



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Factores psicosociales en el trabajo: Diagnóstico y propuestas de intervención en cuatro instituciones de salud mental de la Sabana de Bogotá D.C. 2015 - 2016

Jesús Antonio Fiesco Neira

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo

Bogotá, Colombia

2016

Factores psicosociales en el trabajo: Diagnóstico y propuestas de intervención en cuatro instituciones de salud mental de la Sabana de Bogotá D.C. 2015 - 2016

Jesús Antonio Fiesco Neira

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo

Director:

Juan Guerrero

Ms Salud Pública

Ms Medicina Social

Línea de Investigación:

Enfoque Psicosocial de la Relación Salud Trabajo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo

Bogotá, Colombia

2016

Resumen

El presente trabajo investigativo tuvo como *objetivo* analizar los factores psicosociales en el trabajo de cuatro instituciones de salud mental de la Sabana de Bogotá. La recolección de información se realizó con la ayuda de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial del Ministerio de la Protección Social de Colombia*. Fueron parte del estudio 183 trabajadores a quienes se les aplicaron las encuestas del instrumento. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales a algunos trabajadores para profundizar los hallazgos de las encuestas. Como resultado del análisis de la información se identifican factores de riesgo y protectores a nivel individual, intralaboral y extralaboral en la población. Finalmente se presentan las *conclusiones* y diferentes *propuestas de intervención* frente a los factores de riesgo identificados.

Palabras clave: Condiciones de trabajo, salud ocupacional, factores psicosociales, salud mental, servicios de salud mental.

Abstract

The present research aimed to analyze the psychosocial factors in the work of four mental health institutions in the savanna of Bogotá. The collection of information was done with the help of the Toolkit for the Evaluation of Psychosocial Risk Factors of the Ministry of Social Protection of Colombia. A total of 183 workers who were surveyed by the instrument were part of the study. Subsequently, semi-structured interviews and focus groups were given to some workers to deepen the findings of the surveys. As a result of the analysis of the information, risk and protective factors are identified at the individual, intralaboral and extra-labor levels in the population. Finally, we present the conclusions and different proposals for intervention against the identified risk factors.

Keywords: Working conditions, occupational health, psychosocial factors, mental health, mental health services.

Contenido

Pág.

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	3
Preguntas generadoras.....	11
Justificación.....	12
Objetivos.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos específicos.....	18
Marco conceptual.....	20
Salud y Seguridad en el Trabajo (SST).....	20
Salud Mental.....	22
Factores Psicosociales en el Trabajo.....	23
Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT).....	34
Legislación colombiana en salud mental y riesgo psicosocial.....	35
Marco metodológico.....	40
Tipo de estudio.....	40
Población y muestra.....	40
Instrumentos para recolección de datos.....	43
Instrumentos complementarios.....	47
Alcance de los instrumentos.....	48
Interpretación de los niveles de riesgo de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Riesgo Psicosocial.....	49
Análisis Estadístico de las Variables.....	50
Análisis Cualitativo (N Vivo 11).....	51
Fundamentación Ética.....	55
Alcances del trabajo.....	57
Plan de temas y cronograma.....	61
Resultados.....	62
Condiciones Individuales.....	63
Factores Psicosociales Intralaborales.....	69
Factores Psicosociales Extralaborales.....	85

ManIFESTACIONES de Estrés	89
Índices de protección.....	92
Discusión.....	98
Condiciones individuales	98
Factores psicosociales intralaborales.....	99
Factores psicosociales extralaborales	113
Instrumentos complementarios.....	115
Conclusiones	117
Condiciones Individuales	118
Factores psicosociales Intralaborales	119
Factores Psicosociales Extralaborales	123
ManIFESTACIONES de Estrés	124
Propuestas de intervención.....	125
Planear	125
Hacer	128
Nivel intralaboral.....	129
Nivel extralaboral.....	132
Control del estrés.....	133
Verificar y Actuar.....	134
ANEXOS	149
Anexo 1. Consentimiento informado	149
Anexo 2. Batería de Instrumentos Para La Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial	151
Anexo 3. Costo y financiación del estudio.....	151
Anexo 4. Organigrama C1-LC (Sibaté)	153
Anexo 5. Organigrama C2-JJV (Sibaté)	155
Anexo 6. Organigrama C3-SC (Bogotá).....	155
Anexo 7. Organigrama C4-LI (Bogotá).....	156

Glosario

Para fines de la presente investigación, se tendrán en cuenta algunas definiciones referidas en la Resolución 2646 de 2008, capítulo I, Artículo 3:

Trabajo: Toda actividad humana remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios y/o conocimientos, que una persona ejecuta en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, lesión o daño en un grupo dado.

Factor de riesgo: Posible causa o condición que puede ser responsable de la enfermedad, lesión o daño.

Factores de riesgo psicosociales: Condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo.

Factor protector psicosocial: Condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador.

Condiciones de trabajo: Todos los aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos.

Estrés: Respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales.

Carga física: Esfuerzo fisiológico que demanda la ocupación, generalmente se da en términos de postura corporal, fuerza, movimiento y traslado de cargas e implica el uso de los componentes del sistema osteomuscular, cardiovascular y metabólico.

Carga mental: Demanda de actividad cognoscitiva que implica la tarea. Algunas de las variables relacionadas con la carga mental son la minuciosidad, la concentración, la variedad de las tareas, el apremio de tiempo, la complejidad, volumen y velocidad de la tarea.

Carga psíquica o emocional: Exigencias psicoafectivas de las tareas o de los procesos propios del rol que desempeña el trabajador en su labor y/o de las condiciones en que debe realizarlo.

Carga de trabajo: Tensiones resultado de la convergencia de las cargas física, mental y emocional.

Acoso laboral: Toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo, conforme lo establece la Ley 1010 de 2006.

Efectos en la salud: Alteraciones que pueden manifestarse mediante síntomas subjetivos o signos, ya sea en forma aislada o formando parte de un cuadro o diagnóstico clínico.

Efectos en el trabajo: Consecuencias en el medio laboral y en los resultados del trabajo. Estas incluyen el ausentismo, la accidentalidad, la rotación de mano de obra, la desmotivación, el deterioro del rendimiento, el clima laboral negativo, entre otros.

Evaluación subjetiva: Valoración de las condiciones de trabajo y salud, a partir de la percepción y vivencia del trabajador.

Experto: Psicólogo con posgrado en salud ocupacional, con licencia vigente de prestación de servicios en psicología ocupacional.

Burnout: Padecimiento consistente en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.....	24
Figura 2. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO	167
Figura 3. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO	167
Figura 4. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL	168
Figura 5. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO	168
Figura 6. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA.....	169
Figura 7. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO	169
Figura 8. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA.....	170
Figura 9. C1-LC (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO	170
Figura 10. C1-LC (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL	183

Figura 11. C1-LC (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL	184
Figura 12. C1-LC (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR	185
Figura 13. C1-LC (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR	186
Figura 14. C1-LC (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	187
Figura 15. C1-LC (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	187
Figura 16. C1-LC (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	188
Figura 17. C1-LC (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN CLARIDAD DEL ROL SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	188
Figura 18. C1-LC (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	189
Figura 19. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO	191

Figura 20. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO	192
Figura 21. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL	192
Figura 22. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO	193
Figura 23. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA.....	193
Figura 24. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO	194
Figura 25. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA.....	194
Figura 26. C2-JJV (SIBATÉ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO	195
Figura 27. C2-JJV (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL.....	207
Figura 28. C2-JJV (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL.....	208
Figura 29. C2-JJV (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR.....	209
Figura 30. C2-JJV (SIBATÉ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR.....	210

Figura 31. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	211
Figura 32. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	211
Figura 33. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	212
Figura 34. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	212
Figura 35. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN RETROALIMENTACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	213
Figura 36. C2-JJV (SIBATÉ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	213
Figura 37. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO.....	216
Figura 38. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO.....	217
Figura 39. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL	217

Figura 40. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO	218
Figura 41. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA.....	218
Figura 42. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO	219
Figura 43. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA.....	219
Figura 44. C3-SC (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO	220
Figura 45. C3-SC (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL	232
Figura 46. C3-SC (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL	233
Figura 47. C3-SC (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR	234
Figura 48. C3-SC (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR	235
Figura 49. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	236

Figura 50. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	236
Figura 51. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	237
Figura 52. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN CAPACITACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	237
Figura 53. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	238
Figura 54. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	238
Figura 55. C3-SC (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	239
Figura 56. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO	242
Figura 57. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO	243

Figura 58. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL	243
Figura 59. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO	244
Figura 60. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA.....	244
Figura 61. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO	245
Figura 62. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA.....	245
Figura 63. C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO	246
Figura 64. C4-LI (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL.....	258
Figura 65. C4-LI (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL PROFESIONAL.....	259
Figura 66. C4-LI (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR.....	260
Figura 67. C4-LI (BOGOTÁ) COMPARACION ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN PERSONAL AUXILIAR.....	261

Figura 68. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	262
Figura 69. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS CUANTITATIVAS SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	262
Figura 70. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN CONTROL Y AUTONOMÍA SORE EL TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	263
Figura 71. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA DIMENSIÓN CAPACITACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	263
Figura 72. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LA EVALUACIÓN DEL ESTRES SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	264
Figura 73. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	264
Figura 74. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE A LAS DIMENSIONES DE RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.....	265
Figura 75. C4-LI (BOGOTÁ) ÍNDICE DE PROTECCIÓN ALTO NIVEL DE RIESGO FRENTE AL TIEMPO FUERA DEL TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES	265

Tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Condiciones individuales</i>	157
Tabla 2. <i>Factores psicosociales intralaborales</i>	158
Tabla 3. <i>Definiciones de las dimensiones psicosociales intralaborales e indicadores de riesgo</i>	159
Tabla 4. <i>Factores psicosociales extralaborales</i>	164
Tabla 5. <i>Definiciones de las dimensiones psicosociales extralaborales e indicadores de riesgo</i>	165
Tabla 6. <i>Estadísticas riesgos laborales por actividades económicas, resaltando en color amarillo datos de Servicios sociales y de salud</i>	167
Tabla 7. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	171
Tabla 8. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	172
Tabla 9. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	173
Tabla 10. <i>Dominio: Recompensas en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	174
Tabla 11. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	174
Tabla 12. <i>Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	175
Tabla 13. <i>Evaluación del estrés en profesionales (CI-LC-Sibaté)</i>	175
Tabla 14. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (CI-LC-Sibaté)</i>	176
Tabla 15. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (CI-LC-Sibaté)</i>	177

Tabla 16. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	178
Tabla 17. <i>Dominio: Recompensas en auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	179
Tabla 18. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	179
Tabla 19. <i>Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	180
Tabla 20. <i>Evaluación del estrés en auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	180
Tabla 21. <i>Resultados de instrumentos complementarios (C1-LC-Sibaté)</i>	183
Tabla 22. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C1-LC (Sibaté)</i>	190
Tabla 23. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C2-JJV- Sibaté)</i>	196
Tabla 24. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C2-JJV-Sibaté)</i>	197
Tabla 25. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C2-JJV-Sibaté)</i>	198
Tabla 26. <i>Dominio: Recompensas en profesionales (C2-JJV-Sibaté)</i>	199
Tabla 27. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C2-JJV- Sibaté)</i>	199
Tabla 28. <i>Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C2-JJV-Sibaté)</i>	200
Tabla 29. <i>Evaluación del estrés en profesionales (C2-JJV-Sibaté)</i>	200
Tabla 30. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C2-JJV- Sibaté)</i>	201
Tabla 31. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)</i>	202
Tabla 32. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C2-JJV-Sibaté)</i>	203
Tabla 33. <i>Dominio: Recompensas en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)</i>	204

Tabla 34. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C1-LC-Sibaté)</i>	204
Tabla 35. <i>Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)</i>	205
Tabla 36. <i>Evaluación del estrés en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)</i>	205
Tabla 37. <i>Resultados de instrumentos complementarios (C2-JJV-Sibaté)</i>	206
Tabla 38. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C2-JJV (Sibaté)</i>	214
Tabla 39. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en auxiliares de la Clínica C2-JJV (Sibaté)</i>	215
Tabla 40. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	221
Tabla 41. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	222
Tabla 42. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	223
Tabla 43. <i>Dominio: Recompensas en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	224
Tabla 44. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	224
Tabla 45. <i>Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	225
Tabla 46. <i>Evaluación del estrés en profesionales (C3-SC-Bogotá)</i>	225
Tabla 47. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	226
Tabla 48. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	227
Tabla 49. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	228
Tabla 50. <i>Dominio: Recompensas en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	229

Tabla 51. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	229
Tabla 52. <i>Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	230
Tabla 53. <i>Evaluación del estrés en auxiliares (C3-SC-Bogotá)</i>	230
Tabla 54. <i>Resultados de instrumentos complementarios (C3-SC-Bogotá)</i>	231
Tabla 55. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C3-SC (Bogotá)</i>	240
Tabla 56. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en auxiliares de la Clínica C3-SC (Bogotá)</i>	241
Tabla 57. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	247
Tabla 58. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	248
Tabla 59. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	249
Tabla 60. <i>Dominio: Recompensas en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	250
Tabla 61. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	250
Tabla 62. <i>Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	251
Tabla 63. <i>Evaluación del estrés en profesionales (C4-LI-Bogotá)</i>	251
Tabla 64. <i>Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	252
Tabla 65. <i>Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	253
Tabla 66. <i>Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	254
Tabla 67. <i>Dominio: Recompensas en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	255

Tabla 68. <i>Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	255
Tabla 69. <i>Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	256
Tabla 70. <i>Evaluación del estrés en auxiliares (C4-LI-Bogotá)</i>	256
Tabla 71. <i>Resultados de instrumentos complementarios (C4-LI-Bogotá)</i>	257
Tabla 72. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)</i>	266
Tabla 73. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)</i>	267
Tabla 74. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)</i>	269
Tabla 75. <i>Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)</i>	275
Tabla 76. <i>Resumen de factores psicosociales laborales que afectan a profesionales de salud mental</i>	276
Tabla 77. <i>Resumen de factores psicosociales laborales que afectan a auxiliares de salud mental</i>	277

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>ASM</i>	Auxiliares de salud mental
<i>ARL</i>	Administradora de riesgos laborales
<i>CAN</i>	Comunidad Andina de Naciones
<i>COLPSIC</i>	Colegio Colombiano de psicología
<i>CT</i>	Condiciones de trabajo
<i>C1-LC</i>	Clínica 1-La Colonia
<i>C2-JJV</i>	Clínica 2-José Joaquín Vargas
<i>C3-SC</i>	Clínica 3-Santa Clara
<i>C4-LI</i>	Clínica 4-La Inmaculada
<i>INSHT</i>	Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo de España
<i>MPS</i>	Ministerio de la Protección Social
<i>NTP</i>	Norma Técnica de Prevención
<i>OIT</i>	Organización Internacional del Trabajo
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PSLT</i>	Promoción de la salud en los lugares de trabajo
<i>PSM</i>	Profesionales de salud mental
<i>SST</i>	Salud y seguridad en el trabajo
<i>TSM</i>	Trabajadores de salud mental
<i>SGSST</i>	Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo
<i>PHVA</i>	Planear, hacer, verificar y actuar
<i>SM</i>	Salud Mental
<i>TE</i>	Trabajo emocional

Introducción

Para el estudio de los factores psicosociales en este trabajo se acudirá a reconocidos profesionales especializados que igualmente han tomado postulados originales como los de Ramazzini (Nieto, 1999; Araujo & Trujillo, 2002): “...*Deberé confesar que ocasionan no poco daño a los obreros ciertos oficios que desempeñan: donde esperaban obtener recursos para el propio mantenimiento y sostén familiar, hallan a menudo gravísimas enfermedades y maldicen el arte al que se habían dedicado en tanto se van alejando del mundo de los vivos....*” (p. 1)

De la misma manera, diferentes autores reconocen que el trabajo ha constituido un componente central en la formación de los sujetos, así como en la construcción social de los colectivos, siendo fuente de bienestar y a la vez daño continuo para los trabajadores por fenómenos naturales o a falta de prevención. En muchos casos se evidencia una relación contradictoria entre asegurar el bienestar del individuo y el ilimitado interés del rendimiento laboral, donde se identifica el riesgo de sobrepasar las capacidades de las personas al intentar mejorar la productividad (Guerrero & Puerto, 2007).

Se establece que en las últimas décadas, los procesos sociales, políticos y económicos, enfoques globalizadores y neoliberales han afectado las condiciones de trabajo de las personas, este hecho se puede constatar a través de distintas reformas generadas en varios países, donde uno de sus principales problemas es la precaria participación de los trabajadores en espacios laborales (Castro & Muñoz 2010a).

Las anteriores están sujetas a la unificación mundial que ha dado como consecuencia el surgimiento de normas que regulan las relaciones laborales, los tipos de contratación (a término fijo o a término indefinido), concentración de conocimientos y amenazas sobre la salud de los trabajadores, etc., afectando a todos los sectores económicos con relevancia al sector salud que es el que asume los quebrantos.

El cambio en la economía, las reformas normativas, las dinámicas laborales, el medio ambiente físico de trabajo, los factores propios de la tarea y la organización, las modalidades de gestión y del funcionamiento de las empresas, los cambios tecnológicos, la vida extralaboral, entre otros se convierten en objetos de estudio para la presente investigación. Cuyo objetivo general busca determinar los principales factores psicosociales que afectan la salud y seguridad en el trabajo del personal terapéutico y asistencial, es decir, aquellos trabajadores quienes tienen contacto directo con los pacientes en instituciones de salud mental de la sabana de Bogotá.

Por medio de una metodología cualitativa con interpretación cuali-cuantitativa se busca dar cuenta de los factores psicosociales tanto de riesgo como protectores en esta población.

Planteamiento del problema

Se calcula que 600.000 vidas se salvarían cada año si se facilitara información adecuada y se aplican medidas de seguridad posibles en los sitios de trabajo. Actualmente se cuenta como costo estimado el 4% del PBI mundial (OIT, 2005).

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2005) se estima que cada año se producen más de 2.000.000 de muertes por causas asociadas al trabajo, cerca de 5000 muertes por día relacionadas con prácticas de trabajos peligrosos. 350.000 de dichas muertes son provocadas por accidentes de trabajo. Según datos de la International Labour Office –ILO- (2011), las principales causas de mortalidad relacionadas con el trabajo corresponden al cáncer con un 29%, enfermedades transmisibles con un 25%, enfermedades del aparato circulatorio 21%, lesiones 14%, enfermedades respiratorias 7%, trastornos mentales 2%, enfermedades digestivas 1% y enfermedades genitourinarias 1%.

Se calcula que para el 2008 se presentaron 317 millones de accidentes no fatales en el mundo, los cuales en promedio produjeron entre cuatro o más días de ausencia laboral, con una equivalencia de 850.000 accidentes por día (ILO, 2011)

En relación con enfermedades profesionales, datos de la OMS (2006) muestran que se presentaron 160 millones de nuevos casos cada año, este cálculo tuvo en cuenta el subempleo y a los trabajadores desempleados que reportaban enfermedades causadas por su empleo anterior.

Todos los datos mencionados recogen un amplio espectro de la problemática sin embargo, de acuerdo con la OMS (2013) solo representan la punta del iceberg, por cuanto no se reportan datos de enfermedades profesionales reconocidas como tales, o los datos provenientes del trabajo informal; caso principal de los países en vía de desarrollo donde el trabajo informal y el trabajo formal precarizado no son tenidos en cuenta en las estadísticas.

Se evidencian entonces diferentes problemáticas asociadas a la precarización laboral como la falta de capacitación de los trabajadores, el desconocimiento de los factores de riesgo de las actividades que realiza o informes completos y verídicos de las enfermedades y lesiones (Santana, 2012)

A nivel del sector salud, se habla de un déficit de 4.3 millones de trabajadores en la contratación de personal de la salud. 59 millones de trabajadores de este sector hacen parte de la contratación en todo el mundo, 21 millones son trabajadores en las américas, de los cuales dos tercios se distribuyen en servicios de salud, mientras que el resto se organiza en trabajos de gestión y soporte (OMS, 2006).

En Colombia el Ministerio de Salud con corte al mes de septiembre del año 2013, reportó 594 muertes por accidentes de trabajo, 422.483 presuntos accidentes de trabajo y 20.766 presuntas enfermedades profesionales.

En el sector económico de servicios sociales y de salud se reportaron cinco casos de muertes por accidentes de trabajo, 23.285 presuntos accidentes de trabajo y 1.188 presuntas enfermedades profesionales.

Ruiz, Matallana & cols (2008) realizaron seguimientos a profesionales de la salud como médicos, nutricionistas odontólogos, entre otros, graduados en Colombia desde 1974 al 2006, donde estimaron que del año 2000 al 2006 en nuestro país se graduaron cerca de 65.399 profesionales; sin embargo, no muestran datos específicos sobre profesionales de la salud mental.

Este fenómeno generalizador también se observa en relación con los datos del ministerio los cuales muestran a nivel general el sector económico de servicios sociales y de salud en el cual no se especifican las ocupaciones asociadas a las muertes, accidentes o enfermedades reportadas (MPS, 2014).

En el año 2007, el Ministerio de la Protección Social mencionó que en relación con la atención de los problemas y trastornos mentales, existen en Colombia 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1.980 servicios de psicología, nueve hospitales psiquiátricos estatales y 1.343 camas; debido a que del presupuesto general de salud sólo el 0,1% es utilizado en esta área.

En comparación, en los países de América Central, México y el Caribe latino, el presupuesto específico varía entre 0,4% y 2,9%, con una mediana de 0,9%. En el Caribe no latino el rango de inversión varía entre un 1% a 9% con una mediana de 3,5%.

Una proporción mayoritaria de los países de América Latina, con excepción de Belice (26%), Chile (33%) y Panamá (44%), dedican más del 50% de su presupuesto de salud mental a los hospitales psiquiátricos y no a los programas de atención basados en la comunidad (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, 2013).

Secundario a los problemas de financiación en Colombia se generan problemas como déficit de personal y recursos físicos que dificulta brindar una atención de calidad traducida en sobrecarga laboral e inadecuadas condiciones para los trabajadores.

Es concomitante con esta realidad otros componentes designados por la dinámica económica global como la baja tasa de participación organizada de los trabajadores, la flexibilización (Novick & Galin, 2003), la demanda de efectividad y rapidez, el apremio de tiempo, la sub carga y sobrecarga de trabajo, la fragmentación de saberes, el control sobre el trabajo, la reestructuración de las organizaciones y la reducción de costos (Castro & Muñoz, 2010b). En la relación terapeuta-paciente dichas dinámicas no solo ponen en peligro la responsabilidad y la ética de los auxiliares y profesionales, sino también afectan a los pacientes y sus familias, quienes ven amenazado su bienestar ante servicios de salud con recursos precarios de intervención. Por otro lado entra en juego la relación trabajador-organización, debido a que se evidencian en la

práctica pocos resultados efectivos, se descuidan la salud y el bienestar de los trabajadores, se mantiene el modelo de psiquiatrización tantas veces criticado en el que prevalecen los servicios centralizados y hospitalarios, los cocteles de medicamentos y las camisas de fuerza y de paso se precariza el quehacer de los trabajadores (Burgos, 2011, Anseán, s.f.; Basaglia, s.f.; Ardón & Cubillos, 2012)

El trabajo con personas con trastornos comportamentales, emocionales y cognitivos implica condiciones laborales que en muchas ocasiones desencadenan la somatización de enfermedades, desgaste psíquico, económico y personal del recurso humano que se encarga del cuidado de este tipo de pacientes (Fornés, 2003).

Algunas investigaciones y publicaciones en Suramérica nos sirven para presentar la problemática y demostrar la necesidad de indagar sobre los factores psicosociales y las condiciones de trabajo y salud de esta población (Ibáñez; Helia; Martínez & Gacitúa, 1988).

En el servicio de psiquiatría del hospital de Concepción (Chile) el 94,4% de los funcionarios habían sido víctimas de algún tipo de agresión en algún momento de su carrera, 30,5% habían sufrido neurosis y 41,6% enfermedades psicosomáticas (hipertensión, úlcera, colon irritable); 8,3% de las personas consumían alcohol en forma excesiva, 40% informaron interferencias de su trabajo con su vida familiar y ninguno había recibido capacitación sobre los manejos específicos de los pacientes psiquiátricos.

Álvarez & Fernández (1991) encontraron en sus estudios que psicólogos de unidades de atención con poca experiencia en la práctica clínica, evidencian falta de control en los resultados terapéuticos y un excesivo compromiso con los pacientes explicando altos niveles de burnout. Sánchez; Millán; Gutiérrez; Valenzuela, (1992) demuestran que funcionarios del servicio de psiquiatría presentan más licencias por estrés que funcionarios de obstetricia y administrativos.

Avendaño & Grau (1997) comentan que las enfermeras del sector público se exponen a jornadas más extensas, falta de pausas, intenso ritmo de trabajo, presión de tiempo, turnos extensos, falta de control en las tareas que desarrollan, interrupciones frecuentes en sus labores, sobrecarga de tareas simultáneas, esfuerzo físico, falta de poder en decisiones, abuso de poder, contacto con sufrimiento de usuarios, lo que genera estrés, trastornos del sueño y alteraciones con la vida familiar y social.

Trucco et al (1999) en una muestra de 205 funcionarios (143 profesionales y 62 no profesionales), encontraron que 82 personas obtuvieron puntuaciones altas en escalas de estrés (GHQ de Goldberg, CSPA de Cooper y cuestionarios de la Universidad de Michigan). Las causas de mayor tensión fueron tener que responder a muchas personas, trabajar apremiado por plazos, condiciones físicas inadecuadas, riesgo de infecciones, demasiado trabajo y posibilidad de errores graves.

Por otro lado, Carniel & cols (2011) reconocen que la falta de provisión de recursos para la atención en salud mental a los trabajadores es un problema grave, de manera especial en países de Latinoamérica lo que se traduce en cuidado más deshumanizado para los pacientes.

En Colombia, Aristizabal & Ortiz (s.f.) encontraron que en cuatro centros geriátricos de Bogotá y tres del municipio de Chía, el 42% de los cuidadores presentaba algún tipo de depresión y el 52% presentaron estrés leve o moderado. Por otro lado, concluyen en su investigación que es necesaria la implementación de programas preventivos para estas problemáticas.

Sarmiento (2012) realizó una investigación en una clínica de rehabilitación de III nivel de la ciudad de Bogotá sobre los factores de riesgo intralaboral en personal terapéutico asistencial, encontrando que algunos factores psicosociales representan riesgo muy alto y alto para un 60% de los trabajadores en torno a dimensiones tales como las características del liderazgo, capacitación, participación y manejo del cambio, control y autonomía en el trabajo, demandas ambientales y de esfuerzo físico, demandas emocionales, demandas cuantitativas del medio y en la dimensión reconocimiento y compensación.

Esta autora encontró además que las Fonoaudiólogas, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales son las profesiones que tienen mayor exposición a factores de riesgo psicosocial intralaboral, debido a que realizan mayor esfuerzo físico que otras ocupaciones. Así mismo, tienen mayor exposición a factores de riesgo psicosocial personas solteras, y profesionales que

laboran en la institución por más de tres años, y aquellos que llevan un periodo entre seis meses y un año de labor, debido a las exigencias que implican el periodo inicial de vinculación con la organización, y posteriormente, porque consideran el trabajo rutinario y repetitivo, constituyéndose en una ocupación de poca motivación.

En Colombia es necesario tener una buena base de trabajadores del área en salud mental, teniendo en cuenta la situación política actual del país frente a la posibilidad de manejo de víctimas del postconflicto armado y las secuelas postraumáticas que de este se generen.

Según el diario El Tiempo con fecha de publicación del 6 de febrero del 2013, y tomando datos de la procuraduría, 1.163 empleados deberían considerarse como profesionales de “alto riesgo”. La depresión y la desesperanza se muestran como las alteraciones del estado de ánimo más comunes entre los funcionarios que atienden víctimas del conflicto armado. 25% de los entrevistados manifestaron algún tipo de afectación, síntomas como agresividad, irritabilidad, pánico, fobias, trastornos somatomorfos o alcoholismo. Dichos síntomas fueron derivados de su quehacer profesional, tipo de contratación por periodos cortos, incertidumbre, además de agresiones de parte de las víctimas y los victimarios, entre otros.

Teniendo en cuenta el anterior panorama, se presume incremento de las incapacidades laborales, ausentismo, enfermedades en trabajadores y renunciaciones significativas secundarias a las

condiciones laborales, entre otras, al igual que un subregistro de eventos de salud y seguridad en las instituciones.

Preguntas generadoras

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en las condiciones de salud y trabajo del personal asistencial de salud mental?, ¿Qué importancia le están dando las instituciones de salud mental a los factores psicosociales laborales para la prevención de enfermedades y accidentes de sus trabajadores?, ¿Existe alguna correlación entre variables independientes como el género, la edad, el nivel educativo, tiempos de recorrido al lugar de trabajo, entre otras, con la incidencia de factores de riesgo psicosocial?

Justificación

La presente investigación tiene especial importancia para los trabajadores de la salud mental, principalmente para aquellos dedicados al área asistencial, es decir, para quienes tienen contacto directo día a día con los pacientes de los servicios psiquiátricos a manera de apoyo terapéutico físico, cognitivo, emocional o comportamental.

Se resalta que a lo largo del tiempo no se ha tenido en cuenta la situación de salud de los trabajadores de este sector, ni se cuenta con datos suficientes en nuestro país.

En torno a la magnitud de la problemática, de acuerdo con datos de FASECOLDA (2013), la actividad económica de servicios sociales y de salud ocupa el sexto valor porcentual (6.5%) de enfermedad laboral aceptadas por las ARL y los consolidados del Ministerio de la Salud y Protección Social. Así mismo, las mayores tasas de enfermedades laborales aceptadas se encuentran en los niveles de riesgo 1, 2 y 3 con 26%, 18% y 39% respectivamente donde se clasifican los trabajadores de la salud. Según esta misma fuente, el 47.6% de las enfermedades laborales fueron reportadas en Bogotá.

Aunque no existen datos específicos para trabajadores de salud mental en las publicaciones de FASECOLDA y del Ministerio de Trabajo (Ver Tabla 6), se podría plantear de manera hipotética que *las personas empleadas con mayor exposición a trastornos mentales/comportamentales*

podrían ser aquellas que trabajan directamente en el área, sumado a las demás condiciones de trabajo.

De acuerdo con las fuentes consultadas a lo largo de la investigación, el perfil epidemiológico de los trabajadores de la salud aún no ha sido muy conocido debido a la poca información disponible en trabajos relacionados y fuentes estadísticas lo que dificulta la operacionalización de medidas e indicadores; sin embargo, se evidencia un gran número de publicaciones relacionadas con el campo de la salud mental donde el síndrome de burnout se muestra como la expresión más citada (Espinosa & García, s.f.; OMS, 2013)

En este sentido, es necesario pasar más allá de la dinámica investigativa de eventos “tangibles” en salud laboral, surgidos de la medicina del trabajo, como los riesgos físicos, ergonómicos y mecánicos, para dar paso a elementos “abstractos y virtuales” tales como los efectos en la salud mental, estrés, burnout, entre otros. Este contexto lleva a preguntar sobre el sinnúmero de factores, incluidos los psicosociales que afectan la salud de los trabajadores de esta especialidad (Parra, 2001).

Desde el año 2006, se ha puesto en marcha el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA- que sirve de manera inicial como sistema de monitoreo permanente en la aplicación de una política nacional de salud pública (Decreto 3518 del 2006); sin embargo, aunque la información sistematizada facilita su uso para la toma de decisiones para los pacientes,

es necesario el control de factores de riesgo para la salud de los trabajadores, lo que implicaría el mejoramiento de las condiciones de salud no solo de los mismos trabajadores, sino también de sus pacientes.

Es necesario un sistema de vigilancia en salud de los trabajadores alejado de la lógica biomédica, donde se recuperen las dimensiones del trabajo, el diseño organizacional, los vínculos y la vida institucional (Teutsch, 2000 en MPS & FES, 2005; OMS, 2013). En este sentido las condiciones laborales y salud de las personas que trabajan en el área de la salud mental, han venido tomando importancia en los últimos años en Colombia con la entrada de nueva normatividad anclada a los convenios internacionales de la Organización Internacional del Trabajo –OIT- y los aportes de la Organización Panamericana de la Salud –OPS- y la Organización mundial de la Salud -OMS-.

El Ministerio de la Protección Social –MPS- y la Fundación FES Social (año 2005b), publicaron los lineamientos de política de salud mental para Colombia. Los lineamientos fueron el resultado de una encuesta nacional de salud mental donde se concluyó que cerca del 40% de los colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida.

Gualtero & cols (2008) refieren que de estos trastornos los más frecuentes son los trastornos depresivos (19.6%), seguidos por los trastornos del sueño (15%) y la dependencia por el uso de

sustancias (12%). Bogotá con un 46.7% es la ciudad del país con mayor prevalencia. Sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica.

Según Gualtero & cols (2008) los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen mayor morbilidad que la mayoría de las enfermedades crónicas, enfrentan una mayor frecuencia de enfermedades sistémicas, ya que padecer un trastorno psiquiátrico empeora el pronóstico de enfermedades sistémicas, además un 60% de estos pacientes intenta suicidarse una vez en la vida y entre 10% a 15% logra consumarlo.

Como estrategias iniciales se considera importante caracterizar la situación de los recursos humanos en salud mental, la concertación de metas y estrategias a corto, mediano y largo plazo con las entidades educativas para la formación de la fuerza de trabajo en salud mental, además del diseño e implementación de programas de educación continuada que fomenten y consoliden las capacidades de los trabajadores de salud para la gestión de los servicios de salud mental, con humanismo y calidad (MPS & FES, 2005a).

Por lo tanto, en Colombia queda todavía por hacer una puesta en marcha de la disponibilidad y el entrenamiento de profesionales del cuidado primario en la detección y tratamiento de los problemas mentales, el mantenimiento de un tercer nivel de atención altamente especializado con recursos tecnológicos y humanos apropiados, el desmonte del modelo psiquiátrico en los hospitales que aún se utiliza y buscar acciones hacia la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad mental (MPS & FES, 2005b). Lo anterior apunta a que se requiere incrementar la inversión hacia el desarrollo de servicios especializados en salud y seguridad en el trabajo (SST).

Es factible desde la normatividad actual colombiana modificar las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores asistenciales de los servicios de salud mental si se tienen en cuenta los hallazgos de esta y otras investigaciones sobre factores psicosociales en los SG-SST de las instituciones de salud mental.

La presente investigación se justifica en tanto que es necesario realizar un diagnóstico actualizado de los factores psicosociales presentes en las condiciones de trabajo que den cuenta de posibles riesgos para la salud y factores protectores para los trabajadores. Los resultados de la misma podrán servir de insumo para la estructuración de respuestas dentro de las instituciones y el desarrollo de los Sistemas de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo SGSST que protejan a los trabajadores conforme a la normatividad vigente en Colombia la cual se relaciona más adelante.

Si no se abordan de manera oportuna los factores psicosociales laborales dentro del SGSST, los trabajadores se podrán ver expuestos a diferentes consecuencias para la salud a corto, mediano y largo plazo.

En los datos anteriores radica la importancia de brindar unas adecuadas condiciones laborales a los trabajadores de la salud mental, ya que de ellos depende el bienestar y la salud de sus pacientes. Según el panorama y la problematización del objeto de estudio, existe la necesidad de contar con un análisis detallado de las condiciones de salud y seguridad de estos trabajadores, toda vez que de ellos dependen en gran medida los procesos de atención y bienestar mental de la población general.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores psicosociales que inciden en las condiciones de salud y trabajo del personal terapéutico asistencial en cuatro instituciones de salud mental de la sabana de Bogotá durante el año 2015 (Centro Masculino Especial la Colonia-Sibaté, Centro Femenino Especial José Joaquín Vargas-Sibaté, Hospital Santa Clara E.S.E.-Bogotá y Clínica La Inmaculada-Bogotá). Al identificar los factores psicosociales de riesgo y protección, se sugerirán propuestas de intervención.

Objetivos específicos

1. Identificar las condiciones individuales, datos socio-demográficos y ocupacionales de la población sujeto de estudio de las cuatro instituciones de salud mental de la sabana de Bogotá.
2. Determinar los principales factores psicosociales a los que se encuentra expuesto el personal terapéutico asistencial de salud mental en las cuatro instituciones participantes y determinar su nivel de riesgo.
3. Realizar análisis de factores psicosociales (Puntajes de riesgo intralaboral, extralaboral, estrés y condiciones individuales) a nivel cualitativo y cuantitativo.

4. Proponer alternativas de intervención frente a las variables analizadas, que puedan ser incorporadas en el SGSST de las instituciones objeto y que sean extrapolables a otras instituciones de salud mental, tanto públicas como privadas.

Marco conceptual

Estos son conceptos para el desarrollo del presente trabajo que encierran el marco epistemológico de la maestría en “Salud y Seguridad en el Trabajo” de la Universidad Nacional de Colombia. Dichos conceptos serán desglosados para una mejor comprensión de nuestro objeto de estudio.

Salud y Seguridad en el Trabajo (SST)

A nivel internacional, la Decisión 584 de 2004 de la *Comunidad Andina de Naciones* (CAN, 2004) crea el instrumento andino de salud y seguridad en el trabajo y menciona que uno de los elementos fundamentales para lograr un trabajo decente en la subregión es garantizar la protección y la seguridad de los trabajadores. Hace un llamado a los países miembros para que se adopten las medidas necesarias en torno a mejorar las condiciones de salud y seguridad, elevando la protección de la integridad física y mental de los trabajadores.

De manera específica refiere cómo una de las obligaciones de los empleadores es fomentar la adaptación del trabajo y de los puestos de trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta su estado de salud física o mental, así como la ergonomía y los diferentes tipos de factores psicosociales en el trabajo.

Los trabajadores tienen derecho a desarrollar sus labores en un ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de sus facultades físicas y mentales, y se garantice su salud, seguridad y bienestar.

A nivel nacional, se encuentra el decreto 1443 del 2014 trata sobre la implementación del sistema de gestión de la salud y seguridad en el trabajo (SG-SST) anteriormente llamado programa de salud ocupacional. Al ser un sistema de gestión su funcionamiento debe estar articulado sobre el ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar)

El ciclo PHVA o ciclo Diming fue desarrollado por Walter Sewhart en 1920 y luego lo popularizó Edwuard Diming en la década de 1950 (Estrada & Vargas, 2004). Este ciclo es un método gerencial en el que es necesario realizar una continua planificación, se ejecutan las acciones, se debe verificar que lo que se hizo concuerde con lo que se planeó y si se encuentran inconsistencias se actúa sobre estas situaciones.

Este nuevo sistema obliga a los empleadores a realizar un reconocimiento permanente de las condiciones de trabajo que inciden en el bienestar, la seguridad y la salud de los trabajadores permitiendo realizar acciones de mejora continua (Ministerio de trabajo, 2015)

A nivel institucional, para la *Universidad Nacional de Colombia* la SST implica la comprensión integral de los trabajadores como seres sociales con necesidades de tipo individual,

intralaboral y extralaboral que los hacen vulnerables o fuertes en los ambientes de desempeño; es decir, comprende el “conjunto de aspectos singulares propios de cada trabajador como sujeto histórico social, así como las condiciones intralaborales y extralaborales relacionadas con la ejecución de un proceso de trabajo, inmerso en un entorno y contexto definido que pueden generar o no procesos salud–enfermedad o de bienestar” (Lozada & Muñoz, 2012).

Salud Mental

La Ley 1616 del 2013 que a la letra dice “La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos, desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”

Al respecto, desde el año 2002 la OIT mediante la R194 o “Recomendación inicial sobre la lista de enfermedades profesionales” incorporó *patologías de orden psíquico*, trastornos mentales y del comportamiento, entendidos como estrés postraumático y otros de origen laboral.

De dicha recomendación se realizó por parte de la OIT en el año 2009 un informe con expertos sobre el tema para su revisión donde se ratifican los trastornos mentales y del

comportamiento de origen laboral y se establecen vínculos científicos entre la exposición y factores de la organización y la salud mental.

De este modo, la atención en salud mental en las empresas debe contemplar tres niveles de análisis en el proceso de evaluación e intervención (Guerrero, 1995): *el individuo; el individuo y la organización; y el individuo como síntoma de problemas en la organización*. Acorde con esto, la enfermedad mental de los trabajadores puede tener diferentes etiologías ya sea esta de origen común, es decir producida por condiciones externas y que no guarden relación directa con las condiciones de trabajo, o enfermedad laboral, guardando una relación directa con dichas condiciones laborales.

Factores Psicosociales en el Trabajo

Son definidos en relación con el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador que influyen en la salud, el rendimiento y la satisfacción en su labor, por lo tanto es necesario considerar la interacción resultante entre el trabajo, el medio ambiente laboral, la satisfacción y las condiciones de la organización, además de las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo (OIT & OMS, 1984).



Figura 1 Factores psicosociales en el trabajo (OMS, 1984)

En 1984 la OIT y la OMS publicaron el informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo y su novena reunión en Ginebra Suiza donde fijaron como punto principal la *“Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo”* y sus consecuencias para la salud. En el informe se describe la naturaleza de los factores, sus relaciones con la salud, los métodos de identificación y además se examinan los medios para prevenirlos, eliminar o reducir los factores psicosociales mencionados que surgen en los lugares de trabajo. Se propone una serie de medidas para adoptar en las empresas a nivel nacional o nivel internacional tendiente a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo promoviendo la salud de los trabajadores.

En 1988 la OMS publica “Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud” donde se expone que los factores psicosociales provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y son influidos por las situaciones que a diario estos enfrentan.

Un elemento que se destaca en esta publicación es el doble efecto que pueden tener los factores psicosociales: *positivos o negativos*.

Cuando los factores son positivos facilitan el trabajo, el desarrollo de competencias, elevados niveles de satisfacción, productividad empresarial, liderazgo, clima laboral; cuando son negativos provocan inadaptación, tensión o respuestas psicofisiológicas de estrés (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo EU-OSHA, 2012)

Algunos países europeos como España reconocen la importancia de los factores psicosociales a través de publicaciones como las que genera el Ministerio de Trabajo e Inmigración y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2010) sobre Factores psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. En dicho documento, España reconoce en términos de “riesgo psicosocial” algunos factores psicosociales que pueden llegar a afectar a los trabajadores en sus puestos de trabajo como lo son: el estrés, la violencia, el acoso laboral, acoso sexual, la inseguridad contractual, el desgaste profesional (Burnout), conflicto familia-trabajo y trabajo emocional.

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación, se tomarán como marco principal de referencia los conceptos emitidos en la Resolución 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social colombiano.

“(Los) factores psicosociales comprenden los aspectos intralaborales, extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas al trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas”.

Condiciones intralaborales

Son todas aquellas características del trabajo y de su organización que influyen en la salud y el bienestar de los trabajadores, como lo son (Ministerio de la Protección Social, 2010):

Las demandas del trabajo: Estas hacen referencia a las exigencias que el trabajo hace a la persona. Pueden ser de diferente naturaleza, como cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, del ambiente físico laboral y de la jornada de trabajo (MPS, 2010).

Control sobre el trabajo: Es la posibilidad que el trabajo le ofrece a la persona para influir y tomar decisiones sobre los diversos aspectos que intervienen en su ejecución. En este sentido,

algunos aspectos que le dan al sujeto la posibilidad de influir sobre su trabajo son, la iniciativa, la autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación y el manejo del cambio, la claridad del rol y la capacitación (MPS, 2010).

El liderazgo y relaciones sociales en el trabajo: Hace referencia a un tipo particular de relación social que se establece entre los superiores jerárquicos y sus colaboradores, cuyas características influyen en la forma de trabajar y en el ambiente de relaciones de un área.

Las relaciones sociales en el trabajo son las interacciones establecidas con otras personas en el contexto laboral y abarca aspectos como la posibilidad de contactos, las características de las interacciones, los aspectos funcionales de las interacciones como la retroalimentación del desempeño, el trabajo en equipo y el apoyo social, y los aspectos emocionales, como la cohesión.

Recompensa: Este concepto hace referencia a la retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones o esfuerzos laborales, las cuales pueden ser de tipo financiero (compensación económica por el trabajo), de estima (compensación psicológica, que comprende el reconocimiento del grupo social y el trato justo en el trabajo) y las posibilidades de promoción y seguridad en el trabajo (MPS, 2010). Otras formas de retribución que se contemplan son las posibilidades de educación, la satisfacción, la identificación con el trabajo y la organización.

Condiciones extralaborales

Debido a que las condiciones de trabajo y los factores psicosociales se deben entender como una dinámica de siete días a la semana y 24 horas al día, también se contemplan en este marco conceptual los aspectos del entorno familiar, social y económico del trabajador, además de las condiciones del lugar de vivienda que puedan influir en la salud y el bienestar de los trabajadores.

Condiciones individuales

Las condiciones individuales aluden a una serie de características propias de cada trabajador o características socio-demográficas como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación (profesión u oficio), la ciudad o lugar de residencia, la escala socio-económica (estrato socio-económico), el tipo de vivienda y el número de dependientes. Estas características sociodemográficas pueden modular la percepción y el efecto de los factores de riesgo intralaborales y extralaborales (Ministerio de la Protección Social, 2010). (Ver Tabla 1)

Otros conceptos que pueden llegar a ser de gran importancia en el transcurso de la presente investigación se presentan más adelante.

El “*estrés*” o “*tensión*” surge como concepto en 1957 gracias a Hans Selye, y hace referencia a dos conceptos, “el estresor” o estímulo generador de tensión y el “estrés” o respuesta a dicho estresor. De esta manera el “*estrés en el trabajo*” describe el rango de dificultades que puede llegar a ocurrir en la interacción entre el trabajador y sus condiciones de trabajo, siendo relevante que en la mayoría de las ocasiones los factores organizacionales son más importantes que los factores individuales (Guerrero, 1995).

Siguiendo el texto de Guerrero, los *síntomas de estrés en el trabajador* pueden ser mentales, psicósomáticos o comportamentales. Los *síntomas mentales* más comunes son la irritación, ansiedad, tensión, depresión severa, obsesión, autovaloración negativa, insatisfacción y cansancio, además de alteración en las funciones cognitivas como lo son la memoria, atención, concentración, lenguaje, habilidades viso-espaciales y viso-construccionales, sumado a la dificultad en la toma de decisiones.

Los *síntomas psicósomáticos* se expresan en enfermedad física y son expresiones de dificultades psicológicas subyacentes total o parcialmente. Se incluyen dolores de cabeza, dolores musculares, indigestión, alteraciones inmunológicas como infecciones del tracto respiratorio superior, reacciones cutáneas o desordenes cardiovasculares.

Los *síntomas comportamentales* más frecuentes se relacionan con la disminución en el rendimiento laboral, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, disminución en

participación social y presencia de problemas en las relaciones familiares. Procesos resultantes entre otros, de los fenómenos de sobrecarga o sub-carga mental (Guerrero & Puerto, 2007).

La *violencia* tiene consecuencias sobre la calidad de vida laboral por cuanto repercute en la salud del trabajador y se extiende tanto a aspectos físicos como mentales (INSHT, 2010). La OIT (2003) define la violencia laboral como “...toda acción incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo...” (p. 14) y aclara que esta definición incluye los incidentes que tienen lugar en el trayecto entre el domicilio del trabajador o de la trabajadora y su lugar de trabajo.

Dentro de estas acciones o incidentes se incluyen el acoso laboral (mobbing) y las agresiones sexuales, crítica del trabajo, control excesivo del trabajo, sobrecarga de trabajo, falta de trabajo, tareas inadaptadas al nivel de competencia del trabajador, chantaje, imposición de cambios en el trabajo, retiro de instrumentos de trabajo, ocultar información, sabotaje, desprestigio, multiplicación de los contratos con duración determinada, etc.

La *inseguridad laboral* se define como una preocupación general sobre la existencia del trabajo en el futuro, y también como una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, como lo son la posición dentro de la organización o las escasas oportunidades de ascenso (INSHT, 2010).

Rodgers & Rodgers, (1989, en INSHT, 2010) concluyen que el trabajo precario es aquel en el que hay un bajo nivel de certeza acerca de su continuidad, bajo control sobre el trabajo, escaso nivel de protección frente al desempleo o discriminación e insuficiente remuneración. El contrato temporal es el que está asociado a mayor inseguridad (Mauno y Kinnunen, 2002, en INSHT, 2010)

Frente al *burnout* o desgaste profesional se puede decir que consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral, finaliza en un estado de agotamiento emocional y de fatiga respecto a las actividades laborales (INSHT, 2010)

El *conflicto trabajo-familia* es importante por cuanto estos dos espacios son elementos centrales en la identidad de las personas y son centrales en la ocupación del tiempo libre.

Guerrero (1995) analiza la necesidad de comprender el entorno laboral teniendo en cuenta que un adulto promedio gasta la mitad de su tiempo de vigilia semanal en el lugar de trabajo y argumenta que *la organización tiene influencia directa en el bienestar y la salud mental del trabajador así como en sus relaciones familiares.*

Incide en este punto la incorporación reciente de la mujer al ámbito laboral lo cual ha supuesto un cambio en la dinámica de las familias. Las mujeres que habitualmente se encargan de atender responsabilidades familiares ahora se les suman las actividades laborales, y a los hombres se les

replantea una mayor colaboración en tareas familiares (Paterna y Martínez, 2006, en INSHT, 2010)

En relación con el *trabajo emocional (TE)*, el gobierno español por medio de la NTP 720 refiere que los trabajadores de cara al público deben controlar sus emociones en las interacciones sociales-laborales y no es una reacción natural del empleado, se trata de una exigencia adicional del puesto.

La primera definición del término según la NTP 720 se atribuye a Hochschild en 1983 quien refiere al trabajo emocional como “...control de los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente...”

De manera más reciente aparece la definición de Martínez-Iñigo (2001) quienes concluyen que el trabajo emocional son:

“...todos aquellos procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden...”

Los trabajadores que tienen contacto permanente durante su jornada con clientes, pacientes o usuarios son aquellos donde se observa con mayor frecuencia el trabajo emocional. Algunos ejemplos son los médicos, enfermeros, profesores, policías, camareros, azafatas, vendedores, etc.

Según la NTP 720, las características del trabajo emocional son:

1. Ocurre en interacciones cara a cara o voz a voz.
2. Las emociones del trabajador se muestran para influir en las emociones, actitudes y conductas de otras personas.
3. Se produce en aquellos trabajos que suponen el trato con personas y generalmente en sector servicios.
4. Es una exigencia del trabajo que la mayoría de las veces lo facilita.
5. Toda interacción social sigue ciertas reglas o normas, y para cada situación existen emociones apropiadas.

Finalmente, frente a los factores psicosociales en el trabajo a nivel nacional se encuentra la Resolución 2646 del 2008 en la que se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT)

En la actualidad diversas publicaciones destacan conceptos como la PSLT (OMS & OPS, 2000; OMS & OPS, 2010) y consideran que el lugar de trabajo es un ambiente prioritario para tratar la salud de las personas.

El concepto de *ambientes de trabajo saludables* (OMS & OPS, 2010) aparece como uno de los ejes fundamentales para hacer aportes positivos a la productividad, la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo, la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, la competitividad, la sostenibilidad de las empresas y de paso para las economías de los países y del mundo.

La motivación laboral según Bedodo & Giglio (2006) se relaciona de manera directa con la compensación lo cual puede influir en un mejor desempeño de los trabajadores. La compensación integral combina estímulos intrínsecos como es el caso del componente monetario, como extrínsecos siendo estos tangibles, asociados a la actividad misma y al contexto laboral como el reconocimiento.

La satisfacción en el trabajo de acuerdo con Yañez (2010), se encuentra directamente relacionada con las condiciones laborales, sin embargo, no depende exclusivamente de estas. Para que un trabajador se muestre motivado confluyen otros factores como lo son la retroalimentación de los jefes, la relación con los jefes, el salario, sentirse parte de un equipo, el reconocimiento de sus tareas, ser tratados con igualdad y justicia, etc. (Yañez, 2010).

En un segundo plano pasan a ser las condiciones ambientales como lo son la temperatura, la iluminación, el mobiliario, los equipos, el espacio físico, el hecho de que la organización brinde oportunidades de crecimiento y desarrollo personal o la forma de negociación (Yañez, 2010).

Respecto a la calidad de vida de los trabajadores y sus familias (Jiménez & Moyano, 2008) concluyen que dado el record negativo de número de horas de permanencia de los empleados en sus trabajos, las demandas inapropiadas, la incorporación sostenida de las mujeres, responsabilidades altamente demandantes, las posibilidades de conflicto entre familia y trabajo se han visto incrementadas.

En estos casos es necesaria una revisión profunda de las agendas públicas y de las organizaciones para orientar las políticas que fomenten el equilibrio trabajo-familia y una forma de organizar el trabajo en pro del bienestar de los empleados y de la producción de manera simultánea (Jiménez & Moyano, 2008).

Legislación colombiana en salud mental y riesgo psicosocial

Dentro de los primeros hallazgos en Colombia, se encuentra el *Decreto 614 de 1984* el cual determina las bases para la organización y administración de la Salud Ocupacional. Dicho decreto refiere que se deben proteger a las personas contra los riesgos relacionados con agentes

físicos, biológicos, químicos, psicosociales, mecánicos y otros derivados de la organización en el trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo. Se empieza a hablar de proteger a las personas contra riesgos psicosociales.

Posteriormente se expide la *Resolución 1016 de 1989* que reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.

La legislación nacional dirige en 1994 nuevamente la atención hacia los trabajadores con la *Ley 1295* creando el Sistema general de riesgos profesionales donde reconoce dentro de sus objetivos generales, establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora.

El *Decreto 1832 de 1994* adoptó por primera vez la tabla de enfermedades profesionales en Colombia donde reconoce las patologías causadas por el estrés en el trabajo. Se reconoce de esta manera que las enfermedades mentales pueden ser producidas por las tareas que se desarrollan en el medio laboral o por las condiciones particulares en las cuales estas se ejecutan.

En 1998 la *Resolución 2358* por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, define la salud mental como la capacidad que tienen las personas y los grupos de estas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Es un modo de proveer el bienestar subjetivo, el

desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivo y relacional dirigidos al cumplimiento de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común. Pese a que la norma no menciona de manera directa las condiciones de trabajo, habla de acciones que se desarrollan de manera individual y colectiva que optimizan las potencialidades psicológicas de las personas, tal como lo debe ser un puesto de trabajo, el cual no debe ser causante de enfermedad, sino de bienestar para el trabajador.

En el año 2006, se crea la *Ley 1090* que reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología.

La *Ley 1010 del 2006* por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo; establece que son bienes jurídicos protegidos el trabajo en condiciones dignas y justas, la libertad, la intimidad, la honra y la salud mental de los trabajadores, empleados, la armonía entre quienes comparten un mismo ambiente laboral y el buen ambiente en la empresa.

En el año 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió la *Resolución 2646* señalando que los factores psicosociales deben ser evaluados objetiva y subjetivamente, utilizando instrumentos que para el efecto hayan sido validados en el país. Además, por medio de esta resolución se *consolida la validez de los factores psicosociales en el país como relevantes a la hora de hablar de salud enfermedad y accidente laboral*. Lo novedoso de esta norma es que se

incluyen como aspectos determinantes a los factores psicosociales intralaborales, extralaborales e individuales.

El *Decreto 2566 de 2009* corresponde a una actualización de la tabla de enfermedades Profesionales citada anteriormente por el decreto 1832 de 1994; sin embargo, este decreto comienza a mostrar de manera clara la incidencia de los factores psicosociales en la somatización de enfermedades de tipos comportamental, emocional y fisiológico.

La *Ley 1562 de 2012* es la modificación del Sistema de Riesgos Laborales y presenta la definición de la Seguridad y Salud en el Trabajo como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores.

A comienzos del año 2013 se creó la *Ley 1616*, por medio de la cual se expidió la Ley de Salud Mental, que hace mención a la *protección especial del talento humano que trabaja en ésta área*. Esta refiere que las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL- de acuerdo con el nivel de riesgo identificado prestarán la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgo psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se realice con la atención directa en consulta externa u hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal, atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastre.

En relación con la salud y la seguridad de los trabajadores, incluidos aquellos de la salud mental se crea el *Decreto 1443 del 2014* por medio del cual se dictan las disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo (SG-SST). Lo novedoso de este decreto es que da las pautas para el sistema de gestión respecto al ciclo de mejora continua PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) tendiente al cuidado de la salud y seguridad de los trabajadores.

Finalmente, el *Decreto 1072 del 2015* Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo reconoce la importancia de la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos incluidos aquellos de origen psicosocial.

Marco metodológico

Tipo de estudio

El presente trabajo se organiza a partir de la evaluación de factores psicosociales (factores de riesgo y factores protectores) que aportan datos cuantitativos con interpretación cualitativa. Es un estudio observacional descriptivo de corte transversal para el ámbito poblacional conforme a la formulación del problema, los objetivos planteados y la aproximación teórica.

Aborda una muestra representativa de trabajadores en cuatro clínicas de salud mental de la sabana de Bogotá.

Población y muestra

Las clínicas de salud mental seleccionadas se encuentran ubicadas en la sabana de Bogotá, y cuentan con servicios de rehabilitación física y mental, conformados por grupos interdisciplinarios de profesionales, que atienden pacientes con discapacidades físicas y mentales. Cuenta con criterios de inclusión y exclusión las siguientes características en los participantes:

Criterios de inclusión: Trabajadores con contrato vigente con las instituciones de salud mental participantes, encargados del trabajo asistencial, es decir, que tuvieran contacto directo con el

paciente, profesionales en psiquiatría, psicología, medicina, neurología, enfermería (auxiliar o superior), trabajo social, terapias (ocupacional, fisioterapia, etc.), afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, mayores de edad, tiempo de labor en la institución mayor a doce meses para considerar el grado de exposición a los factores psicosociales.

Criterios de exclusión: No se tuvo en cuenta al personal administrativo y personal con menos de doce meses de vinculación a la institución. Tampoco se tuvo en cuenta a las personas que no quisieron participar o no firmaron el consentimiento informado.

Todos los participantes fueron informados sobre el propósito de la investigación, el uso colectivo y confidencial de los datos recolectados por medio de un formato de *consentimiento informado* (Ver Anexo 1), el cual fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia en el comité realizado el día 6 de abril de 2015 AVAL -006- 2015.

La investigación tuvo como sujetos de estudio a los mencionados con anterioridad de acuerdo con la Ley 1616 del 2013, trabajadores de las cuatro clínicas de salud mental abordadas (Tres públicas y una privada).

Limitaciones

La muestra total dependió del número de trabajadores de las cuatro clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente y que además decidieron participar de manera voluntaria en las actividades.

En total se trabajó con un n= 183 participantes a los cuales se les aplicó la Batería de Instrumentos para la evaluación de factores de riesgos psicosocial- Ministerio de Trabajo Colombiano; se tomó una muestra aleatoria del 10% de los casos para la aplicación de entrevistas semi-estructuradas. Finalmente, se realizó un grupo focal por institución para profundizar en los temas relevantes con algunos de los participantes.

La recolección de información no fue una tarea fácil por diferentes aspectos: La mayor parte de los trabajadores no disponían del tiempo suficiente para el desarrollo de las etapas de la investigación (Encuestas, entrevistas, grupos focales, etc.), ya que tenían unas labores diarias que cumplir propias de los puestos de trabajo, además de la escasa presencia de personal para cubrir la ausencia de los trabajadores que se encontraban participando en la investigación, la sobrecarga de trabajo, el cambio permanente en el cronograma de actividades de las instituciones, etc.

Por otro lado, la batería resultó ser una herramienta extensa y de difícil aplicación por la cantidad de instrumentos que la componen y que deben ser implementados para cada uno de los puestos de trabajo analizados. El trabajo de recolección y análisis tuvo una suerte de incremento

exponencial de información por lo cual fue necesario agrupar los puestos de trabajo de acuerdo con sus características laborales asistenciales (Auxiliares-Profesionales de salud mental-Otros profesionales).

Se evidenció desesperanza en los trabajadores quienes comentaron en varias oportunidades que estaban cansados de responder este tipo de instrumentos, ya que finalmente los hallazgos y recomendaciones que de estos se derivaban no se ejecutan por parte de las directivas.

Instrumentos para recolección de datos

Conforme con la Resolución 2646 del 2008, la cual recomienda que los factores psicosociales deben ser evaluados de manera objetiva y subjetiva con instrumentos con fundamento científico, empírico y que cumplan con los requisitos de calidad psicométricos, que hayan sido validados en el país, se tomó la decisión de trabajar con la ayuda de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* del Ministerio de Trabajo (MPS, 2010) la cual es de uso libre y cuenta con la respectiva validación y confiabilidad para la población de trabajadores colombianos como lo expresa el manual de aplicación (p.18)

Los instrumentos que conforman la batería son:

Ficha de datos generales (información socio-demográfica e información ocupacional del trabajador).

Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaboral (forma A). Aplicable a trabajadores con cargo de jefatura, profesionales o técnicos. Evalúa dimensiones tales como, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo, control sobre el trabajo, demandas del trabajo y recompensa.

Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaboral (forma B). Aplicable a trabajadores con cargos de auxiliares y operarios. Evalúa dimensiones tales como, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo, control sobre el trabajo, demandas del trabajo y recompensa. Se diferencia de la Forma A en que no se tiene en cuenta la relación con subordinados, exigencias de responsabilidad del cargo y consistencia del rol.

Cuestionario de factores de riesgo psicosocial extralaboral. Evalúa dimensiones tales como el tiempo fuera del trabajo, las relaciones familiares, comunicación y relaciones interpersonales, situación económica del grupo familiar, características de la vivienda y de su entorno, influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo, desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda.

Guía para análisis psicosocial de puestos de trabajo. Evalúa dimensiones tales como las demandas cuantitativas, demandas de carga mental, demandas emocionales, exigencias de

responsabilidad del cargo, demandas ambientales y de esfuerzo físico, demandas de la jornada de trabajo y consistencia del rol.

Guía para entrevistas semiestructuradas. Evalúa dimensiones tales como el control y autonomía en el trabajo, oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas, participación y manejo del cambio, claridad del rol, capacitación y relación con los colaboradores.

Guía para grupos focales. Evalúa dimensiones tales como características del liderazgo, relaciones sociales en el trabajo, retroalimentación del desempeño, reconocimiento y compensación, y recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza.

Cuestionario para la evaluación del estrés. Como medida para reducir sesgos en la investigación, la batería de riesgos psicosociales será aplicada de acuerdo con lo establecido en el manual del instrumento con la intención de no alterar la validez y confiabilidad del mismo.

Ayuda a identificar los síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psico-emocionales del estrés.

Con el ánimo de mejorar el alcance de la batería y de la investigación, se incorporaron algunos instrumentos adicionales con el propósito de dar profundidad a los hallazgos. En este sentido los autores de la batería proponen la aplicación del “*Cuestionario para la evaluación del estrés*”. El cual fue construido por Villalobos para el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1996) y posteriormente fue adaptado y validado en población trabajadora de Colombia (Villalobos, 2005 y 2010 en MPS & Universidad Javeriana, 2010)

Instrumentos complementarios

La línea de investigación en factores psicosociales de la Universidad Nacional incorpora los siguientes instrumentos complementarios los cuales fueron adaptados en un estudio previo sobre identificación de factores psicosociales ejecutado por la universidad y financiado por ECOPETROL (1996). Dichos instrumentos se consideran complementarios por cuanto muestran información adicional sobre mecanismos de afrontamiento que sirvieron para corroborar o negar los hallazgos sobre estresores intralaborales y extralaborales, además de brindar una mayor profundidad a las entrevistas semi-estructuradas.

Inventario de estresores extralaborales recientes (Cochrane, & Robertson, 1967): Pretende evaluar la carga de estrés aportada por cambios extralaborales recientes en la vida del trabajador y por los consecuentes cambios adaptativos, además de determinar el grado de propensión a enfermar en el corto plazo.

Inventario de estresores intralaborales recientes (Naismith, 1975): Tiene por objetivos evaluar la carga de estrés aportada por cambios intralaborales recientes y por los consecuentes cambios adaptativos, además de determinar el grado de propensión a enfermar en el corto plazo.

Cuestionario de vulnerabilidad al estrés (Mc Lean, 1976): Obtiene un índice de vulnerabilidad individual al estrés y construye un perfil de vulnerabilidad individual al estrés por dependencias.

Perfil de estilos de afrontamiento (Vitalino, et. al., 1990): El instrumento de perfil de estilos de afrontamiento pretende determinar el estilo típico del trabajador para enfrentar situaciones problemáticas (potencialmente estresores), además de disponer de un índice individual de estilos de afrontamiento (aunado a los diversos indicadores de estrés), hacer pronósticos confiables en salud mental y psicosomática.

Alcance de los instrumentos

A través de la aplicación de los instrumentos se busca identificar la presencia y nivel de exposición a factores psicosociales al interior y al exterior de una organización. No se trata de evaluar a un individuo en particular, se trata de indagar si existen factores que afecten la salud mental del conjunto de trabajadores para disminuir la incidencia de enfermedades profesionales, entre las cuales, los factores psicosociales son parte relevante del problema.

De ahí la importancia de identificar y conocer dichos factores y su real incidencia en el ámbito laboral.

Interpretación de los niveles de riesgo de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Riesgo Psicosocial

Para el posterior análisis de los factores de riesgo identificados (intralaboral, extralaboral e individual), se realizó una modificación a la escala interpretativa de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Riesgo Psicosocial para mejorar la comprensión. Se trabajó con tres niveles de riesgo, los cuales son definidos a continuación:

Riesgo aceptable/bajo: Las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de promoción o programas de intervención a fin de mantenerlas en los niveles de riesgo más bajos posibles. No se espera que los factores psicosociales que obtengan puntuaciones de este nivel estén relacionados con síntomas o respuestas de estrés significativas.

Riesgo medio: Nivel de riesgo en el que se esperaría una respuesta de estrés moderada. Las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales en la salud.

Riesgo alto: Nivel de riesgo que tiene una importante posibilidad de asociación con respuestas de estrés alto y por tanto, las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.

Análisis Estadístico de las Variables

Se realizó con la ayuda del software SPSS versión 23 análisis de frecuencias las cuales sirvieron de insumo primario para los resultados de la investigación.

Además se utilizó el software para realizar análisis estadístico de correlación entre las variables intervinientes (condiciones individuales, factores psicosociales intralaborales y factores psicosociales extralaborales) con el fin de establecer posibles relaciones.

Fue utilizado el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (Rho) el cual es una medida de correlación (asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas.

Los valores estadísticamente significativos para el valor p , fueron aquellos iguales o inferiores a 0,05.

Índice de protección (IDP)

También fue posible realizar análisis de los factores de riesgo más significativos a través del cálculo de índices de protección (IDP)

El IDP consiste en el comportamiento de una variable (factor psicosocial) en una población de referencia (variable politómica). Es la diferencia entre la proporción esperada y la proporción observada de casos de un fenómeno de salud en un grupo delimitado dentro de una población.

La proporción esperada es igual al peso porcentual del grupo dentro de la población a la que pertenece, y la proporción observada es igual al porcentaje de casos del fenómeno de salud analizado que pertenecen al grupo estudiado.

Es decir, el IDP es una medición de la favorabilidad o desfavorabilidad de la proporción de casos de un fenómeno de salud en un grupo, que parte de la comparación de este con la población general a la que pertenece. Este índice fue diseñado originalmente por el Profesor Juan Guerrero, Director de la Línea de Investigación “Enfoque Psicosocial de la relación Salud-Trabajo”.

Análisis Cualitativo (N Vivo 11)

Con el propósito de trabajar con los datos cualitativos como las entrevistas y los grupos focales se utilizó el software N Vivo versión 11, el cual ayudó a la labor de organizar, analizar y encontrar citas puntuales sobre los factores psicosociales analizados.

Como insumo para el análisis cualitativo se aplicaron 20 entrevistas semiestructuradas (Ver Guía de entrevistas semiestructuradas para la evaluación de factores de riesgo psicosocial intralaboral de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Riesgo Psicosocial) y se realizaron cinco grupos focales con la colaboración de los trabajadores de las clínicas (Ver Guías específicas para desarrollar grupos focales de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Riesgo Psicosocial).

Los datos recolectados fueron triangulados con otros métodos de recolección como la revisión documental (Organigramas, perfil y manual de funciones, registros de inducción-capacitación y entrenamiento, además de documentación relacionada con los cambios que se han presentado en el puesto), y la identificación de los puestos de trabajo (Ver formato de datos generales de identificación de puesto de trabajo).

Durante la utilización del software N-Vivo se analizó la información a partir de las categorías (nodos) preexistentes como lo son los factores psicosociales intralaborales, extralaborales y condiciones individuales, los cuales a su vez contienen categorías de segundo orden (dominios) y tercer orden (dimensiones) como se explicó con anterioridad en el apartado sobre descripción de los dominios.

Posterior a la identificación de categorías de primero, segundo y tercer orden en las narrativas de los trabajadores, se extrajeron citas textuales para fortalecer y soportar el análisis cuantitativo de la investigación.

El análisis cualitativo es representativo en cuanto ayuda a comprender la naturaleza social de las relaciones estructurales relevantes a la investigación (Bertaux, 1993, en Mejía, 2000). En este sentido lo que interesa en la muestra cualitativa es la profundidad del conocimiento de la realidad investigada (Mejía, 2000)

Para la selección del muestreo cualitativo $n=20$, se realizó un muestreo por juicio ya que se eligieron los informantes según los niveles estructurales de la muestra determinados en los criterios de inclusión (Mejía, 2000).

Con el propósito de establecer el *punto de saturación* se cita a Bertaux (1993, en Mejía, 2000), quien distingue las siguientes etapas en el proceso de saturación:

1. De 1 a 10 casos: muestran una gran variedad del objeto de estudio.
2. De 11 a 15 casos: comenzamos a comprender las pautas estructurales que definen el objeto de estudio. Se inicia el proceso de saturación.
3. De 16 a 25 casos: se tiene un retrato claro de las pautas y de sus transformaciones recientes. Se confirman las pautas establecidas, solo se añaden ligeras variaciones.

4. De 26 a 30 casos: se redonda en el conocimiento de las pautas de los procesos sociales. Se logra el proceso de saturación.

Una vez se estableció *el tamaño de la muestra*, se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, donde se dividió a la población total, respecto a la población total de cada una de las clínicas de la siguiente manera:

$$\frac{20}{183} = \frac{C1}{65} = \pm 7$$

$$\frac{20}{183} = \frac{C2}{59} = \pm 6$$

$$\frac{20}{183} = \frac{C3}{27} = \pm 3$$

$$\frac{20}{183} = \frac{C4}{32} = \pm 4$$

Para establecer *el tamaño de los grupos focales* se apeló a Ibañez (1992, en Mejía, 2000) quien refiere que el tamaño aceptado para investigación social se sitúa de cinco a 10 participantes, ya que permite una dinámica comunicativa entre los integrantes del grupo y hace posible que se

pueda hablar y discutir. Si se realizan grupos mayores de once participantes se encuentran muy alejados, los canales de comunicación entre los miembros crecen de manera ilimitada y se genera la tendencia de formar subgrupos, debido a que no hay oportunidades suficientes de hablar y discutir.

Fundamentación Ética

Se tuvo en cuenta para el estudio la idoneidad del profesional que aplicó el instrumento conforme a la Resolución 2646 de 2008, “psicólogo con postgrado en salud ocupacional, con licencia vigente en prestación de servicios en psicología ocupacional... o psicólogo que tenga mínima cien horas de capacitación específica en factores psicosociales”.

Así mismo, para la aplicación de la batería se tuvo en cuenta los aspectos relacionados en el libro Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia (COLPSIC, 2009) publicación del colegio colombiano de psicología.

En ningún momento se aplicaron pruebas invasivas, y los instrumentos utilizados tuvieron los respectivos permisos o consentimientos informados de las personas participantes de la siguiente manera:

“a. El consentimiento debe ser libre; es decir, no puede estar inducido por circunstancias o personas externas a la necesidad y pertinencia de evaluar los factores psicosociales para su oportuna intervención y control. Como expresión de su libre voluntad, el trabajador debe explicitar si acepta o rehúsa su participación en la evaluación.

b. El consentimiento debe ser informado. Esto es que el psicólogo está en la obligación de suministrar al trabajador toda la información necesaria sobre la actividad de evaluación que se realizará y sus objetivos, el procedimiento que se llevará a cabo, el tipo de resultados que se obtendrán, el uso que se dará a la información proporcionada, los beneficios y riesgos potenciales que implica esta actividad para el trabajador, así como las condiciones de confidencialidad y seguridad que aplicarán sobre la información proporcionada. De igual forma, se debe informar al trabajador de la posibilidad que tiene de rehusarse a hacer parte de la evaluación, a fin que tome de forma libre la decisión de responder los instrumentos de evaluación. En el consentimiento informado el trabajador debe explicitar su consideración acerca de si la información que le fue suministrada fue completamente comprensible.

c. La información que se suministre debe ser clara, completa, inteligible y debe darse en forma escrita y previa a la aplicación de los instrumentos de evaluación, y debe establecerse a través de la firma o huella del trabajador, contigua al nombre y número de cédula.”

Los aspectos éticos mencionados así como el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con AVAL -006-2015 en sesión del 6 de abril de 2015 Acta N° 6.

Los formatos como cuestionarios y entrevistas no se constituyen como pruebas invasivas a nivel psicológico debido a que el instrumento validado a nivel nacional contempla este aspecto, además de que la participación en la investigación por parte de los trabajadores es libre, no coaccionada y con la posibilidad de retirarse en cualquier momento como lo contempla el consentimiento informado que cada uno de los participantes firmó de manera autónoma al inicio de la investigación.

Alcances del trabajo

Se logró identificar los principales factores psicosociales asociados a las condiciones de trabajo y salud del personal asistencial de salud mental, en las cuatro clínicas participantes.

Con base en los hallazgos se dejó planteado un mecanismo de intervención de los factores psicosociales evidenciados con el ánimo de servir de insumo para nuevas políticas en relación con la protección de la salud de los trabajadores de la salud mental. La investigación servirá de experiencia piloto para nuevas investigaciones en otros sectores de la salud y la economía.

Los productos descritos buscaron visualizar posibles nuevos factores que no hubiesen sido indagados en investigaciones anteriores, los cuales se socializaron a nivel académico de acuerdo con las especificaciones y lineamientos dados por la Universidad Nacional de Colombia y con el aval de las clínicas de salud mental participantes.

Divulgación de resultados

Los resultados serán socializados mediante encuentro con las clínicas participantes quienes recibirán retroalimentación de los principales hallazgos y propuestas de intervención a nivel de factores psicosociales una vez la investigación sea aprobada por los jurados, el director de tesis y el comité evaluador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se socializarán los resultados con los trabajadores de las clínicas previo consentimiento de divulgación por parte de las directivas institucionales, por medio de piezas comunicativas o talleres informativos.

Se expondrá la tesis en diferentes medios de comunicación de la Universidad Nacional de Colombia (repositorio, web, etc.), para que sea conocida por los interesados en el tema.

Se buscará mediante la asociación de la Universidad Nacional de Colombia y las clínicas participantes realizar publicaciones en revistas indexadas sobre salud y seguridad en el trabajo.

Debido a que los resultados se socializarán con cada una de las instituciones participantes; cada una de manera autónoma desarrollará el mecanismo para materializar las propuestas de intervención y recomendaciones.

Los medios de verificación o productos a presentar a la Universidad Nacional de Colombia serán entonces, la tesis desarrollada con los elementos mencionados y futuros artículos científicos que se puedan derivar de la misma.

Limitaciones

Las *limitaciones* que se derivan de la presente investigación corresponden a las delimitaciones evidenciadas en el título del trabajo, en el sentido de que los resultados aplican a las instituciones de salud mental participantes en los tiempos definidos y con la población descrita en la metodología.

La Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo psicosocial es percibida por los trabajadores como muy extensa. Esta opinión es compartida por el investigador quien considera que la recolección de demasiada información dificulta el análisis y la elaboración de resultados, conclusiones y recomendaciones; por este motivo, dichas secciones del trabajo se dedicaron a los resultados más relevantes de la investigación, dejando por fuera algunos que históricamente pudieran haber sido decisivos en otras investigaciones de este tipo, pero que no resultaron ser relevantes para la presente tesis de maestría.

Recomendaciones para el abordaje académico y metodológico

Se recomienda que la aplicación de la batería se inicie con los cuestionario de Evaluación del Estrés y un cuestionario corto de personalidad a manera de tamizaje, y con base en la identificación de las personas que presenten niveles altos de estrés y personalidad Tipo A, ubicar cuáles son los puestos de trabajo que presentan posibles situaciones de riesgo psicosocial. Se deberá trabajar con estos puestos de trabajo y no con la totalidad de la organización. Este trabajo sería menos denso e intervendría los puestos de trabajo y a los trabajadores afectados de manera puntual.

Respecto al tipo de estudio, según Baker (2000, citado en Muñoz, 2007) aunque existen bastantes estudios donde se comparan los estudios de tipo cualitativo y cuantitativo, cada vez hay más aceptación en la integración de los dos enfoques. Los métodos cuantitativos son más adecuados en los estudios de impacto, sin embargo, los métodos cualitativos permiten indagar a profundidad los temas, casos o hechos seleccionados.

En el caso de la presente investigación, la unión de los dos métodos mostró ser una importante herramienta de análisis, ya que de los dos métodos se extrajeron hallazgos complementarios.

Finalmente, en los resultados, conclusiones y recomendaciones se exponen elementos no esperados o proyectados de manera específica en los objetivos que pueden llegar a generar

confusión en los lectores, sin embargo, estos hallazgos mostraron relevancia a nivel estadístico y fueron reforzados en la indagación cualitativa.

Resultados

Todos los resultados fueron clasificados por institución a las que denominaremos:

Clínica 1 (C1-LC-SIBATÉ), Clínica 2 (C2-JJV-SIBATE), Clínica 3 (C3-SC-BOGOTÁ) y Clínica 4 (C4-LI-BOGOTÁ).

Por cada institución se expondrán los resultados de acuerdo con los grupos poblacionales abordados. La forma A corresponde a los profesionales, mientras que la forma B corresponde a los auxiliares.

Se tomó en las clínicas de salud mental una muestra total de 183 trabajadores distribuidos de la siguiente manera:

Clínica 1 (C1-LC): n= 65, 9 profesionales, 56 auxiliares

Clínica 2 (C2-JJV): n= 59, 9 profesionales, 50 auxiliares

Clínica 3 (C3-SC): n= 27, 12 profesionales, 15 auxiliares

Clínica 4 (C4-LI): n= 32, 20 profesionales, 12 auxiliares

De los cuales 133 trabajadores se relacionaban con cargos de tipo auxiliar tales como: auxiliares de enfermería, auxiliares de terapia ocupacional o terapia respiratoria, etc.

Se trabajó además con 50 profesionales distribuidos en perfiles tales como: psiquiatras, jefes de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

Obteniendo los siguientes resultados:

Condiciones Individuales

Dando respuesta al primer objetivo específico de la presente investigación, respecto a los *Datos Sociodemográficos* para el total de la población se observa una mayor proporción de personas del género femenino tanto en profesionales como auxiliares. En los profesionales el 66% de los participantes eran mujeres, mientras que el 34% eran hombres. En los auxiliares el 82% eran mujeres y el 18% hombres.

La clínica con mayor porcentaje de profesionales mujeres fue la Clínica 4 con un 75% (Ver Figura 56), seguida de las Clínicas 2 y 3 con 67% cada una (Ver Figuras 19 y 37).

Entre los auxiliares, la Clínica 2 presentó el mayor porcentaje de personal femenino contratado con un 90% (Ver Figura 19), seguida de la Clínica 1 con un 82% (Ver Figura 2).

La clínica con mayor porcentaje de personal masculino auxiliar fue la Clínica 3 con un 40% (Ver Figura 37), sin embargo, se reportaron quejas frente a la escasez de este recurso humano. La mayor presencia de personal masculino se debe a las características de los pacientes quienes ameritan contenciones físicas que en ocasiones no se logran realizar por parte del personal femenino. En esta clínica los pacientes suelen ser más agresivos comparándolos con las demás, debido a su procedencia como habitantes de calle y las patologías asociadas con el consumo de Sustancias Psico Activas –SPA-.

Es necesario en esta clínica aumentar el número de auxiliares por turno para dar una mejor cobertura a los diferentes servicios.

Mediante La Guía para el análisis psicosocial de los puestos de trabajo y evaluación objetiva de las condiciones de trabajo se evidencia que en la mayoría de los servicios solo cuentan con dos o tres auxiliares para atender a poblaciones que en ocasiones específicas superan hasta los 60 pacientes.

No se observan diferencias significativas en los *promedios de edad* entre profesionales y auxiliares. La mayor parte de la población se encuentra entre los 20 y los 40 años (Ver Figuras 3, 20, 38 y 57). Se observa que son personas jóvenes capaces de desarrollar trabajos de carga física e intelectual bajo presión de otro tipo de responsabilidades.

En relación con el *estado civil*, se evidencia que la mayor parte de los trabajadores participantes eran solteros, tanto en la población de profesionales (50%) como entre los auxiliares (37%) (Ver Figuras 4, 21, 39 y 58). En segundo lugar para los profesionales se encuentra el porcentaje de casados (32%), mientras que para los auxiliares en segundo renglón se observa la unión libre (32%). El hecho de contar con trabajadores solteros facilita la disponibilidad de tiempo para el desarrollo de las labores encomendadas, ya que según la observación realizada se pueden enfocar con mayor grado de compromiso en sus actividades ocupacionales.

En las Clínicas 2 y 3 sobresale que el 40% de los auxiliares reportan vivir en unión libre (Ver Figuras 21 y 39), mientras que la Clínica 3 el 42% de los profesionales reportan que su estado civil es casado (Ver Figura 39).

Se evidencia que para el grupo de profesionales predominan los *estratos socioeconómicos* tres (44%) y cuatro (26%), mientras que para el grupo de auxiliares predomina el estrato dos (68%), seguido del estrato tres (26%) (Ver Figuras 5, 22, 40 y 59).

Se observan particularidades con los profesionales de las Clínicas 3 y 4 donde predominan los estratos 4 y 5 (Ver Figuras 40 y 59). La mayoría de estos trabajadores viven en sectores de la ciudad de Bogotá donde la estratificación es evidente que en el municipio donde se ubican las Clínicas 1 y 2.

Tanto para los profesionales (48%) como para los auxiliares (41%) se evidencia mayor prevalencia de *tipo de vivienda* propia, seguido de tipo de vivienda en arriendo. Mediante indagación con los trabajadores se evidencia que estas modalidades de tenencia de vivienda se deben a la vinculación que tienen en su mayoría a cajas de compensación y a subsidios del Estado.

Las Clínicas 2 y 4 son las que tienen mayores porcentajes de profesionales con vivienda propia (Ver Figuras 23 y 60). Las Clínicas 1 y 4 reportan los mayores porcentajes de auxiliares con vivienda propia (Ver Figuras 6 y 60). En el caso de la Clínica 3, se observan los porcentajes más bajos debido a que el tipo de contratación (prestación de servicios) pone en desventaja adquisitiva a esta población ya que no cuentan con afiliaciones a cajas de compensación y acceso a ayudas del Estado en torno a la adquisición de vivienda.

Respecto a la vivienda en arriendo, las Clínicas 1 y 3 reportaron los mayores porcentajes en profesionales (Ver Figuras 6 y 41). En el caso de los auxiliares las Clínicas 2 y 3 son las que reportan mayor porcentaje en este aspecto (Ver Figuras 23 y 60).

La mayor parte de los profesionales reportaron no tener *personas a cargo* o tener una persona a cargo (39%) en su núcleo familiar. Los auxiliares reportaron en mayor porcentaje (35%) estar a cargo de dos personas (Ver Figuras 7, 24, 42 y 61). Estos resultados se pueden deber a que el

estudio de una profesión demanda de dedicación en muchos casos exclusiva para llegar a buen término.

En el grupo de profesionales se observa que el 54% tienen entre 2 a 5 años de *antigüedad en las clínicas*. El 59% de los auxiliares refieren que llevan más de cinco años trabajando, lo cual muestra estabilidad en las contrataciones pese a las quejas de los trabajadores por la percepción de inestabilidad laboral (Ver Figuras 8, 25, 43 y 62).

La percepción de inestabilidad laboral se debe a que objetivamente no se cuenta con tipos de contrato a término indefinido y que por el contrario, la gran mayoría son de carácter temporal inferior a un año e incluso contratos trimestrales.

En relación con los profesionales la clínica que mayor estabilidad presentó en relación con el tiempo de permanencia en la institución fue la Clínica 2 (Ver Figura 25), seguida de la Clínica 4 (Ver Figura 62). En los auxiliares las clínicas que muestran mayor estabilidad en su personal son las Clínicas 1 y 4 (Ver Figuras 8 y 62). La mayor estabilidad laboral evidenciada en la Clínica 4 se debe a que predomina el tipo de contratación a tiempo indefinido. Actualmente es difícil encontrar instituciones con este sistema de contratación y mucho más en el sector salud.

Respecto al tipo de contrato se evidencia que en la mayoría de las instituciones predomina el contrato a término fijo inferior a un año, tanto en profesionales como en auxiliares (40% y 77%

respectivamente), lo cual genera incertidumbre en la continuidad de los contratos cuando estos terminan o están prontos a terminar. Dicha situación genera malestar en los trabajadores como se reporta en el análisis cualitativo.

Entre los profesionales en segundo puesto para el tipo de contratación lo ocupó la contratación a término indefinido con un 22% del total de la población, seguido de la prestación de servicios con un 20%.

En los auxiliares se observa un escaso porcentaje en relación con la contratación a término indefinido con apenas un 8% del total de la población intervenida. En su mayoría este porcentaje hace referencia a la Clínica 4 (Ver Figura 63).

Este resultado demuestra las precarias condiciones de contratación en las que se encuentran los trabajadores de salud mental con contratos temporales, que en la mayoría de las ocasiones no superan el año (Ver Figuras 9, 26, 44 y 63).

No se graficaron otros datos sociodemográficos del instrumento por carecer de relevancia en el análisis de factores psicosociales tales como el tipo de salario donde fue predominante el pago fijo (diario, semanal, quincenal o mensual) o el número de horas de trabajo establecidas contractualmente donde predomina la jornada laboral de ocho horas.

Aunque la mayoría de los trabajadores respondieron tener jornadas laborales de ocho horas, en las auxiliares se observaron casos en los cuales estas trabajadoras deben permanecer hasta 10 o 12 horas como respuesta al déficit de personal. En este sentido, al no haber personal suficiente no solo se incrementan las horas de trabajo sino la carga laboral desarrollada.

Dando respuesta al segundo objetivo específico de la presente investigación se presentan los siguientes resultados:

Factores Psicosociales Intralaborales

Cuando se analizan los *Factores Psicosociales Intralaborales*, se encuentra que para los profesionales de las Clínicas 3 y 4 se percibe un bajo nivel de riesgo en relación con *liderazgo y relaciones sociales en el trabajo*, es decir, consideran que tienen una buena relación con sus jefes y los califican de manera positiva al igual que la relación con sus compañeros de trabajo (Ver Tablas 40 y 57).

“...Nosotros acá partimos de un jefe en general, es una persona que y después tenemos un coordinador y a través del coordinador es que se dictan las tareas y todas las situaciones. Acá es diálogo siempre con los compañeros y llegamos a un acuerdo en todas las tareas que

tenemos y todas las dudas que tenemos se las transmitimos a nuestro coordinador que es el doctor Correa y con él aclaramos según la orientación para cualquier tema con respecto a nuestro trabajo. Su trato es cordial...” (Participante, Grupo Focal, Clínica 3, 2015. Pág. 1)

En las Clínicas 1 y 2, se evidencia riesgo alto a moderado secundario a dimensiones tales como las características del liderazgo, las relaciones sociales en el trabajo y principalmente la retroalimentación del desempeño (Ver Tablas 7 y 23).

“...De pronto anteriormente lo tenían a uno en cuenta digamos para tomar cierto tipo de decisiones reunían el personal en el auditorio y lo tenían en cuenta a uno de qué opinaba o qué podía aportar porque realmente los cambios se van a ver en cada uno de los sitios donde nos desempeñamos. Hoy en día pues toman decisiones y pues uno ya pues asume las decisiones que hayan tomado...” (Participante, Grupo focal, Clínica 4, 2016, Pág. 10)

Para dar respuesta al tercer objetivo específico de la presente investigación se establecen correlaciones a lo largo de los resultados entre los diferentes factores analizados de la siguiente manera.

Mediante el análisis de correlaciones en profesionales se observa que existe una relación directa entre las características del liderazgo con otras dimensiones tales como la claridad del rol,

las demandas ambientales y de esfuerzo físico y el reconocimiento y compensación (Ver Tabla 72).

En el caso de los auxiliares con relación al dominio *liderazgo y relaciones sociales en el trabajo* se encuentra riesgo alto para un 36% de los encuestados. Este nivel de riesgo es afectado por los resultados de las Clínicas 2 y 4.

“...es a veces la falta de compromiso de los mismos compañeros en el trabajo, entonces usted siempre se logra dar cuenta de que como que se recarga a ciertas personas más el trabajo, entonces como que, sí yo me quedo acá, sino que dejemos que los demás hagan, eso también a veces trae un poco de dificultad entre los compañeros de trabajo...” (Participante Grupo focal, Clínica 2, 2015. Pág.6)

Dicho porcentaje es el resultado de los puntajes de riesgo obtenidos en las dimensiones de características de liderazgo- relaciones sociales en el trabajo y retroalimentación de desempeño (Ver Tablas 30 y 64). En estas clínicas, los trabajadores comentan que no tienen un único jefe, y que los rotan con frecuencia; en este sentido depende del estilo de liderazgo del jefe para tener un mejor desempeño y obtener una mejor retroalimentación. Los auxiliares prefieren estilos de liderazgo participativos en oposición a los estilos autoritarios de acuerdo con el análisis cualitativo realizado.

“...pues lo que pasa es como en enfermería si es diferente porque como actualmente se están rotando constantemente los jefes, entonces uno empieza como a acoplarse al nuevo jefe que hay, pero si fuera uno fijo, uno podría como conocer más la persona, creo yo...”

(Participante. Grupo focal, Clínica 4, 2015. Pág.1)

En las Clínicas 1 y 3, aunque no presentan riesgo alto en este dominio, se deben hacer ajustes en la dimensión de relaciones sociales en el trabajo (Ver Tablas 14 y 47).

Para todas las clínicas se reportan dificultades principalmente a nivel comunicativo. Los auxiliares prefieren obtener las instrucciones directamente de sus jefes y no por medio de intermediarios ya que existe la tendencia a distorsionar la información o manipular situaciones.

“...me estresa llegar tarde al trabajo, me estresa que aquí todo el mundo da órdenes y nadie...por ejemplo los jefes, que llega un profesional y da otra orden que... ¿sí? entonces - ¿a ver a quién le hago caso? ¿al jefe?, ¿sí, o qué?...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 12)

En el 36% de los profesionales se evidencia riesgo alto en el dominio *control sobre el trabajo*. Las Clínicas 1 y 4 son las más afectadas (Ver Tablas 8 y 24). Las dimensiones que más inciden en este resultado son la claridad del rol, la dimensión sobre capacitación, la participación y el manejo del cambio, además de la dimensión sobre control y autonomía sobre el trabajo.

“...Por ejemplo, de enfermería por ejemplo entonces nosotros le comentamos a nuestro jefe nuestras inconformidades o una necesidad que tenemos, entonces la respuesta de él es, - - -voy a hablar primero con unas personas, luego con las otras-, finalmente, en muchas ocasiones no recibimos esa respuesta inmediata y pues él nos escucha sí, pero soluciones a veces no recibimos como quisiéramos por eso, porque depende de las decisiones de otras personas...” (Participante Grupo focal, Clínica 4, 2015. Pág.10)

En las tablas de correlaciones en profesionales de la Clínica 1 se observan relaciones directas entre la participación y el manejo del cambio con las características del liderazgo, así como las recompensas derivadas de la pertenencia a la organización (Ver Tabla 22)

En relación con el *control sobre el trabajo* se observa que el 47% de los auxiliares reportan riesgo aceptable. Como factor de riesgo principal de este porcentaje se observa en las Clínicas 1 y 2 el control y autonomía en el trabajo, mientras que para la Clínica 4 incide la dimensión sobre participación y el manejo del cambio, es decir, sienten que no son tenidos en cuenta para la toma de decisiones o cambios en el trabajo que los afectan de manera directa (Ver Tablas 15, 31, 48 y 65).

“...antes tenían en cuenta tanto a médicos como a enfermeras, auxiliares para cursos de actualización afuera y era rotativo entre los mismos compañeros, si usted fue al curso de

autorización, ya en siguiente curso le corresponderá a otros y eso eran incentivos y era algo que le sirve tanto a uno en la parte personal como en la parte laboral para beneficio tanto de la clínica como inclusive de la misma casa, porque emergencias no solo hay en el sitio de trabajo...” (Participante Grupo focal, Clínica 4, 2015. Pág.4)

Para todas las clínicas en el análisis cualitativo se observa que influyen sobre el dominio control sobre el trabajo, el hecho de no poder decidir sobre momentos para tomar pausas, o cuánto trabajo se hace en el día, la velocidad de ejecución o el hecho de no poder cambiar el orden de sus actividades. Algunos trabajadores consideran sus trabajos monótonos y rutinarios.

“... (Tomar descansos)...casi nunca porque uno está... las onces que dicen que 15 minutos pero no, o sea si uno es responsable no se los toma porque no hay tiempo...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 15)

Mediante la Guía para el análisis psicosocial de los puestos de trabajo se encuentra que los periodos de descanso no se cumplen de manera estricta ya que por el tipo de población que se maneja, no es posible establecer horarios fijos para tomar los descansos.

Así por ejemplo, en una de las clínicas establecen descansos por pares de trabajadores, pero por la cantidad de trabajo o por no dejar solos a los pacientes con problemas comportamentales, los trabajadores deben ir solos o en ocasiones ninguno se toma el periodo de receso.

Frente al dominio sobre *demandas del trabajo* se encuentra para los profesionales un riesgo alto en el 62% de los participantes. Las clínicas con mayor incidencia son la Clínica 2 y 4 con porcentajes que redondean el 80% (Ver Tablas 9, 25, 42 y 59).

“... (Pausas) si, a veces me tomo un minutico entre uno y otro pa' comerme una galleta o tomar un poquito de agua, pero, pero hay días en los que es derecho...” (Participante, Clínica 4, Entrevista semi-estructurada, 2015, Pág. 9)

Se evidencian niveles de riesgo altos en demandas emocionales, demandas ambientales y de esfuerzo físico, además de demandas cuantitativas.

“...si, algunas sí, hay días, no es la misma todos los días, pero aquí son cuatrocientas cuarenta y pico de pacientes entonces no todas pueden estar el mismo día sonrientes ¿no? Eso es como afuera, unos alegres, otros de mal genio y eso todo los días uno ve, o unas contentas, otras tristes otras agresivas, en fin...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 2)

En las tablas de correlaciones se encuentra que las demandas ambientales se relacionan directamente con las demandas de la jornada de trabajo, las demandas cuantitativas y la pertenencia por la institución (Ver Tablas 38, 39 y 56)

Es necesario mencionar que las demandas emocionales (98%) representan para los profesionales un riesgo muy alto ya que deben atender a pacientes enojados, tristes, enfermos y a las familias cuidadoras. En las cuatro clínicas se observan porcentajes muy altos de esta dimensión.

“...Si, la discapacidad mental como tal es asociada al...la agresividad o el trastorno del comportamiento está asociado a la discapacidad mental o cognitiva, entonces realmente hay muchos casos de trastorno mental y del comportamiento que se manejan bajo técnicas conductuales...” (Participante, Clínica 1, Entrevista semi-estructurada, 2015, Pág. 8)

Pueden considerarse para los profesionales como factores protectores la influencia del trabajo sobre el entorno ya que obtienen reconocimiento social de parte de los pacientes y sus familias, las demandas de carga mental ya que la experiencia adquirida hace que se utilicen menos recursos en relación con funciones atencionales y de memoria. Otros factores protectores podrían ser las demandas de la jornada y la consistencia del rol, donde las funciones a desarrollar son claras y se perciben bien estructuradas.

El 77% de los auxiliares presentan riesgo alto en relación con las *demandas en el trabajo* debido a las demandas emocionales (Trabajo emocional), demandas ambientales y de esfuerzo físico y las demandas de la jornada de trabajo (Ver Tablas 16, 32, 49 y 66).

“...si, pues algunas veces ellos se alteran de un momento a otro, entonces como empiezan a... puede ser gritar a dar puño, pata, como se dice, y pues hay poquitos hombres entonces por lo general las mujeres se van a meter entonces uno tiene que llegar a, como a tratar de que o no les peguen o no agredan a otros pacientes, y uno por ir a cogerlos, uno puede que reciba su puño, su patada...” (Participante, Clínica 1, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 4)

“...Si porque igualmente en la unidad de salud mental uno se expone a que un paciente, digamos, que día me pegaron un puño en la cara y pues normal, quiere decir ahí uno tiene que tener es cuidado con ellos, pero si se expone algunas veces a que el paciente lo agreda a uno...” Participante, Clínica 3, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 8

Se reportan demandas emocionales en el manejo de pacientes enfermos que presentan recaídas, produciendo frustración en torno al quehacer de profesionales y auxiliares. Las demandas emocionales aunque en el instrumento de recolección son percibidas como factores de riesgo, para los trabajadores en las entrevistas y grupos focales son percibidos como factores de protección. Se podría estar presentando una suerte de transferencia emocional, donde los

trabajadores perciben a los pacientes como alguien muy cercano a nivel afectivo como lo puede ser un familiar o un amigo.

“...de pronto cuando llegan muchachos menores de edad entonces yo de pronto lo veo no sé como si fuera alguien cercano, como mi hijo no sé, pero de resto, o ya personas ya mayores uno lo ve es como el papá, pero pues normal...” (Participante, Clínica 3, Entrevista semi-estructurada, 2016. Pág. 12)

Se reporta en los datos cualitativos de manera recurrente que los afecta de manera directa la cantidad de trabajo que se tiene a cargo y el esfuerzo mental realizado (concentración, memoria, la toma de decisiones difíciles, atender varios asuntos al mismo tiempo relacionado con sus pacientes y las funciones administrativas).

“...Pues sí, los pacientes obviamente vienen en un consumo agudo de sustancias donde realmente las seis primeras semanas para ellos adaptarse es un poquito difícil, como es un programa voluntario, vienen en un periodo de abstinencia donde es hostil, están alejados de sus hábitos de higiene, sus habilidades sociales están nulas. Entonces sí, ya lo tenemos preestablecido que es la semana para entender al paciente, pero obviamente y si llega un momento en el que hay una carga, uno si necesita como una higiene mental. Llega el momento porque hay pacientes que se sienten en la primera fase y continúan con ese comportamiento y si, de todas maneras el tipo de personalidad llega acá pues es algo complejo obviamente,

¿que si llegamos en algún momento a tener una carga?, sí, sí, yo creo que sí...” (Participante, Grupo focal, Clínica 3, 2016, Pág. 10)

“...En relación a eso, creo que aplica para esta unidad y no para todas, que el personal de salud mental si debería tener un espacio para esa higiene mental, lo relaciono como con las personas que trabajan en radiología, ellas tienen un espacio de descanso pues precisamente por las implicaciones que tiene ese trabajo, así debería ser acá...” (Participante, Grupo focal, Clínica 3, 2016, Pág. 10)

Mediante la Guía para el análisis de puestos de trabajo se evidencia que la carga física es un factor determinante en las clínicas. Así por ejemplo, en las Clínicas 1 y 2 se manejan pacientes de tercera edad y pacientes con discapacidad de tipo físico que impiden su movilidad de manera autónoma. En estos casos los auxiliares son los trabajadores que deben asumir actividades de movilización de pacientes, bañarlos, vestirlos, cambiarles el pañal, cargarlos, etc. La cantidad de veces que realizan manejo de cargas depende de la cantidad de pacientes que se tienen en el servicio. Como medida preventiva los auxiliares son rotados de sus puestos de trabajo cada semana.

“...sí, en los servicios por lo general las pacientes que no se pueden movilizar solas, hay que hacerles todo entonces pues a uno si le toca”...” sí, todos los días, porque pues todos los

días ellas se bañan, se levantan, se cambian, es todos los días y casi que todo el día...”

(Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 2)

“...el esfuerzo físico va a la hora de la pañaliada”...” si, de cambiar el pañal, de pasarlos a las mesas de cambiar el pañal, volverlos a pasar a la silla, o a la hora de la levantada que nos toca pasarlos a la silla...” (Participante, Clínica 2, entrevista semi-estructurada, 2015.

Pág. 2)

En el caso de los auxiliares se suma al esfuerzo físico en torno al traslado de pacientes o movilización, demandas cuantitativas en el trabajo, es decir, la cantidad de trabajo que se les asigna.

Estos datos son apoyados por el análisis de correlaciones en auxiliares donde se encuentran relaciones directas entre demandas ambientales y de esfuerzo físico con las demandas cuantitativas (Ver Tablas 39 y 56).

Muchas veces las clínicas no cuentan con personal suficiente para la atención a los usuarios generando que los auxiliares tengan que doblarse en esfuerzo para alcanzar los objetivos. Similar situación ocurre cuando ingresa personal nuevo que no recibe una adecuada inducción en las funciones a desempeñar.

“...por ejemplo una vez en (El servicio) nos tocó tres, y ese día se veía la doctora... allá son 68 adultas de silla... la compañera que acabó de salir está en embarazo, la otra compañera que está por ahí creo que tiene algo... y mi persona... 68 pacientes, o sea prácticamente yo sola...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015, Pág. 15)

“...Nosotros como protección tenemos pues la dificultad de que se van una auxiliar, eso llegan nuevos y pues no les gusta y se van entonces lo que sí debería mejorar la institución es reemplazar rápido esta persona porque bueno nosotros hemos tenido como el sentido de pertenencia, con el trabajo y responsabilidad, por lo cual hayan cinco o hayan dos se trabaja el mismo trabajo en el tiempo que se debe hacer, pero eso hace que nosotros sintamos recarga laboral porque vamos a quedar más agotados, porque va llegar el punto en el que ya nos duelen las piernas, nos duelen los brazos, la espalda, pues tenemos de pronto también como el estado de ánimo más fuerte que ya el genio nos cambia y todo por eso, no cubren como esos huecos ,entonces hacen pues que el auxiliar que se quede tiene que trabajar por tres o por dos...” (Participante, Grupo focal, Clínica 2, 2016, Pág. 18)

Se destaca el riesgo en *demandas ambientales* como la iluminación, la calidad del aire, ruido, exposición a riesgo biológico por tener que manipular fluidos corporales de los pacientes como heces, saliva, mucosas, entre otros.

“...pues por ejemplo en las mañanas cuando uno llega...hay mal olor debido a las deposiciones...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 1)

Los problemas con el ruido son más relevantes en la Clínica 3, donde tienen que soportar un ruido intenso la mayor parte de la jornada laboral. Se logra observar que el ruido se presenta todos los días, durante casi nueve horas.

“...como podrás escuchar atrás tenemos como una planta de medicamentos y la prenden 7 de la mañana y la apagan 3:30, 4 de la tarde, entonces por ejemplo, en el salón de los ingresos si uno no cierra, no ajusta bien la puerta a la hora de hacer una entrevista, no se puede, si lo mismo aquí al lado, eso sí es algo constante, el ruido...” (Participante, Clínica 3, entrevista semi-estructurada, Pág. 7)

Como factor de bajo riesgo el 58% de profesionales y el 52% de los auxiliares reconocen la *influencia que tiene su trabajo sobre el entorno*. Saben sobre la importancia social que tiene su puesto de trabajo afín al cuidado de la salud de personas con enfermedades mentales carentes en muchas ocasiones de apoyo de sus familiares o allegados.

Tanto los profesionales como los auxiliares reportan riesgo alto en relación con el dominio *de recompensas en el trabajo*. No perciben estrategias por parte de los jefes o las clínicas, suficientes para mantener la motivación en las actividades laborales. Pese a que en dos de las

clínicas se mencionan estrategias que utilizan las directivas a manera de recompensa, estas suelen ser insuficientes o inexistentes en otros casos (Ver Tablas 26, 43, 60).

Algunos profesionales mencionan problemas de tipo estructural frente a las recompensas en el trabajo en relación con las normas de contratación ya que no se sienten bien remunerados en su profesión, no cuentan con contratos estables y por el tipo de contrato no tienen en algunos casos ni siquiera derecho a vacaciones.

“No, nosotros como profesionales...en este país deberíamos ganar mucho más de lo que estamos ganando, sin embargo pues, pese a las normas y la legislación de este país estamos en una muy mala posición entonces pues ahí no podemos hacer nada...” (Participante, Clínica 1, Entrevista semi-estructurada, 2015, Pág. 11)

“...Por otra parte ya para nosotros y el tipo de contrato... no es lógico no tener vacaciones, sabiendo que es una unidad de salud mental, pues igual lo asumimos porque yo digo que sí, estamos como contratistas, pero yo sí creo que ese si es uno de los mayores (problemas)...” (Participante, Grupo focal, Clínica 3, 2016, Pág. 10)

El 54% de los profesionales y el 36% de los auxiliares presentaron puntajes de riesgo alto en relación con el reconocimiento y la compensación. Se percibe por parte de los profesionales que hacen falta más actividades de incentivo y reconocimiento por la labor desarrollada.

“...Eee sí, que a veces hace falta más reconocimientos por los logros sobre todo cuando hay auditorías externas... muchas veces solamente se da retroalimentación de los hallazgos para mejorar, pero no se da la retroalimentación al personal de los logros y de las cosas que calificaron como buenas en el servicio. Falta un poco de socializarlo más frecuentemente...”
(Participante, Grupo focal, Clínica 2, 2016, Pág. 18)

Donde se evidencia mayor nivel de riesgo frente a este dominio de *recompensas en el trabajo* son las Clínicas 2, 3 y 4 (Ver Tablas 33, 50 y 67). En la Clínicas 2 y 3 sobresalen como factores de riesgo las dimensiones de reconocimiento y compensación (78% y 50% respectivamente) y las recompensas derivadas de la pertenencia a la organización (56% y 50% respectivamente).

En la Clínica 4 (Ver Tabla 67), el 42% de los auxiliares refieren riesgos en torno al reconocimiento y compensación.

“...Bueno, yo creo que pues yo he tenido la oportunidad de anteriormente nos motivaban digamos porque estuvimos inclusive en un paseo que...no vamos a hacer un campeonato de tanto el que gane, bueno unas cabañas en Cafam, yo nunca más se volvió a ver eso, ni compartir con los pacientes que campeonatos, pacientes con enfermeras, no o sea no hasta ahora como que se ha perdido esa parte bastante...” (Participante, Grupo focal, Clínica 4, 2016, Pág. 10)

En las tablas de correlación se observan para los profesionales de la Clínica 4, relaciones directas entre la dimensión de reconocimiento y compensación con el control y la autonomía sobre el trabajo, las características del liderazgo, la participación y manejo del cambio, las recompensas derivadas de la pertenencia a la organización, capacitación (Ver Tablas 55, 72, 73, 74, 75)

Como factor protector o factor de riesgo bajo, se observa tanto en profesionales como auxiliares las recompensas derivadas de la pertenencia a la organización. Los trabajos son percibidos como estables en la mayoría de los casos, sienten agrado por su labor y tienen sentido de pertenencia por las instituciones.

Como resultado de los dominios anteriores, se obtiene *riesgo intralaboral total* alto para 48% de los profesionales encuestados y el 55% de los auxiliares, lo que significa que se deben tomar medidas urgentes para evitar dificultades a nivel epidemiológico en todas las clínicas.

Factores Psicosociales Extralaborales

A nivel *extralaboral* se encuentra un grado de riesgo aceptable para el 40% de los profesionales y riesgo alto para el 38% de los auxiliares.

En los profesionales se encuentra que la clínica con mayor nivel de riesgo en este factor es la Clínica 2 (Ver Tabla 28), donde se reportan dificultades a nivel de la calidad de tiempo fuera del trabajo, situación económica del núcleo familiar, influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo y el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda.

“...ah pues si me afecta en que a veces, yo vivo en Bogotá hacia el noroccidente, yo me gasto dos horas diarias, de venida, y de ida me puedo gastar más, entonces si me afecta en que a veces uno requiere hacer diligencias si?, entonces como que el tiempo... a veces uno, hasta para una cita sacarla, una cita de uno, tiene que usted ir hacer acto de presencia, no se la dan por el teléfono, no se puede porque son ciertos horarios, eso sí, a veces es complicado, pero...y también para esa parte de familia, usted responde por alguien de la familia no?, entonces que el permiso, que una cosa, eso... pero de resto no, se trata de, de cómo acomodarse uno a ese tiempo...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 6)

En las Clínicas 3 y 4 (Ver Tablas 45 y 62), ubicadas en la ciudad de Bogotá, el principal factor de riesgo a nivel extralaboral para los profesionales es el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda debido a fallas en los sistemas de transporte urbano como el Transmilenio y el SITP (Sistema Integrado de Transporte Público de la ciudad) donde se debe subir a empujones, ir de pie e incómodos durante horas en los trayectos a razón de insuficientes buses articulados, ser víctima de la inseguridad o en el caso de las mujeres el acoso sexual de parte de otros pasajeros.

El 38% de los auxiliares encuestados reportan riesgo alto en relación con factores extralaborales. Inciden en este puntaje la percepción de poco tiempo fuera del trabajo (tiempo con la familia, amigos, etc.) y las características de la vivienda y su entorno. Como factores protectores se encuentran las relaciones familiares y la comunicación y relaciones interpersonales, y la influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.

Las clínicas con mayor afectación son la 2, 3 y 4 (Ver Tablas 35, 52 y 69). En estas tres clínicas se reporta como factor de riesgo la poca cantidad de tiempo que se pasa fuera del trabajo donde sobresalen las Clínicas 3 y 4.

“...bueno, porque pues por los trancones como que a veces si yo me paso 5 minutos de la hora que normalmente salgo llego media hora tarde, entonces puedo llegar a pasar más de hora y media en un bus...” (Participante, Clínica 4, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 6)

Las preocupaciones por la situación económica del núcleo familiar es un factor psicosocial que incide en los participantes del personal auxiliar, en las cuatro clínicas. Los trabajadores consideran que no son bien remunerados en el sector salud y que se debe principalmente por fallas a nivel estructural de este sector de la economía.

“...No, nosotros como profesionales...en este país deberíamos ganar mucho más de lo que estamos ganando, sin embargo pues, pese a las normas y la legislación de este país estamos en una muy mala posición entonces pues ahí no podemos hacer nada, no podemos hacer nada porque... esta es una de las instituciones que mejor paga..., entonces ahí sí que menos, entonces y es que hablándolo constitucionalmente el profesional en este país está muy mal pago...” (Participante, Clínica 1, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 6)

Por otro lado, las características de las viviendas y sus entornos son fuente de preocupación entre los auxiliares de las diferentes clínicas. Atribuyen este fenómeno a la inseguridad y en algunos casos las difíciles condiciones de acceso a las mismas.

“...hace como quince, veinte días pues no pude venir a trabajar, yo le informé a la doctora, porque yo creo que ya me venían vigilando mis actividades diarias, y ese día tenía turno aquí en la tarde, y yo salí a comprar lo del almuerzo, salí con mi perro y me abrieron la casa, yo vivo en un primer piso y me intentaron sacar el televisor, estaba ahí en la puerta tirado pero no... gracias a Dios fue por unos vecinos que alertaron y llamaron la policía, y el error mío fue no echar doble llave, pues uno confiado, y eso me pasó, estando en pleno día y me iban a robar y mi televisor ya ahí botado...” (Participante, Clínica 2, Entrevista semi-estructurada, 2015. Pág. 8)

Al igual que en los profesionales, los auxiliares consideran como un factor de riesgo significativo el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda debido a las características descritas con anterioridad sobre los sistemas de transporte público.

Manifestaciones de Estrés

En relación con *manifestaciones de estrés* se observó que el 44% de los trabajadores encuestados, tanto profesionales como auxiliares, presentan un nivel de riesgo alto. Las manifestaciones de estrés más comunes entre los trabajadores de salud mental fueron: el sentimiento de sobrecarga de trabajo, cansancio o dolor en alguna parte del cuerpo.

Este último aspecto se correlaciona a nivel intralaboral con las demandas ambientales y de esfuerzo físico principalmente en personal auxiliar, mientras que en personal profesional se correlaciona con los porcentajes de riesgo frente a las demandas de la jornada de trabajo y la consistencia rol.

Todas las clínicas reportan niveles de estrés que oscilan en el porcentaje referido con anterioridad. Las clínicas con mayor afectación respecto a la población de profesionales son la 2, 3 y 4 (Ver Tablas 29, 46 y 63).

En el caso de los auxiliares, todas las clínicas presentaron porcentajes de afectación que sobrepasan el 40% de los trabajadores (Ver Tablas 20, 36, 53 y 70).

Con el propósito de profundizar en los hallazgos de estrés evidenciados, se utilizaron algunos instrumentos complementarios en las diferentes clínicas los cuales se aplicaron en el momento de realizar las entrevistas semiestructuradas. Su propósito fue focalizar los eventos estresores más importantes (Intralaborales, extralaborales) y cotejarlos con los mecanismos de afrontamiento y la vulnerabilidad al estrés de algunos de los participantes.

Los instrumentos complementarios mostraron de manera específica que:

En la Clínica 1, se realizaron seis entrevistas semiestructuradas (dos profesionales y cuatro auxiliares). Con estos trabajadores se profundizaron los hallazgos de las encuestas de la Batería del Ministerio y se les aplicaron los inventarios sobre estrés y estilos de afrontamiento.

Como se observa en la Tabla 21 sobre instrumentos complementarios, solo un profesional refiere factores estresores intralaborales debido a cambios importantes en las condiciones de trabajo, aunque el mismo profesional, cuenta con adecuados mecanismos de afrontamiento.

Un auxiliar presenta vulnerabilidad moderada al estrés debido a que reporta cambios vitales mayores extralaborales. Se observan bajos estilos de afrontamiento en cuatro de los seis trabajadores (Evitación, auto-culpabilidad y fantasías).

Se observa que tanto los profesionales como los auxiliares de la Clínica 1, no atribuyen sus niveles de estrés a condiciones intralaborales de manera específica, sino a condiciones extralaborales. También se observa que el impacto que tienen dichos estresores depende de los estilos de afrontamiento adoptados por los trabajadores.

En la Clínica 2 se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis trabajadores (Dos profesionales y cuatro auxiliares). Como muestra la tabla 37, solo uno de los auxiliares refiere factores estresores intralaborales por cambios moderados. Un profesional y tres auxiliares comentan factores estresores extralaborales moderados, los dos profesionales y tres de los auxiliares presentaron moderada vulnerabilidad al estrés. Todos los participantes presentaron estilos de afrontamiento poco adaptativos (Bajo soporte social, evitación, auto-culpabilidad y desarrollo de fantasías).

En estos casos, nuevamente se evidencia que las condiciones extralaborales tienen mayor relevancia para los trabajadores que las condiciones intralaborales y que el grado de afectación que presentaron depende de los estilos de afrontamiento adoptados.

En la Clínica 3 se realizaron entrevistas semiestructuradas a cuatro trabajadores, dos profesionales y dos auxiliares. Como muestra la Tabla 54, solo uno de los auxiliares refiere

factores estresores extralaborales por cambios moderados. Los cuatro participantes presentaron vulnerabilidad moderada al estrés. Los cuatro participantes presentaron estilos adaptativos de afrontamiento.

Al igual que en los casos anteriores, se observa que tienen mayor relevancia para los trabajadores las condiciones extralaborales que las intralaborales, conservando la tendencia de hallazgos en las dos clínicas anteriores.

En la Clínica 4 se realizaron entrevistas semiestructuradas a cuatro trabajadores, dos profesionales y dos auxiliares. Como lo muestra la tabla 71, un profesional y un auxiliar reportaron factores estresores extralaborales moderados, todos los participantes presentan vulnerabilidad moderada al estrés. Un profesional y un auxiliar presentaron estilos de afrontamiento no adaptativos de evitación o auto-culpabilidad.

En estos casos, se fortalecen los hallazgos y se complementan los resultados de la Batería encontrando que para los trabajadores entrevistados tienen mayor relevancia las condiciones extralaborales que las intralaborales, conclusión que no se puede determinar únicamente con la aplicación de la batería de riesgo psicosocial.

Índices de protección

Para cada una de las clínicas se realizaron análisis de los factores psicosociales más relevantes tanto de riesgo como protectores. Para los análisis se elaboraron gráficas sobre niveles altos de

riesgo y niveles de protección tomando como punto de corte la afectación del 50% de los trabajadores (Profesionales y auxiliares).

Como se observa en la Figura 10, sobre la Clínica 1, los principales porcentajes de riesgo para profesionales se encuentran en los factores psicosociales de: Demandas emocionales, relaciones sociales en el trabajo, retroalimentación del desempeño, claridad del rol y participación y manejo del cambio.

En relación con factores protectores o de bajo riesgo para los profesionales de la Clínica 1 (Ver Figura 11) se encuentran: Las relaciones familiares, relación con los colaboradores, tiempo fuera del trabajo, demandas de carga mental, entre otros.

En el caso de los auxiliares de la Clínica 1 (Ver Figura 12), los principales factores de riesgo son: Las demandas emocionales.

Los principales factores con bajo riesgo son (Ver Figura 13): Capacitación, relaciones familiares, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas cuantitativas, demandas de carga mental, oportunidad para el uso y desarrollo de habilidades, recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y las características del liderazgo.

En las Figuras 14 a 18 se realizan análisis sobre índices de protección donde se discriminan las poblaciones con mayor afectación respecto a los factores psicosociales de riesgo identificados. En todos los gráficos se observa mayor afectación para los profesionales versus los auxiliares de la

Clínica 1 en relación con: Demandas emocionales, relaciones sociales en el trabajo, retroalimentación de desempeño, claridad del rol y participación y manejo del cambio.

En torno a la Clínica 2 (Ver Figura 27) se observa que los principales factores psicosociales de riesgo identificados en los profesionales de son: Las demandas emocionales, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas ambientales y de esfuerzo físico, reconocimiento y compensación, retroalimentación de desempeño, evaluación del estrés y recompensas derivadas de la pertenencia a la organización.

Los factores psicosociales con bajo nivel de riesgo para los profesionales de la Clínica 2 son (Ver Figura 28): Las relaciones familiares, consistencia del rol, demandas de la jornada de trabajo, influencia del trabajo sobre el entorno, tiempo fuera del trabajo, demandas de carga mental, capacitación, demandas cuantitativas, oportunidad para el uso y desarrollo de habilidades y participación en el manejo del cambio.

En el caso de los auxiliares de la Clínica 2, se encuentran como factores psicosociales de riesgo (Ver figura 29): Las demandas emocionales, características de la vivienda y de su entorno y demandas ambientales y de esfuerzo físico.

Los principales factores protectores o de bajo riesgo para los auxiliares de la Clínica 2 fueron (Ver Figura 30): Capacitación, relaciones familiares, demandas cuantitativas y la influencia del trabajo sobre el entorno.

Las Figuras 31 a 36 muestran el análisis de índices de protección donde se observa que son los profesionales quienes más riesgo presentan frente a demandas emocionales, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas ambientales y de esfuerzo físico, reconocimiento y compensación, retroalimentación de desempeño. Por otro lado, los auxiliares presentan mayor afectación en relación con las características de la vivienda y de su entorno.

En la Clínica 3 (Ver Figura 45) se observa que los principales factores psicosociales de riesgo identificados en los profesionales de son: Las demandas emocionales, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, participación y manejo del cambio y capacitación.

Los principales factores protectores o de bajo riesgo para los profesionales de la Clínica 3 fueron (Ver Figura 46): Las características del liderazgo, relaciones familiares, influencia del trabajo sobre el entorno, tiempo fuera del trabajo, situación económica del grupo familiar, demandas de la jornada de trabajo, relación con los colaboradores, demandas de carga mental, retroalimentación de desempeño, entre otras.

Respecto a los auxiliares de la Clínica 3, se encuentran como factores psicosociales de riesgo (Ver Figura 47): Las demandas emocionales, demandas de la jornada de trabajo, reconocimiento y compensación, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, características de la vivienda y de su entorno, recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y las demandas ambientales y de esfuerzo físico.

En relación con los factores protectores o de bajo riesgo para los auxiliares de la Clínica 3 se encuentra los siguientes (Ver Figura 48): Las relaciones familiares, control y autonomía sobre el

trabajo, demandas cuantitativas, participación y manejo del cambio, influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo, características del liderazgo entre otras.

En el análisis de índices de protección para los factores psicosociales de riesgo en grupos poblacionales de la Clínica 3 se encuentra que (Figuras 49 a 55): Los profesionales presentan mayor afectación que los auxiliares respecto a las demandas emocionales y desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda; sin embargo, los auxiliares presentan mayor afectación en torno a la participación y manejo del cambio, capacitación, reconocimiento y compensación, y las demandas de la jornada de trabajo.

En el análisis de los factores psicosociales que afectan a los profesionales de la Clínica 4 se encuentran como principales factores de riesgo (Ver Figura 64): Las demandas emocionales, demandas cuantitativas, el control y autonomía sobre el trabajo, capacitación, evaluación del estrés, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas de carga mental y demandas ambientales y de esfuerzo físico.

En la Figura 65, se muestran los factores psicosociales con riesgo bajo o protectores para los profesionales de la Clínica 4: Relaciones familiares, relación con los colaboradores, relaciones sociales en el trabajo, influencia del trabajo sobre el entorno, demandas de la jornada de trabajo, oportunidad para el uso y desarrollo de habilidades, y características de liderazgo.

Para el grupo de auxiliares de la Clínica 4, se encuentra que los principales factores psicosociales de riesgo evidenciados son (Ver Figura 66): Demandas emocionales,

desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas ambientales y de esfuerzo físico, y retroalimentación de desempeño.

Para el grupo de auxiliares de la Clínica 4, se encontraron como factores protectores o de bajo riesgo (Ver Figura 67): Las relaciones familiares, el control y autonomía sobre el trabajo, comunicación y relaciones interpersonales y la claridad del rol.

Finalmente, las Figuras 68 a 75 muestran los análisis de índices de protección de los factores de riesgo identificados en los trabajadores de la Clínica 4.

En el caso de los profesionales se evidencia mayor afectación respecto a los auxiliares en los factores psicosociales de: Demandas cuantitativas, control y autonomía sobre el trabajo, capacitación, evaluación del estrés y tiempo fuera del trabajo,

Mientras que para los auxiliares de la Clínica 4, respecto a otros grupos de trabajadores se encuentra mayor afectación con los siguientes factores psicosociales: Desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, demandas ambientales y de esfuerzo físico y retroalimentación de desempeño.

Las Tablas 76 y 77 se presentan al final de los anexos a manera de resumen de los resultados antes expuestos en cada una de las Clínicas.

Discusión

En la sección se desglosarán para el análisis, los aspectos más relevantes de los resultados. En este sentido solo se tendrán en cuenta aquellos factores psicosociales que sobrepasan el 50% de afectación en la población estudiada. Los demás resultados no se tendrán en cuenta debido a que su nivel de afectación no alcanzó el porcentaje predeterminado.

Condiciones individuales

Aunque se alcanzó el objetivo específico de la identificación sociodemográfica de los participantes del estudio, los datos recolectados no muestran variabilidad con los encontrados en los estudios al respecto.

La mayor proporción de personal femenino en este sector no es un hallazgo de relevancia (66% mujeres, 34% hombres) por cuanto históricamente en el sector salud se ha encontrado una proporción mayor de personal femenino que masculino. Al respecto García & Tapias (2010), presentan como uno de los resultados de su estudio sobre Equidad de género en el empleo del sector salud en Colombia que en promedio el 71% de los empleados de este sector son mujeres, mientras que el 29% son hombres.

Por otro lado, al realizar los análisis correlacionales entre las condiciones individuales respecto a las manifestaciones de estrés o la asociación con factores psicosociales, no se evidenciaron diferencias significativas. Es decir, las características como el estado civil, la edad, el estrato socioeconómico, el tipo de vivienda, la tenencia de la vivienda, el número de personas a cargo, la antigüedad en las empresas, entre otras, no muestran asociaciones significativas.

Factores psicosociales intralaborales

Al contrastar los supuestos iniciales de la investigación contra los resultados de mayor relevancia obtenidos en la aplicación de los instrumentos se observa que los principales factores psicosociales que inciden en las condiciones de salud y trabajo del personal terapéutico-asistencial en las cuatro instituciones de salud mental intervenidas son los siguientes:

Para el personal profesional los factores psicosociales que se identificaron como de *alto riesgo* tomando como punto de corte la afectación en más del 50% de los trabajadores son (Ver tabla 76): Las altas demandas emocionales en la atención a pacientes, el escaso reconocimiento y compensación en el desarrollo de sus labores, la escasa retroalimentación del desempeño en sus labores, la falta de claridad en los roles desempeñados, el bajo nivel de capacitación recibida, la baja percepción en torno a la participación y manejo del cambio, las demandas ambientales y de esfuerzo físico en sus lugares de trabajo, la baja percepción de recompensa derivada de la

pertenencia a las organizaciones y finalmente las manifestaciones de estrés referidas por las y los trabajadores.

Se encontraron como factores psicosociales de *bajo riesgo* que pueden considerarse protectores por el mismo hecho a los siguientes: Las buenas relaciones con los colaboradores, la percepción de oportunidades para el uso y el desarrollo de habilidades, la influencia que tiene el trabajo sobre el entorno de los trabajadores, las exigencias y responsabilidad de los cargos, la consistencia de los roles y las demandas de la jornada de trabajo.

Respecto al personal auxiliar se evidenció que los factores psicosociales que inciden en las condiciones de salud del personal terapéutico asistencial en las instituciones intervenidas por considerarse factores de *alto riesgo* en más del 50% de la población son los siguientes: Altas demandas emocionales, además de demandas ambientales y de esfuerzo físico (Ver tabla 77).

Por otro lado, los factores psicosociales identificados como *bajo riesgo* en el personal auxiliar y que podrían ser considerados como factores protectores corresponden a: Buenas relaciones sociales en el trabajo, claridad en los roles desempeñados, participación en el manejo del cambio, oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades, control y autonomía sobre el trabajo, influencia del trabajo sobre el entorno, demandas de carga mental y finalmente las manifestaciones de estrés en la población.

En este sentido, tanto para personal profesional como para personal auxiliar tomando como punto de corte la afectación en más del 50% de los trabajadores, las demandas propias del trabajo desarrollado son las que mayor grado de afectación representan en los trabajadores de salud mental de las clínicas intervenidas y de manera específica las demandas de tipo emocional.

Las investigaciones sobre sobre demandas emocionales en el trabajo o trabajo emocional (TE) demuestran que la expresión de emociones organizacionalmente deseables suele afectar de manera negativa a los trabajadores (INSHT, 2004). En este sentido, uno de los aspectos negativos del TE es el burnout o desgaste profesional. El burnout se genera cuando el empleado percibe que no es capaz de cumplir con los requerimientos emocionales esperados o determinados por la institución (Mababu, 2012).

En las clínicas investigadas el trabajo emocional no corresponde a expresiones emocionales predeterminadas por la organización como ocurre en otros trabajos como son los casos de azafatas, cajeras, comerciales, camareros o educadores; sino que tiene que ver con la transferencia emocional que los empleados reciben directamente de los pacientes al ser testigos de sus estados emocionales de ira, tristeza, alegría, frustración, entre otras. A esto se suma el excesivo compromiso con los pacientes (Álvarez & Fernández, 1991).

Estos niveles de riesgo emocional en cambio de generar en los trabajadores de las clínicas manifestaciones de estrés o burnout, generan mayor aprehensión a sus compromisos laborales ya que su percepción del cuidado se encuentra muy arraigada, transfieren experiencias vividas con sus familias o hijos en el momento de enfrentar situaciones similares con sus pacientes.

Otro aspecto relevante es que las manifestaciones emocionales en lugar de ser percibidas como un factor de riesgo por los trabajadores, son percibidas como factores protectores al generar lazos afectivos fuertes con sus pacientes que en ocasiones distorsionan las funciones propias del quehacer profesional. Incluso a pesar de la fatiga y manifestaciones de estrés, los trabajadores están dispuestos a hacer esfuerzos adicionales en pro del cuidado de sus pacientes.

Estas reacciones emocionales se perciben con más frecuencia en los auxiliares a quienes además del agotamiento emocional se suma el agotamiento físico como se observó en los resultados.

El hecho de permanecer la mayor parte de la jornada laboral cara a cara con el paciente o el receptor del servicio, incrementa la posibilidad de presentar *vinculación emocional* como factor de riesgo. Bajo estas circunstancias, los trabajadores soportan condiciones muchas veces injustas o incómodas por mantener su afiliación a la institución como es el caso de los jefes con conductas aversivas, la sobrecarga de trabajo, bajas remuneraciones, etc.

Al contrario de la regulación de emociones (INSHT, 2004) donde las interacciones sociales de los trabajadores tratan de mostrar emociones “apropiadas” para la situación o para que su imagen no se vea amenazada, la reacción del empleado en las clínicas evaluadas es natural y auto-motivada.

Dentro de los hallazgos de la presente investigación ocurre que tanto en hombres como mujeres, auxiliares y profesionales, se presenta una afiliación emocional con los pacientes. Se trata entonces a los pacientes como si fueran familiares cercanos como los hijos, padres, amigos, etc., y se tiende a descuidar el rol profesional en algunas ocasiones debido a que los trabajadores se dejan llevar más por su relación emocional que por las guías de manejo con los pacientes. Sin embargo, los vínculos afectivos son reportados por los trabajadores como un mecanismo de protección ya que la mayor parte del tiempo reciben buenos tratos de los pacientes, quienes normalmente los reciben en las mañanas con un abrazo o una palabra de afecto haciendo más comfortable el momento de ingresar a desarrollar las labores del día.

Otros trabajadores se dejan afectar emocionalmente al ser testigos del sufrimiento de los pacientes, así por ejemplo, en fin de año se ponen tristes cuando observan que un paciente interno no es visitado por sus familiares, cuando son prácticamente abandonados en las clínicas, cuando se enferman y más cuando fallecen, porque con ellos ya se han creado fuertes lazos de afecto.

En muchas situaciones los pacientes de salud mental son agresivos de manera física y verbal en contra no solo de otros pacientes, sino también en contra del equipo de salud que se encarga de su cuidado. Esta situación se complejiza dependiendo del tipo de paciente que se esté abordando, ya sea que presenten, discapacidad cognitiva, pacientes psiquiátricos, habitantes de calle, consumidores de sustancias psicoactivas, militares con patologías mentales adquiridas en servicio, etc.

Al realizar los análisis de correlaciones no se encontró que las demandas emocionales se relacionaran de alguna manera con otros factores psicosociales analizados dejando un vacío en el análisis de resultados.

Por otro lado y en *segundo lugar* fueron reportados en tres de las cuatro clínicas altos factores de riesgo psicosocial para las dimensiones intralaborales como lo son: las demandas ambientales y de esfuerzo físico, el reconocimiento y compensación y la retroalimentación de desempeño (Ver Tablas 76 y 77).

Frente a las *demandas ambientales y de esfuerzo físico* Sarmiento (2012) encontró que un poco más del 60% del personal terapéutico asistencial de una clínica de rehabilitación de tercer nivel presentaban riesgo psicosocial muy alto o alto.

Dichos hallazgos refuerzan los resultados de la presente investigación en tanto que se observaron altos niveles de riesgo en tres de las cuatro clínicas intervenidas.

Algunas de las situaciones que más incidieron en los puntajes altos fueron por ejemplo, el hecho de tener que alzar pacientes que no se pueden movilizar por su propia cuenta en actividades como la ducha, llevarlos al baño, cambiar pañales o maniobras de contención física cuando los pacientes se alteran. Este último evento va muy relacionado con algunas de las afectaciones mencionadas anteriormente como trabajo emocional.

Otros estudios como los de Ibáñez; Helia; Martínez & Gacitúa (1988) mencionan que en el servicio de psiquiatría del hospital de Concepción (Chile) el 94,4% de los funcionarios habían sido víctimas de algún tipo de agresión en algún momento de su carrera, son muestra de la vulnerabilidad a la cual se encuentran expuestos los trabajadores de esta área.

Los trabajadores de las clínicas reconocen en su mayoría haber sido agredidos por un paciente o haber sido testigos de agresiones hacia sus compañeros de trabajo; sin embargo, este tipo de incidentes no son reportados, es muy raro encontrar reportes de accidentes pese a que existen casi a diario.

Frente a demandas del ambiente físico son comunes los reportes de sitios donde los cambios de temperatura son muy drásticos, sobre todo en horas de la madrugada y en las mañanas cuando

en la sabana de Bogotá se puede llegar a alcanzar de 0° a 5° Celsius. En meses como enero la temperatura desciende hasta -9°C.

La mayoría de las instalaciones son infraestructuras amplias, aunque en algunas son comunes los problemas de ventilación por lo que se acumulan los malos olores, principalmente de las heces de los pacientes que no controlan esfínteres, dando cabida al factores de riesgo biológicos.

A estos factores de riesgo se suman los comúnmente encontrados en los servicios de salud como lo son el contacto con microorganismos, virus, toxinas. Dentro de las enfermedades más comunes se encuentran la hepatitis B y C, el virus de inmunodeficiencia humana y el contacto permanente o temporal con material orgánico (Universidad de los Andes, 2011)

Las principales quejas de los entrevistados en las clínicas de salud mental intervenidas comentan temores respecto a la posibilidad de adquirir enfermedades de tipo laboral como las mencionadas anteriormente a través de contacto con fluidos corporales como la sangre de los pacientes, pinchazos y enfermedades respiratorias tipo tuberculosis.

En los análisis de correlaciones se encuentran relaciones directas entre demandas ambientales y de esfuerzo físico con las demandas cuantitativas (Ver Tablas 39 y 56) respecto a las características del liderazgo (Ver Tabla 72).

Respecto al *reconocimiento y compensación* se evidencia en tres de las clínicas factores de riesgo relacionados con la falta de actividades de motivación, como lo son los reconocimientos públicos cuando tiene éxito en labores como auditorías. Los reconocimientos según argumentan los trabajadores dependen del jefe inmediato y no son parte de las políticas de las clínicas. La baja tasa de reconocimientos fue un factor común que debe ser analizado, al igual que los periodos de descanso principalmente en el personal auxiliar quienes según los resultados asumen la mayor parte de carga física, están más expuestos a riesgos biológicos y físicos, tienen que permanecer más días de la semana en las clínicas, lo cual les genera cansancio y deterioro de la salud.

Según Bedodo & Giglio (2006) las compensaciones se relacionan con la motivación en el trabajo y la obtención de buenos desempeños. La compensación debe ser dinámica, es decir debe actualizarse continuamente y estar alineados con las políticas y características específicas de la organización.

Los niveles de satisfacción se relacionan significativamente con el trato justo y equitativo, el reconocimiento no económico, el apoyo para sacar determinadas tareas, es decir, trabajo en equipo, contar con la retroalimentación de cómo se están desarrollando las tareas y finalmente la relación que se tiene con los superiores (Yañez, 2010).

En los ejercicios de correlación desarrollados se observa que el reconocimiento y compensación se relacionan de manera directa con las características del liderazgo (Ver Tabla 72)

En *tercer lugar* y presentes en dos de las cuatro instituciones, los trabajadores mencionaron como factores de riesgo significativos a las dimensiones de participación y manejo del cambio, recompensas derivadas de la pertenencia a la organización, capacitación, demandas de la jornada de trabajo, demandas cuantitativas, relaciones sociales en el trabajo, control y autonomía sobre el trabajo. Todas las anteriores repercuten en manifestaciones de estrés.

Los hallazgos anteriores coinciden con el concepto de *ambientes de trabajo saludables* (OMS & OPS, 2010) tratado en el marco conceptual, el cual es considerado uno de los ejes fundamentales donde son factores esenciales para los trabajadores. Los ambientes de trabajo saludables comprenden aspectos como la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo, la calidad de vida de los trabajadores y sus familias en pro de la productividad, competitividad y la sostenibilidad de las empresas.

En relación con la *participación y manejo del cambio* se observaron quejas de parte de los trabajadores donde manifestaban que no eran tenidos en cuenta para la toma de decisiones en sus puestos de trabajo y que normalmente tenían que amoldarse a decisiones impuestas desde las gerencias.

De acuerdo con la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo (2012), las empresas deben consultar a los trabajadores y a sus representantes como parte integral del proceso, debido a que los directivos en muchas ocasiones no tienen soluciones efectivas para todos los problemas de la empresa. En cambio, los trabajadores y representantes tienen amplios conocimientos y experiencia sobre la mejor manera de llevar a cabo una tarea específica y sobre la forma en que ella los afecta. Por lo tanto, los centros de trabajo donde los trabajadores contribuyen de manera activa suelen presentar niveles inferiores de riesgos o siniestralidad laboral.

Las recompensas derivadas de la pertenencia a la organización fueron afectadas por dimensiones anteriormente mencionadas como escasa participación en algunas de las clínicas, las demandas ambientales y de esfuerzo físico, la falta de claridad del rol y la baja percepción de reconocimiento y compensación.

Frente a la dimensión de *capacitación*, dos de las clínicas presentaron un grado de riesgo alto ya que los trabajadores no reconocían actividades de este tipo o si las identificaban, estas eran escasas o poco enriquecedoras. Diferentes estudios muestran la importancia de la capacitación para las organizaciones, la cual tiene como propósitos mejorar conocimientos previos que un empleado tiene sobre la forma de realizar su labor, además de impartir aptitudes técnicas necesarias para realizar un trabajo (Diez & Abreu, 2009).

En relación con las *demandas de la jornada de trabajo*, la investigación mostró correlaciones negativas con las demandas ambientales y de esfuerzo físico, es decir a más riesgo en las demandas ambientales, menor riesgo en las demandas de la jornada de trabajo; sin embargo, presentó una relación directa con el puntaje total de la evaluación de estrés (Ver Tabla 72).

De acuerdo con Karasek (1979, en Salcedo, 2013) el *estrés laboral* surge cuando las demandas del trabajo son altas y al mismo tiempo la capacidad de control es baja.

De la misma manera, la NTP 604 (INSHT, 2001) menciona sobre los *efectos en la salud* que tiene el manejar altos niveles de tensión, influyendo en la calidad de vida de los trabajadores de diversas formas. Se han realizado investigaciones sobre enfermedades crónicas, de manera especial cardiovasculares y otros efectos en la salud como el agotamiento, depresión, insatisfacción laboral, síntomas y trastornos músculo-esqueléticos (ME), problemas de sueño, ansiedad, uso de analgésicos, intentos de suicidio, enfermedad gastrointestinal, accidentes de tráfico y laborales, mortalidad, etc. (Gualtero & cols, 2008)

El personal asistencial de servicios de salud según Hervias (2012, en Uribe, Martínez & Rodríguez, 2015) se encuentra expuesto a *condiciones de trabajo* que demandan un gran esfuerzo, turnos largos y nocturnos, que generan agotamiento físico y mental. El citado estudio refuerza los resultados de la presente investigación donde se encontró que las demandas de tipo cuantitativo son uno de los principales factores psicosociales de riesgo para esta población.

De acuerdo con los resultados de la presente investigación, se observó que los auxiliares manifestaron mayores niveles de riesgo en relación con las *demandas del trabajo*. Uribe & cols. (2015), argumentan que los auxiliares u operarios presentan mayor riesgo psicosocial en el dominio de demandas de trabajo, debido a la presión que supone el hecho de desempeñar roles de cuidadores de salud con grandes cuotas de responsabilidad institucional, además del cumplimiento de objetivos de relevancia general para la organización.

Por otro lado, las *relaciones sociales en el trabajo* afectaron principalmente a la población de auxiliares. Esta situación se explica debido a un alto nivel de competitividad por conservar sus puestos de trabajo, es difícil recibir a personal nuevo quienes por lo general no llegan con la suficiente experiencia para el desempeño del cargo, haciendo que al personal antiguo se le incrementen sus responsabilidades, sumado al hecho de tener que realizar la inducción a su nuevo compañero. La comunicación como parte de las relaciones sociales en el trabajo es otro factor que incide en este hecho ya que suele romperse la información debido a los múltiples actores que intervienen cuando las instrucciones no las da directamente el superior a cargo.

Bolaños (2013) refiere que la *comunicación es un factor relevante de evaluar*, debido a la forma como se maneja y como se tejen las representaciones sociales (chisme), generando un sin número de dinámicas desfavorables que no permiten que se realicen procesos de compañerismo y de cohesión social.

Frente al *control y autonomía sobre el trabajo*, tal como lo muestran los resultados no es una problemática que afecte a todas las clínicas, pero si representa un gran porcentaje en aquellas donde se observa su afectación. En este aspecto es fundamental tener en cuenta el modelo demanda-control de Karasek (INSHT, 2001) quien analizó que el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, como del no tener capacidad de control para resolverlas.

Factores psicosociales extralaborales

En el caso de los profesionales, los principales factores psicosociales identificados como de alto riesgo fueron las dificultades en el desplazamiento desde el hogar hacia el lugar de trabajo y viceversa.

Para esta población, los factores psicosociales protectores que mayor relevancia tuvieron fueron: el tiempo fuera del lugar de trabajo, las buenas relaciones familiares, la comunicación y relaciones interpersonales, la situación económica del grupo familiar, las características de las viviendas y de sus entornos, además de la influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.

En el caso de los auxiliares, los principales factores de riesgo extralaboral identificados fueron: Las características de la vivienda y de su entorno y la dificultad en el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda.

Respecto a los factores psicosociales protectores en auxiliares se identificaron: las buenas relaciones familiares, la comunicación y relaciones interpersonales, la situación económica del grupo familiar, la influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.

En el dominio extralaboral, el desplazamiento que realizan los trabajadores desde sus hogares hacia el lugar de trabajo y luego de regreso al hogar fue el factor de riesgo que más fue mencionado por los trabajadores.

El medio de transporte más mencionado fue el sistema masivo de transporte “Transmilenio” de la ciudad de Bogotá, el cual aunque cubre la mayor parte de la ciudad, no logra llegar a algunos destinos como lo es el municipio de Sibaté, motivo por el cual los trabajadores deben subirse en varios medios de transporte como los buses intermunicipales y en un solo recorrido se deben tomar dos o hasta tres trasbordos sumado a la incomodidad y casos de inseguridad del mismo presenciada en horas “pico” o de alta circulación de personas.

Las personas refieren que los medios de transporte y las dificultades de acceso a sus lugares de residencia son comunes. Para llegar al municipio de Sibaté desde Bogotá se debe acceder por la autopista sur, siendo esta la única vía de tránsito desde Bogotá. El sistema masivo de transporte (Transmilenio-SITP) en la sabana de Bogotá se encuentra a punto de colapsar, debido a que no ha sido capaz de responder a la cantidad de pasajeros que se transportan diariamente.

Bogotá es una ciudad con cerca de nueve millones de habitantes y en sus horas de máximo flujo de pasajeros (horas pico) se reportan hasta 2.1 millones de viajes. Y aunque existen otras vías para el transporte como las ciclo rutas, los trabajadores prefieren no usarlas por miedo a la inseguridad.

Las *características de la vivienda y de su entorno* son otros factores que afectan principalmente a la población de auxiliares. En Bogotá, se reporta una tasa de hurtos de 357 por cada 100.000 habitantes, una cifra muy alta en relación con otras ciudades del país (Revista semana 23 de enero del 2015).

El *tiempo fuera del trabajo* es un factor igualmente relevante para los auxiliares abordados en la presente investigación, quienes comentaban que en muchas ocasiones por el tipo de contrato que tienen deben sacrificar el tiempo de descanso. Deben trabajar turnos extra para poder ganar un poco más, pero si no trabajan se les descuenta el día de inasistencia, lo que genera que se sobrecarguen de trabajo, permanezcan espacios prolongados de tiempo en sus puestos de trabajo, sacrifiquen fines de semana o hasta días festivos. El escaso personal en las clínicas, lleva a la necesidad de que los auxiliares tengan que quedarse tiempo extra, para cubrir los espacios en funciones que deja el hecho de no tener suficientes personas contratadas.

Instrumentos complementarios

Como se pudo observar en los resultados de los *instrumentos complementarios* y teniendo en cuenta el modelo de demanda-control anteriormente mencionado, los mecanismos de afrontamiento adoptados por las personas definen la vulnerabilidad al estrés.

Mediante la aplicación de los instrumentos complementarios se pudo observar que los trabajadores refieren mayor afectación por parte de estresores extralaborales en contraposición a los factores intralaborales ya que se relacionan con aspectos más de tipo familiar y personal.

Conclusiones

El presente estudio ayudó a evaluar de manera detallada los factores psicosociales que se encuentran presentes en el quehacer de los trabajadores de salud mental ya fueran estos de riesgo o protectores. Este ejercicio sirve de bosquejo de lo que se podría encontrar en otras instituciones de este sector tanto en instituciones públicas como privadas.

Es importante resaltar que aunque gran parte de los factores psicosociales analizados presentaron altos niveles de riesgo con afectación en más del 50% de los trabajadores (Ver Figuras 10, 12, 27, 29, 45, 47, 64 y 66), también se encontraron algunos que pueden considerarse factores protectores de la salud de los trabajadores, presentes en más de 50% de los trabajadores, los cuales deben ser potencializados en las intervenciones que se realicen en las instituciones (Ver Figuras 11, 13, 28, 30, 46, 48, 65 y 67).

En este sentido es también importante no solo mitigar los factores de riesgo evidenciados con los diferentes instrumentos, sino también hacer grandes esfuerzos por mantener aquellos aspectos psicosociales que ayudan en el bienestar de los trabajadores.

Dentro de los factores psicosociales intralaborales en los profesionales se destacan como aspectos protectores las adecuadas relaciones con los colaboradores, la influencia del trabajo sobre el entorno y las demandas de la jornada de trabajo. A nivel extralaboral se destacan como factores protectores el tiempo fuera del trabajo y las relaciones familiares (Ver Tabla 76).

En el caso de los auxiliares se destacó como factor protector a nivel intralaboral la capacitación, mientras que a nivel extralaboral el factor destacado fue el hecho de tener adecuadas relaciones familiares (Ver Tabla 77).

Los principales factores psicosociales de riesgo identificados correspondieron a las demandas de tipo emocional motivo por el cual se hizo énfasis en la parte de discusiones sobre el trabajo emocional del cual la salud mental es una digna exponente.

A continuación se desglosan las principales conclusiones que se derivan del trabajo de investigación desarrollado en la presente tesis de maestría:

Condiciones Individuales

1. La mayor parte de los trabajadores son mujeres con un 66% de los profesionales y un 82% de los auxiliares. La clínica con mayor personal femenino fue la clínica 4. Este hallazgo no difiere de otros estudios relacionados con los trabajadores de la salud donde las mujeres tienen un amplio margen de participación.
2. No existen diferencias significativas en promedios de edad entre profesionales y auxiliares.
3. La mayoría de la población se encuentra en el rango de 20 a 40 años de edad.

4. La mayor parte de los trabajadores son solteros, tanto en profesionales (50%), como en auxiliares (37%)
5. Se observa predominio de estratos socioeconómicos tres y cuatro en profesionales, mientras que en auxiliares se observan en mayor medida el estrato dos. No se establece si el pertenecer a un estrato es un factor que determine el grado de escolaridad.
6. El tipo de vivienda propia predomina entre los dos tipos de población.
7. La mayor parte de los profesionales reportó no tener personas a cargo, mientras que en la población de auxiliares es común estar a cargo de dos o más personas en su núcleo familiar.
8. La mayor parte de los trabajadores percibe inestabilidad laboral, pese a que existen porcentajes altos de vinculación en las instituciones. Este fenómeno se puede deber a los tipos de contratación evidenciados.
9. Gran parte de los trabajadores se encuentran expuestos a precarias condiciones de contratación, como lo son los contratos temporales que en la mayoría de las ocasiones no superan el año de vinculación lo cual genera incertidumbre en la continuidad de la vinculación a las instituciones.

Factores psicosociales Intralaborales

1. Las ARL y EPS deben realizar una retroalimentación permanente a las empresas sobre los aspectos generales de salud de los empleados ya que no se cuenta con datos al respecto.
2. Los profesionales perciben un bajo nivel de riesgo frente al dominio *liderazgo y relaciones sociales en el trabajo* debido a las buenas relaciones que se establecen con sus superiores y subalternos.

3. Los auxiliares perciben nivel de riesgo alto frente al dominio *liderazgo y relaciones sociales en el trabajo* y se correlaciona con las dimensiones de relaciones sociales en el trabajo y la retroalimentación del desempeño. Este aspecto depende directamente de la persona que tengan como jefe y de sus características. Los estilos de liderazgo definen las dinámicas ya sean positivas o negativas que se manejarán en el grupo.
4. La mayoría de los auxiliares no tienen un único jefe y los rotan con frecuencia por las unidades lo que genera cambio en los estilos de liderazgo afectando el desempeño y el grado de retroalimentación.
5. Los auxiliares prefieren estilos de liderazgo participativos en oposición a los estilos autoritarios.
6. Las dificultades a nivel comunicativo suelen ser comunes en todas las clínicas. Este evento se relaciona con la ruptura en la cadena de información.
7. Los auxiliares prefieren recibir instrucciones directamente de sus jefes y no por medio de intermediarios.
8. El 36% de los profesionales perciben un nivel de riesgo alto en relación con el dominio *control sobre el trabajo*. Inciden en este resultado las dimensiones sobre capacitación, la participación y el manejo del cambio, además de la dimensión sobre control y autonomía sobre el trabajo.
9. En el análisis cualitativo se observa que influyen sobre el dominio control sobre el trabajo, el hecho de no poder decidir sobre momentos para tomar pausas, o cuánto trabajo se hace en el día, la velocidad de ejecución o el hecho de no poder cambiar el orden de sus actividades.

10. Algunos trabajadores consideran sus trabajos monótonos y rutinarios debido a que no existe flexibilidad en las labores realizadas y no se les permite participación en el cambio de las condiciones.
11. Para el grupo de auxiliares se encuentra como factor de riesgo principal la dimensión de participación y manejo del cambio, es decir, sienten que no son tenidos en cuenta para la toma de decisiones o cambios en el trabajo que los afectan de manera directa.
12. Frente al dominio sobre *demandas del trabajo* se encuentra para los profesionales un nivel de riesgo aceptable para el 62%.
13. Se evidencian niveles de riesgo altos para toda la población frente a demandas ambientales y de esfuerzo físico, demandas emocionales y demandas cuantitativas.
14. Es necesario mencionar que las demandas emocionales representan para los profesionales un nivel de riesgo muy alto ya que deben atender a pacientes enojados, tristes, enfermos y a las familias cuidadoras.
15. El nivel de riesgo del trabajo emocional se encuentra mimetizado por la transferencia emocional de los funcionarios hacia los pacientes.
16. Pueden considerarse para los profesionales como factores protectores la influencia del trabajo sobre el entorno ya que obtienen reconocimiento social de parte de los pacientes y sus familias, las demandas de carga mental ya que la experiencia adquirida hace que se utilicen menos recursos en relación con funciones atencionales y de memoria.
17. Otros factores protectores podrían ser las demandas de la jornada y la consistencia del rol donde las funciones a desarrollar son claras y se perciben bien estructuradas.
18. El 77% de los auxiliares presentan niveles de riesgo alto en relación con las demandas en el trabajo debido a las demandas ambientales y de esfuerzo físico, demandas emocionales y las demandas de la jornada de trabajo.

19. Se reporta en los datos cualitativos de manera recurrente que los afecta de manera directa la cantidad de trabajo que se tiene a cargo y el esfuerzo mental realizado (concentración, memoria, la toma de decisiones difíciles, atender varios asuntos al mismo tiempo relacionado con sus pacientes y las funciones administrativas).
20. Muchas veces las clínicas no cuentan con personal suficiente para la atención a los usuarios lo cual genera que los auxiliares tengan que doblarse en esfuerzo para alcanzar los objetivos. Similar situación ocurre cuando ingresa personal nuevo que no recibe una adecuada inducción en las funciones a desempeñar.
21. Se destaca el nivel de riesgo alto en demandas ambientales como la iluminación, la calidad del aire, ruido, exposición a contaminantes biológicos por tener que manipular fluidos corporales de los pacientes como heces, saliva, mucosas, entre otros.
22. En el caso de los auxiliares se suma el esfuerzo físico en torno al traslado de pacientes o movilización, demandas cuantitativas en el trabajo, es decir, la cantidad de trabajo que se les asigna.
23. Se reportan demandas emocionales en el manejo de pacientes enfermos que presentan recaídas y produciendo frustración en torno al quehacer de profesionales y auxiliares.
24. Tanto los profesionales como los auxiliares reportan riesgo alto en relación con la *percepción de recompensas en el trabajo*.
25. No perciben estrategias por parte de los jefes o las clínicas, suficientes para mantener la motivación en las actividades laborales.
26. Se percibe por parte de los profesionales y auxiliares que hacen falta más actividades de incentivo y reconocimiento por la labor desarrollada.
27. Pese a que en dos de las clínicas se mencionan estrategias que utilizan las directivas a manera de recompensa, estas suelen ser insuficientes o inexistentes en los otros casos.

28. El 54% de los profesionales y el 36% de los auxiliares presentaron puntajes de riesgo alto en relación con el reconocimiento y la compensación.
29. En la mayoría de las instituciones predomina el tipo de contrato a término fijo inferior a un año lo cual genera incertidumbre en la continuidad de los contratos cuando estos terminan o están a puntitos a terminar. Dicha situación genera malestar en los trabajadores.
30. Como resultado de los dominios anteriores, se obtiene *riesgo intralaboral total* alto para 48% de los profesionales encuestados y el 55% de los auxiliares, lo que significa que se deben tomar medidas urgentes para evitar dificultades a nivel epidemiológico.

Factores Psicosociales Extralaborales

1. A nivel *extralaboral* se encuentra un grado de riesgo aceptable para el 40% de los profesionales y riesgo alto para el 38% de los auxiliares.
2. El factor de riesgo más relevante para los profesionales se observa en el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda principalmente en las clínicas que se encuentran dentro de la ciudad de Bogotá debido a fallas en los sistemas de transporte.
3. El 38% de los auxiliares encuestados reportan riesgo alto en relación con factores extralaborales. Inciden en este puntaje la percepción de poco tiempo fuera del trabajo (tiempo con la familia, amigos, etc.) y las características de la vivienda y su entorno.
4. Como factores protectores se encuentran las relaciones familiares, la comunicación con la familia y amigos, relaciones interpersonales, y la influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.

Manifestaciones de Estrés

1. En relación con *manifestaciones de estrés* se reporta riesgo alto en un 44% de los trabajadores principalmente por sentimiento de sobrecarga de trabajo, cansancio o dolor en alguna parte del cuerpo.
2. Este último aspecto se correlaciona con las demandas ambientales y de esfuerzo físico principalmente en personal auxiliar, mientras que en personal profesional se correlaciona con los porcentajes de riesgo frente a las demandas de la jornada de trabajo y la consistencia rol.

Propuestas de intervención

Con el propósito de dar cumplimiento al cuarto objetivo específico y al objetivo general de la presente investigación, se realizan las siguientes propuestas orientadas a que las instituciones participantes puedan dar cumplimiento a la normatividad que para el efecto de factores psicosociales en el trabajo existe en el país (Ver sección sobre legislación colombiana en Salud mental y Riesgo psicosocial).

Las siguientes propuestas se enmarcan en la metodología PHVA explicada en el marco conceptual, con la intención de que puedan ser incluidas en el Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en las Clínicas intervenidas.

Planear

Como propuesta de intervención es necesario que las clínicas tengan en cuenta que la salud y la seguridad de los trabajadores no depende únicamente de los factores psicosociales intralaborales como se observa normalmente en las empresas.

Las instituciones deben hacer una revisión de la documentación organizacional que contenga información relacionada a los factores psicosociales, con el fin de conocer la situación de la clínica y definir las estrategias a seguir.

Es necesario revisar la información contenida en las estadísticas de ausentismo y morbilidad. Estos documentos hacen referencia a los registros de incapacidad laboral, enfermedad común y laboral, permisos laborales con sus respectivas causas, registros de citas médicas, fechas de incremento de incapacidades, así como las estadísticas de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales (ATEL) con sus respectivas causas.

Las instituciones deben contar con realimentación permanente de las ARL y las EPS sobre la situación general de salud de sus empleados con el propósito de tener líneas de base para las acciones en SST ya que durante el abordaje, las clínicas no proporcionaron tal información argumentando que los datos los tenían de manera exclusiva las EPS y la ARL y hacían parte de la historia clínica de las personas y por tal motivo no se podían proporcionar al investigador

Una vez obtenida la información, calcular el Índice de Lesiones Incapacitantes (ILI) para conocer y clasificar los casos de ATEP y los tiempos que se perdieron por incapacidades originadas en torno a los factores psicosociales (Intralaborales, extralaborales y condiciones individuales).

Crear estadísticas de Incidentes Laborales mediante la sensibilización a los trabajadores frente al reporte de los mismos.

Revisar los manuales de funciones para determinar que éstas sean acordes a los cargos y a las habilidades de los trabajadores, lo cual es un paso clave para otros procesos organizacionales como lo son la selección de personal, inducción, las capacitaciones, procesos de re-inducción y entrenamiento de los trabajadores.

Realizar el panorama de factores de riesgo con el propósito de asociar factores psicosociales específicos a las tareas realizadas (Identificación de puestos blanco).

Revisar que la gerencia por medio del programa de salud y seguridad en el trabajo de respuesta efectiva a resultados evidenciados en el panorama de factores de riesgo psicosocial y los hallazgos de la aplicación de la Batería.

Se debe incluir dentro de los organigramas institucionales las áreas de Salud y Seguridad en el Trabajo de manera independiente del área de Recursos Humanos.

El trabajador debe ser entendido como el producto de su quehacer siete días a la semana, y 24 horas al día como lo expresa la Resolución 2646 del año 2008 sobre factores de riesgo psicosocial laboral y además debe haber voluntad financiera de las directivas.

Es necesario elaborar un plan de trabajo de capacitaciones de prevención en ATEP, además de proporcionar dotación de Elementos de Protección Personal (EPP) adecuada, mediciones de condiciones ambientales de temperatura, ruido y condiciones físicas de trabajo.

Para cada clínica, se mencionan características ambientales que deben ser tenidas en cuenta a la hora de realizar las evaluaciones. Así por ejemplo, para la Clínica 1 y 2 el manejo de bajas temperatura y EPP para mitigación de olores, para la Clínica 3 el ruido de fábricas cercanas debe ser un factor a tener en cuenta y en la Clínica 4 el manejo de las altas temperaturas por la imposibilidad de circulación del aire en algunas de las unidades, así como el factor de iluminación en los consultorios.

Es necesario que las clínicas cuenten con estudios de clima organizacional y encuestas de satisfacción laboral, los resultados de la presente investigación y otros documentos que puedan dar cuenta de los factores psicosociales que inciden en la salud y seguridad de los trabajadores.

Hacer

Dar continuidad a la medición de factores de riesgo psicosocial de acuerdo con la Resolución 2646 de 2008, mediante la Batería para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial.

Cada clínica debe diseñar de manera específica tres subprogramas (Tocasuche, s.f):

El primero debe dirigirse a mejorar, actualizar y dinamizar procesos organizacionales que se hayan identificado como causantes de la presencia de factores psicosociales de riesgo.

El segundo debe ir enfocado al entrenamiento de los trabajadores en las áreas humanas y de desarrollo de competencias de acuerdo con los hallazgos de la investigación.

El tercer programa debe atacar de manera directa los niveles de estrés en los trabajadores.

En este sentido es responsabilidad de las clínicas tener en cuenta en su SG-SST los factores psicosociales intralaborales, extralaborales e individuales identificados en la presente investigación de la siguiente manera:

Nivel intralaboral

1. A nivel *intralaboral*, realizar estrategias encaminadas a la identificación de estilos de liderazgo adecuados para cada grupo de trabajadores principalmente para los auxiliares y poner en consideración la eliminación de rotación de los líderes de los servicios.

2. Es necesario dar mayor autonomía a los líderes de los servicios para que puedan resolver dificultades de manera oportuna, entrenamiento en resolución de conflictos y no permitir que las dificultades detectadas por los trabajadores permanezcan sin acciones de mejora pertinentes.
3. Realizar retroalimentación del desempeño más frecuente por parte de los jefes inmediatos, la cual debe ser de manera clara, oportuna y no coercitiva.
4. Es necesario empezar a tener en cuenta la opinión de los trabajadores para realizar cambios a nivel organizacional ya que ellos cuentan con la experiencia en el adecuado desempeño de tareas.
5. Fortalecer las relaciones entre trabajadores por medio de actividades periódicas de integración y motivación, tipo convivencias, retiros, etc. Mantener la adecuada percepción sobre el trabajo en equipo.
6. Hacer esfuerzos para que los empleados mejoren la percepción de control sobre el trabajo, permitir la participación activa, establecer periodos de descanso que sean respetados, garantizar que la cantidad de personal encargado de los servicios sea la adecuada (queja de todas las clínicas), mantener el orden en los cronogramas de actividades, dar continuidad a la consistencia entre funciones asignadas y acciones desarrolladas.
7. Mantener espacios de capacitación permanente relacionada con el área asistencial de los diferentes servicios, retomar las actividades de inducción y re-inducción en los diferentes cargos, generar acciones para promover la oportunidad para el desarrollo de habilidades y destrezas.
8. Realizar convenios de formación y capacitación con entes externos para los trabajadores y brindar tiempos y espacios necesarios.

9. Diseñar y socializar de manera permanente protocolos de abordaje e intervención de los pacientes con el propósito de establecer consensos y evitar incidentes, accidentes e incapacidades.
10. Realizar un adecuado proceso de selección de personal según perfil, que cuente con las competencias necesarias y el interés por el desarrollo de las actividades asistenciales.
11. Se deben buscar las principales causas de deserción laboral con el propósito de realizar cambios a nivel organizacional. Los trabajadores reconocen que se pierde mucho tiempo al tener que realizar procesos de aprendizaje con los nuevos empleados cada vez que alguna persona renuncia o no continúa con la labor.
12. La experiencia laboral de los compañeros es bien valorada por todos los trabajadores ya que les ayuda a ser más eficientes y eficaces en su propio trabajo.
13. Valorar la experiencia de las personas que se encuentran contratadas por prestación de servicios para su paso a contratación de planta por encima de personas nuevas y sin experiencia.
14. Reevaluar la cantidad de trabajo asignada a los trabajadores para evitar posibles sobrecargas de trabajo, físico en el caso de los auxiliares y mental en el caso de los profesionales.
15. Velar por la eliminación del tipo de contrato temporal y propiciar la contratación a término indefinido con el propósito de que los trabajadores no perciban la inestabilidad laboral.
16. Generar espacios de escucha donde los trabajadores puedan de manera individual o colectiva expresar sus sentimientos y emociones bajo la dirección de personal idóneo, protegiendo de esta manera su salud mental y generando capacidad de resiliencia.

17. Rediseño locativo de algunos consultorios, servicios y talleres donde se permita mayor iluminación, ventilación o aislamiento de sonidos, dotación conforme con las actividades a desarrollar.
18. Diseñar y poner en práctica estrategias de motivación y recompensa para los trabajadores donde se incentiven y reconozcan los buenos desempeños y se mantenga la motivación en el desarrollo de las actividades diarias.
19. Continuar fortaleciendo el sentido de pertenencia a las clínicas, al igual que el sentido de autonomía en la realización de actividades laborales y el respeto por el quehacer de cada trabajador.
20. Garantizar a los trabajadores los elementos de trabajo mínimos para el desarrollo de actividades diarias. Elementos de aseo, elementos de protección personal, materiales terapéuticos, herramientas, equipos de oficina, muebles y demás insumos.
21. Socializar los resultados de la presente investigación con los trabajadores y no echar en saco roto las sugerencias y hallazgos.

Nivel extralaboral

1. A nivel *extralaboral* desarrollar estrategias para eliminar barreras en torno al desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda.
2. Garantizar que los trabajadores perciban un adecuado tiempo fuera del trabajo, por medio de actividades de integración, flexibilización laboral y en horarios para algunos cargos, fortalecer interacciones familiares, comunicación y relaciones interpersonales.

Control del estrés

En relación con *manifestaciones de estrés* se espera que las clínicas realicen actividades de prevención de enfermedades de tipo psicosomático y promoción de estilos de vida saludables.

Se debe realizar una actualización de factores psicosociales que originan el estrés laboral, mediante la aplicación de del cuestionario para la evaluación del estrés. Esta evaluación, se debe hacer a la par con los exámenes médicos tradicionales y exámenes médicos con énfasis en enfermedades profesionales derivadas del estrés.

Con la clasificación de niveles de estrés según cargos, realizar entrevistas psicológicas estructuradas a los funcionarios que reporten grados de estrés alto y personalidad Tipo A.

Realizar exámenes médicos a los trabajadores que el experto en psicología considere que presentan enfermedades derivadas del estrés.

Diseñar espacios para fortalecer en los trabajadores sus estrategias de afrontamiento de factores psicosociales estresantes tanto intra como extralaborales. La idea no es eliminar el estrés en los trabajadores, sino que estos aprendan a emitir respuestas comportamentales, cognitivas y emocionales de control sobre los posibles eventos estresantes.

Verificar y Actuar

Una vez se hayan establecido las recomendaciones aquí expuestas, las clínicas deberán verificar el impacto en los trabajadores principalmente en aquellos que presentaron en la evaluación inicial niveles altos de estrés.

De acuerdo con la verificación del impacto, las clínicas deberán incorporar los ajustes necesarios a cada subprograma implementado.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo -EU-OSHA- (2012). *Participación de los trabajadores en la seguridad y salud en el trabajo. Una guía práctica.*

Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). *El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (II) Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental.* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N° 39, 1991.

Anseán, A. (s.f.). *Psiquiatrización de la vida cotidiana.* Disponible en:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:t4_snCIaVj4J:www.alansaludmental.com/app/download/6485171252/Vol%2B1%2B-%2B18%2B-%2BPsiquiatrizacion%2BVida%2BCotidiana%2Ben%2BSM%2B-Andoni%2BAnsean-.pdf%3Ft%3D1384199848+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co

Araujo, J. & Trujillo, J. (2002). *De MorbisArtificum Diatriba 1700 - 2000.* Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14024>

Ardón, N. & Cubillos, A. (2012). *La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana 1960 – 2012.* Rev, Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 12 – 38, julio a diciembre del 2012.

Aristizabal, N. & Ortiz, L. (s.f.). *Salud mental (Estrés, depresión y rasgos de personalidad) de un grupo de cuidadores formales de personas mayores de setenta años, pertenecientes a*

cuatro centros geriátricos de la ciudad de Bogotá y a tres del municipio de Chía.

Cuadernos Hispanoamericanos de psicología, vol 2 N° 2, 7 – 18.

Avendaño, C. & Grau, P. (1997). *Salud en enfermeras chilenas.* Visibilizando riesgos

Cuadernos Mujer Salud, 2: 92 - 97.

Basaglia, F. (s.f.). *La institución negada.* Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/131364194/Basaglia-Franco-La-Institucion-Negada-pdf>

Bedodo, V. & Giglio, C. (2006). *Motivación laboral y compensaciones: una investigación de orientación teórica.* Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de psicología.

Bolaños, A. (2013). *Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo como factor de riesgo psicosocial.* Universidad de Manizales, Facultad de psicología. Manizales Colombia.

Burgos, N. (2011). *Precarización laboral y salud mental: Principales factores de inestabilidad laboral y malestar en trabajadores nucleados en una entidad gremial.* Universidad Nacional de la Plata.

Carniel, L; Runte, A; Torres, F; Bruce, M. (2011). *Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores.* Ciencia y Salud Colectiva, vol 16, núm. 4, abril 2011. Pág. 2077–2087. Rio de Janeiro Brasil.

- Castillo, A. (2014). *Factores de riesgo psicosocial y estrés laboral en algunas empresas de producción del centro occidente de Colombia. Dimensión: Oportunidades para el desarrollo, uso de habilidades y destrezas y dominio: recompensa*. Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Maestría en Gerencia del Talento Humano.
- Castro, E. & Muñoz, A. (2010a). *Promoción de la salud en los lugares de trabajo: entre ideal e irreal*. *Med segur Trab (Internet)* 2010; 56 (221): 288–305.
- Castro, E. & Muñoz, A. (2010b). *Participación: Una apuesta para cuidar de los que cuidan la salud*. 2010. *Av. Enfermen.*, XXVIII número especial, 90 años: 39–51.
- Cochrane, R. & Robertson, A. (1967). *Inventario de estresores extralaborales recientes adaptado de: "The life events inventory" Journal of psychosomatic research*, 11, pp. 213-218
- Colegio Colombiano de Psicología –COLPSIC-, (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*.
- Colombia, Congreso de Colombia (2006). Ley 1090 de 2006. *Por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología*.

Colombia, Congreso de Colombia (2006). Ley 1010 de 2006. *Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.*

Colombia, Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y de Salud (1984). Resolución 1016 de 1984. *Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional.*

Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Educación Nacional (1984). Decreto 614 de 1984. *Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional.*

Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1994). Ley 1295 de 1994. *Por medio de la cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.*

Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Ministerio de Salud (1994). Decreto 1832 de 1994. *Por la cual se adoptó por primera vez la tabla de enfermedades profesionales.*

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (1998). Resolución 2358 de 1998. *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.*

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006). Decreto 3518 de 2006. *Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.*

Colombia, Ministerio de la protección Social (2008). Resolución 2646 de 2008. *Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.*

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2009). Decreto 2566 de 2009. *Tabla de enfermedades Profesionales.*

Colombia, Ministerio de Salud (2013). Ley 1616 de 2013. *Por Medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.*

Colombia, Ministerio de Trabajo (2012). Ley 1562 de 2012. *Modificación del Sistema de Riesgos Laborales.*

Colombia, Ministerio de Trabajo (2014). Decreto 1443 de 2014. *Por medio del cual se dictan las disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la salud y la seguridad en el trabajo.*

Comunidad Andina de Naciones –CAN- (2004). *Decisión 584: Instrumento andino de salud y seguridad en el trabajo*

Diario El Tiempo 06/02/2013. *¿De qué se enferman funcionarios que atienden a víctimas de conflicto?* Por: redacción justicia. Disponible en:

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12580642>

Diez, J. & Abreu, J. (2009). *Impacto de la capacitación interna en la productividad y estandarización de procesos productivos: un estudio de caso*. Daena: International Journal of Good Conscience. 4(2): 97-144.

Espinosa, C. & García, M. (s.f.). *Estrés laboral en profesionales de la salud: etiología, prevención, consecuencias y técnicas de intervención*. Universidad de la Sabana. Bogotá.

Estrada, M. & Vargas, P. (2004). *Diseño y estructura del sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001:2000 para una institución prestadora de servicios de salud IPS*. Universidad Javeriana.

Federación de Aseguradores Colombianos -FASECOLDA– (2013). *La enfermedad laboral en Colombia*. Abril de 2013. Disponible en:

<http://ccs.org.co/img/Enfermedad%20Laboral%20en%20Colombia%20Fasecolda.pdf>

Fornés, J. (2003). *Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos*. Universitat de les Illes Balears. Mallorca. Revista electrónica semestral de enfermería. N° 2. Mayo 2003.

- García, E. & Tapias, L. (2010). *Equidad de género en el empleo del sector salud, Colombia 2008-2010*. Universidad Javeriana.
- Gualtero, M.; Orjuela, A.; González, L.; Betancourt, J. & Pardo, H. (2008). *La salud mental en Colombia*. Agosto del 2008.
- Guerrero, J. (1995). *Salud mental y trabajo en tiempos de cambio organizacional*. Revista Colombiana de Psicología. N° 3. Bogotá: Universidad Nacional. Págs. 100 – 108.
- Guerrero, J. & Puerto, I (2007). *Productividad, trabajo y salud. La perspectiva psicosocial*. En: Revista Colombiana de Psicología. Bogotá: Universidad Nacional. Págs. 203 –234.
- Ibáñez, J.; Helia, M.; Martínez, B.; Gacitúa M. (1988). *Riesgo laboral y patología psiquiátrica del personal de un servicio de psiquiatría*. Rev. chil. neuro-psiquiatr; 26 (2):123-32, abr.-jun. 1988.
- International Labour Office –ILO- (2011). *Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health*. Disponible en:
http://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/document/publication/wcms_162662.pdf.
- Jiménez, A. & Moyano, E. (2008). *Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: Medios para mejorar la calidad de vida*. Revista Universum, N° 23, Vol. 1: 116-133.

Lozada, M; Muñoz, A. (2012). *Experiencias de Investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo*. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 11.

Mababu, R. (2012). *El constructo de trabajo emocional y su relación con el síndrome del desgaste emocional*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 2, 219-244, 2012

Mc Lean, A. (1976). *Cuestionario de vulnerabilidad al estrés adaptado de: "Job stress and psychosocial pressures of change"*, Personnel, 53, 40-49.

Mejía, J. (2000). *El muestreo en la investigación cualitativa*. Investigaciones sociales. Año IV, número 5, 2000.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo –INSHT- (2001). *NTP 604. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo –INSHT- (2004). *NTP 720. El trabajo emocional: concepto y prevención*.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo –INSHT- (2010). *Factores psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Disponible en:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

Ministerio de la Protección Social – MPS – y la fundación FES (2005a). *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003*. Impreso por Graficas Ltda., Cali, diciembre de 2005

Ministerio de la Protección Social – MPS – y la fundación FES (2005b). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Impreso por Graficas Ltda., Cali, diciembre de 2005

Ministerio de la Protección Social – MPS – (2007). *Política nacional del campo de la salud mental: Documento propuesta para discusión y acuerdos*. Bogotá diciembre del 2007.

Ministerio de la Protección Social –MPS- y Universidad Javeriana (2010). *Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial*. Disponible en:
<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/descargas.html>

Muñoz, A (2007). *Los métodos cualitativo y cuantitativo en la evaluación de impactos en proyectos de inversión social*. Universidad Mariano Gálvez. Guatemala.

Naismith, D. (1975). *Inventario de estresores intralaborales recientes*. Adaptado de: “*Stress among managers as a function of organization alchange*”, George Washington University, Doctoral Dissertation (Unpublished)

Novick, M. & Galin, P. (2003). *Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo.*

El caso del sector salud. Disponible en:

http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub58.pdf

Organización Internacional de Trabajo –OIT- y Organización Mundial de la salud –OMS-,

(1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza incidencia y prevención.*

Disponible en:

http://www.ergonomia.cl/eee/Inicio/Entradas/2013/11/1_OIT_OMS_Factores_Psicosociales_en_el_Trabajo.html

Organización Internacional del Trabajo –OIT- (2003). *La violencia en el trabajo.* Educación obrera 2003/4 Número 133.

Organización Mundial de la Salud –OMS- (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.* Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud –OMS- (2006). *Informe sobre la salud en el mundo.* Capítulo

1: Perfil mundial de los trabajadores sanitarios. Disponible en:

http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf

Organización Internacional del Trabajo –OIT- (2009). *Informe reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales* (Recomendación núm. 194)

Disponible en:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116906.pdf

Organización Mundial de la Salud –OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2000). *Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*.

Organización Mundial de la Salud –OMS- (2005). *Number of work-related accidents and illnesses continues to increase: ILO and WHO join in call for prevention strategies*. 28 Abril 2005

Organización Mundial de la Salud –OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2010). *Ambientes de Trabajo Saludables: Un modelo para la Acción*.

Organización Mundial de la Salud –OMS- y Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010 – 2012*.

Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2013). *Who aims: Informe sobre los sistemas de salud mental en américa latina y el caribe*. Oficina Sanitaria Panamericana. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

Parra, M. (2001). *Salud Mental y Trabajo: Monografías de gestión en psiquiatría y salud Mental*. Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas. Unidad de Psiquiatría.

Ramazzini, B. (1700). *De Morbis Artificum Diatriba*. Italia. Citado en Nieto, H. (1999) *Salud Laboral*. Capítulo del libro Medicina y salud pública. Vicente E. Mazzáfero y cols. EUDEBA. Buenos Aires 1999

Revista semana (23 de enero de 2015) *Mitos y realidades sobre la seguridad en Bogotá*.

Disponible en:

<http://www.semana.com/nacion/articulo/mitos-realidades-sobre-la-seguridad-en-bogota/415526-3>

Ruiz, F.; Matallana, M.; Amaya, J.; Vásquez, M.; Parada, L. y Piña, M. (2008). *Recursos Humanos de la Salud en Colombia*. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana y CENDEX.

Salcedo, L. (2013). *Diagnóstico y planteamiento de intervención del riesgo psicosocial en los operarios gasistas de Efigas S.A E.S.P en las ciudades de Pereira, Armenia y Manizales*. UNAD. Programa de psicología. Pereira.

Sánchez, G.; Millán, T.; Gutiérrez, F.; Valenzuela, V. (1992). *Evaluación de estrés en personal de la salud a través de Escala de Sucesos Vitales*. Revista de Psiquiatría Clínica, 28:1-9.

Santana, V. (2012). *Empleo, condiciones de trabajo y salud*. Editorial: Salud Colectiva. Págs.: 101-106.

Sarmiento, M (2012). *Factores de riesgo psicosocial intralaboral: Diagnóstico en personal terapéutico asistencial*. Universidad EAN.

Tocasuche, H. (s.f). *Intervención de los factores de riesgo psicosocial en el medio ambiente laboral colombiano*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá. Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2012/intervencion-factores-riesgo-psicosocial-en-medio-ambiente-laboral>

Trucco, M.; Valenzuela, P.; Trucco, D. (1999). *Estrés ocupacional en personal de salud*. Revista Médica de Chile, 127 (12). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006

Universidad de los Andes (2011). *Manual de bioseguridad*. Disponible en: <http://foliaanatomica.uniandes.edu.co/pdf/bioseguridad.pdf>

Uribe, A.; Martínez, A. & Rodríguez, E. (2015). *Las demandas del trabajo en una institución de salud en nivel III de atención*. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 44, 36-50.

Disponible en:

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/614/1149>

Vitalino, R. Et. Al. (1990). *Perfil de estilos de afrontamiento*. Adaptado de: “*Coping profiles associated with psychiatric, physical health, work and family problems*”, Health psychology, 9, 348-376.

Yañez, L. (2010). *Condiciones laborales y la satisfacción en el trabajo dentro de una ONG*.

Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de contaduría y administración. Maestría en Administración.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con documento de identificación _____, como trabajador de la institución _____ acepto participar voluntariamente en la investigación **“Factores psicosociales en el trabajo: Diagnóstico y propuesta de intervención en cuatro instituciones psiquiátricas de Bogotá D.C. 2015”¹**, tesis de maestría presentada a la Facultad de Enfermería, postgrado en Salud y Seguridad en el Trabajo de la Universidad Nacional de Colombia, cuyos datos serán recolectados con la **“Batería de riesgos psicosociales” del Ministerio de trabajo²**.

El **objetivo** de la investigación es “Determinar los factores psicosociales que inciden en las condiciones de salud y trabajo del personal terapéutico asistencial de salud mental, en cuatro instituciones psiquiátricas de Bogotá, durante el año 2015. Una vez revisadas las causas, elaborar una propuesta de intervención frente a los posibles factores psicosociales identificados”.

Reconozco que la investigación será realizada por el psicólogo de la Universidad Nacional **JESÚS ANTONIO FIESCO NEIRA**, quien cuenta con el aval ético de la Universidad y de las instituciones participantes.

He sido informado que tanto el investigador como los participantes **no recibirán ninguna clase de pago** como producto de la investigación, ya que es un requisito académico sin ánimo de lucro.

Como **beneficio para los participantes** se espera que las instituciones participantes incorporen las recomendaciones de la investigación en sus Sistemas de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo (SG-SST), mejorando de esta manera las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores.

Recibí la información respecto a que la “Batería de riesgos psicosociales” cuenta con una metodología específica para su aplicación donde se tiene en cuenta el código deontológico y ético del psicólogo, respetando la **confidencialidad de los datos**. Los datos sólo serán manipulados por el investigador principal quien será responsable del uso adecuado de los datos recolectados.

El **grado de riesgo o consecuencia negativa para los participantes es mínimo**, se contemplan las demandas ambientales (iluminación, ventilación, temperatura, etc.) las cuales pueden generar fatiga en algún momento de la resolución de los cuestionarios. **No se realizarán pruebas invasivas de ningún tipo.**

¹ Año 2015

² Comprende cuestionarios (aprox. una hora), entrevista (aprox. 30 min., solo a siete participantes) y un grupo focal (aprox. 1 hora, solo a siete participantes), así como un cuestionario para la evaluación del estrés (aprox. 5 min.)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

En cualquier momento podré negarme a participar o abandonar la investigación y será necesario el presente consentimiento informado firmado para la publicación del contenido de la misma.

El negarse a participar o retirarse de la investigación **no acarreará ningún tipo de sanción o pérdida de beneficios** que tuviera antes de iniciar la investigación.

El psicólogo investigador proporcionará de manera gratuita los servicios terapéuticos de emergencia al participante en caso de presentarse alguna dificultad psicológica derivada de la participación en la investigación.

Que el sujeto, su familia o los familiares que tenga a su cargo serán indemnizados en caso de discapacidad o muerte resultante de dichas lesiones producto de la investigación.

Comprendo que las bases de datos y el material recolectado en la investigación una vez concluida, reposará en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia para su aprovechamiento académico, según las normas que dicta la Universidad en este sentido respetando la identidad y confidencialidad de los participantes y los datos proporcionados por ellos.

Conozco que la finalidad de la presentación de los datos de la **investigación será de tipo académico y no compromete a los participantes de ninguna manera**. En caso de que haya recomendaciones con respecto al desempeño, seré informado de ello.

Entiendo que los resultados, conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación serán comunicados a los participantes en una presentación formal guardando la debida confidencialidad e identidad de los participantes, una vez finalizada la investigación y haya sido acordada la fecha con la institución participante.

Firmas:

Investigado

Testigo

Datos de contacto del investigador principal:

Jesús Antonio Fiesco Neira

Psicólogo - Universidad Nacional

Estudiante de Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo

Celular: 317 5303157

Datos del miembro del comité de ética que avalo el proyecto de investigación:

Nombre: _____

Profesión y Cargo: _____

Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo Teléfono: _____

Celular: _____

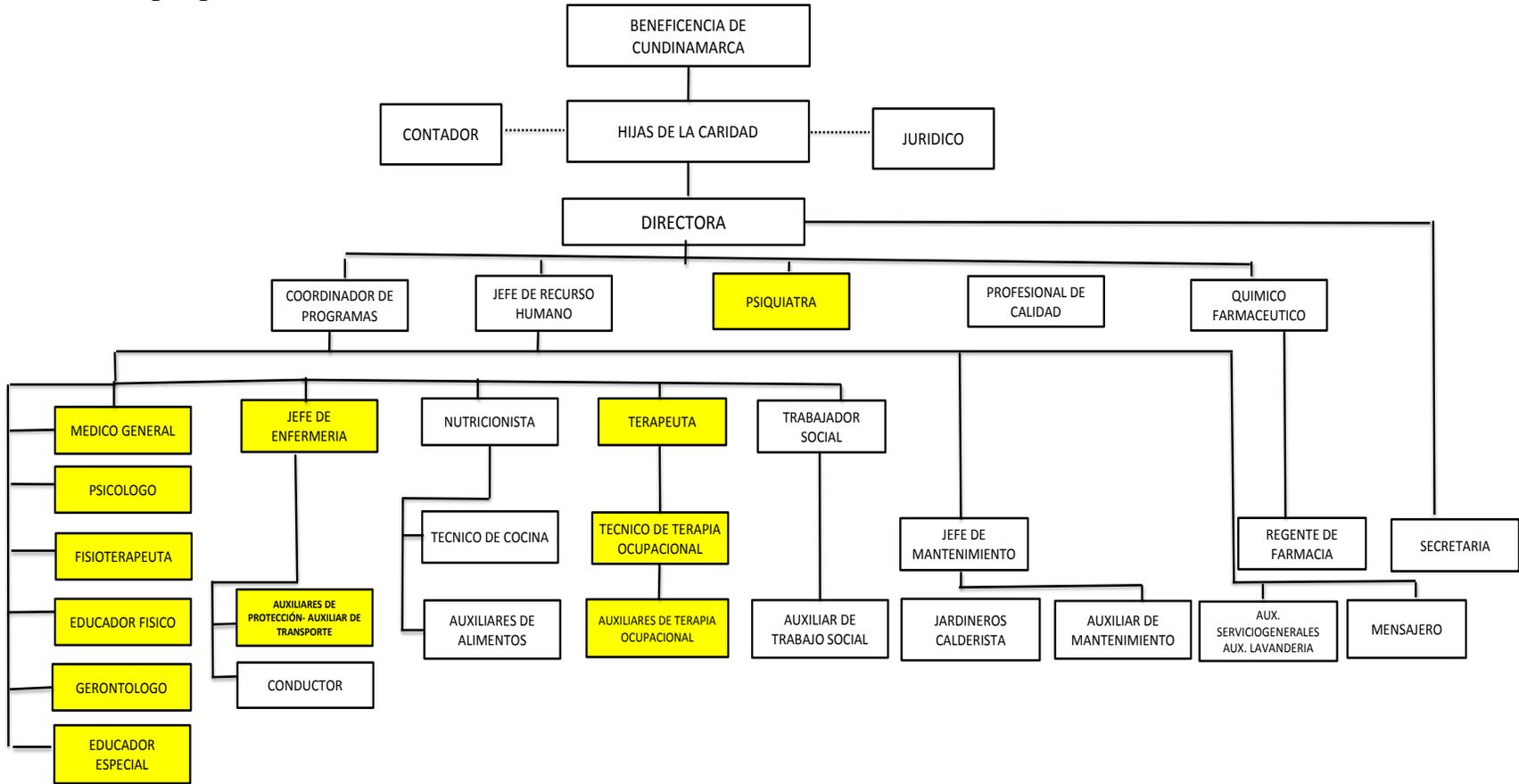
Anexo 2. Batería de Instrumentos Para La Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial

<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/descargas.html>

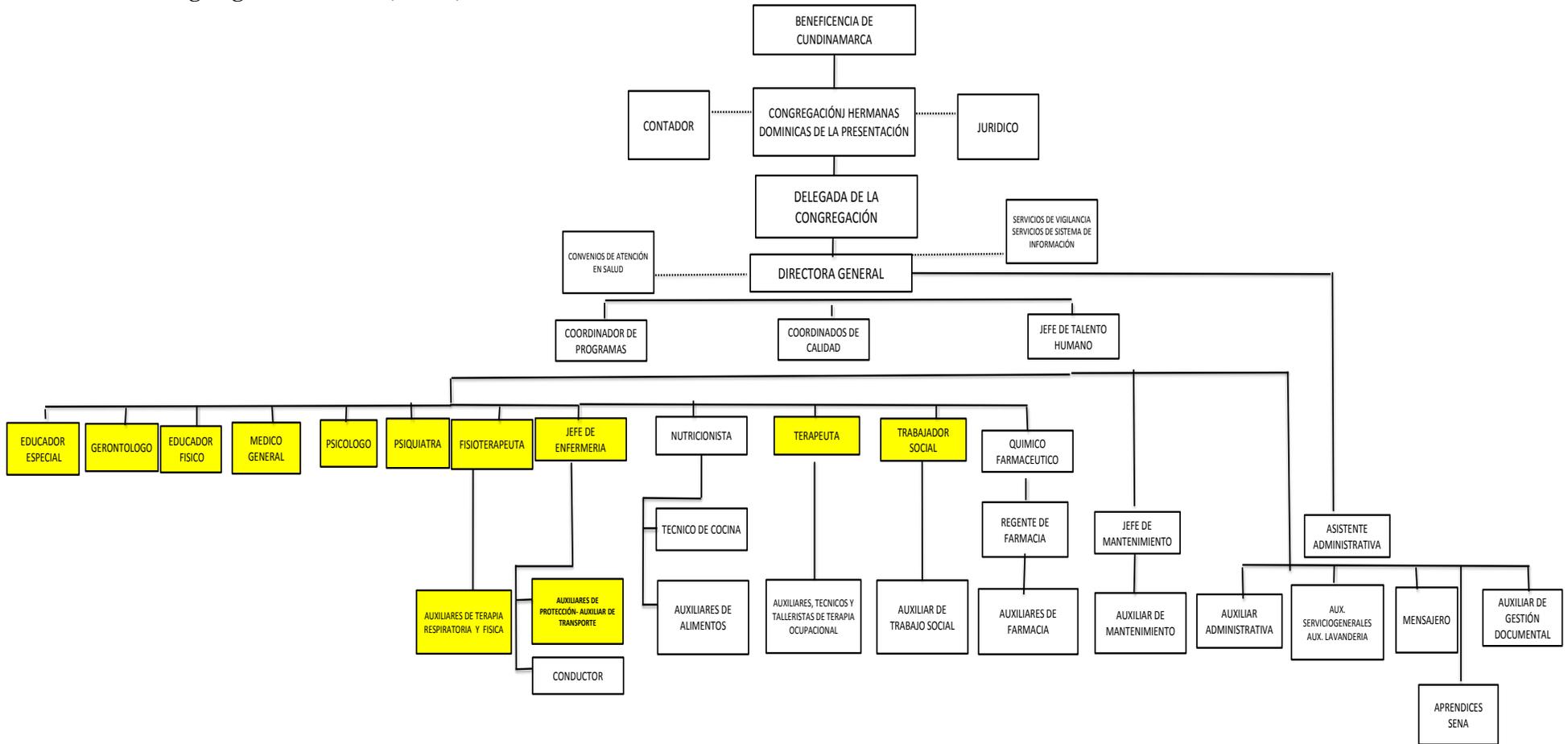
Anexo 3. Costo y financiación del estudio

Se trabajó con recursos propios del estudiante investigador y no comprometió en ningún momento a la Universidad Nacional de Colombia, ni a las clínicas participantes o sus trabajadores.

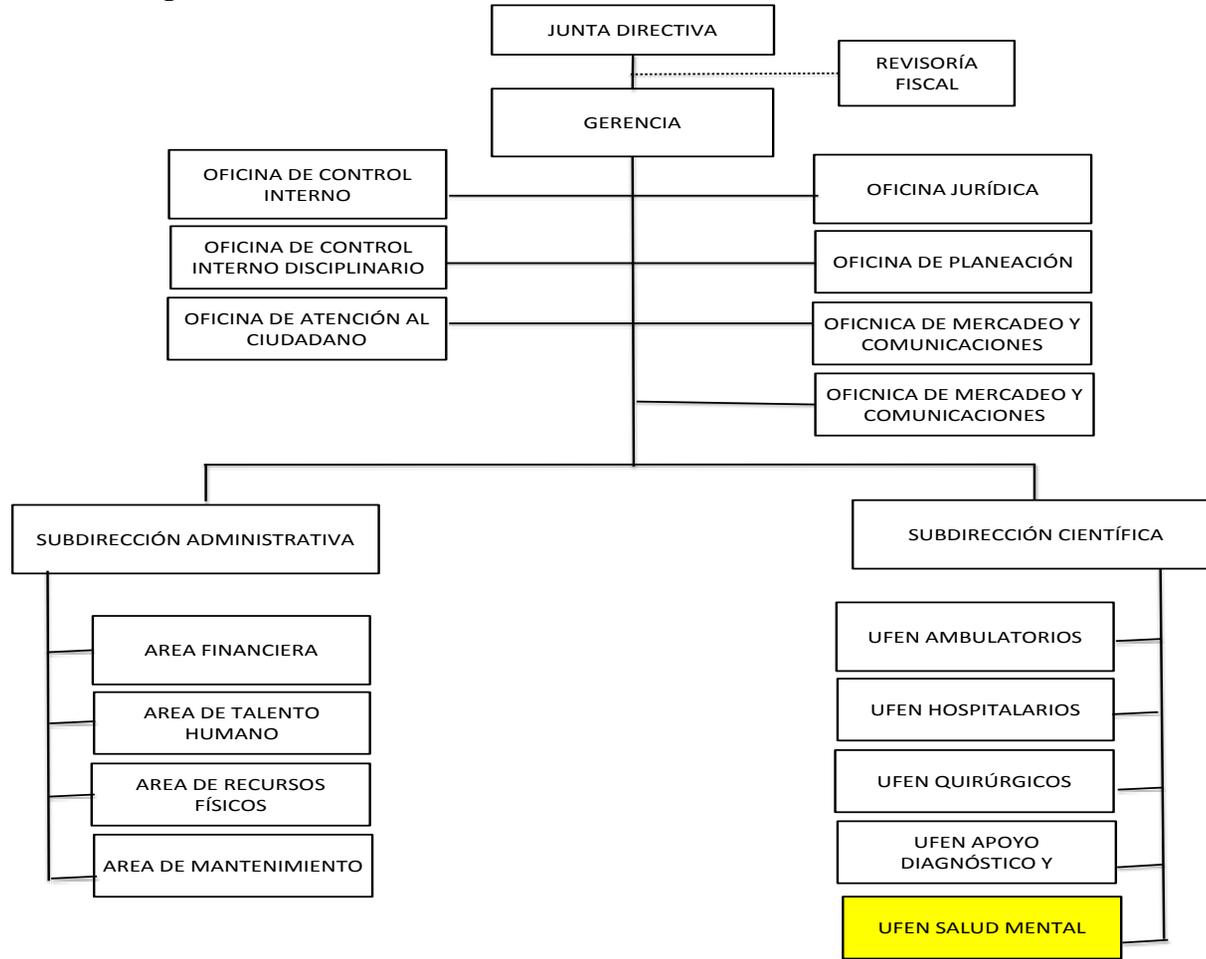
Anexo 4. Organigrama C1-LC (Sibaté)



Anexo 5. Organigrama C2-JJV (Sibaté)



Anexo 6. Organigrama C3-SC (Bogotá)



Anexo 7. Organigrama C4-LI (Bogotá)

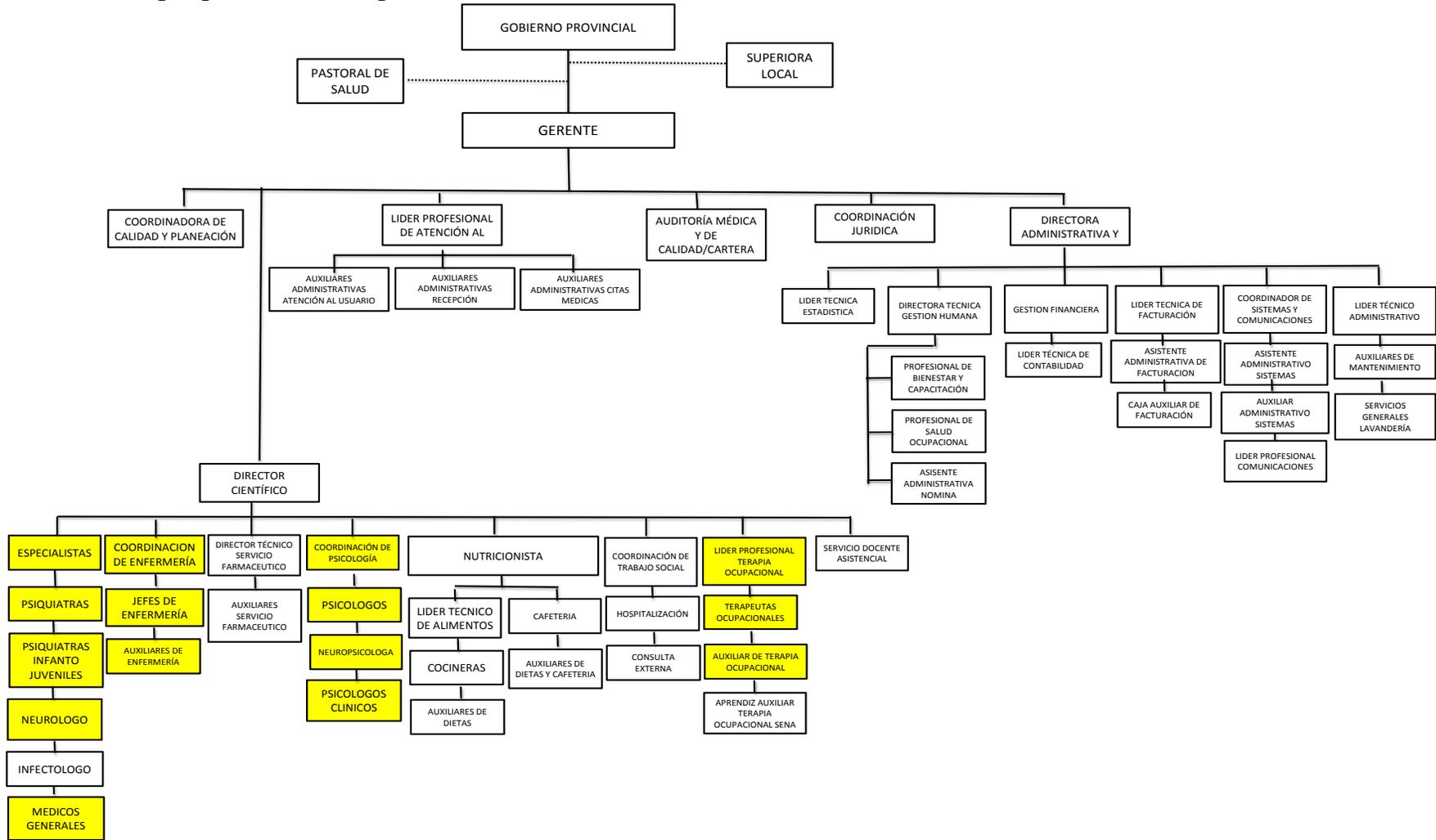


Tabla 1. *Condiciones individuales*

CONSTRUCTO	VARIABLES
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Edad. • Estado civil. • Grado de escolaridad. • Ocupación- profesión. • Lugar de residencia. • Estrato socioeconómico. • Tipo de vivienda. • Número de persona a cargo.
INFORMACIÓN OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar actual de trabajo. • Antigüedad en la empresa. • Nombre de cargo. • Tipo de cargo. • Antigüedad en el cargo actual. • Departamento ó área de desempeño. • Tipo de contrato. • Horas de trabajo diarias. • Modalidad de pago.

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Ministerio de la Protección Social, 2010.

Tabla 2. *Factores psicosociales intralaborales*

DOMINIOS	DIMENSIONES
DEMANDAS DEL TRABAJO	Demandas cuantitativas Demandas de carga mental Demandas emocionales Exigencias de responsabilidad del cargo Demandas ambientales y de esfuerzo físico Demandas de la jornada de trabajo Consistencia del rol Influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral
CONTROL	Control y autonomía sobre el trabajo Oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas Participación y manejo del cambio Claridad de rol Capacitación
LIDERAZGO Y RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO	Características del liderazgo Relaciones sociales en el trabajo Retroalimentación del desempeño Relación con los colaboradores (subordinados)
RECOMPENSA	Reconocimiento y compensación Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Ministerio de la Protección Social, 2010.

Tabla 3. *Definiciones de las dimensiones psicosociales intralaborales e indicadores de riesgo.*

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADORES DE RIESGO
Características del liderazgo	<p>Se refiere a los atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores.</p> <p>Estas características se convierten en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>La gestión que realiza el jefe representa dificultades en la planificación, la asignación de trabajo, la consecución de resultados o la solución de problemas.</p> <p>El jefe inmediato tiene dificultades para comunicarse y relacionarse respetuosa y eficientemente, y para estimular y permitir la participación de sus colaboradores.</p> <p>El apoyo social que proporciona el jefe a sus colaboradores es deficiente o escaso.</p>
Relaciones sociales en el trabajo	<p>Son las interacciones que se establecen con otras personas en el trabajo, particularmente en lo referente a:</p> <p>La posibilidad de establecer contacto con otros individuos en el ejercicio de la actividad laboral.</p> <p>Las características y calidad de las interacciones entre compañeros.</p> <p>El apoyo social que se recibe de compañeros.</p> <p>El trabajo en equipo (entendido como el emprender y realizar acciones que implican colaboración para lograr un objetivo común).</p> <p>La cohesión (entendida como la fuerza que atrae y vincula a los miembros de un grupo, cuyo fin es la integración).</p> <p>Esta condición se convierte en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>En el trabajo existen pocas o nulas posibilidades de contacto con otras personas.</p> <p>Se da un trato irrespetuoso, agresivo o de desconfianza por parte de compañeros, que genera un ambiente deficiente de relaciones.</p> <p>Se presenta una limitada o nula posibilidad de recibir apoyo social por parte de los compañeros o el apoyo que se recibe es ineficaz.</p> <p>Existen deficiencias o dificultades para desarrollar trabajo en equipo.</p> <p>El grado de cohesión e integración del grupo es escaso o inexistente.</p>

Continúa...

Retroalimentación del desempeño	<p>Describe la información que un trabajador recibe sobre la forma como realiza su trabajo. Esta información le permite identificar sus fortalezas y debilidades y tomar acciones para mantener o mejorar su desempeño. Este aspecto se convierte en fuente de riesgo cuando la retroalimentación es:</p>	<p>Inexistente, poco clara, inoportuna o es inútil para el desarrollo o para el mejoramiento del trabajo y del trabajador.</p>
Relación con los colaboradores (subordinados)	<p>Trata de los atributos de la gestión de los subordinados en relación con la ejecución del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos y participación. Además, se consideran las características de interacción y formas de comunicación con la jefatura. Características que se convierten en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>La gestión que realizan los colaboradores presenta dificultades en la ejecución del trabajo, la consecución de resultados o la solución de problemas. El grupo de colaboradores tiene dificultades para comunicarse y relacionarse respetuosa y eficientemente con su jefe. El apoyo social que recibe el jefe de parte de los colaboradores es escaso o inexistente cuando se presentan dificultades laborales.</p>
Claridad de rol	<p>Es la definición y comunicación del papel que se espera que el trabajador desempeñe en la organización, específicamente en torno a los objetivos del trabajo, las funciones y resultados, el margen de autonomía y el impacto del ejercicio del cargo en la empresa. Esta condición se convierte en una fuente de riesgo cuando:</p>	<p>La organización no ha dado a conocer al trabajador información clara y suficiente sobre los objetivos, las funciones, el margen de autonomía, los resultados y el impacto que tiene el ejercicio del cargo en la empresa.</p>
Control y autonomía sobre el trabajo	<p>Se refiere al margen de decisión que tiene un individuo sobre aspectos como el orden de las actividades, la cantidad, el ritmo, la forma de trabajar, las pausas durante la jornada y los tiempos de descanso. Es fuente de riesgo cuando:</p>	<p>El margen de decisión y autonomía sobre la cantidad, ritmo y orden del trabajo es restringido o inexistente. El margen de decisión y autonomía sobre la organización de los tiempos laborales es restringido o inexistente.</p>

Continúa...

Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos	Se refiere a la posibilidad que el trabajo le brinda al individuo de aplicar, aprender y desarrollar sus habilidades y conocimientos. Esta condición se convierte en fuente de riesgo cuando:	El trabajo impide al individuo adquirir, aplicar o desarrollar conocimientos y habilidades. Se asignan tareas para las cuales el trabajador no se encuentra calificado.
Participación y manejo del cambio	Se entiende como el conjunto de mecanismos organizacionales orientados a incrementar la capacidad de adaptación de los trabajadores a las diferentes transformaciones que se presentan en el contexto laboral. Entre estos dispositivos organizacionales se encuentran la información (clara, suficiente y oportuna) y la participación de los empleados. Se convierte en una fuente de riesgo cuando:	El trabajador carece de información suficiente, clara y oportuna sobre el cambio. En el proceso de cambio se ignoran los aportes y opiniones del trabajador. Los cambios afectan negativamente la realización del trabajo.
Capacitación	Se entiende por las actividades de inducción, entrenamiento y formación que la organización brinda al trabajador con el fin de desarrollar y fortalecer sus conocimientos y habilidades. Circunstancia que se convierte en fuente de riesgo cuando:	El acceso a las actividades de capacitación es limitado o inexistente. Las actividades de capacitación no responden a las necesidades de formación para el desempeño efectivo del trabajo.
Demandas cuantitativas	Cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo. Se convierten en fuente de riesgo cuando:	El tiempo del que se dispone para ejecutar el trabajo es insuficiente para atender el volumen de tareas asignadas, por lo tanto se requiere trabajar a un ritmo muy rápido (bajo presión de tiempo), limitar en número y duración de las pausas o trabajar tiempo adicional a la jornada para cumplir con los resultados esperados.

Continúa...

Demandas de carga mental	Demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucran procesos mentales superiores. Estas exigencias se convierten en fuente de riesgo cuando:	<p>. La tarea exige un importante esfuerzo de memoria, atención o concentración sobre estímulos o información detallada o que puede provenir de diversas fuentes.</p> <p>. La información es excesiva, compleja o detallada para realizar el trabajo, o debe utilizarse de manera simultánea o bajo presión de tiempo.</p>
Demandas emocionales	Situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. Se convierte en fuente de riesgo cuando:	<p>Esta exposición incrementa la probabilidad de transferencia (hacia el trabajador) de los estados emocionales negativos de usuarios o público.</p> <p>. El individuo debe ocultar sus verdaderas emociones o sentimientos durante la ejecución de su labor.</p>
Exigencias de responsabilidad del cargo	Hacen alusión al conjunto de obligaciones implícitas en el desempeño de un cargo, cuyos resultados no pueden ser transferidos a otras personas. Considera la responsabilidad por resultados, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros, etc. Se puede constituir en fuente de riesgo cuando:	El trabajador deber asumir directamente la responsabilidad de los resultados de su área o sección de trabajo; supervisar personal, manejar dinero o bienes de alto valor de la empresa, información confidencial, seguridad o salud de otras personas; lo que exige del trabajador un esfuerzo importante para mantener el control, habida cuenta del impacto de estas condiciones y de los diversos factores que las determinan.
Demandas ambientales y de esfuerzo físico	Hacen referencia a las condiciones del lugar de trabajo y a la carga física que exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químicas, biológicas (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial.	Implican un esfuerzo físico o adaptativo que genera importante molestia, fatiga o preocupación, o que afecta negativamente el desempeño del trabajador.

Demandas de la jornada de trabajo	<p>Son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos.</p> <p>Se convierten en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>Se trabaja en turnos nocturnos, con jornadas prolongadas o sin pausas claramente establecidas, o se trabaja durante los días previstos para el descanso.</p>
Consistencia de rol	<p>Se refiere a la compatibilidad o consistencia entre las diversas exigencias relacionadas con los principios de eficiencia, calidad técnica y ética.</p> <p>Esta condición se convierte en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>Al trabajador se le presentan exigencias inconsistentes, contradictorias o incompatibles durante el ejercicio de su cargo.</p> <p>Dichas exigencias pueden ir en contra de los principios éticos, técnicos o de calidad del servicio o producto.</p>
Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral	<p>Condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral.</p> <p>Esta condición se convierte en fuente de riesgo cuando:</p>	<p>Las altas demandas de tiempo y esfuerzo del trabajo afectan negativamente la vida personal y familiar del trabajador.</p>
Reconocimiento y compensación	<p>Es el conjunto de retribuciones que la organización le otorga al trabajador en contraprestación al esfuerzo realizado en el trabajo. Estas retribuciones corresponden a reconocimiento, remuneración económica, acceso a los servicios de bienestar y posibilidades de desarrollo.</p> <p>Condición que se convierte en una fuente de riesgo cuando:</p>	<p>El reconocimiento (confianza, remuneración y valoración) que se hace de la contribución del trabajador no corresponde con sus esfuerzos y logros.</p> <p>El salario se da tardíamente o está por debajo de los acuerdos entre el trabajador y la organización.</p> <p>La empresa descuida el bienestar de los trabajadores.</p> <p>La organización no considera el desempeño del trabajador para tener oportunidades de desarrollo.</p>

Continúa...

Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza	Se refieren al sentimiento de orgullo y a la percepción de estabilidad laboral que experimenta un individuo por estar vinculado a una organización, así como el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo. Este factor se convierte en fuente de riesgo cuando:	El sentimiento de orgullo por estar vinculado a la organización es deficiente o no existe. Se percibe inestabilidad laboral. Los individuos no se sienten a gusto o están poco identificados con la tarea que realizan.
--	--	---

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Ministerio de la Protección Social, 2010.

Tabla 4. Factores psicosociales extralaborales

CONSTRUCTO	DIMENSIONES
CONDICIONES EXTRALABORALES	Tiempo fuera del trabajo. Relaciones familiares. Comunicación y relaciones interpersonales. Situación económica del grupo familiar. Características de la vivienda y de su grupo familiar. Influencias del entorno extralaboral sobre el trabajo. Desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda.

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Ministerio de la Protección Social, 2010.

Tabla 5. *Definiciones de las dimensiones psicosociales extralaborales e indicadores de riesgo*

DIMENSIONES	DEFINICIONES	INDICADORES DE RIESGO
Tiempo fuera del trabajo	Se refiere al tiempo que el individuo dedica a actividades diferentes a las laborales, como descansar, compartir con familia y amigos, atender responsabilidades personales o domésticas, realizar actividades de recreación y ocio. Es factor de riesgo cuando:	La cantidad de tiempo destinado al descanso y recreación es limitada o insuficiente. La cantidad de tiempo fuera del trabajo para compartir con la familia o amigos, o para atender asuntos personales o domésticos es limitada o insuficiente.
Relaciones familiares	Interacciones del individuo con su núcleo familiar. Esta condición se convierte en fuente de riesgo cuando:	La relación con familiares es conflictiva. La ayuda (apoyo social) que el trabajador recibe de sus familiares es inexistente o pobre.
Comunicación y relaciones interpersonales	Cualidades que caracterizan la comunicación e interacciones del individuo con sus allegados y amigos. Esta circunstancia se convierte en fuente de riesgo cuando:	La comunicación con los integrantes del entorno social es escasa o deficiente. La relación con amigos o allegados es conflictiva. La ayuda (apoyo social) que el trabajador recibe de sus amigos o allegados es inexistente o pobre.
Situación económica del grupo familiar	Trata de la disponibilidad de medios económicos para que el trabajador y su grupo familiar atiendan sus gastos básicos. Se convierte en factor de riesgo cuando:	Los ingresos familiares son insuficientes para costear las necesidades básicas del grupo familiar. Existen deudas económicas difíciles de solventar.
Características de la vivienda y de su entorno	Se refiere a las condiciones de infraestructura, ubicación y entorno de las instalaciones físicas del lugar habitual de residencia del trabajador y de su grupo familiar. Se convierten en fuente de riesgo cuando:	Las condiciones de la vivienda del trabajador son precarias. Las condiciones de la vivienda o su entorno desfavorecen el descanso y la comodidad del individuo y su grupo familiar. La ubicación de la vivienda dificulta el acceso a vías transitables, a medios de transporte o a servicios de salud.

Continúa...

Influencia del entorno extralaboral en el trabajo	Corresponde al influjo de las exigencias de los roles familiares y personales en el bienestar y en la actividad laboral del trabajador. Se constituye en fuente de riesgo psicosocial cuando:	Las situaciones de la vida familiar o personal del trabajador afectan su bienestar, rendimiento o sus relaciones con otras personas en el trabajo.
Desplazamiento Vivienda-trabajo-vivienda	Son las condiciones en que se realiza el traslado del trabajador desde su sitio de vivienda hasta su lugar de trabajo y viceversa. Comprende la facilidad, la comodidad del transporte y la duración del recorrido. Es fuente de riesgo cuando:	El transporte para acudir al trabajo es difícil o incómodo. La duración del desplazamiento entre la vivienda y el trabajo es prolongada.

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Ministerio de la Protección Social, 2010.

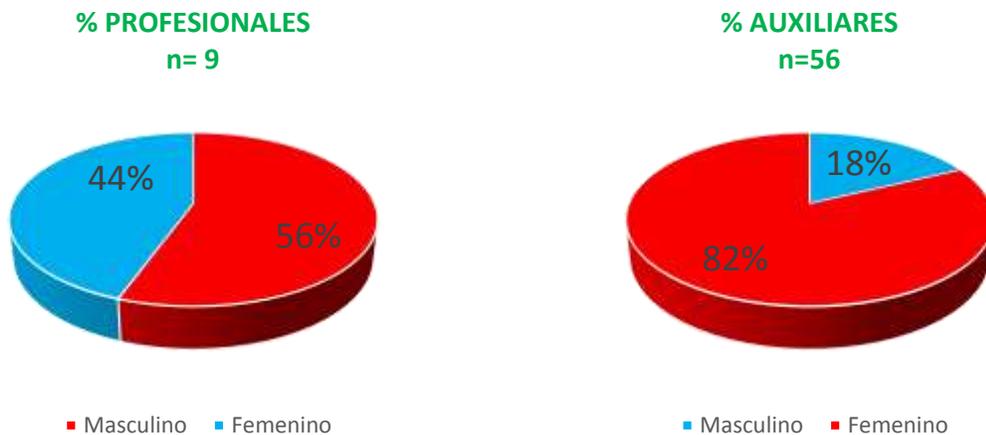
Tabla 6. Estadísticas riesgos laborales por actividades económicas, resaltando en color amarillo datos de Servicios sociales y de salud

Sector Económico	Empresas Afiliadas	Trabajadores afiliados dependientes	Trabajadores afiliados independientes	Presuntos accidentes de trabajo sucedidos	Accidentes de trabajo calificados	Presuntas enfermedades profesionales reportadas	Enfermedades calificadas como profesionales	Muertes reportadas por accidente de trabajo
Administración Pública y Defensa	43.477	2.471.025	525.339	9.031	7.024	1.277	805	11
Agricultura, Ganadería, Caza y Silvicultura	239.350	2.388.221	22.307	35.414	27.640	1.424	718	27
Comercio	990.773	7.351.121	87.054	39.865	32.769	1.940	498	47
Construcción	603.330	7.163.820	71.365	66.649	49.564	1.247	156	114
Financiero	70.667	1.993.683	42.260	3.893	3.037	451	188	4
Hoteles y restaurantes	175.582	1.232.303	16.555	10.583	8.974	1.096	220	3
Industria Manufacturera	485.611	7.534.038	136.876	68.265	58.168	5.225	1.987	53
Inmobiliario	837.581	17.139.011	270.819	103.591	85.186	3.590	1.063	159
Minas y canteras	41.968	1.200.572	13.121	11.844	9.717	416	235	62
Servicios sociales y de salud	166.319	3.094.495	482.483	23.285	19.913	1.188	475	5
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	245.523	4.482.494	70.143	22.911	18.932	1.172	236	71
Total general	4.900.210	63.056.234	2.282.342	422.483	341.198	20.766	7.025	594

Fuente: ARL - Administradoras de Riesgos Laborales- Subdirección de Riesgos Laborales MPS, 2014

Tablas y gráficos C1-LC (Sibaté)

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)

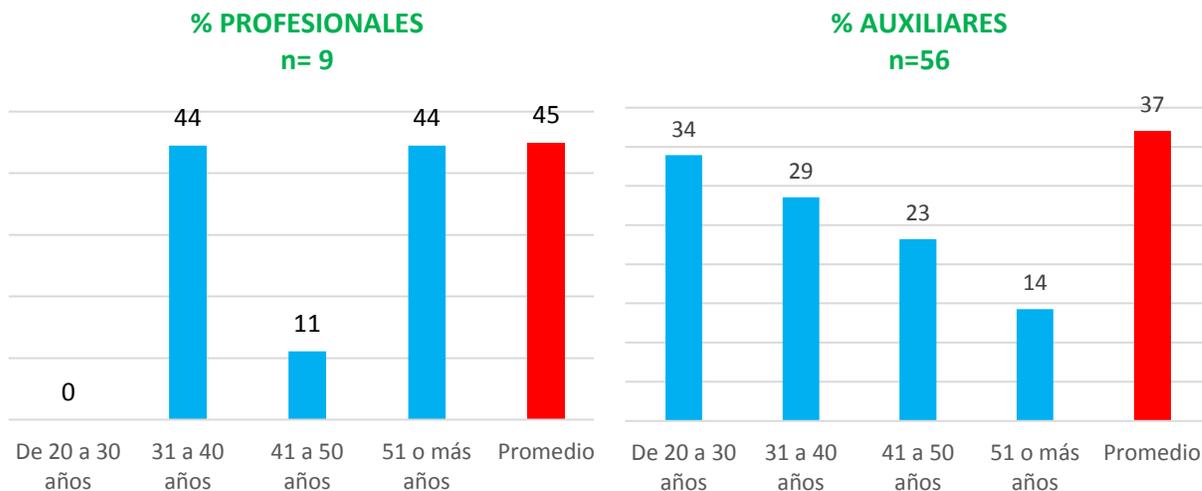


FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 2

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)

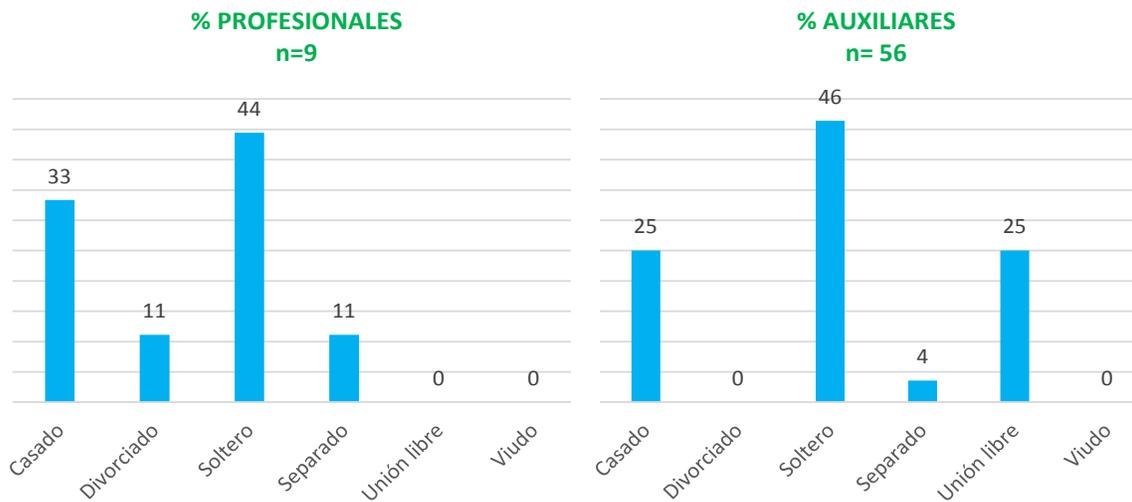


FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 3

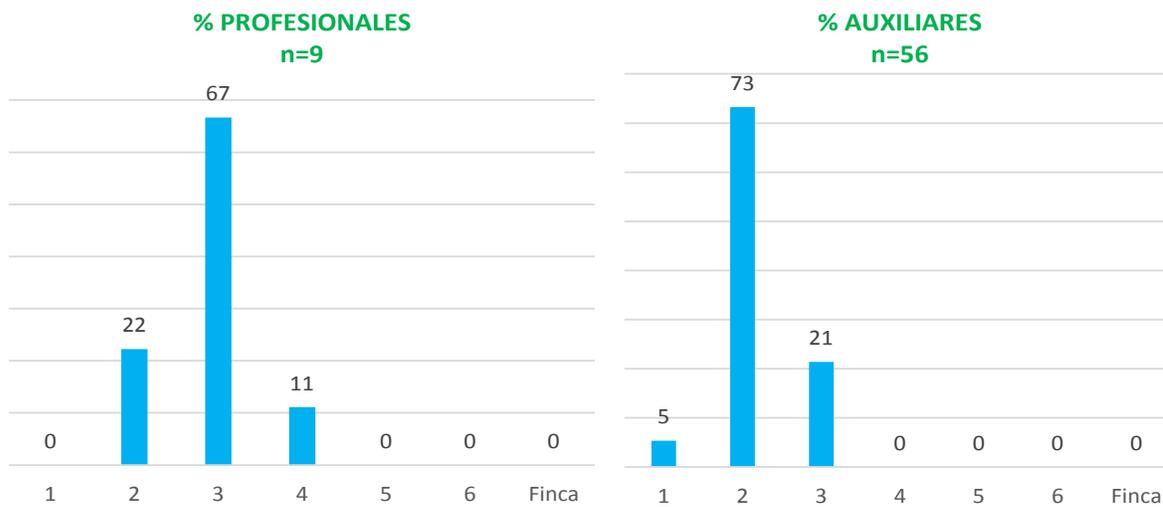
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 4

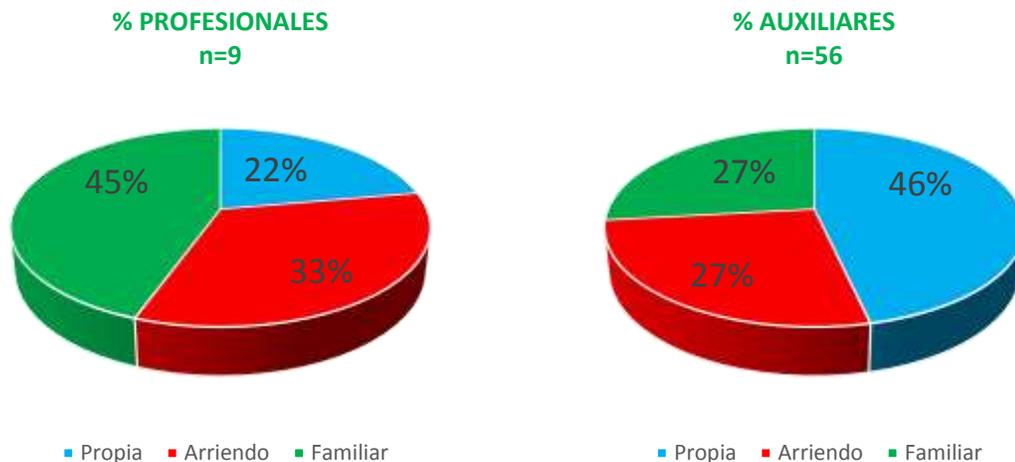
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 5

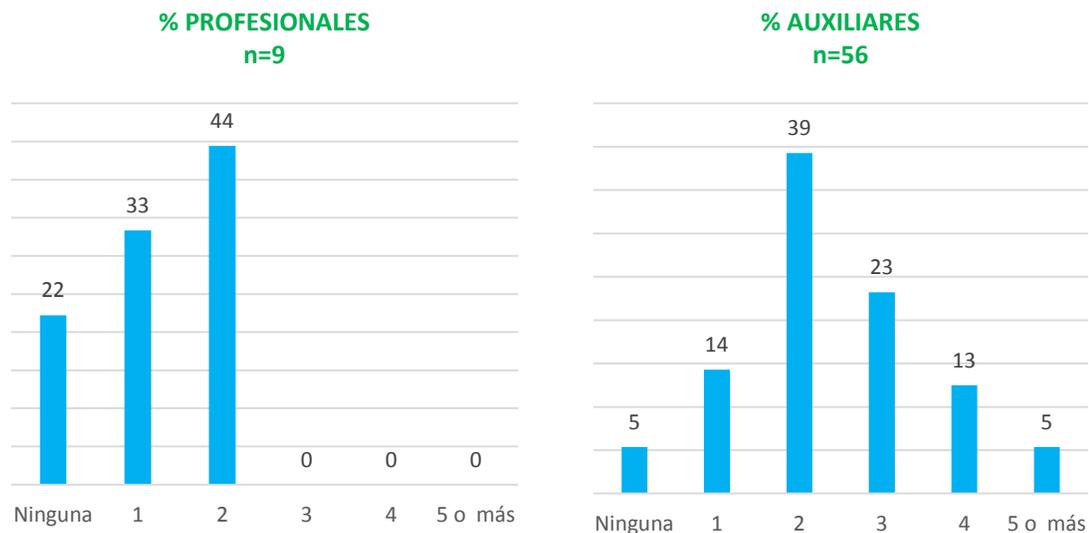
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 6

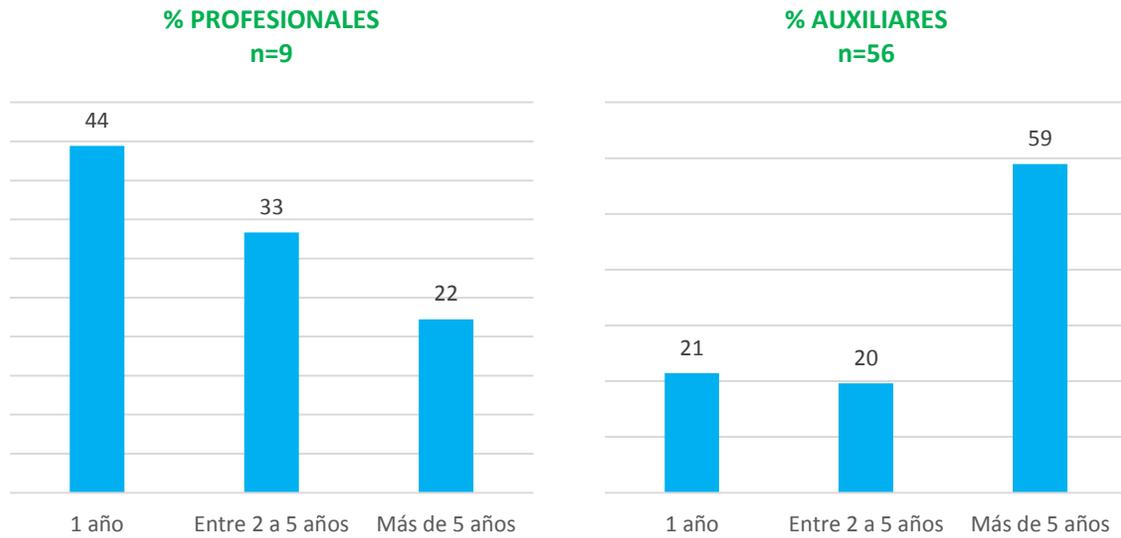
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 7

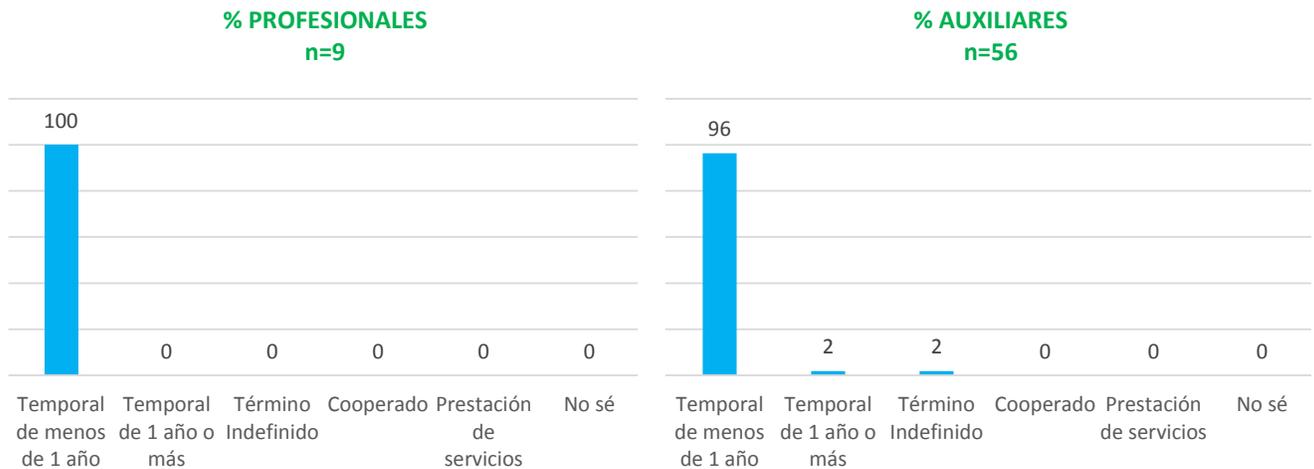
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 8

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 9

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) (*)

Tabla 7. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C1-LC-Sibaté)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	44	RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	4	44	RIESGO ALTO	5	56

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACIÓN CON LOS COLABORADORES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	8	89
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	5	56	RIESGO ALTO	0	0

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	4	44

Tabla 8. *Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C1-LC-Sibaté)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	4	44
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	5	56	RIESGO ALTO	4	44

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	44	RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	5	56	RIESGO ALTO	3	33

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	4	44
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	5	56

Tabla 9. Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C1-LC-Sibaté)

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	2	22	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	2	22	RIESGO ALTO	9	100

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67	RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	3	33	RIESGO MEDIO	7	78
RIESGO ALTO	0	0	RIESGO ALTO	0	0

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11	RIESGO ACEPTABLE	7	78
RIESGO MEDIO	5	56	RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	0	0

CONSISTENCIA DEL ROL			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67	RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	0	0

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	2	22

Tabla 10. *Dominio: Recompensas en profesionales (C1-LC-Sibaté)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	4	44	RIESGO ALTO	4	44

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	4	44

Tabla 11. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C1-LC-Sibaté)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	44
RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	4	44

Tabla 12. Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C1-LC-Sibaté)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	78	RIESGO ACEPTABLE	9	100
RIESGO MEDIO	2	22	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	0	0	RIESGO ALTO	0	0

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	7	78
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	1	11

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67	RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	2	22	RIESGO ALTO	1	11

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67	RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	2	22	RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	1	11	RIESGO ALTO	1	11

Tabla 13. Evaluación del estrés en profesionales (C1-LC-Sibaté)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	3	33

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN AUXILIARES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=56) (*)

Tabla 14. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C1-LC-Sibaté)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	30	54	RIESGO ACEPTABLE	19	34
RIESGO MEDIO	13	23	RIESGO MEDIO	21	38
RIESGO ALTO	13	23	RIESGO ALTO	16	29

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACION CON LOS COLABORADORES N/A		
NIVEL	N	%			
RIESGO ACEPTABLE	23	41			
RIESGO MEDIO	11	20			
RIESGO ALTO	22	39			

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	27	48
RIESGO MEDIO	14	25
RIESGO ALTO	15	27

Tabla 15. *Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (CI-LC-Sibaté)*

CLARIDAD DEL ROL		
CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	24	43
RIESGO MEDIO	13	23
RIESGO ALTO	19	34

CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	48	86
RIESGO MEDIO	4	7
RIESGO ALTO	4	7

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	26	46
RIESGO MEDIO	11	20
RIESGO ALTO	19	34

OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	31	55
RIESGO MEDIO	8	14
RIESGO ALTO	17	30

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	20	36
RIESGO MEDIO	15	27
RIESGO ALTO	21	38

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	29	52
RIESGO MEDIO	13	23
RIESGO ALTO	14	25

Tabla 16. *Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (CI-LC-Sibaté)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	26	46
RIESGO MEDIO	12	21
RIESGO ALTO	18	32

DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	14
RIESGO MEDIO	9	16
RIESGO ALTO	39	70

DEMANDAS CUANTITATIVAS		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	35	63
RIESGO MEDIO	9	16
RIESGO ALTO	12	21

INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	27	48
RIESGO MEDIO	5	9
RIESGO ALTO	24	43

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO N/A		
--	--	--

DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	33	59
RIESGO MEDIO	10	18
RIESGO ALTO	13	23

CONSISTENCIA DEL ROL N/A		
--------------------------	--	--

DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	22	39
RIESGO MEDIO	17	30
RIESGO ALTO	17	30

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	14	25
RIESGO MEDIO	6	11
RIESGO ALTO	36	64

Tabla 17. *Dominio: Recompensas en auxiliares (C1-LC-Sibaté)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	31	55	RIESGO ACEPTABLE	27	48
RIESGO MEDIO	8	14	RIESGO MEDIO	11	20
RIESGO ALTO	17	30	RIESGO ALTO	18	32

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	26	46
RIESGO MEDIO	8	14
RIESGO ALTO	22	39

Tabla 18. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C1-LC-Sibaté)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	21	38
RIESGO MEDIO	11	20
RIESGO ALTO	24	43

Tabla 19. Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C1-LC-Sibaté)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	22	39	RIESGO ACEPTABLE	48	86
RIESGO MEDIO	15	27	RIESGO MEDIO	4	7
RIESGO ALTO	19	34	RIESGO ALTO	4	7

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	26	46	RIESGO ACEPTABLE	22	39
RIESGO MEDIO	14	25	RIESGO MEDIO	23	41
RIESGO ALTO	16	29	RIESGO ALTO	11	20

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	41	RIESGO ACEPTABLE	23	41
RIESGO MEDIO	12	21	RIESGO MEDIO	13	23
RIESGO ALTO	21	38	RIESGO ALTO	20	36

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	42	75	RIESGO ACEPTABLE	24	43
RIESGO MEDIO	5	9	RIESGO MEDIO	14	25
RIESGO ALTO	9	16	RIESGO ALTO	18	32

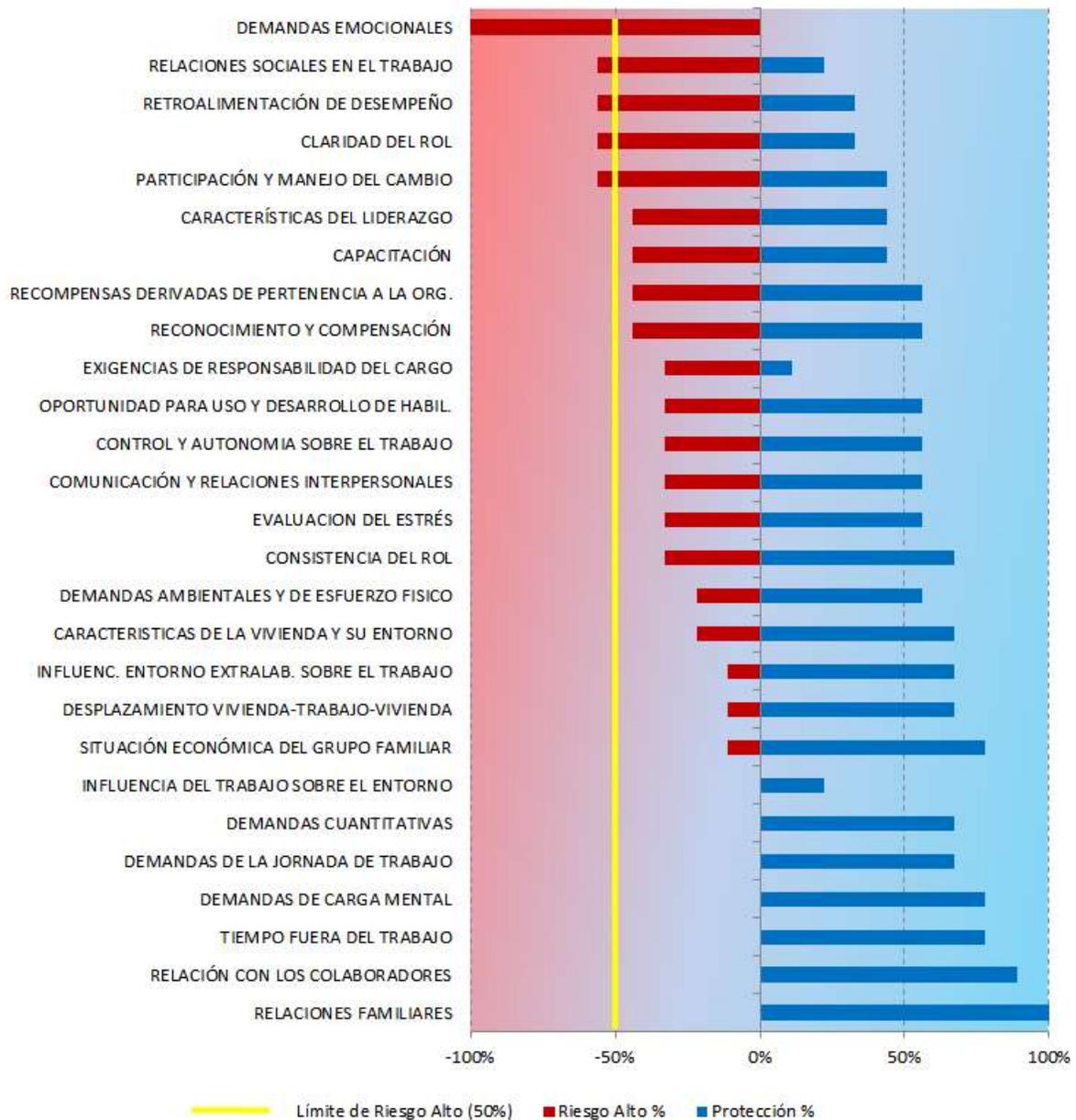
Tabla 20. Evaluación del estrés en auxiliares (C1-LC-Sibaté)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	22	39
RIESGO MEDIO	8	14
RIESGO ALTO	26	46

Tabla 21. Resultados de instrumentos complementarios (CI-LC-Sibaté)

	ESTILO DE AFRONTAMIENTO							
	FACTORES ESTRESORES INTRALABORALES	FACTORES ESTRESORES EXTRALABORALES	VULNERABILIDAD	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SOPORTE SOCIAL	EVITACIÓN	AUTO-CULPABILIDAD	FANTASÍAS
PROFESIONAL	153	59	29	2,4	2,3	0,2	0	0,37
PROFESIONAL	376	163	31	1,7	1,5	1,2	2	2,25
AUXILIAR	72	27	25	0,5	2	0,4	0	0,37
AUXILIAR	67	70	39	2,6	2,5	1,4	1	2,87
AUXILIAR	219	747	39	2,6	1	1,5	0	0,75
AUXILIAR	206	151	41	2	0,5	1,8	2	2,6

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) ()**



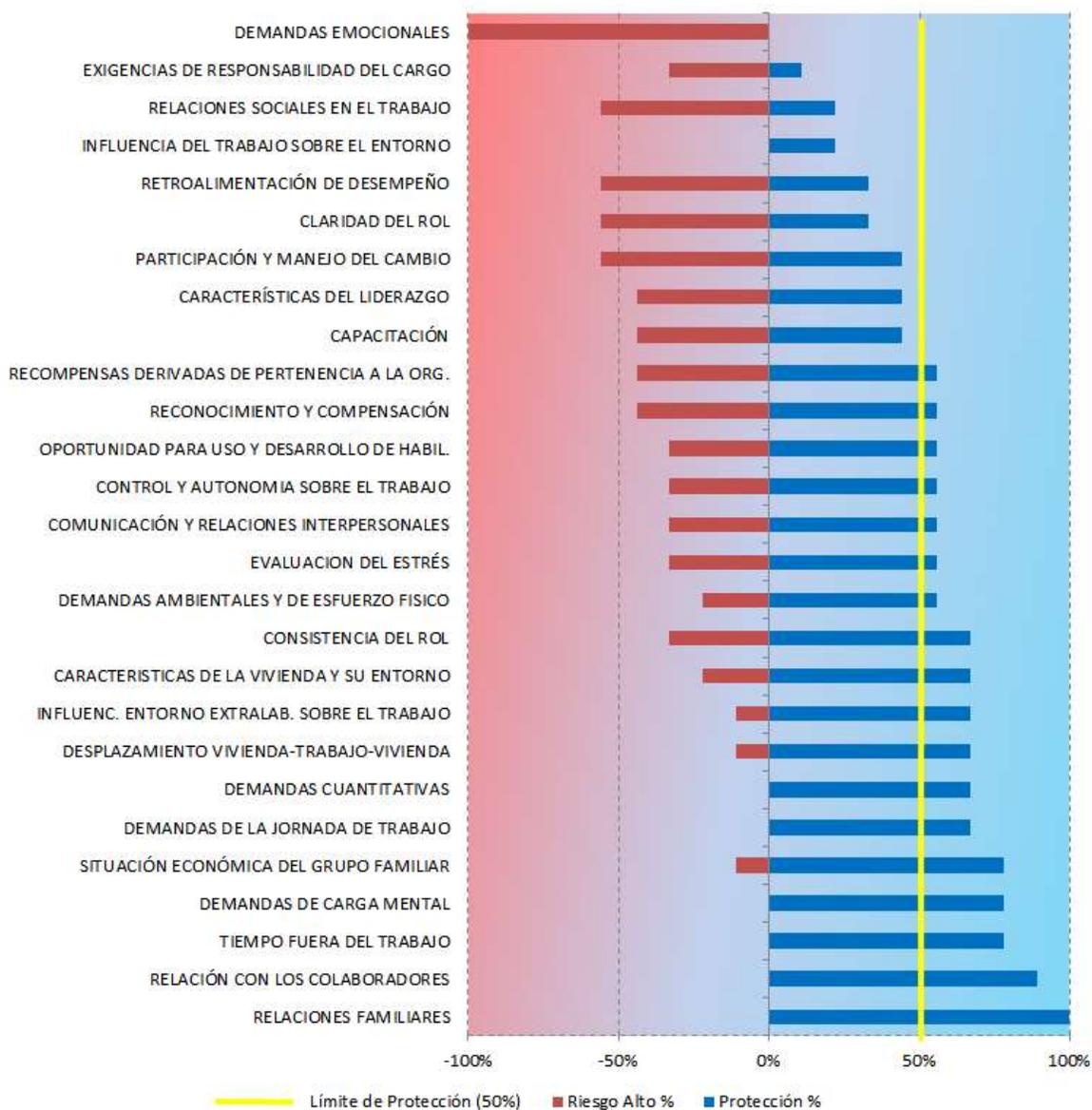
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 10

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) ()**



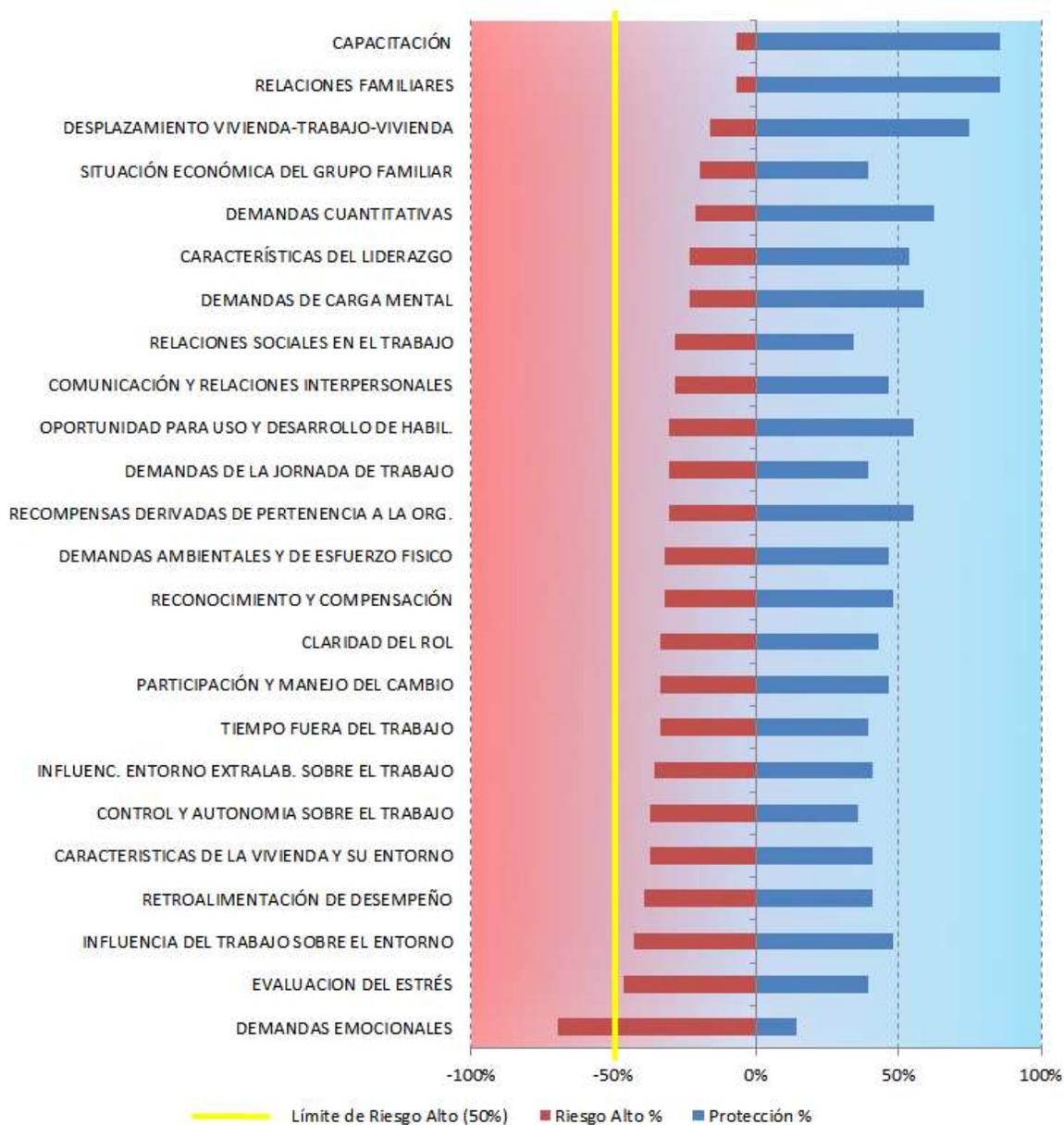
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 11

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=56) ()**



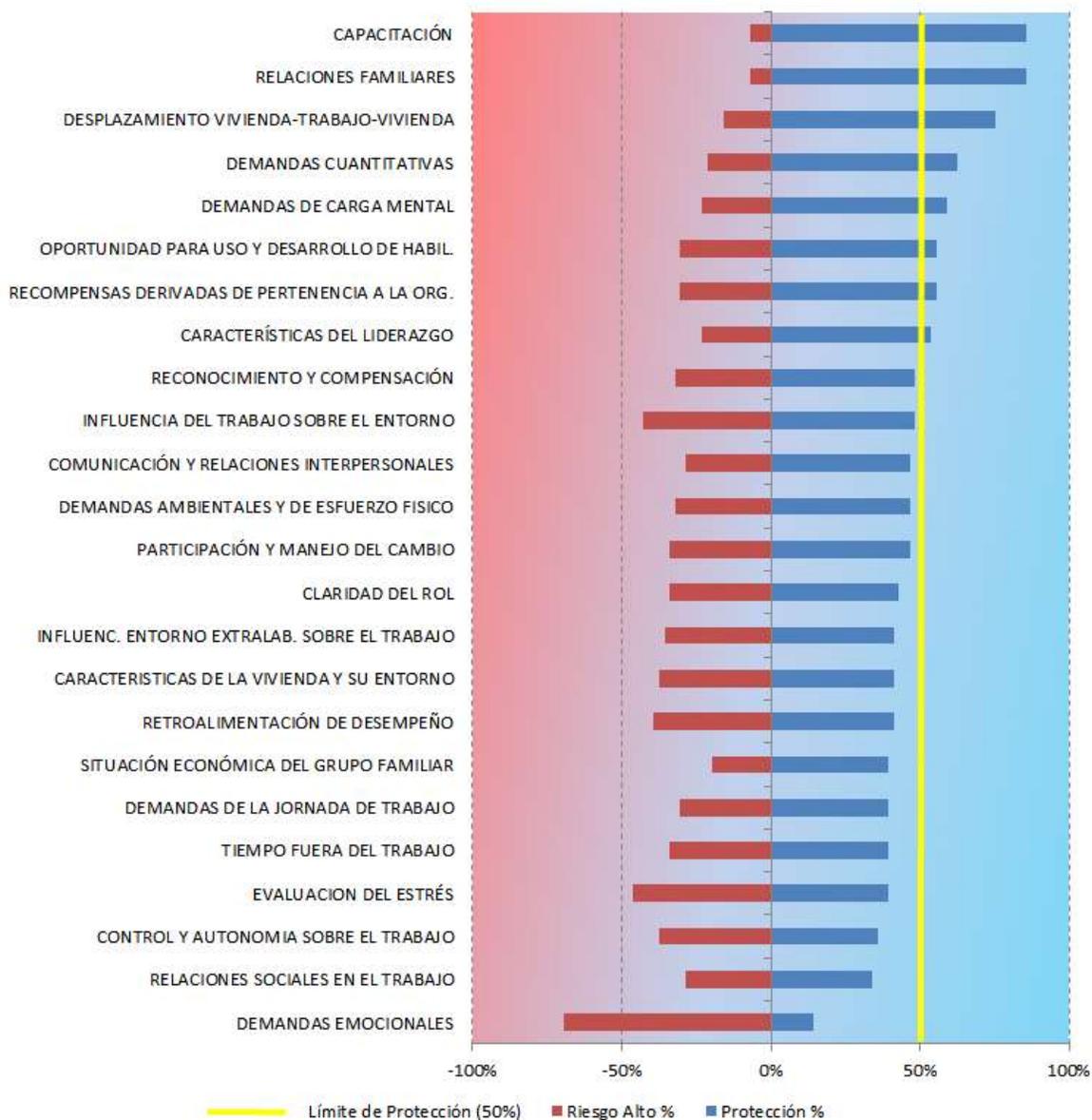
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 12

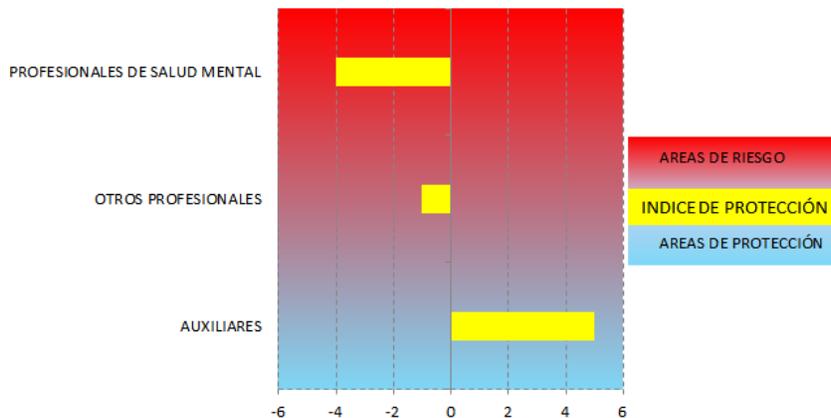
CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=56) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 13

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

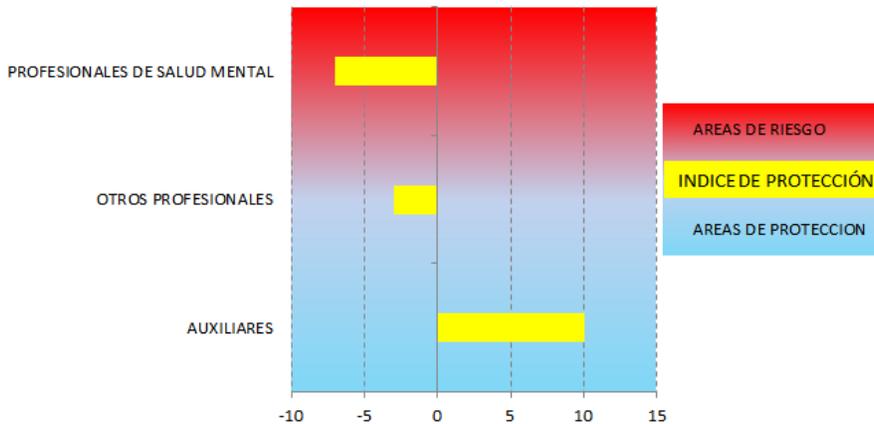
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 14

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN RELACIONES**
SOCIALES EN EL TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

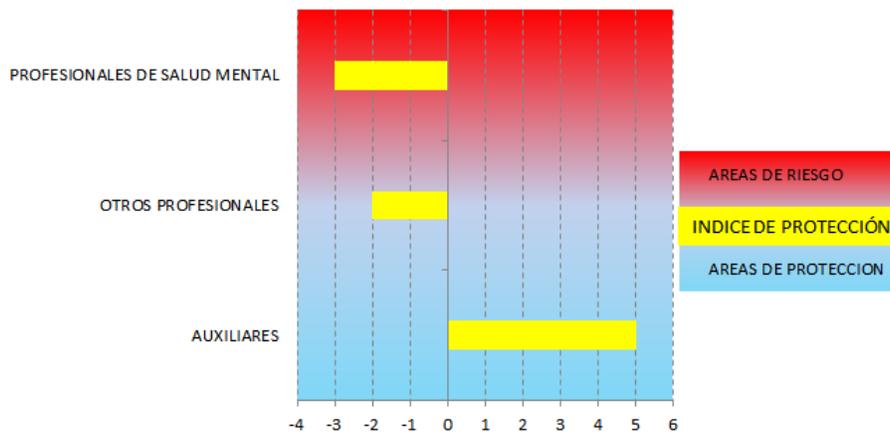
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 15

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN**
RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

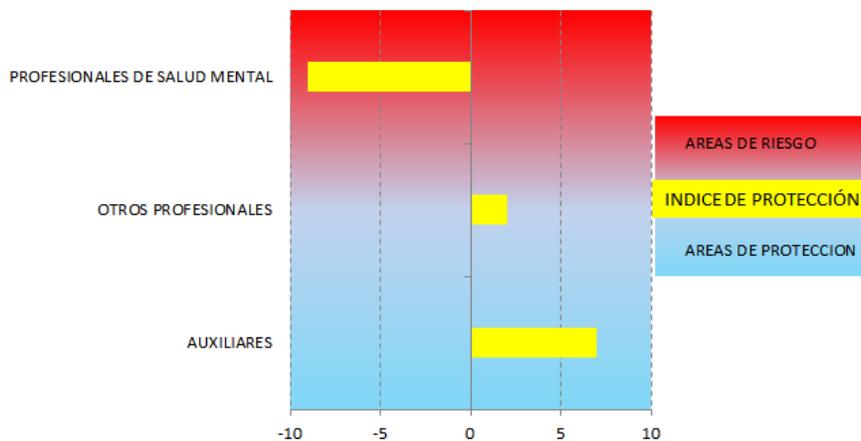
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 16

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN CLARIDAD DEL ROL**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

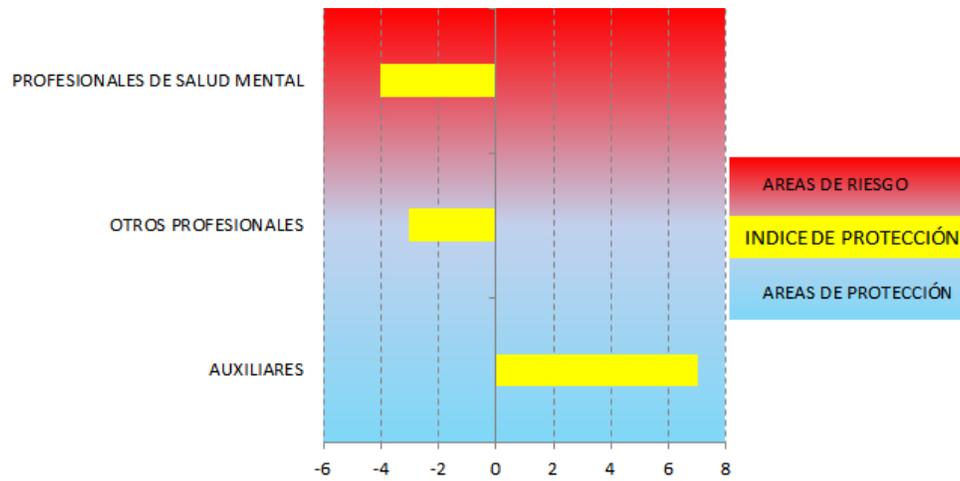
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 17

CLÍNICA C1-LC (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=65) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 18

Tabla 22. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica CI-LC (Sibaté)*

Correlaciones						
Rho de Spearman	Retroalimentación del desempeño - Forma A	Coefficiente de correlación	Participación y manejo del cambio - Forma A	Características del liderazgo - Forma A	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma A	Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos - Forma A
			,763*	,737*	,617	,833**
		Significación (bilateral)	,017	,023	,077	,005
		N	9	9	9	9
	Participación y manejo del cambio - Forma A	Coefficiente de correlación		,970**	,833**	,556
		Significación (bilateral)		,000	,005	,120
		N		9	9	9

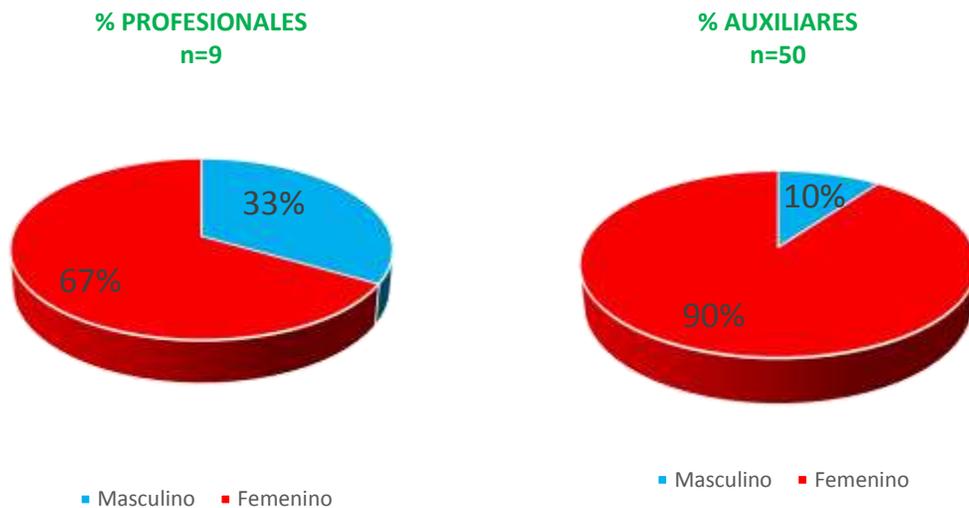
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tablas y gráficos C2-JJV (Sibaté)

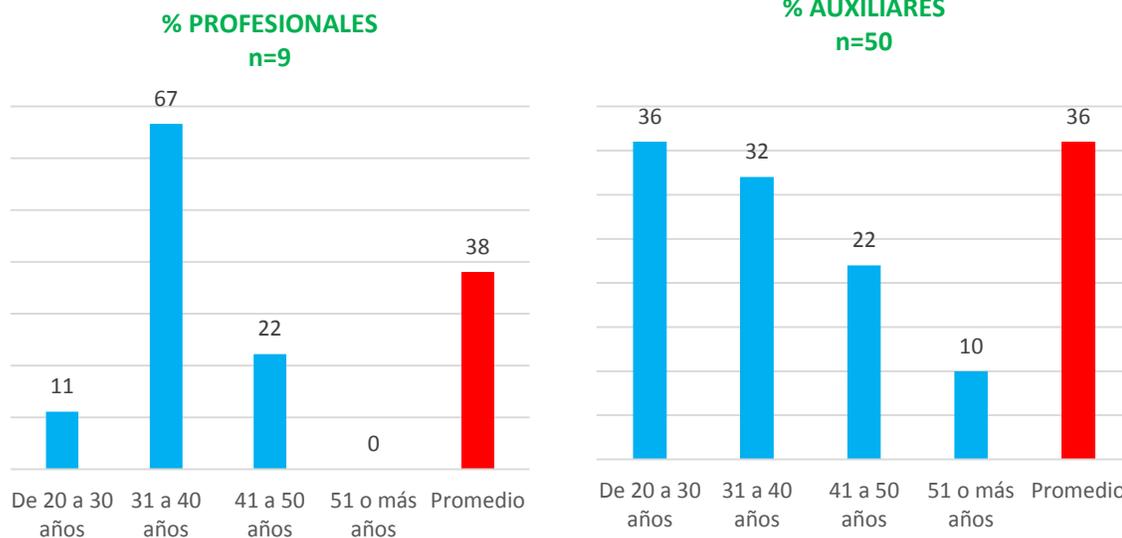
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA "BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010"
(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 19

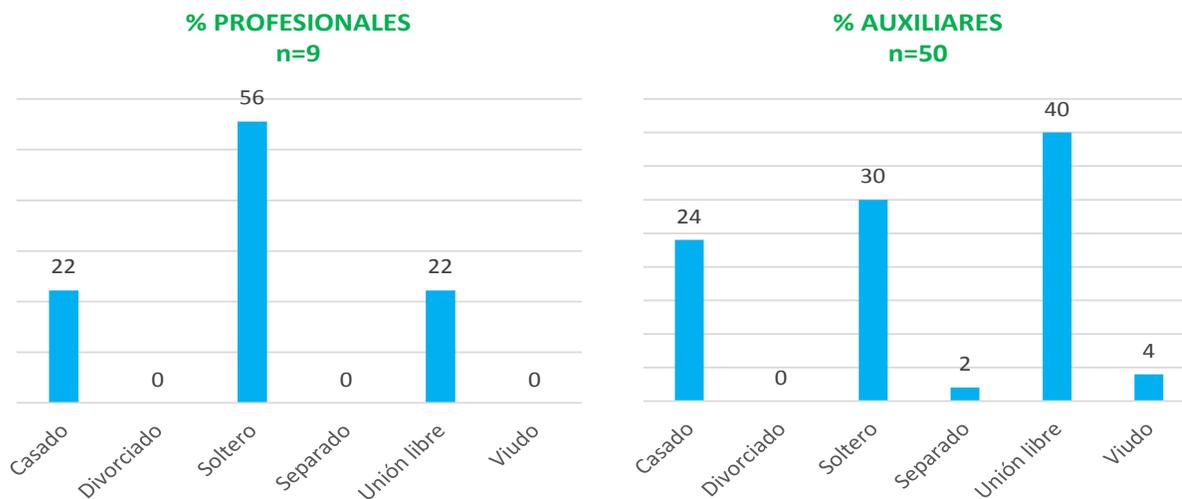
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 20

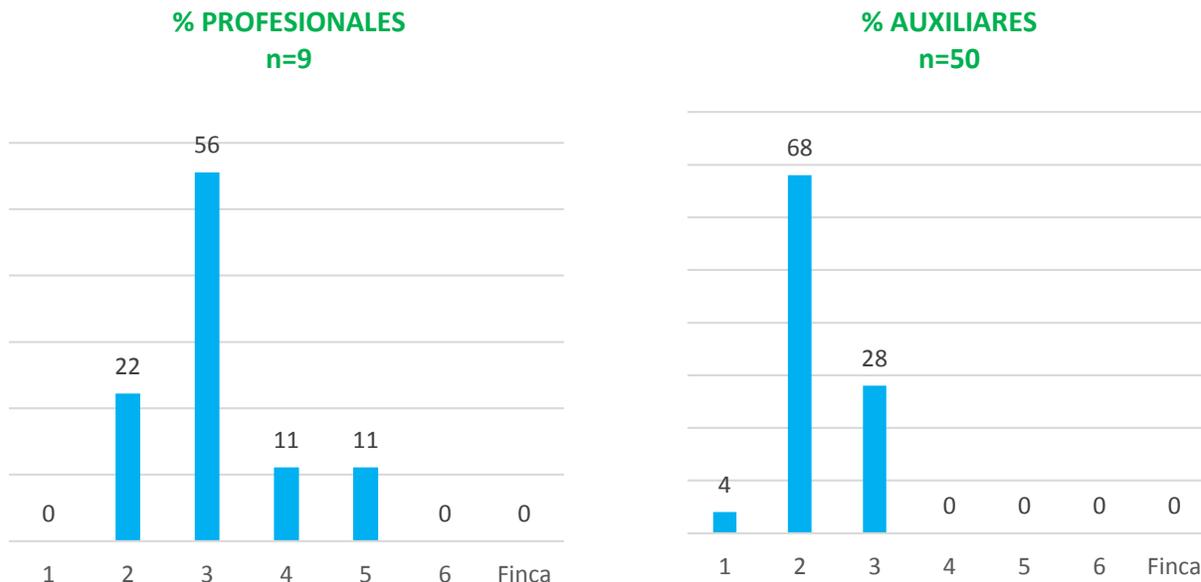
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS

Figura 21

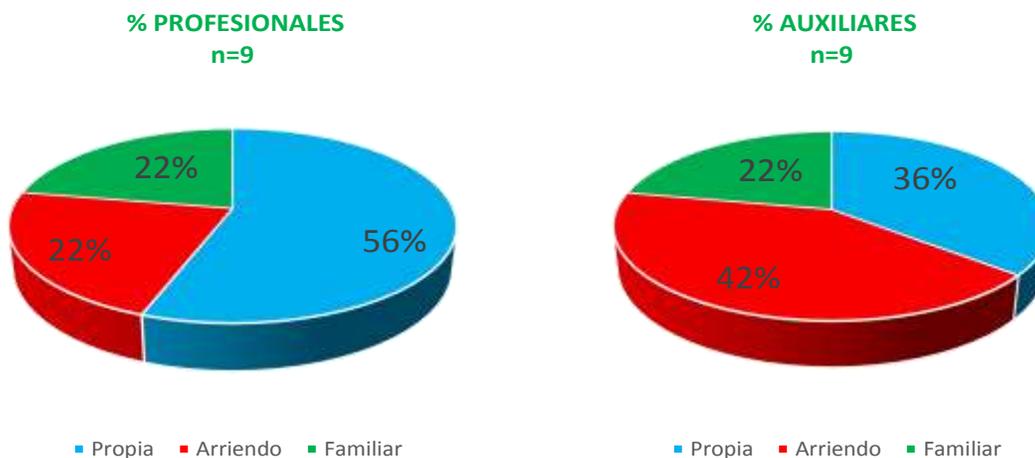
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 22

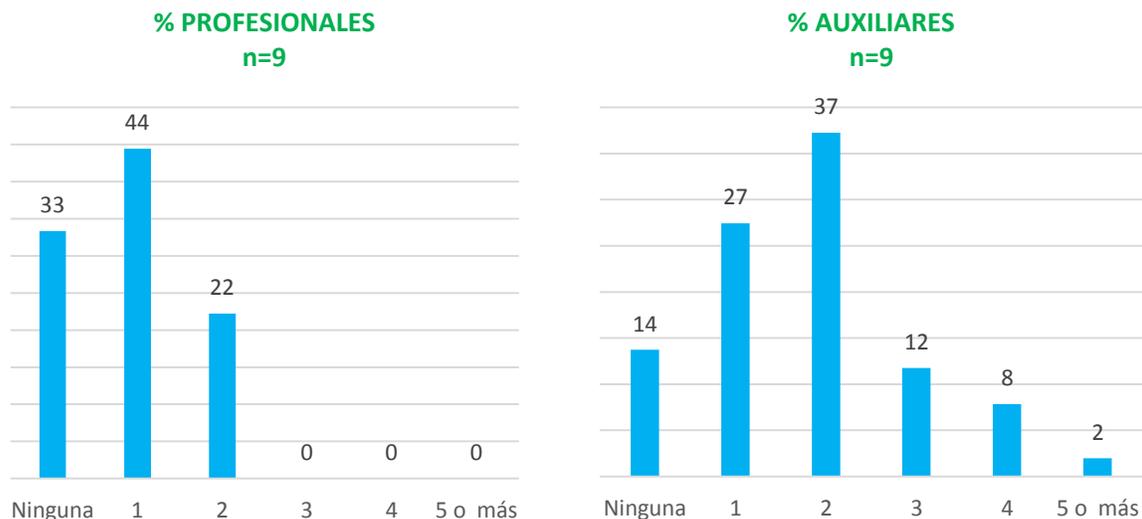
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 23

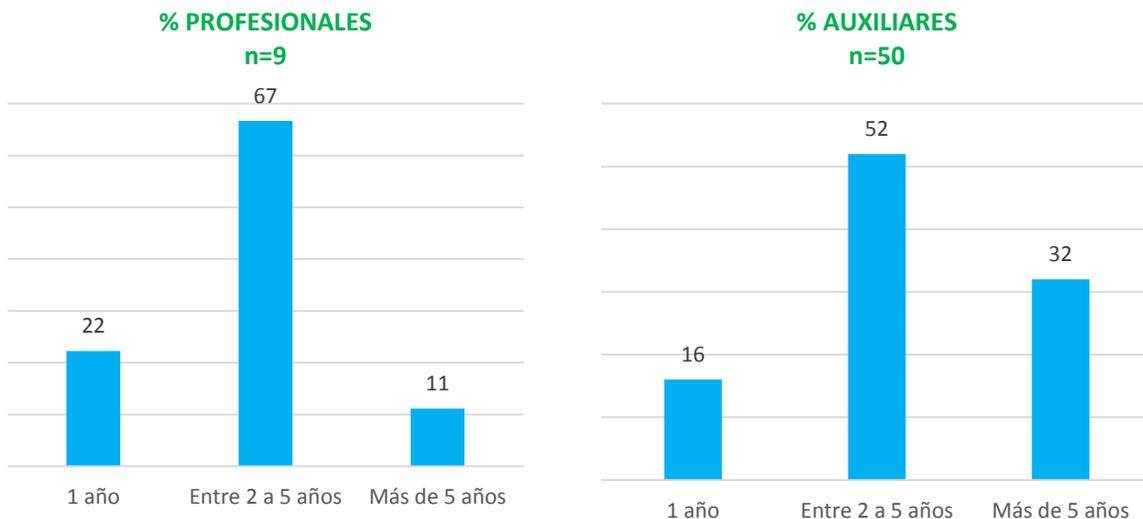
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 24

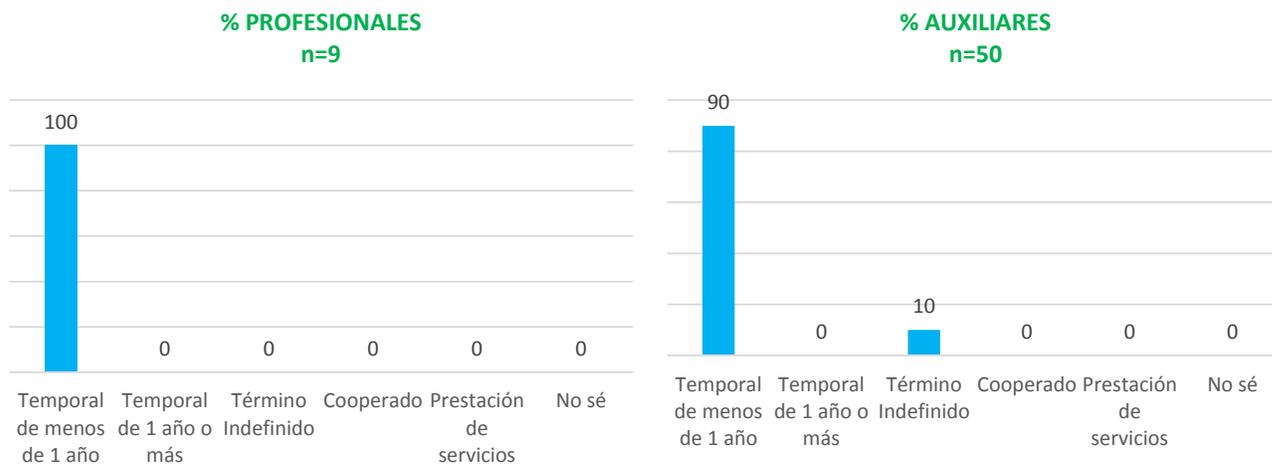
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 25

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 26

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) (*)

Tabla 23. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C2-JJV-Sibaté)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	3	33
RIESGO MEDIO	3	33	RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	3	33

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACIÓN CON LOS COLABORADORES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11	RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	2	22	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	6	67	RIESGO ALTO	3	33

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11
RIESGO MEDIO	5	56
RIESGO ALTO	3	33

Tabla 24. *Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C2-JJV-Sibaté)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	2	22

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	22	RIESGO ACEPTABLE	3	33
RIESGO MEDIO	5	56	RIESGO MEDIO	4	44
RIESGO ALTO	2	22	RIESGO ALTO	2	22

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	4	44
RIESGO MEDIO	3	33	RIESGO MEDIO	4	44
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	1	11

Tabla 25. *Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C2-JJV-Sibaté)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	7	78

DEMANDAS CUANTITATIVAS		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	44
RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	2	22

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	4	44

CONSISTENCIA DEL ROL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	1	11

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	7	78

DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	9	100

INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56
RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	1	11

DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	2	22

DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	67
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	1	11

Tabla 26. *Dominio: Recompensas en profesionales (C2-JJV-Sibaté)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	1	11
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	5	56	RIESGO ALTO	7	78

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11
RIESGO MEDIO	2	22
RIESGO ALTO	6	67

Tabla 27. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C2-JJV-Sibaté)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	6	67

Tabla 28. Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C2-JJV-Sibaté)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	33	RIESGO ACEPTABLE	8	89
RIESGO MEDIO	5	56	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	1	11	RIESGO ALTO	1	11

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	4	44

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	56	RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	1	11	RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	3	33	RIESGO ALTO	4	44

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11	RIESGO ACEPTABLE	2	22
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	1	11
RIESGO ALTO	8	89	RIESGO ALTO	6	67

Tabla 29. Evaluación del estrés en profesionales (C2-JJV-Sibaté)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	11
RIESGO MEDIO	3	33
RIESGO ALTO	5	56

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN AUXILIARES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=50) (*)

Tabla 30. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C2-JJV-*

Sibaté)

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	14	28	RIESGO ACEPTABLE	18	36
RIESGO MEDIO	12	24	RIESGO MEDIO	15	30
RIESGO ALTO	24	48	RIESGO ALTO	17	34

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACION CON LOS COLABORADORES N/A		
NIVEL	N	%			
RIESGO ACEPTABLE	14	28			
RIESGO MEDIO	12	24			
RIESGO ALTO	24	48			

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	15	30
RIESGO MEDIO	13	26
RIESGO ALTO	22	44

Tabla 31. *Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	46	RIESGO ACEPTABLE	42	84
RIESGO MEDIO	8	16	RIESGO MEDIO	5	10
RIESGO ALTO	19	38	RIESGO ALTO	3	6

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	46	RIESGO ACEPTABLE	21	42
RIESGO MEDIO	8	16	RIESGO MEDIO	16	32
RIESGO ALTO	19	38	RIESGO ALTO	13	26

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	19	38	RIESGO ACEPTABLE	22	44
RIESGO MEDIO	20	40	RIESGO MEDIO	15	30
RIESGO ALTO	11	22	RIESGO ALTO	13	26

Tabla 32. *Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C2-JJV-Sibaté)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	15	30	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	9	18	RIESGO MEDIO	5	10
RIESGO ALTO	26	52	RIESGO ALTO	45	90

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	31	62	RIESGO ACEPTABLE	28	56
RIESGO MEDIO	6	12	RIESGO MEDIO	8	16
RIESGO ALTO	13	26	RIESGO ALTO	14	28

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO N/A			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	20	40
			RIESGO MEDIO	11	22
			RIESGO ALTO	19	38

CONSISTENCIA DEL ROL N/A			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	20	40
			RIESGO MEDIO	8	16
			RIESGO ALTO	22	44

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	8
RIESGO MEDIO	2	4
RIESGO ALTO	44	88

Tabla 33. *Dominio: Recompensas en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	46	RIESGO ACEPTABLE	23	46
RIESGO MEDIO	13	26	RIESGO MEDIO	11	22
RIESGO ALTO	14	28	RIESGO ALTO	16	32

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	22	44
RIESGO MEDIO	8	16
RIESGO ALTO	20	40

Tabla 34. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C1-LC-Sibaté)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	9	18
RIESGO MEDIO	10	20
RIESGO ALTO	31	62

Tabla 35. Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	16	32	RIESGO ACEPTABLE	42	84
RIESGO MEDIO	16	32	RIESGO MEDIO	5	10
RIESGO ALTO	18	36	RIESGO ALTO	3	6

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	46	RIESGO ACEPTABLE	18	36
RIESGO MEDIO	8	16	RIESGO MEDIO	13	26
RIESGO ALTO	19	38	RIESGO ALTO	19	38

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	11	22	RIESGO ACEPTABLE	26	52
RIESGO MEDIO	3	6	RIESGO MEDIO	12	24
RIESGO ALTO	36	72	RIESGO ALTO	12	24

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	23	46	RIESGO ACEPTABLE	13	26
RIESGO MEDIO	12	24	RIESGO MEDIO	17	34
RIESGO ALTO	15	30	RIESGO ALTO	20	40

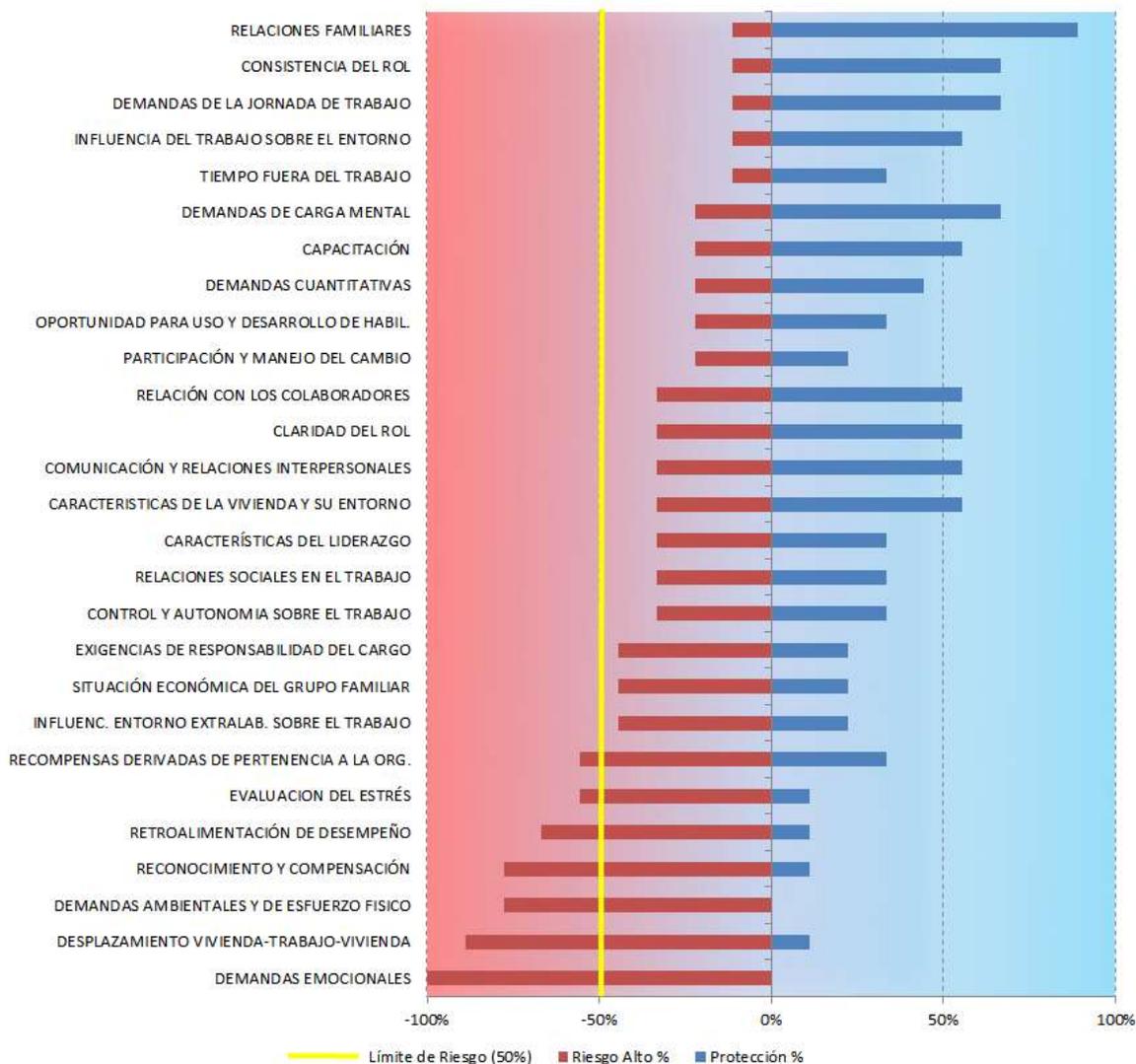
Tabla 36. Evaluación del estrés en auxiliares (C2-JJV-Sibaté)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	14	28
RIESGO MEDIO	16	32
RIESGO ALTO	20	40

Tabla 37. Resultados de instrumentos complementarios (C2-JJV-Sibaté)

	ESTILO DE AFRONTAMIENTO							
	FACTORES ESTRESORES INTRALABORALES	FACTORES ESTRESORES EXTRALABORALES	VULNERABILIDAD	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SOORTE SOCIAL	EVITACIÓN	AUTO- CULPABILIDAD	FANTASÍAS
PROFESIONAL	135	86	45	2,06	0,5	1	1,3	1,75
PROFESIONAL	166	178	48	1,06	0,83	0,6	1,3	0,25
AUXILIAR	331	188	40	2,26	1,1	1	0,66	1,25
AUXILIAR	66	27	31	1,4	0,1	0	0	0
AUXILIAR	166	195	51	1,4	1	1,3	0	1,6
AUXILIAR	188	194	37	1,6	2,16	0,4	0	1,5

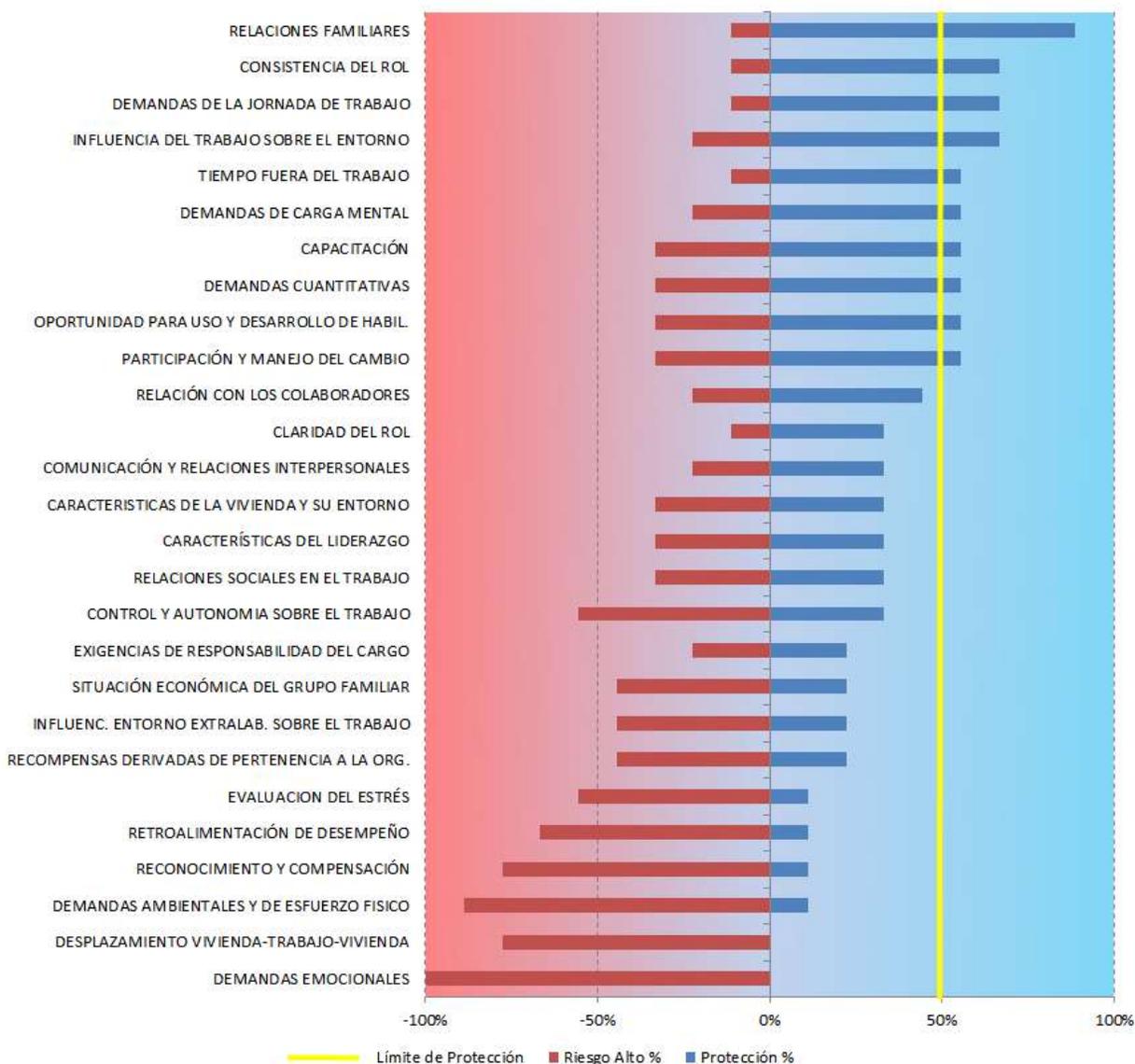
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 27

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=9) ()**



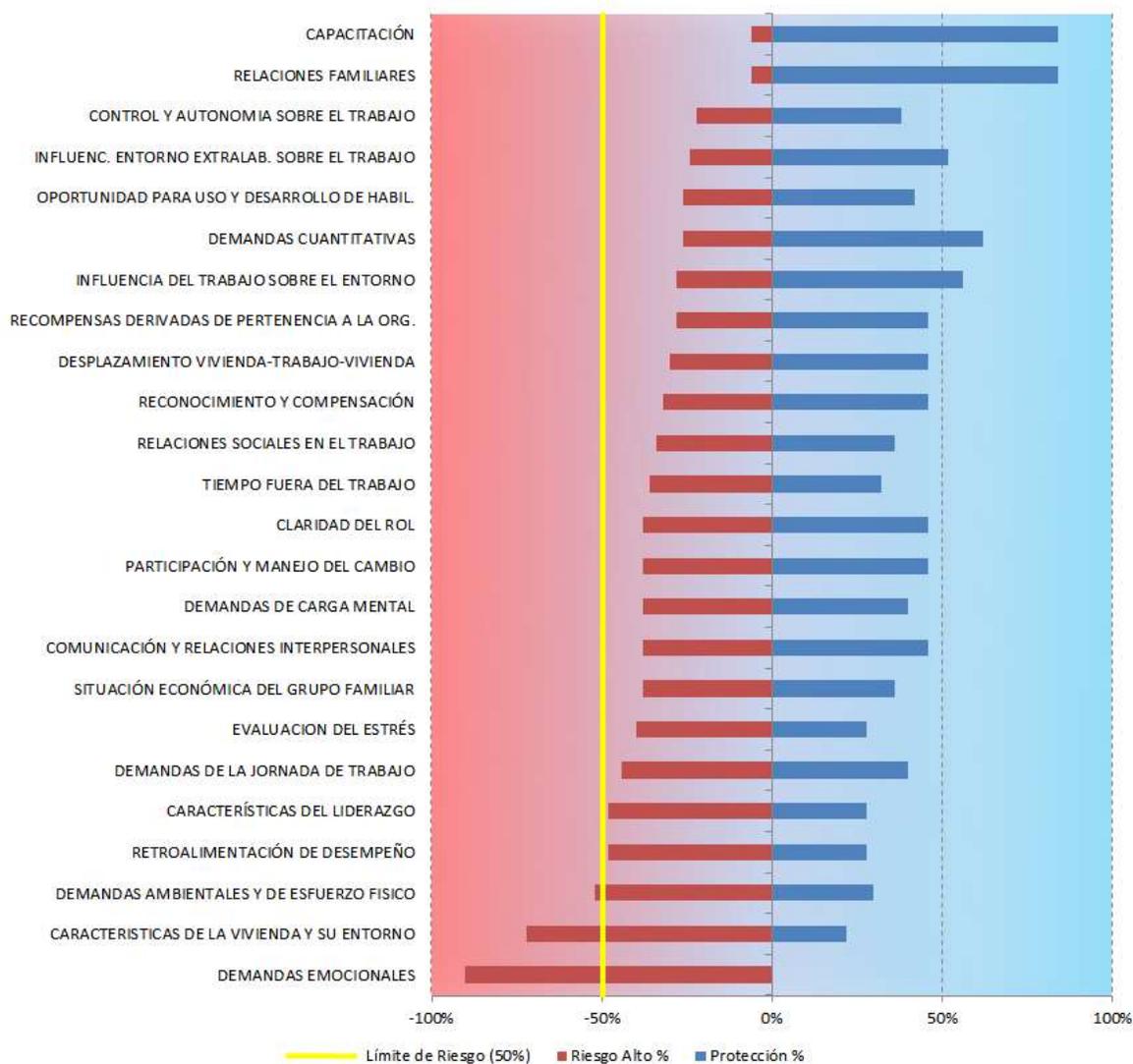
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA "BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010"

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 28

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=50) ()**



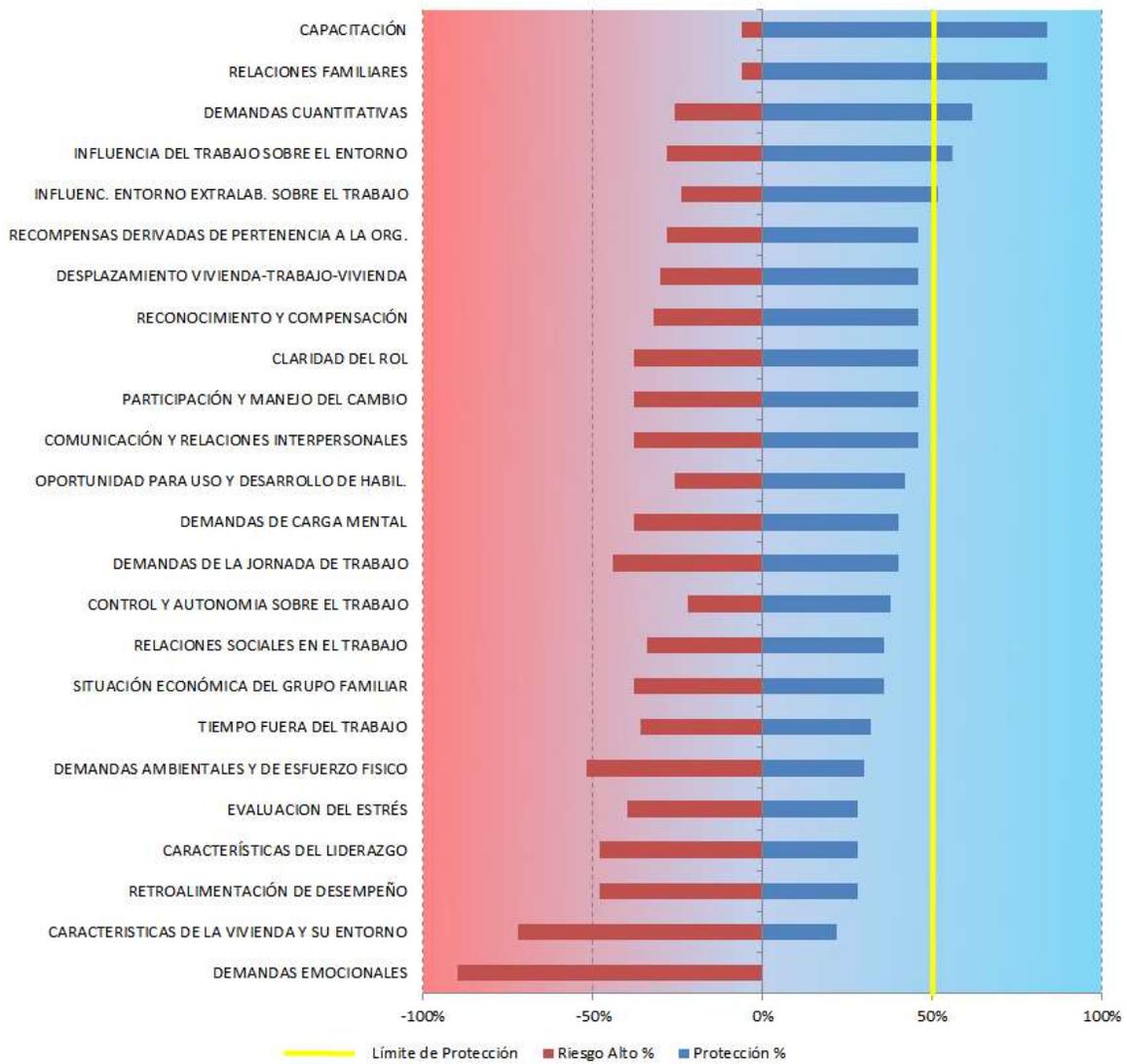
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA "BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010"

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 29

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=50) ()**



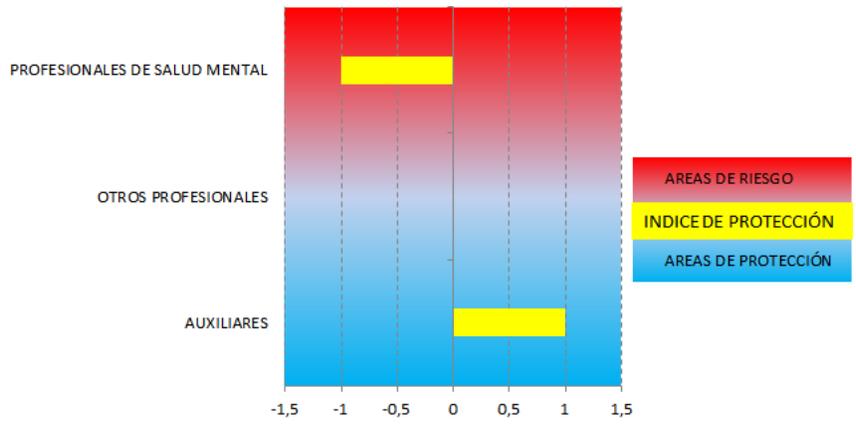
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 30

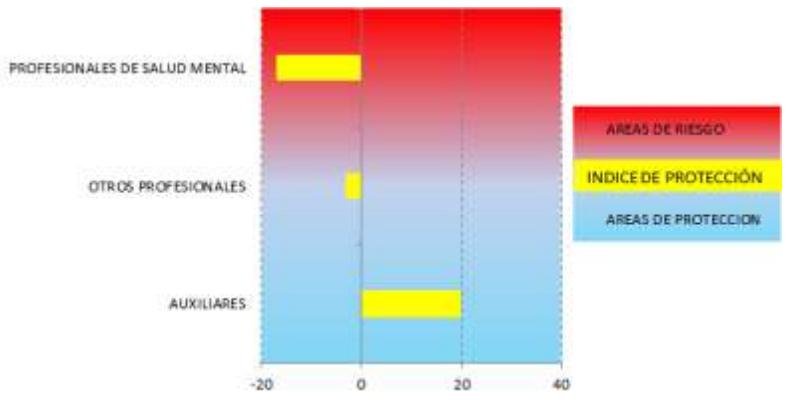
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 31

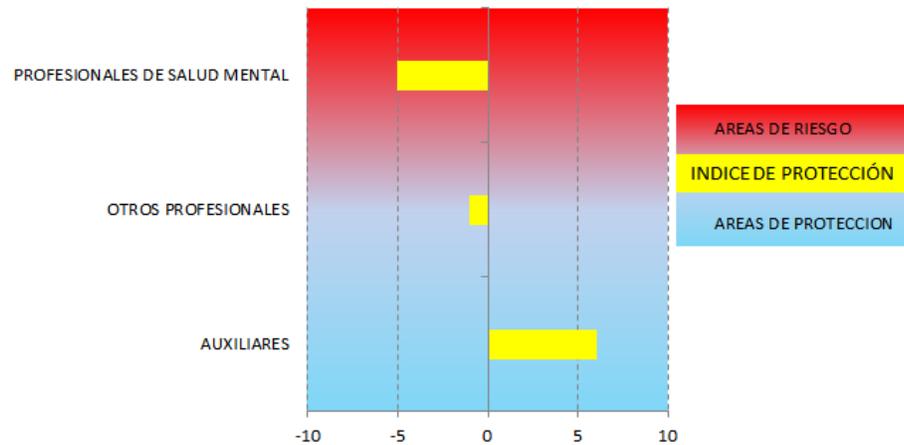
CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-**
TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 32

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

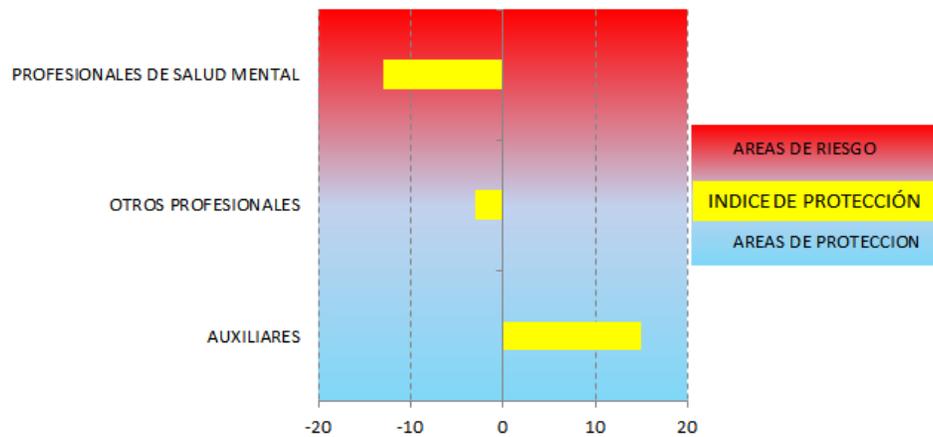
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 33

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

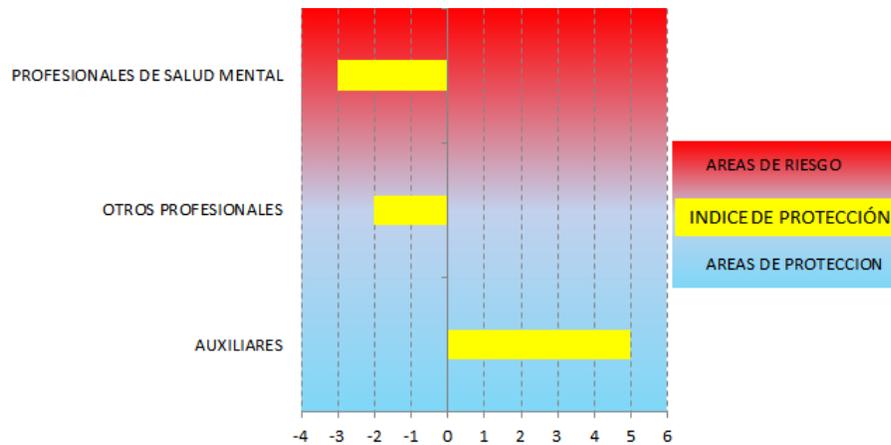
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 34

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN**
RETROALIMENTACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

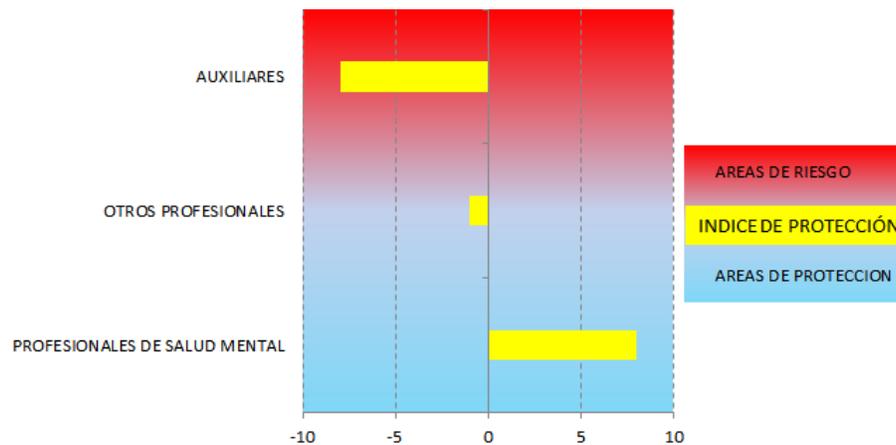
(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 35

CLÍNICA C2-JJV (SIBATÉ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA**
VIVIENDA Y DE SU ENTORNO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=59) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 36

Tabla 38. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C2-JJV (Sibaté)*

Correlaciones				
Rho de Spearman	Demandas ambientales y de esfuerzo físico - Forma A	Coeficiente de correlación	Demandas de la jornada de trabajo - Forma A	Relaciones sociales en el trabajo - Forma A
			-,801**	,192
		Significación (bilateral)	,005	,595
		N	9	9
	Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos - Forma A	Coeficiente de correlación	,036	-,756*
		Significación (bilateral)	,922	,011
		N	9	9

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 39. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en auxiliares de la Clínica C2-JJV (Sibaté)*

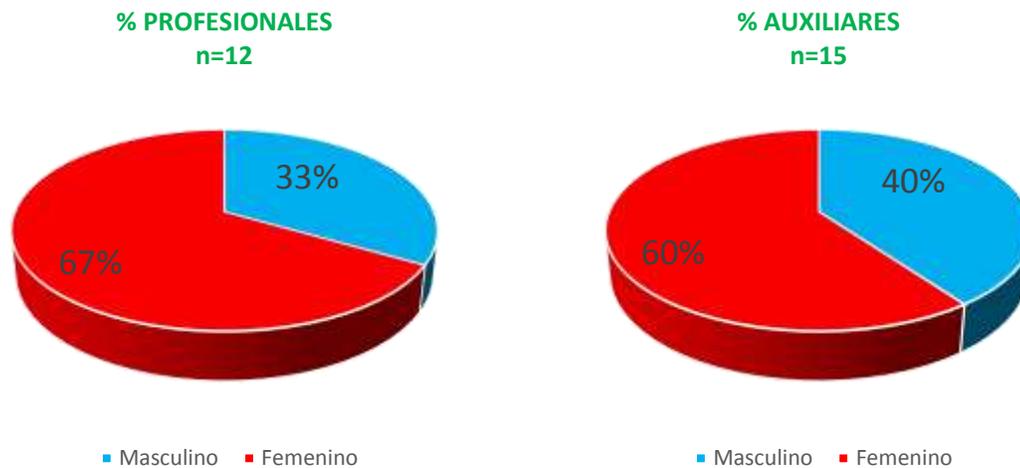
Correlaciones			
			Demandas cuantitativas - Forma B
Rho de Spearman	Demandas ambientales y de esfuerzo físico - Forma B	Coefficiente de correlación	,501**
		Significación (bilateral)	,000
		N	51

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tablas y gráficos C3-SC (Bogotá)

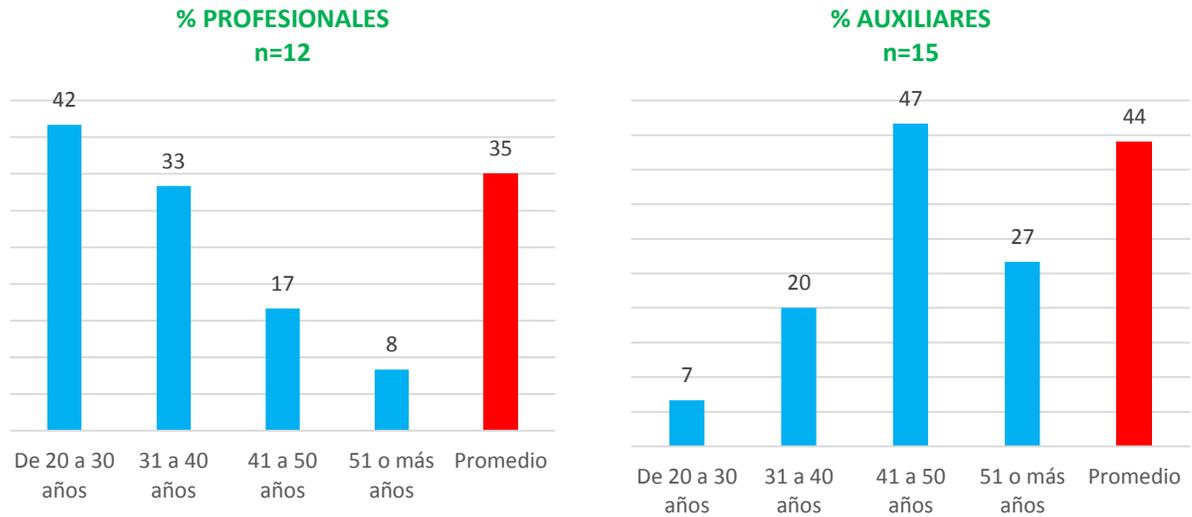
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA "BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010"
(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 37

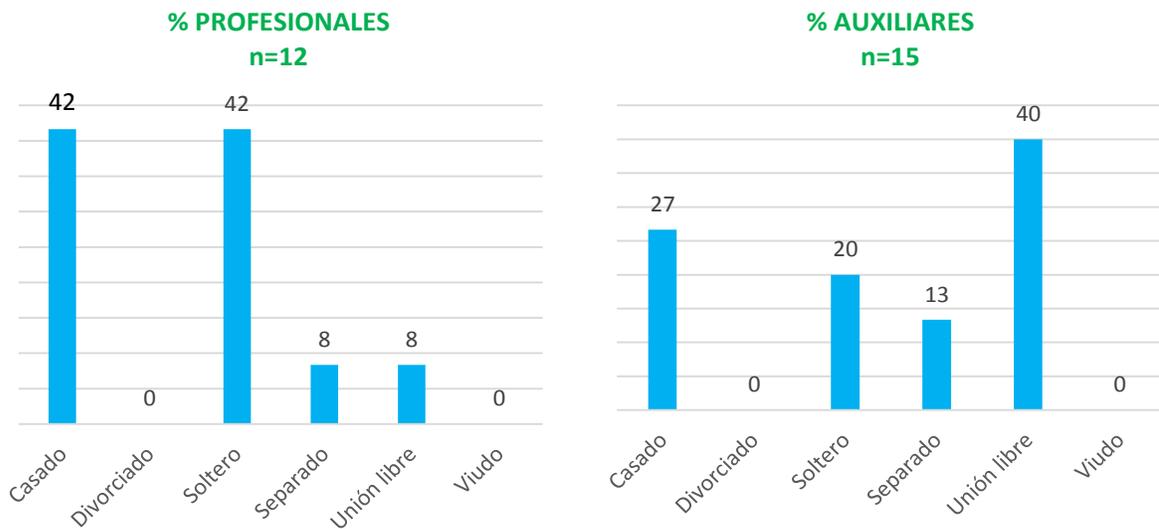
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 38

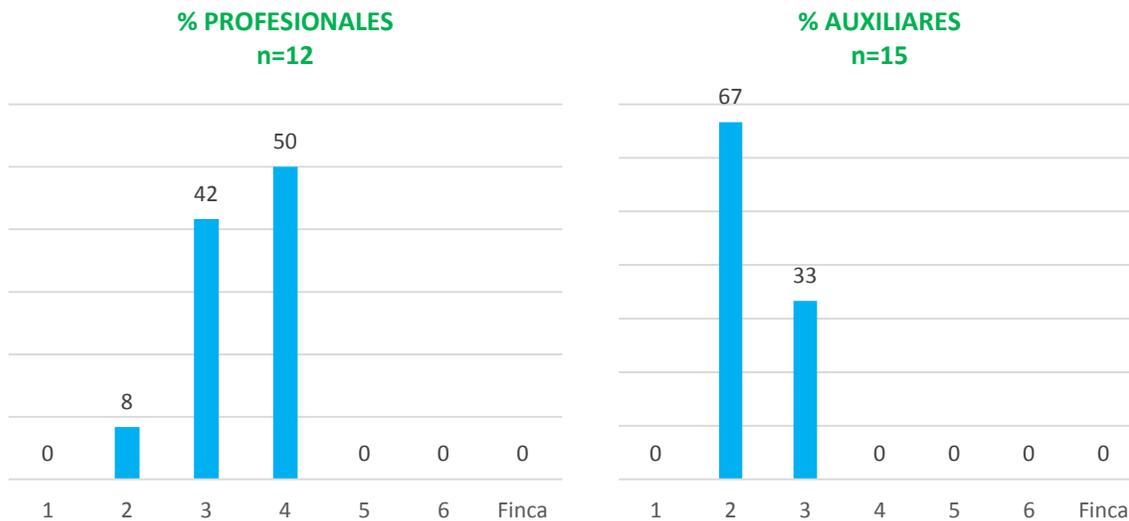
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 39

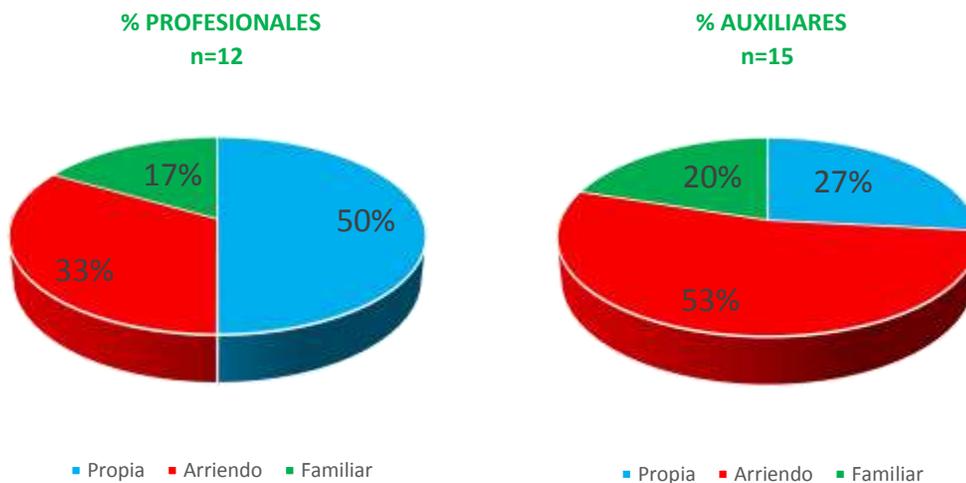
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 40

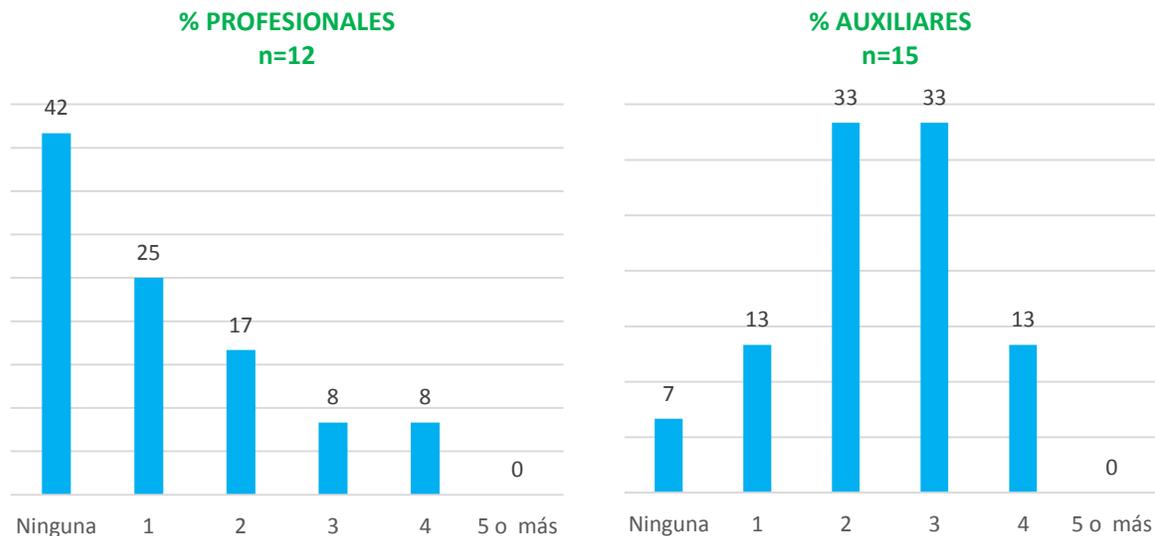
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 41

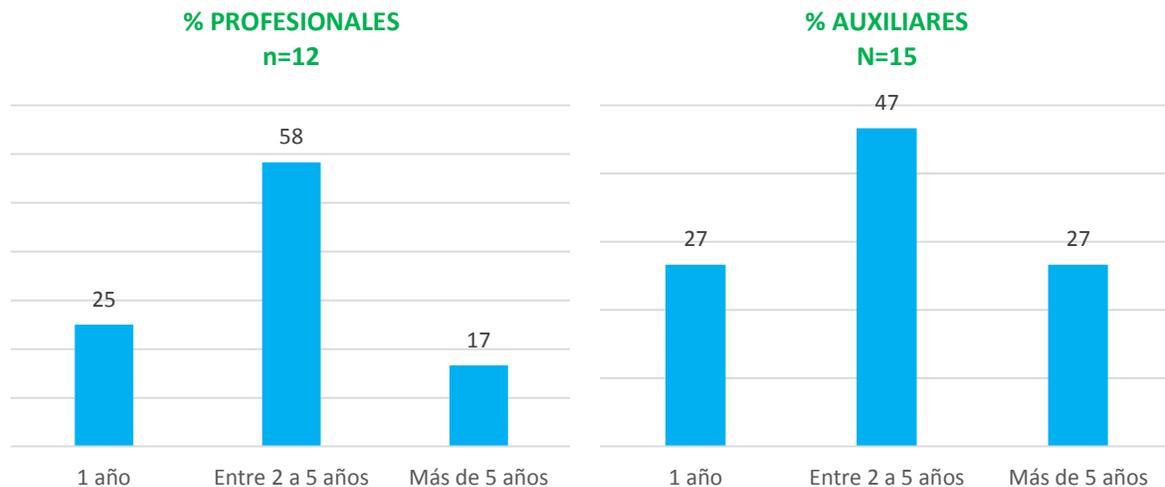
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 42

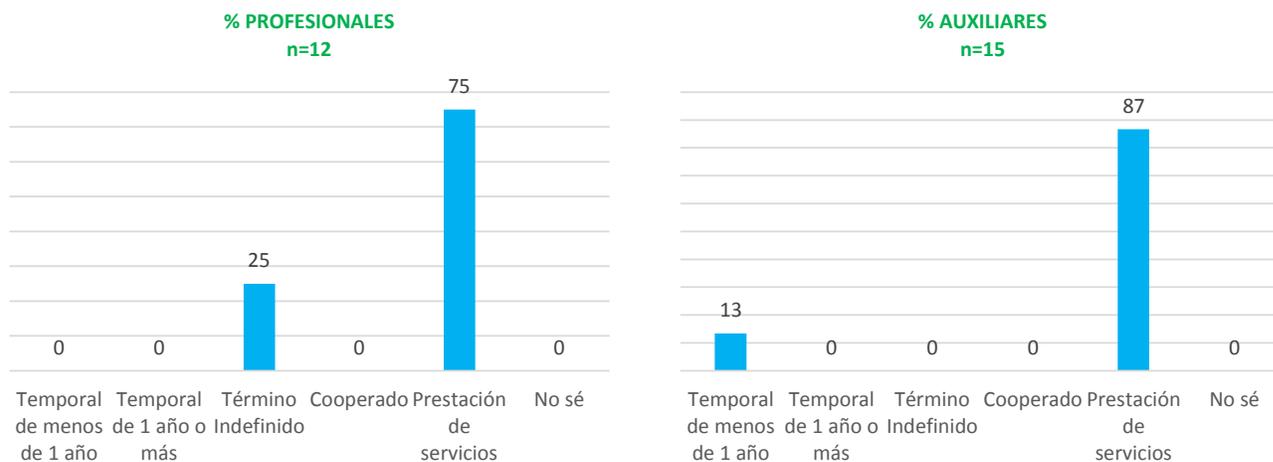
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 43

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 44

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) (*)

Tabla 40. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C3-SC-Bogotá)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	12	100	RIESGO ACEPTABLE	7	58
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	0	0	RIESGO ALTO	2	17

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACIÓN CON LOS COLABORADORES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	67	RIESGO ACEPTABLE	8	67
RIESGO MEDIO	1	8	RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	3	25	RIESGO ALTO	2	17

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58
RIESGO MEDIO	4	33
RIESGO ALTO	1	8

Tabla 41. *Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C3-SC-Bogotá)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	3	25	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	2	17	RIESGO ALTO	7	58

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33	RIESGO ACEPTABLE	7	58
RIESGO MEDIO	1	8	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	7	58	RIESGO ALTO	2	17

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33	RIESGO ACEPTABLE	3	25
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	6	50
RIESGO ALTO	4	33	RIESGO ALTO	3	25

Tabla 42. Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C3-SC-Bogotá)

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	8	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	6	50	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	5	42	RIESGO ALTO	12	100

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	50	RIESGO ACEPTABLE	10	83
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	2	17	RIESGO ALTO	0	0

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	50	RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	5	42	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	1	8	RIESGO ALTO	2	17

CONSISTENCIA DEL ROL			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	8	67
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	1	8	RIESGO ALTO	1	8

PORCETAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	6	50

Tabla 43. *Dominio: Recompensas en profesionales (C3-SC-Bogotá)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	42	RIESGO ACEPTABLE	1	8
RIESGO MEDIO	1	8	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	6	50	RIESGO ALTO	6	50

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	8
RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	6	50

Tabla 44. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C3-SC-Bogotá)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	5	42

Tabla 45. Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C3-SC-Bogotá)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	9	75	RIESGO ACEPTABLE	12	100
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	1	8	RIESGO ALTO	0	0

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	9	75
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	3	25	RIESGO ALTO	1	8

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	50	RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	2	17	RIESGO ALTO	5	42

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0	RIESGO ACEPTABLE	7	58
RIESGO MEDIO	3	25	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	9	75	RIESGO ALTO	2	17

Tabla 46. Evaluación del estrés en profesionales (C3-SC-Bogotá)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	25
RIESGO MEDIO	6	50
RIESGO ALTO	3	25

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN AUXILIARES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=15) (*)

Tabla 47. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C3-SC-Bogotá)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	53	RIESGO ACEPTABLE	5	33
RIESGO MEDIO	4	27	RIESGO MEDIO	3	20
RIESGO ALTO	3	20	RIESGO ALTO	7	47

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACION CON LOS COLABORADORES N/A		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	47			
RIESGO MEDIO	2	13			
RIESGO ALTO	6	40			

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	53
RIESGO MEDIO	1	7
RIESGO ALTO	6	40

Tabla 48. *Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C3-SC-Bogotá)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	47	RIESGO ACEPTABLE	7	47
RIESGO MEDIO	2	13	RIESGO MEDIO	5	33
RIESGO ALTO	6	40	RIESGO ALTO	3	20

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	67	RIESGO ACEPTABLE	8	53
RIESGO MEDIO	1	7	RIESGO MEDIO	2	13
RIESGO ALTO	4	27	RIESGO ALTO	5	33

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	67	RIESGO ACEPTABLE	7	47
RIESGO MEDIO	2	13	RIESGO MEDIO	3	20
RIESGO ALTO	3	20	RIESGO ALTO	5	33

Tabla 49. *Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C3-SC-Bogotá)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	33	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	2	13	RIESGO MEDIO	1	7
RIESGO ALTO	8	53	RIESGO ALTO	14	93

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	67	RIESGO ACEPTABLE	8	53
RIESGO MEDIO	2	13	RIESGO MEDIO	3	20
RIESGO ALTO	3	20	RIESGO ALTO	4	27

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO N/A			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	4	27
			RIESGO MEDIO	5	33
			RIESGO ALTO	6	40

CONSISTENCIA DEL ROL N/A			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	1	7
			RIESGO MEDIO	3	20
			RIESGO ALTO	11	73

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	13
RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	13	87

Tabla 50. *Dominio: Recompensas en auxiliares (C3-SC-Bogotá)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	6	40	RIESGO ACEPTABLE	4	27
RIESGO MEDIO	1	7	RIESGO MEDIO	2	13
RIESGO ALTO	8	53	RIESGO ALTO	9	60

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	27
RIESGO MEDIO	1	7
RIESGO ALTO	10	67

Tabla 51. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C3-SC-Bogotá)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	27
RIESGO MEDIO	1	7
RIESGO ALTO	10	67

Tabla 52. Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C3-SC-Bogotá)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	33	RIESGO ACEPTABLE	12	80
RIESGO MEDIO	4	27	RIESGO MEDIO	3	20
RIESGO ALTO	6	40	RIESGO ALTO	0	0

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	47	RIESGO ACEPTABLE	6	40
RIESGO MEDIO	3	20	RIESGO MEDIO	3	20
RIESGO ALTO	5	33	RIESGO ALTO	6	40

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	20	RIESGO ACEPTABLE	10	67
RIESGO MEDIO	4	27	RIESGO MEDIO	1	7
RIESGO ALTO	8	53	RIESGO ALTO	4	27

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	33	RIESGO ACEPTABLE	4	27
RIESGO MEDIO	2	13	RIESGO MEDIO	5	33
RIESGO ALTO	8	53	RIESGO ALTO	6	40

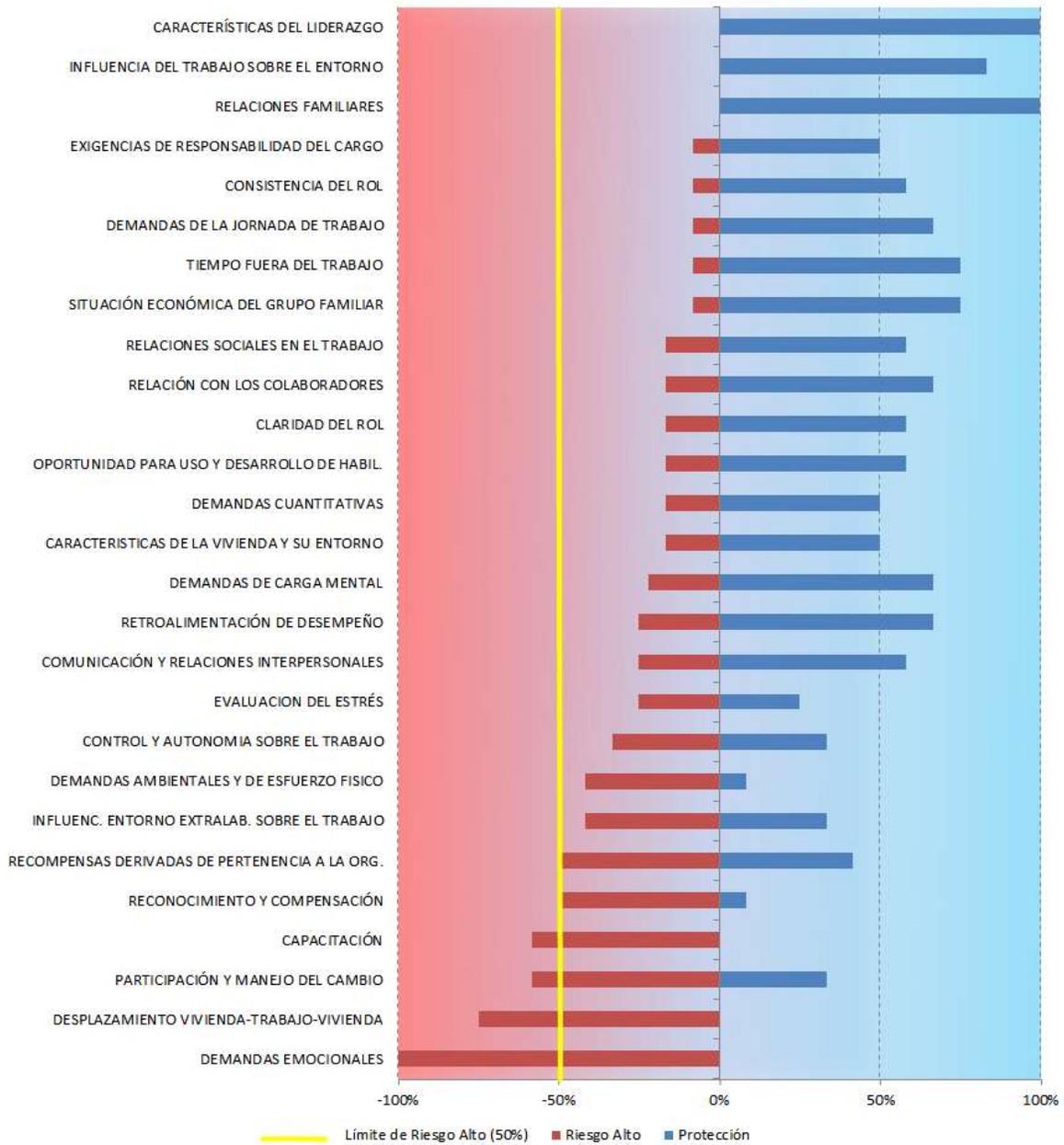
Tabla 53. Evaluación del estrés en auxiliares (C3-SC-Bogotá)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	53
RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	7	47

Tabla 54. Resultados de instrumentos complementarios (C3-SC-Bogotá)

	ESTILO DE AFRONTAMIENTO							
	FACTORES ESTRESORES INTRALABORALES	FACTORES ESTRESORES EXTRALABORALES	VULNERABILIDAD	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SOPORTE SOCIAL	EVITACIÓN	AUTO- CULPABILIDAD	FANTASÍAS
PROFESIONAL	140	77	42	1,6	1,4	1	1,4	1,3
PROFESIONAL	165	146	47	1,3	1,2	1	1,5	1,45
AUXILIAR	178	0	37	1,53	1,33	0,2	1	1,37
AUXILIAR	92	155	43	2,4	2,16	1	1,6	2,75

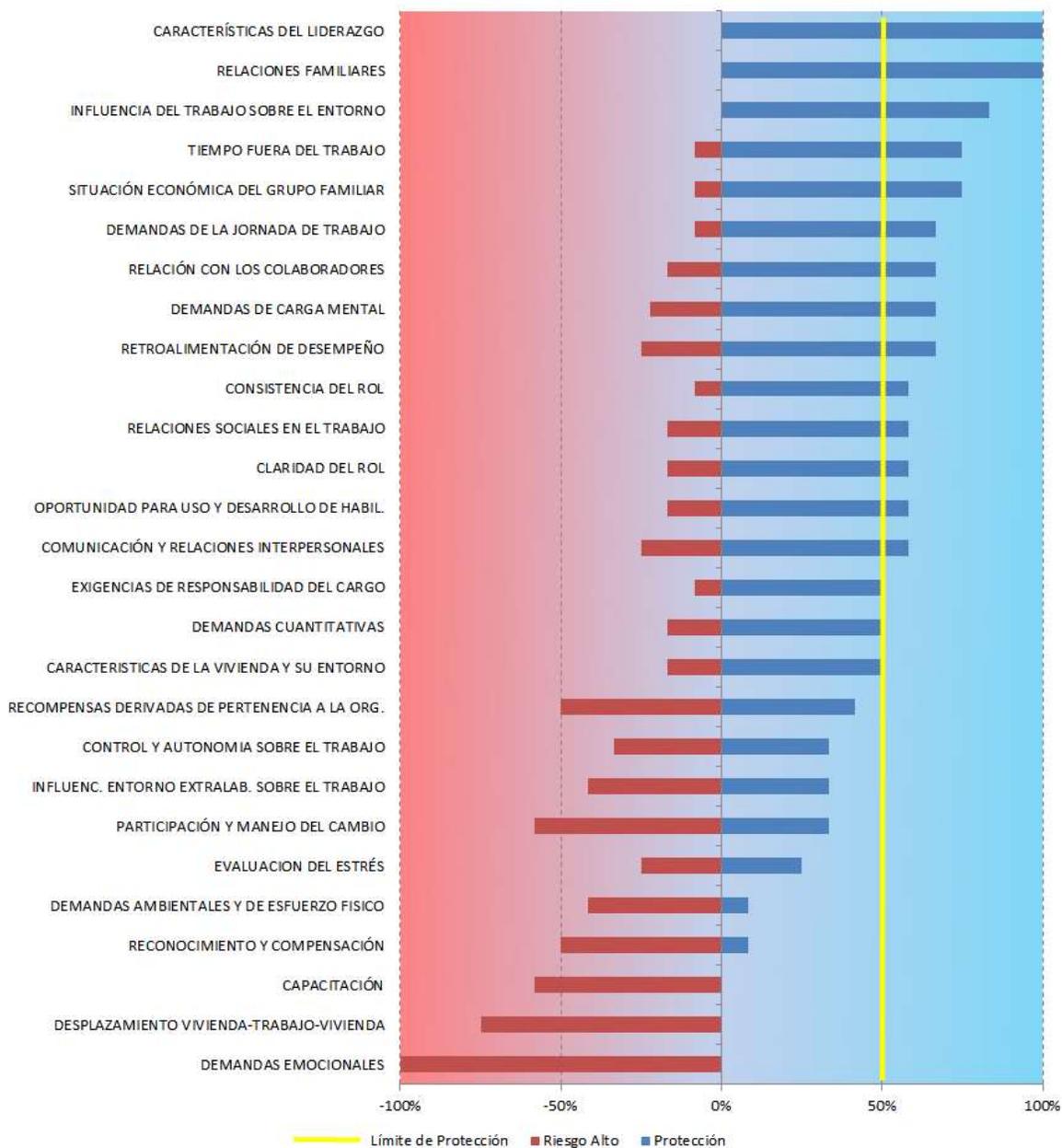
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 45

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) ()**



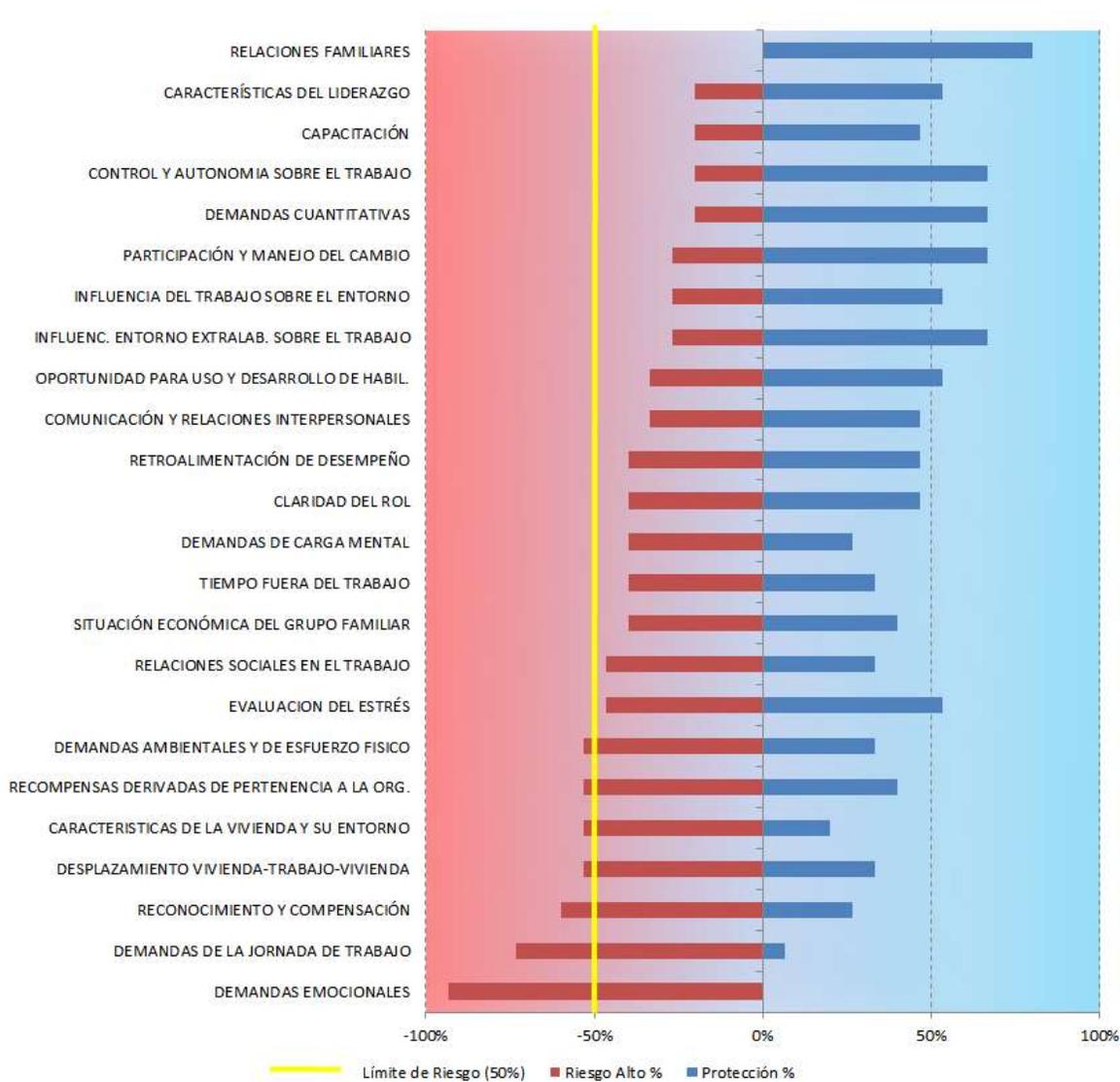
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 46

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=15 ())**



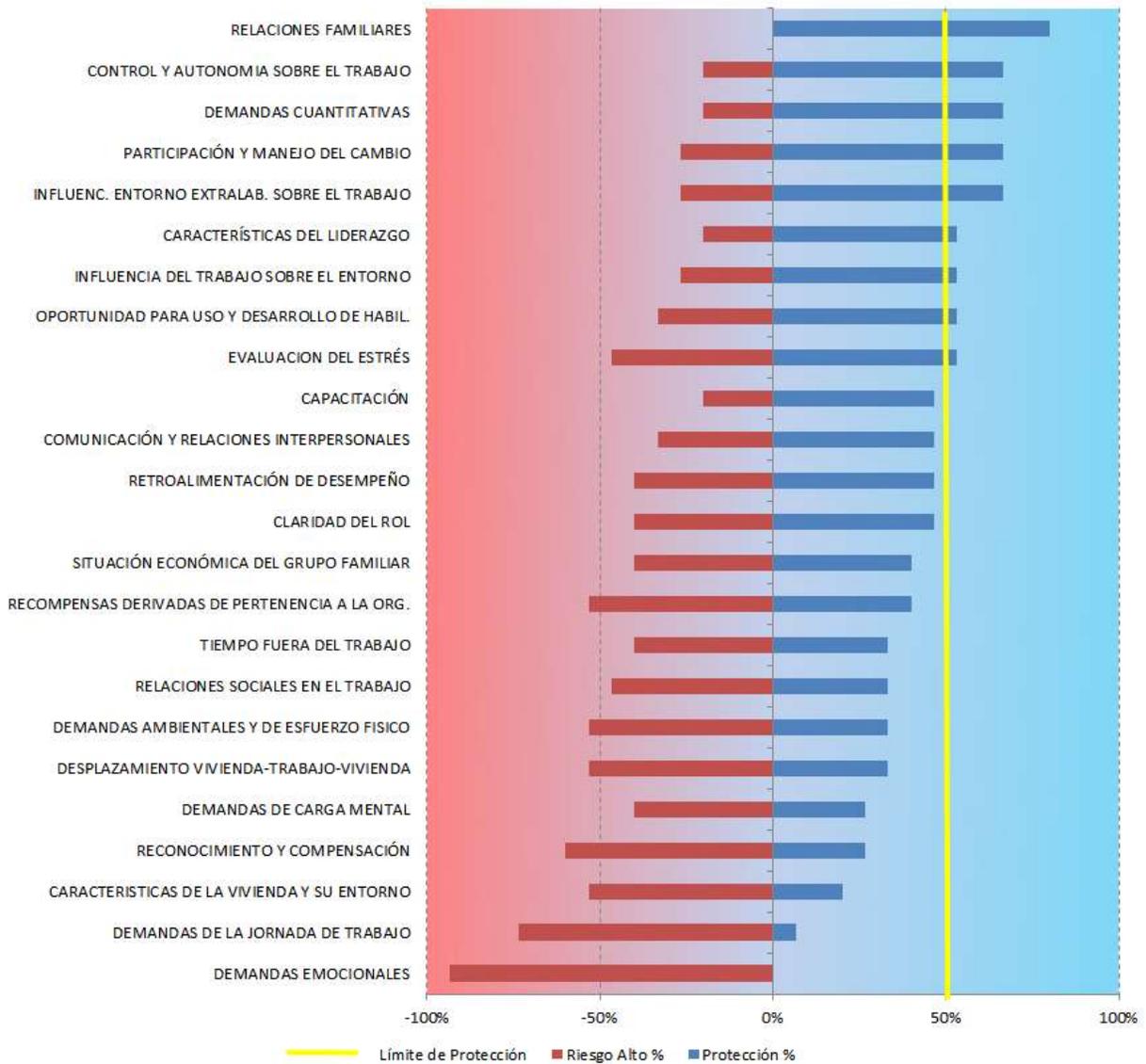
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 47

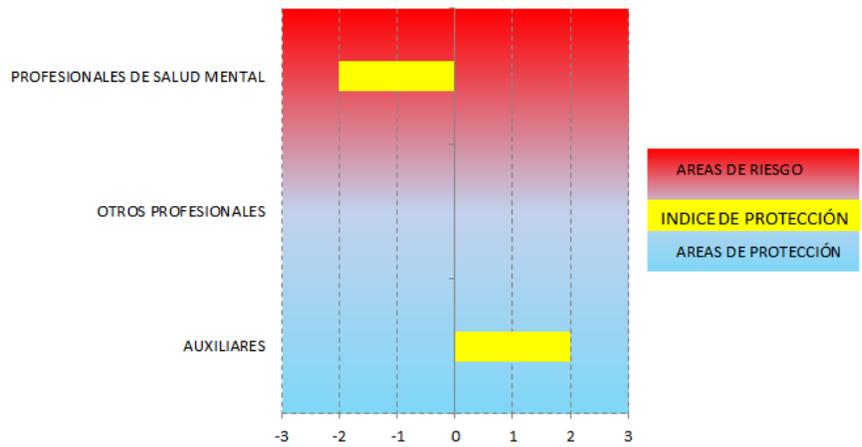
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=15) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 48

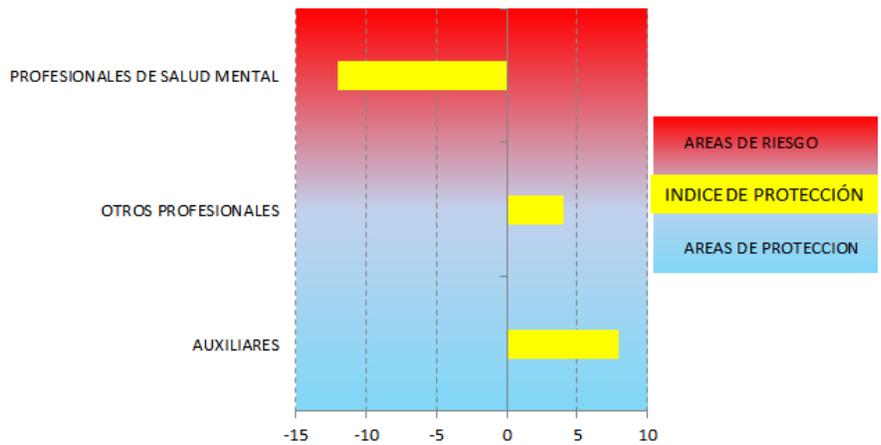
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS EMOCIONALES**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 49

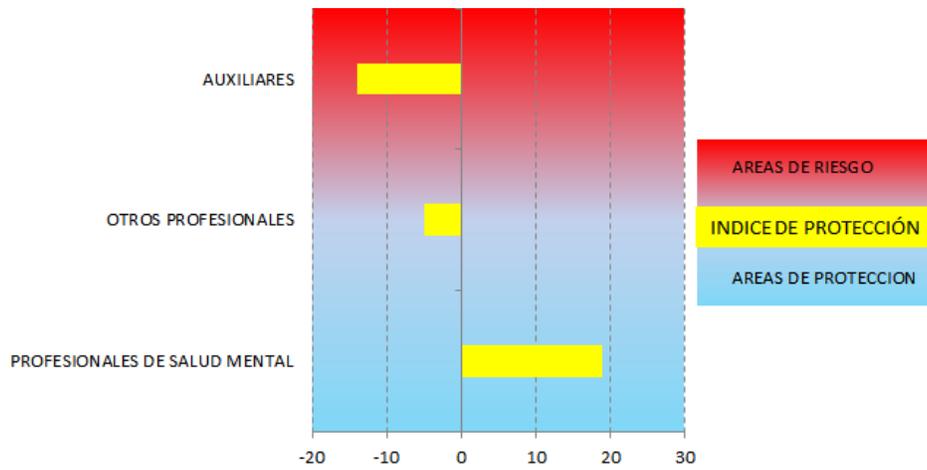
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-**
TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 50

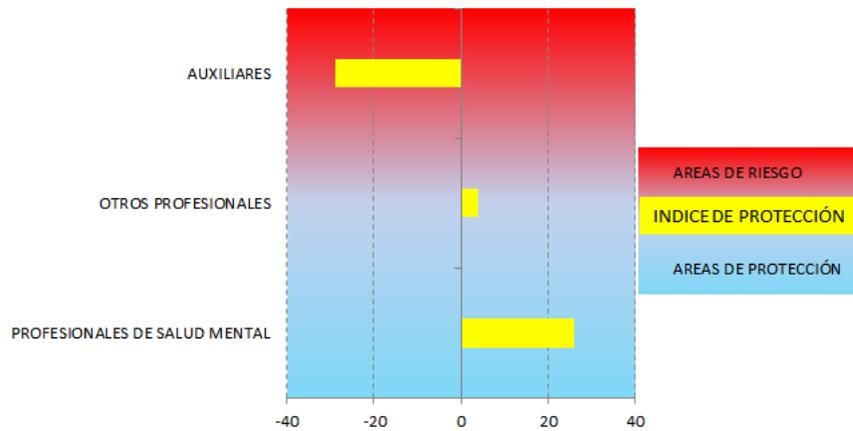
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 51

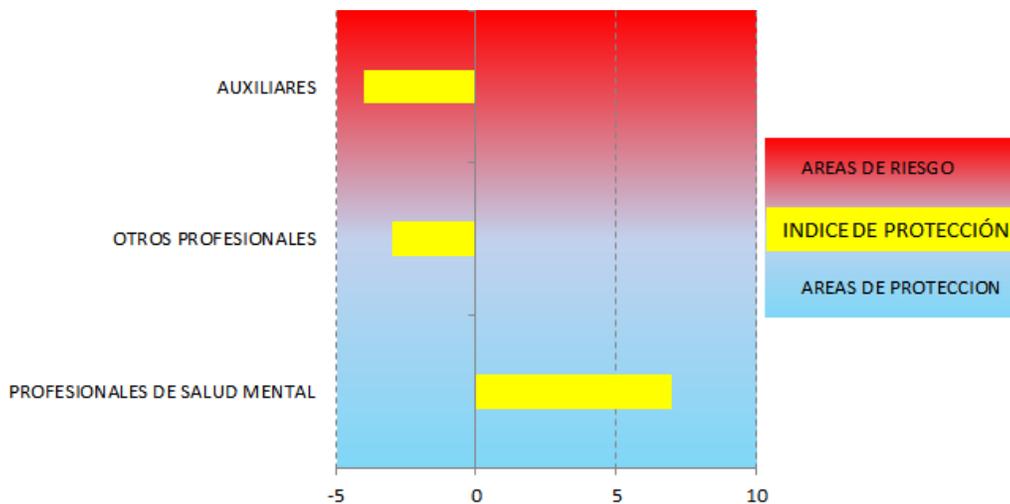
CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN CAPACITACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS

Figura 52

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL RECONOCIMIENTO Y**
COMPENSACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**

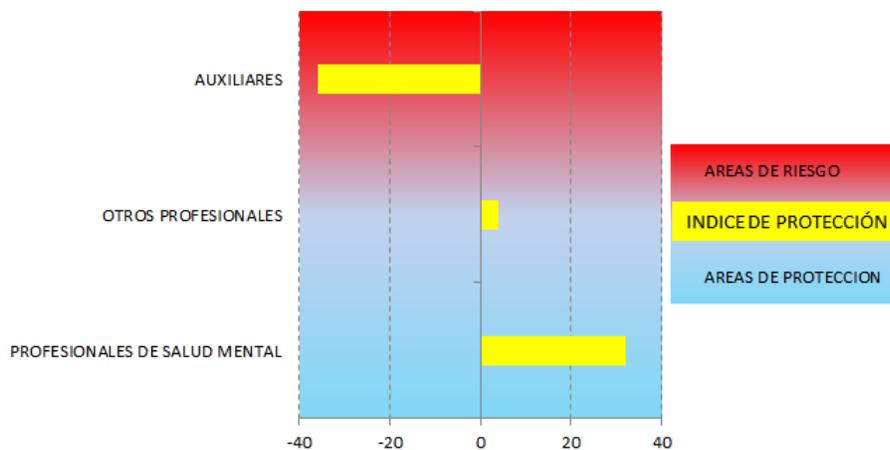


FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

- (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
- (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
- (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 53

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS DE LA JORNADA**
DE TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (*)**

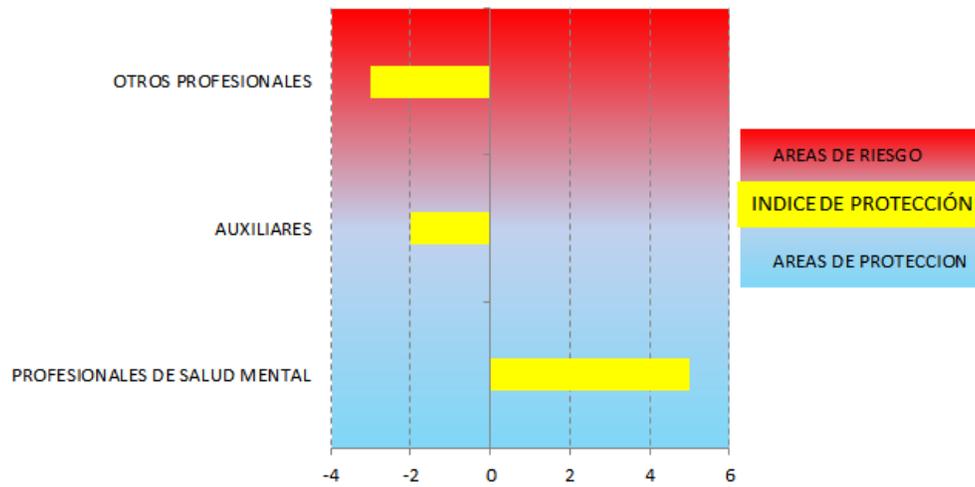


FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

- (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
- (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
- (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 54

CLÍNICA C3-SC (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES. SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=27) (***)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)

(**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.

(***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 55

Tabla 55. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C3-SC (Bogotá)*

Correlaciones				
Rho de Spearman	Reconocimiento y compensación - Forma A	Coeficiente de correlación	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma A	Control y autonomía sobre el trabajo - Forma A
		Significación (bilateral)	,011	,407
		N	12	12
	Consistencia del rol - Forma A	Coeficiente de correlación	,507	,779**
		Significación (bilateral)	,092	,003
		N	12	12

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 56. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en auxiliares de la Clínica C3-SC (Bogotá)*

		Correlaciones				
		Demandas ambientales y de esfuerzo físico - Forma B	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma B	Demandas cuantitativas - Forma B	Retroalimentación del desempeño - Forma B	
Rho de Spearman	Características de la vivienda y de su entorno - Extralaboral	Coefficiente de correlación	,550*	,179	,389	-,186
		Significación (bilateral)	,034	,524	,152	,508
		N	15	15	15	15
	Demandas ambientales y de esfuerzo físico – Forma B	Coefficiente de correlación		,659**	,610*	,201
		Significación (bilateral)		,008	,016	,472
		N		15	15	15
	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma B	Coefficiente de correlación	,659**		,494	,621*
		Significación (bilateral)	,008		,062	,013
		N	15		15	15

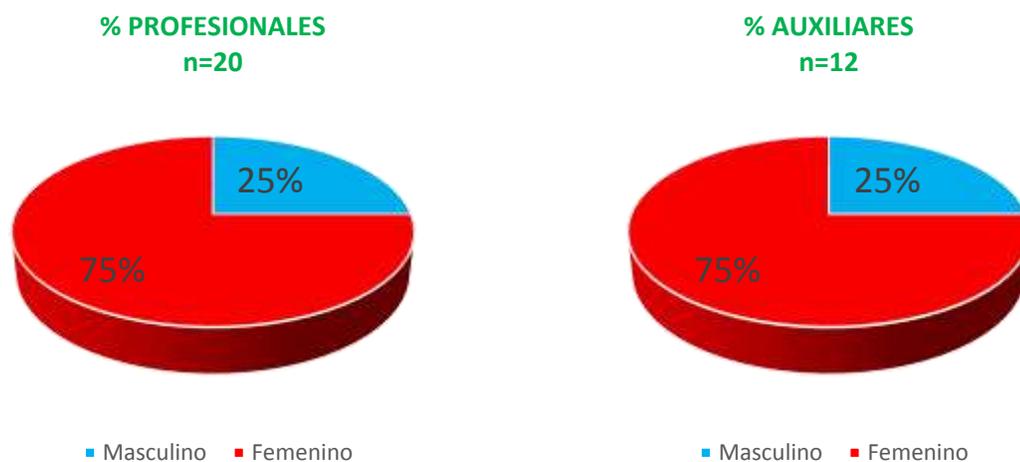
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tablas y gráficos C4-LI (Bogotá)

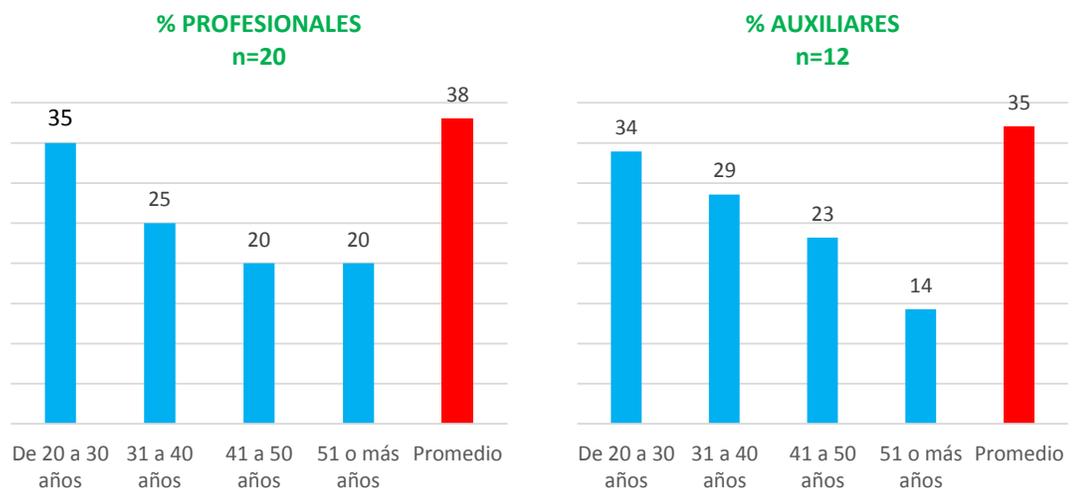
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ) DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR GÉNERO SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
(*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 56

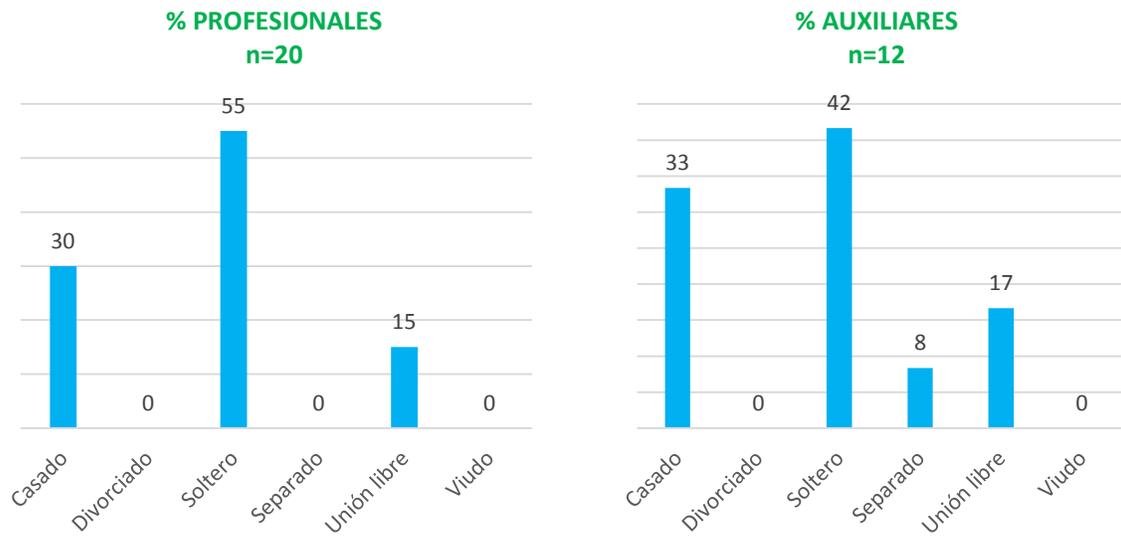
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES POR RANGO DE EDAD Y PROMEDIO EN COLOR ROJO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 57

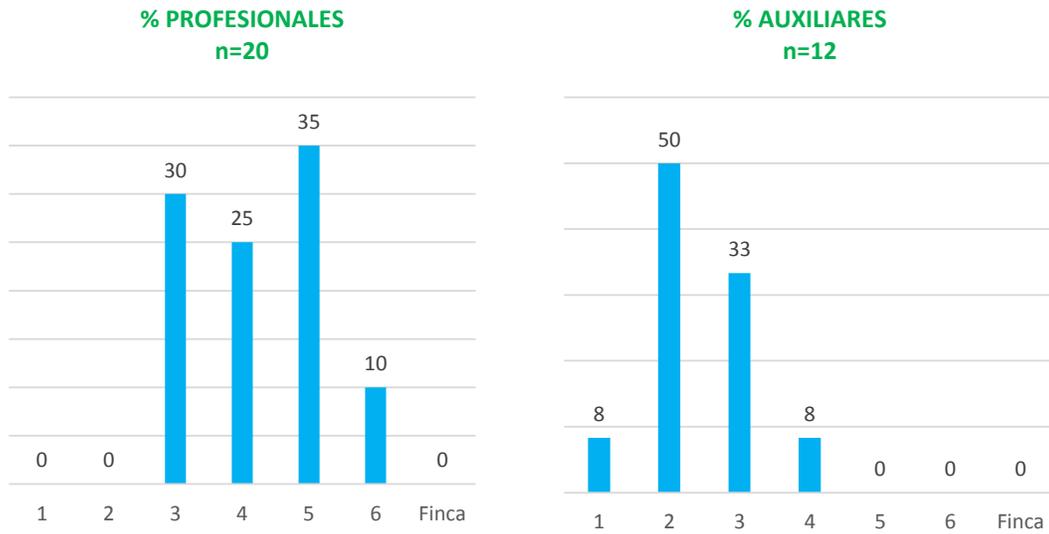
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 58

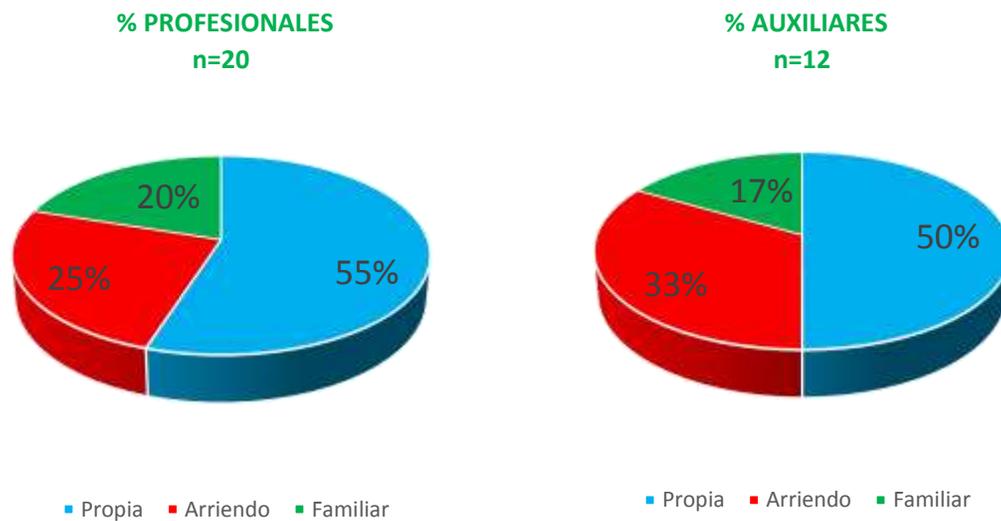
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 59

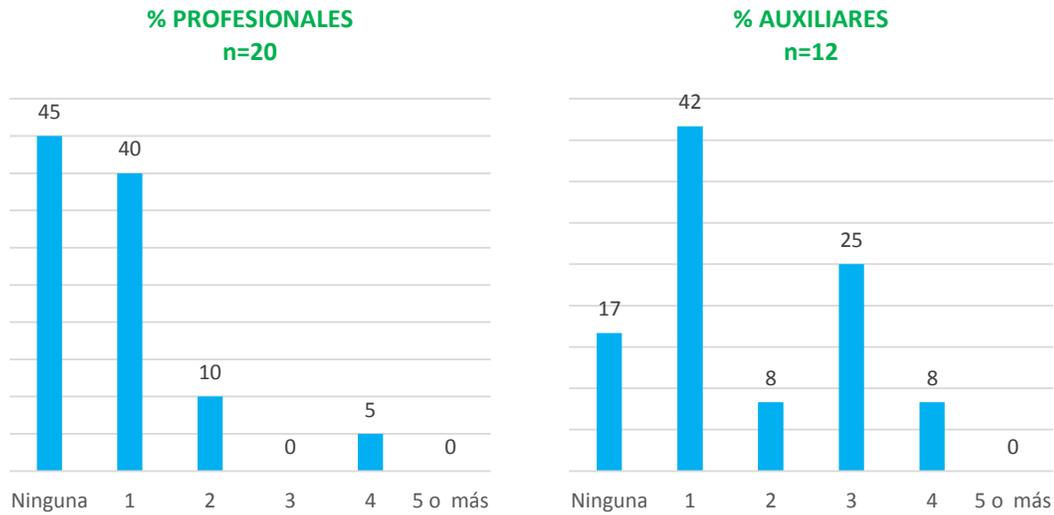
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE VIVIENDA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 60

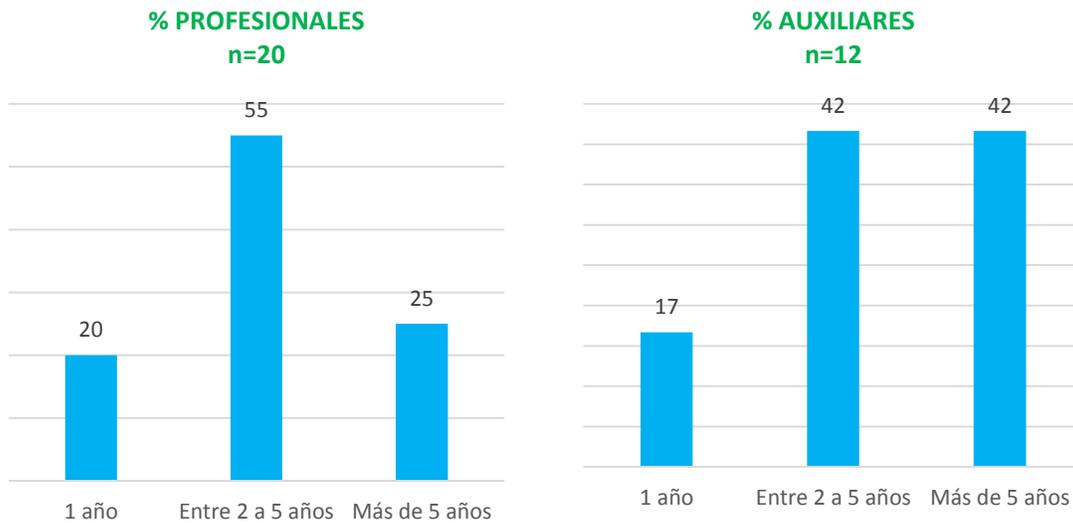
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS A CARGO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 61

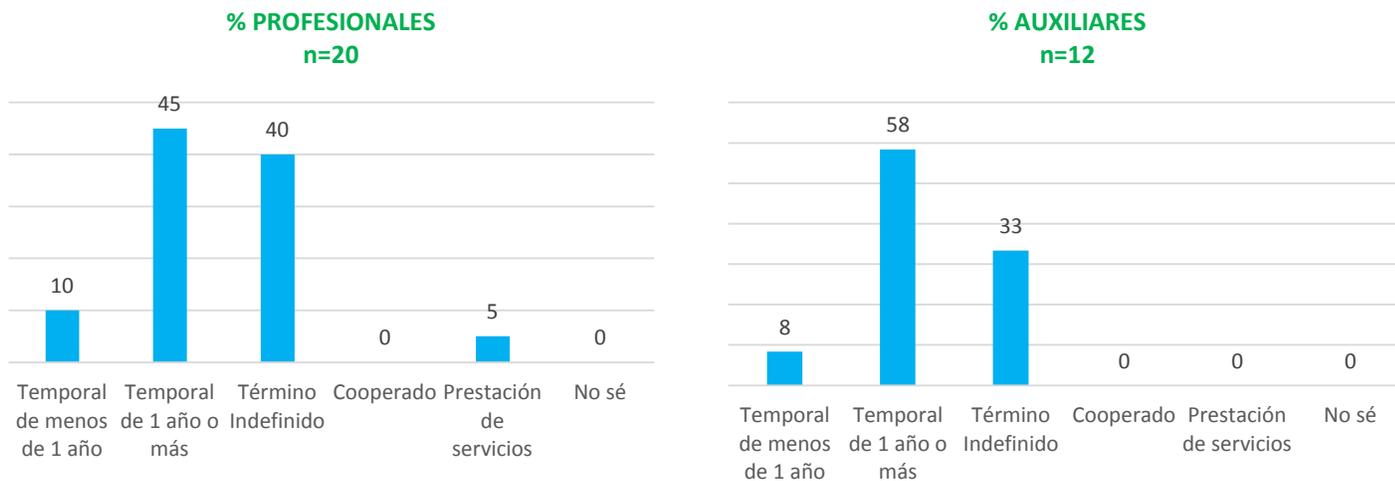
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 62

CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CONTRATO
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 63

CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=20) (*)

Tabla 57. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en profesionales (C4-LI-Bogotá)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	11	55	RIESGO ACEPTABLE	14	70
RIESGO MEDIO	3	15	RIESGO MEDIO	1	5
RIESGO ALTO	6	30	RIESGO ALTO	5	25

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACIÓN CON LOS COLABORADORES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	50	RIESGO ACEPTABLE	18	90
RIESGO MEDIO	5	25	RIESGO MEDIO	2	10
RIESGO ALTO	5	25	RIESGO ALTO	0	0

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	12	60
RIESGO MEDIO	3	15
RIESGO ALTO	5	25

Tabla 58. *Dominio: Control sobre el trabajo en profesionales (C4-LI-Bogotá)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	35	RIESGO ACEPTABLE	4	20
RIESGO MEDIO	3	15	RIESGO MEDIO	3	15
RIESGO ALTO	10	50	RIESGO ALTO	13	65

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	50	RIESGO ACEPTABLE	12	60
RIESGO MEDIO	3	15	RIESGO MEDIO	5	25
RIESGO ALTO	7	35	RIESGO ALTO	3	15

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	15	RIESGO ACEPTABLE	5	25
RIESGO MEDIO	3	15	RIESGO MEDIO	6	30
RIESGO ALTO	14	70	RIESGO ALTO	9	45

Tabla 59. *Dominio: Demandas en el trabajo para profesionales (C4-LI-Bogotá)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	35	RIESGO ACEPTABLE	1	5
RIESGO MEDIO	2	10	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	11	55	RIESGO ALTO	19	95

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	20	RIESGO ACEPTABLE	12	60
RIESGO MEDIO	2	10	RIESGO MEDIO	6	30
RIESGO ALTO	14	70	RIESGO ALTO	2	10

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	40	RIESGO ACEPTABLE	6	30
RIESGO MEDIO	5	25	RIESGO MEDIO	3	15
RIESGO ALTO	7	35	RIESGO ALTO	11	55

CONSISTENCIA DEL ROL			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	50	RIESGO ACEPTABLE	12	60
RIESGO MEDIO	7	35	RIESGO MEDIO	6	30
RIESGO ALTO	3	15	RIESGO ALTO	2	10

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	1	5
RIESGO MEDIO	3	15
RIESGO ALTO	16	80

Tabla 60. *Dominio: Recompensas en profesionales (C4-LI-Bogotá)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	10	50	RIESGO ACEPTABLE	8	40
RIESGO MEDIO	3	15	RIESGO MEDIO	2	10
RIESGO ALTO	7	35	RIESGO ALTO	10	50

PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	8	40
RIESGO MEDIO	4	20
RIESGO ALTO	8	40

Tabla 61. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en profesionales (C4-LI-Bogotá)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	25
RIESGO MEDIO	6	30
RIESGO ALTO	9	45

Tabla 62. Factores de riesgo psicosocial extralaboral en profesionales (C4-LI-Bogotá)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	25	RIESGO ACEPTABLE	19	95
RIESGO MEDIO	10	50	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	5	25	RIESGO ALTO	1	5

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	35	RIESGO ACEPTABLE	10	50
RIESGO MEDIO	7	35	RIESGO MEDIO	8	40
RIESGO ALTO	6	30	RIESGO ALTO	2	10

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	25	RIESGO ACEPTABLE	8	40
RIESGO MEDIO	9	45	RIESGO MEDIO	9	45
RIESGO ALTO	6	30	RIESGO ALTO	3	15

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	3	15	RIESGO ACEPTABLE	5	25
RIESGO MEDIO	6	30	RIESGO MEDIO	8	40
RIESGO ALTO	11	55	RIESGO ALTO	7	35

Tabla 63. Evaluación del estrés en profesionales (C4-LI-Bogotá)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	25
RIESGO MEDIO	4	20
RIESGO ALTO	11	55

CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
FACTORES DE RIESGO INTRALABORAL EN AUXILIARES
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) (*)

Tabla 64. *Dominio: Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo en auxiliares (C4-LI-Bogotá)*

CARACTERÍSTICAS DE LIDERAZGO			RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33	RIESGO ACEPTABLE	6	50
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	6	50	RIESGO ALTO	4	33

RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO			RELACION CON LOS COLABORADORES N/A		
NIVEL	N	%			
RIESGO ACEPTABLE	3	25			
RIESGO MEDIO	2	17			
RIESGO ALTO	7	58			

PORCENTAJE GENERAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	5	42

Tabla 65. *Dominio: Control sobre el trabajo en auxiliares (C4-LI-Bogotá)*

CLARIDAD DEL ROL			CAPACITACIÓN		
CAPACITACIÓN	N	%	CAPACITACIÓN	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	0	0	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	5	42	RIESGO ALTO	2	17

PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO			OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	42	RIESGO ACEPTABLE	6	50
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	5	42	RIESGO ALTO	1	8

CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO			PORCENTAJE PROMEDIO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	1	8
RIESGO ALTO	1	8	RIESGO ALTO	6	50

Tabla 66. *Dominio: Demandas en el trabajo para auxiliares (C4-LI-Bogotá)*

DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO			DEMANDAS EMOCIONALES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33	RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	1	8	RIESGO MEDIO	1	8
RIESGO ALTO	7	58	RIESGO ALTO	11	92

DEMANDAS CUANTITATIVAS			INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33	RIESGO ACEPTABLE	6	50
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	3	25
RIESGO ALTO	6	50	RIESGO ALTO	3	25

EXIGENCIAS Y RESPONSABILIDAD DEL CARGO N/A			DEMANDAS DE CARGA MENTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	3	25
			RIESGO MEDIO	5	42
			RIESGO ALTO	4	33

CONSISTENCIA DEL ROL N/A			DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
			RIESGO ACEPTABLE	2	17
			RIESGO MEDIO	5	42
			RIESGO ALTO	5	42

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0
RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	10	83

Tabla 67. *Dominio: Recompensas en auxiliares (C4-LI-Bogotá)*

RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORGANIZACIÓN			RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	17	RIESGO ACEPTABLE	2	17
RIESGO MEDIO	5	42	RIESGO MEDIO	5	42
RIESGO ALTO	5	42	RIESGO ALTO	5	42

NIVEL PROMEDIO		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	5	42

Tabla 68. *Porcentaje total: Cuestionario de riesgo intralaboral en auxiliares (C4-LI-Bogotá)*

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	8	67

Tabla 69. Factores de riesgo extralaborales en auxiliares (C4-LI-Bogotá)

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO			RELACIONES FAMILIARES		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	17	RIESGO ACEPTABLE	11	92
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	0	0
RIESGO ALTO	6	50	RIESGO ALTO	1	8

COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES			SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	7	58	RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	4	33	RIESGO MEDIO	4	33
RIESGO ALTO	1	8	RIESGO ALTO	4	33

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO			INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	2	17	RIESGO ACEPTABLE	4	33
RIESGO MEDIO	5	42	RIESGO MEDIO	8	67
RIESGO ALTO	5	42	RIESGO ALTO	0	0

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA			PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%	NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	0	0	RIESGO ACEPTABLE	2	17
RIESGO MEDIO	2	17	RIESGO MEDIO	4	33
RIESGO ALTO	10	83	RIESGO ALTO	6	50

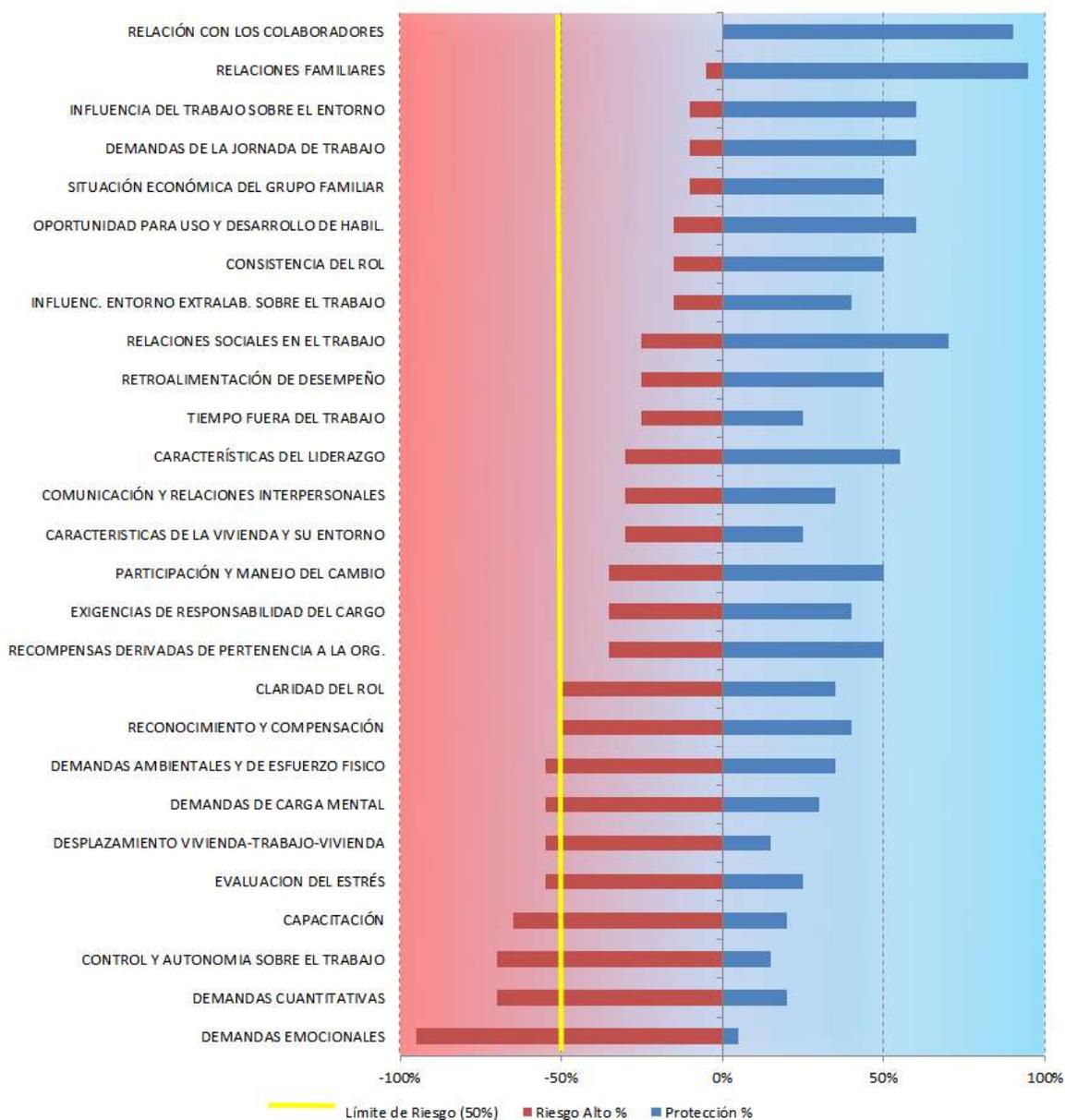
Tabla 70. Evaluación del estrés en auxiliares (C4-LI-Bogotá)

PORCENTAJE TOTAL		
NIVEL	N	%
RIESGO ACEPTABLE	5	42
RIESGO MEDIO	2	17
RIESGO ALTO	5	42

Tabla 71. Resultados de instrumentos complementarios (C4-LI-Bogotá)

	ESTILO DE AFRONTAMIENTO							
	FACTORES ESTRESORES INTRALABORALES	FACTORES ESTRESORES EXTRALABORALES	VULNERABILIDAD	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SOORTE SOCIAL	EVITACIÓN	AUTO- CULPABILIDAD	FANTASÍAS
PROFESIONAL	125	86	45	2	1,5	1	1,3	1,5
PROFESIONAL	166	178	48	2,3	1,2	0,8	1,2	1,1
AUXILIAR	188	194	37	2,5	1	1,4	0	1,7
AUXILIAR	153	82	42	1,8	1,7	1	1,3	1,8

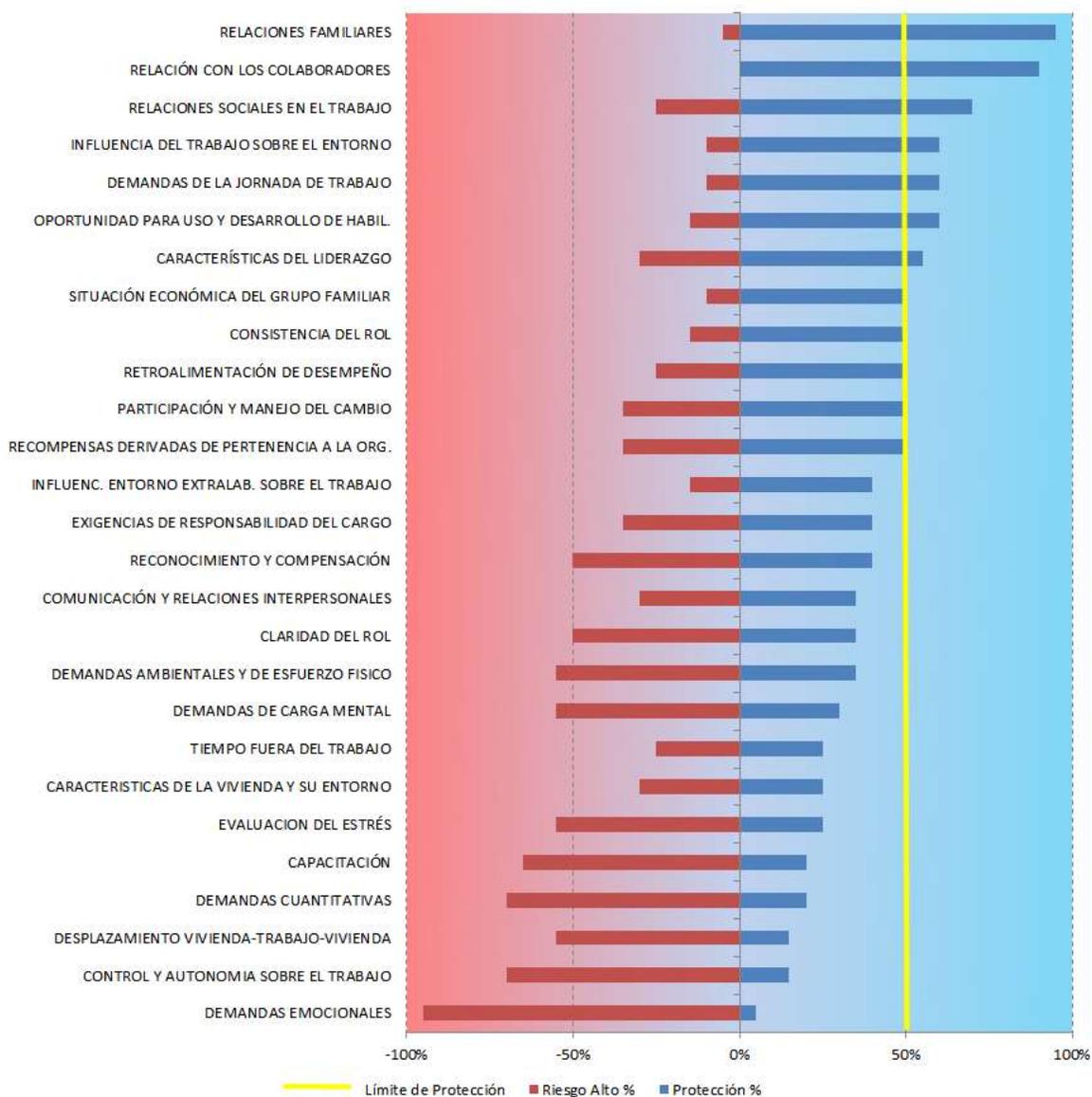
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=20) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 64

CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL PROFESIONAL.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=20) ()**



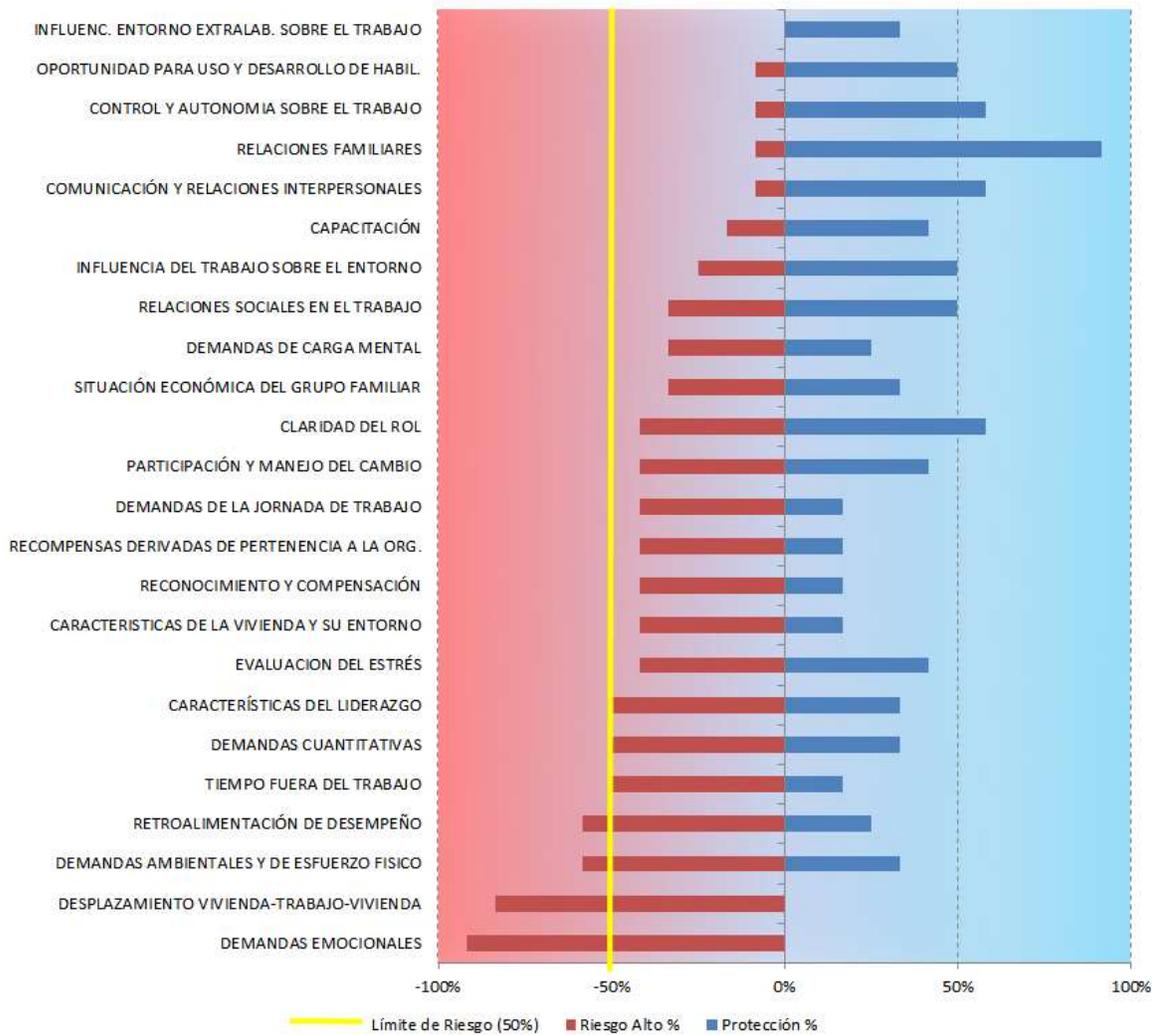
FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”

(*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.

(**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL PROFESIONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 65

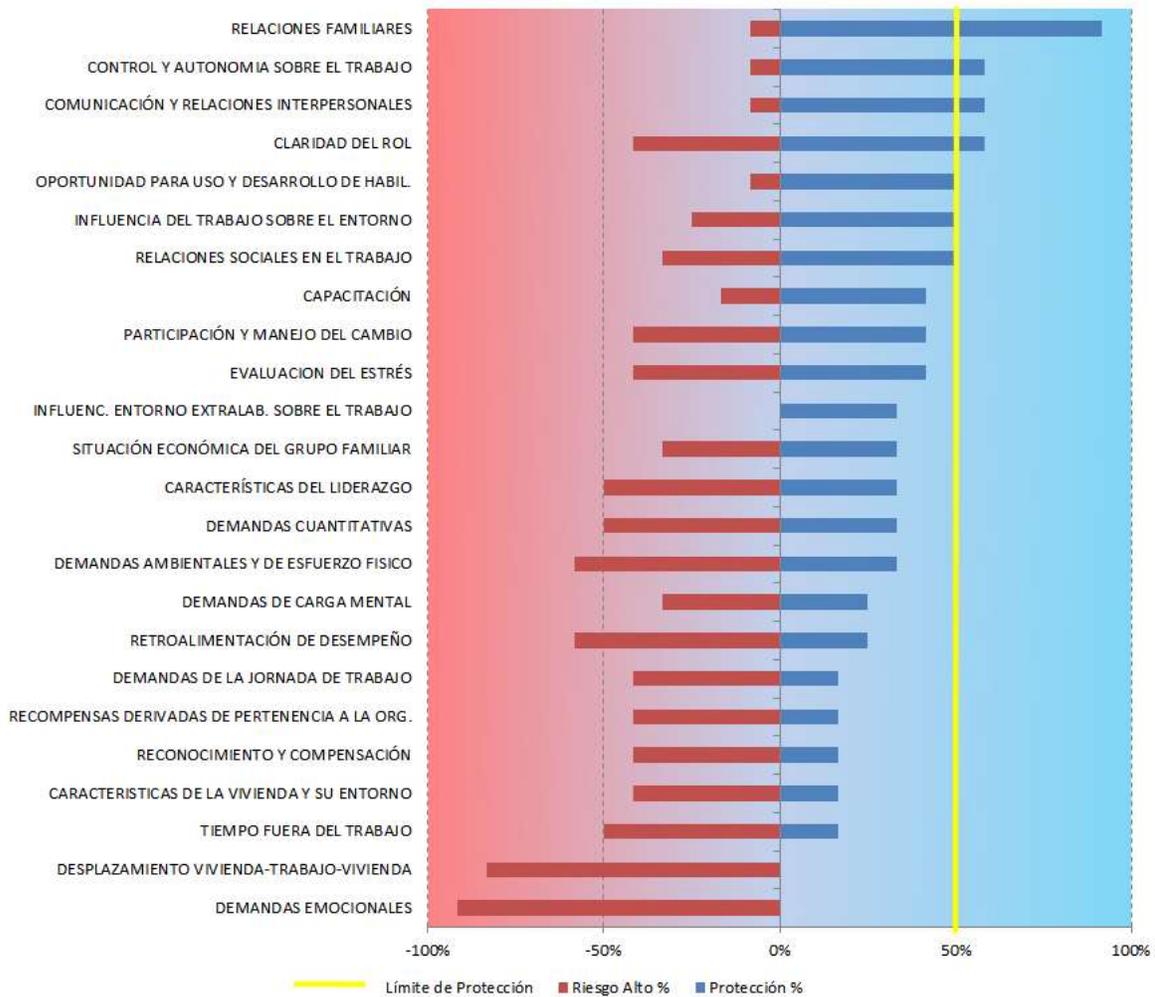
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO ALTO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 66

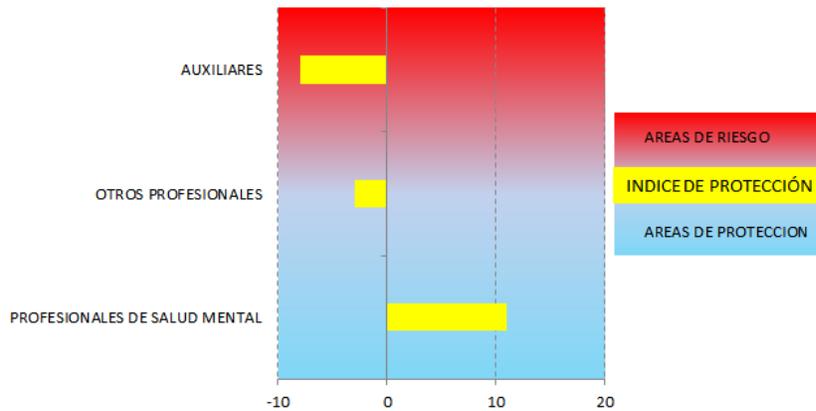
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
COMPARACION (*) ENTRE NIVELES DE RIESGO PSICOSOCIAL ALTO Y BAJO OBSERVADOS EN
PERSONAL AUXILIAR.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=12) ()**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ORDENADA SEGÚN NIVEL DE RIESGO BAJO Y CON LÍNEA DIVISORIA AMARILLA QUE DESTACA EL 50% MÁS REPORTADO.
 (**) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL AUXILIAR QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 67

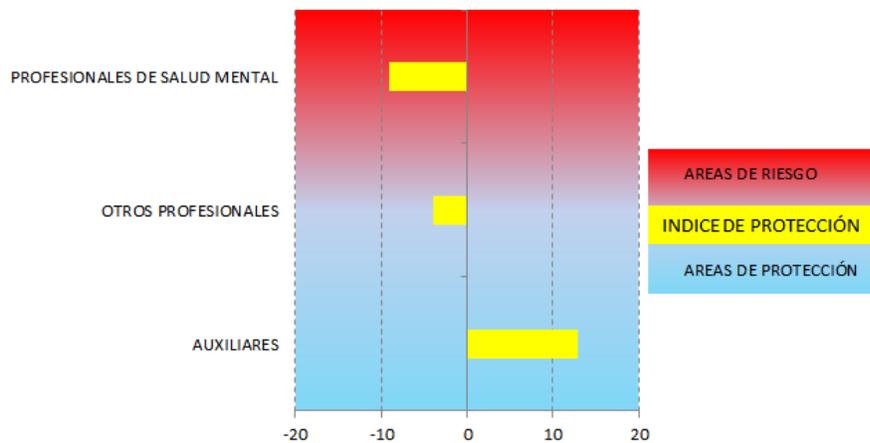
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 68

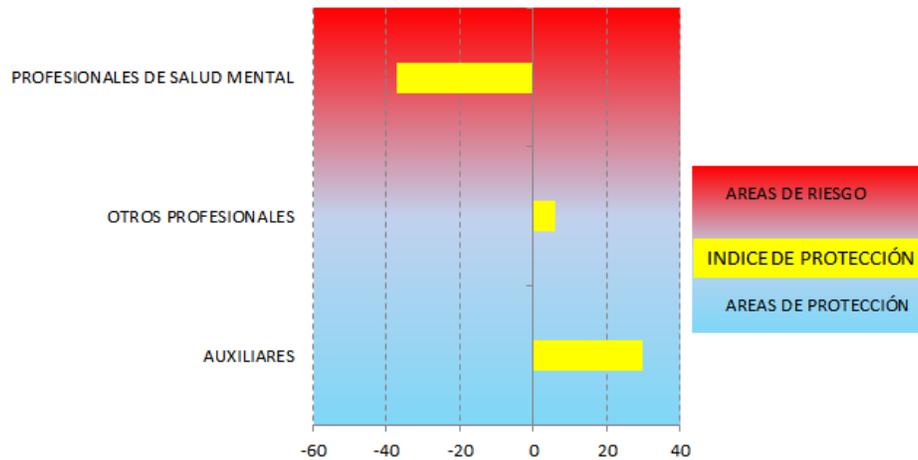
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS CUANTITATIVAS SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.**
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 69

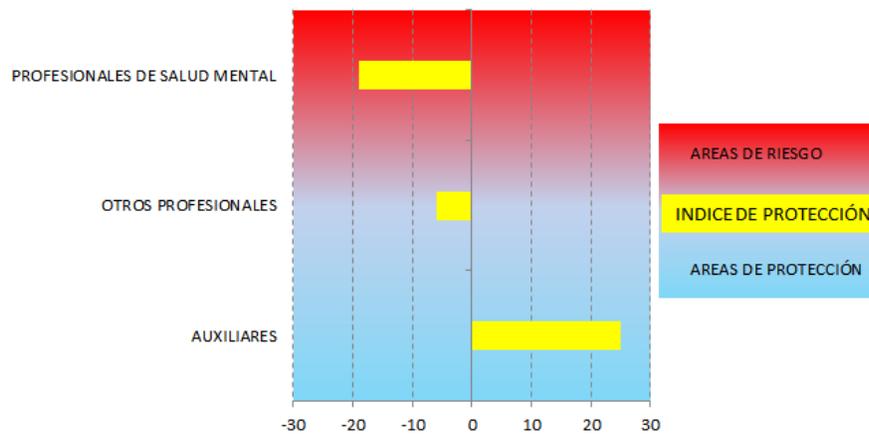
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES. SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (***)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 70

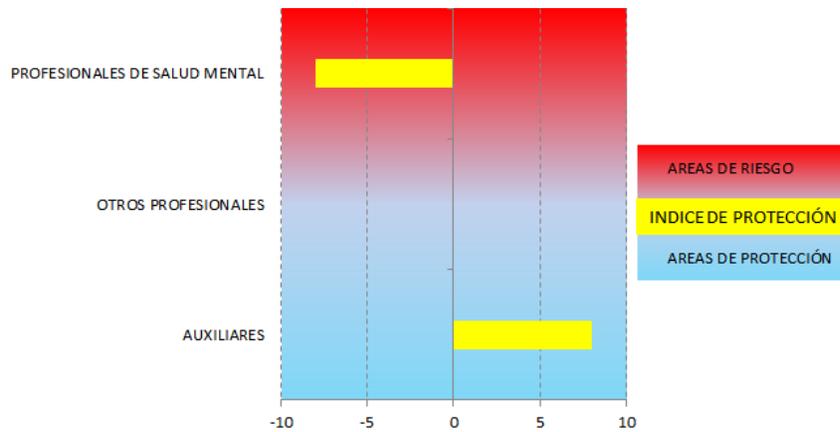
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA DIMENSIÓN CAPACITACIÓN SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES. SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (***)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 71

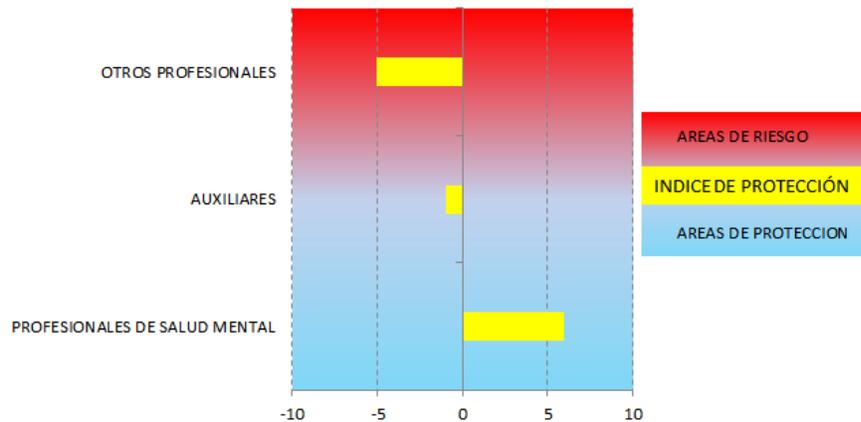
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LA EVALUACIÓN DEL ESTRES**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 72

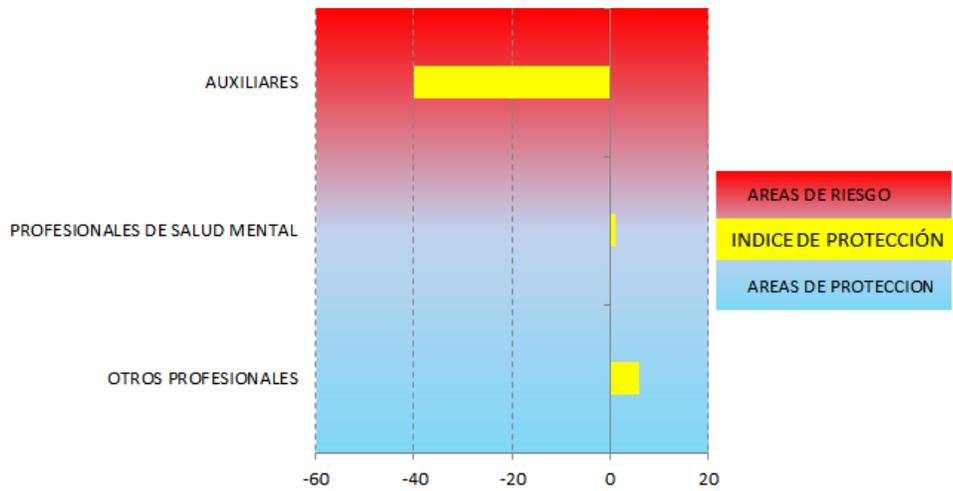
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DEMANDAS AMBIENTALES Y**
DE ESFUERZO FÍSICO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 73

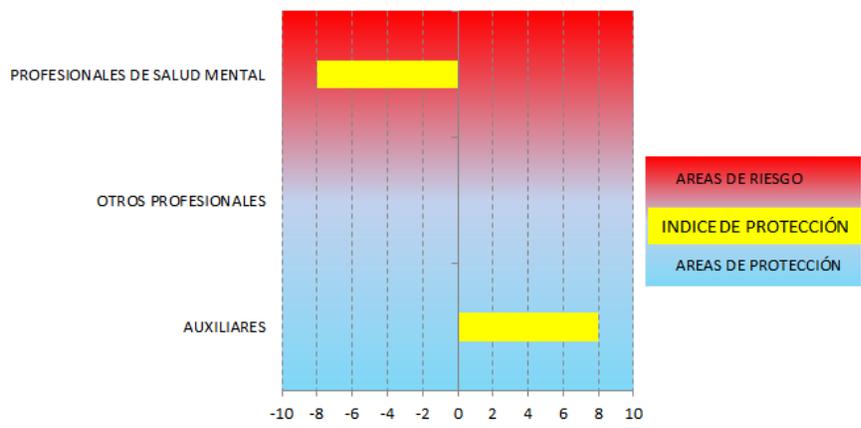
CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE A LAS DIMENSIONES DE**
RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 74

CLÍNICA C4-LI (BOGOTÁ)
ÍNDICE DE PROTECCIÓN (*) ALTO NIVEL DE RIESGO () FRENTE AL TIEMPO FUERA DEL TRABAJO**
SEGÚN GRUPOS DE TRABAJADORES.
SEGUNDO SEMESTRE DE 2015 (N=32) (*)**



FUENTE: RESPUESTA INDIVIDUAL A LA “BATERÍA DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2010”
 (*) ÍNDICE DE PROTECCIÓN= (% ESPERADO-% OBSERVADO)
 (**) NIVELES DE RIESGO PRESENTES EN MÁS DEL 50% DE LOS TRABAJADORES.
 (***) INCLUYE EXCLUSIVAMENTE PERSONAL QUE CUMPLE LOS CRITERIOS PREESTABLECIDOS.

Figura 75

Tabla 72. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)*

Correlaciones										
Rho de Spearman	Claridad de rol - Forma A	Coefficiente de correlación	Demandas ambientales y de esfuerzo físico – Forma A	Reconocimiento y compensación - Forma A	Puntaje total evaluación de estrés	Control y autonomía sobre el trabajo - Forma A	Características del liderazgo - Forma A	Consistencia del rol - Forma A	Participación y manejo del cambio - Forma A	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma A
			,482*	,658**	,297	,303	,718**	,438	,632**	,479*
		Significación (bilateral)	,043	,003	,231	,221	,001	,069	,005	,044
		N	20	20	20	20	20	20	20	20
	Demandas ambientales y de esfuerzo físico - Forma A	Coefficiente de correlación		,398	,559*	-,028	,663**	,841**	,588*	,506*
		Significación (bilateral)		,102	,016	,914	,003	,000	,010	,032
		N		20	20	20	20	20	20	20
	Reconocimiento y compensación - Forma A	Coefficiente de correlación		,398	,219	,585*	,702**	,432	,774**	,810**
		Significación (bilateral)		,102	,384	,011	,001	,074	,000	,000
		N		20	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 73. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)*

Correlaciones					
			Reconocimiento y compensación - Forma A	Consistencia del rol – Forma A	Demandas de la jornada de trabajo - Forma A
Rho de Spearman	Puntaje total evaluación de estrés	Coefficiente de correlación	,219	,479*	,518*
		Significación (bilateral)	,384	,044	,028
		N	20	20	20
	Capacitación - Forma A	Coefficiente de correlación	,524*	,032	-,453
		Significación (bilateral)	,026	,900	,059
		N	20	20	20

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).
 **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 74. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)*

		Correlaciones			
			Reconocimiento y compensación - Forma A	Control y autonomía sobre el trabajo - Forma A	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma A
Rho de Spearman	Demandas cuantitativas - Forma A	Coeficiente de correlación	,385	,596**	,571*
		Significación (bilateral)	,114	,009	,013
		N	20	20	20
	Control y autonomía sobre el trabajo - Forma A	Coeficiente de correlación	,585*		,496*
		Significación (bilateral)	,011		,036
		N	20		20

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).
 **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 75. *Correlaciones significativas entre factores de riesgo psicosocial en profesionales de la Clínica C4-LI (Bogotá)*

			Correlaciones							
Rho de Spearman	Características del liderazgo - Forma A	Coefficiente de correlación	Claridad de rol - Forma A	Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda - Extralaboral	Demandas ambientales y de esfuerzo físico – Forma A	Reconocimiento y compensación - Forma A	Puntaje total evaluación de estrés	Consistencia del rol - Forma A	Participación y manejo del cambio - Forma A	Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza - Forma A
			,718**	,283	,663**	,702**	,198	,553*	,750**	,772**
		Significación (bilateral)	,001	,255	,003	,001	,431	,017	,000	,000
		N	20	20	20	20	20	20	20	20
	Consistencia del rol - Forma A	Coefficiente de correlación	,438	,232	,841**	,432	,479*		,537*	,462
		Significación (bilateral)	,069	,353	,000	,074	,044		,022	,054
		N	20	20	20	20	20		20	20
	Participación y manejo del cambio – Forma A	Coefficiente de correlación	,632**	,564*	,588*	,774**	,189	,537*		,822**
		Significación (bilateral)	,005	,015	,010	,000	,454	,022		,000
		N	20	20	20	20	20	20		20

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 76. Resumen de factores psicosociales laborales que afectan a profesionales de salud mental

	CLINICA 1 RIESGO ALTO %	CLINICA 2 RIESGO ALTO %	CLINICA 3 RIESGO ALTO %	CLÍNICA 4 RIESGO ALTO %
CARACTERISTICAS DEL LIDERAZGO	44%	33%	0%	30%
RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO	56%	33%	17%	25%
RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO	56%	67%	25%	25%
RELACIÓN CON LOS COLABORADORES	0%	33%	17%	0%
CLARIDAD DEL ROL	56%	33%	17%	50%
CAPACITACIÓN	44%	22%	58%	65%
PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO	56%	22%	58%	35%
OPORTUNIDADES PARA USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES	33%	22%	17%	15%
CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO	33%	33%	33%	70%
DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO	22%	78%	42%	55%
DEMANDAS EMOCIONALES	100%	100%	100%	95%
DEMANDAS CUANTITATIVAS	0%	22%	17%	70%
INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO	0%	11%	0%	10%
EXIGENCIAS DE RESPONSABILIDAD DEL CARGO	33%	44%	8%	35%
DEMANDAS DE CARGA MENTAL	0%	22%	22%	55%
CONSISTENCIA DEL ROL	33%	11%	8%	15%
DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO	0%	11%	8%	10%
RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORG.	44%	56%	50%	35%
RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN	44%	78%	50%	50%
TIEMPO FUERA DEL TRABAJO	0%	11%	8%	25%
RELACIONES FAMILIARES	0%	11%	0%	5%
COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES	33%	33%	25%	30%
SITUACIÓN ECONÓMICA DEL NÚCLEO FAMILIAR	11%	44%	8%	10%
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO	22%	33%	17%	30%
INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO	11%	44%	42%	15%
DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA	11%	89%	75%	55%
EVALUACION DEL ESTRÉS	33%	56%	25%	55%

Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Tabla 77. Resumen de factores psicosociales laborales que afectan a auxiliares de salud mental

	CLINICA 1	CLINICA 2	CLINICA 3	CLINICA 4
	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO
	%	%	%	%
CARACTERÍSTICAS DEL LIDERAZGO	23%	48%	20%	50%
RELACIONES SOCIALES EN EL TRABAJO	29%	34%	47%	33%
RETROALIMENTACIÓN DE DESEMPEÑO	39%	48%	40%	58%
CLARIDAD DEL ROL	34%	38%	40%	42%
CAPACITACIÓN	7%	6%	20%	17%
PARTICIPACIÓN Y MANEJO DEL CAMBIO	34%	38%	27%	42%
OPORTUNIDADES PARA EL USO Y DESARROLLO DE HABILIDADES	30%	26%	33%	8%
CONTROL Y AUTONOMÍA SOBRE EL TRABAJO	38%	22%	20%	8%
DEMANDAS AMBIENTALES Y DE ESFUERZO FÍSICO	32%	52%	53%	58%
DEMANDAS EMOCIONALES	70%	90%	93%	92%
DEMANDAS CUANTITATIVAS	21%	26%	20%	50%
INFLUENCIA DEL TRABAJO SOBRE EL ENTORNO	43%	28%	27%	25%
DEMANDAS DE CARGA MENTAL	23%	38%	40%	33%
DEMANDAS DE LA JORNADA DE TRABAJO	30%	44%	73%	42%
RECOMPENSAS DERIVADAS DE LA PERTENENCIA A LA ORG.	30%	28%	53%	42%
RECONOCIMIENTO Y COMPENSACIÓN	32%	32%	60%	42%
TIEMPO FUERA DEL TRABAJO	34%	36%	40%	50%
RELACIONES FAMILIARES	7%	6%	0%	8%
COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES	29%	38%	33%	8%
SITUACIÓN ECONÓMICA DEL GRUPO FAMILIAR	20%	38%	40%	33%
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO	38%	72%	53%	42%
INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO	36%	24%	27%	0%
DESPLAZAMIENTO VIVIENDA-TRABAJO-VIVIENDA	16%	30%	53%	83%
EVALUACION DEL ESTRÉS	46%	40%	47%	42%

Fuente: Datos alcanzados en el estudio