

Factores psicosociales

Factores de riesgo psicosociales del trabajo en médicos de una Empresa Social del Estado en Cartagena de Indias, Colombia

Psychosocial risk factors in medical personnel of a health service in Cartagena de Indias, Colombia

Irma Y. Castillo ^{Á1}; Mara Santana ^{B2}; Adelaida Valeta ^{V3}; Luis R. Alvis ^{E4}; Elizabeth Romero ^{M5}.

- ¹ Enfermera, especialista en gerencia en salud, MSc en salud pública, profesora auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: icastilloa@unicartagena.edu.co
- ² MD, Cirujano, especialista en salud ocupacional, ESE Cartagena de Indias, Colombia. Correo electrónico: marasantanab@hotmail.com
- ³ Bacterióloga, especialista en salud ocupacional, Laboratorio de salud pública distrital de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: adelaida_vale@hotmail.com
- ⁴ Economista, MSc en salud pública, Universidad de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: lalvis20@yahoo.com
- ⁵ Enfermera, magíster en enfermería, Universidad de Cartagena, Colombia. Correo electrónico: eromerom@unicartagena.edu.co

Recibido: 27 de Julio de 2011. Aprobado: 23 de septiembre de 2011.

Castillo IY, Santana M, Valeta A, Alvis LR, Romero E. Factores de riesgo psicosociales del trabajo en médicos de una Empresa Social del Estado en Cartagena de Indias, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(4): 363-371

Resumen

Objetivo: identificar variables asociadas a factores de riesgo psicosociales del trabajo en médicos de una Empresa Social del Estado (ESE) localizada en Cartagena de Indias. **Metodología:** se realizó un estudio de corte. Población: 197 médicos de consulta externa y urgencias trabajadores de la ESE. Para medir los factores psicosociales se utilizó el Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales del trabajo (ISTAS21), adaptación al español del Cuestionario psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17®, aplicando la prueba no paramétrica Mann-Whitney U para estimar asociaciones entre variables. **Resultados:** participaron 170 médicos. El 88.8% presentó una exposición favorable para la salud en

las dimensiones: apoyo social y calidad de liderazgo y doble presencia. El 69,4% presentó exposición desfavorable en la dimensión *inseguridad*. Los médicos generales se encuentran en condiciones más desfavorables que los especialistas en las dimensiones: *inseguridad* y *doble presencia* (Prob. Mann-Whitney U < 0,05). Los médicos de consulta externa tienen más deterioro en las dimensiones: *apoyo social* y *calidad de liderazgo* que los del área de urgencias (Prob. Mann-Whitney U < 0,05). Los médicos de estratos más altos presentan una mayor desfavorabilidad que los de estratos más bajos en la dimensión: *exigencias psicológicas* (Prob. Mann-Whitney U < 0,05). -----**Palabras clave:** riesgos laborales, estrés laboral, prevalencia, médicos, trabajo.

Abstract

Objective: to determine the variables associated with psychosocial risk factors among the doctors of a state-owned social welfare enterprise providing health services in Cartagena. **Methodology:** a cross-sectional study on a population of 197 doctors from the enterprise's outpatient and emergency services. The ISTAS21 questionnaire, a Spanish adaptation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), was used to assess psychosocial factors. Statistical analysis was performed using the program SPSS® version 17, and the non-parametric Mann-Whitney U test was applied to estimate the associations between variables. **Results:** 170 doctors participated in this study; 88.8% of which had favorable exposure to risk factors in the following dimensions:

social support and quality of leadership and Double presence. 69.4% showed adverse exposure in the insecurity dimension. In the dimensions *Insecurity* and *Double Presence*, general practitioners were in worse conditions than specialists (Mann-Whitney U Prob<0.05). Additionally, doctors from the outpatient service showed more deterioration in the *social support and quality of leadership* dimensions than those from the emergency service (Mann-Whitney U Prob<0.05). As for the *psychological demands* dimension, doctors from higher socioeconomic strata showed higher unfavorable scores than those from lower strata (Mann-Whitney U Prob<0.05).

-----**Keywords:** occupational risks, occupational stress, prevalence, doctors, work.

Introducción

El trabajo es la base y fundamento de la vida social e individual. Es la actividad por medio de la cual el hombre se relaciona con la naturaleza para satisfacer sus necesidades y desarrollarse. La protección de la vida, de la salud e integridad física de las personas en el trabajo, es un proceso dinámico que conlleva a centrar la atención en la seguridad, higiene y medicina del trabajo [1].

La tendencia actual frente a los riesgos del trabajo consiste en extremar las medidas para evitar las lesiones y enfermedades y preservar la salud del trabajador [2]. De los factores de riesgo más incontrolables en el mundo laboral son los de origen psicosocial. Estos factores se definen como las interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo [3]. Los factores psicosociales incluyen los aspectos intralaborales y extralaborales, así como las condiciones individuales del trabajador, los cuales al interactuar entre sí influyen en la salud y el desempeño de los individuos [4].

Los riesgos psicosociales se pueden identificar en los puestos de trabajo y se clasifican de acuerdo a algunos autores en seis grandes grupos (CoPsoQ). Uno de estos grupos se denomina: *exigencias psicológicas del trabajo*, las cuales tienen una doble vertiente: cuantitativa y cualitativa [5]. Desde el punto de vista cuantitativo, las exigencias psicológicas se refieren al volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde. Desde el punto de vista cualitativo, las exigencias psicológicas se refieren a algunos aspectos de la natura-

leza psicológica como son el trabajo emocional, trabajo cognitivo o el trabajo sensorial [6, 7].

Un segundo grupo de factores psicosociales de riesgo se incluyen en la dimensión: *trabajo activo y desarrollo de habilidades*, el cual hace referencia al control sobre el contenido del trabajo e implica dos subdimensiones: oportunidades que el trabajo ofrece para desarrollar las habilidades propias y dedicarse a aquello que mejor se sabe hacer (trabajos creativos y variados); y la influencia (o autonomía) o capacidad de decisión sobre las propias tareas y sobre las de la unidad o departamento donde se está asignado [5, 8].

La *inseguridad en el trabajo* constituye el tercer grupo de factores. Esta dimensión explica que existen fuertes evidencias de que la inseguridad en el empleo, la temporalidad y, en general, la precariedad laboral se relacionan con múltiples indicadores de salud. Sin embargo, con esta dimensión se pretende ir más allá de la inseguridad contractual (lo que representa una innegable causa de estrés y de los diversos trastornos de salud que con él se relacionan) para incluir la inseguridad sobre otras condiciones de trabajo tales como la movilidad funcional y geográfica, los cambios de la jornada y horario de trabajo, el salario, la forma de pago y la carrera profesional [9].

El *apoyo social y calidad de liderazgo* representan otro grupo de factores psicosociales de riesgo en el trabajo. El apoyo social se constituye en un aspecto funcional de las relaciones laborales lo que implica recibir la ayuda adecuada de compañeros y superiores para sacar el trabajo adelante [10, 11].

Muchos trabajadores deben combinar sus responsabilidades laborales con el trabajo doméstico, esta constituye la quinta dimensión, que se ha denominado: *doble presencia*. Las mujeres trabajadoras, en especial, se responsabilizan y realizan la mayor parte del trabajo familiar y doméstico, con lo que efectúan un mayor esfuerzo

de trabajo total en comparación con los hombres [11]. Estas desigualdades entre hombres y mujeres respecto a las condiciones de trabajo y a la cantidad de trabajo realizado se manifiestan en desigualdades en salud entre hombres y mujeres [12]. Esta “doble jornada” laboral de la mayoría de mujeres trabajadoras es en realidad una “doble presencia”, pues las exigencias de ambos trabajos, el productivo y el familiar y doméstico, son asumidas cotidianamente de manera sincrónica, porque ambas exigencias coexisten de forma simultánea. La organización del trabajo productivo, la cantidad de tiempo a disposición y el margen de autonomía sobre la ordenación del tiempo puede facilitar o dificultar la compatibilidad de ambos.

El último de los componentes de los riesgos psicosociales es la *estima*. En este componente se incluyen los factores del modelo *esfuerzo - compensaciones*. La estima incluye el reconocimiento de los superiores y del esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo, recibir el apoyo adecuado y un trato justo en el trabajo [13].

Estos son los grandes grupos de factores de riesgo psicosociales que hay que incluir en las evaluaciones de riesgo. Estos grandes grupos de factores de riesgo psicosocial pueden ser formulados en unidades más pequeñas y de menor complejidad conceptual, más abordables para los agentes sociales en la empresa, lo que facilita la búsqueda de alternativas organizativas y las intervenciones preventivas. Esta es la orientación del COPSOQ y del CoPsoQ-istas21 [12].

En la actualidad, algunos estudios señalan que en países desarrollados parece estar dándose un relativo estancamiento de la incidencia de los riesgos laborales tradicionales, mientras que asciende la prevalencia de enfermedades multicausales, relacionadas con el trabajo y en particular los síntomas asociados al estrés [13-15].

En el estudio de Monte se concluyó que el 22,5% de los trabajadores que se perciben expuestos a factores de riesgo psicosocial, tales como sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración presentan porcentajes de respuesta significativamente mayores en sintomatología psicósomática en tanto el trabajo está afectando a su salud [16].

También, el estudio realizado por Molina, encontró que los médicos manifestaron padecer estrés en un 68,4%, considerándose el mayor problema que padecen, esto en relación con el exceso de carga laboral (presión asistencial excesiva/cupos excesivos) a los que debían someterse en su jornada laboral ordinaria [17, 18].

En Colombia se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, algunos de los retos que se presentan para los interesados en estas temáticas son validar en el contexto colom-

biano los modelos e instrumentos ya probados en otros países; elaborar mapas con los riesgos más comunes discriminados por ocupaciones, sectores, géneros, etc.; e investigar las relaciones entre riesgos y consecuencias en distintas problemáticas y niveles del funcionamiento humano, contemplando factores moderadores y contextuales [4].

Por lo anterior, el presente estudio se propuso identificar los factores de riesgo psicosociales en el trabajo, presentes en los médicos de la ESE Cartagena de Indias y algunas variables asociadas.

Metodología

Se realizó un estudio de corte, analítico. La población estuvo conformada por 197 médicos, que trabajaban en diferentes jornadas con una ESE de Cartagena de Indias. Se incluyeron todos los médicos que desearon participar, tanto los de la consulta externa como del servicio de urgencias, representando el 86% del total.

Se aplicó una encuesta sociodemográfica para recolectar información básica de los participantes. Además, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ), que es la adaptación española del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Este instrumento está diseñado para identificar y medir la exposición a seis grandes grupos de factores de riesgo para la salud de naturaleza psicosocial en el trabajo; es decir, aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la salud. Está diseñado para cualquier tipo de trabajo en el mundo laboral occidental. El cuestionario incluye 6 dimensiones psicosociales, que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el mundo del empleo actual: (1. Exigencias psicológicas; 2). Trabajo activo y posibilidades de desarrollo; 3). Inseguridad; 4). Apoyo social y calidad de liderazgo; 5). Doble presencia; y 6). Estima. Utiliza la técnica del cuestionario individual. Es anónimo, confidencial y de respuesta voluntaria. Permite la adaptación del cuestionario a la realidad de la unidad objeto de evaluación. Es una metodología de utilización pública y gratuita, cuyos resultados permiten detectar áreas de mejora y el desarrollo de alternativas más saludables de la organización del trabajo [8].

El mismo instrumento contiene un instructivo que facilita al investigador interpretar de manera rápida y eficiente los resultados de la prueba. Permite categorizar la población como un semáforo, siendo verde: exposición a condiciones psicosociales del trabajo favorables, amarillo: exposición a condiciones psicosociales del trabajo intermedias y rojo: exposición a condiciones psicosociales del trabajo desfavorables.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17®. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, medias e intervalos de confianza. Se utilizó la prueba no paramétrica Mann-Whitney U con el fin de estimar asociaciones entre variables. Para el contraste de medias, la edad de los médicos se clasificó en: menores o igual a 30 años y mayores de 30 años; el estado civil se dicotomizó con pareja y sin pareja; la formación se dividió en generales y especialistas; el área de servicio en consulta externa y urgencias; el número de personas a cargo, en mayor o igual a 3 y menor de 3 y el estrato socioeconómico en 2 y 3, y estrato 4 y 5 [1, 19].

Los médicos diligenciaron en forma individual y anónima el cuestionario en su lugar de trabajo, bajo la supervisión de una persona adscrita a la investigación, quien previamente les explicó los objetivos del estudio, solicitó la participación voluntaria y les pidió responder lo más sincero posible.

Todos los ítems tenían cinco categorías de respuesta: “siempre / muchas veces / algunas veces / solo alguna vez / nunca”, excepto el primer ítem de la escala de doble presencia (¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?), para el que las categorías de respuesta son: “soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas / hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas / hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas / sólo hago tareas muy puntuales / no hago ninguna o casi ninguna de estas tareas”; y los cuatro ítems de la escala de inseguridad, para las que las categorías de respuesta son: “muy preocupado / bastante preocupado / más o menos preocupado / poco preocupado / nada preocupado” [12].

Después de recolectar la información se le dio puntuación a cada categoría de respuesta, seguidamente estos puntos se sumaron por participante, luego por apartado y se compararon con la tabla en la que aparecieron intervalos de puntuación que se ven en las tres columnas (semáforo); así, es posible apreciar la situación de exposición para la salud (verde, amarillo o rojo) de las 6 dimensiones psicosociales en los médicos en la ESE Cartagena de Indias.

Asimismo, para la realización de esta investigación se solicitó la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y del coordinador de la relación docencia - servicio de la ESE de Cartagena de Indias. Adicionalmente, los médicos firmaron el consentimiento informado como lo disponen las normas colombianas para la investigación en salud (Resolución 08430 de 1993) [20] y los principios éticos para la investigación con seres humanos con-

tenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

Características socio demográficas y laborales

De los 197 médicos que potencialmente podrían participar en el estudio, 170 completaron el cuestionario. El promedio de edad de este grupo es de 36 años (D.E.=11,3). El número de hijos promedio es de 1 a 2, conviven en sus hogares con 3 personas en promedio y tienen a su cargo 2 personas. El 73% de los encuestados no realizó otro estudio diferente al de la disciplina que ejerce. En relación con el estrato socioeconómico, el 55,9% pertenece al estrato 3 y el 37,6% al estrato 4 (tabla 1).

Tabla 1. Sexo, procedencia y estado civil de los médicos de la ESE Cartagena de Indias, 2010.

Variables	N	%
Sexo		
Hombres	95	55,9
Mujeres	75	44,1
Procedencia		
Urbana	135	79,4
Rural	35	20,6
Estado civil		
Casado	100	58,8
Soltero	59	34,7
Unión libre	8	4,7
Separado	3	1,8
Número de empresas donde labora		
1	100	58,8
2	59	34,7
3	8	4,7
4	3	1,8
Área donde labora		
Urgencias	88	51,8
Consulta externa	82	58,2
Total	170	100

Exposición a factores de riesgo psicosociales

Tabla 2. Exposición a factores de riesgos psicosociales de médicos de una ESE en Cartagena de Indias, 2010.

Apartado	Dimensión psicosocial	Puntuaciones para la población ocupada de referencia		
		Verde De 0 a 7	Amarillo De 8 a 10	Rojo De 11 a 24
1	Exigencias psicológicas	114	48	8
		67,0%	28,2%	4,8%
		26-40	21-25	0-20
2	Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	95	51	24
		55,8%	30,0%	14,2%
		0-1	2-5	6-16
3	Inseguridad	8	44	118
		4,7%	25,8%	69,5%
		29-40	24-28	0-23
4	Apoyo social y calidad de liderazgo	151	11	8
		88,8%	6,4%	4,8%
		0-3	4-6	7-16
5	Doble presencia	151	16	3
		88,8%	9,4%	1,8%
		13-16	11-12	0-10
6	Estima	110	29	31
		64,7%	17,0%	18,3%

Exigencias psicológicas

En este apartado se pudo conocer que el 67,0% de los médicos de la ESE tienen una mayor exposición favorable, el 28,2% una exposición intermedia y el 4,7% restante presenta una exposición desfavorable para este factor de riesgo.

Del total de participantes, el 55,3% considera que nunca labora muy rápido, mientras que 14,7% dicen hacerlo muchas veces. El 70,6% afirmó que la distribución de las tareas nunca provoca acumulación de las mismas.

La tercera parte de los médicos evaluados afirma que solo alguna vez olvidan los problemas del trabajo, mientras que la cuarta parte afirma nunca olvidarlos. Al indagar si el trabajo es desgastante emocionalmente el 30,6% considera que sólo alguna vez. La cuarta parte de los médicos afirma nunca esconder sus emociones mientras que un tercio de ellos solo alguna vez. Del mismo modo, el 13,5% manifiesta esconder sus emociones muchas veces.

No existen diferencias entre los médicos que laboran en más de una empresa y aquellos que solo laboran en la ESE, en relación con el nivel de exposición de exigencias psicológicas (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$). Del mismo modo, no existen diferencias por sexo en cuanto al nivel de exposición de exigencias psicológicas (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Trabajo activo y posibilidades de desarrollo

Los resultados obtenidos en esta dimensión corresponden a una exposición favorable del 55,8%, exposición intermedia de 30,0% y una exposición desfavorable del 14,1%.

El 41,2% de los médicos manifestaron que siempre tienen influencia sobre la cantidad de trabajo que se les asigna y el 38,8% afirma que nunca la tienen. En lo relacionado con que se tenga en cuenta su opinión, el 32,4% respondieron que siempre sus superiores y compañeros la tienen en cuenta, el 29,4% manifiesta que muchas veces. Asimismo, el 62,9% manifiesta que siempre tiene

influencia sobre el orden en el que realizan las tareas asignadas.

La exposición desfavorable podría estar relacionada con el tiempo de descanso, el 70,6% de los participantes afirma que nunca puede decidir cuándo realizar un descanso. Sobre el evento que se presente algún asunto personal o familiar, que implique dejar su lugar de trabajo al menos una hora, sin tener que pedir un permiso especial, el 84,7% afirma que nunca podrían hacerlo.

En relación con la iniciativa en el trabajo, el 71,8% afirmó que siempre tiene iniciativa y el 15,9%, afirma que muchas veces. El 60%, de los participantes en el estudio afirmó que siempre su trabajo les permite aprender cosas nuevas.

Acerca del compromiso con su profesión, el 93,5% afirman que siempre están comprometidos con ella. El 76,5% de los participantes siempre consideran que sus tareas tienen sentido, mientras que el 17,6%, informa que muchas veces. El 30,6% dicen hablar con entusiasmo a otras personas de la empresa donde laboran, pero un 28,8% lo hacen solo alguna vez.

El trabajar en más de 2 empresas no aumenta la exposición al riesgo psicosocial de trabajo activo y posibilidades de desarrollo, así como no hay asociación entre el sexo y el nivel de exposición (Prob. Mann-Whitney $U < 0,05$).

Inseguridad

La dimensión con una exposición más desfavorable para la salud fue inseguridad con un 69,4%; la cuarta parte de los médicos presentó una exposición intermedia y solo el 5% tuvo una exposición favorable.

Del total de participantes, la tercera parte dice no preocuparse por la dificultad de encontrar empleo en caso de quedar cesantes, mientras que uno de cada cinco sí se preocuparía. El 39,4% de los médicos afirmó que no le preocupa para nada si les cambian las tareas en contra de su voluntad.

Cerca de la mitad de los participantes dice estar muy preocupado por la variación de su salario. En relación con los cambios de horario, el 30,0% afirma no preocuparse, pero uno de cada cinco médicos sí muestra preocupación.

Los médicos que laboran en 2 o más empresas reportan un mismo nivel de exposición a la inseguridad que aquellos que solo laboran en la ESE, así como los hombres y mujeres (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Apoyo social y calidad de liderazgo

En cuanto al apoyo social y calidad de liderazgo, se apreció una exposición favorable del 88,2%, una exposición intermedia de 6,4% y una exposición desfavorable del 4,7%. El 74,7% de los participantes siempre saben qué margen de autonomía tienen en su trabajo y el 18,8% solo alguna vez. El 80,6% afirma que siempre

conoce exactamente qué tareas son de su responsabilidad.

Al 27,1% de los participantes siempre se les informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar su futuro y un 22,4% afirma que solo alguna vez. Acerca de la recepción de la información, el 34,7% de los participantes afirman que siempre reciben la información necesaria para hacer bien su trabajo, pero el 20,6% solo algunas veces.

En lo relacionado con ayuda y apoyo de sus compañeras y compañeros, el 44,7% de los participantes siempre la recibe y la misma proporción afirma que siempre lo reciben.

Con respecto a si el lugar de trabajo se encuentra aislado del de sus compañeros de trabajo, el 85,3% afirma que nunca está aislado. El 72,4% siempre siente que forma parte de un grupo, mientras que el 1,8% siente que nunca forman parte de un grupo. Asimismo, el 58,2% de los participantes afirma que sus jefes inmediatos siempre planifican bien el trabajo.

Acerca de la comunicación del jefe con los trabajadores, el 64,7% afirma que siempre se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras.

Se encontró un mayor deterioro de la dimensión apoyo social y calidad de liderazgo entre los médicos de la consulta externa que entre los que laboran en el servicio de urgencias.

Los médicos participantes presentan un nivel similar de exposición en esta dimensión independiente si laboran en una o más empresas o si son mujeres o hombres (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Doble presencia

El 88,8% de los encuestados presentó una exposición favorable, el 9,4% exposición intermedia, y solo el 1,7% desfavorable. En cuanto a las tareas domésticas en su ausencia, el 80% afirma que nunca se quedan sin realizar y la misma proporción nunca piensa en las tareas domésticas cuando está en el trabajo, mientras que el 12,2% alguna vez lo hace. El 65,9% de los participantes afirman que nunca necesitan estar en la empresa y en la casa a la vez y el 18,9% alguna vez lo ha necesitado.

No se presentó asociación entre el nivel de exposición desfavorable en la dimensión de doble presencia y la tenencia de pareja, como tampoco se encontró asociación con el número de personas dependientes (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Estima

Dos terceras partes de los médicos encuestados presentaron exposición favorable, el 18,2% muestra una exposición desfavorable y el 17% intermedia. En lo relacionado con el reconocimiento por parte de sus superiores, la mitad de los participantes afirman que siempre reciben el reconocimiento que se merecen; solo el 4,1%

afirma nunca recibirlo. Sobre el apoyo recibido por los superiores en situaciones difíciles, el 42,4% de los participantes muchas veces lo recibe.

El 67,1% de los participantes consideran que nunca son tratados injustamente, mientras que la quinta parte de ellos afirman que al menos alguna vez lo han considerado.

Acerca del reconocimiento adecuado en el trabajo, el 42,9% de los participantes afirma que siempre recibe el reconocimiento adecuado, pero el 6,5% afirma que nunca lo reciben.

El nivel de exposición en esta dimensión es similar entre los médicos que laboran en una o más empresas y entre hombres y mujeres (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Relación entre la exposición a los factores de riesgo psicosociales y algunas características demográficas y laborales

Al relacionar el nivel de formación con los niveles de exposición a cada uno de los factores, se observó que los médicos generales se encuentran en condiciones significativamente más desfavorables que los especialistas en relación con las dimensiones de inseguridad y doble presencia (Prob. Mann-Whitney $U < 0,05$).

Con respecto al área de trabajo, se encontró que los médicos de consulta externa presentan mayor deterioro en la dimensión de apoyo social y calidad de liderazgo en contraste con aquellos que laboran en el área de urgencias (Prob. Mann-Whitney $U < 0,05$).

El nivel socioeconómico se encuentra relacionado con el factor *exigencias psicológicas*, dado que los médicos de estratos más altos presentaron una condición de desfavorabilidad significativamente mayor que los médicos de estratos más bajos (Prob. Mann-Whitney $U < 0,05$).

Las condiciones de los factores psicosociales en los médicos no se encuentran asociadas con la edad, la tenencia de pareja y el número de personas a cargo (Prob. Mann-Whitney $U > 0,05$).

Discusión

Todos los factores de riesgo psicosociales se hacen presentes en la población médica de la ESE estudiada, siendo más prevalente la exposición desfavorable a la Inseguridad.

La población de médicos de la ESE es relativamente joven, si se tiene en cuenta que la mayoría tienen edades iguales o menores a 40 años, siendo las edades inferiores o iguales a 30 años las que más predominan. Por el contrario, la población médica mayor de 50 años es muy baja. La edad, aunque parece no influir en la aparición de los factores psicosociales, sí se ha descrito un período

de sensibilización, debido a que en los primeros años de carrera profesional, el profesional es especialmente vulnerable, por ser un periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que, tanto las recompensas personales como las profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas [17].

La mayor proporción de los participantes son del sexo masculino, lo que contrasta con el estudio realizado en Cataluña –España, donde la participación de los hombres es baja, colocándose el sexo femenino como el de mayor participación [21]; este dato también coincide con las estadísticas de médicos generales egresados en Colombia en 2006, donde se presenta una mayor proporción de mujeres [22]. Esta cantidad indica que la situación de la ESE es contraria a la tendencia de participación por sexos de los últimos años, en la que se nota una clara feminización de la profesión médica.

De los evaluados, la mayoría solo poseen pregrado de medicina; la proporción de médicos que se han especializado en alguna disciplina es muy baja. En relación con lo anterior, un gran porcentaje de los médicos podría experimentar desventajas de tipo salarial, debido a que no poseen una especialización que permita incrementar sus ingresos, objetivo que solo alcanzarían trabajando más horas al día y exponiéndose a mayores factores de riesgo. Asimismo, esta distribución de los médicos de la ESE concuerda con las estadísticas nacionales que demuestra que la población de médicos con alguna especialidad es baja si se tiene en cuenta a toda la comunidad de médicos generales [22].

En el grupo de estudio se observó un gran porcentaje con responsabilidades familiares y personas a cargo. Esto reviste especial interés pues a mayores responsabilidades, más probabilidades de exposición desfavorable a factores de riesgo psicosociales [21].

Asimismo, la mayor proporción de médicos evaluados laboran en el servicio de urgencias, por lo tanto, se puede considerar que estos están sometidos a un estrés mayor al de la práctica médica en otras áreas (consulta externa) como lo argumenta el estudio de Reyes M. [23].

La mayoría de los médicos evaluados consideraron desfavorable la relación de estabilidad laboral y probabilidad de quedar cesante en su labor, coincidiendo con estudios como el de Sapir M y colaboradores, adelantados en Polonia, donde se indica la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos: una tendencia que puede estar relacionada con la transformación socioeconómica del país y con los consiguientes aumentos de paro, inseguridad en el empleo y descenso de los niveles de vida [24]. Una situación que puede acentuar la condición de exposición desfavorable, relacionada con la seguridad en el empleo, es la ausencia de estudios de postgrados,

lo que explicaría porque se encontró que los médicos generales presentaron una exposición más desfavorable en la dimensión de *inseguridad* que la de aquellos que sí han cursado estos estudios.

Se considera que los médicos participantes tienen una exposición favorable en lo relacionado con el *trabajo activo y las posibilidades de desarrollo*, el 41,2% manifestaron tener influencia sobre la cantidad y el orden en que realizan el trabajo; aunque es desfavorable en tanto la mayoría de ellos no pueden dejar su trabajo para resolver asuntos personales o familiares si no solicitan permiso especial y decidir el momento de realizar un descanso. Lo anterior es contrario a lo planteado por Karasek R, quien en el estudio de modelo Demanda-Control-Support detalla la relación existente entre factores psicosociales y enfermedades en el trabajo, e identifica como principales causas la demanda excesiva de trabajo y el control sobre esta [25]. De forma similar, el estudio realizado por Molina A, encontró que los médicos manifestaron padecer estrés en un porcentaje alto, relacionado igualmente al exceso de carga laboral (presión asistencial excesiva/cupos excesivos) a los que debían someterse en su jornada laboral ordinaria [17].

El principal factor de riesgo psicosocial al que están sometidos los facultativos de este estudio, es la sobrecarga de trabajo. La mayoría del personal médico afirma tener sobrecarga de trabajo, debido principalmente a dos factores: a) los centros asistenciales están masificados, o b) la fuerte presión asistencial existente para reducir las listas de espera. Los entrevistados indican que esta sobrecarga es debida a una inadecuada organización de los servicios sanitarios, más que a una cantidad excesiva de trabajo. Esto se aprecia en el estudio “Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos”, quienes expresan que más que sobrecarga de trabajo, hay mucha desorganización, que simula la sobrecarga [26]. Para esta dimensión, se encontró que el estrato socioeconómico más alto se relaciona con una mayor condición de desfavorabilidad.

La mayoría de los médicos de la ESE están expuestos a una situación más favorable para la salud, respecto a la calidad de liderazgo. Los médicos afirman que los jefes inmediatos siempre planifican y asignan bien el trabajo, resuelven bien los conflictos y se comunican bien con trabajadores y trabajadoras. Es así como, los resultados de esta investigación muestran que un porcentaje bajo de los médicos evaluados están expuestos desfavorablemente a los factores de riesgo psicosocial con mala compensación laboral y poco reconocimiento que podrían configurar estrés y otras afecciones de salud; al igual que lo afirmado por Kivimaki M, cuyo estudio indica que muchas personas trabajan durante largos periodos pero mal remunerados, con supervisión injusta y pocas oportunidades de crecimiento profesional [27]. Estas situaciones también pueden explicar porque los médicos

que laboran en la consulta externa presentan una mayor exposición desfavorable en esta dimensión, que quienes laboran en el área de urgencias.

En síntesis, la población de estudio se caracterizó por presentar exposición desfavorable para la salud a factores de riesgo de naturaleza psicosocial en todas las dimensiones. La dimensión psicosocial con mayor nivel de riesgo en el personal médico estudiado es la *inseguridad*.

Se encontró que un nivel de formación más alto está relacionado con una exposición favorable a las dimensiones de *inseguridad y doble presencia*, mientras que el trabajar en el área de consulta externa se asocia a la presencia de una exposición desfavorable en la dimensión de *apoyo social y calidad de liderazgo*. Además, el nivel socioeconómico alto está relacionado con una exposición desfavorable en la dimensión de *exigencias psicológicas*.

Referencias

- 1 Madrigales AM, Quintero V. Salud ocupacional, Pronavicola en acción. Boletín informativo [internet]. Buga: PRONAVICOLA; 2006 [acceso 16 de Abril de 2011]. Disponible en: http://www.pronavicola.com/Boletines/Boletin_017_pag_Web_Salud_ocupacional_1.pdf.
- 2 Archila R. Accidentes de Trabajo. Las Enfermedades profesionales, el carácter obligatorio de la indemnización por perjuicios por el empleador y el subsidio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2009 [acceso 16 de Abril de 2011]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_8155.pdf.
- 3 Organización Internacional del Trabajo. Psychosocial factors at work: recognition and control [internet]. Gineve: OIT; 1986 [acceso 17 de Abril de 2011]. Disponible en http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf.
- 4 Ministerio de Protección Social. Resolución N°2646 del 17 de Julio de 2008 [internet]. Bogotá D.C: MPS; 2008 [acceso 17 de Abril de 2011]. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=31607>.
- 5 Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 6 Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. IASTAS21 COPSOQ: versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague. Arch Preven Riesgos Labor. 2005; 8(1): 18-29.
- 7 Moncada S, Llorens C, Font A, Galtés A, Navarro A. Exposición laboral a riesgos psicosociales en población asalariada en España (2004-05): valores de referencia del cuestionario COPSOQ IASTAS21. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(6): 667-675.
- 8 Benavides FG, Benach J, Muntaner C. Psychosocial risk factors at the workplace: is there enough evidence to establish reference values? J Epidemiol Community Health. 2002; 56(4): 244-245.
- 9 Moncada S. y Llorens C. Anexo XV: presentación del método istas21 (CoPsoQ). Un instrumento Para la prevención de riesgos psicosociales [internet]. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (Istas); 2006. [acceso 18 de Abril de 2011]. Disponible en: http://www.profei.com/Centre_doc_2006/PSICOSOCIAL/Presentación/word/Istas21_CoPsoQ_.pdf

- 10 Warr PB. Decision latitude, job demands, and employee well-being. *Work & Stress* 1990, 4(4): 285-294.
- 11 Mansilla F. La evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo y la planificación de la actividad preventiva [internet]. *Psicología online*. [acceso 18 de Abril de 2011] Cap. 2. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo2_2.shtml.
- 12 CoPsoQ. Marco conceptual PSQ CAT21. Versión media, 1.5 [internet]. España: Generalitat de Catalunya [acceso 20 de Abril de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/docs/treball/09SeguRetatisalutlaboral/Documents/03-OrganitzacióGestióActivitat/Preventiva/3Metodepsqcat21CoPsoQversio/Arxius/marcoconceptual.pdf>.
- 13 Dragano N, He Y, Moebus S, Jöckel KH, Erbel R, Siegrist J. Two models of job stress and depressive symptoms. Results from a population based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(1): 72-78.
- 14 Cabañas J. Mujeres trabajadoras [internet]. Ourense: Gaceta Sindical; 2000 [acceso 25 de Abril de 2011]. Disponible en: http://www.jiminiegos36.com/mujeres_trabajadoras.htm
- 15 Siegrist, J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1(1): 27-41.
- 16 Gil PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp. Salud pública* 2009; 83(2): 169-173.
- 17 Cermeño C, García MA, Molina A, González MA. Prevalencia de desgaste profesional y psico-morbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Dialnet*. 2003; 31(9): 564-571.
- 18 Gründemann R, Vuuren V. Preventing absenteeism at the workplace: European research report, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Loughlinstown House. 1997.
- 19 Parra M. Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. *Ciencia & Trabajo*. 2006; 14: 153-161
- 20 Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Bogotá D.C: El ministerio; 1993.
- 21 Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. *Fundación Galatea*; 2007.
- 22 Médicos Generales Colombianos. [acceso 31 de Abril de 2010]. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/QuienesSomos.htm>.
- 23 Reyes M. El estrés de la guardia médica. C Habana. 1983.
- 24 Sapir M. Psychological harassment at work and the law wanted: an integrated whole-workforce approach in workplace health policy. En: *Stress at Work, Newsletter of the European trade union technical bureau for health and safety*. 2002; 19(20): 2-3.
- 25 Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Quart*. 1979; 24: 285-308.
- 26 Agüir V, Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002; 16(6): 487-496.
- 27 Kivimäki M, Leino P, Luukkainen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 2002; 325(7369): 857.