a la importancia de su labor. Las complicaciones en el pronóstico de salud y vida laboral de estos trabajadores y en su productividad, repercute directamente en la calidad de la atención a los enfermos más allá de los costos de producción.[34]

Desde el punto de vista de la prevención, se trata de actuar allí en donde se han identificado las exposiciones de ries-

go ya que, como los demás problemas laborales, el estrés requiere ser controlado desde su origen: la organización nociva del trabajo. De acuerdo a esta visión, el dar a los profesionales la oportunidad de decidir cómo organizar sus tareas disminuye el impacto negativo en su salud y controla el estrés.[35]

Hasta ahora los esfuerzos del gobierno actual, en cuanto a la gestión de recursos humanos, han buscado sólo el aumento de la productividad como el fin primordial y último, ignorando que para lograr la tan anhelada productividad es necesario que las personas que la realicen gocen de salud tanto física como mental, así como es necesario el que sean vitales, recordando que el ser vitales implica algo más que estar vivos, pues abarca el crecimiento sistemático y la realización de las propias potencialidades físicas, espirituales, profesionales, sociales y económicas. En este escenario el trabajo significa el encauzamiento de nuestra energía vital, física, emocional y mental, por lo que el trabajar en ambientes saludables representa una forma sana de vivir y una condición de vitalidad.[36] La productividad no puede ser un fin en sí misma si ignora la salud física y mental de las personas.

En conclusión, los resultados pueden interpretarse bajo la influencia de dos variables generales que sería deseable se investiguen a profundidad a futuro. La primera está relacionada con el tipo de trabajo clínico especializado que realizan los paidopsiquiatras, psicólogos y residentes respecto de la salud mental y trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes que a menudo involucra aspectos familiares, escolares y sociales diversos. De ahí el impacto de las exigencias psicológicas emocionales a las que está sujeto el profesionista y su repercusión sobre el malestar mental y los síntomas conductuales de estrés.

La segunda resalta la reproducción de las formas nocivas de organización del trabajo, con énfasis en la inseguridad, falta de previsibilidad y la pobre calidad del liderazgo. Este ambiente laboral podría explicarse en parte por el contexto específico en que se desarrolló la investigación (reubicación del hospital). No obstante, es posible un efecto acumulado derivado de una década de inestabilidad en los cargos directivos y los correspondientes equipos de trabajo.

Es muy importante señalar que frente a este ambiente adverso los resultados apoyan la existencia de componentes humanizadores del trabajo que funcionan como factores protectores del personal clínico, ya que ocho de cada 10 trabajadores manifestaron posibilidades de desarrollo y afirmaron que las tareas y actividades que desempeñan en el hospital tienen un gran sentido.

Con el fin de mejorar la organización del trabajo en el HPI y crear ambientes más saludables para el personal, parece pertinente establecer los 10 puntos recomendados como estándares de oro para este fin: 1) Un programa estratégico para proteger la salud del personal del hospital. 2) Valorar y premiar el esfuerzo, los logros, las aportaciones, los resultados y no sólo la permanencia. 3) Asignar salarios justos acordes a las funciones desempeñadas y a su preparación. 4) Que los directivos y jefes intermedios resuelvan bien los conflictos, planifiquen bien su trabajo y logren establecer los canales de comunicación adecuados con sus subalternos. 5) Promover la estabilidad laboral. 6) Flexibilidad horaria acorde con las necesidades de las personas y no sólo de la producción. 7) Condiciones de trabajo que provean oportunidades de desarrollo, tareas variadas y con sentido. 8) Fomentar el trabajo en equipo, el apoyo social, evitar la competencia y las estructuras organizacionales y de poder altamente jerarquizadas. 9) Fortalecer la estima y el reconocimiento, incluyendo un plan de promoción de acuerdo a las expectativas de cada trabajador. 10) Alta predictibilidad (información a tiempo y suficiente acerca de los cambios y situaciones futuras en el hospital, que puedan afectar su vida).

Limitaciones del presente estudio

Los datos obtenidos aportan evidencias de validez de constructo, puesto que las asociaciones encontradas van en la misma dirección de las observadas en numerosas investigaciones que han utilizado este instrumento, pero no representan necesariamente relaciones causales, debido a que su diseño es transversal, y ello no permite asegurar la direccionalidad de dichas asociaciones. El tamaño muestral reducido impidió alcanzar significancia estadística en varios de los factores estudiados.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". A la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, al doctor Mariano Noriega Elío, profesor investigador de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, y a la doctora Blanca Estela Vargas Terrez, profesora investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría, porque sin su participación y apoyo no habría sido posible realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. **Frankenhaeuser M. A biopsychosocial approach to work life issues. International J Health Services. Planning, Administration, Evaluation 1989;19(4):747-58.**
2. **Grossi G, Theorell T, Jürisoo M, Setterlind S. Psychophysiological correlates of organizational change and threat of unemployment among police inspectors. Integrative Physiological Behavior Science 1999;34(1):30-42.**
3. **Karasek R. Job demands, job decission latitude and mental strain: implications for job redesign. En: Amick III B, Levine S, Tarlov A, Chapman A (eds.). Society and Health; 1995; pp. 115-148.**
4. **Comité OIT/OMS Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Informe del comité mixto OIT/OMS de medicina del trabajo. Novena reunión, Ginebra. [Seriada en línea] 1992; [7 páginas]. Disponible en: http//:www.who.int/occupational_health/globalestrategy/en/index4html. Consultado septiembre 23,2008.**
5. **Lima C, Juárez A, 2008. Un Estudio Exploratorio Sobre Estresores Laborales en Conductores de Transporte Público Colectivo en el Estado de Morelos, México. Cienc Trab. 2010; (30): 126-131.**
6. **Aldrete M, Preciado M, Franco S, Pérez J, Aranda C. Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout. Diferencias entre hombres y**

mujeres docentes de secundaria, zona metropolitana de Guadalajara, México. Cienc Trab 2010;(30):138-142.
7. Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. [Seriada en línea] 2002. Disponible en: www.istas.net/copsoq/ficheros/documentos/manual_metodo.pdf. Consultado noviembre 25, 2008.
8. Di Martino V, Karasek R. Preventing stress at work. (NIOH's questionnaire 1996). Conditions of work digest 1992. Existe una traducción al castellano en: INSHT. [Seriada en línea] 1992; 11:2. Disponible en: http//:www.fecoma.es/PDFs/Areas/SaludLaboral/IIIforo.pdf Con-sultado noviembre 29,2008.
9. Breilh J. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Quito, Ecuador: Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de Quito; 1991.
10. Kaseburg M, Chahal N, Duan S, Smailes E. Changing the workplace: Improving mental health of hospital workers summary of work conditions results from the Baseline Survey 2008. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in British Columbia. 2008. Disponible en: http//www.ohsah.bc.ca/media/Changing the workplace Phase II Brief Report.pdf. Consultado noviembre 25, 2008.
11. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. México: Comisión Coordinadora de Institutos Naciona-les de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Secretaría de Salud. Gobierno Federal. Estados Unidos Mexicanos; primera edición; 2008.
12. Moncada S, Llorens C. Organización del trabajo, Factores Psicosociales y Salud, Barcelona, España: Experiencias de prevención [Seriada en línea] 2007; [3páginas].Disponible en: http://www.istas.ccoo.es/descargas/Conclusiones V Foro ISTAS. Consultado diciembre 9, 2008.
13. AMIS's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø (NIOH's questionnaire on psychosocial work environment). Copenhagen: Arbejdsmiljø instituttet; 2000.
14. Ibidem 3. Karasek R. Job demands, job decission latitude and mental strain: implications for job redesign. En: Amick III B, Levine S, Tarlov A, Chapman A (eds.). Society and Health; 1995; pp. 115-148.
15. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988;78:1336-1342.
16. Hanson EKS, Schaufeli W, Vrijkotte T, Plomp NH et al. The validity and reliability of the Dutch effort-reward imbalance questionnaire. J Occupational Health Psychology 2000;5:142-155.
17. Niedhammer I, Siegrist J, Landre M, Goldberg M et al. Etude des qualities psychométriques de la version francaise du modèle du D'équilibre Efforts/Récompenses. Revue d'Epidemiologie et de Santé publique 2000;48 :419-437.
18. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF 36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF 36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clínica 1995;104(20):771-776.
19. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston, MA: New England Medical Center. The Health Institute; 1993.
20. Setterlind S, Larsson G. The stress profile: a psychosocial approach to measuring stress. Stress Med 1995;11:85–92.
21. Nowack KM. (1994). Psychosocial predictors of health, job satisfaction and absenteeism: Results of two prospective studies. Los Angeles, CA: American Psychological Association National Convention, 1994.
22. Vićentić S, Jovanović A, Dunjić B, Pavlović Z et al.. Professional stress in general practitioners and psychiatrists-the level of psycologic distress and burnout risk. Opsta bolnica, Sabac, Odeljenje psihijatriju, Sabac, Srbija 2010;67(9):741-6.
23. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D et al. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. BMC Public Health 2008;8-353.
24. Senge P. Liderazgo y organizaciones que aprenden (III Congreso Internacional sobre Dirección de Centros Educativos). Bilbao: ICE de la Universidad de Deusto; 2000; 53:459-471.
25. Conclusiones del V Foro ISTAS de Salud Laboral. Organización del trabajo, factores psicosociales y salud. Barcelona. [Seriada en línea] 2007. Disponible en: http://www.istas.ccoo.es/descargas/Consultado enero 9, 2009.
26. Piñuel I. El management tóxico. 20 propuestas para erradicar directivos psicosocialmente tóxicos. Universidad de Alcalá. Autor del libro "Mobbing. ¿Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo" Artículo publicado en "La Mutua" nº 9 15.12.2003.
27. Ibidem, 23. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D et al. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. BMC Public Health 2008;8-353.
28. Kristensen TS, Borg V, Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment. Results from a Danish study. Scan J Public Health 2002;30:41-48.
29. Ibidem 15. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 1988;78:1336-1342.
30. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F et al. Burnout y apoyo social en personal del servicio de salud. Ciencia Enfermería Chile 2009;XV(2):55-68.
31. Laszlo KD. La inseguridad laboral como determinante de mala salud mental. Instituto Karolinska Suecia. Resultado de tres estudios. Social Science & Medicine. [Seriada en línea] 2009; 1: [4 páginas]. Disponible en: www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2011.v28.n3.pdf. Consultado marzo 10, 2011.
32. Ponce A. Crisis mundial y desempleo: Violación masiva de derechos laborales, nuevas formas de organización y lucha sindical. [Seriada en línea] 2011; [6 páginas]. Disponible en: www.kaosenlared.net/noticia/crisis-mundial-esempleo-violacion-masiva-derechos-laborales-nuevas-formas-deorg. Consultado marzo 18, 2011.
33. Torkelson E. Insecurity and lack of control in a changing organization. Social Sciences, Department of Psychology. Lund University Sweden. [Seriada en línea] 2008; [6 páginas]. www.lunduniversity.lu.se/o.o.i.s?id=24732&postid=1539119. Consultado marzo 28, 2011.
34. Canepa C, Briones JL, Pérez C, Vera A et al. Programa Fogarty, Mount Sinai University, NY, USA. Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. 2° Foro de las Américas en Investigación sobre factores psicosociales. Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Concepción y perspectiva local de un fenómeno global. 2008.
35. Castellá JL. Calidad y servicios de prevención de riesgos laborales. Medicina y seguridad en el trabajo. [Seriada en línea] 2011; [216 páginas]. 2009; Disponible en: www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135...script=sci_arttext Consultado abril 19, 2010.
36. Casares D. Colección empresarial. Planeación de vida y carrera. Vitalidad personal y organizacional. Desarrollo Humano y crisis de madurez. México: Segunda edición, Limusa; 2005.

Artículo sin conflicto de intereses