

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**“RELACION ENTRE ESTRÉS LABORAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED DE SALUD
AREQUIPA”**

**Trabajo de Investigación para Obtener
el Título de Médico Especialista en
Medicina Familiar**

AUTOR:

Juan Carlos Ayquipa Muñoz

TUTOR:

Betzaida Baldárrago Villalobos

AREQUIPA – 2017

1. JUSTIFICACIÓN

Aunque las condiciones de trabajo, la salud mental y el estrés laboral en funcionarios de salud, han sido motivo de preocupación de varios estudios en las últimas décadas, no se ha evaluado de forma integral el estrés laboral en la atención primaria. Este nivel de atención cobra cada vez mayor importancia en las políticas actuales en salud. Se le pide, por ejemplo, una mayor capacidad de resolución en un número mayor de problemas médicos, que antes eran de responsabilidad de niveles secundarios. Por esta razón, es de sumo interés conocer la situación de los recursos humanos de este grupo de trabajadores de la salud¹.

El ambiente psicosocial desfavorable en el trabajo se está convirtiendo en algo muy común en las formas de vida laboral modernas, y está bien documentada la relación entre el estrés laboral y diversos tipos de enfermedad. El estrés laboral afecta fundamentalmente a profesionales asistenciales y en términos de esfuerzo-recompensa ha demostrado ser un claro predictor de una salud subjetiva y un funcionalismo disminuidos, así como de enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas².

La calidad de este nivel de atención se mide actualmente a través de instrumentos como son Metas Sanitarias o indicadores, en donde se evalúa el trabajo en salud realizado por los respectivos equipos tomando en cuenta la situación de la población beneficiaria del sistema público en relación con las metas establecidas previamente. Estas metas siempre van en aumento

y es muy difícil, salvo por situaciones específicas, que éstas puedan disminuirse de un año para otro, generándose así, un círculo vicioso en torno al cumplimiento. La continua preocupación de los establecimientos por el cumplimiento de las metas, genera tensión entre los funcionarios, ya que la forma en que está definido el sistema, se contrapone con el modelo de atención integral centrado en la familia, por el contrario, se predispone hacia un modelo basado en la asistencialidad. La causa de la tensión generada entre los equipos se basa en el escaso tiempo de que disponen los profesionales para las labores asistenciales sobre la población a cargo (sin contemplar la carga del trabajo administrativo) ya que se privilegia la cantidad (cobertura y números) sobre la calidad (impacto en la conducta de salud de las personas)³.

El estrés laboral en la actualidad se ha transformado de un tema de una real preocupación en los servicios públicos y privados ya que los trabajadores se encuentran cada vez más presionados en sus ambientes laborales repercutiendo en la salud mental, física y familiar de los individuos. Precisamente la familia, en si la funcionalidad familiar como eje fundamental para el desarrollo de la sociedad se podría ver inmersa en la afección del estrés ocupacional de los trabajadores de Atención primaria, en tal sentido resulta de gran importancia realizar el presente estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ESTRÉS LABORAL

A. DEFINICIÓN DE ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral se define como una respuesta psicobiológica nociva, que aparece cuando los requisitos de un trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador ⁴. Puede estar relacionado con el trabajo en sí mismo (carga laboral, escasa posibilidad de tomar decisiones), y también con el contexto organizativo o con el ambiente laboral (escasa comunicación, conflictos interpersonales), así como con dificultades para conciliar la vida familiar con el trabajo⁵. Además, los rasgos de personalidad de cada trabajador y sus diferentes estilos de afrontamiento explican la considerable variación individual con que los trabajadores perciben o responden a las demandas laborales o a su ambiente de trabajo⁶. El estrés laboral se ha relacionado con numerosos efectos adversos sobre la salud física y mental, y se ha convertido en un problema creciente para los trabajadores, las empresas, los departamentos de salud laboral y para el sistema sanitario en general, con una considerable relación con ausencias en el trabajo y unos elevados costes sanitarios asociados ⁶.

B. EPIDEMIOLOGÍA DEL ESTRÉS EN SERVICIOS DE SALUD

Son muchos los estudios que indican que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de otras muchas

profesiones (Simpson y Grant, 1991). Teóricamente cabe esperar que el nivel de estrés medio del profesional de los servicios de salud sea alto. Atender al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, a situaciones límite de otros con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de vida o muerte, por ello la epidemiología del estrés del personal de los servicios de salud ha sido reconocida desde antiguo como alta⁸.

En el estudio del estrés del personal sanitario hay dos datos emergentes que se repiten en la mayoría de estudios, de un lado el alto nivel de estrés y de otro la satisfacción con su profesión como tal⁷. Ya el estudio realizado por la AAFP en 1979 con 850 médicos indicaba que aunque el noventa y siete por ciento de los médicos se encontraban satisfechos con su trabajo, el sesenta y cinco por ciento de ellos se consideraban estresados en su trabajo y que el factor de estrés más importante era la presión temporal y la urgencia del trabajo inmediato. Resultados semejantes fueron los obtenidos por May y Revicki (1985) que encontraron que el 97% de los médicos estaban satisfechos de su profesión a pesar de los niveles de estrés presente⁹. Utilizando el modelo habitual de considerar las tasas de morbilidad y mortalidad de las profesiones para estimar indirectamente los niveles de estrés de

las diferentes ocupaciones se pueden tener en cuenta los siguientes datos (Margison, 1987): las tasas de suicidio en la clase médica son tres veces más altas que las de la población general, el número de cirrosis es igualmente tres veces más elevado y los accidentes de tráfico dos veces superiores. Las tasas de alcoholismo y de abuso de drogas son igualmente más altas que en la población general (Roy, 1985). Margison (1987) menciona un estudio llevado a cabo por Watterson que entre 3575 médicos encontró que el 27 por ciento tenían un diagnóstico de alcoholismo o de dependencia a las drogas y el 50 por ciento de un desorden afectivo (depresión o ansiedad)¹⁰

Una cuestión frecuente en la investigación sobre el tema concierne a la posible diferencia en el nivel de estrés entre las diferentes unidades, departamentos o especialidades, tanto de médicos como de enfermería. La hipótesis subyacente supone que el tipo de enfermos o el tipo de cuidados que se tienen que dispensar pueden ser una fuente específica de estrés. Linn y Zeppa (1984) ha encontrado que entre los estudiantes de medicina se considera la especialidad de cirugía como la más estresante, seguida por la de medicina interna, aunque con una clara diferencia¹¹. Utilizando el criterio de mortalidad ocupacional se ha encontrado que los psiquiatras tienen las tasas más elevadas, mientras que los pediatras son quienes tienen un porcentaje menos elevado (Blachy, Disher y Roduner, 1968) Aunque hay pocos estudios que

establecen porcentajes diferenciales entre las diferentes especialidades parece que problemas como la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas se asocian a las profesiones con mayor tasa de suicidios, especialmente psiquiatras y anestesistas¹⁰. En algunas especialidades como la de psiquiatría el sentimiento de aislamiento personal del resto de profesionales médicos puede ser un factor importante de estrés. (Margison, 1987) En el estudio diferencial sobre los niveles de estrés varias son las áreas o departamentos que han sido principalmente estudiados. Probablemente las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados especiales, junto con algunas otras como la de infecciosos o específicamente enfermos de SIDA hayan sido las más estudiadas. Como refieren Servellen y Leake (1993) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida generó rápidamente una ola de preocupación, cuando no de ansiedad y miedo en los profesionales que inicialmente tenían que atender a los enfermos, y aunque la preocupación haya en gran parte desaparecido, la inquietud sigue presente aunque no siempre sea de forma abierta y clara¹². Desde otra perspectiva el cuidado de los enfermos de SIDA produce un estrés sobreañadido ante la juventud de los pacientes, su amargura y desesperación, y la incapacidad de cuidados realmente eficaces. En el área de cuidados intensivos el trabajo de Bailey, Steffen y Grout (1980) identificó en una muestra de 1800 enfermeras de cuidados intensivos siete categorías mayores de estrés consistentemente

citadas en la literatura previa: los conocimientos y la tecnología adecuada, las relaciones interpersonales, la naturaleza de los pacientes a quienes tienen que atender, el ambiente físico de trabajo, las condiciones administrativas, la gestión de la unidad y los eventos críticos. Entre ellos diferentes autores insisten en el conflicto interpersonal y la gestión de la unidad como los más importantes. Orlofsky y Gullledge (1986) han puesto el énfasis en el ambiente técnico de las unidades de cuidado intensivo como factor de estrés debido a que las nuevas tecnologías están continuamente poniendo en situación de compromiso la propia competencia profesional, lo que sí es válido para toda la actividad sanitaria en general lo es mucho más para unidades altamente tecnificadas¹³.

Un personal sanitario especialmente vulnerable al estrés son los médicos en formación. Deckard y col (1994) consideran que el desarrollo de los problemas generales del estrés sanitario tiene un periodo crítico que se gesta entre el segundo y el quinto año de experiencia sanitaria¹⁴. Durante este periodo se producirían los procesos claves de adaptación y de ajuste a las nuevas tareas o el fracaso en el afrontamiento de las tareas básicas que han de desarrollarse. La transición entre la preparación teórica y la práctica médica, la inexperiencia, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, el enfrentamiento a situaciones desconocidas coloca a este personal frecuentemente en una

situación de estrés constante, especialmente cuando tienen que enfrentarse a situaciones de urgencia (Revicki, Whitley, Michael, y Gallery, 1993) El periodo de formación activa es especialmente un periodo de vulnerabilidad al estrés (Hamberger y Stone, 1983)¹⁵.

La mujer médica diferiría de los hombres en la elección de especialidades, en determinadas características de su práctica y en su productividad. Según estos autores las mujeres suelen preferir las especialidades que prolongan los roles femeninos tradicionales: pediatría, psiquiatría infantil, obstetricia y ginecología y en general tienden a atender más a mujeres y a sujetos jóvenes. Igualmente, en su práctica se caracterizarían por dedicar más tiempo a los pacientes, ver un menor número de ellos y trabajar un menor número de horas a la semana, lo que concuerda con otros trabajos anteriores (Bowman, 1985)¹⁶.

En razón de este tipo de diferencias los autores citados encontraron que, en una muestra canadiense de 2584 en la que el 10 por ciento eran mujeres, había una ligera pero significativa diferencia en el estrés general de hombres y mujeres, de forma que en ellas era algo mayor. Aparecieron diferencias en otros factores como el esfuerzo necesario para mantener el nivel de conocimientos requerido. Si el personal médico tiene niveles altos de estrés, éste es aun habitualmente mayor cuando se estudia el estrés del personal de enfermería. El estudio comparativo

realizado por Wolfgang (1988) entre 291 médicos y 379 enfermeras encontró que estas últimas padecían de un nivel mayor de estrés. Normalmente al estrés médico el estrés de enfermería le añade problemas más acusados de tipo administrativo, de evaluación social y de ambigüedad de rol entre otros¹⁷.

C. FACTORES DE ESTRÉS EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

Dentro del ámbito organizacional los estresores más citados en la literatura han sido el conflicto, la ambigüedad de rol, la sobrecarga, la infrautilización de las habilidades, los recursos inadecuados, la escasa participación y el clima laboral (Bravo, Zurriaga, Peiró, y Gonzalez, 1993). Es lógico suponer que estos sean también estresores importantes en las profesiones sanitarias aunque matizados y especificados por las características propias de las profesiones sanitarias que pueden tener además fuentes particulares de estrés provenientes de su propia tarea asistencial.

En el estudio del estrés organizacional, probablemente los estudios que han conseguido mayor desarrollo han sido los dedicados al análisis del estrés de rol, tal como ha sido propuesto por la Escuela de Michigan (French y Kahn, 1962) que distingue tres modalidades fundamentales: conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol. Por conflicto de rol se suele entender, de forma genérica, a las exigencias opuestas y difícilmente conciliables,

cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo. El conflicto de rol en las profesiones sanitarias aparece principalmente en las prácticas difícilmente conciliables que se pide a la clase médica. La sociedad pide habitualmente que en temas de salud el funcionamiento de la clase médica alcance el máximo de competencia en todo momento, sin embargo la satisfacción de las necesidades urgentes de los pacientes, el mantenimiento de altos niveles de competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad a la familia del enfermo suelen generar situaciones conflictivas.

Se entiende como sobrecarga de rol el exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo. La falta de tiempo personal es precisamente citada como uno de los factores más importantes del estrés médico y de enfermería. El factor tiempo suele ser considerado como una causa relevante de insatisfacción en la práctica profesional (Mawardi, 1979; Mechanic, 1975). En el estudio de Linn y col. (1985), que estudió 211 médicos de la UCLA, la fuente de estrés era la presión temporal entendida básicamente como falta de tiempo para hacer las tareas que debían ser acometidas. Los resultados mostraron que los miembros académicos de la Facultad trabajaban una media de 60 horas a la semana mientras que los clínicos lo hacían 52 horas. Frecuentemente como respaldo a este tipo de prácticas y a la

aceptación de una agenda de trabajo excesivamente sobrecargada existe una moral, aprendida en los años de formación más tempranos, que insiste en la responsabilidad inexcusable que recae sobre las propias espaldas de forma indesplazable. En un trabajo de McCranie, Hornsby y Calvert (1982) las presiones temporales y la sobrecarga laboral aparecían igualmente como factores importantes en la génesis del estrés¹⁸.

2.2.FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A. DEFINICIÓN DE FUNCIONALIDAD

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)¹⁹

Desde la revisión de la literatura sobre familia y terapia familiar realizada por David H. Olson, Candyce Russell y Douglas Sprenkle (1979, 1980, 1982 Y 1983) se integraron conceptos provenientes de tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión (vínculos familiares), adaptabilidad (cambio) y comunicación. Estas variables de la funcionalidad familiar se ven influidas por las etapas del ciclo vital familiar, proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de fases que implican cambios

y adaptaciones. Estos cambios pueden provocar crisis de menor o mayor intensidad, cada crisis lleva a desenlaces exitosos que posibilita nuevos desarrollos, o desenlaces negativos, que conllevan a estancamiento y puede generar enfermedades físicas y/o psicológicas.

Las familias requieren especial apoyo, dado que enfrentan crisis y cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación entre éstos y con el exterior. Estudios realizados anteriormente han reportado, que los problemas de cohesión y manejo de los conflictos, a nivel social, tienen su raíz en la socialización dada a nivel familiar²⁰. Recientemente se ha avanzado en la comprensión de la respuesta de la familia a los problemas estructurales de la sociedad como son la desigualdad, la injusticia social y la falta de oportunidades educativas y laborales los cuales inciden en las dinámicas familiares.

Una mirada más amplia de la familia debe abordarla no sólo como generadora de las situaciones de violencia sino desde su potencial rehabilitador aún en comunidades de alta vulnerabilidad, La familia, con base en modificaciones de su funcionamiento, puede ser un contexto desde el cual reconstruir expectativas de vida diferentes, de paz, autonomía, y armonía individual y familiar. Lo anterior sugiere entonces, que una mejor funcionalidad familiar, es decir, una cohesión, adaptabilidad y comunicación

más adecuadas en las familias y comunidades con adolescentes, conllevarían a una disminución en las causas de violencia: la poca "cohesión del tejido social" y la "intolerancia al conflicto" y a su vez podría prever situaciones descontroladas y complejas

B. DEFINICIONES DE FAMILIA SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD

La Constitución Política del Perú, en su artículo 4°, reconoce a la Familia como una institución natural y fundamental de la sociedad. Es su unidad básica primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas, y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social²¹.

Familia Saludable es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y sus necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo además responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores y actitudes positivas para la vida²². Se considerará una familia, al conjunto de personas que tienen lazos afectivos y/o de

consanguinidad que consumen alimentos preparados en “una misma olla” y comparten una vivienda de manera continua. Así mismo, la familia puede ser definida de diversas maneras, dependiendo del enfoque y el contexto en la que se analice, sea en lo social, antropológico, psicológico, jurídico, médico, etc. Por ejemplo, para un sociólogo, la familia será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, la familia será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que para un antropólogo, la familia será un hecho social total, es decir, el microcosmos de una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales. La familia, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculos de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación, mientras que la Psicología entenderá por familia, a la célula básica de desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas, psicológicas y socioeconómicas; y para un economista, la familia significará unidad básica de producción y generación de riqueza de la sociedad. La familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está hecha por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad. Todas estas definiciones admiten que la familia es tanto causa como efecto de cambios hacia dentro y así afuera de sí misma. Por eso es necesario hacer una aproximación sistémica al concepto de familia.

Entornos Saludables comprende los espacios físicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y ecológicos en los que la persona desarrolla su vida diaria, donde se establecen condiciones no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo e incrementar el nivel de calidad de vida.

C. LA FAMILIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

La familia es un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazar como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano. Como sistema responde al principio de no sumatividad, en cuanto a que el todo es mayor y diferente de la suma de sus partes, por lo cual no puede ser descrita solamente por la adición de los rasgos individuales de sus miembros²³.

Por lo tanto la observación de la familia se debe dirigir hacia la comprensión de sus interacciones y no a la conducta individual de cada uno de sus miembros. Los patrones de interacción que caracterizan a cada familia son secuencias comunicativas

repetitivas en el tiempo que se van convirtiendo en “reglas” y posteriormente en “normas” a medida que avanza el ciclo de la familia. Estas normas sirven para evaluar la conducta de sus miembros en concordancia con la cultura y el medio social en el que se desarrolla la familia. Siendo la familia un sistema, conformado por un grupo de personas interrelacionadas, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y al grupo familiar en una cadena circular de influencia, por lo cual se asume que el origen de la causa o causas de las dificultades familiares puede llevar a diferentes resultados y el mismo resultado puede surgir de distintos orígenes²³.

En la perspectiva eco-sistémica, el individuo y la familia son organizaciones, que emergen dentro de lo que Edgar Morin (1986) llama apertura ecológica, en la cual la existencia es la cualidad de un ser que se produce sin cesar en relaciones de eco dependencia o de autonomía dependiente. Así, se asume que el entorno es constitutivo de los seres que se alimentan en él y coopera sin interrupción con su organización, a través de relaciones variadas que pueden ser complementarias, concurrentes y antagónicas. Y, a pesar de la fuerte interacción de la familia con el ambiente, cada familia es un organismo social que conserva su organización y su identidad, aunque a lo largo del tiempo cambien las relaciones efectivas que tienen sus integrantes. Se modifica el modo de conservar su organización, pero no su estructura esencial.²³

Los investigadores del funcionamiento familiar han encontrado que las familias pueden afrontar de manera exitosa las situaciones transaccionales propias del ciclo vital familiar y las situaciones catastróficas que les producen conflicto o crisis familiar. Para esto las familias hacen uso de sus capacidades para enfrentar las exigencias de la situación, conforme al significado que la familia le atribuye a dichas exigencias. Las familias cuentan con los recursos individuales de cada uno de sus miembros: inteligencia, los conocimientos y habilidades adquiridos por medio de la educación formal, sentido del humor, versatilidad, sentimientos de seguridad, salud física y emocional, la autoestima. Los recursos personales, y los recursos familiares de cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.²⁴

La cohesión familiar, definida por Olson (1997-1998) como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí”. La adaptabilidad familiar definida por el mismo autor, se refiere a “la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo”, y la comunicación familiar la considera Olson y Cols, con la facilidad para expresar en forma clara y directa las ideas y los sentimientos, para comunicarse tanto sobre lo instrumental

como sobre lo afectivo, y la congruencia entre los mensajes verbales y no verbales²⁵.

Además de los recursos individuales y familiares, las familias cuentan con los recursos de la comunidad, para hacer frente a las situaciones de conflicto. Estos son, todas aquellas características, competencias y medios, de personas, grupos e instituciones externas a la familia, a donde ella puede tener acceso, acudir y obtener ayuda para responder a diversas demandas. Incluye la escuela, la iglesia, los servicios de salud, de empleo, el acceso a servicios de recreación, deporte y cultura, entre otros. La comunicación intra familiar permite intercambiar información y delinear los límites entre cada individualidad y cada identidad que conforman el todo del sistema, a la vez que resolver situaciones y problemas comunes. Con respecto al modo de funcionamiento familiar a través de las comunicaciones se pueden encontrar tanto respuestas apropiadas como inapropiadas²⁵.

- Una respuesta es apropiada cuando satisface la demanda implícita tanto en el significado como en la intención del mensaje recibido.
- Se considera un modo de respuesta apropiada cuando en la interacción conjunta se desarrolla el reconocimiento de la identidad del otro que incluye el reconocimiento de sus potencialidades y capacidades.

- Cada identidad personal es positiva y significativamente considerada

D. **FACES III**²⁵

Descripción: Es la tercera versión de una serie de escalas del FACES, desarrollada para evaluar las dos dimensiones mayores del Modelo Circumplejo como son cohesión y adaptabilidad familiar. El Modelo Circumplejo fue desarrollado por David Olson y sus colegas, como un intento de integrar investigación, teoría y práctica. El Modelo permite que una persona clasifique a las familias en 16 tipos específicos o en tres grupos más generales, que corresponden a familias balanceadas, de rango medio y familias extremas.

Validez de construcción: Una de las mayores metas al desarrollar el FACES III fue reducir la correlación entre cohesión y adaptabilidad, para llevarla tan cerca de cero (0) como fuera posible. Del FACES II ($r=.65$) esta correlación se redujo casi a cero en el FACES III ($r=.03$). Así, resultaron dos dimensiones claramente independientes, generando una buena distribución de los valores de estas dos dimensiones.

La traducción, estudio teórico de la prueba y validación para adaptarla al medio latino se ha realizado en Colombia (1986), a través de un estudio piloto con 203 familias y 553 individuos

distribuidos a lo largo del ciclo vital, y se han presentado posteriormente como proyecto de investigación en la Universidad San Tomás en dicho año. El estudio concluye que se han encontrado entre ambas nacionalidades (colombianas y norteamericanas) varias similitudes como: edad, nivel socioeconómico (conforme a los estándares propios de cada país), nivel educativo, ocupación (semejanza en los % entre las madres) y similitud con relación a la percepción acerca del funcionamiento familiar. Los resultados, según el estudio, han demostrado que el porcentaje de familias es similar entre las dos culturas comparadas.

Confiabilidad: En el Perú el FACES II fue corregido y aplicado en familias del Cono Norte de Lima por Malamud (1987); el estudio determinó la confiabilidad de la prueba por consistencia interna, calculando el coeficiente alpha de Cronbach que fue de .67 para cohesión y de .75 para adaptabilidad.

La adaptación del FACES III fue realizada por Reusche (1994). Se usó el coeficiente Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones (cohesión y adaptabilidad). Se compararon dos muestras y se obtuvieron puntajes que demuestran la consistencia interna de la prueba. La confiabilidad, determinada por Test retest, con intervalo de 4 a 5 semanas, arrojó como cohesión 0.83 y para adaptabilidad 0.80. Por lo cual se afirma que el FACES III es confiable respecto al funcionamiento familiar.

Administración y procedimiento de puntuación: El instrumento es fácil de administrar y simple de calificar. Se puede administrar sobre una base individual, en situaciones tales como cuando una familia o una pareja son vistas en una sesión, o cuando participan en proyectos de investigación. Se puede usar en grupos grandes tales como estudiantes en clase o familias que responden a un estudio por correo.

Administración y corrección: El cuestionario es de autorreportaje, por lo que puede ser resuelto en 15 minutos. La corrección es la suma simple del valor atribuido a cada ítem. Los ítems impares evalúan cohesión, y los pares, adaptabilidad. El puntaje directo se convierte en tipos de cohesión y adaptabilidad, según hemos establecido por Olson, para familias con hijos adolescentes, con hijos adultos, o solo parejas.

Interpretación: Olson (1985) considera que la interacción de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tienen 4 rasgos y su combinación determina 16 tipos familiares, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar. Describiremos algunos conceptos que permitirán una mejor interpretación.

A. COHESIÓN:

La dimensión de cohesión es considerada unificante y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia

y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.

La cohesión determina 4 niveles:

- **DESLIGADA:** Extrema separación emocional. Falta de lealtad familiar. Se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros. La correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros. Hay falta de cercanía parento-filial. Predomina la separación personal. Rara vez pasan el tiempo juntos. Necesidad y preferencia por espacios separados. Se toman las decisiones independientemente. El interés se focaliza fuera de la familia. Los amigos personales son vistos a solas. Existen intereses desiguales. La recreación se lleva a cabo individualmente.

- **SEPARADA:** Hay separación emocional. La lealtad familiar es ocasional. El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal. Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos. Se alienta cierta separación personal. El tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos. Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar. Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia. Los amigos personales raramente son compartidos con

la familia. Los intereses son distintos. La recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

- **CONECTADA:** Hay cercanía emocional. La lealtad emocional es esperada. Se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial. La necesidad de separación es respetada pero poco valorada. El tiempo que pasan juntos es importante. El espacio privado es respetado. Se prefieren las decisiones conjuntas. El interés se focaliza dentro de la familia. Los amigos individuales se comparten con la familia. Se prefieren los intereses comunes. Se prefiere la recreación compartida más que la individual.

- **AGLUTINADA:** Cercanía emocional extrema. Se demanda lealtad hacia la familia. El involucramiento es altamente simbiótico. Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros. Se expresa la dependencia afectiva. Hay extrema reactividad emocional. Se dan coaliciones parento-filiales. Hay falta de límites generacionales. Hay falta de separación personal. La mayor parte del tiempo lo pasan juntos. Se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo del grupo. El interés se focaliza dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia más que a los personales. Los intereses conjuntos se dan por mandato.

B. ADAPTABILIDAD:

La dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina 4 tipos:

- **RÍGIDA:** El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental. La disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa. Es autocrático. Los padres imponen las decisiones. Los roles están estrictamente definidos. Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.
- **ESTRUCTURADA:** En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones. Las funciones son estables pero pueden compartirse. Las reglas se hacen cumplir firmemente. Pocas son las que cambian.
- **FLEXIBLE:** El liderazgo es igualitario, permite cambios. La disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias. Usualmente es democrática. Hay acuerdo en las decisiones. Se comparten los roles o funciones. Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad. Algunas reglas cambian.

- **CAÓTICA:** Liderazgo limitado y/o ineficaz. Las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas. Hay falta de claridad en las funciones. Existe alternancia e inversión en los mismos. Frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

2.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS

En un Centro Médico de Tabasco en México en el 2013 se realizó un estudio que reveló que la tercera parte de la población estudiada del Centro Médico presenta síndrome de Burnout y este se relaciona con la funcionalidad en sus familias²⁷

Un estudio realizado en familia limeñas concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de Clima familiar y la salud mental de los niños, sin embargo existe una relación significativa entre los acontecimientos estresantes experimentados por el padre de familia y los problemas de salud mental que presentan sus niños²⁸.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el estrés laboral y funcionalidad familiar en trabajadores de atención primaria de la Red de Salud de Arequipa en el 2017?

4. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el estrés laboral y la funcionalidad familiar en trabajadores de atención primaria de la Red de Salud de Arequipa en el 2017.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estrés laboral en trabajadores de atención primaria de la Red de Salud de Arequipa en el 2017.
- Determinar la funcionalidad familiar en trabajadores de atención primaria de la Red de Salud de Arequipa en el 2017.

6. HIPÓTESIS

El grado de estrés ocupacional en trabajadores de la Red de Salud de Arequipa se relaciona con la funcionalidad familiar de los mismos.

7. MÉTODOS:

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Según Altman, se trata de un trabajo asociativo correlacional, prospectivo, y transversal.

7.2. AMBITO Y PERIODO

El presente estudio se realizará en la ciudad de Arequipa-Perú, en los Centros de Salud de la Red de Salud de Arequipa perteneciente la Gerencia Regional de Salud de Arequipa.

7.3. POBLACIÓN

Para el presente estudio se investigará las variables en trabajadores de los grupos ocupacionales conformados por médicos, enfermeras y técnicos de enfermería de los centros de salud de la red Arequipa Caylloma de Arequipa que se encuentren dentro de la ciudad de Arequipa.

A. Criterios de Inclusión:

- Trabajadores de ambos sexos
- Trabajadores con un tiempo mínimo de 5 años en su actividad.
- Trabajadores nombrados.
- Trabajadores que deseen participar del estudio

B. Criterios de Exclusión:

- Trabajadores con patologías psiquiátricas o psicológicas.
- Trabajadores con patologías crónicas tales como cáncer, diabetes, asma, etc.

7.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

A. Operacionalización de variables:

| VARIABLE | INDICADOR | UNIDAD - CATEGORIA | ESCALA |
|-------------------------------|---|---|---------|
| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | Niveles de adaptabilidad y de cohesión evaluados mediante: Cuestionario FACES III | <ul style="list-style-type: none"> • Balanceado (flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada) • De rango medio (flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada) • Extrema (caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada) | Nominal |

| | | | |
|--------------------------|--|---|---------|
| ESTRÉS LABORAL | Evaluación del estrés laboral medida por cuestionario de la Organización Mundial de la Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de estrés • Nivel intermedio de estrés • Alto nivel de estrés. | Ordinal |
| EDAD | Fecha de nacimiento según DNI | <ul style="list-style-type: none"> • De 25 a 35 años • De 36 a 45 años • De 46 a 55 años • De 56 a más años | Ordinal |
| SEXO | Caracteres sexuales secundarios | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | Nominal |
| GRUPO OCUPACIONAL | Título profesional y/o técnico | <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermera • Técnico de enfermería | Nominal |
| ESTADO CIVIL | Evaluación de estado civil según ficha de recolección de datos | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado o conviviente • Divorciado o separado • Viudo | Nominal |

B. Producción y registro de datos:

- Para la realización del presente trabajo primeramente se solicitará la autorización y apoyo de la Red de Salud Arequipa - Caylloma de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.
- Se procederá a realizar las visitas correspondientes a los centros de salud y realizar el registro en la ficha de datos y aplicación de los cuestionarios de Funcionalidad Familiar y estrés ocupacional en los trabajadores que cumplan con los criterios de selección
- Se completaran los datos de la ficha de datos de acuerdo a las respuestas de los cuestionarios.
- Se procederá a organizar y tabular la información recabada.
- Los datos obtenidos serán evaluados estadísticamente.
- El cuestionario Faces III para Funcionalidad Familiar cuenta con la Confiabilidad: Cohesión ($r=.77$) y con Adaptabilidad ($r=.62$) Total ($r=.68$) y De presentación: Muy buena y de contenido: Muy buena
- Para la escala de Estrés Laboral, de la OIT y OMS obtiene adecuadas propiedades psicométricas: Confiabilidad por el método de consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.972) y la validez de constructo y contenido.

C. Análisis de datos:

Los datos serán analizados mediante Software: SPSS para Windows 20.0. La relación se establecerá mediante prueba de correlación U de Mann Whitney.

D. Consideraciones Éticas:

El estudio contara con consentimiento informado por escrito firmado por cada participante del trabajo de investigación.

8. RECURSOS

8.1. HUMANOS

El investigador, asesor estadístico.

8.2. MATERIALES

Ficha de recolección de datos

Material de escritorio, computadora, paquete estadístico.

8.3. FINANCIEROS

Autofinanciado.

9. CRONOGRAMA

| | 2017 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SETIEMBRE | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Proyecto de investigación | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Estructuración de datos | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | |
| Elaboración de informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X |

Fecha de Inicio: 01/05/2017

Fecha de Término: 30/09/2017

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Guic S Eliana, Mora O Pablo, Rey C Ricardo, Robles G Alfonso. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. Rev. méd. Chile 2006 Abr; 134(4): 447-455. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400007&lng=es.
2. Fernández-López JA et al. Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de atención primaria: una prueba de la validez del cuestionario PECVEC. Aten Primaria. 2007; 39(8):425-31
3. Córdova C. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción Osorno, marzo – mayo del 2007
4. Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. Biopsychosoc Med. 2015;4:4.
5. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, García-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: Explanatory power of different coping strategies. PLoS One. 2014;9:e89090.
6. Gimeno D, Benavides FG, Amick BC, Benach J, Martínez JM. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. J Epidemiol Community Health. 2004;58:870–6
7. Fernández López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo ¿qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria. 2003; 31:1-10.
8. Cartwright L.,K. (1979) Sources and effects of stress in health careers. En G.C. Stone,F.Cohen y N.E. Adler (Eds) Health Psychology. San Francisco : Jossey Bass.
9. May Hj., Revicki, D.A.(1985) Professional stress among family physician. Journal Family Pract. 20, 165-171.
10. Margison, F. R. (1987) Strees in Psychiatrists. En En R.Payne y Firth-Cozens, J. (Eds) Stress in Health Professionals. New York : Wiley.

11. Linn, B.S. Y Zeppa, R. (1984) Does surgery attract students who are more resistant to stress ? *Annals of Surgery*, 200,5, 638-643.
12. Servellen, G.V y Leake, B. (1993) Burn-out in Hospital nurses : a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurses examples. *Journal of Professional Nursing*, 9, 169-177.
13. Orlowski, J.P Y Gullledge, A.D. (1986) Critical Care stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2, 173-181.
14. Deckard, G..Meterko, M, Y Field, D. (1994) Physician burnout : An examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 32, 745-754.
15. Hamberger, L.K. Y Stone, G.V. (1983) Burnout prevention for human service professionals; proposal for a systematic approach. *Journal of Holistic Medicine*, 5, 149-162.
16. Bowman, M.A. Y Allen, D.I. (1985) *Stress and Women Physician*, New York : Springer
17. Wolfgang, A.P. (1988) Job stress in the health professions: A study of physicians, nurses and pharmacists. *Behavioral Medicine*, 14, 43-47.
18. McCranie, E., Horsnby, J.I., Calvert, J. (1982) Practice and career satisfaction among residency trained family physicians : A national Survey. *Journal Family Practic.* 14, 1107-1114.
19. Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation.
20. Trejos, J. Montoya, L. *Cambios en la funcionalidad familiar y las habilidades comunicativas personales de animadores de clubes juveniles, a partir del aprendizaje básico de programación neurolingüística*. Colombia: Manizales, 2000.
21. Constitución Política del Perú, Art. 4
22. MINSA. Dirección General de Salud de Promoción de la Salud. Programa de familias y Viviendas Saludables. Glosario p16.
23. Miranda, M., & Rodríguez, E. J. (2010). *Intervención psicosocial en la familia*.
24. Hernández, A. *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: Editorial, Búho, 2001. p.13-30.

25. Martínez A, Et al Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 items en español. J Clinical Health Psychology 2005;6(2):317-338.
26. Medina C, et al. Validez facial del instrumento: Evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad Familiar, Versión en español, de M. L. Friedemann. Bogotá: marzo de 2007.
27. Jj TY - JOUR AU - Carmen Contreras-Palacios, Saray del AU - Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México.PY -2013Y1 - 2013KW
28. Quintana Peña, Alberto; SOTIL BRIOSO, Amparo. Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. Revista de Investigación en Psicología, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 29-45, mar. 2014. ISSN 1609-7475.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACION:

Título: **“RELACION ENTRE ESTRÉS LABORAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA”**

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo al Médico Cirujano JUAN CARLOS AYQUIPA MUÑOZ aplicarme cuestionarios de Estrés Laboral y Funcionalidad Familiar, además de una ficha de datos.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma
DNI

ANEXO 2

FICHA DE DATOS

FICHA N°: _____

Nombre: _____

Centro de Trabajo: _____

Tiempo de Servicio: _____

Tipo de contrato: _____

Edad: _____

Sexo: M F

Enfermedades

Crónicas: (Cancer, diabetes, Asma, etc)

Estado Civil:

- Soltero
- Casado o conviviente
- Divirciado o separado
- Viudo

Grupo Ocupacional:

- Médico
- Enfermera
- Técnico de enfermería

ANEXO 3

Funcionalidad

Familiar: (No llenar)

- Balanceada
- De rango medio
- Extrema

Estrés Laboral: (No llenar)

- Bajo
- Intermedio
- Alto

CUESTIONARIO DE FACES III

Instrucciones: en cada pregunta, se deberá contestar de acuerdo con su percepción con la escala propuesta: (17)

Nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4), siempre (5).

| | NUNCA | CASI NUNCA | ALGU- NAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEM- PRE |
|--|-------|---------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| 1. Los miembros de la familia solicitan ayuda uno al otro. | | | | | |
| 2. En nuestra familia, se tienen en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas. | | | | | |
| 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. | | | | | |
| 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina o cuando cometen faltas. | | | | | |
| 5. Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana (padres, hermanos) | | | | | |
| 6. Diferentes personas actúan como líderes (son los que mandan) en nuestra familia. | | | | | |
| 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. | | | | | |
| 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas. | | | | | |
| 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. | | | | | |
| 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos. | | | | | |
| 11. Nos sentimos muy unidos. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones. | | | | | |
| 13. Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes. | | | | | |
| 14. Las reglas cambian en nuestra familia. | | | | | |
| 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia. | | | | | |
| 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. | | | | | |
| 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones. | | | | | |
| 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad (el que manda) | | | | | |
| 19. La unión familiar es muy importante. | | | | | |
| 20. Es difícil decir quién hace las labores en el hogar. | | | | | |

Ficha técnica

1. Dominio teórico y modelo: Enfoque sistémico familiar
 2. Modelo familiar: Modelo Circumplejo
 3. Autores: David Olson, Joyce Portier, Yoav Lavee.
 4. Nivel de Evaluación: La familia como todo
 5. Foco de Evaluación: Percibido ideal
 6. Número de Escalas: 2
 7. Número de Item: 20
 8. Norma: n=2453 adultos a través del Ciclo de vida
 9. Confiabilidad: Cohesión ($r=.77$)
 10. Consistencia interna: Adaptabilidad ($r=.62$) Total ($r=.68$)
 11. Test - retest: FACES II (5 semanas) .83 para cohesión 80 para adaptabilidad
 12. Validez:
- De presentación: Muy buena
- De contenido: Muy buena
- Correlación entre escalas: Cohesión y adaptabilidad ($r=.03$)

ANEXO 4

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTRÉS LABORAL DE LA OIT-OMS

En estas páginas proporcionamos un cuestionario validado para medir el nivel de ESTRÉS LABORAL. Consta de veinticinco ítems relacionados con los

estresores laborales, agrupados en las siguientes áreas:

- Mejora de las condiciones ambientales de trabajo.
- Factores intrínsecos del puesto y temporales del mismo.
- Estilos de dirección y liderazgo.
- Gestión de recursos humanos.
- Nuevas tecnologías.
- Estructura organizacional.
- Clima organizacional.

Para la escala de Estrés Laboral, de la OIT y OMS obtiene adecuadas propiedades psicométricas: Confiabilidad por el método de consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0.972) y la validez de constructo y contenido.

| | NUNCA | RARAS VECES | OCASIO- NALMENTE | ALGUNAS VECES | FRECUEN- TEMENTE | GENERAL- MENTE | SIEMPRE |
|---|-------|----------------|---------------------|------------------|---------------------|-------------------|---------|
| La gente no comprende la misión y metas de la organización. | | | | | | | |
| La forma de rendir informes entre superior y subordinado me hace sentir presionado. | | | | | | | |
| No estoy en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| El equipo disponible para llevar a cabo el trabajo a tiempo es limitado. | | | | | | | |
| Mi supervisor no da la cara por mí ante los jefes. | | | | | | | |
| Mi supervisor no me respeta. | | | | | | | |
| No soy parte de un grupo de trabajo de colaboración estrecha. | | | | | | | |
| Mi equipo no respalda mis metas profesionales. | | | | | | | |
| Mi equipo no disfruta de estatus o prestigio dentro de la organización. | | | | | | | |
| La estrategia de la organización no es bien comprendida. | | | | | | | |
| Las políticas generales iniciadas por la gerencia impiden el buen desempeño. | | | | | | | |
| Una persona a mi nivel tiene poco control sobre el trabajo. | | | | | | | |
| Mi supervisor no se preocupa de mi bienestar personal. | | | | | | | |
| No se dispone de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No se tiene derecho a un espacio privado de trabajo. | | | | | | | |
| La estructura formal tiene demasiado papeleo. | | | | | | | |
| Mi supervisor no tiene confianza en el desempeño de mi trabajo. | | | | | | | |
| Mi equipo se encuentra desorganizado. | | | | | | | |
| Mi equipo no me brinda protección en relación con injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes. | | | | | | | |
| La organización carece de dirección y objetivo. | | | | | | | |
| Mi equipo me presiona demasiado. | | | | | | | |
| Me siento incómodo al trabajar con miembros de otras unidades de trabajo. | | | | | | | |
| Mi equipo no me brinda ayuda técnica cuando es necesario. | | | | | | | |
| La cadena de mando no se respeta. | | | | | | | |
| No se cuenta con la tecnología para hacer un trabajo de importancia. | | | | | | | |