



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LAS EXIGENCIAS Y CONDICIONES  
DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN  
DE SALUD PÚBLICA**

**TESIS**

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**PRESENTA:**

**M.S.P. NEPHTYS LÓPEZ SÁNCHEZ**  
**Expediente 102053**

**DIRIGIDO POR:**

**Dr. en C. Ma. LUISA LEAL GARCÍA**

**C.U. QUERÉTARO, QRO. ENERO DE 2013**



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Doctorado en Ciencias de la Salud

**Salud mental y su relación con las exigencias y condiciones de trabajo del  
personal de enfermería en una institución de salud pública**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

**Doctor en Ciencias de la Salud**

Presenta:

M.S.P. Nephtys López Sánchez

Dirigido por:

Dr. en C. Ma. Luisa Leal García

**SINODALES**

Dra. en C.S. MA. LUISA LEAL GARCIA  
Presidente

Dr. en C.S. MIGUEL FRANCISCO JAVIER LLORET RIVAS  
Secretario

Dr. CARLOS FRANCISCO SOSA FERREYRA  
Vocal

Dra. en C.S. MA. GUADALUPE DEL ROCIO GUERRERO LARA  
Suplente

Dra. en C.S. SANDRA MARGARITA HIDALGO MARTINEZ  
Suplente

Med. Esp. Javier Ávila Morales  
Director

Dr. Irineo Torres Pacheco  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Enero del 2013  
México

## RESUMEN

Los cambios en la distribución y organización del trabajo han ofrecido los recursos para beneficio del ser humano sin embargo bajo ciertas circunstancias pueden ocasionar enfermedad, lesiones y hasta la muerte. El presente trabajo determina la relación entre las condiciones de trabajo, las exigencias laborales y la salud mental del personal de enfermería de una institución pública.

Mediante la realización de un estudio de corte transversal con 200 profesionales de la salud. Las variables se obtuvieron a partir del cuestionario SWS-Survey la escala de salud mental y del cuestionario de Evaluación y Seguimiento de Salud Laboral (PROESSAL).

El procesamiento estadístico consistió en la elaboración electrónica de una base de datos en Excel Office Windows los cuales se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17, el análisis se realizó mediante estadística descriptiva y la estimación del coeficiente de correlación de Pearson, con un IC al 95%  $p < 0.05$ .

Los resultados encontrados muestran una relación positiva entre las condiciones de trabajo y la salud mental mientras que las exigencias de trabajo tuvieron una correlación negativa con la salud mental. Dentro de las dimensiones de condiciones de trabajo las más significativas fueron: el salario, descanso y la jornada laboral. Para las exigencias laborales las más representativas fueron: la vigilancia y la cantidad de trabajo.

En conclusión las condiciones de trabajo tienen relación con la salud mental, lo cual es similar a lo reportado en varios estudios, situación contraria con las exigencias laborales de las cuales no se han encontrado reporte en la literatura

(Palabras clave: salud mental, condiciones de trabajo exigencias laborales, enfermería)

## SUMMARY

The Changes in the distribution and organization of work have provided resources for human benefit but under certain circumstances can cause illness, injury and death. This paper determines the relationship between working conditions, job demands and mental health of nursing staff of a public health institution.

The through conducting a cross-sectional study including 200 nurses. The variables were obtained from the questionnaire SWS-Survey mental health scale and questionnaire Assessment and Monitoring of Health (PROESSAL).

Statistical processing was the development of an electronic database in Windows Office Excel which was analyzed using SPSS version 17, the analysis was performed using descriptive statistics and the estimation of the Pearson correlation coefficient, with a CI 95%  $p < 0.05$

The results show a positive correlation between working conditions and mental health while work requirements had a negative correlation with mental health. Within the dimensions of working conditions the most significant were: wages, working hours and rest. For the most representative work demands were: monitoring and workload.

In conclusion working conditions are related to mental health, which is similar to that reported in several studies, in opposition to demands of work of which have not been previous report.

(Key words: mental health, working conditions, job demands, nursing)

## DEDICATORIAS

A mis padres ya que sin su esfuerzo y amor  
nada de lo que soy habría sido posible.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al recordar el inicio este arduo trabajo de investigación es inevitable pensar en todos los conflictos presentados y en como gracias al esfuerzo y dedicación de la autora y su directora de tesis fue posible su finalización. Sin embargo esto no habría sido posible sin la participación desinteresada de personas e instituciones que han facilitado la culminación de esta tesis doctoral. Por esto, es para mí un placer utilizar este espacio para expresar mis más sinceros agradecimientos.

A la Doctora Ma. Luisa Leal, por creer en mí y aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Por su invaluable orientación en el trabajo que hemos realizado juntas. Le agradezco también el haberme facilitado los medios para lograr los objetivos propuestos en el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias Doctora por su confianza y por ser mi soporte en los momentos de angustia y desesperación, lo cual ha convergido en el surgimiento de una solida amistad.

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Nicolás Camacho por su participación activa en el desarrollo de esta tesis, la cual ha enriquecido el trabajo realizado. Debo destacar su amabilidad y disponibilidad ante las inquietudes surgidas durante el desarrollo de esta tesis, que redundaron benéficamente en el trabajo como en mi formación como investigadora.

Al Dr. Carlos Sosa por las ocasiones en las que tuvimos conversaciones improvisadas de carácter científico, altamente enriquecedoras, llenas de calidad que formaron “una tesis más bonita”; gracias por compartir sus conocimientos y experiencias.

A Alberto, por ser la persona que ha compartido el mayor tiempo a mi lado, porque en su compañía las dificultades se convierten en tranquilidades, desahogos, claridad y alegrías; por brindarme su apoyo, ánimo y colaboración en todo momento. Gracias por haber vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral.

Al profesional de enfermería del Hospital General de Querétaro por su invaluable participación de este trabajo de investigación, ya que sin Ustedes no habría sido posible que esta tesis llegara a un feliz término.

A la Universidad Autónoma de Querétaro por permitirme realizar mis estudios de posgrado los cuales forjaron en mí a una profesional de la salud, particularmente a los doctores que forman parte del cuerpo de sinodales, por sus oportunas observaciones que hicieron de este un mejor trabajo.

En general le agradezco a todas y cada una de las personas que participaron en la realización de esta tesis doctoral, el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

# INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	vi
Índice de cuadros	viii
Índice de figuras	x
I. INTRODUCCIÓN	1
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA	4
II.1 Teoría Marxista del trabajo	4
II.1.1 Proceso de trabajo	7
II.1.2 Medios de producción	8
II.1.3 Organización del trabajo	10
II.2 Proceso salud-enfermedad	12
II.2.1 Salud mental	14
II.2.2 Determinantes de la salud mental	21
II.3 El profesional de enfermería	23
II.3.1 Modelos de atención en salud	26
II.3.1.1 Funciones y actividades de enfermería	28
II.3.2 Salud laboral	31
II.3.2.1 Condiciones de trabajo	32
II.3.2.2 Exigencias laborales	33
II.3.2.3 Enfermedades profesionales	35
III. METODOLOGÍA	40
Análisis Estadístico	41
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN	58
VI. LITERATURA CITADA	67

## VII. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.	80
Anexo 2. Instrumento de recolección de la información	81
Anexo 3. Estructura Orgánica de los Servicios de enfermería y sus niveles jerárquicos	85
Anexo 4. Perfiles Académico Profesionales del personal de enfermería	86

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
II.1	La carga económica de los trastornos mentales	18
IV.1	Distribución de frecuencias de tiempo de trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	49
IV.2	Distribución de frecuencias de cantidad de trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	49
IV.3	Distribución de frecuencias de vigilancia del trabajo de las enfermeras que se encuentran en el hospital General de Querétaro.	50
IV.4	Distribución de frecuencias de calidad del trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	51
IV.5	Distribución de frecuencias de tipo de actividad de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	51
IV.6	Distribución de frecuencias de exigencias laborales de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	52
IV.7	Distribución de frecuencias de jornada laboral de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	53
IV.8	Distribución de frecuencias sobre descanso de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	53
IV.9	Distribución de frecuencias de vacaciones de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	54
IV.10	Distribución de frecuencias de salario de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	55
IV.11	Distribución de frecuencias de aguinaldo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	55
IV.12	Distribución de frecuencias de condiciones laborales de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.	56
IV.13	Distribución de frecuencias de Salud mental de las enfermeras que se encuentran el Hospital general de Querétaro.	56

IV.14	Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de exigencias laborales y la salud mental	57
IV.15	Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de condiciones de trabajo y la salud mental	57
IV. 16	Matriz de correlación: Exigencias laborales VS Condiciones laborales.	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
II.1	Los tres ejes principales para determinar el bienestar afectivo.	15
II.2	Carga de las enfermedades en el mundo: años de vida ajustados por discapacidad.	17
II.3	Prevalencia de depresión mayor en pacientes con enfermedades físicas.	17
II.4	Riesgo de estrés y mala salud mental en diferentes grupos profesionales, determinados por los efectos combinados del ritmo de trabajo y la discreción respecto al uso de las destrezas.	20
IV.1	Distribución de acuerdo a género del personal de enfermería.	43
IV.2	Distribución de acuerdo a la edad del personal de enfermería.	44
IV.3	Distribución de acuerdo al nivel socioeconómico y estado civil del personal de enfermería.	44
IV.4	Distribución de acuerdo al número de dependientes económicos del personal de enfermería.	45
IV.5	Distribución de acuerdo a la formación profesional y puesto laboral del personal de enfermería.	46
IV.6	Distribución de acuerdo al servicio y turno del personal de enfermería.	47
IV.7	Distribución del número de horas al día dedicadas al trabajo domestico del personal de enfermería.	48
IV.8	Distribución de acuerdo a la presencia de otro trabajo y su relación con la profesión del personal de enfermería.	48
IV.9	Distribución de las frecuencias de salud mental.	49

## I. INTRODUCCIÓN

El carácter histórico-social de la atención de salud y el personal de enfermería, así como los cambios en la distribución y organización del trabajo de esta profesión tienen un impacto sobre el medio ambiente, entorno en la vida y en el trabajo. Desde esta concepción se explican los procesos de salud-enfermedad y sus repercusiones en los ámbitos de la vida social y familiar.

Las nuevas corrientes y modelos de organización laboral, intentan dar respuesta a las exigencias de calidad que marcan los estándares nacionales e internacionales a través de innovaciones en el ámbito laboral (Guerrero et al., 2006).

Dichas innovaciones tienen como fin elevar los niveles de atención oportuna, a través de procesos de mejora continua, los cuales muestran sus efectos en la salud de los trabajadores y en los procesos de salud-enfermedad que son investigados no sólo desde sus aspectos biológicos e individuales, sino como producto de los procesos de trabajo (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

Por otra parte, el desarrollo económico y social está impulsado por la población económicamente; el trabajo, es un elemento vital que les permite desarrollar sus capacidades, construir un espacio social y de relación con los demás se requiere tener adecuadas condiciones de salud y de trabajo (Piedras, 2006).

Se ha estudiado la relación entre la salud y el trabajo en la que destacan las siguientes variables: jornadas extensas, sobrecarga de trabajo, salud mental de los trabajadores, control sobre el trabajo, depresión, alcoholismo, riesgo de infarto del miocardio, hipertensión y diabetes (Noriega, 1995; Bosma et al., 1998; Kawakami et al., 1999).

El trabajo profesional en servicios humanos, como en el caso de enfermería, constituye un importante grupo laboral y un pilar fundamental en la atención del paciente, ya que representa aproximadamente el 60% del recurso humano de un hospital. Se ha catalogado que esta profesión es de alto riesgo por la asociación de problemas de salud relacionados con el trabajo (Malinauskiene et al., 2009).

Estudios semejantes reportan una asociación entre las exigencias laborales y el deterioro de la salud física y mental de los trabajadores; no obstante que son derivados de trabajos de investigación que fueron realizados en personal de la industria (Luna et al., 2005; Tovalin et al., 2005; Tamez et al., 2003).

En el presente estudio se exploran las condiciones y exigencias laborales del profesional de enfermería en hospital y sus repercusiones en la salud mental de estos trabajadores por su permanencia y contacto mayor con los pacientes; que aun doble turno, las horas extras y el ausentismo de personal para cumplir las actividades asistenciales, son condiciones que pueden promover enfermedades físicas y psicológicas (Borges, 1998). Entre ellas destacan el Síndrome de Burnout (Albaladejo et al., 2004; Adali et al., 2003), con sus consecuencias en el rendimiento, calidad de su desempeño y principalmente, en la salud física y mental del trabajador (Tennant, 2001; Mustacchi, 1990; Levenstein et al., 2001).

## **Objetivo general**

Determinar la correlación entre la salud mental y las exigencias y condiciones de trabajo del personal de enfermería en una institución de salud pública de la Ciudad de Querétaro.

## **Objetivos específicos**

1. Describir el perfil sociodemográfico del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.
2. Caracterizar las condiciones de trabajo del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.
3. Caracterizar las exigencias laborales del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.
4. Caracterizar el nivel de salud mental del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.
5. Determinar si existen relaciones significativas entre la edad, la antigüedad laboral y los indicadores de salud mental.
6. Correlacionar las condiciones de trabajo con la salud mental del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.
7. Correlacionar las exigencias laborales con la salud mental del personal de enfermería en una institución de salud pública de la ciudad de Querétaro.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### II.1 Teoría Marxista del trabajo

Para la sociología, psicología y antropología, el trabajo es una actividad transformadora que lleva implícito un proceso de humanización pues a través de él, se desarrollan sus capacidades mentales y se construye un espacio social que le permite al hombre transformarse y desarrollar su conciencia y creatividad (Noguera, 2002).

El hombre a través de la historia ha ideado formas para resolver sus problemas de organización del trabajo y el modo de obtener los bienes materiales necesarios para el consumo productivo y personal, el cual constituye la unidad de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción (Jaccard, 1971).

El cambio en los modos de producción tiene una repercusión en el régimen social los cuales facilitan u obstaculizan su desarrollo el cual es la base de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción. Debido a estas modificaciones en los conocimientos, la experiencia y los hábitos de trabajo, los hombres establece el proceso de producción de los bienes materiales, se desarrollan fuerzas productivas y muestran el grado en que el hombre domina a la naturaleza. El nivel de desarrollo alcanzado por las fuerzas productivas determina el carácter de las relaciones de producción (Duran, 2008).

Se han descrito cinco modos de producción desde el origen de la humanidad: el de la comunidad primitiva, el esclavista, el feudal, el capitalista y el comunista, (Enguita, 1989). En la primera, se da el trabajo colectivo y aparece la división del trabajo dada por género, en el que a la mujer se le atribuyen funciones de amas de casa mientras que el hombre era el proveedor del alimento. En consecuencia, no se daban ni la desigualdad de bienes, ni las clases ni la

explotación del hombre por el hombre, no había Estado (Puiggrós, 1965; Enguita, 1993).

El esclavista se caracteriza por el primer modo de explotación del hombre por el hombre y el excedente de bienes lo cual aumentó la división del trabajo y dio origen a la producción mercantil progresiva y el trabajo intelectual (Méndez-Morales, 2003).

En el feudal, domina el clero y la nobleza el modo de producción al contratar la mano de obra con pago de tributo a los señores feudales. Hay perfeccionamiento de las herramientas de trabajo, lo que llevo a la especialización de los oficios y artes, además aparece el dinero como medio para pago y adquisición de bienes y servicios.

El desarrollo de las fuerzas productivas en el feudalismo constituyó la base material de la formación de las relaciones capitalistas y su consolidación siendo la premisa para una revolución económico-social que reemplazaría el modo de producción feudal por el capitalismo (Hindes, 1979).

En el capitalismo las clases sociales están dadas por la burguesía y el proletariado, predomina la propiedad privada sobre los medios de producción, el capital sobre el trabajo como elemento de producción. El capitalista, que es quien posee los recursos y el capital, busca maximizar el beneficio propio por medio de la acumulación y reproducción de los recursos, del capital; los trabajadores, que son quienes trabajan por el estímulo material que reciben (el salario) y, por último, los consumidores, quienes buscan obtener la mayor satisfacción o utilidad adquiriendo lo que desean y necesitan al menor precio posible por lo que surge la creación de riqueza, la distribución y la producción (Harnecker, 1979).

En el comunismo desaparecen las clases sociales y su principal objetivo es la obtención de una sociedad en la que los principales recursos y medios de producción pertenezcan a la comunidad y no a los individuos, en la cual se permita

un reparto equitativo de todo el trabajo en función de la habilidad, y los beneficios en función de la necesidad, por medio de la revolución se elimina la propiedad privada y es el Estado quien debe satisfacer las necesidades públicas, su principal exponente es Karl Marx quien desarrolla una teoría económica capaz de aportar explicaciones a la crisis, pero a la vez, como incansable activista por los derechos de los trabajadores, lo cual permitirá realizar un análisis como un modo de explicación de la actual realidad económica y social (Huberman, 1970; De la Garza 1997)

El concepto de trabajo depende de cada época histórica y se caracterizaba por un modo de producción específico congruente con el modelo económico desde la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades humanas o la producción para generar riqueza de un particular y, por lo tanto, con una clase dirigente en perpetuo conflicto con una clase oprimida (Marx y Engels, 1976).

El trabajo adquiere formas de desempeño de acuerdo al modelo económico que está determinado desde la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades humanas o la producción para generar riqueza de un particular (Rifkin, 1996).

La sociedad actual, orientada al mercado, propicia las condiciones para la enajenación la cual podría tener consecuencias sobre la salud física y mental de los trabajadores. El trabajo, su organización y los medios de producción son los principales elementos que influyen en el proceso laboral, fueron descritos por Marx en su obra el Capital y brinda aportes significativos de la problemática actual (Marx, 1975).

### **II.1.1 Proceso de trabajo.**

El trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza, en el que el hombre media, regula y controla su relación con la naturaleza. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos, piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida. (De la Garza, 1997; Rodriguez 1996).

Marx concibe el trabajo como una facultad exclusiva del hombre. El obrero, ya alejado de las formas instintivas de producción plantea subjetivamente la forma a crear y es el objeto de su trabajo, al cual aferrará su voluntad para así producir bienes para la satisfacción de sus necesidades, por lo cual, es el trabajo, la actividad esencial de los seres humanos y no se limita solo a tomar de la naturaleza, sino que deliberadamente busca modificarla.

El trabajo, como actividad productiva libre, es la actividad en la que el ser humano expresa su humanidad, su verdadera naturaleza, es la actividad vital, la vida productiva misma que se presenta a los hombres como un medio de satisfacer la necesidad de conservación de la especie, permite la significación del trabajo como realización de la personalidad y las potencialidades humanas, y no solamente como una simple actividad económica, el trabajo es la actividad existencial del hombre, su actividad libre y consciente y no solo un medio solo para mantener su vida (Bencomo, 2010).

Sin embargo, para que el trabajo permita la autorrealización del sujeto, es necesario que se den ciertas condiciones. Éstas se adquieren cuando a) el hombre produce su vida de acuerdo a su voluntad y su conciencia, b) cuando puede expresar sus capacidades en forma amplia, c) si con el trabajo despliega su naturaleza social y d) si el acto productivo rebasa la necesidad de subsistencia.

Todo proceso de trabajo lleva consigo cierto esfuerzo físico y mental los cuales se han supuesto al trabajador y al trabajo realizado, Marx llamo fuerza de trabajo, explica también que esta fuerza es el rendimiento del trabajo por la cual se le debía de retribuir un salario el cual sería equivalente a los objetos que un trabajador debe consumir para recuperar su fuerza de trabajo.

De esta manera el trabajo se convierte en mercancía y se somete a las leyes del mercado, pierde todo su potencial creativo y su carácter espontáneo, transformándose en algo ajeno al hombre que despierta en el sentimiento de frustración, ya que deja de producir de la manera en que él quisiera hacerlo y comienza a realizarlo como lo espera el comprador (Shaff, 1979).

### **II.1.2 Medios de Producción.**

El término *produktionsmittel* construido por Karl Marx (1975), define aquellos elementos que participan en el proceso productivo, a excepción de la fuerza de trabajo. Dentro de los medios de producción existe la siguiente clasificación: el objeto y los medios con que se trabaja. El primero a su vez se divide en dos: materia bruta o sustancia que proviene directamente de la naturaleza; y materia prima sustancia que ya ha sufrido una modificación cualquiera, efectuada por el trabajo un ejemplo de ambos tipos son: los operarios, el material, y la maquinaria. En cuanto a los segundos son el conjunto de cosas que el trabajador interpone directamente entre él y el objeto sobre el cual trabaja, por ejemplo servicios generales, oficinas, talleres, almacenes, etc.

Bajo el capitalismo, los medios de producción son propiedad privada del capitalista, es decir, un medio de explotar el trabajo asalariado. Los trabajadores carecen de tales medios y se ven obligados a vender su fuerza de trabajo de esta manera se convierte en mercancía, para Marx es un objeto exterior que satisface

necesidades humanas y tiene un doble valor: de uso y cambio. El primero constituye el contenido material de la riqueza y se muestra solo con el uso o consumo de la cosa. Es de tipo cuantitativo y no tiene que ver con cuanto le costó al hombre. En cambio, el valor de cambio está dado por la cantidad de trabajo socialmente necesario para producir una mercancía en condiciones normales de producción.

Desde esta perspectiva el hombre, propietario de su fuerza de trabajo, de su persona y por lo tanto de esta mercancía debe querer venderla pero solo por un tiempo limitado, ya que si no lo hace dejaría de ser libre y se volvería esclavo y pasaría de poseer mercancía a ser mercancía. (Marx, 1975)

En tanto la fuerza de trabajo necesita de un cuerpo para existir como mercancía, el valor de esta mercancía es el valor de los medios de subsistencia necesarios para la conservación del poseedor de ella a lo que Marx llamo *enajenación*, existe primero como obrero después como persona, es decir, se mantiene vivo gracias que la fuerza de trabajo necesita que la persona coma, sin embargo como el dueño de la fuerza de trabajo es mortal, se necesita que continúe su presencia en el mercado, por lo que deberá procrear y reproducir la oferta de trabajo en el mercado, de esta manera la suma de los medios de subsistencia o salario incluirán también los gastos necesarios para criar a los hijos, quienes lo reemplazaran cuando muera, por lo que el valor de la fuerza de trabajo se traduce en el valor de los medios de subsistencia considerados necesarios, para que al siguiente día el obrero pueda presentarse y rendir igual.

Como se observa el salario cumple una función básica dentro del proceso laboral ya que la capacidad de trabajo no es nada si no se le vende; aunque al igual que las necesidades del trabajador se reducen a la necesidad de mantenerlo durante el trabajo, para que no desaparezca la raza de trabajadores, los salarios tienen exactamente el mismo significado que el mantenimiento de cualquier otro instrumento productivo.

Dentro del capitalismo Marx introduce por primera vez la distinción entre fuerza de trabajo y trabajo, el uso (consumo) de la fuerza de trabajo se considera igual que cualquier otra mercancía, es un producto que se compra, vende y tiene un costo de producción (salario) el cual sube o baja según la oferta y la demanda y de esta diferencia surge el termino plusvalía que se explica como el valor que el trabajo no remunerado del trabajador asalariado crea por encima del valor de su fuerza de trabajo (ganancia) y del cual se adueña el capitalista en concepto del riesgo que corre el mismo al realizar su inversión.

### **II.1.3 Organización del trabajo.**

La organización del trabajo se propone desde el reparto de tareas que los individuos cumplen en la sociedad y que realizan en función de la posición que ocupan en la estructura social y se dan en todo proceso de producción Marx las llamo división del trabajo y planteo que entre más compleja es la sociedad más división de tareas presenta. De esta manera surgen las relaciones técnicas y sociales de producción, las primeras pueden ser las formas de control o dominio que los agentes de producción ejercen sobre los medios de trabajo, pueden ser individuales o cooperativos simple: cuando todos realizan la misma tarea; compleja, cuando se realiza la división técnica del trabajo. Las segundas hacen referencia a los vínculos que ese establece entre los propietarios de los medios de producción y los productores directos.

Las relaciones de Producción pueden ser: de explotación: cuando los propietarios de los medios de producción viven del trabajo de los productores directos (feudalismo, esclavismo, capitalismo).De colaboración recíproca: cuando existe una propiedad social de los medios de producción y ningún sector vive a costa del otro. (cooperativismo y comunismo)

El capitalista al servicio de las leyes de acumulación da lugar a la revolución industrial y surge la unidad máquina-objeto de trabajo con lo cual el trabajador pierde absolutamente el control de los medios de producción que están ahora en manos tanto jurídicamente como técnicamente del capitalista.

El trabajador se convierte en mero apéndice de la máquina. Aparece el trabajador socializado. Esto quiere decir que el todo de la empresa funciona sin la necesidad de elementos individuales que pudieran distorsionar la eficacia, sino de meras funciones o lugares vacíos que puede ocupar cualquier trabajador y que están interconectadas unas de otras al servicio de la planificación del capitalista que controla el proceso y así da inicio la relación entre el obrero y el producto lo que da origen a un nuevo término incluido por Carlos Marx: alienación la cual se puede presentar en 4 dimensiones:

a) De lo que se produce, (objetivación) el trabajo se objetiva (exterioriza) en el objeto y el esfuerzo mental y físico se queda atrapado en el producto, que se independiza del trabajador, se vuelve extraño, incompatible a él por lo que éste pierde toda autonomía y toda posibilidad de encontrar satisfacción en el trabajo y ve al trabajo como un simple medio de subsistencia, en vez de ser una manifestación de su personalidad. El obrero solo puede conservarse como sujeto físico en su condición de obrero. Ya no en condición de hombre con acceso directo a los medios de subsistencia directos que le ofrece la naturaleza;

b) de su propia actividad ya que concibe el trabajo como algo exterior a él, no pertenece a su ser, entonces, el obrero no se siente cómodo con su trabajo, no desarrolla una libre actividad física e intelectual, sino que tortura su cuerpo y arruina su espíritu como consecuencia el trabajo no es voluntario, sino forzado ya que no es la satisfacción de una necesidad lo que lo motiva a realizar su actividad si no un medio para satisfacer otras necesidades;

c) del trabajador respecto a la naturaleza: El trabajador renuncia a su propia naturaleza en favor de la de un ser ajeno. El hombre, como ser universal, es un medio inmediato de subsistencia y adicionalmente es la materia, el objeto y la herramienta de su actividad vital (el trabajo)

d) del hombre con los otros hombres: Las relaciones humanas tienden a quedar reducidas a operaciones de mercado, cada uno trabaja para sí mismo, en vez de tener un sentido colectivo, se relaciona con los otros como trabajador, y no puede relacionarse como persona.

La enajenación del ser humano respecto de sí mismo le lleva a enajenarse respecto de su relación con los otros, se relaciona con estos como si fueran cosas, mercancías o instrumentos para el logro de sus propios objetivos y se olvida que también son personas (Marx, 1975).

La enajenación se explica cuando el producto del trabajo ya no le pertenece al trabajador en donde "El producto del trabajo enajenado por quienes poseen los medios de producción, convirtiéndose en un poder independiente de sus productores. Se presenta un fenómeno de alejamiento y separación de los objetos que se producen y que abarca no solamente productos materiales, sino también espirituales e incluso de sí mismo" (Martínez, 1997).

## **II.2 Proceso salud-enfermedad**

Las formas de enfermar, curar y morir constituyen representaciones sobre la organización de toda sociedad, expresan fenómenos biológicos, epidemiológicos, clínicos, condiciones sociales económicas y culturales. Desde esta representación, parte central de las condiciones sociales que afectan el proceso salud enfermedad son todas aquellas características derivadas del proceso laboral (Menéndez, 2005)

Los procesos de salud-enfermedad son abordados recientemente no sólo desde sus aspectos biológicos e individuales, sino como producto de los procesos de trabajo, lo cual permite comprender la variedad de elementos que intervienen en la actividad laboral y las múltiples problemáticas que surgen de esta interacción. (Cañedo, 2006).

Esta tendencia conduce a la necesidad de precisar conceptualmente el proceso que permite representar la inclusión de estos nuevos elementos que permitirán describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud-enfermedad. Dichos conceptos han ido cambiando a lo largo del tiempo. En la antigüedad se creía que estaban determinadas por los dioses, malos espíritus o demonios y que la enfermedad era resultado de las malas acciones del individuo, que era un castigo, contrario a la salud (Arredondo, 1992).

La inclusión de los determinantes de la salud reforzaba la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales, en este caso, por la acción de un agente biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad” (Alvarez-Martinez y Perez-Campos, 2004).

Los aportes científicos consiguieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad y se desarrollaron los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones (Gonzalez, 2002).

Desde esta perspectiva, el modelo “unicausal” se transforma en un modelo en el que la tríada huésped, agente y medio ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico (De-Regil y Casanueva., 2008).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad (Frenk et al., 1991).

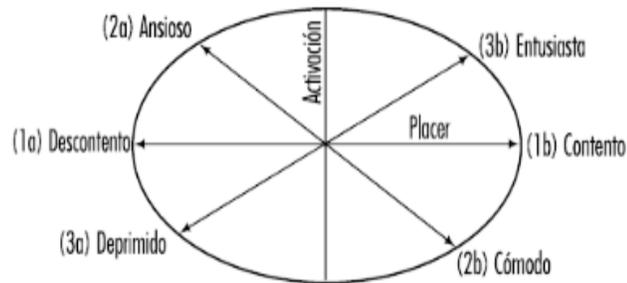
Muchos fueron los cambios producidos durante estos siglos en el concepto de salud – enfermedad y el avance científico y tecnológico permitió profundizar sobre los aspectos biológicos y físicos de la enfermedad y se lograron identificar causas de enfermedad en el medio ambiente. Años más tarde la medicina se enfrentaría a un nuevo problema, ya que no era capaz de resolver la problemática de las enfermedades crónicas y de esta manera consideró también los problemas económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (Vergara, 2007).

### **II.2.1 Salud mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. Incluye los componentes biológicos, psicológicos y sociales que, suponen resguardar las garantías de salud y de integridad personal en el trabajo. Así mismo declaró el 10 de octubre de 2001 como el Día Mundial de la Salud Mental, ya que los 130 ministros participantes en la asamblea mundial la consideraron como un aspecto crucial para el bienestar de los individuos, sociedades y países. (OMS, 2001).

En este último medio siglo se ha consolidado y universalizado la visión holística de la persona y así mismo el concepto de salud mental, tanto en su manifestación favorable como en aquellas situaciones en las que debido al estrés emocional o psicosocial, la salud mental se ve afectada (Valencia, 2007).

Figura II.1 Los tres ejes principales para determinar el bienestar afectivo



Fuente: Warr, 2000

En este sentido varios autores proponen diversas definiciones de salud mental entre las que destacan el propuesto por Piqueras (2008), quien menciona: “Si salud es el pleno goce de las propias capacidades físicas y psíquicas, no goza en absoluto de salud quien por motivos de miseria y de ignorancia come de manera insuficiente o poco apropiada; no goza de salud quien vive en ambientes malsanos, quien trabaja en condiciones ambientales que destruyen progresivamente su físico.”

Para Albores (2003), la salud mental es un estado de bienestar psicológico y social total del individuo, en un entorno sociocultural determinado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (placer, satisfacción y comodidad) o negativos (ansiedad, depresión e insatisfacción). También señala que el bienestar psicológico relacionado con el trabajo se ha estudiado habitualmente en términos de satisfacción en el puesto de trabajo y no se ha considerado la comodidad personal; es decir, es posible que la persona esté

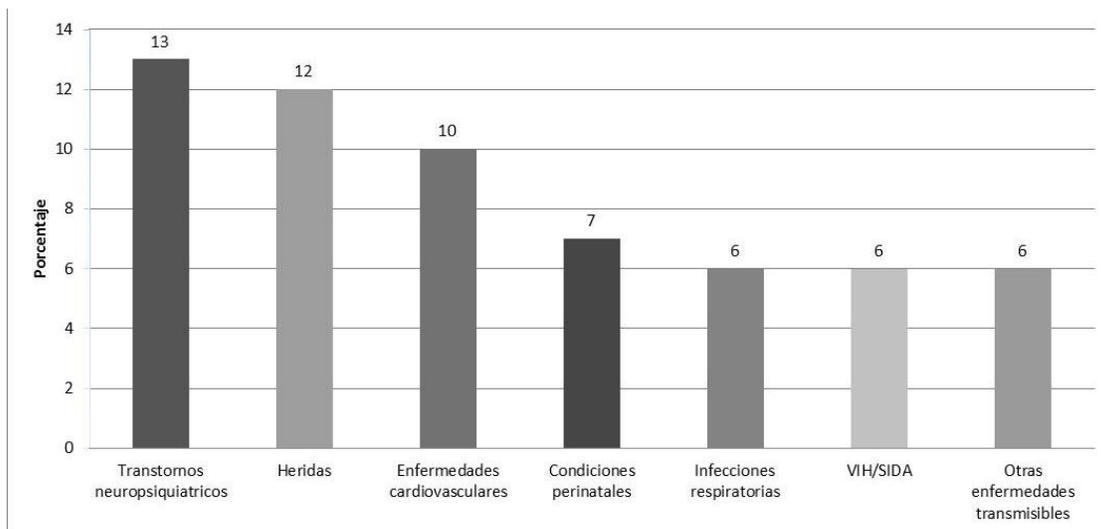
resignada con el trabajo, que no se queje, pero que pueda mostrarse apática y desinteresada.

La OMS por su parte en el 2001 propone el siguiente significado de salud mental: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001). Para Muchinsky (2002) la salud mental corresponde a una evaluación global de las principales dimensiones del bienestar psicológico donde la salud mental es un estado de equilibrio e integración de aquellos aspectos incluso conflictivos que integran al ser humano. Por lo tanto, si una persona tiene un buen estado de salud podrá “enfermar” y tener la capacidad de restablecerse; mentalmente, puede encontrar satisfacción, alegría, goce, placer, tranquilidad y paz dentro de su trabajo.

En este sentido una persona que encuentre “sana” tiene que contar, además de un buen funcionamiento orgánico, con capacidad de juicio y raciocinio, buena relación con el mundo interno y externo y tener resueltas las condiciones básicas que le permitan su desarrollo, así, de esta manera se considera a la salud mental como primordial para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y de una comunidad la cual se encuentra determinada por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica (Okasha, 2005). No obstante, en la mayor parte del mundo no se le atribuye la misma importancia a la salud mental que a la salud física. Por el contrario, la salud mental se encuentra relegada, por lo que es trascendental conocer cuál es la magnitud y el impacto económico de este problema (Leal, 2011). La OMS en 2004 detalla los siguientes datos a nivel mundial; 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta. Cerca de 1 millón de personas se suicidan y cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos: depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar (Fig. II.1). Aunado a esto, se observa con mayor

frecuencia la relación entre las funciones mentales y el funcionamiento físico y social, con el estado de salud (Fig. II.2).

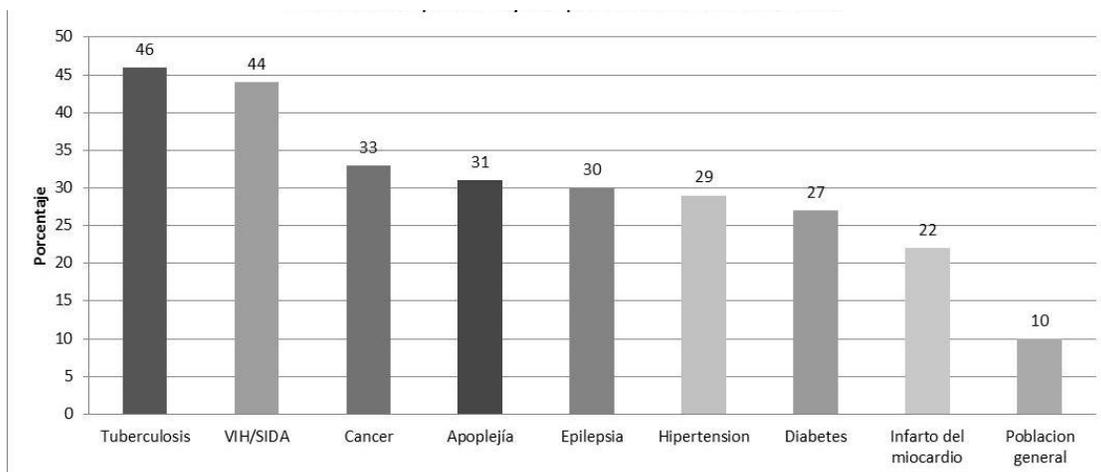
Figura II.2 Carga de las enfermedades en el mundo: años de vida ajustados por discapacidad, 2001



Fuente: OMS,2004

Croyle (1998) señala que la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares. Por otra parte, la adherencia al tratamiento en personas afectadas por un padecimiento físico se puede ver perjudicado si además sufre de depresión o ansiedad (García, 2008).

Figura II.3 Prevalencia de depresión mayor en pacientes con enfermedades físicas.



Fuente: OMS, 2004

Dada la prevalencia de los problemas de salud no sorprende que exista una gran carga emocional y económica para los individuos, sus familias y por consiguiente para la sociedad. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo (Cuadro II.1). Dicho costo, en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del producto nacional bruto (OMS, 2004).

Cuadro II. 1 La carga económica de los trastornos mentales.

	<b>Costos de Atención</b>	<b>Costos de Productividad</b>	<b>Otros costos</b>
<b>Personas afectadas</b>	Tratamiento y pago de los servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento efectos colaterales del tratamiento; suicidio.
<b>Familia y amigos</b>	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma.
<b>Empleadores</b>	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	—
<b>Sociedad</b>	Oferta de atención de salud mental y médica general (impuestos/seguro)	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas); exclusión social

Fuente: OMS, 2004

Estos costos, específicamente para América Latina, en el 2004 eran, para el tratamiento de un episodio de depresión entre 100 y 150 dólares; para la esquizofrenia de 500 y para el trastorno bipolar de 800 dólares. Sobre este punto en particular la OMS publica la versión actualizada del Atlas de Salud Mental 2005 en él se muestra que los recursos mundiales dedicados a las personas que sufren trastornos mentales y neurológicos son insuficientes para hacer frente a la carga cada vez mayor de necesidades de salud mental, y que estos recursos están distribuidos de manera desigual en el mundo.

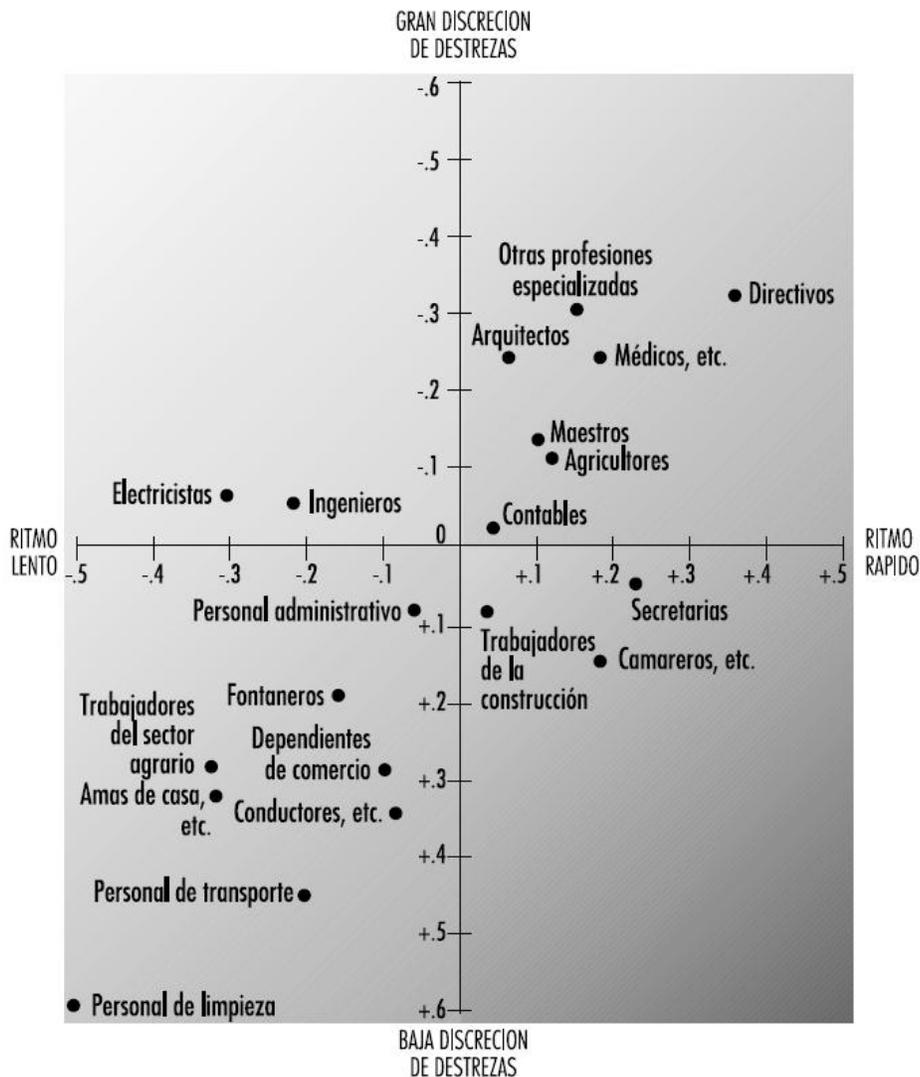
Señala que muchos países continúan gastando solamente un pequeño porcentaje de su presupuesto sanitario en salud mental, señala que se gasta menos del 1% de su presupuesto sanitario en salud mental; contiene un panorama general de todo el mundo, así como estudios por países sobre 16 temas, como por ejemplo la política, la legislación y financiación de la salud mental, los servicios de salud mental, las cantidades de camas psiquiátricas y profesionales psiquiátricos, los programas para grupos especiales de población y la disponibilidad de medicamentos terapéuticos (OMS, 2004).

Específicamente nuestro país tiene 2.7 psiquiatras por cada 100 mil habitantes y destina el 0.85% de su presupuesto nacional para salud en atender la salud mental, cuando OMS recomienda que este porcentaje sea del 10% por ciento. Los trabajadores mexicanos pierden en promedio catorce días laborales al año y reducen su productividad en un 40 por ciento debido a la depresión. El Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente en 2008, refiere que en la población mexicana existen, 7% de personas con depresión, 1.6% con trastorno bipolar, 1% de personas con esquizofrenia, más del 1% con trastorno obsesivo compulsivo y 7% trastorno de angustia y pánico.

A nivel estatal el panorama continua siendo alarmante ya que se cuenta solo con una institución de salud mental; el Centro de Salud Mental CESAM el cual brinda aproximadamente 8 mil consultas al año las cuales están orientadas brindar atención través de la consulta externa, diagnóstico clínico y aplicación de pruebas; tratamiento psicoterapéutico individual, de pareja, para la familia, en niños, en adolescentes y a grupos; trabajo interdisciplinario con las áreas de psiquiatría; valoración psicológica forense; atención psicológica a víctimas de violencia; realización de actividades de investigación; rehabilitación psicosocial y psico educación para la salud, sin embargo no cuenta con una área de hospitalización. Los padecimientos más frecuentes son: el trastorno depresivo, trastorno bipolar, hipocondría, trastornos del sueño, adicciones y baja autoestima, trastornos por déficit de atención y suicidio (Secretaria de Salud, 2011).

La salud mental condiciona las actividades que realizan las personas y las habilidades psicosociales, que tienen para enfrentarse a los problemas de la vida diaria, ya que como hemos visto se podrían presentar dificultades para desempeñarse satisfactoriamente en su trabajo, en el manejo de sus ingresos económicos, en sus relaciones sociales, en sus relaciones familiares o de pareja (Ordorika, 2009).

Figura II.4 Riesgo de estrés y mala salud mental en diferentes grupos profesionales, determinados por los efectos combinados del ritmo de trabajo y la discreción respecto al uso de las destrezas.



Fuente: Houtman y Kampier, 1995

## **II.2.2 Determinantes de la salud mental**

Los determinantes de la salud son los factores que interactuando a diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población (Frenk et al., 1991). Los actuales cambios tecnológicos y sociodemográficos condicionan los principales problemas de salud que afectan a la población y estos se distribuyen de manera diferente según grupos de edad, género, lugar de residencia y clase social (Borrell et al., 2004).

Conocer los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, el medio ambiente en el que vive, el sistema sanitario que le atiende y los estilos de vida que caracterizan a su comunidad y a él como individuo ya que al igual que el proceso salud enfermedad, los determinantes de la salud han ido cambiando a lo largo del tiempo (Kripper et al., 2009; Wilkinson y Marmot, 2003).

Durante la primera mitad del siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) concebía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2004).

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como concepto de campo de salud, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medioambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana (Laframboise, 1973).

Podemos darnos cuenta que el concepto de salud no está determinado por hechos aislados ni espontáneos, tienen un desarrollo, una ubicación en el tiempo y una estrecha relación con la realidad económica, política, social,

ambiental y cultural de una población. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona (Dever, 1991).

Es importante no perder de vista que el derecho a la salud no abarca, como anteriormente pensaba de salud oportuna y apropiada, también incluye los principales factores que determinan la salud. Dentro de este concepto, el bienestar mental aparece como un componente importante de la salud integral (Moreno-Altamirano, 2007).

El determinante de la salud mental podría estar implícito en alguno de los determinantes vistos hasta el momento ya que se concibe que la actividad de las áreas físicas, mentales y sociales son interdependientes, es importante hacer hincapié en que en la actualidad no se encuentra incluida la salud mental como uno de los determinantes de la salud (Alvarez et al., 2007).

Para ejemplificar dichos determinantes se evidencian los riesgos de enfermedades mentales, que en países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados a pobreza, educación, inseguridad, desesperanza, desempleo, cambio social, violencia, problemas de salud física y pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas a desarrollar enfermedades mentales (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000).

En el presente trabajo se señalan las condiciones sanas en el trabajo así como las exigencias laborales y su relación con la salud mental, ya que actualmente es un área de trabajo vulnerable y poco tomada en cuenta.

Y finalmente, la enfermera, es el profesional facultado de propiciar y mantener una adecuada salud del personal productivo de cualquier lugar y debe ser este el primero en gozar de dicha bienestar para así proporcionar un mejor servicio a la población.

### **II.3 El profesional de enfermería.**

Para hablar del profesional de enfermería es necesario recapitular los orígenes y cambios que ha tenido a través de la historia y así poder concebir la inserción de la mujer al ámbito laboral (Matesanz, 2009).

La primera base histórica que se tiene de la enfermería surge durante la guerra de Crimea donde la Reina Victoria de Kent decreta la creación del “Royal Victoria Hospital” de Netley donde Florence Nightingale y Mary Seacole, crean la primera asociación de enfermeras (1881). Institución que durante la primera guerra mundial se convierte en cuarteles de enfermería de la armada real reina Alexandra (Hernández, 1997).

En 1857 Henry Dunant consternado por la inhumana y caótica visión se involucra prestando atención a los heridos del lugar y afectado por la que había visto escribe la obra “Recuerdos de Solferino” donde describe la situación de los heridos y como se habían podido evitar tanto sufrimiento (Corthésy, 1992).

Derivado de lo anterior se crea en 1863 la Cruz Roja Internacional, la cual servirá como impulso a la profesión de enfermería ya que más tarde, a finales del siglo XIX durante la primera guerra mundial el hombre se aliena de su identidad y la mujer cobra mayor grandeza ante la sociedad ya sea como enfermera, dueña o trabajadora de fabricas (Gómez, 1999).

La guerra puso de manifiesto la falta de enfermeras. Inglaterra para abordar dicho problema contrato personal voluntario, su trabajo no estaba remunerado, sin embargo no estaban claras las funciones entre las enfermeras y las voluntarias lo que ocasiono que el personal de enfermería sintiera su trabajo amenazado (Colegio Nacional de Enfermeras, 1988).

Se establecen de manera descriptiva 4 grandes niveles o fases sobre los cambios del concepto de enfermería: a) doméstica, b) religiosa o institucional, c) preprofesional. D) profesional (Alcántara, 1960).

La primera surge dentro de la edad primitiva, contigua al origen de la primera organización del trabajo la cual se da a partir del sexo y la edad; los hombres se encargaran de la caza y la pesca, mientras que las mujeres de preparar alimentos y cuidar a los niños y enfermos, así la primer tarea que se le asigna a la mujer es la de cuidar (Castaneda, 1988).

La segunda se da dentro de la edad antigua donde surgen los primeros lugares de tratamiento para curación de las enfermedades, prevalece la idea de que las enfermedades son producidas por espíritus razón por la cual se le atribuye a los religiosos la curación de las enfermedades; mientras que las mujeres generalmente esclavas o sirvientas se enfocan en la atención de la mujer en el parto, más tarde llamada comadrona (Garzón 1988).

Los diversos movimientos, revoluciones y avances tecnológicos influyen directamente sobre la salud de la población, se comienza hablar del derecho a la salud y surge en 1883 la seguridad social, en Europa se comienzan a preparar y formar a las enfermeras, su formación consistía en un programa teórico-práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y domicilios (Bermúdez, 2010).

En España no era considerada una profesión, las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional el cual se instituyo hasta 1915 momento a partir del cual, la profesión se clasifica en: practicantes, matronas y enfermeras, dos años más tarde surgen las primeras escuelas oficiales de enfermería en España donde comienzan a brindarse cuidados basados en el conocimiento científico por consiguiente a la

profesionalización e integración de las escuelas. (Hernández 2004; Córdova, 2009).

En México 5 años después comienzan a surgir las escuelas de enfermería, y en 1980 surge la carrera de Licenciatura en enfermería, como parte de la profesionalización y de la continua transformación de la sociedad, el actuar de las enfermeras(os) debe estar acorde con las necesidades actuales de la sociedad, el cual exige cambios en su forma de pensar, actuar así como una amplia preparación técnica, científica y humana que le permitan brindar una atención de calidad; lo cual actualmente se encuentra reflejado en el aumento de profesionales de enfermería que poseen especialidades, maestría y doctorado (Villeda-García, 2009).

En este contexto la enfermería ha tenido un papel relevante en el cuidado enfermero ya que constituye un importante grupo laboral que representa el 60% del recurso humano de un hospital y en la actualidad para desempeñarse y alcanzar su posición de profesional debe circunscribir su practica en 4 funciones genéricas: asistencial, docente, administrativa y de investigación (Rubio, 2010).

Las anteriores se distinguen por ciertas características que dependerán del ámbito de aplicación; dentro del ámbito hospitalario destacan: continuidad de su trabajo durante 24 horas, las características de riesgo presentes en su sitio de trabajo, prevalece el género femenino en quienes ejercen esta profesión, ya que a pesar de su inserción laboral continúan desempeñándose como amas de casa, esposas, etc., lo anterior nos permite vislumbrar la responsabilidad, el impacto y la complejidad de su profesión que ha de responder a las necesidades de cuidado y conservación de la vida de la población (García-Carpintero, 2007).

### **II.3.1 Modelos de atención en salud.**

Para alcanzar los objetivos de salud, la Organización Panamericana de la Salud recomienda el planteamiento de nuevas alternativas de atención que aseguren la calidad, las necesidades y expectativas de desarrollo del personal de la salud (OPS, 2010).

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea la conformación de un sistema de salud universal, basado en un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable mediante la promoción de la salud y el acceso universal a servicios (Programa Nacional de Salud, 2006).

En términos de salud, el país enfrenta una realidad muy compleja que obliga a mejorar la prestación de servicios y a generar alternativas que satisfagan de la mejor manera la oferta de los servicios de salud. Como parte de éstas, se encuentra el reconocimiento al personal de salud (OMS/OPS, 2005)

Sin embargo en la actualidad para el personal de enfermería aun no se ha visto manifestado tal reconocimiento al desarrollo profesional que han logrado. Si bien el sistema educativo ha favorecido la profesionalización del personal instituyendo niveles de licenciatura, maestría y doctorado; existe un desfase en el sector laboral en el que no se han reconocido las competencias y características que se adquieren con la educación superior (Saldaña, 2012).

La enfermería ofrece servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, respaldadas en una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión (OMS,2000)

Desde esta perspectiva se observa como el profesional de enfermería ha contribuido a mejorar los modelos de atención en salud, mediante el progreso en

su desempeño cumpliendo con las metas de salud mediante acciones y programas específicos de atención, formación, investigación, liderazgo y organización (OPS, 2011)

Los estudios realizados en distintos países han evidenciado el apropiado impacto que tiene el profesional de enfermería en el progreso de los pacientes, por lo que en los últimos años se han realizado esfuerzos con el fin de normar, desarrollar y definir acciones que mejoren las condiciones de salud de la población así como la formación de profesionales calificados (OPS, 2011)

En México, el personal de enfermería representa más del 50% del total de personal de salud. En el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) se encuentran registradas 209,731 enfermeras para brindar atención a más de 100 millones de mexicanos (SIARHE, 2012)

El estado de Querétaro es un claro ejemplo de la falta de reconocimiento que tiene dicho personal ya que solo se encuentran registradas 2,642 enfermeras con lo cual el índice de enfermeras es de 1.3 por cada 1000 habitantes. Lo cual podría representar una mayor carga de trabajo para el personal (SIARHE, 2012)

Por lo anterior se plantean cambios en la legislación y la reglamentación en las instituciones públicas y privadas en materia educativa y asistencial que permitan identificar y proponer el nuevo rol de la enfermera profesional y especializada así como a los avances en la investigación, gestión y administración del cuidado.

### **II.3.1.1 Funciones y actividades de enfermería**

El perfil de enfermería esta proporcionado por cualidades y características acorde a las competencias, habilidades y aptitudes las cuales le permiten desempeñar correctamente su profesión (Prieto, 2007).

La profesión de enfermería exige precisar su perfil para lo cual se plantean el de egreso y el laboral. El de perfil de egreso se encuentra determinado por el resultado del proceso de aprendizaje planeado y que llevaron a cabo en una institución educativa. El perfil labora surge en respuesta a las diferentes formas de organización y funcionamiento de las instituciones, lo conforman las características requeridas por el mercado laboral (Vera-Cortés, 2007).

Ambos perfiles deberían coincidir en su aplicación, no obstante, en muchos casos se aprecia que el profesional no encuentra en el mercado laboral la respuesta a sus expectativas de formación y se ve inmerso en una situación de desventaja con otros profesionales de su mismo nivel académico o bien es substituido por personal no profesional (Fuentelsaz-Gallego, 2007)

La capacidad profesional adquirida debe favorecer la calidad de la atención de los servicios de salud utilizando adecuadamente el potencial de desarrollo profesional de la enfermería, para lo cual se han desarrollado documentos que precisan las características, atributos y responsabilidades que deberá asumir el personal que se encuentra en atención directa a los usuarios y de acuerdo con su nivel de formación (Torres, 2006).

El nivel de formación se divide en cinco: formación académica, las aptitudes, ubicación laboral, funciones genéricas y responsabilidades correspondientes al nivel de dominio, los cuales integran los requisitos mínimos que deberán ser cubiertos por el profesional de enfermería en cada nivel. (SIARHE, 2012)

Diversos referentes teóricos y los resultados investigaciones lo denominan perfil académico profesional y lo definen como él: “resultado de una formación académica, la unión del nivel de dominio disciplinar y del grado de competencia para el ejercicio laboral”, que se traduce en una tipificación de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería (Díaz, 2006).

Lo anterior es utilizado en los documentos rectores de la carrera de enfermería y proporcionara a las instituciones una herramienta para utilizar adecuadamente las competencias del profesional ya que dicha definición incluye las capacidades, aptitudes y responsabilidades de enfermería que debe poseer y desarrollar el personal que labora o contrata, así mismo potencializar su conocimiento disciplinar y practico (OMS,1969).

La determinación del perfil académico tiene el objetivo de diferenciar el trabajo profesional del no profesional y lograr que la enfermera profesional cambie de un rol pasivo a uno que proyecte la capacidad intelectual, habilidad y actitud con la que enfermería contribuye en la solución de los problemas de salud (Tejada, 2006).

Los niveles contienen una descripción general, los requisitos de formación académica, las aptitudes, la ubicación laboral así como las funciones clasificadas en asistenciales, administrativas, docentes y de investigación mismas que pueden ser calificadas como sustantivas o adjetivas dependiendo de la prioridad que tienen para cada uno de los niveles (CPE, 2011)

La función asistencial incluye acciones relacionadas con la atención directa a los usuarios. La función administrativa corresponde a la gestión de recursos necesarios y complementarios para el logro de los objetivos. La función

docente, se refiere a las actividades de educación para la salud y las relacionadas con la educación continua.

La función de investigador contribuye principalmente al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población, mediante la aplicación de la metodología científica de la investigación, los conocimientos prácticos que de ellas se derivan así como las acciones que permiten contribuir al desarrollo del ejercicio profesional (Torres, 2006).

Las funciones a su vez se desglosan en intervenciones las cuales incluyen tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, familia y comunidad y según el grado de responsabilidad, toma de decisiones o autonomía en el cuidado que tiene el sujeto que las realiza, por lo que se denominan como dependientes, interdependientes e independientes.

- a). Dependientes. Son aquellas que deben ser llevadas a cabo generalmente por personal no profesional o en formación y se realizan bajo supervisión del profesional de enfermería o por prescripción de otro profesional del área de la salud.
- b). Interdependientes. Son aquellas que el profesional de enfermería realiza en coordinación con otros profesionales del área de la salud.
- c). Independientes. Son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional y son asumidas exclusivamente por personal profesional. (ANEXO 4)

### **II.3.2 Salud laboral**

En Latinoamérica permanecen en el ambiente laboral los padecimientos como neumoconiosis, intoxicaciones, cánceres de diverso tipo, dermatitis por solventes, hipoacusias, entre otros. Sin embargo, poco se ha investigado sobre los trastornos psíquicos, las enfermedades psicosomáticas y la fatiga que también se encuentran vinculados al trabajo (Noriega, 2000).

En el ámbito científico-sanitario persiste una gran preocupación por los efectos negativos que el clima laboral tiene en los profesionales de salud, y sus consecuencias en los pacientes a los que atienden (Ribera-Domene, 1993).

La Organización Mundial de la salud (OMS) y Organización internacional del trabajo (OIT) definieron en 1950 la salud laboral como “la actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de estos por las condiciones de su trabajo protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas” (OMS, 1969).

La anterior definición nos plantea un nuevo reto a la salud y a la sociedad, ya que, involucra buscar mejores condiciones laborales, persiguiendo la adaptación del trabajo a cada persona, y son importantes determinantes de la salud y el bienestar de las personas (Marroqui et al., 2007).

El análisis de los problemas de salud derivados de esta situación exige ampliar el horizonte, visualizarlo de una manera holística y multifactorial y no solo desde donde tradicionalmente se han abordado.

En primer término porque significa explorar aspectos del trabajo, como las exigencias laborales, que no constituyen el punto de atención de la medicina del

trabajo o de la psicología, disciplinas que hegemonizan la práctica de la salud en el trabajo en México, además de que esta nueva situación obliga a pensar en fenómenos como la multiexposición laboral y los efectos que ello pudiera acarrear sobre la salud de los trabajadores (Noriega, 2004).

### **II.3.2.1 Condiciones de trabajo**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a las condiciones de trabajo como “El conjunto de factores que influyen sobre el bienestar físico y mental de los trabajadores” y para hablar de las condiciones de trabajo, se requiere referir a las características del trabajo realizado, tanto en los factores físicos y psicosociales laborales y de la organización. Las condiciones de trabajo que inciden sobre la salud de los trabajadores, dependen de dos cosas: el ambiente de trabajo y la organización del trabajo (Mertens, 2002).

La Ley Federal del trabajo incluye como condiciones de trabajo: la jornada laboral, días de descanso, vacaciones, salario y aguinaldo, las cuales deberán ser fundadas en sus contratos, individuales, colectivos o ley de trabajo y en ningún caso podrán ser inferiores a las fijadas en la ley (Ley Federal del Trabajo, 2011).

En diversas instituciones, aunado a dichas condiciones se encuentran circunstancias del ambiente de trabajo que ocasionan un aumento del riesgo a la salud, las más comunes son: las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, poco apoyo social, la organización del trabajo (Juárez-García, 2004).

De igual forma estas han mostrado una relación, entre las altas demandas laborales y una escasa autonomía lo cual produce una tensión laboral o estrés crónico que se refleja en múltiples indicadores de salud, las que más inciden son las enfermedades cardiovasculares. Dicha combinación se ha conocido con el

nombre de “Modelo de Tensión Laboral o “Modelo Demanda/Control” de Karasek (Juárez-García, 2004).

El modelo de tensión laboral desarrollado por Karasek es uno de los más importantes el cual plantea que los efectos negativos de un trabajo sobre la salud se derivan de dos dimensiones del ambiente laboral, las demandas y el control sobre los procesos laborales (Hernández et al., 2004).

Estas dos dimensiones asociadas a los recientes cambios tecnológicos y a la división del trabajo repercuten en una menor posibilidad de controlar los procesos relacionados con el trabajo lo que origina una disminución de la capacidad de decisión (Hernández et al., 2004).

De esta forma se plantea que el mayor riesgo para la salud de un trabajador esta dado por un ambiente laboral en el que existan muchas demandas, poco control sobre las condiciones laborales y la impresión de que las destrezas son poco exigidas y estimuladas (Guerrero et al., 2006).

Los factores psicosociales en el trabajo son parte importante de las condiciones que influyen sobre la salud de los trabajadores, el comité mixto de la OIT y OMS, define a los factores psicosociales en trabajo como las “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; lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento del trabajador (OIT, 1998).

### **II.3.2.2 Exigencias laborales**

La revolución industrial marcó el inicio de los cambios en la organización del trabajo ya que introdujo nuevos métodos y tecnologías cuya finalidad era aumentar la productividad, y de esta manera se incrementaron también las

presiones laborales. A la par del cambio en la organización del trabajo comenzaron también a disminuir las enfermedades infectocontagiosas, que dieron paso a las crónico degenerativo como las primeras causas de mortalidad (Miranda, 2007).

En la actualidad los grandes cambio tecnológicos así como la globalización económica, implica nuevas exigencias laborales que traen un aumento en las presiones psicológicas y sociales de los trabajadores (Peralta et al., 2007).

El término exigencias laborales se define como “las necesidades específicas que impone el proceso laboral a los trabajadores como consecuencia de las actividades que ellos desarrollan y de las formas de organización y la división técnica del trabajo en un centro laboral”, las principales exigencias laborales son: 1) tiempo de trabajo, 2) cantidad e intensidad del trabajo, 3) vigilancia del trabajo, 4) calidad del trabajo y 5) tipo de actividad (Noriega et al., 2000).

Para el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (CDC, 2008) las exigencias que podrían dar origen al estrés son:

- a) El diseño de los trabajos: trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos de trabajo largos, trabajos de rutina con poco significado (no emplean las habilidades de los trabajadores y proveen poco sentido de control.)
- b) El estilo de dirección: falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización y falta de políticas favorables a la vida familiar.
- c) Las relaciones interpersonales, como malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros o supervisores.
- d) Expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr; demasiada o muy poca responsabilidad, demasiadas o muy pocas funciones.

- e) Las preocupaciones de la carrera, inseguridad del trabajo y falta de oportunidad para el crecimiento personal; el ascenso, cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados.

Los indicadores más importantes de la salud laboral tanto para las condiciones como las exigencias son: accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales (Sánchez y Yanes, 2005).

### **II.3.2.3 Enfermedades profesionales**

Hace varias décadas en los países industrializados se identificó la importancia que tiene el trabajo en la generación de trastornos mentales y psicosomáticos (Arevalo, 2004). En el transcurso de varios años y desde diversas perspectivas, se hicieron notar las consecuencias de la organización del trabajo y el estrés sobre la salud y el bienestar de los trabajadores. Dichas consecuencias en países de América Latina, han estado presentes desde hace varios años y en la actualidad se han incrementado debido al efecto que la modernización, la globalización económica, los cambios tecnológicos y las nuevas formas de organización del trabajo sobre las condiciones laborales de los trabajadores, lo cual ha repercutido sobre los riesgos y exigencias de trabajo (Betancourt, 2001).

En trabajadores de la industria electrónica, se han establecido relaciones entre el estrés laboral y trastornos mentales. Las causas residen en la presencia de conflictos en el trabajo, responsabilidad excesiva, exigencia de no cometer errores, mala relación con los supervisores así como dificultad de mantenerse al tanto de los cambios en la tecnología (Shigemi et al., 1997).

Se han realizado diversos estudios que analizan aspectos del trabajo y su relación con la salud donde se señalan las diversas consecuencias que el proceso de trabajo genera en los trabajadores.

Entre los que destacan la relación de las jornadas extensas son un mayor riesgo de infarto al miocardio, hipertensión y diabetes así como a un efecto moderado sobre la salud mental, por otra parte estudios que analizan el control sobre el trabajo muestran una mayor asociación con efectos por estrés así como situaciones adictivas (Shigemi et al., 1997)

Noriega en el 2000 establece que los trastornos mentales se presentan asociados en su gran mayoría con aquellas exigencias que tienen que ver con el tiempo de trabajo, exigencias como exceso de trabajo, la atención excesiva y el riesgo de trabajo y estos se potencializaban si las actividades laborales implicaban un trabajo peligroso (Noriega et al., 2000).

Por otro lado señalan que elevados niveles de demandas psicológicas aumentan la presencia de prevalencia de depresión, fatiga, enfermedad física y ansiedad (Piqueras et al., 2008). Cabe señalar que la depresión a nivel mundial está clasificada como la causa más importante de discapacidad (Bello et al., 2005), de igual forma se ha relevado el papel fundamental que las exigencias de trabajo tienen en la aparición del estrés, dentro de las que destacan ritmo acelerado de trabajo, rotación de turnos, inestabilidad en el trabajo o inseguridad económica (Pulido-Navarro y Noriega-Elío, 2003).

Otros estudios muestran como una carga de trabajo excesiva de carácter física y mental, el exceso de responsabilidades que la tarea impone pueden ser causa de estrés provocando tristeza, soledad, sensación de vacío emocional y presencia de enfermedades crónicas como artritis, hipertensión arterial, cardiopatía, ulcera gástricas y bronquitis (Merecz et al., 2009).

Los ejemplos anteriores son muestra clara de las múltiples y diversas situaciones a las que pueden enfrentarse las personas en su trabajo, la profesión de enfermería no se encuentra exenta de dichos entornos (OMS, 2010).

Actualmente son pocos los estudios realizados en este tipo de población la cual se ha señalado como una profesión de especial riesgo para el padecimiento del estrés ya que su trabajo se caracteriza por la variabilidad de las situaciones de trabajo, complejidad de las técnicas asistenciales las cuales se renuevan constantemente, las exigencias relacionadas con la enfermedad o gravedad del paciente, el volumen de pacientes asignados, la dificultad para concentrarse, turnos de larga duración, su rotación y la falta de motivación (Susuki et al., 2004; Cheng et al., 2000; Gonzalez et al., 2005; Juárez-García, 2004).

Un ejemplo claro de esto es la asociación encontrada entre la relación de paciente-enfermera y la mortalidad de los pacientes. En los pacientes quirúrgicos nos dice que por cada paciente adicional por enfermera se asociaba con un 7% (odds ratio [OR], 1,07; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1.03-1.12 ) aumentar la probabilidad de morir dentro de los 30 días de admisión (Aiken et al., 2002).

Para el personal de enfermería que tenía mayor carga de trabajo se asociaba con un 23% (OR, 1,23; 95% CI, 1,13 a 1,34) aumento de las probabilidades de Burnout y un 15% (OR: 1,15, IC 95% , 1.7 a 1.25) aumento de las probabilidades de insatisfacción laboral; lo que nos muestra que las enfermeras están más propensas a experimentar agotamiento e insatisfacción laboral (Aiken et al., 2002).

Dentro de estos estudios destacan el realizado por Juárez-García (2007) el cual nos menciona como el personal de enfermería que manifestó tener más inseguridad de conservar su empleo y/o la combinación nociva de altas demandas y bajo control en el mismo, reportaron mas síntomas cardiovasculares y mayores niveles de tensión arterial, aún considerando otros factores de riesgo cardiovascular que pudieran alterar la tensión arterial tales como la edad, el IMC, el consumo de tabaco y alcohol.

Otro estudio realizado en la comunidad del distrito de Kaunas el cual se encuentra ubicado en la República de Lituania al norte de Europa, exploró la asociación entre las características del trabajo psicosocial, apoyo social y recursos internos como determinantes del estado de salud mental en enfermeras donde hallaron que menos de un tercio (23,0%) de las enfermeras tenían síntomas de problemas mentales, las asociaciones encontradas fueron que altas demandas laborales se asociaron con trastornos mentales con OR de 2,15 (IC 95%, 01.07 a 04.30), bajo control del empleo OR de 1,22, ( IC 95% 0,64 a 2,31), el trabajo de apoyo social bajo tensión en el trabajo OR de 3,78, (IC 95%, 2.08-6.87) (Malinauskienė et al., 2009).

A nivel mundial existen diversos estudios realizados en el personal de enfermería los cuales nos muestran múltiples asociaciones entre ellos el realizado en el Salvador ciudad de Brasil donde evalúan la asociación entre la demanda psicológica, el control en el trabajo, la demanda con la angustia psicológica, los hallazgos del estudio refuerzan la importancia de intervenir en la estructura organizativa con el fin de aumentar el control en puestos de trabajo y ajustar los niveles de exigencias psicológicas (Araujo et al., 2003).

Se han realizado diferentes abordajes de esta problemática y actualmente se han encontrado mayores relaciones entre los factores de estrés y el trabajo, Kawano en 2008 describe una asociación entre los factores mentales y síntomas físicos, nos muestra como se comportaron los niveles de fatiga de acuerdo a los departamentos o servicios entre las enfermeras de un hospital Japonés. Los resultados más relevantes son los siguientes: el trabajo en salas de cirugía se asoció con la fatiga, que el trabajo en unidades de cuidados intensivos (UCI) se asoció con la ansiedad y el estrés de trabajo en cirugía, mientras que el servicio de medicina interna fue asociado con la ansiedad y la depresión estos resultados son independientes de los factores demográficos y las demandas que el mismo trabajo demanda.

Por lo tanto, el autor sugiere que los factores de estrés relacionados con el trabajo debe reducirse al mínimo, para mejorar la salud física y mental de las enfermeras, teniendo en cuenta las demandas de los departamentos.

Estudios realizados en auxiliares de enfermería establece los factores de trabajo como predictores de fatiga, entre los que destacan: tabaquismo en exceso, una demanda de trabajo media o alta, ser soltero, por otra parte durante el seguimiento tener problemas de salud a largo plazo se asoció con un mayor riesgo de fatiga persistente. Por el contrario los premios el trabajo bien hecho, un nivel medio de la equidad de liderazgo, y el ejercicio físico regular se asociaron con un menor riesgo de fatiga (Boya et al., 2008; Aiken et al., 2002). Otro estudio reporta que las altas demandas y la falta de recompensas en el trabajo puede causar fatiga persistente y que la reducción de la demanda, recibir información adecuada y la estimulación mental en forma de apoyo y los retos positivos pueden facilitar la recuperación en aquellos trabajadores con fatiga (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008).

En Estados Unidos se encontraron asociaciones similares, en el estudio evaluaron la relación entre las características psicosociales del trabajo y los cambios en la salud de calidad de vida de las enfermeras, donde evaluaron 7 dimensiones del estado de salud: función física, limitaciones del rol debido a problemas de salud física, dolor corporal, vitalidad, función social, limitaciones del rol debido a problemas emocionales y salud mental. Las malas condiciones psicosociales de trabajo son importantes predictores de un mal estado funcional y su disminución a largo plazo (Eriksen, 2006).

Dado lo anterior se ubica de manera notoria la escasa atención que se ha prestado al proceso de trabajo y su relación con la salud del personal de enfermería. Lo cual cobra una especial trascendencia ya que por el tipo de actividad que realizan es de vital importancia asegurar un trabajo decente para dicho sector.

### III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional y correlacional (Hernández et al.,1997), con todo el universo del personal de enfermería que labora en el Hospital General de Querétaro un mismo investigador aplico el instrumento (posteriormente descritos) de modo auto-administrado y bajo anonimato, previa aceptación y firma de su consentimiento informado (anexo1). Se excluyo al personal de enfermería que se encontró de vacaciones, con incapacidad o alguna comisión que le impida estar presente al momento de llevar a cabo la encuesta. Se eliminaron las encuestas con información incompleta.

#### **Instrumentos:**

SWS-Survey©, de salud mental, estrés y trabajo (Gutierrez, 1994) cuyas siglas (en inglés) corresponden a los conceptos *Self Work Social*; es un instrumento diagnostico-prescriptivo con características psicométricas sólidas. Esta integrado por 200 reactivos, organizados en ocho escalas tipo likert (ordinal), que evalúan individual o grupalmente los niveles de salud mental así como los niveles de estrés y de apoyo en las áreas personal, social y laboral. Cada escala incluye 25 afirmaciones con aspectos positivos (apoyos) y negativos (estresores) en sus dimensiones social, laboral y personal; a su vez, incluye escalas para evaluar buena salud mental y salud mental pobre.

El SWS-Survey está avalado por la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH)<sup>1</sup>. En México, ha sido aplicado en distintas poblaciones para conocer y comparar el perfil y niveles de estrés, apoyo y salud mental en diferentes actividades productivas, aportando datos significativos acerca de la dinámica organizacional (Gutierrez, 1994)

Este instrumento permite detectar los casos en donde el balance entre apoyos y estrés se rompe; las personas se encuentran en situaciones de riesgo y pueden manifestar efectos indeseables que van desde la baja productividad y el ausentismo, hasta los problemas de salud crónicos o agudos. Cuenta con

baremos para la población económicamente activa de trabajadores de la zona metropolitana del D.F. La investigación en México, ha obtenido valores de consistencia interna que fluctúan de .72 a .94 teniendo un coeficiente de la escala completa de .88 (Gutiérrez, 1994). Para el presente estudio solo se aplicara la escala relacionada con la salud mental (Anexo II).

En base a un análisis crítico de la literatura previa se determino que para la variable, exigencias laborales se adaptara el instrumento Programa de Evaluación y Seguimiento de Salud laboral PROESSAL (Noriega, 2000b) el cual ya esta validado con población mexicana (Leal y Mendoza 2001) por ser el que más se ajusta a la información que se pretendía obtener y permitió recabar datos sobre los factores que inciden en el proceso de trabajo. Para la variable condiciones de trabajo se adaptaron las dimensiones propuestas en la Ley Federal de Trabajo (Anexo II).

### **III.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

El procesamiento estadístico consistió en la obtención de los resultados y posterior elaboración de una base de datos en la aplicación Excel Office Windows, los cuales se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS a través de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95%; posteriormente se realizo un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y de dispersión, así como la aplicación de la prueba de coeficiente de correlación de Pearson. Se estableció como nivel de error mínimo aceptable  $p < 0,05$ , los resultados fueron presentados en cuadros y graficas.

### **III.2 ASPECTOS ÉTICOS.**

En primer lugar, se estableció a cada participante en la investigación que los resultados tienen como única finalidad el obtener información para un estudio con fines académicos y de mejoramiento de la calidad de los servicios.

Teniendo en cuenta que se evaluaron aspectos psicológicos sobre todo relacionados con la salud mental, se controlaron al máximo las implicaciones éticas, tomando las siguientes medidas:

Se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, así como del Comité de Investigación del Hospital General.

Se observaron los aspectos éticos de acuerdo a las Declaraciones de Helsinki y su enmienda por la 59ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Seúl 2008; así como en concordancia con la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, Título Quinto, Capítulo Único, Artículos 100 y 101 (Ley General de Salud, 1984).

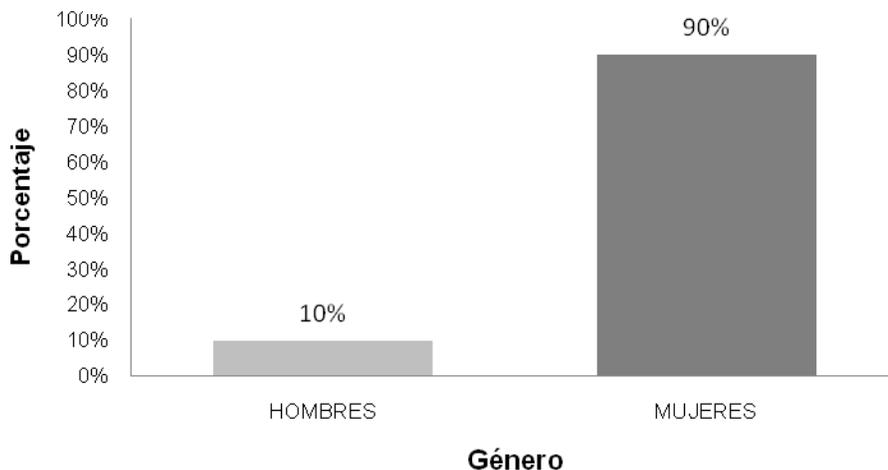
Se solicitó previo consentimiento informado (Anexo I) la participación voluntaria del personal de enfermería; se mantuvo la confidencialidad de la información; se les dio a conocer los propósitos de la investigación así como los resultados de la misma.

#### IV. RESULTADOS

Se remitieron 250 cuestionarios, con una tasa de respuesta del 84.8% (212 cuestionarios de identificación) de los cuales 12 no estaban completos (4.8%) los cuales se eliminaron quedando un total de 200 cuestionarios.

Las características generales de la población de estudio presentaron los siguientes datos; se observó un predominio del género femenino (90%) con una relación de 1:9 en proporción al género masculino; la muestra tenía edades entre los 22 y 58, con una media de 36, de los cuales el mayor porcentaje (38.5%) se encuentra entre la población de 31 a 40 años.

Figura IV.1 Distribución de acuerdo a género del personal de enfermería



Para la variable estado civil, la muestra se distribuyó en 104 profesionales de la salud (52%) se encontraban casados, seguido de 67 que refirieron ser solteros (33.5%), el 9% se encontraban en unión libre el 5% divorciado y el .5% viudo. Para un 91% de la población encuestada, su nivel socioeconómico fue medio, mientras que para un 7% fue bajo y un 2% refirió tener un nivel socioeconómico alto.

Figura IV.2 Distribución de acuerdo a la edad del personal de enfermería

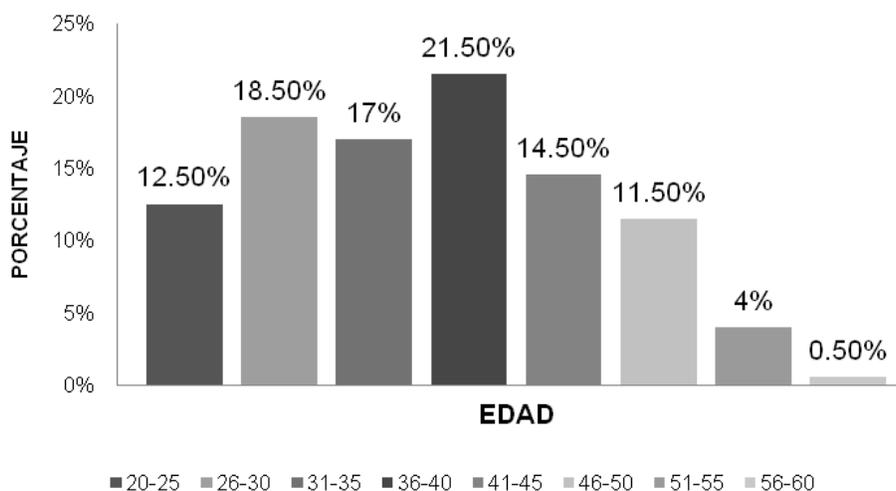
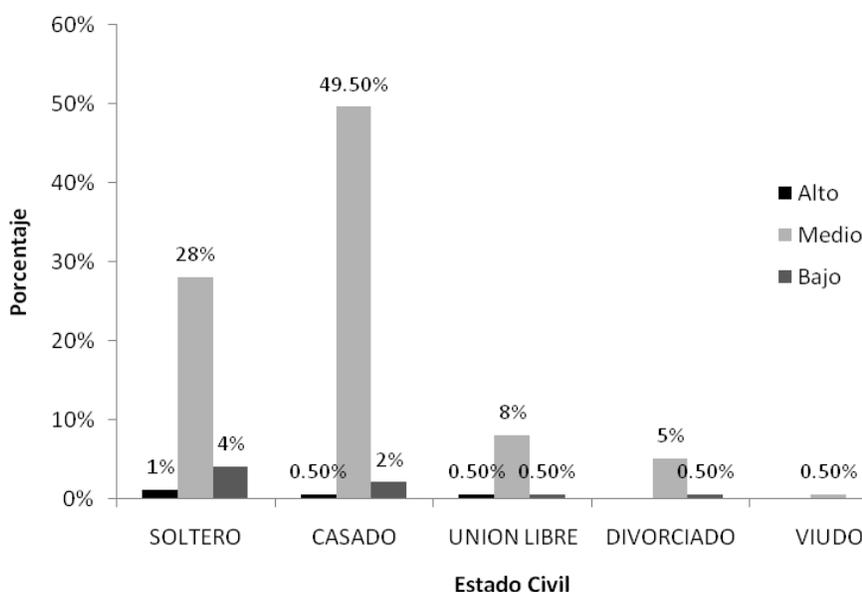
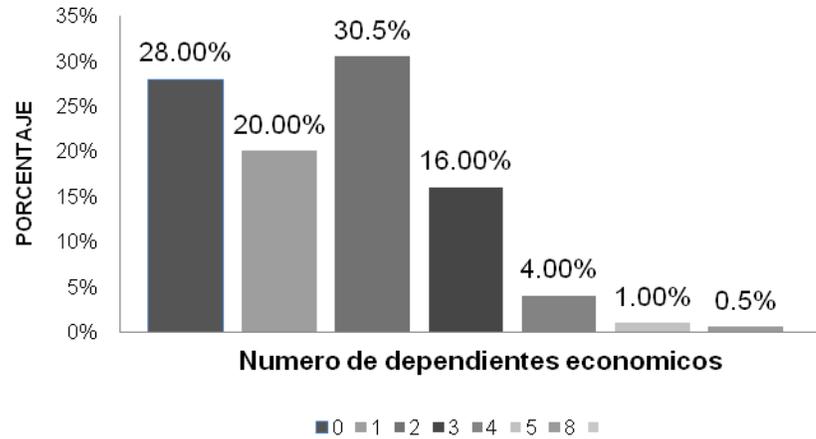


Figura IV.3 Distribución de acuerdo al nivel socioeconómico y estado civil del personal de enfermería



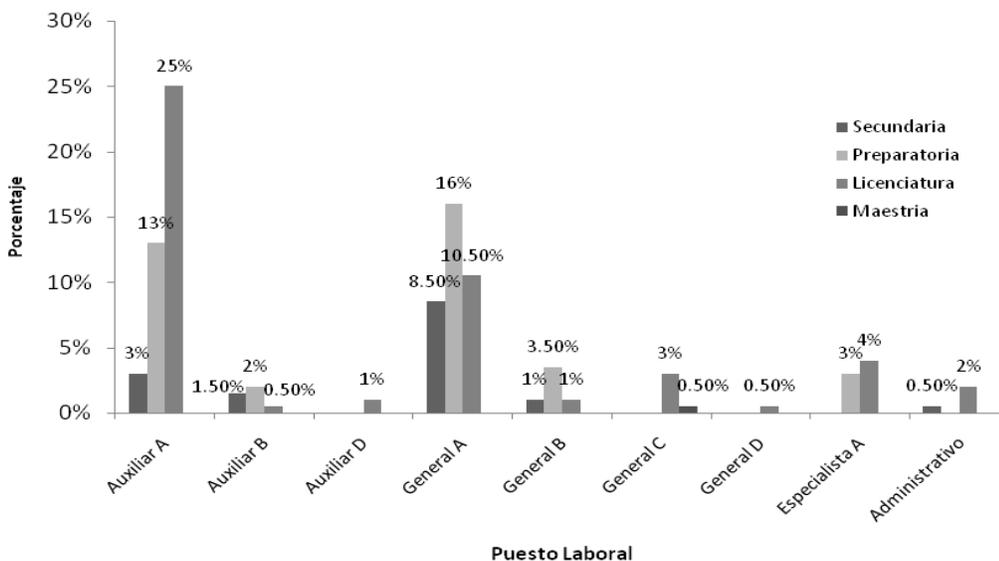
El número de dependientes económicos varía entre 0 y 8, en donde para ambos géneros el mayor porcentaje fue de 30.5% los cuales refirieron tener 2 dependientes económicos; el 28% no tenía ningún dependiente económico; seguido del 20% que refirió tener 1 dependiente; 16% 3 dependientes; 4% 4 dependientes, 2 enfermeras refirieron tener 5 dependientes (1%) y solo una enfermera, 8 dependientes (.5%).

Figura IV.4 Distribución del número de dependientes económicos del personal de enfermería



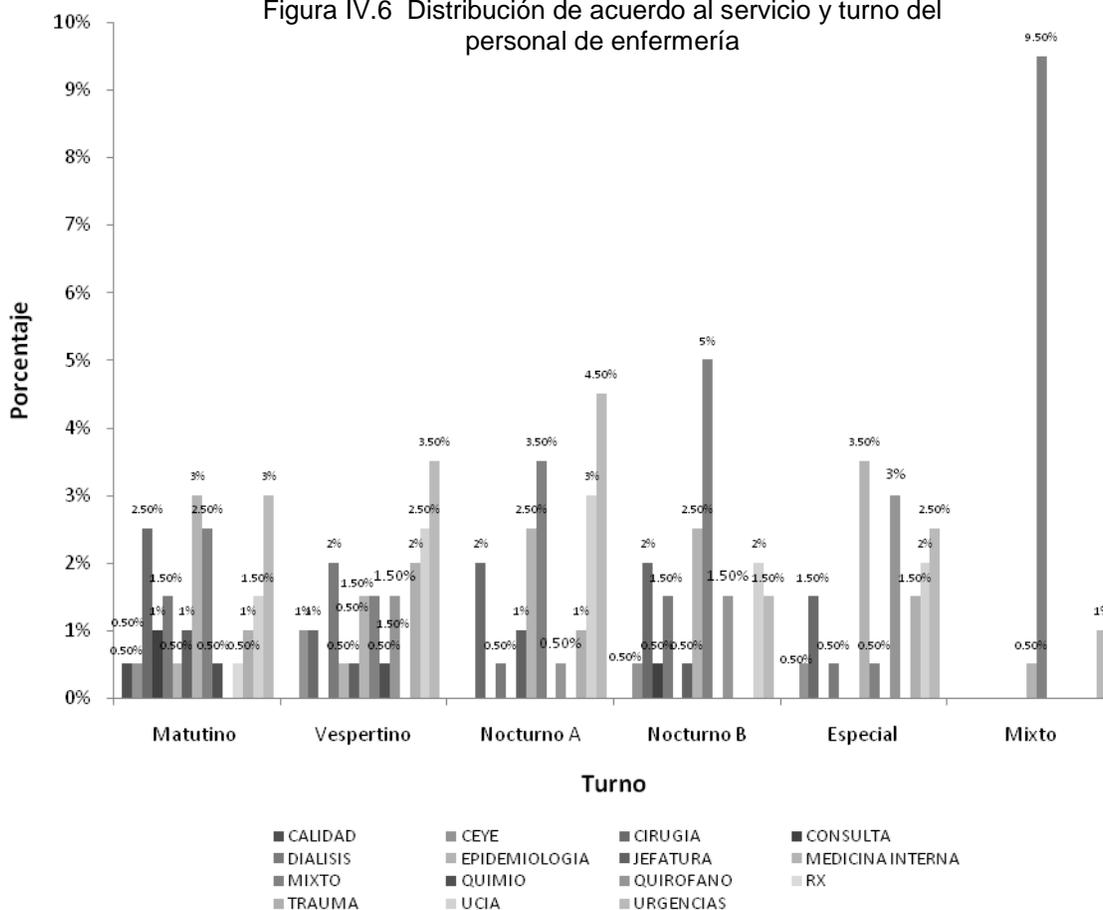
Lo referente a la formación profesional de la población el 52% tenía estudios inferiores a licenciatura; el 47.5% tenía estudios de licenciatura; 5% estudios de posgrado; en contraste con el puesto oficial que desempeñaban en la institución, en el que predominó con un 46% Auxiliar de enfermería, 44.5% enfermera general y un 9.5% especialista; respecto a la experiencia como enfermera se encontró que tenían entre 2 meses y 31 años, donde el mayor porcentaje se encuentra entre las enfermeras que tiene menos de 5 años de experiencia(27%) seguido por el 24% de quienes tienen entre 16 y 20 años de experiencia; sin embargo es importante identificar cuanta de esta se obtuvo en el hospital; el 40% tiene menos de 5 años trabajando aquí.

Figura IV.5 Distribución de acuerdo a la formación profesional y el puesto laboral del personal de enfermería



Entre los datos recabados se encuentran las variables de turno y servicio las cuales nos permitirán conocer la distribución del trabajo dentro de la institución así como la participación del personal de enfermería en cada turno; el turno matutino participo con un 20%; nocturno A con un 19%; tanto el turno vespertino como el nocturno B con un 18%; especial con un 16% y el turno mixto con una participación del 11%, en relación al servicio, se encuentran representadas todas las áreas donde labora el personal de enfermería, las de mayor porcentaje fueron: mixto con un 23% que se refiere al personal de enfermería que no tiene un servicio fijo, el 16% corresponde al servicio de urgencias; 14% medicina interna y el 11% para la Unidad de Cuidados Intensivos; cabe señalar que son los servicios más grandes del hospital y por lo tanto cuentan con un mayor número de personal.

Figura IV.6 Distribución de acuerdo al servicio y turno del personal de enfermería



El 52% del personal contestó que trabaja entre 40 y 96 horas a la semana, un porcentaje se podría explicar con la presencia de un trabajo adicional, ya que el 21.5% tiene otro trabajo de los cuales el 93% se relaciona con su profesión; el 78.5% refirió no tener otro trabajo. Otra posible explicación es que algunas de ellas al responder esta pregunta incluyeran la práctica doméstica, ya que el 59.5% del personal de enfermería encuestado le dedica entre 1 y 5 horas diarias, el 31.5% entre 6 y 10 horas; 9% más de 10 horas entre semana, mientras que los fines de semana le dedican entre 1 y 5 horas un 54%; entre 6 y 10 el 36.5% y el 9.5% más de 10 horas.

Figura IV.7 Distribución de acuerdo al número de horas dedicadas al trabajo domestico del personal de enfermería

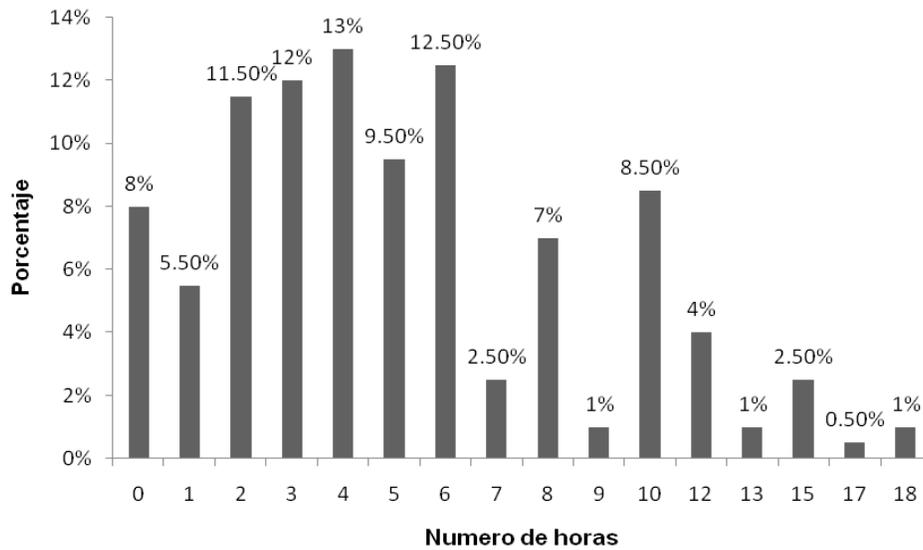
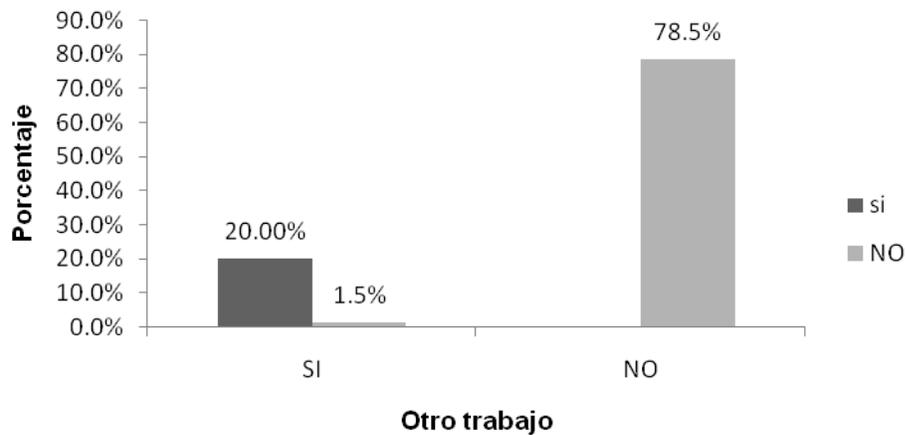


Figura IV.8 Distribución de acuerdo a la presencia de otro trabajo y su relación con la profesión del personal de enfermería



Respecto a las condiciones de trabajo del personal de enfermería, para la variable tiempo de trabajo; 78 enfermeras (39%) refirieron tener un tiempo muy alto de trabajo, 31 de ellas (15.5%) expresaron tener un tiempo alto de trabajo, ambas características representan una posible condición de riesgo ya que de acuerdo a la bibliografía esta, repercute en la salud del personal de enfermería y por ende en la calidad de atención del paciente.

Por otro lado el 45.5% reporto tener normal baja o muy bajo tiempo de trabajo, lo que podría trascender en la disminución de riesgo de accidentes o enfermedades laborales y así mejorar la calidad de vida de los (as) enfermeros(as). (Cuadro N° 1)

Cuadro No. IV.1  
*Distribución de frecuencias de tiempo de trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	2	1%
BAJO	44	22%
NORMAL	45	22.5%
ALTO	31	15.5%
MUY ALTO	78	39%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

En el cuadro N° 2 se muestra la distribución de la cantidad de trabajo que fue referida por el personal de enfermería, mostro que el 49.5% tienen muy altas o alta cantidad de trabajo, el 18% una cantidad de trabajo normal mientras que el 32% bajas y un .5% muy baja cantidad de trabajo.

Cuadro No. IV.2  
*Distribución de frecuencias de cantidad de trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	1	.5%
BAJO	64	32%
NORMAL	36	18%
ALTO	50	25%
MUY ALTO	49	24.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

La vigilancia del trabajo mostro que el 29.5% de las enfermeras manifestaban tener un muy alto nivel de vigilancia en el trabajo; el 25.5% una alta vigilancia, el 11.5% una vigilancia normal del trabajo, 33% una baja vigilancia del trabajo y solo el .5% una muy baja vigilancia del trabajo (Cuadro N° 3).

Cuadro No. IV.3  
*Distribución de frecuencias de vigilancia del trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	1	.5%
BAJO	66	33%
NORMAL	23	11.5%
ALTO	55	25.5%
MUY ALTO	59	29.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

En el cuadro N°4 se muestran las frecuencias sobre calidad del trabajo el mayor porcentaje de enfermeras (26%) refirió tener una calidad normal en su centro de trabajo, mientras que el 23.5% refirió tener una baja calidad de trabajo, seguido del 22% que refirieron tener una muy baja calidad en su trabajo, el 19.5% manifiesto tener una alta calidad en su trabajo mientras que solo el 9% dijo haber tenido una muy alta calidad en su trabajo.

Cuadro No. IV.4  
*Distribución de frecuencias de calidad de trabajo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	44	22%
BAJO	47	23.5%
NORMAL	52	26%
ALTO	39	19.5%
MUY ALTO	18	9%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

En el cuadro N° 5 las distribuciones se comportaron de la siguiente manera: el porcentaje más alto (30.5%) fue de aquellas enfermeras que consideraron que su actividad laboral podría representar un riesgo a su salud, seguido de aquellas que refirieron tener un bajo riesgo 27.5%, un 27% mostro tener un muy alto riesgo de trabajo, mientras que el 12.5% un riesgo normal y solo el 2.5% un muy bajo riesgo al realizar su actividad laboral.

Cuadro No. IV.5  
*Distribución de frecuencias de tipo de actividad de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	5	2.5%
BAJO	55	27.5%
NORMAL	25	12.5%
ALTO	61	30.5%
MUY ALTO	54	27%
TOTAL	200	2.5%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

El comportamiento de las distribuciones sobre exigencias laborales fue 22% refirieron tener unas muy altas exigencias laborales, el 21% normales, el 20% altas, 19.5% bajos y el 17.5% muy bajas (Cuadro No. 6).

Cuadro No. IV.6  
*Distribución de frecuencias de exigencias laborales de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	35	17.5%
BAJO	39	19.5%
NORMAL	42	21%
ALTO	40	20%
MUY ALTO	44	22%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de exigencias laborales.

La jornada laboral del personal de enfermería se ve afectada por trabajar dobles turnos, tener más de un empleo y por el tipo de horarios inherentes a la profesión. En el Cuadro No. 7 se observa de qué manera se comportaron las diversas jornadas del personal de enfermería, donde el 28.5% reflejan tener una muy alta carga laboral, el 27% una carga normal de trabajo, el 15.5% una muy baja jornada laboral, 15% una baja jornada laboral y el 14% una carga alta de trabajo.

Cuadro No. IV. 7

*Distribución de frecuencias de jornada laboral de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	31	15.5%
BAJO	30	15%
NORMAL	54	27%
ALTO	28	14%
MUY ALTO	57	28.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

El descanso se relaciona con los periodos de tiempo que el personal de enfermería tiene para equilibrar su práctica profesional con el adecuado descanso personal o familiar, de esta manera que el 25.5 % del personal mencionaron tener una relación normal entre su descanso y su actividad laboral, al 24.5% opinó que su descanso era escaso para la actividad que desarrollaba, al 18.5% considero tener excesivos periodos de descanso, el 16.5% refirió tener escaso tiempo de descanso y el 15% un alto tiempo de descanso (Cuadro N°8).

Cuadro No. IV.8

*Distribución de frecuencias sobre el descanso de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	49	24.5%
BAJO	33	16.5%
NORMAL	51	25.5%
ALTO	30	15%
MUY ALTO	37	18.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

En el cuadro N° 9 se resume la percepción sobre los periodos vacacionales; el mayor número (22%) de enfermeras refirió tener muy bajo periodo vacacional y un porcentaje igual (22%) comento que tenían un bajo periodo, el 20% un normal, 19% muy alto, 17% normal.

Cuadro No. IV. 9		
<i>Distribución de frecuencias de vacaciones de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.</i>		
TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	44	22%
BAJO	44	22%
NORMAL	34	17%
ALTO	40	20%
MUY ALTO	38	19%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

Aproximadamente 1 de cada 2 enfermeras (45.5%) señala tener una remuneración en su salario bajo y muy bajo; solo 1 de cada 4 menciona tener un salario acorde a su participación laboral. En contraste, la mención de un salario alto solo estuvo presente el 7% del personal de enfermería encuestado. Es de llamar la atención que en su conjunto 1 de cada 5 enfermeras menciona percibir un salario muy alto respecto a su desempeño profesional (Cuadro No. 10).

Cuadro No. IV.10

*Distribución de frecuencias de salario de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	49	24%
BAJO	42	21%
NORMAL	55	27.5%
ALTO	14	7%
MUY ALTO	40	20%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

El aguinaldo es percibido como bajo y muy bajo en 1 de cada 3 enfermeras entrevistadas; solo el 17.5% lo señala acorde a las actividades desempeñadas. Por su parte 2 de cada 5 enfermeras refiere recibir un aguinaldo alto y muy alto de acuerdo a la categoría y puesto desempeñado en la institución (Cuadro No. 11).

Cuadro No. IV.11

*Distribución de frecuencias de aguinaldo de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	57	28.5%
BAJO	29	14.5%
NORMAL	35	17.5%
ALTO	41	20.5%
MUY ALTO	38	19%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

En su conjunto, las condiciones laborales en el personal que labora en el Hospital General de los Servicios de Salud en el Estado de Querétaro, son percibidas como bajas y muy bajas en 1 de cada 2 casos (45.5%); asimismo 1 de cada 5 las señala como normales.

Por su parte las condiciones laborales son referenciadas como altas y muy altas en un 36.5% de las entrevistadas (Cuadro No. 12).

Cuadro No. IV.12  
*Distribución de frecuencias de condiciones laborales de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	50	25%
BAJO	41	20.5%
NORMAL	36	18%
ALTO	36	18%
MUY ALTO	37	18.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta de condiciones laborales.

La salud mental en su conjunto, se señala como normal e incluso como alta o muy alta en el 94.5% de los entrevistados; solo 5 de cada 100 personas la expresa en rangos bajos y solo una persona se detecta con muy baja salud mental (Cuadro No. 13).

Cuadro No. IV. 13  
*Distribución de frecuencias de salud mental de las enfermeras que se encuentran en el Hospital General de Querétaro.*

TIEMPO DE TRABAJO	NO.	PORCENTAJE
MUY BAJO	36	18%
BAJO	83	41.5%
NORMAL	60	30%
ALTO	17	8.5%
MUY ALTO	4	2%
TOTAL	200	100%

Fuente: SWS-Survey dimensión salud mental.

En lo pertinente a esta investigación la distribución de los componentes las exigencias laborales mostró las siguientes correlaciones:

*Cuadro No. IV.14*  
*Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de exigencias laborales y la salud mental.*

	TIEMPO	CANTIDAD	VIGILANCIA	CALIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EXIGENCIAS
<b>SM</b>	.096	-.183**	.083	-.083	-.307**	-.099

\*\* p (R=0) < 0.01

Los resultados encontrados muestran que la salud mental se encuentra estadísticamente relacionada con el tiempo, la cantidad y el tipo de actividad que desempeñan las enfermeras lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

A cerca de la distribución de los componentes sobre las condiciones laborales se encontraron las siguientes correlaciones:

*Cuadro No .IV. 15*  
*Coeficiente de correlación de Pearson entre las dimensiones de condiciones de trabajo y la salud mental.*

	JORNADA	DESCANSO	VACACIONES	SALARIO	AGUINALDO	CONDICIONES
<b>SM</b>	-.075	-.250**	-.111	.012	-.006	-.132*

\*\* p (R=0) < 0.01    \*p (r=0) <0.05

*Cuadro No 16*  
*Matriz de correlación: exigencias laborales VS condiciones laborales.*

	TIEMPO	CANTIDAD	VIGILANCIA	CALIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	EXIGENCIAS
JORNADA	.407**	.265**	.281**	.083	.272**	.442**
DESCANSO	.199**	.162*	.135*	.311**	.164*	.315**
VACACIONES	.370**	.095	.116	.131*	.177**	.309**
SALARIO	.078	.016	.147*	.148*	.053	.133*
AGUINALDO	.159*	.153*	.035	-.100	-.073	.082
CONDICIONES	.395**	.226**	.219**	.159*	.180**	.402**

\*\* p (R=0) < 0.01    \*p (r=0) <0.05

## V. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir las condiciones y exigencias laborales así como su relación con la salud mental del profesional de enfermería, específicamente que condición o exigencia mostraba tener mayor relación con la población de estudio y la buena salud mental. Además se lograron identificar que variables sociodemográficas se relacionaron mas con la salud mental, a continuación se discutirán los principales hallazgos de este estudio.

El estado de bienestar psicológico y social de la persona se encuentra determinado en gran parte por el entorno y este juega un papel importante sobre el estado de ánimo y la presencia de características positivas, como el placer, satisfacción, comodidad, o negativos: ansiedad, depresión e insatisfacción, los anteriores aspectos son clave para establecer la salud mental de las personas (Vivaldi, 2012).

Los resultados mostrados sugieren que el personal de enfermería de este hospital se encuentra representado mayormente por el género femenino lo cual es coincidente con varios estudios donde se describe un predominio del género femenino (Enciso, 1997; Montero, 2004; Vallejo, 2009) lo cual constituye una de las bases más significativas para la variable, salud mental, ya que como lo refiere la literatura las enfermeras por el hecho de ser mujeres reúnen características particulares que las hacen estar más propensas a padecer enfermedades, físicas o psicológicas, relacionadas principalmente al desempeño de varios roles como ama de casa, madre, esposa, entre otras (Hernández, 1997; Celma, 2009).

Así mismo el profesional de enfermería desempeña una de las profesiones consideradas como más propensas a padecer problemas, derivados de su práctica profesional, lo anterior visto desde el aspecto social es que el trabajo debe de proveer de satisfacción personal, remuneración económica y prestigio (OIT, 2010).

Respecto a la edad del personal de enfermería se puede apreciar que se trata de una población adulta joven ya que el mayor porcentaje se encuentra entre los 31 y 40 años de edad, sin embargo esta no mostró significancia estadística al relacionarlo con la buena salud mental, así mismo con el nivel de estudios no mostró diferencia lo que no coincide con estudios relacionados que muestran que la salud mental positiva aumenta con un nivel mayor de estudios (INM, 2006).

Sin embargo la categoría laboral bajo la cual se desempeñan si presento una significancia estadística, quizá relacionado a la remuneración económica que perciben ya que esta se encuentra dado por el código funcional que ostentan sin tener relación directa con el nivel de estudios, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Gavilán, 2002; Chiang, 2011).

En relación a su perfil predominantemente de formación técnica, se considera que es un área con insuficientes competencias profesionales y laborales las cuales son necesarias para desarrollar habilidades, estrategias para un desempeño óptimo y asertivo ante situaciones que generen estrés y que a su vez propicien un buen ambiente de trabajo y por consiguiente una buena salud mental (Perea-Baena, 2008).

En relación a los dos aspectos anteriores se observa que la mayoría de los participantes de este estudio son mujeres y con una escolaridad baja, así mismo refirieron pertenecer a un grupo socioeconómico bajo, los cuales pueden ocasionar un estado negativo en su salud mental (Cifuentes, 2001)

La buena salud mental muestra una relación positiva con las condiciones de trabajo lo cual coincide con (Noriega, 2004) también se encontró una relación negativa entre las exigencias de trabajo y la salud mental lo cual no se encuentra reportado en la literatura. Este hallazgo implica que el personal desempeña su trabajo en un entorno más adecuado cuando considera que disfruta de mejores condiciones y menores exigencias de trabajo.

Respecto a la salud mental reveló que existe una significancia estadística positiva con las condiciones de trabajo mientras que para las exigencias laborales se observó una significancia estadística negativa.

Para el óptimo desempeño del personal de enfermería y por su principal función que es el cuidado de la comunidad (Potter, 2001) es de vital importancia contar con estado de salud óptimo así como unas condiciones laborales adecuadas tanto en el aspecto individual como laboral, los cuales repercutirán en su aspecto personal, laboral, social y familiar, por lo que es importante evaluar cómo se encuentran actualmente las condiciones y exigencias laborales del personal de enfermería para que le permita realizar su trabajo con eficacia y eficiencia (Correa-Jimenez, 2002).

Aguilar-Luzón en el 2007 refirió que la jornada laboral desempeña un papel importante en la realización del trabajo del personal de enfermería lo cual coincide con nuestros resultados ya que está mostró una relación significativa negativa lo cual plantea que la presencia de una jornada laboral mayor o dos trabajos como es el caso de algunas de las participantes de este estudio, presentan un mayor desgaste físico, emocional y psicológico (Borges-Romero, 1998).

El descanso es parte vital del ser humano ya que este le permite desarrollarse íntegramente en la sociedad como lo describe en este caso algunas enfermeras consideran tener un adecuado descanso y otras no, sin embargo ambas se relacionaron positivamente con la salud mental así como con el tipo de contratación y turno en el que laboran, igualmente las vacaciones forman parte del descanso obligado del personal de la salud y aunque menor esta variable también tuvo una significancia positiva (Caraveo, 1998; Sierra, 2002; Oblitas, 2006)

Parte importante de la salud mental es la sensación de los trabajadores de sentirse satisfechos, completos, realizados (Sanchez-Castillo, 2012). Bajo este

escenario el salario o la remuneración económica forma parte fundamental del trabajo en la actualidad y permite al profesional sentirse pleno al desempeñar una actividad profesional que le permita cubrir parte de sus necesidades básicas con el aporte económico que recibe ya que de otra manera el trabajador se sentirá poco valorizado en compensación con el trabajo que desempeña (Sánchez, 1995; Berenzon-Gorn, 2009).

En la mayoría de las investigaciones realizadas en el personal de enfermería, sobre la remuneración económica por la actividad laboral que desempeñan se observa que el personal de enfermería constantemente refiere que el salario que perciben es menor a lo que realmente merecen, que son mal pagadas, que no son adecuados o acordes a sus necesidades habituales y por consiguiente afirman que no es reconocida la alta complejidad de su labor (Buela, 2005)

Lo cual concuerda con el presente trabajo ya que mostró tener una significancia estadística positiva lo cual también coincide con el tipo de contratación ya que existe una mejor o peor salud mental entre las enfermeras que ostentan una plaza definitiva o eventual respectivamente y esto trae como consecuencia una estabilidad o inestabilidad laboral (Aguirre, 2009).

Así mismo aquellas trabajadoras de base que poseen un código bajo por consiguiente perciben una menor remuneración, lo anterior coincide con lo referido por varios autores los cuales consideran que el buen salario favorece la satisfacción laboral ya que esta percepción económica permite mejorar las condiciones de vida y tiene relación con el valor asignado al trabajo y esto a su vez con la buena salud mental (Sánchez-Castillo, 2012).

Así mismo con el aguinaldo es considerado parte de esta misma remuneración económica que fomenta la adecuada salud mental del trabajador sin embargo en la presente investigación no se reportó una relación significativa entre la

salud mental y el aguinaldo el cual está directamente relacionado con la categoría laboral, la antigüedad y el tipo de contrato (Grau, 2005; Gamero, 2007).

Identificar cual es la relación entre la salud mental y las condiciones de trabajo permite entender las características del desempeño del personal de enfermería y percibir cuales son los motivos que inspiran al personal a tener una adecuada salud mental, para de esta manera propiciar espacios que mejoren el desempeño de este indispensable profesional de la salud.

Existe una amplia literatura que demuestra, por una parte, la influencia de las exigencias laborales, la salud, el rendimiento laboral y, por otra, la existencia de procesos saludables o peligrosos en el trabajo que pueden beneficiar o afectar a los trabajadores (Sánchez-Castillo, 2012) .

Se describen los factores intervinientes que afectan en relación al tiempo de trabajo que los profesionales le dedican a su actividad laboral, entre estos destacan, las características individuales, factores relacionados con el trabajo, condiciones ambientales y circunstancias ambientales (Gonzalez, 2011).

En el presente estudio se encontró una relación significativa entre la salud mental y los diferentes componentes de las exigencias laborales, entre los que destacan el tiempo de trabajo el cual muestra que el extenso tiempo de trabajo del personal de enfermería afecta de manera significativa la salud mental del profesional (Calera,2004; Knauth 1997).

Lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con la presencia de otro trabajo, las jornadas nocturnas o doblar o rotar turnos lo cual dificulta que se tenga un sana vida social, necesaria para tener una buena salud mental, lo cual según Davidson (2007) se asocia con un aumento de la prevalencia de trastornos afectivos, tales como tristeza, miedo, culpa, y soledad.

Otras investigaciones han encontrado relación entre el tiempo que se le dedica a la actividad laboral y la presencia de síntomas como dolor de cabeza, problemas relacionados al sueño, cansancio, entre otros. Se sabe que el trabajo nocturno es negativo para la salud del personal ya que exige mantener al organismo activo, en momentos en que necesita descanso, sin embargo sobre el bienestar prevalece el beneficio (Calera, 2005).

Respecto a la variable cantidad la OIT refiere que cada vez se hace más intenso el trabajo, los trabajadores realizan su labor a un ritmo mucho más rápido y determinados cada vez más por las exigencias de los clientes, lo anterior se intensifica cuando tratamos de estimar el número de actividades del quehacer diario de la enfermera tomando en cuenta la eficacia, responsabilidad y calidad requerida en sus acciones desde este punto de vista la carga de trabajo del personal de enfermería es un factor determinante de la buena salud mental (Padrón, 2003).

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con lo anterior ya que se encontró una relación negativa entre la salud mental y la cantidad de trabajo, específicamente en lo referente al número de pacientes que brindan cuidado, lo cual también tiene una estrecha relación con el turno y área donde se encuentre laborando.

Respecto a la vigilancia del trabajo el personal de enfermería refirió no considerarse bajo una estrecha supervisión, también refirió recibir poco apoyo por parte de la autoridad en las situaciones difíciles de su trabajo lo cual no mostro significancia estadística en relación a la variable salud mental, una posible explicación sería que se sienten con libertad de decidir en su práctica profesional, sin embargo esto no coincide con lo expuesto por la literatura ya que plantea que una vigilancia del trabajo permitirá mejorar la práctica y conocimientos del profesional con el propósito de aumentar la calidad y la satisfacción personal (OIT, 1998; Lobato, 2007).

Relacionado a la calidad se observó una relación negativa, principalmente si cuentan con los insumos necesarios para llevar a cabo su práctica profesional y si realizan dicha actividad en un entorno que garantice su seguridad e integridad laboral, sin embargo dicha relación no es significativa lo que no coincide con lo reportado en la literatura (Bustamante-Ubilla, 2009; Moreno, 2010).

En relación al tipo de actividad se observó una relación negativa con la salud mental y específicamente significativo con el turno en el cual labora ya que aquellas enfermeras que laboran en un turno nocturno o las que rotan turnos tienen mayor riesgo de presentar daños a la salud, tanto físicos como psicológicos, de igual manera se sabe que la seguridad se reduce durante el trabajo nocturno lo que representa una mayor incidencia de accidentes (Arauxo, 1996; Eddy, 2001; Vallejo, 2009).

Aunado a esto la profesión de enfermería es considerada como aquella que presenta más enfermedades derivadas del proceso de trabajo como el estrés, violencia en el trabajo, fatiga etc., los cuales son responsables de los problemas de salud asociados al trabajo, lo cual implica un gran número de ausentismo laboral que invariablemente repercute en la economía (Mendoza-Flores, 2006).

La mayor parte del personal que participó en este estudio refirió que su actividad laboral podría causarle algún daño a su salud lo cual coincide con lo expuesto por la OPS (1986), Borges-Romero (1998), Ahumada (2010) y Moraes (2012) quienes mencionan que es el personal de enfermería el que cuenta con un mayor número de problemas de salud entre los que destacan: trastornos gastrointestinales, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, trastornos nerviosos, aumento del número de errores, mayor presencia de accidentes, insatisfacción personal en el trabajo, empobrecimiento de las relaciones sociales y laborales, pérdida de amistades.

La exposición a eventos propios de la actividad laboral como desastres naturales, el ser testigo de evento traumáticos como la muerte, heridos, etc. las cuales derivadas de las condiciones actuales del país se encuentran en aumento las tasas de violencia, criminalidad, y accidentes automovilísticos, hechos que forman parte de la actividad diaria del personal de enfermería y como lo reportado por este estudio repercute sobre su salud mental y por consiguiente en la calidad del cuidado que brindan (Colunga, 2008).

La presente investigación corrobora hallazgos anteriormente logrados y aporta nuevos conocimientos que permiten tener una idea más específica y entender la condición compleja y única del personal de enfermería, no obstante el carácter descriptivo de la investigación muestra resultados que deben ser tomados con reserva, ya que este trabajo no está exento de limitaciones como la falta de conocimiento sobre los aspectos personales, por ejemplo, los conflictos familiares del profesional y cómo estos afectan su salud mental.

Otro punto importante es el desconocimiento de la salud mental deficitaria y si alguno de los aspectos evaluados en esta investigación tiene alguna diferencia significativa.

Sin embargo se considera que los resultados son muy útiles para elaborar intervenciones específicas que mejoren las condiciones y exigencias laborales del personal de enfermería.

Cifuentes (2001) menciona que existen tres actores en el mejoramiento de la decencia del trabajo: la autoridad o expertos los cuales se encargan de prevenir accidentes y enfermedades profesionales, evaluar características individuales y las relaciones con sus compañeros; los trabajadores, cuyas destrezas, responsabilidad y entrega por el trabajo les puede permitir obtener

beneficios de acuerdo a sus necesidades y el estado quien norma y resguarda los derechos de los trabajadores.

En este sentido las acciones de mejora que se plantean en base a los resultados de esta investigación son de orden organizacional (Juárez-Adauta, 2012), así la autoridad debe promover una estrategia que permita conseguir un cambio planificado y una mejora en la organización, este cambio en la promoción de un clima organizacional efectivo produce efectos positivos en la mejora de la organización y se basa en programas de entrenamiento realizados en dinámicas grupales (Ortega-Altamirano, 2011).

Es importante que las instituciones de salud conozcan, reconozcan y trabajen activamente en la búsqueda de mejoras sobre las condiciones y exigencias laborales ya que estas tienen repercusiones sobre los pacientes, los trabajadores y la organización

Finalmente es necesario que se continúe investigando sobre el ejercicio profesional de la enfermera principalmente sobre sus condiciones de trabajo tomando en cuenta la salud mental deficitaria, los diversos roles del personal de enfermera así como las conductas de riesgo y estilos de vida.

## VI. LITERATURA CITADA

- Adali, E., M.Priami, H. Evagelou, V. Mougia, M. Ifanti, G. Alevizopoulos. 2003. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur. J. Psychiat.* 17:161-170.
- Aguilar-Luzon, M.C., A. Calvo-Salguero, M.A. Garcia-Hita. 2007. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud. Publica. Mex.* 49:401-407.
- Aguirre, C.D.A. 2009. Satisfacción laboral de los recursos humanos en enfermería- factores que la afectan. Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana.
- Ahumada, G.E., M. Noriega. 2010. Trastornos físicos y psíquicos asociados al trabajo en enfermeras de un hospital psiquiátrico infantil. *Salud. Trab.* 18:95-105.
- Aiken, L.H., S.P. Clarke, D.M. Sloane, J. Sochalski, J. Silber. 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA.* 288:1987-1993.
- Alarcón, R.D., S.A. Aguilar-Gaxiola. 2000. Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78. Geneva: World Health Organization.
- Albaladejo, R., R. Villanueva, P. Ortega, P. Astasio, M.E. Calle, V. Domínguez. 2004. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud. Publica.* 78:505-516.
- Albores-Gallo, L., Márquez-Caraveo, E., & Estañol, B. (2003). ¿ Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3), 16-26.
- Alcantara, J. 1960. Notas históricas acerca de la Enfermería en México. *Rev. de. Medicina.* 857:850-851.
- Álvarez, A.G., A. García, M. Bonet. 2007. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en cuba. *Rev. Cubana. Salud. Publica.* 33:1-16.
- Álvarez-Martínez, H., E. Pérez-Campos. Causalidad en medicina. 2004. *Gac.Med.Mex.* 140:467-472.

- Araújo, T.M., E. Aquino, G. Menezes, C. Oliveira, L. Aguiar. 2003. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev.Saude. Publica.* 37:424-33.
- Araújo, A., E. Carrasco, J.P. Rabassó, J. Santamaría. 1996. Turno permanente de noche y salud: estudio en una muestra de trabajadores de un hospital general. *MAPFRE Seguridad.* 63:15-23.
- Arévalo, M.F. 2004. Transtornos psicosociales: salud mental en el trabajo. *Ciencia & Trabajo.* 14:80-82.
- Arredondo, A. 1992. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saude.Publ.* 8:254-261.
- Bello, M., E. Puentes-Rosas, M.E.Medina-Mora, R.Lozano. 2005. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud. Publica.Mex.* 47:S4-S11.
- Bencomo Escobar, T. 2010. El Trabajo visto desde una Perspectiva Social y Jurídica. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*
- Berenson-Gorn, S., N. Saavedra-Solano, S. Alanís-Navarro. 2009. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud. Publica. Mex.* 51:474-481.
- Bermúdez, A. 2010. La enfermería en los acontecimientos de lucha que dieron identidad a México. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 18:1-2.
- Betancourt, O. 2001. Globalización y salud de los trabajadores. *Salud de los Trabajadores.* 11:53-63.
- Borges-Romero A. 1998. Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. *Salud de los Trabajadores.* 6:113-119.
- Borrell, C. 2004. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. *Dialogo Filosofico.* 59:245-260.
- Bosma, H., R. Peter, J. Siegrist, M. Marmot. 1998. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am. J. Public. Health.* 88:68-74.
- Boya, F.O., Y. Demiral, A. Ergor, Y. Akvardar, H. De Witte. 2008. Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial. Health.* 46:613-619.
- Buela Casal, G. (2005). Situación actual de la productividad científica de las universidades españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 5(1), 175-190.

- Bustamante-Ubilla, M.A., M.C. Del Rio-Rivero, G.E. Lobos-Andrade, P.I. Villareal-Navarrete. 2009. Percepción de la motivación de los directivos intermedios en tres hospitales de la región del Maule, Chile. *Salud. Publica. Mex.* 51:417-426.
- Calera, A., C. Rubio. 2004. Tiempos y ritmos de trabajo: incidencias en la salud. Jesus Vicens (Ed.) *Tiempo y Cambio Social*. Editorial Germania, Alzira.
- Calera, A., J.M. Roel, A. Casal, R. Gadea, F.R. Cencillo. 2005. Riesgo químico laboral: elementos para un diagnóstico en España. *Rev. Esp. Salud. Pública.* 79:283-295.
- Cañedo Andalia, R., Guerrero Pupo, J. C., Rubio Rodríguez, S. M., Cutiño Rodríguez, M., & Fernández Díaz, D. J. (2006). Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *Acimed: revista cubana de los profesionales de la información y la comunicación en salud*, 14(4), 4.
- Caraveo, J., N. Martinez, B. Rivera. 1998. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud. Mental.* 21:48-57.
- Castañeda, I. 1988. Síntesis histórica de la partera en el Valle de México. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 1:35-39.
- CDC [internet]. Centro de control de enfermedades, Atlanta, USA. Exposición al estrés: riesgos ocupacionales en los hospitales. [consultado el 05 de enero del 2001] Disponible en: [http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-136\\_sp/](http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-136_sp/)
- Celma, M., A. Acuña. 2009. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental.* 9:113-136.
- Cheng, Y., I. Kawachi, E.H. Coakley, J. Schwartz, G. Colditz. 2000. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ.* 320:1432-6.
- Chiang, M.M., M. Sigoña. 2011. Burnout en trabajadores de hospitals comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología.* 20:33-52.
- Cifuentes, R.M., C. Rodriguez, L.M. Pava, L.E. Valenzuela, A. Rodriguez, C. Orjuela, et al. 2001. *Intervención de trabajo social: avances y perspectivas 1995-200.* 1ª ed. Editorial Universidad de la Salle, Colombia.

- Colegio Nacional de Enfermeras. 1988. Enfermería, compromiso y respuesta ante los servicios de salud. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc. 1:74-77.
- Colunga, C., C.B. Enriquez, M.A. Gonzalez, R. Dominguez. 2008. Factores psicosociales en el trabajo asociados a síntomas de estrés de enfermeras de atención terciaria. 2º Foro de la Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, México.
- Córdova, E., M. Modest. 2009. La profesionalización del recurso humano en enfermería y calidad del servicio público de salud. Observatorio, Laboral. Revista. Venezolana. 2:25-47.
- Correa Jiménez, L. M., Idárraga Pérez, A., & Montoya, M. R. (2002). Valoración de los once patrones de Maryorie Gordon a las enfermeras que laboran en el área clínica en instituciones de Manizales: Hospital de Caldas-Hospital Infantil-Hospital Santa Sofía 2001; Valuation of the eleven patterns of Maryorie Gordon within the nurses who work in the clinical area of institutions in Manizales: Hospital de Caldas-Hospital Infantil-Hospital Santa Sofía 2001. Hacia promoc. salud, (7), 79-84.
- Corthésy, E. 1992. Origen, cometido y actividades del Comité Internacional de la Cruz Roja. Revista IIDH. 16:13-17.
- CPE [internet]. Secretaria de salud, Comisión permanente de enfermería: [Consultado el 07 de agosto del 2011]. Disponible en:[http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/)
- Croyle R. 1998. Depression as a risk factor for cancer: Renewing a debate on the psychobiology of disease. J. Nat. Cancer Inst. 1-20.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Critical care medicine, 35(2), 605-622.
- De la Garza, E. 1997. Trabajo y Mundos de Vida en H. Zelman (coord.) Subjetividad: Umbrales del Pensamiento Social. 1ª ed. Anthropos, Madrid.
- De-Regil, L.M., E. Casanueva. 2008. Racionalidad científica, causalidad y metaanálisis de ensayos clínicos. Salud. Publica. Mex. 50:523-529.
- Dever, A. 1991. Epidemiología y administración de servicios de salud. E.U.A.:Aspen Publishers Inc., Rockville Maryland.
- Diaz, A. 2006. El enfoque de competencias en la educación ¿una alternativa o un disfraz de cambio?. Perfiles. Educativos. 28:7-36.

- Duran, J.M. 2008. Sobre el modo de producción de las artes Marx y el trabajo productivo. *Nómadas*. 17:1-9.
- Eddy, A., C. Balderas, L.M. González. 2001. Turno de noche y salud: análisis para determinar los posibles factores de riesgo asociados al bajo desempeño físico. *Rev. Latinoam. Salud. Trab.* 1:37-44.
- Enciso, V. 1997. Género y trabajo: la enfermería. *La Ventana*. 6:182-189.
- Enguita, M.F. 1993. *Modos de producción en la sociedad actual*. 3ª ed. Macmillan, Londres.
- Eriksen, W. 2006. Work factors as predictors of persistent fatigue. A prospective study of nurses' aides. *Occup. Environ. Med.* published online 21 Mar 2006;doi:10.1136/oem.2005.019729.
- Frenk, J., J.L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka, R. Lozano. 1991. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud. Publica. Mex.* 33:448-462.
- Fuentelsaz-Gallego, C., Navalpotro-Pascual, S., & Ruzafa-Martínez, M. (2007). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII). *Enfermería clínica*, 17(3), 117-127.
- Gamero, C. 2007. Satisfacción laboral y tipo de contrato en España. *Investigaciones. Económicas*. 31:415-444.
- García, H., N. Calvanese. 2008. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*. 18:5-15.
- García-Carpintero, B. 2007. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería. Global*. 11:1-6.
- Garzón, N. 1988. La profesionalización en enfermería y su impacto social. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 1:60-65.
- Gavilán, M. 2002. Salud mental versus inestabilidad laboral. *Orientacion y Sociedad*. 3:1-16.
- Gómez, J., M. Domingo. 1999. Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de los cuidados*. 3:20-28.
- Gonzalez, J. 2011. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med. Secur. Trab.* 57:15-22.

- Gonzalez, J.L. B. Moreno, E. Garrosa, A. López. 2005. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Rev. Latinoam. Psicol.* 37:477-492.
- Gonzalez, U. 2002. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev. Cubana. Salud. Pública.* 28:1-18.
- Grau, A., R. Suñer, M.M. García. 2005. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac. Sanit.* 19:463-470.
- Guerrero, J.C., R. Cañedo, R. S.M. Rubio, M. Cutiño, D.J. Fernández. 2006. Calidad de vida y trabajo: algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *Acimed.* 14:1-29.
- Gutiérrez, R., R. Osterman. 1994. Escala SWS-Survey Salud Mental, Estrés y Trabajo. México-E.U.A.
- Harnecker, M. 1979. Capitalismo y socialismo. Cuadernos de educación popular. España: Ed Akal.
- Hernández, D., A. Salazar, V. Gómez. 2004. Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Rev. Latinoam. Psicol.* 36:107-123
- Hernández, F., R. Del Gallego, S. Alcaraz, J.M. González. 1997. La enfermería en la historia-Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados.* 1:21-35.
- Hindes, B., P. Hirst. 1979. Los modos de producción precapitalista. España: Ed. Península.
- Houtman, I., M. Kompier. 1995. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. 3ª ed. España:OIT.
- Huberman, L. 1970. Principios elementales del socialismo. 5ª ed. 3ª ed. Macmillan, Londres.
- INM. 2006. Panorama de la salud mental en las mujeres y hombres mexicanos. México: Instituto Nacional de la Mujeres.
- Jaccard, P. 1971. Historia social del trabajo. De la antigüedad hasta nuestros días. 4ª ed. Plaza y Janes, Barcelona.
- Juarez-Adauta, S. 2012. Clima organizacional y satisfacción laboral. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc.* 50:307-314.

- Juárez-García, A. 2004. Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*. 14:189-196.
- Kawakami, N., T. Haratani. 1999. Epidemiology of Job Stress and Health in Japan: Review of Current Evidence and Future Direction. *Industrial. Health*. 37:174-186.
- Kawano, Y. 2008. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese Hospital Nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *J. Occup. Health*. 50:78-85.
- Knauth, P. 1997. Horas de Trabajo. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*.
- Kripper, C.E., J.C. Sapag. 2009. Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 25:162-170.
- Laframboise, H.L. 1973. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ*. 108:388-393.
- Leal M. Salud Mental, estrés ocupacional y exigencias laborales. Publicado ISBN: 978-3-8454-8695-6, Año 2011, Edit. Académica Española.
- Leal M., T. Mendoza. (2001) Trastornos a la salud física y mental de los trabajadores en una empresa de autopartes. Tesis maestría psicología del trabajo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Levenstein, S., M.W. Smith, G.A. Kaplan. 2001. Psychosocial Predictors of Hypertension in Men and Women. *Arch. Intern. Med*. 161:1341-1346.
- Ley Federal del Trabajo [Internet]. DOF, Biblioteca del H. Congreso de la Unión. [Consultado el 05 de enero del 2011]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft/LFT\\_orig\\_01abr70\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lft/LFT_orig_01abr70_ima.pdf)
- Lobato, M. Z. (2007). Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960). Buenos Aires: Edhasa.
- Luna, M.G., S. Martinez. 2005. Exigencias laborales y daños a la salud en un establecimiento de la industria químico farmacéutica en México. *Salud de los Trabajadores*. 13:67-80.
- Malinauskiene, V., P. Leisyte, R. Malinauskas. 2009. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*. 45:910-917.

- Marroqui, C., S. Solano, M.I. Riesco. 2007. Adecuación de puesto de trabajo en el ámbito sanitario. *Med. Secur. Trab.* 52:1-7.
- Martínez, S. 1997. El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. 1ª ed. UAM-X, México.
- Marx, C., Engels, F. 1976. Manifiesto del Partido Comunista. Akal, México.
- Marx, C. 1975. Proceso de trabajo y proceso de valorización. 5ª ed. México Siglo XXI, México.
- Marx, C. 1976. El capital. 5ª ed. México Siglo XXI, México.
- Matesanz Santiago, M. A. (2009). Pasado presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante. *Rev Adm Sanit.*, 7(2).
- Mendez-Morales, J.S. 2003. Fundamentos de economía 4ª ed. McGraw-Hill interamericana, Mexico.
- Mendoza-Flores, M.E., Y. De Jesus-Corona, M. García-Urbina, G. Martínez-Hernández, R. Sánchez-Vera, H. Reyes-Zapata. 2006. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol. Reprod. Hum.* 20:69-79.
- Menéndez, E. 2005. El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores. *Salud Colectiva.* 1:1-10.
- Merecz, D., M. Drabek, A. Moscika. 2009. Aggression at the workplace- psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.* 22:243-260.
- Mertens, L. (2002). Formación, productividad y competencia laboral en las organizaciones. Montevideo, OIT. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional.
- Miranda, M. 2007. El compromiso con la ciencia: conocimiento y técnica en el trabajo social. *SOCIOTAM.* XVII:9-28.
- Montero, I., D. Aparicio, M. Gomez-Beneyto, B. Moreno-Kustner, B. Reneses, J. Usall, et al. 2004. Género y salud ambiental en un mundo cambiante. *Gac. Sanit.* 18:175-181.
- Morales, E., I. Maciel, R.T. Fonatana. 2012. La cefalea y la salud del trabajador de enfermería: análisis de una realidad. *Enfermeria. Global.* 26:117-125.

- Moreno, B., C. Baez. 2010. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid: España.
- Moreno-Altamirano, L. 2007. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud. Pública. Mex.* 49:63-70.
- Muchinsky, P. M. (2002). *Psicología aplicada al trabajo: Una introducción a la psicología organizacional*. Cengage Learning Editores.
- Mustacchi, P. 1990. Stress and hypertension. *West. J. Med.* 153:180-185.
- Noguera, J.A. 2002. El concepto de trabajo y la teoría social crítica. *Papers.* 68:141-168.
- Noriega, M. 1995. La realidad latinoamericana frente a los paradigmas de investigación en salud laboral. *Salud de los Trabajadores.* 3:13-20.
- Noriega, M., C. Laurell, S. Martínez, I. Méndez, J. Villegas. 2000. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cad. Saúde. Pública.* 16:1011-1019.
- Noriega, M., G. Gutiérrez, I. Méndez, M. Pulido. 2004. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde. Pública.* 20:1361-1372.
- Noriega, M., G. Gutiérrez, i. Méndez, M. Pulido. 2004. Las trabajadoras de ka salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde. Publica.* 20:1361-1372.
- Noriega, M., López, J., Franco, G., Martínez, S., Villegas, J. y Alvear, G. 2000b. "Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud Laboral" (PROESSAL) Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Oblitas, L. A., & Guadalupe, L. A. O. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning Latin America.
- OIT. 1998. Principios directivos técnicos y éticos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT. 2010. Lista de enfermedades profesionales. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Okasha, A. 2005. Globalization and mental health: a WPA perspective. *World psychiatry.* 4:1-2.
- OMS 2004. *Invertir en salud mental*. Geneva: World Health Organization.

- OMS. 1969. Guía para la dotación de personal de enfermería en los hospitales. Geneva: World Health Organization.
- OMS. 1969. Guía para la dotación de personal de enfermería en los hospitales. Geneva: World Health Organization.
- OMS. 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Geneva: World Health Organization.
- OMS. 2010. Entornos laborables saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Geneva: World Health Organization.
- OPS. 1986. Problemas de la salud ocupacional en las Americas. Boletín epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. 7:1-16.
- OPS. 2010. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- OPS. 2011. Serie recursos humanos para la salud: regulación de la enfermería en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Ordorika, T. 2009. Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. Rev. Mex. Sociol. 71:647-674.
- Ortega-Altamirano, D.V., M.L. Alemán-Escobar, I. Brito-García, C.M. Rueda-Neria, R.A. Salcedo-Álvarez. 2011. Cultura organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos, México. Salud. Publica. Mex. 53:11-16.
- Padron, A., C.A. Gutierrez, P. Enriquez, Y. Rivero. 2003. Escala de evaluación de la carga de trabajo de enfermería (EVECTE) propuesta de una nueva escala. Rev. Cub. Med Int. y. Emerg. 2:50-58.
- Peralta, M.C., A.M. Santofimio, V. Segura. 2007. El compromiso laboral: discursos en la organización. Psicología desde el Caribe. 19:81-109.
- Perea-Baena, J.M., L.M. Sánchez-Gil. 2008. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. Index. Enferm. 17:1-9.
- Perea-Baena, J.M., Sánchez-Gil, L.M. 2008. Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. Index. Enferm. 17.
- Piedras, E. 2006. Industrias y patrimonio cultural en el desarrollo económico de México. Cuicuilco. 13:29-46.

- Piqueras, J.A., A.E. Martínez, V. Ramos, R. Rivero, L.J. García, L.A. Oblitas. 2008. Ansiedad, depresión y salud. *Suma. Psicológica*. 15:43-74.
- Plan Nacional de desarrollo [internet]. Presidencia de la Republica. [Consultado el 05 de enero del 2011]. Disponible en: [http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND\\_2007-2012.pdf](http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf)
- Potter, P., & Perry, A. G. (2001). *Fundamentos de Enfermería En 2 Vols*. Elsevier España.
- Prieto, A. B. (2007). *Trabajadores competentes: Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*. Esic Editorial.
- Puiggrós, R. 1965. Debate sobre los modos de producción en América Latina. *Cuadernos de la memoria*. 1-24.
- Pulido-Navarro, M., M. Noriega-Elio. 2003. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad. Saúde. Pública*. 19:269-277.
- Ribera Domene, D., Cartagena de la Peña, E., Reig Ferrer, A., Romá Ferri, M. T., Sans Quintero, M. I., & Caruana Vañó, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones.
- Rifkin, J. 1996. *El fin del trabajo; nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*. 1ª ed. Paidós, Barcelona.
- Rodríguez, J.M. 1996. Sociología del Trabajo. *Trabajo*. 2:223-225.
- Rubio, S. 2010. Profesionalización de enfermería en México. *Rev. Mex. Enferm. Cardio*. 18:4-6.
- Sánchez, L., L. Yanes. 1995. El abordaje de la salud de los trabajadores en el escenario de reajuste económico, la reconversión industrial y los cambios tecnológicos. *Salud de los Trabajadores*. 3:35-42.
- Sánchez-Castillo, C.V. 2012. Satisfacción de mujeres trabajadoras con la relación familia y trabajo. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc*. 50:135-140.
- Schaff, A. 1979. *La alienación del propio yo, de la propia vida y de la propia acción. La alienación como fenómeno social*. Grijalbo, Barcelona.
- Secretaria de Salud [Internet]. Centro Estatal de Salud Mental Querétaro. [Consultado el 05 de enero del 2011]. Disponible en: [http://www.queretaro.gob.mx/documentos\\_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnlhYE TEkOwL8kt1EelvEyCdQ](http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna1.aspx?q=vUYGbsxLnlhYE TEkOwL8kt1EelvEyCdQ)

- Shigemi, J., Y. Mino, T. Tsuda, A. Babazono, H. Aoyama. 1997. The Relationship Mental Health at between Work. *Industrial. Health.* 35:29-35.
- SIARHE [internet]. Secretaria de salud, Sistema de información administrativa de los recursos humanos en enfermería: [Consultado el 30 de noviembre del 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/>
- Sierra, J.C., C. Jimenez-Navarro, J.D. Martin-Ortiz. 2002. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud. Mental.* 25:35-43.
- Suzuki, K., T. Ohida, Y. Kaneita, E. Yokoyama, T. Miyake, S. Harano, et al. 2004. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J. Occup. Health.* 46:448-454.
- Tamez, S., L. Ortiz-Hernández, S. Martínez-Alcántara, I. Méndez-Ramírez. 2003. Riesgo y daños a la salud derivados del uso de videoterminal. *Salud. Publica. Mex.* 45:171-180.
- Tejada, C.M. 2006. Perfiles profesionales. *Asociación Española de Documentación e Información.* 1:502-506.
- Tennant, C. 2001. Work-related stress and depressive disorders. *J. Psychosom. Res.* 51:697-704.
- Torres, J.M., O. Urbina. 2006. Perfiles profesionales, funcionales y competencias del personal de enfermería en Cuba. 20:1-36.
- Torres, J.M., O. Urbina. 2006. Perfiles profesionales, funcionales y competencias del personal de enfermería en Cuba. 20:1-36.
- Tovalín, H., M. Rodríguez, M. Ortega. 2005. Rotación de turnos, fatiga y trastornos del sueño en un grupo de trabajadores industriales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 6:27-31.
- Valencia, M. 2007. Trastornos mentales y problemas de salud mental: día mundial de la salud mental 2007. *Salud Mental.* 30:75-80.
- Vallego, J.L. 2009. Ergonomía Ocupacional [Internet]. Efectos de los turnos de trabajo en la salud, seguridad y desempeño en el trabajo. [Consultado el 05 de enero del 2011]. Disponible en: <http://www.ergocupacional.com/4910/109022.html>
- Vera Cortés, M. L., & Canalejas Pérez, M. D. C. (2007). El portafolio como recurso de aprendizaje e instrumento de evaluación de estudiantes repetidores de enfermería. *Educación médica,* 10(2), 114-120.

- Vergara, M.C. 2007. Tres concepciones históricas del proceso de salud-mental. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12:41-50.
- Villeda-García, F.L., N. Rodríguez-González, M.A. Cordoba-Ávila. La práctica de enfermería durante la Revolución Mexicana (1910-1920). *Rev. CONAMED*. 14:37-39.
- Vivaldi, F., E. Barra. 2012. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia. Psicológica*. 30:23-29.
- Warr, P. (2000). *Mental Health and Work: Impact, issues and good practices*, Ed. ILO-WHO, Italia
- Wilkinson, R., M. Marmot. 2003. *Social determinants of health. The solid Facts*. Geneva: World Health Organization.

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Registrado ante la Universidad Autónoma de Querétaro con el número de registro:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

**M.S.P. NEPHTYS LÓPEZ SÁNCHEZ**  
Nombre y firma del investigador responsable

\_\_\_\_\_  
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

\_\_\_\_\_  
Testigos:

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Encuesta N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES (*Seleccione la respuesta más adecuada para usted*)

- Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_
- Género:
  - Masculino
  - Femenino
- Estudios concluidos:
  - Secundaria
  - Preparatoria/bachillerato
  - Licenciatura
  - Maestría
  - Doctorado
- Categoría laboral:
  - Auxiliar de enfermería
  - Enfermera General
  - Licenciada en enfermería
  - Enfermera Especialista
- Puesto oficial que desempeña actualmente:
  - Auxiliar  A  B  C  D
  - General  A  B  C  D
  - Especialista  A  B  C  D
  - Administrativo: \_\_\_\_\_
- Nivel socioeconómico
  - Alto
  - Medio
  - Bajo
- Numero de dependientes económicos:  
\_\_\_\_\_
- Estado civil:
  - Soltero
  - Casado
  - Unión libre
  - Divorciado
  - Viudo
- Turno:
  - Matutino
  - Vespertino
  - Nocturno A
  - Nocturno B
  - Especial
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Área o Servicio donde trabaja:  
\_\_\_\_\_
- Antigüedad en la institución:  
\_\_\_\_\_
- Antigüedad como enfermera:  
\_\_\_\_\_
- Tiene otro trabajo:  Si  No
- Se relaciona con su profesión:  
 Si  No
- Horas trabajadas a la semana:  
\_\_\_\_\_
- Horas dedicadas al trabajo doméstico:  
\_\_\_\_\_
- El contrato que tiene en la empresa es:
  - Base federal
  - Base estatal
  - Eventual federal
  - Eventual estatal
  - Contrato
  - Jornada efectiva de trabajo (JET)
- Usted es actualmente trabajador de:
  - Confianza
  - Sindicalizado

**Lea cuidadosamente cada una de las siguientes frases. Marque con una “X” la opción, que mejor refleje su situación personal.**

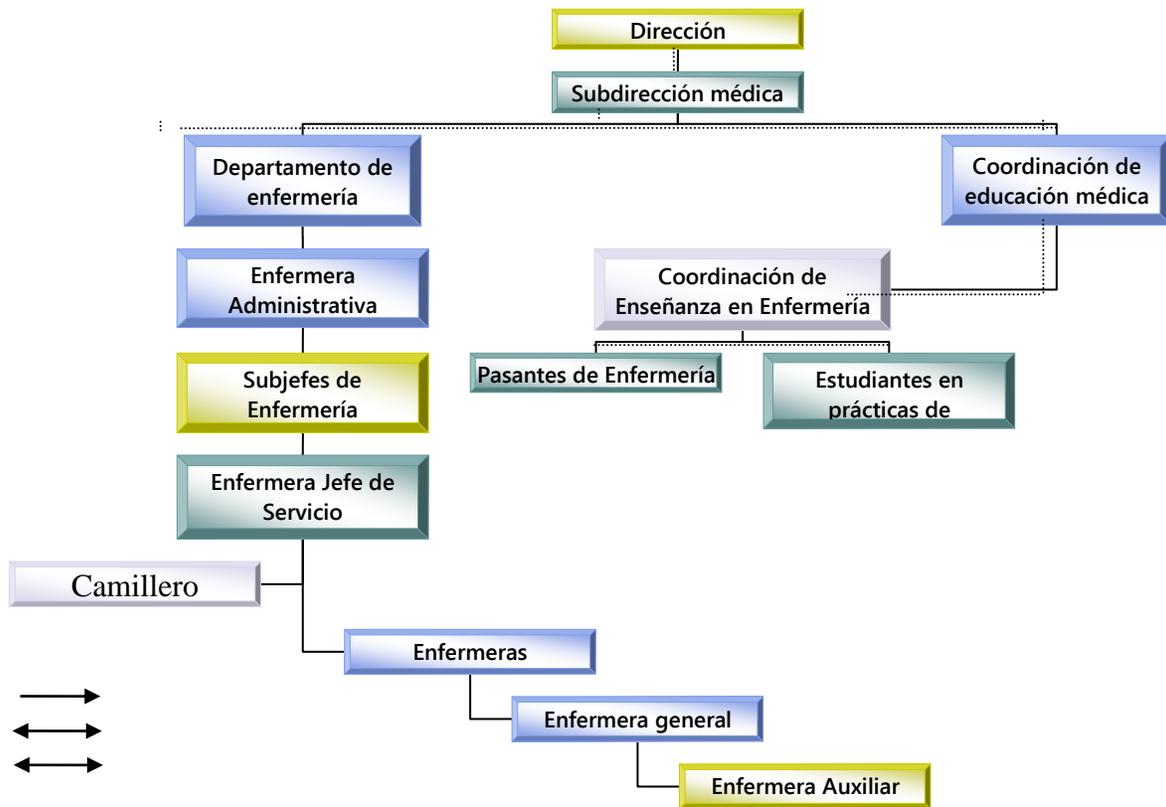
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
		A	B	C	D	E
1	Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida					
2	Tengo buen apetito					
3	Río, sonrío, me siento feliz y despreocupado(a)					
4	Investigo y ensayo cosas nuevas					
5	Soy valiente y atrevido (a)					
6	Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida					
7	Camino con paso ligero y vivaz					
8	Soy firme y determinante en mis decisiones					
9	Disfruto de cantar, silbar y/o bailar					
10	Me siento amado(a) y atendido(a)					
11	En general me siento satisfecho(a) con mi vida					
12	Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida					
13	Tengo buena salud física					
14	Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente					
15	Sin importar lo que pase, siento que Dios proveerá					
16	Siento que no existe algo realmente malo en mí					
17	Sigo las costumbres y rutinas socialmente aceptadas					
18	Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor					
19	Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran					
20	Cuido de mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable					
21	Es fácil congeniar conmigo					
22	Me es fácil relajarme, jugar y divertirme					
23	Encuentro muchas cosas interesantes que hacer					
24	Disfruto fiestas y celebraciones					
25	Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos					
26	Mi jornada semanal es mayor de 48 horas					
27	Mi calidad de trabajo se ve afectada por la rotación de turnos					
28	Mi vida social se ve afectada por mi trabajo					
29	Realizo trabajo nocturno					
30	Creo que puedo perder el empleo en esta institución o que mi contrato no será renovado					
31	Doblo turnos					
32	Permanezco de pie por un largo tiempo					
33	Brindo atención a un número mayor de pacientes de acuerdo al servicio					
34	Mi trabajo en general me desgasta emocionalmente					
35	El efecto de mis errores puede tener graves consecuencia.					
36	Mi ritmo de trabajo está determinado por factores externos (pacientes, supervisor, etc.)					
37	La distribución de tareas es irregular y ocasiona conflictos en mi trabajo					

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
		A	B	C	D	E
38	Estoy bajo una estricta supervisión y control de calidad					
39	He recibido dobles instrucciones que confunden mis actividades.					
40	Recibo por parte de la autoridad el apoyo necesario en las situaciones difíciles de mi trabajo					
41	Recibo un trato digno del personal relacionado con mi trabajo independientemente del nivel jerárquico.					
42	De acuerdo a mis conocimientos y habilidades tengo posibilidad de decidir en mi práctica profesional					
43	Cuento con los recursos necesarios para el desempeño óptimo de mis funciones					
44	Mi opinión es tomada en cuenta en mi trabajo					
45	Me siento orgulloso (a) de la institución a la que pertenezco					
46	Realizo mi trabajo en un entorno que garantiza mi seguridad e integridad personal.					
47	Recibo un trato digno por parte de pacientes y sus familiares					
48	Mi trabajo puede ocasionarme algún daño a mi salud.					
49	La comunicación con mis compañeros de trabajo es buena					
50	Realizo un gran esfuerzo físico en mi trabajo					
51	Mi trabajo me exige mucha exactitud en mis actividades					
52	Pienso que mi trabajo es monótono					
53	Mis horas de trabajo son suficientes para la actividad que desarrollo					
54	El tiempo que estoy concentrada en mi jornada laboral, es demasiado.					
55	Realizo periódicamente horas extras					
56	Las horas extra que realizo, me hacen sentir muy agotada al final de mi jornada.					
57	El número de noches de trabajo consecutivas son mínimas					
58	El tiempo de mi jornada laboral podría afectar mi seguridad o mi salud					
59	Mis días de descanso, me parecen suficientes de acuerdo a la actividad que desempeño					
60	Trabajo en días de descanso oficiales					
61	Pienso que el pago de los días que trabajo en descansos es adecuado.					
62	Tengo la libertad de elegir mis días de descanso.					
63	Mis días de descanso me permiten una adecuada relación laboral y familiar					
64	Tengo la posibilidad de elegir mis periodos vacacionales					
65	Se me respeta el periodo vacacional que yo elegí					
66	Recibo el salario correspondiente a mi periodo vacacional					
67	Mis periodos vacacionales son suficientes de acuerdo a mi actividad laboral					
68	Cuando regreso de mi periodo vacacional, me siento con la energía renovada para mis actividades laborales					

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
		A	B	C	D	E
69	El salario que recibo es suficiente para mis gastos indispensables					
70	El salario que recibo es acorde con mi nivel de formación					
71	Tengo problemas con mi pago (comprobantes de pago, retraso en mi pago, etc.)					
72	Mi salario es mejor respecto a otros profesionales que trabajan en otras instituciones (públicas o privadas)					
73	El pago de horas extras es equitativo y a tiempo					
74	Recibo el pago de mi aguinaldo de acuerdo a la ley.					
75	El monto de mi aguinaldo es similar al de otros profesionales que trabajan en instituciones públicas.					
76	Mi aguinaldo me alcanza para realizar los planes que tengo.					
77	Recibo mi aguinaldo en el momento oportuno.					
78	Mi aguinaldo va en relación a mi productividad.					

ANEXO 3

Estructura Orgánica de los Servicios de Enfermería. SESEQ.



ANEXO 4 PERFILES ACADEMICO-PROFESIONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

<b>NIVEL I                    ENFERMERA NO PROFESIONAL</b>	
<b>DESCRIPCIÓN GENÉRICA</b>	Es el personal de enfermería que colabora directamente con el profesional de nivel técnico o licenciatura en la atención del paciente, familia o comunidad. Se caracteriza por una formación incompleta en enfermería o por acreditar estudios mínimos no profesionales, por ello su nivel de dependencia técnica.
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	De preferencia, mínimo dos semestres de la carrera de enfermería de nivel técnico o licenciatura
<b>APTITUDES</b>	Es competente para ejecutar procedimientos de mínima complejidad y siempre bajo la supervisión de la enfermera titulada
<b>UBICACIÓN LABORAL</b>	Auxiliar de enfermería
<b>FUNCIÓN SUSTANTIVA</b>	Asistencial
<b>ACTIVIDADES</b>	<p><i>Dependientes:</i> Proporciona información general que contribuya a valorar el estado de salud de la persona, familia o comunidad. Identifica datos que coadyuven en la formulación de diagnósticos de enfermería.</p> <p>Aporta información para determinar el plan de atención de enfermería.</p> <p>Participa en la ejecución de actividades menores delegadas por el personal titulado.</p> <p>Colabora con la enfermera titulada en la provisión de cuidados generales para cubrir las necesidades de comodidad e higiene del paciente.</p> <p>Colabora con la enfermera titulada en la realización del proceso de esterilización, conservación y distribución de material y equipo.</p> <p>Colabora con la enfermera titulada en la ejecución de actividades de mínima complejidad en programas prioritarios de prevención, promoción de la salud, saneamiento básico así como de educación para la salud en la comunidad.</p> <p>Informa al personal profesional de enfermería de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.</p>

<b>NIVEL II                      ENFERMERA TÉCNICA</b>	
<b>DESCRIPCIÓN GENÉRICA</b>	Es el personal de enfermería que, por su formación teórico-práctica, es responsable de ejecutar procedimientos derivados de la prescripción médica y de la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas. Su nivel de competencia está determinado principalmente por la realización de intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	Tres años de estudios en enfermería a nivel técnico
<b>APTITUDES</b>	Es competente para ejecutar cuidados generales de enfermería así como de la aplicación de intervenciones emanadas de la función docente y administrativa
<b>UBICACIÓN LABORAL</b>	Enfermera Técnica
<b>FUNCIÓN SUSTANTIVA</b>	Asistencial
<b>FUNCIONES ADJETIVAS</b>	Administrativa y docente
<b>INTERVENCIONES</b>	<p><i>Interdependientes y dependientes:</i> Participa en la identificación de necesidades y problemas de salud de la persona, familia o comunidad</p> <p>Obtiene información sobre el estado de salud de las personas y utiliza instrumentos de recolección de datos para su conformación.</p> <p>Colabora en la determinación de intervenciones correspondientes con los diagnósticos de enfermería.</p> <p>Ejecuta el plan de cuidados a través de la aplicación de procedimientos básicos o de mediana complejidad.</p> <p>Colabora en la evaluación de la atención y en el cumplimiento del plan de cuidados de los pacientes.</p> <p>Colabora en la planeación y organización de las actividades administrativas relacionadas con el cuidado y con el funcionamiento de los servicios.</p> <p>Colabora en la integración de equipos de trabajo interprofesional que garanticen la calidad de la atención.</p> <p>Participa en la detección de necesidades de educación en salud de las personas, familia y comunidad.</p> <p>Colabora en la implementación de programas de enseñanza clínica y de educación continua.</p> <p>Colabora en la ejecución de programas de mejora continua de los servicios de enfermería.</p>

<b>NIVEL III</b>		<b>ENFERMERA TÉCNICA ESPECIALIZADA</b>
<b>DESCRIPCIÓN GENÉRICA</b>	Es el personal de enfermería que por su formación teórico-práctica en un área de especialidad médica o quirúrgica efectúa intervenciones interdependientes derivadas de la prescripción médica e intervenciones independientes como resultado de la aplicación del proceso de enfermería del área médica o quirúrgica.	
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	Tres años de estudios en enfermería de nivel técnico y un año de estudios posttécnicos de enfermería en un área de especialidad médica, quirúrgica, administrativa o docente	
<b>APTITUDES</b>	Es competente para valorar, planear y ejecutar cuidados de enfermería en personas sanas o enfermas con énfasis en la provisión de cuidados de enfermería técnico-especializados en las áreas médico-quirúrgicas, así como del desarrollo de intervenciones relacionadas con la gestión de los servicios de enfermería y con la educación continua en un medio hospitalario o comunitario.	
<b>UBICACIÓN LABORAL</b>	Enfermera técnica especializada	
<b>FUNCIÓN SUSTANTIVA</b>	Subordinada a la especialidad; asistencial, administrativa o docente	
<b>FUNCIONES ADJETIVAS</b>	Secundarias a la función sustantiva; administrativa, asistencial o docente	
<b>INTERVENCIONES</b>	<p><i>Interdependientes e independientes:</i> Valora el estado de salud de la persona, familia o comunidad e identifica necesidades relacionadas con la atención técnica especializada.</p> <p>Formula diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades de atención técnico-especializada de enfermería de las personas bajo su cuidado.</p> <p>Planea y desarrolla intervenciones técnico-especializadas independientes para el cuidado de las personas.</p> <p>Realiza intervenciones de enfermería técnico-especializada relacionadas con el cumplimiento del plan médico terapéutico.</p> <p>Colabora en la implementación del proceso de gestión del cuidado.</p> <p>Elabora informes y registros correspondientes al cuidado proporcionado y a las intervenciones sobre la gestión del cuidado.</p> <p>Colabora en el desarrollo de programas de mejora continua.</p> <p>Identifica necesidades de educación para la salud de los usuarios.</p> <p>Participa en programas de auto cuidado de la salud, de educación continua y de enseñanza clínica en problemas específicos correspondientes a su especialidad.</p>	

<b>NIVEL IV                      ENFERMERA GENERAL</b>	
<b>DESCRIPCIÓN GENÉRICA</b>	<p>Es el profesional de enfermería formado con estudios de nivel superior que en el desarrollo de sus intervenciones aplica el pensamiento crítico y los conocimientos técnico-científicos y humanísticos.</p> <p>Sus decisiones son producto de la reflexión, análisis, interpretación de las relaciones causa – efecto. Su juicio clínico le permite prever y actuar anticipadamente ante cualquier situación que ponga en riesgo al paciente, familia o comunidad. Tiene aptitudes y habilidades para inducir a las personas hacia el mantenimiento de un estado de bienestar físico, mental y social.</p>
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	Cuatro años de estudios de nivel superior en enfermería (Licenciatura en enfermería).
<b>APTITUDES</b>	Es competente para valorar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado a las personas sanas o enfermas a través de la aplicación reflexiva del conocimiento en la detección oportuna de riesgos y daños a la salud, en la prevención de enfermedades, en la atención integral del individuo sano o enfermo y, en las complicaciones y rehabilitación física y emocional de los pacientes. Colabora en los procesos administrativo, educativo así como en la investigación.
<b>UBICACIÓN LABORAL</b>	Enfermera general.
<b>FUNCIÓN SUSTANTIVA</b>	Asistencial.
<b>FUNCIONES ADJETIVAS</b>	Secundarias a la función sustantiva; administrativa, docente o de investigación.
<b>INTERVENCIONES</b>	<p><i>Independientes e interdependientes:</i> Valora el estado de salud de las personas, familia o comunidad, identificando datos significativos que orienten la construcción de diagnósticos de enfermería.</p> <p>Formula diagnósticos de enfermería de las personas, familia o comunidad.</p> <p>Elabora planes de cuidados relacionados con los diagnósticos de enfermería de la persona, familia o comunidad, considerando la jerarquización y priorización de éstos.</p> <p>Realiza intervenciones para el cuidado integral de las personas, familias o comunidad.</p> <p>Evalúa los resultados de la implementación del plan de cuidados.</p> <p>Elabora informes y registros correspondientes al cuidado proporcionado.</p> <p>Elabora el plan de alta y enseña al paciente y familiares sobre los cuidados domiciliarios.</p> <p>Participa en la elaboración de protocolos de atención de enfermería.</p> <p>Identifica problemas relacionados con la práctica y propone temas de investigación.</p> <p>Participa y realiza estudios de caso en el ámbito hospitalario y en la comunidad.</p> <p>Analiza, interpreta y utiliza los resultados de la investigación en la práctica de enfermería.</p> <p>Colabora en la elaboración del diagnóstico situacional del servicio.</p> <p>Participa en los programas de educación continua del personal de enfermería.</p> <p>Asesora y supervisa a estudiantes de enfermería y de otras</p>

	<p>disciplinas del área de la salud.</p> <p>Planea y desarrolla programas de educación para la salud de la persona, familia y grupos comunitarios.</p> <p>Participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y los programas de mejora continua.</p> <p>Colabora en la evaluación de las actividades realizadas en relación con el proceso educativo y administrativo.</p> <p>Participa en la evaluación de la productividad y efectividad de los programas comunitarios con base en indicadores de calidad de la atención a la salud.</p>
--	---

<b>NIVEL V</b>		<b>ENFERMERA ESPECIALISTA</b>
<b>DESCRIPCIÓN GENÉRICA</b>	<p>Es el personal de enfermería con estudios de especialidad de nivel superior en un área específica de la práctica profesional, que en sus intervenciones aplica el proceso lógico y reflexivo para desempeñarse competentemente en situaciones que demandan de la aplicación razonada del conocimiento técnico-científico y humanístico. Toma decisiones con base en la aplicación del proceso de enfermería y promueve la utilización de modelos innovadores y de nuevas técnicas en su especialidad para mejorar el cuidado, así como de la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos; tiene la capacidad para concertar cada una de sus intervenciones con otros profesionales que participan en el plan terapéutico.</p> <p>La especialista en administración gestiona los servicios de enfermería y desarrolla modelos administrativos innovadores tendientes a incrementar la calidad del cuidado en unidades hospitalarias o comunitarias.</p>	
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>	Licenciatura en enfermería y de uno a dos años de estudios de una especialidad en enfermería.	
<b>APTITUDES</b>	Es competente para valorar, planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería en un campo particular de la profesión, que le permite desempeñar roles como proveedor, investigador, educador y gestor del cuidado, en los procesos asistenciales, de investigación, educativo y administrativo, con intervenciones independientes, en espacios de una mayor responsabilidad y autonomía, acordes con su formación profesional en la práctica especializada de enfermería	
<b>UBICACIÓN LABORAL</b>	Enfermera especialista	
<b>FUNCIÓN SUSTANTIVA</b>	Determinada por el área de especialización; asistencial, administrativa, docente o de investigación.	
<b>FUNCIONES ADJETIVAS</b>	Secundarias a la función sustantiva; administrativa, asistencial, docente o de investigación.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<p>Independientes e Interdependientes: Valora el estado de salud de personas, familia o comunidad.</p> <p>Reúne información significativa derivada de la percepción de las personas respecto de sus problemas de salud, de las prácticas sanitarias, y de las expectativas de los servicios de salud.</p> <p>Formula diagnósticos de enfermería de la persona, familia o comunidad, involucrando a los usuarios y los documenta para elaborar el plan terapéutico.</p> <p>Elabora planes de cuidados relacionados con los diagnósticos de enfermería de personas, familia y comunidad, jerarquizando y priorizando su implementación.</p> <p>Realiza intervenciones especializadas emanadas del plan de cuidados a personas, familias o comunidad, con problemas o necesidades de salud específicas.</p> <p>Utiliza racionalmente la tecnología de acuerdo con la complejidad del cuidado.</p> <p>Realiza protocolos o guías de intervenciones del cuidado especializado de enfermería.</p> <p>Desarrolla y aplica modelos de atención hospitalaria y comunitaria para la provisión del cuidado especializado.</p> <p>Desarrolla modelos de atención domiciliaria para la provisión de cuidados.</p> <p>Supervisa las intervenciones realizadas por los colaboradores</p>	

	<p>que integran el equipo de trabajo de enfermería</p> <p>Colabora en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso de gestión del cuidado.</p> <p>Evalúa las intervenciones comunitarias de enfermería.</p> <p>Elabora informes y registros correspondientes a los procesos realizados.</p> <p>Desarrolla procedimientos administrativos que permitan la optimización de recursos humanos, técnicos, materiales y financieros.</p> <p>Desarrolla programas de educación para la salud de las personas, familias y comunidad.</p> <p>Participa en los programas de educación continua y capacitación del personal de enfermería.</p> <p>Participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y en los programas de mejora continua.</p> <p>Evalúa la productividad y efectividad de los programas comunitarios con base en indicadores de calidad de la atención a la salud e identifica áreas de oportunidad en el servicio</p> <p>Participa en el desarrollo y coordinación de programas de mejora continua.</p> <p>Asesora y supervisa al personal de enfermería en el proceso de atención de enfermería, en el proceso de gestión y en la metodología de la investigación al personal del servicio y al que se encuentra en formación.</p> <p>Colabora en la elaboración del diagnóstico situacional del servicio.</p> <p>Colabora en la integración y actualización de documentos técnico administrativo: diagnóstico situacional, programas, reglamentos, normas, manuales, lineamientos, etc.</p> <p>Evalúa el cuidado especializado proporcionado con base en los objetivos de plan de atención y en la evolución del paciente.</p> <p>Evalúa las intervenciones relacionadas con el proceso educativo y el de gestión.</p> <p>Identifica problemas relacionados con la práctica profesional que requieran investigación.</p> <p>Aplica la metodología de la investigación en la práctica de enfermería en el ámbito hospitalario y en la comunidad.</p> <p>Incorpora hallazgos de la investigación en la práctica profesional.</p>
--	---

