

Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental

Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador*

Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de Quito.

Jaime Breilh

Las condiciones de trabajo hospitalario en Ecuador se han deteriorado en las últimas décadas y se perfila un empeoramiento aún mayor en el contexto neoliberal. Sondeos anteriores detectaron la presencia de altos índices de sufrimiento mental en trabajadores de la salud. El presente estudio se efectuó en una muestra representativa de los internos rotativos de los cinco principales hospitales públicos de Quito que cursaban el séptimo año de la Escuela de Medicina. Se aplicaron instrumentos epidemiológicos para establecer la inserción social y las condiciones de vida de los internos; un instrumento (EPISTRES) especialmente diseñado para medir la presencia de estresores y la versión de 28 ítems del GHQ de Goldberg para determinar la magnitud del sufrimiento mental de los estudiantes. Se compararon, además, índices de morbilidad asociada con estrés de antes y durante el internado. La investigación corroboró la utilidad de los instrumentos aplicados, estableció la alta prevalencia e incidencia de sufrimiento mental en la población referida. Se demuestra el condicionamiento social de la patogenicidad del estrés laboral y alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación laboral y prevención en los servicios de salud.

Palabras clave: *trabajo hospitalario, sufrimiento mental, estrés e instrumentos epidemiológicos.*

Introducción

La literatura científica de los últimos años denota una considerable preocupación por los temas del estrés y la salud mental. Los contornos inocultables del deterioro psicosocial en la sociedad de mercado y, sobre todo, en la población de trabajadores jóvenes de las ciudades, contribuye a explicar esta acumulación de investigaciones. Incluso en sociedades como la japonesa, con fuerte arraigo de una ancestral solidaridad familiar, se expande ahora en empleados jóvenes el llamado “síndrome de karoshi” que significa, literalmente, muerte prematura por sobrecarga de trabajo. Esto sucede en un país con ritmos de trabajo infer-

nales (2159 horas promedio de trabajo en 1989), con una competitividad voraz que empieza en el nivel escolar y con una presión permanente en todas las dimensiones de la reproducción social. Una modernización productiva y realización consumista de la sociedad de mercado que se logran a expensas de una ruptura, a veces violenta y otras subrepticia, de los patrones de vida humanos, de una intensificación de los ritmos sociales y de un sometimiento a necesidades artificiales que favorecen la alienación.

En el mundo latinoamericano, la presión social también se produce, sobre todo, en los polos metropolitanos, pero además, se combina con un creciente deterioro de los suel-

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

dos y salarios que acentúa las marcadas diferencias de clase e incrementa los motivos para la aparición de problemas mentales, muchas veces manifiestos, pero la mayor parte ocultos, como es el caso de esta investigación.

Dichos perfiles destructivos de vida laboral alcanzan relieves preocupantes en el personal hospitalario y, particularmente, en su salud mental ^{1 al 13} generando una situación epidemiológica y malestar, sobre todo en los estratos más jóvenes. Por tal motivo, se emprendió una investigación del proceso laboral en una muestra representativa de internos de los dos sexos que laboraron en el periodo lectivo 1990-91 en los cinco hospitales no privados más grandes en la ciudad de Quito.

Se realizó una caracterización social del grupo con el objeto de conocer el grado de heterogeneidad de los estudiantes, constatándose que proceden de diferentes clases sociales, con marcadas diferencias en los ingresos familiares. Se evidenciaron las formas de dependencia económica de los internos y se contrastaron las modalidades de estructuración familiar total y por géneros.

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

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

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

Se estudió, además, el nivel de estresores, encontrándose una neta diferenciación de la magnitud y configura-

Cuadro 1
Comparación de índices de sufrimiento mental
en estudiantes latinoamericanos
(ajustados por sexo y no ajustados)

País (Grupo)	% Goldberg Ajustado por sexo	"+" No ajustado (Medio)	(GHQ 28) (Severo)
*México (Estudiantes 1-3º Semestre)	39.5		39.3
*Bolivia (Internos)	44.5		41.7 (27.9)
			(13.8)
*Ecuador (Enfermeras UCI)	53.9		58.0 (21.0)
			(37.0)
Ecuador (Internos)	71.8		71.8 (38.7)
			(33.1)

Nota: Golberg positivos por corte 4/5

* Fuente: ^{4 5 12}

ción de patrones estresantes en los internos pertenecientes a distintos conglomerados sociales, según los diversos niveles de ingreso y según los géneros. Se encontró una coherente relación entre la presencia de estresores y los índices de sufrimiento mental. Las condiciones de trabajo y consumo fueron también exploradas para documentar las condiciones de vida de los estudiantes e interpretar su relación con la salud mental. Tanto por su magnitud como por las relaciones encontradas, los resultados de la investigación tienen proyecciones importantes para la planeación de acciones epidemiológicas y la defensa de la vida de los estudiantes internos.

En síntesis, este estudio podría caracterizarse como una experiencia exploratoria y de validación instrumental inicial. No pudieron cumplirse ciertos procedimientos como la instrumentación de un proceso participativo con encuesta colectiva, ni pudo profundizarse en la investigación del estrés desde el punto de vista de los recursos sociales diferenciales o soportes para enfrentar el estrés por clase y por género, ni tampoco fue factible establecer un estudio de las configuraciones de personalidad o caracterización subjetiva de los estudiantes con las que enfrentaron las duras y estresantes condiciones de trabajo y consumo que pudieron evidenciarse. Dichos aspectos, más una medición hormonal que permita observar el comportamiento del sistema de respuesta hipotálamo-hipofisario y de producción hormonal del es-

trés, son elementos que el autor se encuentra aplicando en un estudio posterior.

El deterioro de las políticas de salud y el malestar de los estudiantes de internado

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

Las condiciones de trabajo en los hospitales públicos y paraestatales —que son los que cubren a la mayor parte de la demanda— se han visto envueltas en ese descenso.

Los gastos en salud en países como el Ecuador son altamente deficitarios e inferiores a los que se ejecutan en otros países. Mientras en Ecuador correspondieron en 1986 al 1.1% del producto nacional bruto (PNB), en EUA fueron del orden del 4.5%; en Alemania del 6.4%; en Francia del 6.6% y en Suecia del 8%. Pero no sólo se trata de una crónica deficiencia de fondos para la salud, sino que en los países latinoamericanos la tendencia del presupuesto estatal, desde los años ochenta, ha sido la de mantenerse en niveles crecientemente bajos, como se puede constatar en el caso ecuatoriano (ver Cuadro 2).

Cuadro 2
Presupuesto estatal ejercido *per capita* del Ecuador en moneda constante y dólares EUA, Quito, Ecuador

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

Fuente: MSP e Instituto Nacional de Estadísticas

La política de congelación del gasto público es una expresión de la tendencia neoliberal y va acompañada del régimen de desprotección total de los trabajadores del sector

público, aspecto que se hace especialmente ostensible en los empleados hospitalarios.

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

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

Durante el último quinquenio, la tendencia de los sueldos pagados a los internos muestra la misma tendencia regresiva e insuficiente de las remuneraciones del sector estatal (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Sueldos en moneda corriente, constante y dólares USA de los internos rotativos de Ecuador (último quinquenio)

Año	(Mes)	Sueldo	Sucres 78-79	US Dólares
87	(Agto.)	20000	3135	101
87	(Dic.)	23800	3334	96
88		23800	2396	55
89		26100	1496	46
90	(Agto.)	27000	1042	30
90	(Agto.)	32000	1235	36
91	(Mar.)	79200	2299	78
92	(Feb.)	135000	3000	100

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

El sector oficial ha consolidado este círculo de desprotección con el argumento de que los internos son estudiantes y no trabajadores y, de esa forma, los ha despojado de los derechos y beneficios de ley en cuanto

a las remuneraciones y de la posibilidad de acceder a prestaciones de la seguridad social.

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

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

Es importante destacar, además, que la capacidad de organización colectiva es un hecho que pocas veces se reconoce como determinante de la calidad de vida y vulnerabilidad epidemiológica de una población de trabajadores. Esto quiere decir que, mientras más organizada es una población, mayor es su capacidad de defensa y sostenimiento de la calidad de vida. A manera de ilustración puntual, obsérvese en el Cuadro 3, el efecto de reversión de la tendencia de caída de los sueldos producido por la huelga de comienzos de 1991, promovida por la organización gremial de los internos; un movimiento que reivindicó el incremento del presupuesto general de salud, la creación de un fondo permanente para el mantenimiento de hospitales y el alza de sueldos para el personal que, como se puede constatar en el Cuadro 3, a duras penas lograron mantener el bajo nivel de los años anteriores.

El proceso laboral en los hospitales del Estado

El análisis del proceso productivo en su más amplia acepción debe tomar en cuenta: a) las condiciones del proceso laboral, propiamente dicho (las actividades o tareas orientadas a un fin específico, los objetos y medios empleados y las

modalidades de organización del trabajo) y; b) la lógica que determina el proceso en su globalidad.

En cuanto se refiere a las condiciones del proceso laboral, los hospitales reúnen a un vasto y diverso conjunto de áreas y puestos de trabajo, donde se realizan diferentes tareas para la producción de actos terapéuticos y preventivos del más variado orden, que ponen en marcha un sinnúmero de medios para atender el objeto que consiste en el problema de los demandantes. El proceso laboral hospitalario es una de esas formas de producción de servicios donde el producto no tiene una corporeidad manifiesta y sólo se materializa como un conjunto de actos. El tratamiento a fondo de estos aspectos del trabajo rebasa los límites de este documento y remitimos al lector a la revisión de investigaciones como la de Ana Pitta.¹⁵ Sin embargo, cabe destacar el carácter especial que tiene el objeto de trabajo en el proceso hospitalario, pues el problema del paciente implica una forma muy particular de relación "sujeto-objeto" del trabajo que es, en verdad, una relación sujeto-sujeto con todas las complejidades de la interrelación humana, peor aún cuando se da en hospitales pobres donde tanto los pacientes que demandan como el personal que trabaja están sobrecargados de estrés y sufrimiento. Tal vez más que esto, en los hospitales públicos de Quito, opera negativamente en esa relación la sensación de impotencia, falta de identidad afectiva y abismo entre los profesionales y el pueblo que acude resignadamente.

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

En lo que atañe a la lógica que determina el proceso en su globalidad, es interesante reflexionar sobre algunos aspectos. En términos generales, hay dos formas de subsunción (imposición de contenido, ritmo e intensidad) del trabajo: la subsunción real determinada, sobre todo en el caso del trabajo industrial, por las llamadas "líneas de montaje" y "tra-

bajo en cadena" tan conocidos en la fabricación automotriz. Por otro lado, está la forma de subsunción formal del trabajo que resulta de mecanismos externos al proceso laboral, como las de control y supervisión administrativa.

Tomando en cuenta la lógica determinante de la producción existen tres formas de condicionamiento: la formación de valor mercantil que se da en la pequeña producción artesanal, la valorización del valor o extracción de plusvalía que se da en las grandes empresas y, por último, la lógica de instrumentación del quehacer a los objetivos del poder, la cual está presente en las dependencias estatales.

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

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

Estresores en el trabajo hospitalario: marco de análisis

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

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

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

En algunos estudios se polemiza acerca de si el trabajo es o no perjudicial para la salud. Ese es un falso dilema, puesto que como todos los demás aspectos de la reproducción social, el trabajo presenta contradicciones frente a la salud.

El proceso laboral no es, en sí mismo, ni puramente benéfico para la salud ni exclusivamente dañino, sus aspectos benéficos y sus lados destructivos coexisten y operan de modo distinto de acuerdo con el momento histórico y a la clase o grupo social a los que se haga referencia.¹⁶

Es un poco de ambas cosas en forma relativa a las condiciones históricas en las que se desarrolla el trabajo. Eso quiere decir que el estado de salud de un grupo de trabajadores resulta de la oposición permanente que existe entre los aspectos saludables y protectores que un grupo disfruta y los procesos destructivos que padece, de acuerdo con su específica forma de inserción productiva.

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

La salud física y mental es producto de esa lucha u oposición permanente cuyo contenido y efectos van modificán-

dose de acuerdo con las cambiantes circunstancias históricas que el grupo enfrenta a cada momento.

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

- a) Los estresores de la vida social en sus distintos ámbitos (laboral, del consumo, de la vida familiar y cotidiana).
- b) Los recursos económicos, culturales y organizativos con que el grupo enfrenta las situaciones estresantes.
- c) La configuración de la personalidad de los miembros del grupo que enfrenta el estrés, la cual define su vulnerabilidad, así como las defensas y reservas fisiológicas de las que pueden disponer para superarlo y asimilarlo.

Aun cuando en esta investigación no fue posible estudiarlos, es importante tomar en cuenta que la configuración de la personalidad y los recursos y defensas fisiológicas de las personas, participan en la determinación del deterioro por estrés y sufrimiento mental. Es así, porque si bien los determinantes sociales y laborales más amplios definen un escenario de estresamiento, a su vez la conformación fenotípica de la personalidad, los tipos de subjetividad individual, como los denomina el cubano González Rey,¹⁷ y que se estructuran en la historia individual del sujeto, encuadrada en la historia de su grupo, definen los intereses, motivaciones, vulnerabilidad y capacidades reactivas o "conductas de afrontamiento"¹⁸ que determinan la magnitud y forma de los trastornos psicológicos que produce el estrés. Asimismo, el estado de las reservas y defensas fisiológicas (neurofisiológicas, del sistema inmune, endócrino-metabólicas, etc.), condicionan la resistencia corporal de los trabajadores.

Los estresores del trabajo no pueden, por tanto, considerarse aisladamente sino en el marco unitario de un sistema de relaciones como las que se esbozan en el Diagrama 1, el cual presenta una síntesis de los determinantes epidemiológicos del trabajo de los internos rotativos.

Por consiguiente, la génesis o explicación integral del conjunto de procesos que llevan al estrés y sufrimiento de los estudiantes-trabajadores toma en cuenta (ver Diagrama 1) procesos determinantes más generales, que corresponden en este caso, al dominio de las políticas laborales y de dotación de recursos del Estado, procesos determinantes particulares del grupo, que corresponden a las formas des-

tructivas de trabajo y de consumo que sufren de acuerdo con la cuota de su clase social; procesos mediadores del ámbito microsocioal (organización gremial, estructura familiar, patrones de vida cotidiana y de género) o del ámbito fenotípico (estrés fisiológico y plasticidad psicológica) que explican el modo en que las determinaciones más amplias de la vida social del grupo se convierten en procesos individuales de carácter psicossomático o sufrimiento mental.

Es necesario destacar entonces que, en el marco de este estudio, la investigación del estrés no se reduce a sus aspectos terminales fisiopatológicos, es decir, no se reduce el estrés a una entidad patológica consecuente, sino que se le comprende como un conjunto de procesos de varios dominios y con diferente peso en la determinación, donde la carga o estrés psico-fisiológica es una parte de la problemática que contribuye como un proceso mediador.¹⁹ En el proceso de estrés convergen estresores, recursos sociales (de clase) y fenotipos con su capacidad fisiológica y psíquica.

El estrés como mediador epidemiológico es un proceso necesario para que se concreten y especifiquen los procesos destructivos de la vida social de los internos, es un puente entre las condiciones que surgen de los estresores de la vida social y los procesos fisiopatológicos y psicopatológicos individuales medida por los recursos colectivos. En esa medida, los múltiples y diversos cambios físicos y psicofuncionales que ocurren bajo el estrés se enlazan a muchos tipos de alteraciones y sufrimiento. El estrés no es "una enfermedad" o sólo un proceso mediador biológico, es un proceso complejo de contradicciones socio-biológicas. No sólo se autodetermina en el organismo individual sino en el nivel mediador de múltiples determinaciones.

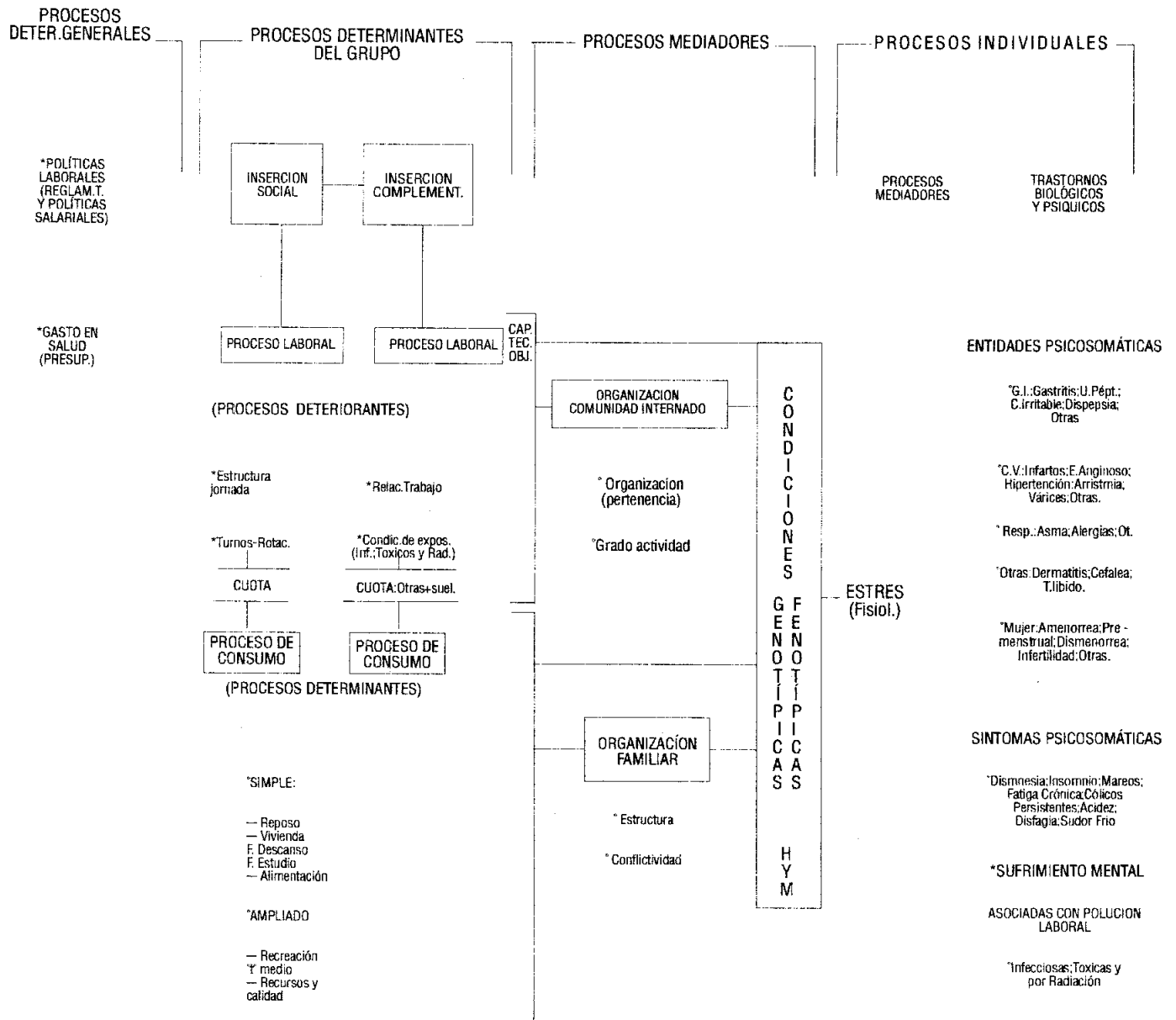
Cuando se habla de estrés no solamente se le confunde con una enfermedad o entidad nosológica sino que generalmente se le asocia con la idea de sobrecarga tensional.

Las llamadas "cargas psíquicas" dentro de la terminología convencional (...) normalmente las reduce a la noción de "sobrecarga" (*overload*) de estímulos, pero las investigaciones de Frankenhacuser y Gardell en Suecia, iniciaron la demostración de que también la baja estimulación que puede haber en un trabajo monótono y poco demandante (...) constituyen fuentes de estrés y deterioro.²⁰

Esto último es prácticamente inexistente en el caso de los internos pero, en cambio, abundan procesos de sobrecarga. Los estresores de la vida social del interno forman un complejo proceso destructivo cuando las exigencias no corresponden a una vivencia creativa y gratificante que, por intensa que sea, y sobre todo si está acompañada de apoyos sociales y afectivos, así como de tranquilidad económica y

Diagrama 1

Determinantes Epidemiológicos de los Problemas Prevalentes en los Internos Rotativos (Esquemas de Relaciones)



espiritual, no produce daños. Pero lo que se empieza a constatar en las investigaciones locales es que convergen estresamientos en la vida laboral, en la esfera del consumo, en la vida familiar y cotidiana de los internos, los cuales son epidemiológicamente destructivos porque ocurren en un lugar de trabajo jerarquizado y desprovisto y se potencian con las angustias de un medio social de privaciones, discriminaciones de clase y género, así como de conflictos que producen trastornos en la salud mental, como lo corroboran los resultados de este estudio.

Los estresores en el trabajo hospitalario se producen en las relaciones: *a)* con los pacientes, que son objetos de las acciones; *b)* con los instrumentos y medios; *c)* las que están vinculadas a la organización y división del trabajo en el hospital y *d)* las que corresponden a las tareas concretas que cumplen los estudiantes-trabajadores, así como las condiciones individuales de personalidad, capacitación y salud con que enfrentan dichas tareas.

La relación personal-paciente es una forma compleja y muy particular de vínculo laboral y humano que acarrea una alta probabilidad de estresamiento manifiesto o latente. En los hospitales públicos confluyen pacientes inconformes por las deficiencias, personal sobrecargado y una infraestructura deficiente que producen conductas tensas y agresivas que se convierten en generadoras de estrés. En distintos contextos donde se han observado estas relaciones, se evidencia su efecto estresante. El estudio de Estryn Behar²¹ en hospitales de París, descubrió que había más del 30% de este tipo de problemas. J. Otero²² clasifica las formas de agresividad del contexto hospitalario y las consecuencias para los profesionales. Pitta²³ estableció para el personal de hospitales de Sao Paulo las estrategias de defensa que van configurándose *para asimilar la sobrecarga tensional, tales como la fragmentación de la relación personal-paciente para disminuir el contacto, la despersonalización del trato, distanciamiento afectivo y establecimiento de rutinas.*

Los procesos derivados de los instrumentos y medios pueden coadyuvar a la sobrecarga tensional, como es el caso del ruido-sonido que producen trauma y microtrauma sonoro, incluso los de oscilaciones de baja frecuencia que llegan por pies y manos, sobre todo en locales cerrados.²⁴

Los estresores vinculados a la organización y división del trabajo adquieren especial interés en la comprensión del problema. Fernández y Nogareda²⁵ los ligan a la dependencia temporal, la fluidez de las informaciones, interrupciones por llamadas, dificultades de comunicación. Es cierto que esos aspectos administra-

tivos tienen importancia pero son la estructura jerárquica y elitista, así como el régimen de turnos, rotaciones y trabajo nocturno, los procesos destructivos de mayor relieve en este dominio del estrés hospitalario. Para el caso del Ecuador, Kohen, Gómez, Lizano y otros²⁶ establecieron las consecuencias epidemiológicas de la rotación de turnos y trabajo nocturno en enfermeras de cuidados intensivos, encontrando perfiles de deterioro grave.

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

Este conjunto de estresores interactúa con los de la vida de consumo, los estresores familiares y de la vida cotidiana fuera del hospital. Pero además, aquí operan de una manera intensa los determinantes de género. La investigación de Richman y Flatherty²⁷ es un buen ejemplo de las diferencias de morbilidad de la mujer entre los estudiantes de medicina, debido a los distintos patrones de socialización desde la infancia, de roles familiares, de distribución del poder-status en un contexto de dominio masculino como es el hospital. Se tiende a encontrar una mayor presencia de trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres, mientras el alcoholismo suele afectar en mayor proporción a los varones.^{28,29} Trabajos de carácter antropológico cualitativo como los de Geis, Jesilon y Geis G.,³⁰ hablan de una tipología médica ocupacional de la salud de la mujer (el síndrome de Amelia Stern) y de las discriminaciones y persecución sexual de que son objeto las estudiantes mujeres.

Características del grupo estudiado

Población y muestra

En el año lectivo 91-92 se registraron en la Facultad de Ciencias Médicas de Quito 108 internos rotativos (séptimo año) en los cinco hospitales públicos más grandes; de ellos, 106 eran varones (58.9%) y 74 mujeres (41.1%).

Fue seleccionada una muestra aleatoria por conglomerados de cada sexo, de tal forma que se mantuviera un nivel de confianza del 95%, un factor de conglomeración o efecto de diseño de 1.2%, un error

muestral máximo del 5% en las variables cualitativas cuyas prevalencias fluctuaran entre $0.10 < p < 0.50$ en cada sexo. En cuanto a las dos variables cuantitativas más importantes, la muestra obtenida permitió, de acuerdo con las varianzas encontradas, estimaciones de los puntajes de Goldberg y EPISTRES, en el grupo total con error de 0.57 y 0.46 puntos, respectivamente, en el grupo de varones 0.71 y 0.62, y en el de mujeres de 0.92 y 0.71.

Características básicas de la población

La composición por sexo de los cinco hospitales es aproximadamente igual. A su vez, tanto el grupo de hombres como el de mujeres arrojaron una similar composición por edad con promedios de 25.9 años y 25.5 años, respectivamente. En los dos casos, alrededor del 95% de los internos correspondieron al estrato de 20 a 29 años; las mujeres (26%) muestran un predominio respecto a los hombres (14%) de la proporción en la franja etaria de 20 a 24 años. Al asumir la variable edad como control no se observaron diferencias significativas ($p < 0.10$) en los niveles de estresores entre los distintos estratos por edad en ninguno de los dos sexos, para el caso del sufrimiento mental sólo en hombres se observó un incremento significativo con la aplicación de la prueba de Goldberg; severo en el estrato más joven de 20 a 24 años y, moderado en el de 25 a 29 años.

La hora de encuesta y realización de las pruebas (EPISTRES, Holmes y GHQ-28) constituyó una importante variable de control; se tomó en cuenta que todos los internos pertenecen al mismo turno que empieza a las 7:00. La mayor parte de encuestas (55.6%) se registraron al medio día (37.1%), menor número en la tarde (17.7%) y en mucho menor proporción en la noche (0.8%), manteniéndose una distribución semejante para los dos sexos. No se encontraron diferencias significativas para los estresores ni para GHQ-28 en ninguno de los dos sexos entre las diferentes horas de registro.

La composición por estado civil es también prácticamente igual en los dos sexos: solteros alrededor del 71%, casados el 23% y unión libre el 33%, éstos fueron los grupos claramente mayoritarios. En el grupo de los casados se encontró una clara mayoría de hombres en edad intermedia -25 a 29 años- (94%), comparativamente más alta que en las mujeres (58%), que se agruparon en una considerable proporción en el estrato más joven. Tampoco al variar el estado civil se obtuvieron diferencias significativas para estresores ni para sufrimiento mental.

Principales características sociales de los internos

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

Un considerable 35% de ellos, dependen de su sueldo para vivir y el resto se sostiene con base en la renta familiar. De acuerdo con la inserción del responsable económico principal, se establece que la mayor parte corresponden a la llamada clase media (72.2%); de éstos, la mayoría pertenece a la capa más alta (hijos de profesionales titulados), mientras que, un poco más de la tercera parte, son de la capa media baja (hijos de empleados públicos y privados sin título). (ver cuadro 4).

Cuadro 4
Inserción social y estratos de ingreso de los internos rotativos de Quito, Ecuador.

Conglomerado	Total n	Total %	Ingreso (%)		
			Bajo	Medio	Alto
CMA	60	48.4	33.3	43.3	23.3
CMB	35	28.2	65.7	31.4	2.9
PB	24	19.4	50.0	37.5	4.2
B	2	1.6	-	-	100.0
Obr	3	2.4	66.7	33.3	-
TOTAL	124	100.0	46.0	37.9	14.5

CMA - C. Media Alta/CMB - Clase Media Baja/PB - Peq. Burguesía
B - Burguesía/Obr - Obreros

Ingreso (miles): B - 40-120/M - 121-300/A - 300

Fuente: Breilh y col., *Trabajo hospitalario y sufrimiento mental*, 1991.

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

Las remuneraciones de internos son iguales para ambos sexos y no se cumple lo encontrado en otras dependencias públicas donde, al igual nivel técnico-profesional, los promedios de sueldo masculinos son mayores que los femeninos.³¹

Las condiciones de trabajo percibidas y los recursos so-

Cuadro 5
Condiciones de trabajo, de consumo y familiares percibidas
por los internos rotativos de Quito, Ecuador

Condiciones percibidas	Problemas en los conglomerados (%)						
	núm.:	Total (124)	CMA (57)	CMB (29)	PB (22)	B (7)	Obr. (2)
Compañeros no le ayudan		31.5	28.1	44.8	31.8	0.0	50.0
Se siente discriminado o en desventaja		9.7	5.3	24.1	9.1	0.0	0.0
Percibe autoritarismo de los médicos		56.5	57.9	62.1	45.5	42.9	100.0
Otros miembros de equipo de salud no le colaboran		83.1	82.5	82.8	72.7	100.0	100.0
Insatisfacción por relación con pacientes		41.1	38.6	37.9	45.5	28.6	50.0
Ambiente de trabajo desagradable		62.1	68.4	68.9	50.0	28.6	50.0
Duerme menos de 4 hrs. x día		42.7	42.1	58.6	31.8	28.6	50.0
Hacinamiento en su vivienda		40.3	35.1	58.6	40.9	14.3	50.0
Come hasta dos veces por día		48.4	40.3	65.5	45.5	71.5	0.0
Vive en condiciones familiares conflictivas		10.5	10.6	10.3	9.1	0.0	50.0

Fuente: Breilh, J. y col., *Trabajo hospitalario y sufrimiento mental*, 1991.

ciales dispuestos por el conjunto de los internos, muestran de modo global, índices muy preocupantes, y variaciones considerables entre los distintos conglomerados y grupos de ingreso.

El análisis global y por conglomerados de las condiciones sociales (ver Cuadro 5), expresa los altos porcentajes de deterioro de las condiciones laborales, de consumo y familiares que se registraron con la aplicación del formulario general de encuesta. En la mayor parte de índices, cerca de la mitad de los internos denuncian el padecimiento de importantes problemas. Por ejemplo, el 56.5% de ellos describe las relaciones con los médicos como autoritarias; el 83.1%, expresa la falta de colaboración de los otros miembros del equipo; alrededor del 10%, se sienten discriminados y en desventaja con respecto a otros compañeros; el 62.1%, describe el ambiente de trabajo como desagradable.

En cuanto a la situación del consumo, 48.4% de los internos puede comer sólo hasta dos veces al día, 42.7% duerme diariamente menos de cuatro horas y, el 40.3% habita una vivienda en condiciones de hacinamiento. A su vez, con referencia a la situación familiar, más del 10% de los internos vive en familias conflictivas. Es decir, el estudio traduce un escenario social propicio para la aparición y reforzamiento de estresores.

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

Percepción de los problemas sociales por géneros

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

Principales técnicas

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

Se empleó el formulario administrado compuesto por cuatro módulos: un cuestionario general (CG-IR) para datos básicos, percepción de proceso de trabajo, condiciones de consumo y morbilidad asociada con estrés antes y después del internado; Escala de Readaptación Social de Holmes-Rahe para compararla con los resultados de la nueva prueba diseñada por el autor; Prueba de Goldberg versión GHQ-28 para sufrimiento mental; y el EPISTRES como instrumento diseñado para el tamizaje de exposición a procesos estresantes en las diferentes esferas de la vida social.

El EPISTRES: Nuevo instrumento para medir estresores

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

La literatura epidemiológica acerca de los instrumentos o pruebas de tamizaje (*screening tests*) es amplia en el campo de la salud mental. Se han desarrollado desde hace varias décadas pruebas especialmente dedicadas a la detección de alteraciones de la salud mental. En los años cincuenta y sesenta se efectuaron los primeros ensayos con el Índice Médico de Cornell para el tamizaje del estado general de la salud y trastornos emocionales.^{32,33}

A comienzos de los setenta, David Goldberg inició el desarrollo del *Cuestionario General de la Salud* (*General Health Questionnaire* GHQ)³⁴ “basado en la teoría de la posibilidad de detección del disturbo psicológico latente”, desarrollado a partir de análisis factorial en versiones de diversa extensión (160, 140, 68 y 28 ítems)³⁵ y cuyo uso se expandió como instrumento epidemiológico para el tamizaje de sufrimiento mental y sus componentes de sintomatología somática (A) ansiedad e insomnio (B), disfunción social (C), y depresión severa (D).

A fines de los setenta apareció también una prueba que recibió, desde entonces, una considerable acogida para la investigación de la salud mental del trabajador, el *Cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake*³⁶ diseñado en tres bloques para medir monotonía, concentración y deterioro físico.

En los ochenta surgieron, inclusive, algunas propuestas latinoamericanas para la evaluación epidemiológica del estado mental de las cuales puede destacarse el *Cuestionario de morbilidad psiquiátrica de adultos* (GMPA) de Almeida-Filho.³⁷

También se han probado innumerables escalas tipo Likert para evaluación de condiciones psicopatológicas como son las que componen el DMS-III (*Escala de ansiedad de Hamilton* -HAS-, Escala de evaluación de crisis de angustia -HAS.P- Escala de depresión de Hamilton HDS-con Escala de melancolía -MES- y Escala breve de evaluación psiquiátrica -BPRS-).³⁸

Los instrumentos antes mencionados, uno de los cuales (Goldberg GHQ-28) también se utilizó en este estudio, constituyen avances interesantes para el tamizaje de condiciones de salud mental, pero para la investigación de los determinantes del estrés es indispensable un instrumento que permita observar estresores. Se revisó la bibliografía encontrando que dos de los más utilizados convencionalmente son la *Escala de readaptación social* de Holmes-Rahe y el *Inventario de estresores y recursos sociales* de Moos.³⁹ Ninguno de los dos era adecuado por su contenido y estructura para esta investigación, razón por la cual, el autor decidió diseñar un nuevo instrumento: el EPISTRES.

En la actualidad se discute acerca de la conveniencia de orientar la investigación hacia técnicas de encuesta y análisis cuantitativo o si debe enfatizarse el uso de procedimientos de caso y análisis cualitativo. El autor argumentó en un trabajo anterior⁴⁰ que no se trata de absolutizar ninguno de los dos procedimientos porque, dependiendo de la naturaleza del problema, ofrecen ventajas complementarias. Por tanto, no se ha diseñado el EPISTRES como “el instrumento” de investigación de estresores sino como una herramienta útil para el tamizaje de poblaciones estresadas, que cuando el caso lo amerite o existan posibilidades, debe complementarse con toda la riqueza de procedimientos participativos y de investigación de la moderna antropología y psicología social.

Diseño del EPISTRES⁴¹

Se efectuó la validación de contenido, comprensibilidad, validez recurrente y poder discriminatorio, así como la consistencia interna del instrumento.

En cuanto al contenido, debía cubrir las distintas dimensiones de la vida social (o *reproducción social* que el autor ha desglosado para la investigación epidemiológica;⁴²

trabajo-consumo, organización y conciencia colectiva, condiciones del entorno y los determinantes de la cotidianidad y fenotipo individuales) donde se produce el estresamiento: proceso laboral (objetos, medios y relaciones laborales); impactos estresantes en la cuota (sueldo, salario, etc.); privaciones y exigencias en el consumo individual, estresores del entorno, relaciones ante el colectivo (aislamiento), estresores de la vida familiar y procesos estresantes del fenotipo (ítems generales para los dos sexos y específicos para la mujer -embarazo, lactancia y menstruación-).

Inicialmente, se elaboraron 48 ítems, de los cuales luego del análisis del grupo quedaron 30, relacionados con estresamiento en: el trabajo insertado (TI) bajo remuneración, trabajo doméstico y tareas para la casa (TD), problemas vinculados a la cuota para el consumo básico -alimentación y vivienda- así como acceso a servicios y, estresores del transporte diario (C); luego un grupo de ítems relacionados con las condiciones de reproducción privada y cotidianidad afectiva, conflictividad, culpabilidad, aislamiento o vivencias represivas (RP); ítems relacionados con sufrimiento por percepción de deterioro genofenotípico, defecto o disfuncionalidad física impactante (DGF); impactos por pérdidas afectivas de seres queridos (IA), y estresores en mujeres, relacionados con embarazo-lactancia y menstruación (MGF).

Estructura y sistema de puntaje

El EPISTRES está diseñado con preguntas sencillas, cada una de las cuales se responde con una "x" en uno de los cuatro puntos en una escala (A = no, nunca, B = rara vez, C = frecuentemente y, D = muy frecuentemente). El puntaje se asigna con el sistema de calificación del GHQ para evitar el efecto de preferencia terminal y mediana: 0 puntos para cada ítem marcado en la "A" o "B" y 1 punto para los contestados con "C" o "D". De ese modo, en varones el puntaje máximo posible es 28 puntos y en mujeres 30, ya que responden 2 ítems adicionales referidos a embarazo y menstruación.

Comprensibilidad

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

Validez concurrente y poder de discriminación

Ya que no existe una prueba de referencia satisfactoria para la medición de procesos estresantes, se asumió primeramente, como criterio de referencia, la distribución de los niveles de estresores detectados por la prueba en grupos clasificados según la inserción social y nivel de ingreso para constatar, si en efecto, el EPISTRES era más alto en las clases con peores condiciones de vida y una esperada mayor acumulación de estresores. Por medio de una prueba de análisis de varianza se confirmó la diferencia significativa ($p < 0.05$) de los promedios de estresamiento (puntaje EPISTRES) entre los estudiantes de distintos conglomerados sociales, siendo máxima en los grupos socialmente más afectados (capa media baja = 9.89, pequeña burguesía = 8.79). Luego se analizó la distribución concurrente de los puntajes de EPISTRES y de Goldberg en los 124 internos de la muestra, esperando que hubiera una correlación positiva entre el nivel de estresamiento y de sufrimiento mental. La regresión simple interactiva (con omisión de tres puntos aberrantes) entre las dos series de puntajes arrojó un coeficiente de correlación $r = +0.60$ ($p < 0.01$). Para corroborar la capacidad de discriminación del EPISTRES se efectuó una tabulación cruzada de los casos "+" y "-" de esta prueba respecto a los detectados por GHQ-28, el objetivo era además, establecer a qué puntos de corte del EPISTRES se obtenían las mejores predicciones de niveles de Goldberg compatible con sufrimiento mental. Los porcentajes de sensibilidad y

Cuadro 6
Niveles de sufrimiento mental según estresamiento (internos-Quito)

Nivel Estrés	Puntaje Goldberg (a)					
	n	GHQ-28	6“A”	6“B”	6“C”	6“D”
Bajo (0-4)	27	3.2	0.8	1.3	0.9	0.2
Medio (5-16)	92	8.9	3.3	3.2	1.8	0.6
Alto (17-30)	5	14.8	4.8	4.4	3.6	2.0
Alto/Bajo:		5	6	3	4	13

a): GHQ-28 pt. total A Sint. somáticos
B Ansiedad C Disf. Social
D Derpesión

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

especificidad más altos del 70% se obtuvieron con los cortes: 0-4/5-16/17-30, correspondientes a muy bajo estresamiento, medio y alto estresamiento, respectivamente. En el Cuadro 6 se registra la variación de puntajes de Goldberg total y por componentes, según los distintos niveles de estresamiento.

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

Análisis de la consistencia del EPISTRES

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

En otro trabajo del autor se explican los detalles del proceso pero cabe destacar algunas conclusiones básicas. Las correlaciones obtenidas y los índices de saturación (*factor loadings*) sobre 0.5⁴³ de las preguntas permitió corroborar la consistencia de sus grupos.

* Las preguntas sobre estresores del trabajo insertado (TI) se pueden interpretar así:

- Estresamiento por impacto directo de la tarea en el trabajo (TI1, TI3, TI5).
- Estresamiento por reacción laboral subjetiva (TI4, TI2).
- Estresamiento por impacto directo de las labores domésticas (TF2, TD1).
- Estresamiento por reacción subjetiva a las responsabilidades domésticas (TD3).
- Estresamiento por privación-deterioro del consumo (C5, C1, C7, C2, C3).
- Estresamiento por vida de consumo agitada (C4, C6).
- Estresamiento por polución sonora en vecindario (E1).

- Estresamiento por temor-violencia en el vecindario (E2).
- Estresamiento por pérdida de ambiente de solidaridad y aislamiento (O1).
- Estresamiento por percepción pesimista de proyecto del grupo, desmoralización (O2).
- Estresamiento por privación afectiva (RP1, RP2, RP3).
- Estresamiento por amenaza o arrepentimiento por error grave (RP5, RP3).
- Estresamiento por enfermedad, forma de invalidez o envejecimiento propios (DGF1).
- Estresamiento por motivo sexual o defecto físico ante los demás (DGF2).
- Estresamiento por enfermedad de un ser querido (ISQ1).
- Estresamiento por muerte de un ser querido (ISQ2).
- Estresamiento por presión de embarazo o lactancia (MGF1).
- Estresamiento por tensión menstrual (MGF2).

De esa forma se puede concluir que el instrumento diseñado tiene características apropiadas como instrumento de tamizaje de estresores y por su capacidad predictiva y fácil aplicación es adecuado para incorporarlo en un estudio epidemiológico del estrés.

Estrés, deterioro y sufrimiento mental de los internos

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

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

Se observó una consistente asociación entre los niveles de estrés (EPISTRES) y el grado de sufrimiento mental (GHQ) encontrados. Como se constató en el cuadro 6, los promedios de puntaje según, el Goldberg, de los internos más estresados quintuplican a los del grupo no estresado. Visto de

Cuadro 7
Indices de sufrimiento mental en los internos
de los dos sexos, Quito, Ecuador.

Sexo	Sufrim. mental			
	N Ptos.	% Tot.	% Medio	% Severo
H	6.8	69.9	47.9	21.9
M	9.4	74.5	25.1	49.9
Total	7.9	71.8	38.7	33.1

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

Fuente: Breilh, J. y col., *Trabajo hospitalario y sufrimiento mental*, 1991.

Cuadro 8
Síntomas repetitivos durante el último mes
internos rotativos, en Quito, Ecuador, 1991

Síntoma	% Hombres	% Mujeres
Pérdida memoria (*)	31.5	15.7
Insomnio	43.8	45.1
Mareos (*)	6.8	25.5
Fatiga crónica	54.8	60.8
Cólicos	23.3	35.3
Acidez	50.7	52.9
Disfagia	11.0	11.8
Sudores fríos	11.0	13.7
TOTAL CASOS	232.9	260.8

(*) - Dif. p - 0.05 entre, sexos

Fuente: Breilh y col., *Trabajo hospitalario y sufrimiento mental*, 1991.

otra manera, se estableció que en el grupo no estresado, el 70.4% de internos, no tenían sufrimiento mental; en el grupo medianamente estresado apenas el 17.4%, estaban mentalmente bien según el Goldberg y en el grupo de alto estrés ninguno de los internos estaba bien.

Las tasas de afectación por sufrimiento mental son considerablemente altas respecto a valores encontrados en otros grupos semejantes en América Latina (ver Cuadro 7).

Una forma de enfocar la morbilidad latente consistió en observar la presencia, durante el último mes, de síntomas repetitivos (ver Cuadro 8).

Esta sintomatología difusa podría ser parte de las entidades diagnosticables que fueron reconocidas, pero también podría expresar trastornos latentes que ocurren sin necesariamente constituirse en cuadros de síndromes completos o entidades diagnósticas. Es importante recordar esto último porque en la moderna investigación epidemiológica que indaga las formas colectivas de destrucción de la salud humana se comprueba que el deterioro no necesariamente llega a producir entidades definidas sino que, las condiciones de trabajo, vida de consumo y cotidiana, pueden determinar procesos como los destructivos metabólicos (por ejemplo, acumulación de radicales de oxígeno), inmunes (por ejemplo, trastornos linfocitarios y macrofágicos), acumulación tisular de proteínas anómalas, disfunciones genéticas (activación de genes envejecedores, por ejemplo), configuraciones psíquicas patogénicas que sólo se manifiestan en plazo mediano por el envejecimiento acelerado y prematuro de la fuerza de trabajo, lo que el autor propone llamar "sobre-envejecimiento" epidemiológico.⁴⁴

Es preocupante constatar cómo en el corto tiempo de trabajo de internado ya se muestran algunas evidencias del efecto destructivo del estrés y el sufrimiento mental. En el Cuadro 9 se muestran incrementos importantes de patología asociada con estrés *antes* y *después* del inicio del internado.

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

A manera de conclusión

La formulación de una propuesta global y profunda para la defensa y promoción de la vida de los trabajadores hospitalarios rebasa las posibilidades de este trabajo. Sin embargo, se pueden delinear algunas ideas y acciones que han sido reiteradamente planteadas con respecto a esta problemática.

Los hospitales del "tercer mundo" como centros laborales tienen características epidemiológicas semejantes a los de otros tipos: las condiciones de trabajo tienden a deteriorarse, sobre todo en estas décadas de régimen neoliberal que busca incrementar la productividad en el sector privado y, en el sector estatal, racionalizar el gasto y uso de la in-

Cuadro 9
Trastornos asociados a estrés antes y después del inicio del internado, Quito, Ecuador, 1991;

Tipo de morbilidad	Indice de casos (% y núm.)							
	Hombres				Mujeres			
	Antes		Desde		Antes		Desde	
Gastro-Intestinales	46.6	(34)	57.5	(42)	60.8	(41)	52.9	(27)
Gastritis	21.9		24.7		37.3		29.4	
Úlcera péptica	4.1		-		-		-	
Colon irritable	5.5		4.1		2.0		3.9	
Dispepsias	15.1		28.8		21.6		19.6	
Cardio-Vasculares	6.8	(5)	8.2	(6)	17.6	(9)	29.4	(15)
Hipertensión	2.8		1.4		-		-	
Arritmias	1.4		5.5		3.9		9.8	
Várices	2.7		1.4		13.7		19.6	
Respiratorias	13.7	(10)	15.1	(11)	13.7	(7)	27.5	(14)
Asma	2.7		-		5.9		2.0	
Alergias	9.6		9.6		7.8		9.8	
Bronquitis crónica	1.4		2.8		-		7.8	
Inf.Resp. altas e Inflú.	-		2.8		-		7.8	
Otras	9.6	(7)	45.2	(33)	23.5	(12)	33.3	(17)
Dermatitis	5.5		19.2		7.8		13.7	
Cefalea persistente	2.7		17.8		15.7		13.7	
Trastornos líbido	1.4		8.2		-		5.9	
Subtotal comparables (dos sexos)	76.7	(56)	126.0	(92)	135.3	(69)	143.1	(73)
Específicas de mujeres	--		--		33.3	(17)	27.5	(14)
Tensión Premenstrual	--		--		11.8		17.6	
Dismenorrea	--		--		21.6		7.8	
Aborto	--		--		-		2.0	
Total morbilidad	76.7	(56)	126.0	(92)	168.6	(86)	170.6	(87)

Fuente: Breilh, J. y col., *Trabajo hospitalario y sufrimiento mental*, 1991.

fraestructura. En ningún caso se cuida que los cambios administrativos o tecnológicos no afecten a los trabajadores y se mantiene una tendencia regresiva en la distribución del ingreso con caída permanente de los salarios reales.

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

Es urgente promover un movimiento de defensa de la salud del personal que labora en los hospitales del país, im-

pulsar la organización solidaria de los mismos y la instrumentación de medidas financieras, administrativas, jurídicas, reglamentarias y epidemiológicas que contribuyan a controlar y erradicar la destructividad del trabajo.

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

En Ecuador, el estudiante interno que ahora se le define

como "becario" debe ser reconocido como parte del personal, ya que sin lugar a dudas, es un trabajador hospitalario con todos los derechos que la Constitución establece para dicha condición. La modalidad actual de ubicarlo como becario contradice la verdadera naturaleza de su condición y constituye un retroceso frente a derechos adquiridos por este personal.

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

Es urgente la creación de una Comisión de Salud Laboral para los Servicios de Salud o la vigorización de la instancia pertinente del Estado para que se inicie la instrumentación de unidades de salud laboral en los hospitales y servicios, así como la formulación de reglamentos de seguridad y protección epidemiológica, asimismo de control periódico de su salud en términos generales y, de modo particular, en servicios con riesgos específicos.

La Universidad tiene una gran responsabilidad frente a estos problemas, a la fecha los reglamentos de internado y normas de la Asociación de Facultades de Medicina revelan el total desentendimiento de la institución respecto a la protección y promoción de la vida de sus estudiantes. Su responsabilidad no debe ser sólo curricular sino integral.

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

Referencias

- ¹ Stellman, J.M. *Women Work, Women's Health (Myths and Realities)*, New York, Pantheon Books, 1977.
- ² Douglas, B. "Occupational Health Programs in Clinics and Hospitals", en: *Occupational Medicine*, (Carl Zens. Year Book Medical Publishers Inc.), London, 1977.
- ³ Ronot, P. "Hospitales", en: *El ejercicio de la medicina del trabajo*, Madrid, Editorial Científico Médica, 1980.
- ⁴ Romero, M. y Medina, M. E. "Validez de una versión breve de prueba para detectar psicopatología en estudiantes universitarios". *Salud Mental*, 10(3) : 90-97. 1987.
- ⁵ Barragán, G. et al. *Proceso laboral y morbilidad mental en trabajadores de la salud*, Maestría en Salud Pública, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1988.
- ⁶ Otero, J. *Riesgos del trabajo del personal sanitario*, Madrid, Interamericana, 1989.
- ⁷ Pitta, A. *Hospital: Dor e Morte como oficio*, HUCITEC, Sao Paulo, 1990.
- ⁸ Estryn Behar, M. et al. *British Journal of Industrial Medicine*. 47 : 20-28. 1990.
- ⁹ Richman, J. and Flatherty, J. Gender, "Differences in Medical Student Distress: Contributions of Prior Socialization and Current Role Related Stress". *Soc. Sci. Med.*, 30(7) : 777-787. 1980.
- ¹⁰ Fernández de Pinedo, I. y Nogareda, C. *Evaluación de la carga mental dentro de un método de valoración general de riesgos y condiciones de trabajo en el sector hospitalario*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Barcelona 1989.
- ¹¹ Nogareda, C. y Nogareda S. "Valoración de la carga mental en el servicio de urgencias de un hospital". *Salud y Trabajo*. 82 : 11-15. 1990.
- ¹² Kohen, J. et al. *Salud y trabajo de las enfermeras de cuidados intensivos de hospitales en Quito*, 1990.
- ¹³ Geis, R., Jesilon, P. and Geis, G. "The Amelia Stern Syndrome: A Diagnosis of a Condition Among Female Physicians". *Soc. Sci. Med.*, 33(8) : 967-971. 1991.
- ¹⁴ Breilh, J. *Deterioro de la vida en el neoliberalismo. El desconcierto de la salud en América Latina*, CEAS, Quito, 1991.
- ¹⁵ Pitta, A. *op. cit.*
- ¹⁶ Breilh, J. *Marco teórico particular sobre el proceso laboral y la salud*. Taller de Investigación sobre Epidemiología del Trabajo Hospitalario, Las Palmas de Gran Canaria, España, y Asociación Canaria de Medicina Social, 1991.
- ¹⁷ González Rey, F. *La personalidad, su educación y de-*

- sarrollo. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1991.
- 18 Mouriño, R. y Viniegra, L. "Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial", en: *Salud Pública de México*. 33(1) : 38-48. 1991.
 - 19 Breilh, J. *Epidemiología*, Sao Paulo, HUCITEC-UNESP, 1991. (Texto de la traducción al portugués basado en la tercera edición mexicana de la obra *Epidemiología: Economía, medicina y política*).
 - 20 Breilh, J. Idem referencia 16.
 - 21 Estryn Behar, M. *et al.*
 - 22 Otero, J. *op. cit.*
 - 23 Pitta, A. *op. cit.*
 - 24 Otero, J. *op. cit.*
 - 25 Fernández de Pinedo, I. y Nogareda, C. *op. cit.*
 - 26 Kohen, J. *et al. op. cit.*
 - 27 Richman, J. and Flatherty, J. Gender, *op. cit.*
 - 28 Ibidem.
 - 29 Schwartz, S. "Women and Depression: A Durkheimian Perspective". *Soc. Sci. Med.* 32(2) : 127-140. 1991.
 - 30 Geis, R., Jesilon, P. and Geis, G. *op. cit.*
 - 31 CEAS. *Perfiles epidemiológicos de empleadas públicas. Proyecto Mujer*, 1992.
 - 32 Culpan, R., Davies, B. and Oppenheim, A. "Incidence of Psychiatric Illness Among Hospital Out-Patients". *British Medical Journal*. 855-857. march 19 1960.
 - 33 Abramson, J. *The Cornell Medical Index as an Epidemiological Tool*. Hadasah University Hospital, Jerusalem, 1964.
 - 34 Goldberg, D. and Blackwell, B. "Psychiatric Illness in General Practice. A Details Study Using a New Method of Case Identification". *British Medical Journal*. 439-443, may 23, 1970.
 - 35 Goldberg, D. *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company, London, 1979.
 - 36 Yoshitake, H. "The Characteristic Patterns of Subjective Fatigue Symptoms". *Ergonomics*. marzo, 1978.
 - 37 Almeida-Filho, N. "Prevalença de Desordens Mentais em uma Area Industrial da Região Metropolitana de Salvador". *Universitas* Núm. 32. 1983.
 - 38 Bech, P., Kastrup, M. y Rafelsen, O. "Breve compendio de las escalas de evaluación para los estados de ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia con los síndromes correspondientes en el DMS-III". *Acta Psiquiátrica Escandinava*. 73(326). 1988.
 - 39 Moos, R. and Moos, B. *Life Stressors and Social Resources Inventory*. Department of Psychiatric of Stanford University, Palo Alto 1988.
 - 40 Breilh, J. "Reflexiones sobre el uso de técnicas intensivas (historias de vida) en la investigación en salud". *Documentos CEAS*. Núm. 29. 1991.
 - 41 Breilh, J. *El EPISTRES: Nuevo instrumento epidemiológico para tamizaje de estresores*. CEAS, Quito, 1991.
 - 42 Breilh, J. *Epidemiología: Economía, medicina y política*. (versión aumentada para la edición en portugués), HUCITEC, UNESP, Sao Paulo, 1992.
 - 43 Crocker, L. and Algina, J. *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Harcourt Brace Janovich, Fortworth, p. 299. 1986.
 - 44 Breilh, J. *La triple carga*. Ediciones CEAS, Quito, 1991.

