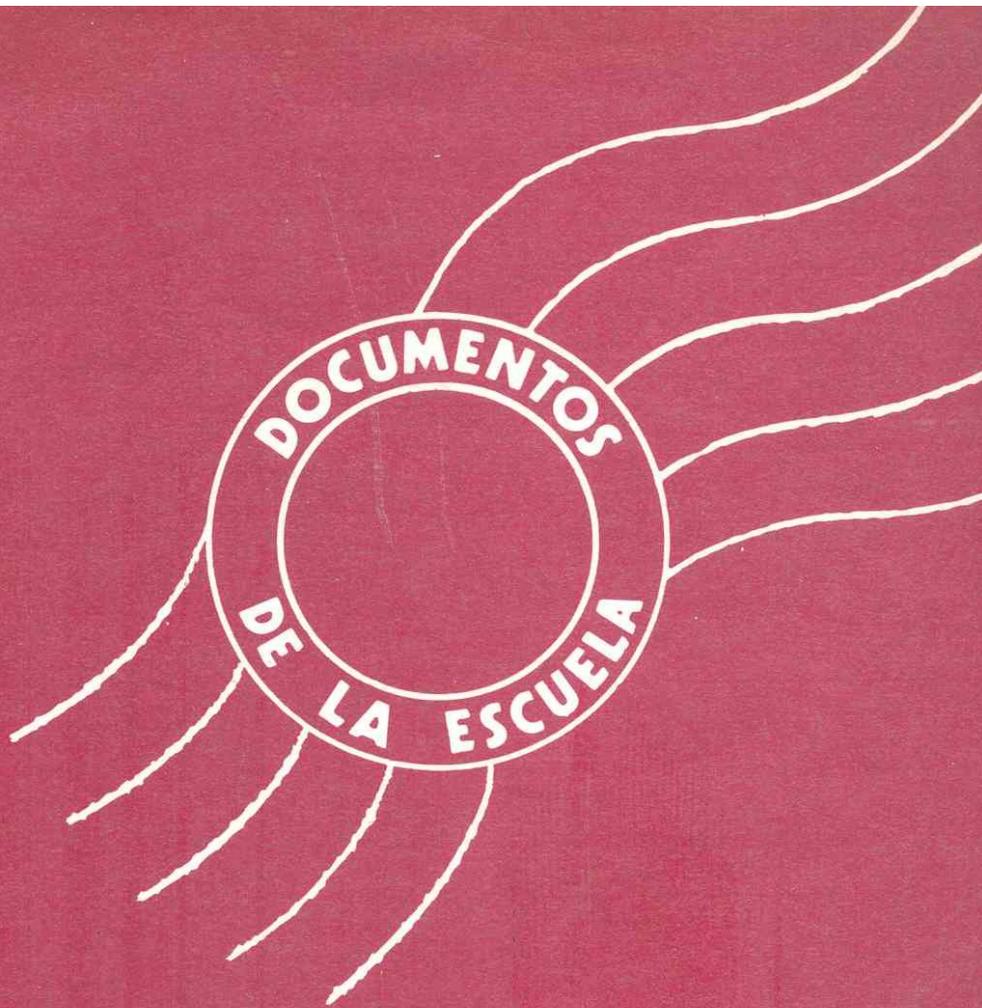


R  
C.3 /D  
1011  
Ej: 2



TRABAJO HOSPITALARIO,  
ESTRÉS  
Y SUFRIMIENTO MENTAL

---

Jaime Breilh

copy 1 / 1



Centro de Estudios y Asesoría  
en Salud (CEAS)  
Escuela de Salud Pública,  
Facultad de Ciencias Médicas de Quito  
Roca 549, Dpto. 602, Quito-Ecuador



(Deterioro de la salud de  
los internos en Quito)

---

TRABAJO HOSPITALARIO,  
ESTRÉS  
Y SUFRIMIENTO MENTAL

---

Jaime Breilh



Medellín  
1992

C. 310.

1011

EJ. 2

## RESUMEN

Las condiciones de trabajo hospitalario en Ecuador se han deteriorado en las últimas décadas y se perfila un desmejoramiento aún mayor en el contexto neoliberal. Sondeos anteriores detectaron la presencia de altos índices de sufrimiento mental en trabajadores de la salud. El presente estudio se efectuó en una muestra representativa de los internos rotativos de los cinco principales hospitales públicos de Quito que cursaban el 7o. año de la Escuela de Medicina. Se aplicaron instrumentos epidemiológicos para establecer la inserción social y las condiciones de vida de los internos, un instrumento (EPISTRÉS) especialmente diseñado para medir la presencia de estresores del sufrimiento mental en la población referida. Se demuestra el condicionamiento social de la patogenicidad del estrés laboral y alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación laboral y prevención en los servicios de salud.

**Palabra clave:** Trabajo hospitalario; sufrimiento mental; estrés; instrumentos epidemiológicos.

## INTRODUCCIÓN

La literatura científica de los últimos años denota una considerable preocupación por los temas del estrés y la salud mental. Los contornos inocultables del deterioro psico-social en la sociedad de mercado y sobre todo en la población de trabajadores jóvenes de las ciudades, contribuye a explicar esta acumulación de in-

\* Investigación realizada por el autor y los estudiantes de Método Epidemiológico de 4o. año de la Escuela de Medicina (Facultad de Ciencias Médicas) de Quito: Adriana Sarmiento, Enrique Salgado, Diego Proaño, Andrés Rodríguez, Mónica Reyes, Regina Real, Margarita Proaño, Luis Pozo, Franklin Quezada, Xavier Racines, Marcelo Ramírez, Fernando Salazar, Oswaldo Rodríguez, José Romero, Eddie Salvador, Charles Robles y Vladimir Romero.

vestigaciones. Incluso en sociedades como la japonesa, con fuerte arraigo de una ancestral solidaridad familiar, se expande ahora en empleados jóvenes el llamado "síndrome de karoshi" que significa, literalmente, muerte prematura por sobrecarga de trabajo. Esto sucede en un país con ritmos de trabajo infernales (2159 hrs. promedio de trabajo en 1989), con una competitividad voraz que empieza en el nivel escolar y con una presión permanente en todas las dimensiones de la reproducción social. Una modernización productiva y realización consumista de la sociedad de mercado que se logran a expensas de una ruptura, a veces violenta y otras subrepticia, de los patrones de vista humanos, de una intensificación de los ritmos sociales y de un sometimiento a necesidades artificiales que favorecen la alienación.

En el mundo latinoamericano, la presión social también se produce, sobre todo en los polos metropolitanos, pero además se combina con un creciente deterioro de los sueldos y salarios que acentúa las marcadas diferencias de clase e incrementa los motivos para la aparición de problemas mentales, muchas veces manifiestos, pero la mayor parte de veces ocultos, como es el caso de esta investigación:

Dichos perfiles destructivos de vida laboral alcanzan relieves preocupantes en el personal hospitalario y particularmente en su salud mental [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]\*, generando una situación epidemiológica y malestar, sobre todo en los estratos más jóvenes. Por tal motivo se emprendió una investigación del proceso laboral en una muestra representativa de internos de los dos sexos que laboraron el período lectivo 1990-91 en los cinco hospitales no privados más grandes de la ciudad de Quito.

Se efectuó una caracterización social del grupo con el objeto de conocer el grado de heteroge-

\* Los números que van entre corchetes se corresponden con la Bibliografía que se encuentra al final.

neidad de los estudiantes, constatándose que proceden de diferentes clases sociales, con marcadas diferencias en los ingresos familiares. Se evidenciaron las formas de dependencia económica de los internos y contrastaron las modalidades de estructuración familiar total y por géneros.

La observación sistemática del grupo se efectuó mediante la aplicación de una encuesta conformada por 4 componentes (cuestionario social y laboral, prueba de EPISTRÉS para estudio de estresores, prueba GHQ-28 para análisis de sufrimiento mental y exploración de 4 dominios de malestar psicológico (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión severa). Adicionalmente y con fines comparativos se aplicó el "Cuestionario o Escala de Readaptación Social de Holmes-Rahe para mostrar las ventajas comparativas del EPISTRÉS diseñado por el autor y que fue sometido a una evaluación de contenido, de validez concurrente (regresión y grado de discriminación) y de consistencia (análisis factorial de los ítems con rotación varimax para estudiar la saturación de los mismos respecto a los factores principales).

La magnitud del sufrimiento mental encontrado en los internos de Quito es grave. Si se comparan los índices de Goldberg (GHQ-28) detectados, con aquellos de otras investigaciones en grupos de estudiantes latinoamericanos se evidencia esta aseveración.

El índice de 71.8% de positividad al Goldberg es mucho más alto de lo esperado y podría reflejar una reactividad exacerbada en esa población con gran malestar e inconformidad. Aun así, deja mucho que pensar sobre un manifiesto malestar.

Se estudió además el nivel de estresores, encontrándose una neta diferenciación de la magnitud y configuración de patrones estresantes en los internos pertenecientes a distintos conglomerados sociales, según los diversos niveles de ingreso y según los géneros. Se encontró una coherente relación entre la presencia de estresores y los índices de sufrimiento mental. Las condiciones de trabajo y consumo fueron también exploradas para documentar las condiciones de vida de los estudiantes e interpretar su

relación con la salud mental. Tanto por su magnitud como por las relaciones encontradas los resultados de la investigación tienen proyecciones importantes para la planeación de acciones epidemiológicas y la defensa de la vida de los estudiantes.

Cuadro No. 1

**Comparación de índices de sufrimiento mental en estudiantes latinoamericanos (ajustados por sexo y no ajustados)**

PAÍS (Grupo)	% GOLDBERG "+" (GHQ 28)	
	Ajustado por sexo	No ajustado (Medio) (Severo)
México* (Estudiantes 1-3 semestres)	39.5	<----- 39.3 ----->
Bolivia* (Internos)	44.5	<----- 41.7 -----> (27.9) (13.8)
Ecuador* (Enfermeras U.C.I.)	53.9	<----- 58.0 -----> (21.0) (37.0)
Ecuador (Internos)	71.8	<----- 71.8 -----> (38.7) (33.1)

Nota: Goldberg positivos por corte 4/5

Fuentes: [4, 5 y 12]

En síntesis, podría caracterizarse el estudio efectuado como una experiencia exploratoria y de validación instrumental inicial. No pudieron cumplirse ciertos procedimientos como la implementación de un proceso participativo con encuesta colectiva, ni pudo profundizarse en la investigación del estrés desde el punto de vista de los recursos sociales diferenciales o soportes para enfrentar el estrés, por clase y por género, ni tampoco fue factible establecer un estudio de las configuraciones de personalidad o caracterización subjetiva de los estudiantes, con las que enfrentaron las duras y estresantes condiciones de trabajo y consumo que pudieron evi-

denciarse. Dichos aspectos, más una medición hormonal que permita observar el comportamiento del sistema de respuesta hipotálamo-hipofisario y de producción hormonal del estrés son elementos que el autor se encuentra aplicando en un estudio posterior.

### EL DETERIORO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y EL MALESTAR DE LOS ESTUDIANTES DE INTERNADO

Es tan grave el desmejoramiento de la calidad de vida que se ha producido en América Latina desde la década pasada con el llamado modelo neoliberal, que algunos expertos hablan de un verdadero proceso de demolición de las condiciones sociales de la calidad de vida y de las políticas y programas estatales de beneficio colectivo [14].

Las condiciones de trabajo en los hospitales públicos y para- estatales, que son los que cubren a la mayor parte de la demanda, no se han visto envueltas en ese descenso.

Los gastos en salud en países como el Ecuador son altamente deficitarios y muy inferiores a los que se ejecutan en otros países. Mientras en Ecuador correspondieron en 1986 al 1.1% del producto nacional bruto (PNB), en EUA fueron del orden de 4.5%, en Alemania del 6.3%, en Francia del 6.6% y en Suecia del 8%. Pero no sólo se trata de una crónica deficiencia de fondos para la salud, sino que en los países latinoamericanos la tendencia del presupuesto estatal desde los años 80 ha sido la de mantenerse en niveles crecientemente bajos, como se puede constatar en el caso ecuatoriano (ver Cuadro No. 2).

La política de congelación del gasto público es una expresión de la tendencia neoliberal y va acompañada de un régimen de desprotección total de los trabajadores del sector público, aspecto que se hace especialmente ostensible en los empleados hospitalarios.

Los internos rotativos si bien desde el punto de vista de su carrera profesional son estudiantes universitarios del último año de las Escuelas de Medicina, son desde el punto de vista de su actividad y responsabilidad, empleados públicos con derechos constitucionales inherentes.

Cuadro N° 2

Presupuesto estatal ejecutado per-cápita del Ecuador en moneda constante y dólares USA

AÑO	SUCRES-1975	US DÓLARES
1980	227	15
1981	293	20
1982	257	12
1983	220	8
1984	212	10
1985	216	11
1986	244	13
1987	306	17
1988	251	9
1989	266	11
1990	324	13

Fuentes: MSP e Instituto Nacional de Estadísticas

El caso de los internos de los hospitales no privados de la ciudad de Quito pone de manifiesto la desprotección total a la que está sometido el personal sanitario. Pese a su extenuante trabajo y exposición a procesos peligrosos no reciben ninguna protección. Ni el "Reglamento de Internado Rotativo" puesto en vigencia por el Ministerio de Salud Pública, ni el "Reglamento de la División Nacional de Internado Rotativo" aprobado por la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, contienen ni una sola disposición que siquiera lejanamente implique un pensamiento de protección de dichos jóvenes empleados.

Durante el último quinquenio la tendencia de los estipendios pagados a los internos muestra la misma tendencia regresiva e insuficiente de las remuneraciones del sector estatal (ver Cuadro No. 3).

El sector oficial ha consolidado este círculo de desprotección mediante el argumento de que los internos son estudiantes y no trabajadores y de esa forma ha despojado a los mismos de los derechos y beneficios de ley en las remuneraciones y de la posibilidad de acceder a las prestaciones de la seguridad social.

Cuadro No. 3

**Sueldos en moneda corriente, constante y dólares USA de los internos rotativos de Ecuador (último quinquenio)**

AÑO	(mes)	SUELDO	SUCRES = 78-79	US DÓLARES
87	(Agto.)	20.000	3.135	101
87	(Dic.)	23.800	3.334	96
88		23.800	2.396	55
89		26.100	1.496	46
90	(Agto.)	27.000	1.042	30
90	(Agto.)	32.000	1.235	36
91	(Mar.)	79.200	2.299	78
92	(Feb.)	135.000	3.000	100

Fuentes: MSP; Informe Quincenal BCE; y Anuarios BCE.

La presente investigación pretende demostrar que en ese contexto de deterioro de las políticas sociales del Estado, de empobrecimiento de los hospitales y sus recursos, el trabajo se torna altamente estresante y destructivo para la salud del personal que, como el caso de los internos, enfrenta condiciones laborales nocivas que tienen que ver con la estructura de poder y organización altamente jerarquizada y falta de solidaridad del hospital. El personal hospitalario soporta un trabajo desprotegido que lo expone a cargas físicas, ambientales y psicológicas muy ligadas a una creciente conflictividad con la población demandante, la cual exige el derecho a una mejor atención y presiona, todo lo cual determina que las modalidades de trabajo por turnos y rotaciones aumente sus efectos insalubres sobre los internos, sobre todo aquellos que por su posición social y privaciones en el ámbito del consumo, condiciones familiares y de género femenino, son más vulnerables al estrés y sufrimiento mental derivado.

De modo recíproco, se puede decir que ejercen un efecto protector respecto a la salud mental de los internos la pertenencia a clases sociales que poseen mejores recursos de soporte, a familias mejor estructuradas y la posesión de una configuración de personalidad menos vulnerable.

Es importante destacar, además, que la capacidad de organización colectiva es un hecho que

pocas veces se reconoce como determinante de la calidad de vida y vulnerabilidad epidemiológica de una población de trabajadores. Esto quiere decir que mientras más organizada es una población, mayor es su capacidad de defensa y sostenimiento de la calidad de vida. A manera de ilustración puntual, obsérvese en el Cuadro No. 3 el efecto de reversión de la tendencia de caída de los sueldos producido por la huelga de comienzos de 1991, promovida por la organización gremial de los internos, un movimiento que reivindicó el incremento del presupuesto general de salud, la creación de un fondo permanente para el mantenimiento de los hospitales y el alza de sueldos para el personal, que, como se puede constatar en el Cuadro No. 3 a duras penas lograron mantener el bajo nivel de los años anteriores.

### EL PROCESO LABORAL EN LOS HOSPITALES DEL ESTADO

El análisis del proceso productivo en su más amplia acepción debe tomar en cuenta: a) las condiciones del proceso laboral propiamente dicho (las actividades y tareas orientadas a un fin específico, los objetos y medios empleados y las modalidades de organización del trabajo) así como, b) la lógica que determina el proceso en su globalidad.

En cuanto se refiere a las condiciones del proceso laboral, los hospitales reúnen a un vasto y diverso conjunto de áreas y puestos de trabajo, donde se realizan diferentes tareas para la producción de actos terapéuticos y preventivos del más variado orden, que ponen en marcha un sinnúmero de medios para atender el objeto que consiste en el problema de los demandantes. El proceso laboral hospitalario es una de esas formas de producción de servicios donde el producto no tiene una corporeidad manifiesta y sólo se materializa como un conjunto de actos. El tratamiento a fondo de estos aspectos del trabajo rebasa los límites de este documento y remitimos al lector a la revisión de investigaciones como la de Ana Pitta [7]. Cabe sin embargo destacar el carácter especial que tiene el objeto de trabajo en el proceso hospitalario, pues el problema del paciente implica una forma muy particular de relación "sujeto-objeto" del trabajo que es, en verdad, una relación sujeto-sujeto

con todas las complejidades de la interrelación humana, peor aún cuando se da en hospitales pobres donde tanto los pacientes que demandan como el personal que trabaja están sobrecargados de este estrés y sufrimiento. Tal vez más que esto en los hospitales públicos de Quito opera negativamente en esa relación la sensación de impotencia, falta de identidad afectiva y abismo entre los profesionales y el pueblo que acude resignadamente.

En los hospitales de nivel terciario, como son los del presente estudio, el personal tiene que desarrollar diversas estrategias protectivas que Pitta sintetiza como: fragmentación para lograr el mínimo contacto, despersonalización, distanciamiento y negación de sentimientos y eliminación de decisiones difíciles mediante rutinas. La trama de relaciones interpersonales se complejiza aún más cuando se toma en cuenta la estructura altamente jerarquizada y elitista en la que desenvuelven su trabajo los profesionales y empleados de los diversos estamentos, así como los patrones deformados de relación entre los géneros masculino y femenino. Es en el medio de esa articulación nada sencilla que se desarrollan las relaciones humanas laborales de un hospital, las cuales, en sí mismas, pasan a ser un determinante de estrés, que refuerzan los perfiles destructivos del trabajo y se suman a los de la esfera de la vida de consumo y familiar del personal.

En lo que atañe a la lógica que determina el proceso en su globalidad es interesante reflexionar sobre algunos aspectos.

En términos generales hay dos formas de subsunción (imposición de contenido, ritmo e intensidad) del trabajo: la subsunción real determinada, sobre todo en el caso del trabajo industrial, por las llamadas "líneas de montaje" y "trabajo en cadena" tan conocidos en la fabricación automotriz. Por otro lado, está la forma de subsunción formal del trabajo, que resulta de mecanismos externos al proceso laboral, como las de control y supervisión administrativa.

Al tomarse en cuenta la lógica determinante de la producción, existen tres formas de condicionamiento de la producción: la formación de

valor mercantil, que se da en la pequeña producción artesanal; la valorización del valor o extracción de plusvalía, que se da en las grandes empresas y, por último, la lógica de instrumentación del quehacer a los objetivos del poder, la cual está presente en las dependencias estatales.

De esa manera, para entender el marco de condicionamientos dentro de los que opera el trabajo hospitalario en los servicios públicos hay que interpretar adecuadamente cuál es la modalidad de subsunción y cuál la lógica determinante para entender los contenidos, ritmo e intensidad del trabajo en el hospital.

En el caso de las instituciones estudiadas puede decirse, de modo global, que el trabajo hospitalario está fundamentalmente encuadrado en la subsunción formal mediante una normatización, un sistema de relaciones jerárquicas, escritas o implícitas, y una modalidad de supervisión, inspiradas en la instrumentación que decida dar el Estado a los hospitales en un momento determinado. No parece existir una forma de encadenamiento real del trabajo (subsunción real) ni siquiera en las unidades más sofisticadas de cuidados intensivos, aunque en éstas hay un sometimiento a las demandas persistentes del caso grave, que podría equivaler a una subsunción real y que tal vez contribuye a explicar la característica altamente estresante de dichas unidades.

## ESTRESORES EN EL TRABAJO HOSPITALARIO: MARCO DE ANÁLISIS

La moderna investigación epidemiológica del trabajo busca superar el enfoque tradicional de los riesgos tomados como factores aislados de la unidad laboral y simplemente conectados externamente con los llamados daños del personal.

La salud-enfermedad del personal debe abordarse como un proceso unitario y dinámico que se configura en el seno de la vida social, la cual se desenvuelve tanto en el centro de trabajo como en el ámbito de consumo, como en la esfera familiar y de la cotidianidad. En el centro de trabajo el personal enfrenta condiciones específicas, pero su capacidad para procesarlas

depende también de las capacidades y soportes de los que puede echar mano y además de las condiciones, defensas y reservas individuales (fenotipos propios con su capacidad fisiológica y configuración psicológica) con que vive esa realidad. Lo anterior quiere decir que aun antes de llegar al centro de trabajo, ya el personal está precondicionado por la historia de sus determinantes epidemiológicos y que, cuando avanza en su vida laboral, se interrelacionan como determinantes de su salud con los de su vida de consumo, familiar y cotidiano.

En algunos estudios se polemiza acerca de si el trabajo es o no perjudicial para la salud. Ese es un falso dilema puesto que, como todos los demás aspectos de la reproducción social, el trabajo presenta contradicciones frente a la salud. "El proceso laboral no es, en sí mismo, ni puramente beneficioso para la salud ni exclusivamente dañino, sus aspectos benéficos y sus lados destructivos coexisten y operan de modo distinto de acuerdo al momento histórico y a la clase o grupo social a los que se haga referencia" [15]. Es un poco de las dos cosas en forma relativa a las condiciones históricas en las que se desarrolla el trabajo. Eso quiere decir que el estado de salud de un grupo de trabajadores resulta de la oposición permanente que existe entre los aspectos saludables y protectores que un grupo disfruta y los procesos destructivos que padece, de acuerdo a su específica forma de inserción productiva.

Los procesos destructivos no se dan sólo en el trabajo, ocurren simultánea y sinérgicamente en la vida de consumo, en la vida familiar y en la cotidianidad personal y se concretan en cuerpos y mentes humanas que encarnan un fenotipo y un genotipo. Cuando en un grupo se acumulan o intensifican las modalidades destructivas de trabajo, las formas de consumo carenciales y deformadas, los patrones culturales alienantes y la ausencia o debilidad de la organización del grupo, entonces su calidad de vida y capacidad defensiva desmejoran y se potencian los procesos fisiopatológicos del fenotipo. Lo contrario sucede cuando se expanden y mejoran los procesos saludables o protectores y avanza la fisiología plena de los fenotipos. Entonces, en cada momento específico predomina uno de los dos polos de la

contradicción y eso se manifiesta en las personas como estado de salud o de enfermedad, según predominen los procesos benéficos o destructivos, respectivamente.

La salud física y mental es producto de esa lucha u oposición permanente cuyo contenido y efectos van modificándose de acuerdo a las cambiantes circunstancias históricas que el grupo enfrenta a cada momento.

En el proceso de estresamiento se cumplen esas mismas relaciones contradictorias y convergen tres tipos de determinantes epidemiológicos:

—Los estresores de la vida social en sus distintos ámbitos (laboral, del consumo, de la vida familiar y cotidiana);

—Los recursos económicos, culturales y organizativos con que el grupo enfrenta las situaciones estresantes; y

—La configuración de la personalidad de los miembros del grupo que enfrentan el estrés, la cual define su vulnerabilidad, así como las defensas y reservas fisiológicas de las que pueden disponer para superarlo y asimilarlo.

Aun cuando en la presente investigación no fue posible estudiarlos, es importante tomar en cuenta que la configuración de la personalidad y los recursos y defensas fisiológicos de las personas, participan en la determinación del deterioro por estrés y el sufrimiento mental. Es así, porque si bien los determinantes sociales y laborales más amplios definen un escenario de estresamiento, a su vez la conformación fenotípica de la personalidad, los tipos de subjetividad individual, como los denomina el cubano González Rey [16], y que se estructuran en la historia individual del sujeto encuadrada en la historia de su grupo, definen los intereses, motivaciones, vulnerabilidades y capacidades reactivas o "conductas de afrontamiento" [17] que determinan la magnitud y forma de los trastornos psicológicos que produce el estrés. Así mismo, el estado de las reservas y defensas fisiológicas (neurofisiológicas), etc., condicionan la resistencia corporal de los trabajadores.

Los estresores del trabajo no pueden, por tanto, considerarse aisladamente sino en el marco unitario de un sistema de relaciones como las que se esbozan en el *Diagrama* que presenta una síntesis de los determinantes epidemiológicos del trabajo de los internos rotativos.

Por consiguiente, la génesis o explicación integral del conjunto de procesos que llevan al estrés y sufrimiento de los estudiantes-trabajadores toma en cuenta (ver *Diagrama*): *procesos determinantes más generales*, que corresponden en este caso al dominio de las políticas laborales y de dotación de recursos del Estado; *procesos determinantes particulares del grupo*, que corresponden a las formas destructivas de trabajo y de consumo que sufren de acuerdo a la cuota de su clase social; *procesos mediadores del ámbito "microsocial"* (organización gremial, estructura familiar, patrones de vida cotidiana y de género), o del *ámbito fenotípico* (estrés fisiológico y plasticidad psicológica) que explican el modo en que las determinaciones más amplias de la vida social del grupo se convierten en procesos individuales de carácter psicossomático o sufrimiento mental.

Es necesario remarcar entonces que en el marco del presente estudio, la investigación del estrés no se reduce a sus aspectos terminales fisiopatológicos, es decir, no se reduce el estrés a una entidad patológica consecuente sino que se lo comprende como un conjunto de procesos de varios dominios y con diferente peso en la determinación, donde la carga o estrés psicofisiológico es una parte de la problemática, que contribuye como un proceso mediador [18]. En el proceso de estrés convergen estresores, recursos sociales (de clase) y fenotipos con su capacidad fisiológica y psíquica.

El estrés como mediador epidemiológico es un proceso necesario para que se concreten y especifiquen los procesos destructivos de la vida social de los internos, es un puente entre las condiciones que surgen de los estresores de la vida social y los procesos fisiopatológicos y psicopatológicos individuales medida por los recursos colectivos. En esa medida los múltiples y diversos cambios físicos y psicofuncionales que ocurren bajo el estrés se enlazan a muchos tipos de alteraciones y sufrimiento. El

estrés no es "una enfermedad" o sólo un proceso mediador biológico, es un proceso complejo de contradicciones socio-biológicas. No sólo se autodetermina en el organismo individual sino en el nivel mediador de múltiples determinaciones.

Cuando se habla de estrés no solamente se lo confunde con una enfermedad o entidad nosológica sino que generalmente se lo asocia con la idea de sobrecarga tensional. "Las llamadas «cargas psíquicas» dentro de la terminología convencional... normalmente las reduce a la noción de «sobrecarga» («overload») de estímulos, pero las investigaciones de Frankenhaeuser y Gardell en Suecia iniciaron la demostración de que también la baja estimulación que puede haber en un trabajo monótono y poco demandante... constituyen fuentes de estrés y deterioro". [15]

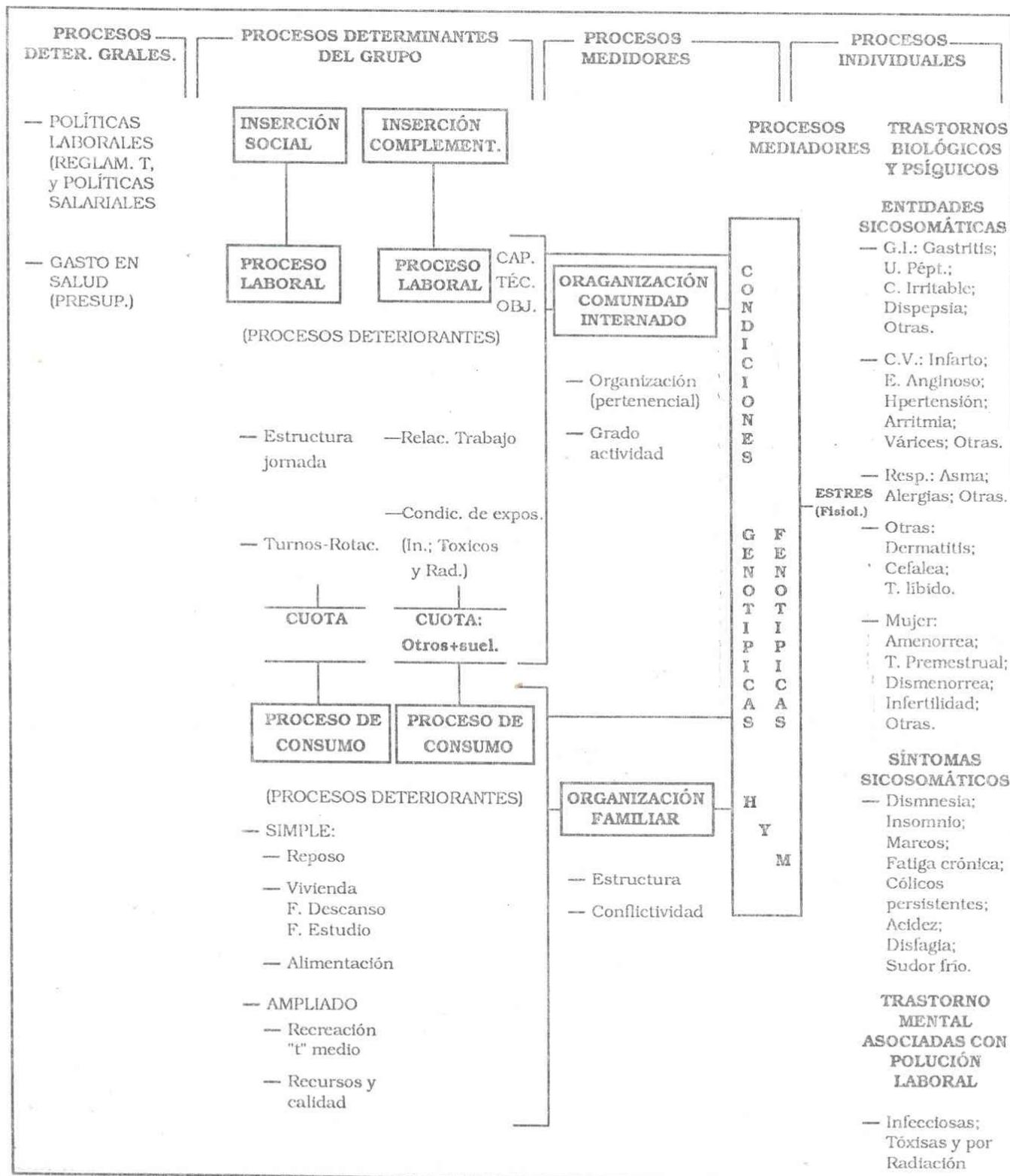
Esto último es prácticamente inexistente en el caso de los internos pero, en cambio, abundan procesos de sobrecarga.

Los estresores de la vida social del interno forman un complejo proceso destructivo cuando las exigencias no corresponden a una vivencia creativa y gratificante que, por intensa que sea, y sobre todo si está acompañada de apoyos sociales y afectivos así como de tranquilidad económica y espiritual, no produce daños. Pero lo que se empieza a constatar en las investigaciones locales es que convergen estresamientos en la vida laboral, en la esfera del consumo, en la vida familiar y cotidiana de los internos, los cuales son epidemiológicamente destructivos porque ocurren en un lugar de trabajo jerarquizado y desprovisto y se potencian con las angustias de un medio social de privaciones, discriminaciones de clase y de género, así como de conflictos que producen trastornos en la salud mental, como lo corroboran los resultados del presente estudio.

Los estresores en el trabajo hospitalario se producen en las relaciones: a) con los pacientes, que son objeto de las acciones; b) con los instrumentos y medios; c) las que están vinculadas a la organización y división del trabajo en el hospital; y d) las que corresponden a las tareas concretas que cumplen los estudiantes-traba-

Diagrama

DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PROBLEMAS PREVALENTES EN LOS INTERNOS ROTATIVOS (Esquema de relaciones)



jadores, así como las condiciones personales de personalidad, capacitación y salud con que enfrentan dichas tareas.

La *relación personal-pacientes* es una forma compleja y muy particular de vínculo laboral y humano que acarrea una alta probabilidad de estresamiento —manifiesto o latente—. En los hospitales públicos confluyen pacientes inconformes por las deficiencias, personal sobrecargado y una infraestructura deficiente que producen conductas tensas y agresivas que se convierten en generadoras de estrés. En distintos contextos donde se ha observado estas relaciones se evidencia su efecto estresante. El estudio de Estryng-Behar [8] en hospitales de París descubrió porcentajes sobre el 30% de este tipo de problema. Gestal Otero [6] clasifica las formas de agresividad del contexto hospitalario y las consecuencias para los profesionales. Pitta [7] estableció para el personal de hospitales de São Paulo las estrategias de defensa que van configurándose para asimilar la sobrecarga tensional, tales como la fragmentación de la relación personal-paciente para disminuir el contacto, la despersonalización del trato, distanciamiento afectivo y rutinización.

Los procesos derivados de los instrumentos y medios pueden coadyuvar la sobrecarga tensional, como es el caso del ruido-sonido que producen trauma y microtrauma sonoros, incluso los de oscilaciones de baja frecuencia que llegan por pies y manos sobre todo en locales cerrados [6].

Los estresores vinculados a la *organización y división del trabajo* adquieren especial interés en la comprensión del problema. Fernández y Nogareda [10] ligan éstos a la dependencia temporal, la fluidez de las informaciones, interrupciones por llamadas, dificultades de comunicación. Es cierto que esos aspectos administrativos tienen importancia, pero son la estructura jerárquica y elitista, así como el régimen de turnos, rotaciones y trabajo nocturno, los procesos destructivos de mayor relieve en este dominio del estrés hospitalario. Para el caso del Ecuador, Kohen, Gómez, Lizano y otros [12] establecieron las consecuencias epidemiológicas de los turnos y trabajo nocturno en enfermeras de cuidados intensivos, encontrando perfiles de deterioro graves.

En cuanto se refiere a las *tareas concretas y condiciones de los estudiantes-trabajadores* también es un terreno clave para el estudio de los estresores. La mayor parte de trabajos coinciden en remarcar que en muchos servicios confluyen tareas que por su complejidad, por el tipo y volumen de pacientes atendidos, por la demanda de atención de situaciones críticas, se constituyen en procesos estresantes. De la misma forma, se señala el estrés debido a la percepción de falta de entrenamiento y conocimientos insuficientes para cumplir tareas delicadas.

Todo ese conjunto de estresores interactúa con los *de la vida de consumo, los estresores familiares y de la vida cotidiana fuera del hospital*. Pero, además, aquí operan de una manera intensa los *determinantes de género*. La investigación de Richman y Flatherty [9] es un buen ejemplo acerca de las diferencias de morbilidad de la mujer entre los estudiantes de medicina debido a los distintos patrones de socialización desde la infancia, de roles familiares, de distribución del poder-status en un contexto de dominio masculino como es el hospital. Tiende a encontrarse una mayor presencia de trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres, mientras el alcoholismo suele afectar en mayor proporción a los varones [9, 19]. Trabajos de carácter antropológico cualitativo como los de Geis, Jersilow y Geis [13] hablan de una tipología médica ocupacional de la salud de la mujer (el síndrome de Amelia Stern) y de las discriminaciones y persecución sexual de que son objeto las estudiantes mujeres.

## CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ESTUDIADO

### Población y muestra

El año lectivo 91-92 estuvieron registrados por la Facultad de Ciencias Médicas de Quito 108 internos rotativos (7o. año) en los cinco hospitales públicos más grandes, de ellos 106 eran varones (58.9%) y las 74 mujeres (41.1%).

Una muestra aleatoria por conglomerado de cada sexo fue seleccionada de tal forma de mantener un nivel de confianza del 95%, un factor de conglomeración o efecto de diseño de 1.2, un error muestral máximo del 5% en las variables cualitativas cuyas prevalencias fluc-

tuaran entre 0.10 p 0.50 en cada sexo. En cuanto a las dos variables cuantitativas más importantes, la muestra obtenida permitió, de acuerdo a las varianzas encontradas, estimaciones de los puntajes de Goldberg y EPISTRÉS, en el grupo total con error de 0.57 y 0.46 puntos respectivamente, en el grupo de varones 0.71 y 0.62 y en el de mujeres de 0.92 y 0.71.

### Características básicas de la población

La composición por sexo de los cinco hospitales es aproximadamente igual. A su vez, tanto el grupo de hombres como el de mujeres arrojaron una similar composición por edad con promedios de 25.9 años y 25.5 años respectivamente. En los dos casos alrededor del 95% de los internos correspondieron al estrato de 20 a 29 años, mostrando las mujeres (26%) un predominio respecto a los hombres (14%) de la proporción en la franja etaria de 20 a 24 años. Al asumir la variable edad como control no se observaron diferencias significativas (p) en los niveles de estresores entre los distintos estratos por edad en ninguno de los dos sexos, para el caso del sufrimiento mental sólo en hombres se observó un incremento significativo de Goldberg severo en el estrato más joven de 20 a 24 años y moderado en el de 25 a 29 años.

La hora de encuesta y realización de las pruebas (EPISTRÉS, HOLMES y GHQ-28) constituyó una importante variable de control tomándose en cuenta que todos los internos pertenecen al mismo turno que empieza a las 07h00. La mayor parte de encuestas (55.6%) se registraron al medio día (37.1%), menor número en la tarde (17.7%) y en mucho menor proporción en la noche (0.8%), manteniéndose una distribución semejante para los dos sexos. No se encontraron diferencias significativas para los estresores ni para GHQ-28 en ninguno de los dos sexos entre las diferentes horas de registro.

La composición por estado civil es también prácticamente igual en los dos sexos: solteros alrededor del 71%, casados el 23%, unión libre el 3% fueron los grupos claramente mayoritarios. En el grupo de los casados se encontró una clara mayoría de hombres en edad intermedia—25 a 29 años— (94%), comparativamente más alta que en las mujeres (58%), que se agruparon

en una considerable proporción en el estrato más joven. Tampoco al variar el estado civil se obtuvieron diferencias significativas para estresores ni para sufrimiento mental.

### Principales características sociales de los internos

El análisis de algunas de las más importantes características sociales de los internos vinculados con la presencia de estresores arroja resultados preocupantes y altos niveles de privación y sufrimiento.

Un considerable 35% de ellos dependen de su sueldo para vivir y la mayoría del resto se sostienen a base de la renta familiar. De acuerdo a la inserción del responsable económico principal se establece que la mayor parte corresponden a la llamada clase media (72.2%), de éstos a su vez la mayoría pertenecen a la capa más alta (hijos de profesionales titulados) mientras que, un poco más de la tercera parte son de la capa media baja (hijos de empleados públicos y privados sin título) (ver Cuadro No. 4).

Nótese que cerca de la mitad (46%) de los internos dependen de ingresos muy bajos (40 a 120 dólares USA aproximadamente), otro 38% depende de un ingreso relativamente mejor pero de todas formas muy por debajo del establecido como ingreso familiar suficiente por el Instituto de Investigaciones Económicas de la Facultad de Economía. Apenas un 14% disfrutaban de ingresos familiares más adecuados.

Las remuneraciones de internos son iguales para los dos sexos y no se cumple lo encontrado en otras dependencias públicas donde, a igual nivel técnico-profesional, los promedios de sueldo masculinos son mayores que los femeninos [20].

Las condiciones de trabajo percibidas y los recursos sociales dispuestos por el conjunto de los internos, muestran de modo global índices muy preocupantes, y variaciones considerables entre los distintos conglomerados y grupos de ingreso.

El análisis global y por conglomerados de las condiciones sociales, que se muestra en el Cua-

**Cuadro No. 4**  
**Inserción social y estratos de ingreso de los internos rotativos de Quito**

CONGLOMERADO	TOTAL		INGRESO (%)		
	n	%	BAJO	MEDIO	ALTO
CMA	60	48.4	33.3	43.3	23.3
CMB	35	28.2	65.7	31.4	2.9
PB	24	19.4	50.0	37.5	4.2
B	2	1.6	—	—	100.0
OBr	3	2.4	66.7	33.3	—
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100.0</b>	<b>46.0</b>	<b>37.9</b>	<b>14.5</b>

CMA=Clase Media Alta  
 CMB=Clase Media Baja  
 PB=Pequeña Burguesía  
 B=Burguesía  
 OBr=Obreros  
 Ingreso(miles): B= 40-120  
 M=121-300  
 A= 300

Fuente: BREILH, J. y col. *Trabajo Hospitalario y Salud Mental*, 1991.

dro No. 5, expresa los altos porcentajes de deterioro de las condiciones laborales, de consumo y familiares que se registraron mediante el formulario general de encuesta. En la mayor parte de índices, cerca de la mitad de los internos denuncian el padecimiento de problemas importantes. Por ejemplo, el 56.5% de ellos describen las relaciones con los médicos como autoritarias, el 83.1% expresan la falta de colaboración de los otros miembros del equipo, alrededor del 10% se sienten discriminados y en desventaja con respecto a otros compañeros, el 62.1% describen el ambiente de trabajo como desagradable. En cuanto a la situación del consumo 48.4% de los internos pueden comer sólo hasta dos veces al día, 42.7% duermen diariamente menos de 4 horas y 40.3% habitan una vivienda con hacinamiento. A su vez, en referencia a la situación familiar, más del 10% de los internos viven en familias con conflictos familiares. Es decir, el estudio traduce un escenario social propicio para la aparición y reforzamiento de estresores.

Los índices reflejan una considerable heterogeneidad en la magnitud de los problemas laborales, de consumo y familiares. El conglomerado de clase media baja (CMB) es consistentemente el más afectado, seguido por el de la pequeña burguesía (PB) y obrero (OBr), sin embargo, también los internos de la burguesía (B) y capa media alta (CMA) padecen el autoritarismo de la organización del trabajo.

### Percepción de los problemas sociales por los géneros

En todos los problemas indicados en el cuadro anterior se presentan diferencias según el género. Las mujeres muestran consistentemente más malestar que los hombres, aspecto que se torna especialmente notorio en el caso de la sensación de discriminación (2 veces mayor) y de ambiente laboral desagradable (1.7 veces más que los varones). En el resto de problemas la proporción es sólo discretamente mayor en las mujeres y sólo en un caso (pocas horas de sueño) predomina la afectación masculina.

### PRINCIPALES TÉCNICAS

La encuesta realizada corresponde a un diseño de tipo transversal, de punto para la mayoría de variables y de período para la morbilidad antes y después del internado.

Se empleó un formulario autoadministrado compuesto por cuatro módulos: un cuestionario general (CG-IR) para datos básicos, percepción del proceso de trabajo, condiciones de consumo y morbilidad asociada con estrés antes y después del internado; Escala de Readaptación Social de Holmes-Rahe para compararla con los resultados de la nueva prueba diseñada por el autor; Prueba de Goldberg versión GHQ-28 para sufrimiento mental; y el EPISTRÉS como instrumento diseñado pa-

ra el tamizaje de exposición a procesos estresantes en las diferentes esferas de la vida social.

### EL EPISTRÉS: nuevo instrumento para medir estresores

Ya se indicó anteriormente que en la investigación se asumieron como componentes del proceso de estresamiento: los estresores de la vida social, familiar y cotidiana, los recursos sociales para enfrentarlos y las condiciones individuales fenotípicas, incluida la configuración de la personalidad. Al iniciar el estudio se reconoció la imposibilidad de abordar en ese momento, por razones económicas y de tiempo, la observación de los aspectos individuales, en este caso hormonales y de personalidad, en cambio se decidió estudiar algunos elementos de los recursos sociales y los estresores.

La literatura epidemiológica acerca de los instrumentos o pruebas de tamizaje (\*screening test\*) es amplia en el campo de la salud mental. Se han desarrollado desde hace varias décadas pruebas especialmente dedicadas a la detección de alteraciones de la salud mental. En los años

50 y 60 se efectuaron los primeros ensayos con el Índice Médico de Cornell para tamizaje del estado general de la salud y trastornos emocionales [21, 22].

A comienzos de los 70 David Goldberg inició el desarrollo del "Cuestionario General de la Salud" ("General Health Questionnaire"-GHQ) [23] basado en la teoría de la posibilidad de detección del disturbio psicológico latente, desarrollado mediante análisis factorial en versiones de diversa extensión (160, 140, 60 y 28 ítems) [24] y cuyo uso se expandió como instrumento epidemiológico para el tamizaje de sufrimiento mental y sus componentes de sintomatología somática (A), ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C) y depresión severa (D).

A fines de los setenta apareció también una prueba que recibió desde entonces una considerable acogida para la investigación de la salud mental del trabajador, el "Cuestionario de Síntomas Subjetivos de Fatiga de Yoshitake" [25] diseñado en tres bloques para medir monotonía, concentración y deterioro físico.

Cuadro No. 5

#### Condiciones de trabajo, de consumo y familiares percibidas por los internos rotativos de Quito

CONDICIONES PERCIBIDAS	PROBLEMAS EN LOS CONGLOMERADOS(%)						
	TOTAL	CMA	CMB	PB	B	OBr	
	n:	(124)	(57)	(29)	(22)	(7)	(2)
—Compañeros no le ayudan		31.5	28.1	44.8	31.8	0.	50.0
—Se siente discriminado o en desventaja		9.7	5.3	24.1	9.1	0.	0.
—Percibe autoritarismo de los médicos		56.5	57.9	62.1	45.5	42.9	100.0
—Otros miembros de equipo de salud no le colabora		83.1	82.5	82.8	72.7	100.0	100.0
—Insatisfacción por relación con pacientes		41.1	38.6	37.9	45.5	28.6	50.0
—Ambiente de trabajo desagradable		62.1	68.4	68.9	50.0	28.6	50.0
—Duerme menos de 4 hrs/día		42.7	42.1	58.6	31.8	28.6	50.0
—Hacinamiento en su vivienda		40.3	35.1	58.6	40.9	14.3	50.0
—Come hasta dos veces por día		48.4	40.3	65.5	45.5	71.5	0.
—Vive en condiciones familiares conflictivas		10.5	10.6	10.3	9.1	0.	50.0

Fuente: BREILH, J. y col. *Trabajo Hospitalario y Sufrimiento Mental*, 1991.

En los 80 surgieron inclusive algunas propuestas latinoamericanas para la evaluación epidemiológica del estado mental de las que puede destacarse el "Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica de Adultos" (QMPA) de Almeida-Filho [26].

También se han probado innumerables escalas tipo Likert para evaluación de condiciones psicopatológicas específicas como son las que componen el DSM-III ("Escala de Ansiedad de Hamilton" —HAS—, la "Escala de Evaluación de Crisis de Angustia"—HAS.P—, la "Escala de Depresión de Hamilton" —HDS— con "Escala de Melancolía" —MES—, "Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica" —BPRS—) [27].

Los instrumentos antes mencionados, uno de los cuales (Goldberg GHQ-28) también se utilizó en el presente estudio, constituyen avances interesantes para el tamizaje de condiciones de la salud mental pero, para la investigación de los determinantes del estrés es indispensable un instrumento que permita observar estresores. Se revisó la bibliografía encontrándose que dos de los más utilizados convencionalmente son la "Escala de Readaptación Social" de Holmes-Rahe y el "Inventario de Estresores y Recursos Sociales" de Moos [28]. Ninguno de los dos era adecuado por su contenido y estructura para esta investigación, razón por la cual el autor decidió diseñar un nuevo instrumento: el EPISTRÉS.

En la actualidad se discute acerca de la conveniencia de enrumbar la investigación hacia técnicas de encuesta y análisis cuantitativo o si debe enfatizarse el uso de procedimientos de caso y análisis cualitativo. El autor argumentó en un trabajo anterior [29] que no se trata de absolutizar ninguno de los dos procedimientos porque, dependiendo de la naturaleza del problema, ofrecen ventajas complementarias. Por tanto, no se ha diseñado el EPISTRÉS como "el instrumento" de investigación de estresores sino como una herramienta útil para el tamizaje de poblaciones estresadas que, cuando el caso lo amerite, o existan posibilidades, debe complementarse con toda la riqueza de procedimientos participativos y de investigación de la moderna antropología y psicología social.

**Diseño del EPISTRÉS** [30]. Se efectuó la validación de contenido, comprensibilidad, validez concurrente y poder discriminatorio, así como la consistencia interna del instrumento.

En cuanto al *contenido* debía cubrir las distintas dimensiones de la vida social (o "reproducción social" que el autor ha desglosado para la investigación epidemiológica [31], trabajo-consumo, organización y conciencia colectiva, condiciones del entorno y los determinantes de la cotidianidad y fenotipo individuales) donde se produce el estresamiento: proceso laboral (objetos, medios y relaciones laborales), impactos estresantes en la cuota (sueldo, salario, etc.), privaciones y exigencias en el consumo individual, estresores del entorno, relaciones ante el colectivo (aislamiento), estresores de la vida familiar y procesos estresantes del fenotipo (ítems generales para los dos sexos específicos para la mujer —embarazo, lactancia y menstruación—).

Se elaboraron 40 ítems inicialmente, de los cuales luego del análisis del grupo quedaron 30, relacionados con estresamiento en: el trabajo insertado (TI) bajo remuneración, trabajo doméstico y tareas para la casa (TD), problemas vinculados a la cuota para consumo básico —alimentación y vivienda— así como acceso a servicios y estresores del transporte diario (C), luego un grupo de ítems relacionados con las condiciones de reproducción privada y cotidianidad afectiva, conflictividad, culpabilidad, aislamiento o vivencias represivas (RP), ítems relacionados con sufrimiento por percepción de deterioro geno-fenotípico, defecto o disfuncionalidad física impactante (DGF), impactos por pérdidas afectivas de seres queridos (IA) y estresores en mujeres relacionados a embarazo-lactancia y menstruación (MGF).

**Estructura y sistema de puntaje.** El EPISTRÉS está diseñado con preguntas sencillas, cada una de las cuales se responde con una «x» en uno de los cuatro puntos en una escala (A=no, nunca; B=rara vez; C=frecuentemente; y D=muy frecuentemente). El puntaje se asigna con el sistema de calificación del GHQ para evitar el efecto de preferencia terminal y mediana: 0 puntos para cada ítem marcado en la "A" o "B" y 1 punto para los contestados con "C" o "D". De ese modo, en varones el puntaje máximo

posible es 28 puntos y en mujeres 30 porque responden 2 ítems adicionales referidos a embarazo y menstruación.

**Comprensibilidad.** El EPISTRÉS ha sido diseñado para autoadministración en poblaciones urbano-alfabetas. Luego de dos pruebas piloto se corrigió la redacción de varios ítems. La versión corregida se aplicó en población profesional de Ecuador y España sin haberse registrado dificultades de comprensión. Requiere menos de cinco minutos para su llenado.

**Validez concurrente y poder de discriminación.** Al no existir una prueba de referencia satisfactoria para la medición de procesos estresantes, se asumió primeramente como criterio de referencia la distribución de los niveles de estresores detectados por la prueba en grupos clasificados según su inserción social y nivel de ingreso para constatar si en efecto el EPISTRÉS era más alto en las clases con peores condiciones de vida y una esperada mayor acumulación de estresores. Mediante una prueba de análisis de varianza se confirmó la diferencia significativa (p) de los promedios de estresamiento (puntaje EPISTRÉS) entre los estudian-

tes de distintos conglomerados sociales, siendo máxima en los grupos socialmente más afectados (capa media baja=9.89, pequeña burguesía=8.79). Luego se analizó la distribución concurrente de los puntajes de EPISTRÉS y de Goldberg en los 124 internos de la muestra, esperando que hubiera una correlación positiva entre el nivel de estresamiento y de sufrimiento mental. La regresión simple interactiva (con omisión de tres puntos aberrantes) entre las dos series de puntajes arrojó un coeficiente de correlación  $r=+0.60$  (p). Para corroborar la capacidad de discriminación del EPISTRÉS se efectuó una tabulación cruzada de los casos "+" y "-" de esta prueba respecto a los detectados por GHQ-28, el objetivo era además establecer a qué puntos de corte del EPISTRÉS se obtenían las mejores predicciones de niveles de Goldberg compatibles con sufrimiento mental. Los porcentajes de sensibilidad y especificidad más altos del 70% se obtuvieron con los cortes: 0-4/5-16/17-30, correspondientes a muy bajo estresamiento, medio y alto estresamiento respectivamente. En el Cuadro No. 6 se registra la variación de puntajes de Goldberg total y por componentes según los distintos niveles de estresamiento.

Cuadro No. 6

Niveles de sufrimiento mental según estresamiento  
(internos-Quito)

NIVEL ESTRÉS	PUNTAJE GOLDBERG *					
	n	GHQ-28	G"A"	G"B"	G"C"	G"D"
<b>BAJO</b> (0-4)	27	3.2	0.8	1.3	0.9	0.2
<b>MEDIO</b> (5-16)	92	8.9	3.3	3.2	1.8	0.6
<b>ALTO</b> (17-30)	5	14.8	4.8	4.4	3.6	2.0
Alto/Bajo:		5	6	3	4	13

\*GHQ-28=pt. total

A=Síntomas somáticos

B=Ansiedad

C=Disfunción Social

D=Depresión

Fuente: BREILH, J. y col. Trabajo Hospitalario y Sufrimiento Mental, 1991.

La importante diferencia de nivel de sufrimiento mental promedio entre los grupos clasificados según nivel de estresamiento se manifiesta por igual en los dos sexos.

#### **Análisis de la consistencia del EPISTRÉS.**

Para probar la consistencia se utilizó la técnica de análisis factorial con rotación ortogonal de ejes (varimax). Se recalificaron los ítems que antes habían sido valorados según escala de Goldberg (0, 0, 1, 1) a escala Likert (0, 1, 2, 3). En el análisis cada pregunta (ítems) pasó a ser una variable. Se agruparon las preguntas por cada dimensión de estresores estudiada (TI, TD, C, RP, etc.) y se efectuó en los grupos que tuvieron tres o más ítems el cálculo de factores principales con valor propio ("eigenvalue") mayor de 1, para observar la saturación de las "variables" o ítems sobre los factores, interpretar su mutua consistencia y definir posibles subgrupos.

En otro trabajo del autor se explican los detalles del proceso pero caben relievase algunas conclusiones básicas. Las correlaciones obtenidas y los índices de saturación («factor loadings») sobre 0.5 [32] de las preguntas permitió corroborar la consistencia de sus grupos.

#### **Las preguntas sobre estresores se pueden interpretar así:**

##### *(TI): Trabajo Insertado*

- Estresamiento por impacto directo de la tarea en el trabajo (TI1, TI3, TI5).
- Estresamiento por reacción laboral subjetiva (TI4, TI2).

##### *(TD): Trabajo Doméstico*

- Estresamiento por impacto directo de las labores domésticas (TD2, TD1).
- Estresamiento por reacción subjetiva a las responsabilidades domésticas (TD3).

##### *(C): Consumo*

- Estresamiento por privación-deterioro del consumo (C5, C1, C7, C2, C3).

- Estresamiento por vida de consumo agitada (C4, C6).

##### *(E): Entorno*

- Estresamiento por polución sonora en vecindario (E1).
- Estresamiento por temor-violencia en el vecindario (E2).

##### *(O): Organización*

- Estresamiento por pérdida de ambiente de solidaridad y aislamiento (O1).
- Estresamiento por percepción pesimista de proyecto del grupo, desmoralización (O2).

##### *(RP): Reproducción Privada*

- Estresamiento por privación afectiva (RP1, RP2, RP3).
- Estresamiento por amenaza o arrepentimiento por error grave (RP5, RP4).

##### *(DGF): Deterioro Geno-Fenotípico*

- Estresamiento por enfermedad, forma de invalidez o envejecimiento propios (DGF1).
- Estresamiento por motivo sexual o defecto físico ante los demás (DGF2).

##### *(ISQ): Impacto Seres Queridos*

- Estresamiento por enfermedad de un ser querido (ISQ1).
- Estresamiento por muerte de un ser querido (ISQ2).

##### *(MGF): Mujeres Geno-Fenotípico*

- Estresamiento por presión de embarazo o lactancia (MGF1).
- Estresamiento por tensión menstrual (MGF2).

De esa forma se puede concluir que el instrumento diseñado tiene características apropiadas

das como instrumento de tamizaje de estresores y por su capacidad productiva y fácil aplicación es adecuado para incorporarlo en un estudio epidemiológico del estrés.

### ESTRÉS, DETERIORO Y SUFRIMIENTO MENTAL DE LOS INTERNOS

En secciones anteriores fueron expuestas las condiciones de la vida laboral y cotidiana de los jóvenes trabajadores-estudiantes que realizan el internado. Se confirma el hecho de que en Ecuador también se aplica la definición colocada para el trabajo hospitalario por la brasilera Pitta del "oficio del dolor y la muerte". Pero tal parece que ese dolor no es sólo de los pacientes que transitan por los hospitales sino que también puede aplicárselo a los trabajadores hospitalarios.

El 78.2% de la población de internos se encontró estresada al momento del estudio, siendo el índice un poco menor en los varones (74%) que en las mujeres (79.3%).

Se observó una consistente asociación entre los niveles de estrés (EPISTRÉS) y el grado de sufrimiento mental (GHQ) encontrados. Como se constató en el Cuadro No. 6, los promedios de puntaje del Goldberg de los internos más estresados quintuplican a los del grupo no estresado. Visto de otra manera, se estableció que en el grupo no estresado el 70.4% de internos no tenían sufrimiento mental, en el grupo medianamente estresado apenas el 17.4% estaban mentalmente bien según el Goldberg y en el grupo de alto estrés ninguno de los internos estaba bien.

Las tasas de afectación por sufrimiento mental son considerablemente altas respecto a valores encontrados en otros grupos semejantes de América Latina.

**Cuadro No. 7**

#### Índices de sufrimiento mental en los internos de los dos sexos

SEXO	SUFRIMIENTO MENTAL			
	M Ptos.	% Total	% Medio	% Severo
H	6.8	69.9	47.9	21.9
M	9.4	74.5	25.1	49.0
<b>Total</b>	<b>7.9</b>	<b>71.8</b>	<b>38.7</b>	<b>33.1</b>

Nota: Ptos. de corte GHQ: Medio 5-9 y Severo: 10-28

Fuente: BREILH, J. y col. *Trabajo Hospitalario y Sufrimiento Mental*, 1991.

Una forma de enfocar la morbilidad latente consistió en observar la presencia durante el último mes de síntomas repetitivos (ver Cuadro No. 8).

**Cuadro No. 8**

#### Síntomas repetitivos durante el último mes internos rotativos-Quito, 1991

SÍNTOMA	% HOMBRES	% MUJERES
Pérdida memoria*	31.5	15.7
Insomnio	43.8	45.1
Mareos*	6.8	25.5
Fatiga crónica	54.8	60.8
Cólicos	23.3	35.3
Acidez	50.7	52.9
Disfagia	11.0	11.8
Sudores fríos	11.0	13.7
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>232.9</b>	<b>260.8</b>

\*= Diferencia  $p < 0.05$  entre sexos.

Fuente: BREILH, J. y col. *Trabajo Hospitalario y Sufrimiento Mental*, 1991.

Esa sintomatología difusa podría ser parte de las entidades diagnosticables que fueron reconocidas pero también podría expresar trastornos latentes que decurren sin necesariamente

constituirse en cuadros sindrómicos completos o entidades diagnósticas. Esto último es sobre todo importante recordar porque en la moderna investigación epidemiológica que indaga las formas colectivas de destrucción de la salud humana se comprueba que el deterioro no necesariamente llega a producir entidades definidas sino que las condiciones de trabajo, vida de consumo y cotidiana pueden determinar procesos como los destructivos metabólicos (ej. acumulación de radicales de oxígeno), inmunes (ej. trastornos linfocitarios y macrofágicos), acumulación tisular de proteínas anómalas, disfunciones genéticas (ej. activación de genes envejecedores), configuraciones psíquicas patogénicas, que sólo se manifiestan en plazo mediato por el envejecimiento acelerado y prematuro de la fuerza de trabajo, lo que el autor ha propuesto llamar "sobreenvejecimiento" epidemiológico [33].

Es preocupante constatar cómo en el corto tiempo del trabajo de internado ya se muestran algunas evidencias del efecto destructivo del estrés y el sufrimiento mental. En el Cuadro No. 9 se manifiestan incrementos importantes de patología asociada con estrés "antes" y "después" del comienzo del internado.

Sobre todo en el grupo de varones hay un incremento del 50% de morbilidad de ese tipo, principalmente a expensas de dispepsias, arritmias, cefalea persistente y trastornos de la libido. Acentuándose también infecciones respiratorias y dermatitis. En el grupo de las internas aumentan los casos de arritmias y varices, trastornos de la libido, tensión premenstrual, así como de trastornos infecciosos y dermatitis.

### A MANERA DE CONCLUSIÓN

La formulación de una propuesta global y profunda para la defensa y promoción de la vida de los trabajadores hospitalarios rebasa las posibilidades de este trabajo. Se pueden sin embargo delinear algunas ideas y acciones que han sido reiteradamente planteadas en este campo de problemática.

Los hospitales del "tercer mundo" como centros laborales tienen características epidemiológicamente semejantes a los de otros tipos; las condiciones de trabajo tienden a deteriorarse,

sobre todo en estas décadas de régimen neoliberal cuando se busca en el sector privado incrementar la productividad y en el sector estatal racionalizar el gasto y uso de la infraestructura. En ninguno de los dos casos se cuida de que los cambios administrativos o tecnológicos no afecten a los trabajadores y se mantiene una tendencia regresiva en la distribución del ingreso con caída permanente de los salarios reales.

Lo que se observa en los hospitales públicos no se aleja demasiado de las condiciones de trabajo y sociales de las clínicas y hospitales privados.

Es urgente promover un movimiento de defensa de la salud del personal que labora en los hospitales del país, impulsar la organización solidaria de los mismos y la implementación de medidas financieras, administrativas, jurídicas, reglamentarias y epidemiológicas que contribuyan a controlar y erradicar la destructividad del trabajo.

Una línea clave es la democratización de los hospitales y ruptura de los moldes autoritarios, verticales y nada participativos en que se encuadra la tradición de la hegemonía de ciertas profesiones y del género masculino.

El estudiante interno que ahora se lo define como "becario" debe volverse a reconocer como parte del personal. Es sin lugar a dudas un trabajador hospitalario con todos los derechos que la constitución establece para dicha condición. El giro actual de ubicarlo en el país como becario contradice la verdadera naturaleza de su condición y constituye un retroceso frente a derechos adquiridos por este personal.

Al igual que otros estamentos del equipo de salud los internos deben estar protegidos por una legislación y reglamentación modernas que precautelen su salud y garanticen remuneraciones suficientes, acordes con su trabajo y permanentemente ajustadas a la inflación.

Es urgente la creación de una Comisión de Salud Laboral para los Servicios de Salud o la vigorización de la instancia pertinente del Estado para que inicie la implementación de Unidades de Salud Laboral en los hospitales y

Cuadro No. 9

## Trastornos asociados y estrés antes y después del inicio del internado (1991)

TIPO DE MORBILIDAD	ÍNDICE DE CASOS (% y n)			
	HOMBRES		MUJERES	
	ANTES	DESDE	ANTES	DESDE
<b>GASTRO-INTESTINALES</b>	<b>46.6(34)</b>	<b>57.5(42)</b>	<b>60.8(41)</b>	<b>52.9(27)</b>
—Gastritis	21.9	24.7	37.3	29.4
—Úlcera péptica	4.1	—	—	—
—Colon irritable	5.5	4.1	2.0	3.9
—Dispepsias	15.1	28.8	21.6	19.6
<b>CARDIO-VASCULARES</b>	<b>6.8(5)</b>	<b>8.2(6)</b>	<b>17.6(9)</b>	<b>29.4(15)</b>
—Hipertensión	2.8	1.4	—	—
—Arritmias	1.4	5.5	3.9	9.8
—Várices	2.7	1.4	13.7	19.6
<b>RESPIRATORIAS</b>	<b>13.7(10)</b>	<b>15.1(11)</b>	<b>13.7(7)</b>	<b>27.5(14)</b>
—Asma	2.7	—	5.9	2.0
—Alergias	9.6	9.6	7.8	9.8
—Bronquitis crónica	1.4	2.8	—	7.8
—Inf. resp. altas e infl.	—	2.8	—	7.8
<b>OTRAS</b>	<b>9.6(7)</b>	<b>45.2(33)</b>	<b>23.5(12)</b>	<b>33.3(17)</b>
—Dermatitis	5.5	19.2	7.8	13.7
—Cefalea persistente	2.7	17.8	15.7	13.7
—Trastornos libido	1.4	8.2	—	5.9
<b>SUBTOTAL COMPARABLES (Dos sexos)</b>	<b>76.7(56)</b>	<b>126.0(92)</b>	<b>135.3(69)</b>	<b>143.1(73)</b>
<b>ESPECÍFICAS DE MUJERES</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>33.3(17)</b>	<b>27.5(14)</b>
—Tensión pre-menstrual	—	—	11.8	17.6
—Dismenorrea	—	—	21.6	7.8
—Aborto	—	—	—	2.0
<b>TOTAL MORBILIDAD</b>	<b>76.7(56)</b>	<b>126.0(92)</b>	<b>168.6(86)</b>	<b>170.6(87)</b>

Fuente: BREILH, J. y col. *Trabajo Hospitalario y Sufrimiento Mental*, 1991.

servicios, así como la formulación de reglamentos de seguridad y protección epidemiológica, así como de control periódico de su salud en términos generales y de modo particular en servicios con riesgos específicos.

La Universidad tiene una gran responsabilidad frente a estos problemas, hasta la fecha los reglamentos de internado y normas de la Asociación de Facultades de Medicina revelan el total desentendimiento de la Universidad respecto a la protección y promoción de la vida de

sus estudiantes. Su responsabilidad no es sólo curricular sino integral.

Con la caída del "socialismo real" se ha puesto de moda hablar sobre el advenimiento de una nueva era. Para el ser humano la importancia de un cambio no pasa tanto por la terminación de las experiencias "socialistas" fallidas, sino por la transformación y humanización profunda de la vida y de formas de trabajo como las que esta investigación apenas ha explorado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. STELLMAN J. M. *Women'Work, Women's Health (Myths and Realities)*. Pantheon Books, New York, 1977.
2. DOUGLASS B. "Occupational Health Programs in Clinics and Hospitals". En: *Occupational Medicine* (Carl Zens. Year Book Medical Publishers Inc., London, 1977).
3. RNOT P. "Hospitales". En: *El Ejercicio de la medicina del Trabajo*. Editorial Científico Médica, Madrid, 1980.
4. ROMERO, M. y MEDICINA, M. E. "Validez de una Versión Breve de Prueba para Detectar Psicopatología en Estudiantes Universitarios". *Salud Mental* V. 10, 3, 90-97, 1987.
5. BARRAGÁN, G., TAPIA, E. DE LA GÁLVEZ, A. y PANDO, R. *Proceso Laboral y Morbilidad Mental en Trabajadores de la Salud*. Maestría en Salud Pública U. Mayor de San Andrés, La Paz, 1988.
6. OTERO, J. J. *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. Madrid, Interamericana, 1989.
7. PITTA A. *Hospital: Dor e Morte como Oficio*. HUCITEC, São Paulo, 1990.
8. ESTRYN BEHAR, M., KAMISNSKI, M, PEIGNE E., BONNET, N., VAICHERE, E., GOZLAN, C, and AZOULAY, S. *British Journal of Industrial Medicine* 47, 20-28, 1990.
9. RICHMAN, J. and FLATHERTY, J. Gender. "Differences in Medical Student Distress: Contribution of Prior Socialization and Current Role Related Stress". *Soc. Sci. Med.* 30 (7), 777-787, 1990.
10. FERNÁNDEZ DE PINEDO, I. y NOGAREDA, C. *Evaluación de la Carga mental dentro de un Método de Valorización General de Riesgos y Condiciones de Trabajo en el Sector Hospitalario*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Barcelona, 1989.
11. NOGAREDA, C. y NOGAREDA, S. "Valoración de la Carga Mental en el Servicio de Urgencias de un Hospital". *Salud y Trabajo* 82, 11-15, 1990.
12. KOHEN, J. GÓMEZ, R., LIZANO, E., SEGOVIA, R., ESPINOSA, E., YÉPEZ, J. *Salud y Trabajo de las Enfermeras de Cuidados Intensivos de Hospitales en Quito*. 1990.
13. GEIS, R., JESILON, P. and GEIS, G. "The Amelia Stern Syndrome: A Diagnosis of a Condition Among Female Physicians". *Soc. Sci. Med.* 33 (8), 967-971, 1991.
14. BREILH, J. *Deterioro de la Vida en el Neoliberalismo, El Desconcierto de la Salud en América Latina*. CEAS, 1991.
15. BREILH, J. *Marco Teórico Particular sobre el Proceso Laboral y la Salud*. Taller de Investigación sobre Epidemiología del Trabajo Hospitalario del I. de Ciencias de la Educación, Las Palmas de Gran Canaria (España) y Asoc. Canaria de Med. Social, 1991.

16. GONZÁLEZ REY, F. *La Personalidad, su Educación y Desarrollo*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1991.
17. MOURIÑO, R. y VINIEGRA, L. "Diseño y Validación de un Instrumento para Valorar el Entorno Psicosocial". *Salud Pública de México* 33 (1), 38-48, 1991.
18. BREILH, J. *Epidemiología*. São Paulo, HUCITEC-UNESP, 1991. (Texto de la traducción al portugués basado en la 3a. ed. mexicana de la obra *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*).
19. SCHWARTZ, S. "Women and Depression: A Durkheimian Perspective". *Soc. Sci. Med.* 32 (2), 127-140, 1991.
20. CEAS. *Perfiles Epidemiológicos de Empleadas Públicas*. Proyecto "MUJER", 1992.
21. CULPAN, R. DAVIES, B. and OPPEMHEIM, A. "Incidence of Psychiatric Illness Among Hospital Out-Patients". *British Medical Journal* March 19, 855-857, 1960.
22. ABRAMSON, J. *The Cornell Medical Index as an Epidemiological Tool*. Hadasah University Hospital, Jerusalem, 1964.
23. GOLDBERG, D. and BLACKWELL, B. "Psychiatric Illness in General Practice, A Detailed Study Using a New Method of Case Identification". *British Medical Journal* May 23, 439-443, 1970.
24. GOLDBERG, D. *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company, London, 1979.
25. YOSHITAKE, H. "Three Characteristic Patterns of Subjective Fatigue Symptoms". *Ergonomics* Marzo, 1978.
26. ALMEIDA-FILHO, N. "Prevalença de Desordens Mentais em uma Área Industrial da Região Metropolitana de Salvador". *Universitas* 32, 1983.
27. BECH, P., KASTRUP, M. y RAFELSEN, O. "Breve Compendio de las Escalas de Evaluación para los Estados de Ansiedad, Depresión, Manía y Esquizofrenia con los Síndromes Correspondientes en el DSM-III". *Acta Psiquiátrica Escandinava* 73 (326), 1988.
28. MOOS, R. and MOOS, B. *Life tressors and Social Resources Inventory*. Department of Psychiatry of Stanford University, Palo Alto, 1988.
29. BREILH, J. "Reflexiones sobre el Uso de las Técnicas Intensivas (Historias de Vida) en la Investigación en Salud". *Documentos CEAS* 29, 1991.
30. BREILH, J. *El EPISTRÉS: Nuevo Instrumento Epidemiológico para Tamizaje de Estresores*. CEAS, Quito, 1991.
31. BREILH, J. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política* (Versión aumentada para la edición en portugués). HUCITEC, UNESP, São Paulo, 1992.
32. CROCKER, L. and ALGINA, J. *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Harcourt Brace Janovich, Fortworth, 1986. (pág. 299).
33. BREILH, J. *La Triple Carga*. Ediciones CEAS, Quito, 1991.