

Universidad de los Andes
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES, ESTRÉS E INFARTO AGUDO
DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS

Tesis para optar al título de
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Luz Amparo Pérez

Bajo la dirección de Viviola Gómez Ortiz Ph.D.

Bogotá, D.C., junio de 2004

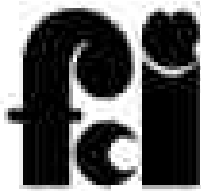
A Fabio y Santiago por su paciente comprensión y apoyo para que esta ilusión fuera realidad.

Agradecimientos

La culminación de esta tesis no hubiera sido posible sin la participación de varias personas, a quienes quiero mencionar aquí. En primer lugar quiero reconocer su contribución a la directora de la tesis, Viviola Gómez Ortiz, Ph.D. y a las estudiantes Luz Karen Navia y Laura Rodríguez de la línea de investigación estrés salud del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes.

En segundo lugar, debo resaltar el generoso apoyo de la Caja de Compensación Familiar Compensar, en particular al Doctor Jaime Alfonso Torres, quien me abrió sus puertas y prestó toda su colaboración.

En tercer lugar debo mencionar a la Fundación Cardio Infantil por el apoyo prestado en la realización del proyecto y en particular al Doctor Camilo Franco por sus valiosas orientaciones en la integración de la temática del estrés con los aspectos cardiovasculares.



FUNDACIÓN CARDIO - INFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

Bogotá, septiembre 9 de 2003

Doctora
LIZ AMPARO PÉREZ
Investigadora Principal
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - IC
Bogotá, D.C.

Respetada Doctora Pérez:

Una vez presentado y discutido el protocolo de investigación "FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS" y teniendo en cuenta que cumple con los principios corporativos institucionales de investigación, me permito informarle que ha sido aprobado para su realización. Esperamos al finalizar el estudio un informe de los resultados y conclusiones.

Le deseamos éxito en la investigación.

Saludo cordial,

EPIC. DE INVESTIGACIONES
FUNDACIÓN CARDIO-INFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

RODOLFO J. DENNIS VERANO, MD
Secretario Comité de Investigaciones

Atentamente,



Bogotá, septiembre 4 de 2003

Doctora
LUZ AMPARO PÉREZ
Investigador Principal
FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL - IC
Bogotá, D.C.

REF: "FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS".

Apreciada Doctora:

Una vez evaluado y discutido el protocolo de investigación en referencia y teniendo en cuenta que el consentimiento informado cumple con los principios corporativos institucionales, que no viola los derechos de los pacientes y que está dentro de los lineamientos sugeridos en la declaración de Helsinki 2000 de la Asociación Médica Mundial, nos permitimos considerar como **APROBADO** el protocolo propuesto y autorizar la recolección de pacientes para la investigación clínica por Usted presentada. Concepto consignado en acta No. 63 del 2 de septiembre de 2003.

Esperamos de usted las comunicaciones con respecto a cambios en el proyecto, efectos adversos, dudas e inconvenientes y de los hallazgos relevantes, así como una copia del proyecto finalizado. De la misma forma le solicitamos que, por tratarse de un proyecto de desarrollo extra institucional usted deberá generar y enviar a este Comité un reporte trimestral del curso del proyecto, de los sujetos enrolados y sus observaciones calificadas sobre el protocolo.

Dejamos constancia que usted, no participo en la decisión de aprobación.

Deseándole éxito científico, le recordamos que la función de este comité es la protección de los derechos de los sujetos enrolados y la voluntad de apoyar los investigadores.

Atentamente,


J. SINAY ARÉVALO, MD, MA, cPhD.
Presidente CEIC

FUNDACION CARDIO INFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
COMITE DE ETICA EN
INVESTIGACION CLINICA

Jacqueline Romero

Bogotá D.C. Junio 16 de 2003

Señores
FUNDACION CARDIOINFANTIL
Atn: **Dr. RODOLFO DENNIS**
Jefe de Investigaciones Médicas
Ciudad

Respetado Doctor:

Tenemos el gusto de presentarle a la Dra. LUZ AMPARO PEREZ, Investigador Principal en el proyecto **ESTRÉS LABORAL Y ENFERMEDAD CARDÍACA EN TRABAJADORES COLOMBIANOS**, para optar a la maestría en Investigación Psicosocial en la Universidad de Los Andes. La Doctora nos ha manifestado su interés en tener acceso a algunos de nuestros afiliados, que son pacientes de ustedes, para invitarlos a participar como sujetos activos de esta investigación. Por corresponder a una actividad de tipo científico, que busca "ampliar el entendimiento del fenómeno del stress laboral y por ende aportar información pertinente a planes estratégicos y programas laborales", hemos decidido permitirle el acceso a los afiliados que, estando dentro de sus variables, sean pacientes de la Fundación. Sobra decir que, todo el proceso deberá estar bajo su directa observación y que ante cualquier duda, por favor se contacte con nosotros para resolverla.

Cordialmente

Original Firmado por:
Dr. Luis Hernando Rojas L.
Coordinador Medicina Laboral

LUIS HERNANDO ROJAS LATORRE
MD Coordinador Medicina Laboral

DPTS. DE INVESTIGACIONES
FUNDACION CARDIO-INFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Recibido:
jacqueline
18.06.03

Anexo: Resumen de Proyecto de Investigación

Tabla de Contenidos

Resumen	8
Factores psicosociales laborales, estrés e infarto agudo del miocardio en trabajadores colombianos.....	10
Elementos Emergentes y Tendencias Internacionales en las Condiciones Laborales.....	13
Situación Actual y Perspectivas de las Condiciones de Trabajo en América Latina.....	18
Cambios en las tendencias del mercado de trabajo.....	19
Cambios en la organización del trabajo.....	21
Cambios en los factores de riesgos en el microclima laboral.....	22
Condiciones Laborales en el Contexto Colombiano	24
Noción de subempleo y el subempleo en Colombia	25
Relaciones entre subempleo e informalidad	27
Modelos Teóricos Sobre el Estrés Laboral.....	30
Modelo Demanda-Control.....	34
Expansiones del modelo.....	36
Estudios colombianos.....	39
Modelo de Desbalance Esfuerzo-Recompensa.....	43
Valoración de las Perspectivas Teóricas y Metodológicas de los Modelos	49
Modelo de Estrés Laboral y Salud de NIOSH.....	53
Centralidad de los roles vitales.....	55
Relaciones Trabajo–Familia.....	58
Infarto Agudo del Miocardio (IAM) y Factores de Riesgo.....	61
Justificación del estudio y planteamiento del problema	63
Hipótesis.....	68
Método.....	70
Participantes.....	70
Variables	73
Instrumentos.....	74
Procedimiento	78
Resultados.....	81
Análisis descriptivo de las variables	81
Plan de Análisis.....	86
Análisis de regresiones logísticas.....	87
Discusión	99
Condiciones psicosociales laborales esfuerzo–recompensa e IAM.	99
Situación laboral de trabajo no asalariado-asalariado e IAM.	106
Efecto moderador de la centralidad del trabajo en la relación entre las variables psicosociales laborales y la ocurrencia de IAM.....	110
Efecto moderador de las transferencias negativas y positivas entre el trabajo y la familia en la relación entre las variables psicosociales laborales y la ocurrencia de IAM.....	112

Limitaciones de la investigación	114
Conclusiones.....	114
Apéndice 1	126
Cuestionario de desbalance esfuerzo-recompensa (ERI).....	126
Apéndice 2.....	127
Documentos de aprobación del proyecto	127
Documento 1.....	127
Documento 2.....	127
Documento 3.....	127
Apéndice 3.....	128
Consentimiento Informado	128

Lista de tablas

Tabla 1	<i>Características sociodemográficas de la muestra.</i>	70
Tabla 2	<i>Información contextual y descriptiva del trabajo.</i>	72
Tabla 3	<i>Estadísticos descriptivos de las variables del estudio (N=117).</i>	82
Tabla 4	<i>Factores de riesgo cardiovascular en la muestra estudiada.</i>	84
Tabla 6	<i>Resultados del análisis de regresión logística multivariado discriminativo de la ocurrencia de IAM por el factor de riesgo cardiovascular tabaquismo y los factores psicosociales laborales del modelo de estrés desbalance esfuerzo-recompensa (n = 109).</i>	91
Tabla 7	<i>Resultados del análisis de regresión logística multivariado predictivo de la ocurrencia de IAM por el factor de riesgo cardiovascular tabaquismo y la situación laboral trabajo no asalariado–asalariado (n=112).</i>	92
Tabla 8	<i>Resultados del análisis de efectos interactivos logísticos de las transferencias negativas entre el trabajo y la familia. (n = 109).</i>	93
Tabla 9	<i>Resultados del análisis de efectos interactivos logísticos de las transferencias positivas entre el trabajo y la familia. (n = 109).</i>	96
Tabla 10	<i>Prueba t para la diferencia entre medias de centralidad de los diferentes aspectos de la vida antes y después de ocurrido el IAM. (n = 55).</i>	98

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de desbalance esfuerzo–recompensa.....44

Figura 2. Modelo de Estrés Laboral y Salud de NIOSH.53

Resumen

Este estudio tiene como antecedentes la carencia explicativa del modelo demanda–control–apoyo social de Karasek y Theorell(1990) respecto del efecto de las condiciones psicosociales del trabajo en las salud cardiovascular de los trabajadores en nuestro medio. Los resultados obtenidos en dos estudios previos no sustentaron la hipótesis de tensión laboral que plantea el modelo (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000; Gómez 2001; Gómez, Pérez, 2002). La insuficiencia explicativa del modelo demanda–control es sugerente de que, al menos para el caso de Colombia, es necesario tomar en cuenta ciertos factores tanto laborales como extralaborales para el entendimiento de las condiciones bajo las cuales los factores psicosociales del trabajo afectan la salud cardiovascular, específicamente el infarto agudo del miocardio (IAM).

El propósito del estudio fue evaluar si las condiciones psicosociales del trabajo y la característica laboral de empleo–subempleo discriminan entre un grupo de trabajadores con IAM de otro grupo sin él. También se pretendió indagar de manera supletoria si el efecto de las condiciones laborales psicosociales y de la característica laboral de empleo–subempleo en la presencia de IAM era moderado por la centralidad del trabajo y la transferencia familia–trabajo, trabajo-familia.

La investigación se realizó con la participación de 117 personas, 104 hombres y 13 mujeres, 55 de ellas con diagnóstico de IAM y 62 sin este diagnóstico, nacidos entre 1943 y 1979, con una edad promedio de 50 años (D.E. 7.53). Se buscó controlar metodológicamente el efecto de confusión que podían ejercer en los resultados los factores biomédicos de riesgo cardiovascular, homologando los dos

grupos estudiados en estos factores de riesgo. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y análisis de regresión logística dicótoma.

Se encontró que la combinación de los componentes extrínseco e intrínseco del modelo de desbalance esfuerzo–recompensa tiene capacidad discriminativa respecto de la ocurrencia de IAM en las personas trabajadoras. Los efectos moderadores de las variables centralidad del trabajo y transferencias positivas y negativas entre el trabajo y la familia no fueron sustentadas por los resultados observados.

FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES, ESTRÉS E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS

En el campo de conocimiento de las relaciones entre el trabajo, el estrés y salud ha predominado el modelo de tensión laboral de demanda–control–apoyo social desarrollado por Karasek y Theorell (1996), que ha mostrado una relativamente buena capacidad para predecir las consecuencias de las citadas relaciones en la salud cardiovascular de los trabajadores. El modelo plantea que el estrés en el trabajo se produce por una situación mantenida de altas demandas, bajo control sobre los procesos laborales y poco apoyo social, y relaciona los efectos de esa situación con la morbimortalidad cardiovascular.

No obstante, los resultados obtenidos en Colombia por la aplicación del mismo modelo no han sido coherentes con lo que predeciría el mismo. Los hallazgos indicaron que en nuestro medio los grupos de trabajadores con empleos formales no reconocen sufrir de la combinación riesgosa que describieron Karasek y Theorell (las altas demandas, el bajo control sobre los procesos laborales y el poco apoyo social que se han mencionado) como factores psicosociales laborales de riesgo para la salud (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000; Gómez 2001; Gómez, Pérez, 2002). Los resultados de nuestros estudios, que no dieron soporte empírico a la hipótesis de tensión laboral, son aún más llamativos si se tiene en cuenta que la recolección de los datos se dio en 1998 y 2000, dentro de un periodo de aguda crisis económica en el país.

De otra parte, la muestra analizada mostró que quienes presentaron valores más altos o incluso de riesgo en indicadores cardiovasculares (tensión arterial,

colesterol y triglicéridos), tampoco presentaron condiciones laborales en las combinaciones mencionadas en la literatura como de riesgo para la salud cardiovascular.

En términos generales, los indicadores de salud cardiovascular no señalaron mayores riesgos en la muestra colombiana a pesar de que estos mismos indicadores forman parte de las causas más importantes y frecuentes del infarto agudo del miocardio (IAM¹), enfermedad considerada como una de las primeras causas de muerte médica en la población adulta en el país (Ministerio de Salud, 2002).

A la luz del modelo demanda–control–apoyo social, los hallazgos obtenidos en la muestra colombiana no encuentran explicación suficiente. La carencia explicativa del modelo puede indicar, al menos para el caso de Colombia, que hay variables laborales y extralaborales que no están recibiendo suficiente atención en la investigación y que ameritan ser examinadas.

Una de ellas tiene que ver con las condiciones de inseguridad laboral, empleo y subempleo prevalentes en el país pero poco investigadas. Al respecto, una alternativa teórica y empírica plausible es el modelo de Siegrist (1996) de desbalance esfuerzo–recompensa, en el cual la predicción de los efectos sobre la salud dependen de la combinación de efectos de factores contextuales con los propios de las características del trabajo y los subjetivos. Los primeros hacen referencia a la noción “control del estatus laboral” para describir cómo mediante el dinero, el reconocimiento, la promoción y la seguridad laborales, se satisfacen necesidades emocionales básicas en la vida adulta. Por la incorporación de factores contextuales, este modelo resulta particularmente favorable para el estudio del estrés laboral en

1 El infarto agudo del miocardio es una lesión isquémica que conduce a la necrosis de una porción del músculo cardíaco. Es una de las patologías constitutivas del síndrome cardíaco agudo en la que, de acuerdo con la organización mundial de la salud, deben estar presentes dos de los siguientes tres

condiciones laborales como las indicadas. En páginas posteriores se describirá el modelo en detalle.

Otra variable a observar es atinente a la variabilidad individual en la ocurrencia o no del estrés en el trabajo. En particular se precisa examinar el proceso de valoración que las personas hacen de su trabajo, en particular de la centralidad o importancia que se le otorgue, pues esta variable marca diferencias en la instauración del proceso estrés laboral.

Por último están los factores extralaborales aludidos. Las relaciones positivas y negativas entre el trabajo y la familia constituyen en conjunto una variable de interés para la presente investigación, pues los resultados encontrados tanto en la muestra colombiana como en otras en diferentes estudios comprueban que el examen de un solo rol –el laboral o el familiar– no es suficiente para comprender el proceso de estrés asociado al desempeño de roles como los que son de interés en este caso. Por el contrario, es claro que la experiencia laboral interactúa con la calidad de la vida familiar creando efectos diferenciales en la vivencia del estrés y por ende en sus efectos sobre la salud.

En respuesta a lo anteriormente descrito el presente estudio pretendió contribuir a un mayor conocimiento de las relaciones que se presentan en nuestro país entre las condiciones laborales, el estrés y la morbilidad cardiovascular, específicamente el IAM. Para lograr tal propósito se diferenciaron dos grupos de trabajadores: uno con presencia de IAM y otro sin esta enfermedad, a partir de las condiciones psicosociales de trabajo y de la característica laboral de empleo o subempleo en que se desempeñaban. Un propósito secundario fue explorar si las variables centralidad del trabajo y transferencia familia–trabajo, trabajo–familia moderan la relación entre

las condiciones psicosociales laborales de una parte, y la presencia o no del IAM de otra parte.

Para una adecuada presentación y comprensión del estudio se presentarán en este documento los distintos niveles de contexto de las condiciones laborales del trabajo hoy, seguidos por los principales modelos teóricos y hallazgos empíricos sobre el estrés laboral. Luego se trata la noción de centralidad del trabajo como indicador de la valoración que se hace de él, y la de transferencia trabajo–familia para ilustrar la influencia mutua de las dimensiones laborales y familiares en la vida de las personas.

Elementos Emergentes y Tendencias Internacionales en las Condiciones Laborales

El contexto contemporáneo del trabajo está marcado por tres factores íntimamente entrelazados: la globalización de la economía, los cambios tecnológicos y los cambios en la demanda de trabajadores calificados (Vivas, 2000). La tecnología fortalece las tendencias globalizantes del mercado, fomenta la automatización de muchos puestos de trabajo y revoluciona los sistemas de producción en masa con nuevas formas de producción e intercambio de bienes y servicios. Al mismo tiempo los millones de seres humanos que conforman la fuerza laboral han visto cómo el sistema que mueven con su acción diaria les erosiona como recurso laboral y social.

El nuevo escenario hace inevitable retomar los interrogantes sobre la situación actual y las perspectivas de las modalidades que adquirirá el trabajo y sus efectos en el bienestar de las personas. Para alimentar esta reflexión un primer paso es explorar la literatura internacional, la regional y la nacional sobre esta temática.

En el ámbito internacional se destaca el trabajo conjunto que la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Occupation Safety and Health (NIOSH) vienen realizando desde 1985 para promover la labor investigativa e interventiva de prevención del estrés laboral. En marzo de 1999 estos dos organismos realizaron su IV Conferencia Internacional dedicada a examinar las causas, los efectos y la prevención del estrés en el trabajo. Dentro de los temas tratados estuvo el estado del trabajo en el orden internacional, que presentaba entonces cambios radicales respecto de las condiciones prevalentes en la época en la que APA y NIOSH aunaron esfuerzos. Al respecto, Sauter y Keita (1999) se refirieron a nuevas demandas a la misión de estas instituciones: "Hoy los trabajadores en el mundo encaran un nuevo orden de estructuras y procesos organizacionales: reestructuraciones, estructuras administrativas planas, jornadas laborales prolongadas y empleos temporales, para nombrar tan solo unos pocos ejemplos. La forma como tales condiciones pueden inducir a procesos de estrés, enfermedades y lesiones en el trabajo se mantiene más en el ámbito de lo especulativo que en el del entendimiento. Lo que sí se sabe, sin embargo, es que concomitante con dichos cambios, el estrés laboral constituye hoy día una seria preocupación en el orden de lo económico y de la salud" (Sauter, Keita, 1999, pág. 2).

En el marco de ésta misma conferencia, Houtman (1999) caracterizó los principales cambios en las condiciones laborales actuales, las cuales, según indica, entrañan riesgos psicosociales para los trabajadores: (a) *Incremento cuantitativo en las demandas psicológicas* que se evidencia, por ejemplo, en la intensificación del trabajo. Esta condición se atribuye a factores como la reducción del número de horas laborales en algunos países que, no obstante, no produce reducción equivalente en la cantidad de trabajo asignado; las reestructuraciones, las modalidades de operación de mayor eficiencia organizacional y orientación al cliente con menor

número de empleados. (b) *Proceso continuo de informatización* derivado del desarrollo de la tecnología de la información que lleva a que la mayoría de las herramientas de trabajo dependan de alguna forma de información y, a su vez, produzcan más información. (c) *Incremento de la inseguridad laboral* resultado de las reducciones de planta y de la modalidad organizacional flexible. (d) *Incremento de la autonomía laboral* a causa de la menor regulación de la fuerza de trabajo.

En esta misma línea de pensamiento está el trabajo de Fiona Patterson (2001) sobre las tendencias y perspectivas en el campo de la psicología del trabajo, producido en el Reino Unido, uno de los países abanderados en el estudio de los aspectos psicosociales laborales. La autora perfila algunos temas claves para la práctica y la futura investigación en el campo de la psicología del trabajo, tres de los cuales resultan pertinentes para la presente investigación.

1. Transformación del contexto organizacional. Los últimos treinta años registran varios cambios del contexto organizacional: (a) *la globalización*, que aumenta las inequidades socioeconómicas al mismo tiempo con la oferta de bienestar y la eficiencia organizacionales, en medio de nuevas modalidades de trabajo posibilitadas por la Internet y las intranets, y de mayores demandas en el manejo de nuevas tecnologías. Por ende, se imponen demandas de habilidades cognitivas y sociales en los trabajadores sobre las físicas y mecánicas de otros tiempos. (b) *Cambios dramáticos en los patrones laborales de los trabajadores*, que admiten ahora el autoempleo, el pluriempleo, los recesos de trabajo y carrera, la erosión en la semana laboral que se transforma ahora en una “semana despierta”, y el surgimiento del concepto de portafolio del trabajador, consistente en los diversos roles laborales y contratos con distintas compañías en modalidades temporales y semipermanentes. (c) *Un vasto crecimiento en el sector laboral de servicios* acompañado del incremento de robots, máquinas y

tecnología que hacen redundante la labor humana en diversos puestos de trabajo. (d) *Cambios demográficos*, que se expresan en una mayor diversidad cultural, mayor presencia de la mujer en el mercado laboral y familias compuestas por dos trabajadores.

2. Demandas del empleador *versus* elecciones del empleado y contrato psicológico.

A causa del énfasis en las reestructuraciones y desvinculaciones de trabajadores, los empleadores enfatizan sus necesidades de flexibilidad, adaptabilidad e innovación de parte de los empleados. Al tiempo, las organizaciones compiten en el mercado por atraer y retener a los mejores empleados proporcionando mayores oportunidades para el desarrollo personal y la satisfacción laboral. Así, las empresas se convierten en plataformas para los individuos, superándose la época en que éstos eran vistos como simples recursos para aquéllas.

De otra parte, el énfasis en las reducciones de la planta de personal ha forzado a los empleados a enfocarse en planes de carrera y portafolios, pero al tiempo, ha reducido la noción de empleo permanente con sus consecuentes efectos sobre los sentimientos de lealtad hacia la empresa, es decir, sobre el contrato psicológico.

3. Impacto psicológico de la naturaleza cambiante del trabajo. Los cambios

descritos han generado abundante literatura sobre su impacto en el bienestar del empleado. Patterson (2001) menciona cuatro factores claves de transformación a tener en cuenta: inseguridad laboral, extensión de las horas laborales, reducción del control sobre los procesos del trabajo y estrés gerencial. Se han observado efectos negativos en la salud relacionados con los cambios descritos al tiempo que reducciones del ingreso real, en particular en los niveles inferiores. Los efectos para el empleador no son mejores, pues se han detectado reducciones de desempeño en el largo plazo que exigen calcular en el tiempo los costos y los

efectos físicos de las horas de trabajo prolongadas. Al respecto, Patterson hace referencia al trabajo de Earshaw y Cooper(1994) para ilustrar cómo la psicología del trabajo ha demostrado los beneficios de sus intervenciones, por ejemplo en el balance familia–trabajo con la flexibilización de los horarios y en la formulación de políticas gubernamentales y legislación laboral referentes al estrés ocupacional.

Para concluir, es oportuno revisar el efecto que los determinantes socioeconómicos internacionales tienen en la salud de las personas, según Haratani y Kawakami (1999): (a) la preocupación común entre los países postindustrializados respecto del estrés en el trabajo, que incluye el estudio de aspectos tales como el género, el trabajo, la familia, el subempleo y las compensaciones a los trabajadores, entre otros, (b) el creciente interés por el estrés laboral en los países en desarrollo ante el aumento observado de enfermedades y accidentes laborales (por ejemplo, *Karoshi* o muerte por exceso de trabajo, es ahora un fenómeno de orden social en Corea); y, (c) la acelerada globalización de las actividades en las organizaciones, que trae consigo un mayor número de trabajadores empleados en compañías multinacionales, la transferencia de modelos de gerencia, la globalización de la comunicaciones que da lugar a nuevas modalidades como el teletrabajo y la oficina despierta las 24 horas del día. En la medida en que progresivamente más trabajadores de diferentes países colaboran entre sí, los conflictos transculturales pueden ser nuevas fuentes de estrés. Estos autores trazan líneas de investigación futura hacia el estudio de la globalización de los problemas del estrés en el trabajo y las relaciones entre las diferencias culturales y el estrés laboral. Se busca identificar los componentes culturales específicos y no específicos del estrés laboral para integrarlos en un enfoque transcultural.

Houtman (1999) trabaja en una línea muy similar a la anterior. Identifica algunas directrices para la agenda de investigación y la práctica sobre los cambios en las

condiciones del trabajo, a saber: (a) los riesgos psicosociales, y consecuentemente el estrés laboral, están incrementándose y adquirirán mayores dimensiones, (b) para responder a una escala global del estrés el estándar de investigación debe tener una perspectiva igualmente global, que admita la colaboración y la utilización compartida de instrumentos y procedimientos, (c) la existencia de una brecha creciente –debida principalmente a la economía global– entre empleados de alto y bajo estrato socioeconómico y también probablemente entre países del primer versus el segundo y tercer mundos, y (d) deberá dirigirse mayor atención a la fuerza de trabajo de mayor edad.

Situación Actual y Perspectivas de las Condiciones de Trabajo en América Latina

En el ámbito regional se destaca el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que muestra cómo los problemas de la salud de los trabajadores en los países del área han sido una preocupación creciente de los organismos internacionales. En la década de los noventa la valoración del modelo económico de desarrollo sostenible condujo a diversos estudios y recomendaciones para los países miembros por parte de varias instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), además de la citada OPS. La OPS y la OMS (1999) adelantaron un análisis específico de la situación de los trabajadores en los países de la región, encontrando grandes inequidades económicas y sociales en el sector laboral que afectan la salud de las personas.

En lo que sigue se presenta la caracterización del mercado laboral para América Latina y el Caribe con base en los estudios realizados por la OPS y la OMS, y

también en los aportes de la OIT. Los análisis permiten identificar los principales determinantes del perfil de los trabajadores en la región: cambios en las tendencias del mercado de trabajo, cambios en la organización del trabajo y cambios en los factores de riesgos en el microclima laboral (Tennasse, 1995).

Cambios en las tendencias del mercado de trabajo

En los países latinoamericanos el factor determinante en los perfiles del trabajo se representa en la transición iniciada a mediados del siglo XX de economías primarias agrícolas y extractivas a economías con relativos desarrollos industriales y actividades de comercio y servicios. En consecuencia, “los países en desarrollo enfrentan el doble patrón de trabajo de las economías en transición, incrementando entre los países –y dentro de ellos– estratos cada vez más diferenciados de trabajadores, desde trabajadores de empresas multinacionales hasta trabajadores en actividades informales de supervivencia, lo que acentúa la inequidad social y de salud” (OPS, OMS 124ª Sesión del Comité Ejecutivo, 1999. Pág. 5).

En el sector agrícola, la introducción de nuevas tecnologías ha llevado a una polarización de la estructura agraria: la agroindustria intensiva de exportación que emplea tecnología moderna de un lado, y la continuación de la forma tradicional de autoconsumo, del otro.

En el área urbana el crecimiento de la fuerza laboral se atribuye fundamentalmente a las migraciones rurales y al aumento en la esperanza de vida especialmente en la población joven. El sector manufacturero se ha cuadruplicado en su valor agregado, y sin embargo la incapacidad de la economía para absorber toda esa nueva fuerza de trabajo se ha traducido en un aumento del desempleo y del

subempleo² especialmente entre los grupos jóvenes. Se estima que el 10% de los graduados de las universidades está desempleado. Las actividades en las cuales terminan por ocuparse la mayor parte de los desempleados corresponden a las del sector informal de la economía.³ (Tennasse 1995).

Así por ejemplo, “la población latinoamericana en edad de trabajar (PET, ubicada entre los 15 y los 64 años) se ha estimado en 300 millones para 1996, y la población económicamente activa (PEA) en 201 millones. De esta última se calcula que alrededor del 56.7% son trabajadores informales y un 10% agricultores” (OPS, OMS 124ª Sesión del Comité ejecutivo, 1999. pág.4).

Actualmente se reconoce que la informalización de la estructura de los empleos afecta seriamente su calidad y la equidad en el acceso a los servicios y la distribución social de la riqueza. No obstante, como señala Tennasse (1995), no se ha estudiado la salud de los trabajadores pertenecientes al sector informal ni la de los desempleados.

Un factor determinante en los perfiles laborales de la región proviene de la aplicación de políticas de flexibilización laboral de las empresas, facilitada por reformas en las leyes laborales y la reglamentación contractual, que afectan la estabilidad en el empleo, las jornadas y horarios de trabajo, el régimen de vacaciones y las remuneraciones (OPS; OMS 1999).

En relación con la remuneración, en términos generales, el salario del trabajador informal representa solamente entre el 28% y el 51% del salario ganado por un trabajador en el sector formal, lo que sumando al desempleo, ha contribuido a la

² Tasa de subempleo: la proporción de los subempleados dentro de la población económicamente activa (PEA).

³ El sector informal de la economía está conformado por trabajadores manuales que son empleados por pequeñas compañías o que laboran por su cuenta, trabajadores familiares que no son pagados o trabajadores domésticos (Tennasse 1995).

propagación de la pobreza (69 millones de personas viven en pobreza crítica en América Latina).

Se estima que en América Latina entre el 20% y el 40% de la población empleada percibe ingresos menores al mínimo necesario para cubrir la canasta básica, lo que obliga a muchas mujeres y niños a complementar los ingresos familiares con trabajos precarios de subsistencia. En general, las mujeres trabajan en condiciones inferiores a los hombres y reciben sólo el 71% de la remuneración de éstos, no obstante que deben también atender una segunda jornada en el hogar.

Los niños trabajadores, por su parte, alcanzan la cifra de 15 millones en la región. La UNICEF calculó que en América Latina y el Caribe los niños de entre 10 y 14 años de edad conforman del 20% al 25% de la población económicamente activa (Tennasse, 1995; OPS; OMS; 1999).

Cambios en la organización del trabajo

Un primer cambio corresponde a las estrategias utilizadas por los trabajadores para compensar la pérdida del poder adquisitivo de sus ingresos. Son, por ejemplo, la extensión de la jornada de trabajo, las horas extras y la aceptación de trabajos adicionales.

Un segundo cambio nace de las condiciones de transferencia de tecnología. De una parte está el traslado de productos y procesos de producción que requieren químicos y pesticidas muy regulados o prohibidos, y nocivos a la salud y el medio ambiente, de países con requerimientos estrictos a países con menos limitaciones legales. De otra parte, está la extendida práctica de las empresas maquiladoras, preferentemente norteamericanas, que exportan partes a las naciones periféricas subdesarrolladas para ser ensambladas y luego reimportadas como productos

terminados a los países de origen, aprovechando los costos y condiciones laborales mucho más laxos de las naciones maquiladoras (Tennasse,1995). La fuerza laboral femenina constituye el 80% del total de personas ocupadas en estas actividades, además de la frecuente incorporación de niños.

Un tercer cambio son los frecuentes problemas ergonómicos en el manejo de máquinas fabricadas generalmente con especificaciones de países desarrollados. Se encuentran dificultades asociadas a aspectos antropométricos y al insuficiente entrenamiento del personal.

Cambios en los factores de riesgos en el microclima laboral

En América Latina y el Caribe los riesgos derivados de la ocupación se encuentran en séptimo lugar en relación con la mortalidad. Los principales factores de riesgo son la sobrecarga física y los ergonómicos que afectan entre el 50% el 70% de la fuerza de trabajo; los riesgos físicos, que afectan al 80% de la fuerza de trabajo; y los de tipo químico. Las condiciones sociales de trabajo y el estrés psicológico se señalan cada vez más como factores de riesgo ocupacional que afectan prácticamente a toda la PEA.

Los riesgos diferenciados a los cuales se exponen los trabajadores evidencian una inequidad en la medida en que los más vulnerables y los más pobres ocupan los puestos de trabajo de mayor riesgo y menores remuneración y vigilancia preventiva.

Las enfermedades ocupacionales tradicionales en Latinoamérica y el Caribe – cuya notificación apenas alcanza entre el 1% y el 5% de los casos– son la hipoacusia ocupacional, las intoxicaciones agudas por plaguicidas y metales pesados, las enfermedades dermatológicas y las enfermedades respiratorias. De otra parte, enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades

cardiovasculares, osteomusculares y neurocomportamentales no aparecen registradas como enfermedades asociadas al trabajo. Los promedios de discapacidad y mortalidad debido a accidentes de trabajo son cuatro veces mayores a los reportados por países desarrollados. La OIT estima que el costo de los accidentes ocupacionales alcanza hasta el 10% del PIB de los países en desarrollo y se ha calculado que si estos países los redujeran en un 50%, podrían cancelar su deuda externa.

Frente a la situación de salud de los trabajadores, la OPS promueve la adopción de un enfoque integral en el Plan Regional de Salud de los Trabajadores. Este plan se visualiza como un marco de referencia para los países miembros, y su implementación requiere del esfuerzo conjunto de ellos, de los organismos internacionales, de los empleadores y de los trabajadores. Enmarca un enfoque preventivo en cuatro áreas programáticas a saber: (a) la calidad de los ambientes de trabajo; (b) las políticas y la legislación referidas al marco político normativo; (c) la promoción de la salud de los trabajadores y; (d) los servicios integrales a los trabajadores.

Dentro del campo de la salud pública, la salud de los trabajadores es un área poco desarrollada pese a que en la actualidad se considera que una fuerza laboral saludable es un factor determinante del desarrollo socioeconómico de los países e indispensable en la sostenibilidad de ese desarrollo (Tennasse, 1995). Es así como la OPS en 1990, en su Resolución Número 23 de la Conferencia Sanitaria Panamericana, contiene como una de sus áreas programáticas la salud de los trabajadores y en su Resolución Número 14 de 1991 a 1994, se enuncia el año de 1992 como el Año de la Salud de los Trabajadores. Al respecto comenta Tennasse (1995) que “nuestro actual desafío en el Área Andina, así como en el resto de las

Américas, es trasladar a la práctica en forma efectiva, todo este marco de referencia” (pág. 1).

Condiciones Laborales en el Contexto Colombiano

Entre las tendencias en la economía colombiana en los últimos 50 años, determinantes de la situación actual del mercado laboral colombiano, está en primer lugar la cuadruplicación de la población y la urbanización del país (Hernández, 2000).

Una segunda tendencia es la modernización de la estructura productiva, que rezagó a la agricultura del liderazgo económico y dio paso a la industria y, más recientemente, a un conjunto de actividades de servicios. En este proceso de modernización, no obstante, Hernández (2000) llama la atención sobre el estancamiento ocurrido en los últimos 25 años en el crecimiento de la industria con relación a su participación en el producto interno bruto (PIB). De igual modo, observa que el crecimiento del sector servicios se ha dado en medio de una actividad económica generadora de empleo de poca o nula productividad, y por consiguiente, de ingresos muy bajos.

Por último, el PIB en el país muestra un crecimiento dinámico de 4.5% promedio anual durante los últimos 25 años, lo que significa un crecimiento del ingreso per cápita de 4 veces durante el mismo lapso. No obstante, aclara Hernández, este ritmo de crecimiento resulta insuficiente para un país que, como Colombia, evidencia un atraso histórico en su nivel de desarrollo económico respecto de países actualmente más desarrollados, una mala distribución de ingresos con una alta proporción de su población bajo la línea de pobreza, y peor aún, un alto porcentaje en situación de miseria.

Noción de subempleo y el subempleo en Colombia

Hernández anota que estas “insuficiencias” del crecimiento económico y social de la vida moderna de la economía colombiana se captan de manera muy clara en las mediciones periódicas del DANE sobre el trabajo, entre las que siempre se destaca la presencia del subempleo.

En la medición del subempleo el DANE adopta los criterios internacionales emanados de las resoluciones de la OIT en las Conferencias Internacionales de Estadísticos del Trabajo (CIET). Según la decimosexta CIET (1998), la población subempleada se define como:

Aquella población cuya ocupación es inadecuada, cuantitativa y cualitativamente, respecto a determinadas normas, como nivel de ingreso, aprovechamiento de las calificaciones profesionales, productividad de la mano de obra y horas trabajadas. Por lo general, se distingue entre el *subempleo visible* (SV), o por horas y el *subempleo invisible* (SI) o por ingresos. El subempleo visible se presenta cuando una persona trabaja involuntariamente menos de una jornada normal y se encuentra buscando o aceptaría un trabajo suplementario. El SV refleja, en términos generales, la insuficiencia cuantitativa de las oportunidades de empleo.

El subempleo invisible, por su parte, se presenta cuando la persona, a pesar de encontrarse laborando en la jornada normal, considera que sus niveles de ingresos son bajos comparados con su preparación profesional. El SI refleja una mala distribución de los recursos de fuerza de trabajo o un desequilibrio fundamental entre la fuerza de trabajo y los demás factores de producción (Mata, 2000).

A la base de esta definición de subempleo se encuentran dos elementos: la involuntariedad de carencia parcial de trabajo, por un lado y, por otro, la pobreza y la

distribución desigual de la riqueza entre los dueños de los factores de producción. Así, la población subempleada está constituida por todas las personas cuya ocupación es inadecuada cualitativa y cuantitativamente (Vivas, 2000; Suárez, 2000). Para el presente estudio se adopta esta definición colombiana de subempleo si bien se reconoce que la noción puede tener algunas variaciones de un país a otro, por ejemplo, en la fijación del criterio de insuficiencia de horas en el subempleo visible.

A junio de 1999, en las siete principales ciudades y sus áreas metropolitanas, el país tenía 1'380.961 personas desocupadas y 1'572.281 personas subempleadas. Con respecto al total de personas ocupadas, los subempleados constituían el 28.3% (*Subempleo y Bienestar Social*. DANE, Universidad Javeriana, 2000).

Sobre este dato, Suárez (2000) anota que el fenómeno del subempleo ha sido poco estudiado en Colombia e indica la conveniencia de hacer una revisión a fondo de sus aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos a fin de comprender adecuadamente su significado y las implicaciones que tiene para el país. La medición del subempleo se discutió en la XVI Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) en 1998. Parte de las modificaciones surgidas de esta conferencia fueron la sustitución de las expresiones: “subempleo visible” por “subempleo por insuficiencia de horas” y de “subempleo invisible” por “situaciones de empleo inadecuado” (Suárez, 2000).

La medición de subempleo utilizada por el DANE contempla que una persona es subempleada por insuficiencia de horas si trabaja menos de 48 horas semanales y quiere trabajar más horas. De otra parte, la persona subempleada por condiciones de trabajo inadecuado es aquella ocupada que trabaja 32 horas o más y quiere trabajar más o cambiar de trabajo porque enfrenta una o varias de las siguientes situaciones: (a) le sobra tiempo, (b) sus ingresos no son suficientes para atender sus gastos normales, (c) la ocupación que desempeña no está de acuerdo con su

profesión o entrenamiento, (d) no le gusta el trabajo actual, (e) es un trabajo temporal, o (f) tiene otros motivos (Henaó, 2000). La descomposición del subempleo en las categorías precedentes muestra que el grueso de éste es por condiciones de empleo inadecuado (95%), lo cual nos deja una fracción de 5% de subempleados por insuficiencia de horas.

Relaciones entre subempleo e informalidad

Con respecto a las relaciones entre subempleo e informalidad hay dos vertientes: para algunos autores la economía informal es de baja productividad y concentra el subempleo de la sociedad. Otros, en cambio, encuentran proporciones considerables de subempleo en el sector formal. El caso colombiano pertenece en definitiva al primer tipo. De hecho, para 1998 el sector informal tenía el 30% de sus trabajadores en condición de subempleo, y el formal el 21.4%. Para ese mismo año el 62,9% de los subempleados del país estaban en el sector informal, contra el 37,1% en el formal; una relación de 2 subempleados informales por cada subempleado formal (Rodríguez, 1999). Por otra parte, mientras la oferta de ocupación en el sector informal ha crecido poco en los últimos años, su proporción de subempleo ha aumentado, permitiendo concluir que el sector informal muestra una tendencia creciente en la oferta de puestos de trabajo poco productivos, con bajos ingresos, subutilización de competencias, temporales y de tiempo parcial (Rodríguez, 2000).

Las mismas cifras permiten ver en todo caso, como lo corrobora Henaó (2000), una mayor concentración del subempleo en la informalidad, toda vez que ésta reúne aproximadamente las dos terceras partes del subempleo del país. Esta misma autora realiza una caracterización del subempleo en las siete ciudades principales con sus áreas metropolitanas, la cual se presenta de manera sucinta en lo que sigue.

Para el conjunto de las siete ciudades principales y sus áreas metropolitanas, la tasa de subempleo alcanzó el 20.7% en marzo de 1999. En cuanto a la caracterización de la población subempleada, el comportamiento del subempleo por sexo indica que la tasa de subempleo de los hombres es levemente superior a la de las mujeres. Los hombres no sólo experimentan una tasa de subempleo más elevada que la de las mujeres, (23.5% versus 21.6% en junio de 1999), sino que aportan el 56.4% de los subempleados. Se trata principalmente de trabajadores adultos (los de más de 30 años representan el 60.8%) y con responsabilidades familiares: los jefes de hogar y los esposos o esposas representan el 63% del total (López, 2000). La composición de los subempleados por edad refleja un mayor impacto en el grupo de edad entre los 25 y los 49 años.

El subempleo por nivel educativo revela varios patrones interesantes. La mayor concentración del subempleo se da en los niveles de educación baja, dato contradictorio con la idea que normalmente se tiene de que el subempleo obedece a que la ocupación en que se desempeña la persona no está acorde con el nivel educativo que tiene, como en el manido ejemplo del taxista profesional. Los datos aportados por el DANE indican que las más altas tasas de subempleo las soportan las personas con educación primaria, tanto completa como incompleta, y educación secundaria incompleta. Empero, es importante destacar el fuerte aumento del subempleo entre las personas con educación secundaria completa y superior incompleta. Las primeras presentaban tasas de subempleo de 9.1% en 1995 y pasan a 18.5% en 1999, y las segundas presentaron un alza de la tasa de subempleo de 9.6% a 19.8%. Así mismo vale la pena resaltar las altas tasas de subempleo que en épocas de crisis presentan las personas con educación superior completa, las cuales alcanzaron el 15% en marzo de 1999.

Tomando en consideración la temporalidad del trabajo, el subempleo es básicamente sentido por la población que tiene empleos temporales. En efecto, para marzo de 1999 la tasa de subempleo de los ocupados temporales era de 53%. Al evaluar el subempleo según la rama de actividad económica, se observa una gran concentración en la construcción, donde el subempleo pasó de 18.6% en marzo de 1995 a 44.8% en marzo de 1999. Esto podría explicarse por la fuerte crisis del sector que llevó a que sus ocupados tuvieran trabajos esporádicos, con bajos ingresos. Otro sector en donde se registran altas tasas de subempleo es en el transporte con 27.6%, y el comercio con 25.8%. En los servicios, sector donde también es significativo el empleo informal, la tasa de subempleo aumentó situándose en 21.8% para 1999, 10 puntos por encima de lo declarado en 1995.

En la industria manufacturera la tasa de subempleo en 1999 fue el 19.9% de la población ocupada en el sector, cuando en 1995 era el 9.5%. Esto sugiere que la industria ha contratado a muchas personas de tiempo parcial, que se está generalizando el empleo temporal y que posiblemente las microempresas industriales, que tienen una alta flexibilidad salarial, han contratado personas con bajos salarios para tratar de sobrevivir en épocas de crisis.

Al considerar el subempleo por posición ocupacional, al igual que en el caso de los sectores, se confirma una fuerte transposición con la informalidad. En efecto, a marzo de 1999, el mayor porcentaje de subempleo se presenta entre los trabajadores por cuenta propia (34.7%) y los trabajadores familiares sin remuneración (27,6%). Sin embargo, también es bastante alto el porcentaje de personas subempleadas entre los obreros y empleados particulares, valor que alcanza el 24.5%. Estas cifras están muy de acuerdo con los altos índices de subempleo encontrados en comercio, servicios, e industria manufacturera.

Si bien los datos aportados por el DANE confirman una tendencia general de las economías en vías de desarrollo, el tema del subempleo no deja de ser uno de los problemas a solucionar en el desarrollo económico colombiano.

Recapitulando, el presente estudio, que se sitúa en el campo de las relaciones entre las condiciones del trabajo, el estrés y la salud en nuestro país, se desarrolla teniendo en cuenta que el trabajo en Colombia tiene factores socioeconómicos que definen un doble patrón de la fuerza de trabajo: de una parte, se comparten con las sociedades postindustrializadas algunos factores estructurales propios – globalización, informatización y cambios en los patrones laborales– y de otra, se mantienen los factores característicos de países en desarrollo –subempleo, informalidad, labores de autoconsumo y de supervivencia.

Ahora bien, la literatura ha documentado de modo específico y suficiente que dentro de los principales efectos nocivos a la salud resultantes de condiciones de trabajo estresantes, están las enfermedades cardiovasculares, y dentro de ellas las cardíacas. La síntesis de tales antecedentes teóricos y empíricos es el objeto de descripción del siguiente apartado.

Modelos Teóricos Sobre el Estrés Laboral

Es necesario primero enmarcar el fenómeno del estrés como un proceso de adaptación general antes de proceder a abordar su estudio en el marco del trabajo. Para esta labor la teoría transaccional es la perspectiva más influyente, gracias al examen que hace del relativo balance de fuerzas entre las demandas del ambiente y los recursos psicológicos de la persona para manejarlos.

El estrés implica una transacción entre el organismo y el ambiente en donde el primero debe movilizar una cantidad de recursos. Entre mayor sea la movilización

requerida, mayor es el costo para el individuo, y mayor es también la probabilidad de que los resultados sean inciertos. La movilización de los recursos ocurre porque las respuestas adecuadas previas ya no están disponibles para el organismo al hacer frente a las demandas.

La teoría transaccional desarrollada por Lazarus y Folkman (1984) plantea que el fenómeno del estrés es sustancialmente un *proceso de desbalance* entre las demandas –externas, internas o ambas– que impone el ambiente y las capacidades de respuesta de un organismo. Los autores definen el estrés psicológico en términos de una interacción particular entre el ambiente y la persona en la cual ella valora que sus recursos adaptativos para responder a las demandas resultan insuficientes.

En esta noción de estrés psicológico, el desbalance –más que el producto de una desigualdad objetiva entre unas exigencias y las capacidades de respuesta– es de carácter subjetivo en tanto resulta de la valoración o significado personal que el individuo construya en sus intercambios con el ambiente. El estrés requiere el juicio de la persona de que la transacción encierra peligro o amenaza, daño o pérdida, o desafío.

Otro tipo de valoración que hace el individuo en el proceso de estrés concierne a sus recursos adaptativos, es decir, a sus recursos de afrontamiento. Estos se definen como cualquier propiedad de la persona con capacidad potencial para cumplir con las demandas y prevenir los efectos negativos que tendrían lugar si fracasara la acción adecuada.

La intensidad y el tipo específico de la respuesta de estrés varía de una persona otra. El hecho de que sea el significado que la persona construye acerca de lo que está sucediendo el elemento esencial para elicitar las reacciones de estrés, fundamenta la adopción de un enfoque cognitivo-mediacional para el entendimiento

del fenómeno. Dicho de otro modo, el concepto de *valoración* representa la pieza central de la teoría transaccional del estrés (Lazarus, 1999).

La premisa conceptual y operativa del proceso de valoración plantea que las personas están evaluando de manera permanente la trascendencia de sus relaciones con el ambiente para su propio bienestar. Las personas moldean sus respectivas valoraciones de cada situación según tres variables: (a) sus propias metas y jerarquías; (b) sus creencias sobre sí mismo y el mundo; (c) sus recursos personales puestos en juego en sus transacciones con el ambiente (Lazarus, 1999). Enseguida se trata cada una de estas variables.

1. *Metas y jerarquía de metas.* Lazarus argumenta que los rasgos motivacionales son cruciales en el estrés y las emociones en general. Sin metas en juego no hay potencial para los procesos de estrés, en la medida en que éstos se establecen cuando las metas se truncan o se postergan. Cuando más de una meta resulta implicada en una transacción adaptativa y pueden entrar en conflicto entre sí, surge una dificultad y la persona tiene entonces la tarea de tomar una decisión respecto del orden de importancia de sus metas en relación con la situación particular. Esta circunstancia pone de manifiesto la importancia de la jerarquía de metas en el estrés: lo que la persona valora en mayor o menor grado, unido a las probabilidades y costos de lograr las metas en una transacción particular, determina no sólo la elección de las mismas ante la situación, sino también el resultado final y la emoción concomitante.
2. *Creencias respecto de sí mismo y del mundo.* Las creencias moldean las expectativas que la persona se forma respecto de qué va a suceder en una determinada transacción, las probabilidades de tener resultados positivos en el manejo de la situación y el costo de fracasar o tener éxito en el logro de la meta.

Este tipo de expectativas interviene permanentemente en el proceso de valoración.

3. *Recursos personales.* Las variables personales ejercen influencia en la capacidad de satisfacer necesidades, lograr metas y afrontar el estrés. Según expone Lazarus, los recursos personales incluyen una variedad de características de diverso tipo tales como inteligencia, dinero, habilidades sociales, nivel de educación, grupo familiar y social de apoyo, atractivo físico, salud, energía (Lazarus, 1999).

De acuerdo con Ursin y Olf (1993) desde el punto de vista biológico, la respuesta de estrés consiste en una repuesta de activación general. La activación puede ser definida como un proceso del sistema nervioso central que eleva su actividad de un nivel a otro superior y mantiene ese nivel.

La respuesta inmediata de estrés afecta la tasa de descarga de las neuronas simpáticas y la secreción hormonal de catecolaminas en la sangre. La respuesta simpática tiene varias concomitancias o consecuencias fisiológicas y psicológicas. Entre ellas están la aceleración del ritmo cardiaco, el incremento de la presión sanguínea y del ritmo de respiración, la dilatación de la pupila, una mayor transpiración y el empaldecimiento. Al tope de la respuesta se movilizan recursos fisiológicos. Esta parte de la respuesta es fácil de observar y monitorear. Puede ser experimentada como placentera o displacentera, dependiendo del contexto y las atribuciones que haga el individuo.

Los estadios posteriores de la respuesta se caracterizan por la liberación de hormonas de reacción más lenta como el cortisol. Esta “cola” de la reacción aguda puede funcionar como un mecanismo supresor para amortiguar la respuesta aguda y reestablecer el balance fisiológico.

La activación afecta también al sistema inmunológico. Tanto la catecolamina como el cortisol afectan varios parámetros inmunológicos. Sin embargo los hallazgos son frecuentemente contradictorios.

Las evidencias empíricas sugieren que las enfermedades relacionadas con el estrés, entre ellas el IAM, emergen predominantemente del hecho de que muy frecuentemente los individuos activan un sistema fisiológico que ha evolucionado para responder a emergencias físicas agudas, pero que en el caso del ser humano en particular se activa por periodos prolongados ante estresores de tipo psicosocial (Sapolsky, 1998).

Luego de revisar la perspectiva teórica transaccional del estrés dentro de las condiciones laborales y su efecto en la salud de las personas, se procede a identificar la formulación de algunos modelos explicativos del fenómeno. De éstos, se tratan a continuación los identificados como más relevantes para la labor de investigación.

Modelo Demanda-Control

Los antecedentes del modelo demanda-control se remiten a la década de los años 60 cuando en las investigaciones sobre las relaciones entre las condiciones laborales y la enfermedad cardiaca se empezó a explorar el efecto de las demandas y las horas laborales en la salud de los trabajadores (Theorell y Karasek, 1996).

Hacia la mitad de la década del 70, Karasek (1974, 1976) observó que los efectos del trabajo tanto en la salud como en la conducta de las personas parecían ser el resultado combinado, de una parte, de las demandas psicológicas y las características estructurales del trabajo; y de otra, de la posibilidad de tomar decisiones y utilizar habilidades. Este modelo teórico planteó originalmente dos

hipótesis a comprobar. La primera de ellas establecía que la *tensión laboral* – condición laboral de altas demandas psicológicas y bajo nivel en la toma de decisiones y utilización de habilidades– es predictora del incremento del riesgo de tensión psicológica y de enfermedad. La segunda hipótesis afirma que hay aprendizaje de nuevos patrones de conducta y habilidades en la experiencia psicosocial del trabajo. No obstante esta ha sido menos investigada que la de tensión laboral (Theorell y Karasek, 1996).

El modelo fue puesto a prueba por el propio Karasek (1976) en una muestra nacional representativa en Suecia, en la cual se obtuvieron resultados confirmatorios de las asociaciones entre la tensión laboral –resultado de la combinación descrita de altas demandas y bajo control– y síntomas de enfermedad cardíaca. Para ahondar en la comprensión y ampliación de estos hallazgos, Karasek buscó asociarse con Theorell, investigador sueco de amplia trayectoria en el campo de la epidemiología cardiovascular y del estrés ocupacional. La colaboración entre ellos fue decisiva para la comprobación de la hipótesis de “tensión laboral” en el modelo demanda–control, y posteriormente para la vinculación de esta hipótesis con hallazgos de enfermedad cardíaca (Karasek, Baker, Marver, Ahlbom y Theorell, 1981).

Cabe anotar que de manera simultánea al desarrollo que Karasek y Theorell daban al modelo, la epidemiología cardiovascular revisaba la idea precedente según la cual había una relación positiva entre clase social y enfermedad coronaria (Pell y D’Alonso, 1963).

El modelo demanda–control ha encontrado abundante evidencia epidemiológica de la asociación entre tensión laboral y morbimortalidad cardiovascular (Schnall y Landsbergis, 1994). Estos mismos autores reportan además que en términos generales los estudios epidemiológicos sobre tensión laboral y enfermedad coronaria muestran resultados bastante más consistentes que los de aquellos que examinan la

relación entre tensión laboral y factores biomédicos de riesgo de la enfermedad, como nivel de colesterol, consumo de tabaco y presión arterial.

Otro aporte empírico importante es que la condición laboral de alta demanda–baja latitud de decisión tiene mayor poder predictivo de riesgo de enfermedad cardiovascular en los trabajadores de niveles operarios que en los del nivel directivo (Haan, 1985; Johnson y Hall, 1988; Marmot y Theorell, 1988).

Expansiones del modelo

Diversos estudios dieron lugar a una importante expansión del modelo hacia el apoyo social, y a otros conceptos como clase social, género y horas laborales. En el modelo expandido hacia el apoyo social, el desarrollo teórico y empírico se dirigió a la realización de análisis factoriales y la construcción de escalas de medición de apoyo social, instrumental, emocional y de otros tipos presentes en el contexto laboral. En un estudio de prevalencia de morbilidad cardiovascular autorreportada se encontró que la dimensión apoyo social contribuía sustancialmente a la predicción de la condición cardiovascular (Jonson & Hall, 1988). La acción conjunta de altas demandas y poco control (latitud de decisión) fue de particular importancia para los operarios hombres, mientras que la acción conjunta de poco control y poco apoyo social fue más importante para mujeres y directivos hombres.

La interacción multiplicativa de estas tres dimensiones se examinó en un estudio prospectivo de 9 años realizado en Suecia, con una muestra de 7.000 trabajadores hombres. Los resultados señalaron que para el 20% de los hombres más favorecidos (bajas demandas, buen apoyo, buen nivel de latitud de decisión) la progresión de la mortalidad cardiovascular con el incremento de la edad era lenta, esta observación se corroboró en cada una de tres clases sociales examinadas. En trabajadores

operarios, sin embargo, la progresión de la enfermedad fue mucho más rápida en el grupo menos favorecido (altas demandas, pobre apoyo, bajo nivel de latitud de decisión) comparativamente con sus contrapartes de edad en el nivel directivo (Johnson, Hall y Theorell, 1989).

En relación con la clase social, se ha especulado que la relación entre factores laborales psicosociales y la morbilidad cardiovascular puede deberse a la ya bien establecida relación entre baja clase social y alto riesgo de desarrollar enfermedad coronaria. Por el contrario, también se puede argumentar que la relación entre clase social y enfermedad coronaria podría vincularse a la alta prevalencia de condiciones laborales psicosociales adversas en las clases sociales bajas.

Los esfuerzos para analizar empíricamente estos planteamientos han permitido verificar que parte de la varianza en riesgo cardiovascular entre clases sociales puede ser explicada por las condiciones psicosociales del trabajo (Marmot & Theorell, 1988). Cabe señalar que el énfasis que Karasek y Theorell colocan en la organización del trabajo tiene que ver con la convicción de que ella podría ser modificada mientras que la clase social no es cambiante en sí misma.

En relación con la jornada laboral, varios estudios dan soporte a la hipótesis de que existe una relación entre la exposición a un trabajo con horario cambiante y el riesgo de infarto del miocardio. Otros estudios han mostrado, de manera similar, aumento del riesgo de infarto del miocardio en ocupaciones que implican cambio de horario, comparadas con otras ocupaciones que no lo requieren (Ångst, Kerstedt, Alfredsson & Theorell, 1987).

Se ha especulado respecto de los posibles mecanismos subyacentes a tales relaciones considerando tanto los directos (catecolaminas) como los indirectos (por ejemplo, la dieta inadecuada durante el trabajo nocturno) (Lennernäs, 1993). Así mismo, se ha encontrado que el mejoramiento de los horarios en los trabajos de

horarios cambiantes puede asociarse a un mejoramiento en el perfil de riesgo cardiovascular (Orth-Gomér, 1983).

Por último, las jornadas laborales prolongadas también han sido objeto de análisis. En un estudio con hombres trabajadores de una empresa de teléfonos, se encontró que aquellas personas que trabajaban tiempo completo y también asistían a la universidad en la noche, tenían un riesgo de muerte cardiovascular aumentado en comparación con quienes no tenían jornadas tan largas (Hinkle, Whitney, Lehman, Dunn, Benjamin, King, Plakun y Flehinger, 1968).

En lo tocante al género, los hallazgos de Hall (1989, 1992) evidencian que en las mujeres más que en los hombres, la carga psicológica total derivada del contexto familiar parece interactuar en mayor grado con la situación laboral respecto de la aparición de síntomas. Este tipo de resultados hace concluir a Karasek y Theorell que en los estudios sobre el trabajo y la salud en mujeres, es necesaria la información acerca de la familia.

Consideran, por lo mismo, que tal requerimiento podría hacer más difícil la tarea de establecer la posible asociación entre enfermedad cardiovascular y tensión laboral en mujeres comparativamente con los hombres (Theorell, 1991). A este respecto cabe indicar que, en contraposición a esto hallazgos, en la muestra colombiana no se ha logrado comprobar esa diferencia de género. Por el contrario, los resultados indican que tanto para hombres como para mujeres es necesario hacer ajustes que les permita combinar la vida laboral con la familiar de manera que puedan responder a sus compromisos en ambos campos.

Estudios colombianos

Dos estudios desarrollados en Bogotá entre 1997 y 2002 sobre el efecto de los múltiples roles en la salud de hombres y mujeres⁴ arrojaron resultados inconsistentes con la hipótesis de tensión laboral de Karasek y Theorell,. Con respecto al ambiente psicosocial del trabajo, el examen de las condiciones descritas en el modelo de Karasek (1979) revela que en las muestras de ambos estudios los valores de cada uno de los factores que componen el ambiente laboral alcanzan niveles promedio en la mayor parte de los participantes. Esto sugiere que en general no hay una percepción de excesivas o escasas demandas, poco control, o apoyo social en los participantes. Es decir, las combinaciones de condiciones psicosociales de trabajo que han mostrado ser de riesgo para los trabajadores de otras latitudes se encontraron con muy poca frecuencia en ambas muestras en Colombia.

El respaldo empírico acerca del efecto de los aspectos psicosociales del trabajo en la salud cardiovascular no fue corroborado por los datos de los estudios realizados según se expone a continuación. Los principales indicadores de salud cardiovascular –concentración de colesterol en la sangre, LDL, HDL, tensión arterial sistólica y diastólica– indican que en las mujeres, con excepción de los bajos niveles de HDL (media = 35.2, nivel de riesgo >45), no se presentaron riesgos mayores. En este mismo grupo, la relación HDL y LDL se presentó dentro de los niveles deseables (media = 3.5, nivel de riesgo = 4 ó más).

⁴ En ambos estudios se entendió por múltiples roles el desempeño tanto de los roles familiares como del rol laboral. Es decir, la persona debía asumir al menos dos de los siguientes roles: laboral, de pareja o parental.

En el primer estudio "Riesgos de Salud en Mujeres con Múltiples Roles" (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000; Gómez 2001), participaron 340 mujeres pertenecientes a cuatro grupos ocupacionales distintos, operarias, enfermeras, secretarías y ejecutivas.

En el segundo estudio, "Riesgos de Salud y su Relación con los Múltiples roles en los Hombres" (Gómez, 2002), la muestra estuvo conformada por 279 hombres pertenecientes a cuatro grupos ocupacionales equivalentes a los examinados en el estudio de las mujeres: operarios, asistentes administrativos, médicos y ejecutivos.

“Los mayores riesgos cardiovasculares –sin que estos sean excesivamente altos– se detectaron en las enfermeras y las operarias, grupos en los cuales hay condiciones ambientales y psicosociales de trabajo menos favorables que en los otros dos grupos ocupacionales. En el grupo de las enfermeras auxiliares en particular, el mayor riesgo cardiovascular se encontró asociado a las altas demandas que el trabajo les impone de manera independiente del alto apoyo social observado” (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000).

En los hombres, los valores obtenidos en los mismos indicadores también cayeron generalmente dentro de los rangos normales, excepción hecha del 39.7% de aquellos que presentaron niveles de triglicéridos elevados. Los resultados obtenidos en este grupo a partir de un segundo indicador de riesgo construido por Wilson, D’Agostino, Levy & Belanger (1998)⁵ permiten afirmar que la mayoría de los hombres del estudio no tenían riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares; alrededor del 15% de los participantes tendría un riesgo moderado y entre el 3% y el 5% tendría un riesgo mayor.

En relación con los análisis comparativos por grupos ocupacionales, los datos mostraron que los ejecutivos fueron los que presentaron la mayor concentración de colesterol difiriendo en esto significativamente de los operarios. El mayor nivel de HDL fue el de los ejecutivos y los médicos, en lo que hubo una diferencia significativa con los asistentes, quienes presentaron el nivel más bajo. El mayor riesgo cardiovascular se presentó en esos dos grupos en los que se asumen altas demandas pero también detentan un alto control sobre las condiciones inherentes a su labor cotidiana, si bien no de los factores socioeconómicos que afectan sus

⁵ LDL, presión arterial sistólica y diastólica, diabetes y tabaquismo.

trabajos. En otros términos, los riesgos se presentaron pero las combinaciones que predice el modelo de Karasek para su aparición, no se confirmaron.

En suma, con respecto al ambiente psicosocial del trabajo, el examen de estas condiciones según el modelo de Karasek (1979), revela que en la muestra colombiana no se confirma la hipótesis de tensión laboral. De otro lado, el respaldo empírico acerca del efecto de los aspectos psicosociales en la salud cardiovascular fue corroborado tan solo parcialmente por los datos.

Para concluir, cabe mencionar que el modelo demanda-control-apoyo social, sin perder el reconocimiento de constituir un pilar en el campo del estrés ocupacional, ha suscitado múltiples inquietudes e interrogantes como dejan ver los siguientes comentarios de Siegrist y Kasl.

Siegrist (1996) evalúa en particular la dimensión de control. Plantea que no siempre es claro qué significa el "control" en este modelo. Cita a Parkes (1989) quien, por ejemplo, menciona la posibilidad de tres diferentes concepciones de control en el medio laboral: (a) como una característica objetiva de la situación laboral que refleja el grado en el cual el diseño del trabajo propicia oportunidades de control; (b) como una evaluación subjetiva que refleja el juicio de la persona respecto del grado de control posible en su situación de trabajo; (c) como una creencia generalizada de parte de un individuo acerca del grado al que los resultados importantes son controlables.

Más aun, señala Siegrist (1996), ciertos aspectos de la dimensión de control tienden a ser insuficientemente considerados en la investigación al restringir explícitamente esta noción a las características objetivas de la tarea, en términos de autoridad en la decisión y utilización de habilidades. Así, por ejemplo, ciertas variaciones del nivel de activación fisiológica que se mantienen sin explicación pueden deberse a modos personales de afrontamiento. Tales modos de

afrontamiento incluyen formas de cambiar el propio nivel de aspiración, de modificar el grado de compromiso con el trabajo, de reducir la cantidad de esfuerzo invertido y el distanciarse de la labor al nivel cognitivo o emocional.

Por su parte, Kasl (1996) ilustra este punto citando diversas investigaciones en las que se encontró que los niveles elevados de tensión estaban restringidos a aquellos individuos con altos niveles de compromiso o a quienes fracasaban en realizar sus aspiraciones. A su vez, en un número de estudios revisados por Parkes (1989) y Cooper y Payne (1988), se sustenta el papel que cumplen las diferencias individuales en la percepción y la búsqueda del control. Estos hallazgos plantean la relevancia de una precisión conceptual en la definición de la relación control–condiciones laborales limitantes y el efecto de las diferencias individuales en esa relación.

Al respecto Siegrist y Matschinger (1989) desarrollaron el concepto de “necesidad de control” como un patrón de afrontamiento distintivo ante las demandas del trabajo. Este concepto especifica aquellos componentes cognitivos, emocionales y motivacionales dentro del concepto global de conducta tipo A, que se presume son los desencadenantes de la activación en situaciones demandantes. Los autores explican que las personas que puntúan alto en mediciones de necesidad de control tienden a juzgar erróneamente los estímulos demandantes –los sobreestiman o los subestiman–. Parece ser que ambos tipos de juicio eliciten esfuerzos excesivos y la búsqueda de situaciones en las que se pueda obtener aprobación, éxito y dominancia. De este modo, los altos niveles de necesidad de control en el largo plazo pueden precipitar estados de agotamiento y colapso fisiológico (Appels y Mulder, 1989).

En opinión de Siegrist, teniendo presente los méritos del modelo demanda–control–apoyo social, hay preguntas relevantes que aún aguardan respuestas:

¿cómo la exposición a un trabajo con alta demanda y bajo control elicitaba una experiencia crónica de estrés? El autor opina que pese a sus indiscutibles méritos, el modelo de Karasek y Theorell deja a los investigadores con interrogantes sobre la cronicidad de la experiencia estresante, el significado de control y el rol de las características de afrontamiento individuales.

En virtud de una larga trayectoria en la investigación del estrés psicosocial crónico en el trabajo, Siegrist desarrolla teóricamente y pone a prueba el modelo de estrés laboral de desbalance–esfuerzo–recompensa que se presenta a continuación.

Modelo de Desbalance Esfuerzo-Recompensa

En este modelo Siegrist (1996) cambia el foco de análisis del control a la recompensa. El autor argumenta que el rol laboral en la vida adulta crea un vínculo crucial entre ciertas funciones autorregulatorias tales como la autoestima y la autoeficacia de una parte, y la estructura de oportunidades presentes en la sociedad de otra parte. En particular, la viabilidad de un estatus ocupacional se asocia con opciones recurrentes de contribuir socialmente y lograr realizaciones, de ser recompensado y estimado, y de pertenecer a algunos grupos significativos (i.e. de colegas).

No obstante, estos potenciales efectos benéficos del rol laboral en la autorregulación emocional y motivacional, son contingentes con un prerrequisito básico de intercambio en la vida social, cual es la reciprocidad. El esfuerzo que las personas invierten en el trabajo es parte de un proceso de transacción organizado socialmente en el cual la sociedad, como un todo, participa otorgando recompensas.

Las recompensas sociales son distribuidas a la población trabajadora mediante tres sistemas transmisores: (a) el dinero, (b) el reconocimiento y (c) el control del

las que se presentan bajas recompensas y poca seguridad en la vida laboral: cambio forzado de trabajo, desplazamiento a posiciones laborales inferiores, falta de promoción o inconsistencia laboral por ejercicio de trabajos no congruentes con el nivel educacional.

Si estas condiciones de bajo control del status laboral se combinan con un alto esfuerzo, se pierde la reciprocidad social básica de costos y ganancias. Es decir, el desempeñarse en un trabajo demandante pero inestable, en el que las probabilidades de promoción son pocas, implica desenvolverse en un contexto laboral particularmente estresante.

En opinión del autor, fenómenos emergentes propios de la economía globalizada como las carreras laborales fragmentadas, la inestabilidad laboral y la movilidad laboral forzada –fenómenos por demás propios de sociedades industrializadas que es donde tiene origen su modelo teórico y su investigación– validan el énfasis que se coloca en la noción de control del estatus laboral.

Se había mencionado anteriormente que la gratificación laboral incluye, además del control del status, otras dos dimensiones: la remuneración y el reconocimiento social. Estas dos recompensas tienen el potencial de inducir experiencias de malestar si son insuficientes y si además se combinan con un alto esfuerzo. En tales circunstancias, la condición de alto costo/baja ganancia probablemente genera experiencias de percepción de amenaza, rabia, depresión o desmoralización, lo que a su vez puede conducir a un estado de activación autonómica prolongada, es decir, a un proceso de estrés.

Siegrist desarrolla otra noción en su modelo de desbalance esfuerzo–recompensa. Es la noción de las fuentes de alto esfuerzo en el trabajo: (a) una fuente es de carácter extrínseco y se determina por el conjunto de las demandas que impone el trabajo. (b) Otra fuente es de naturaleza intrínseca y la define el conjunto

de motivaciones del trabajador individual en una situación demandante. En esta última fuente de esfuerzo se introduce el concepto de necesidad de control, en términos de un patrón personal de afrontamiento ante el estrés, lo cual implica que la parte del modelo correspondiente a un “alto costo” amerita ser indagada en sus componentes extrínsecos e intrínsecos.

La combinación de estos dos componentes brinda una estimación más precisa de la proporción total de tensión atribuible a la experiencia laboral comparativamente con la que se obtiene de la restricción a uno solo de ellos (situacional o personal). De manera adicional, ofrece la oportunidad de evaluar la importancia relativa de cada componente en la salud del trabajador.

Un último aspecto de la descripción del modelo es el concerniente a las vías de procesamiento de la información negativa en condiciones laborales de alto costo/baja ganancia. En este punto, Siegrist (1996) hace referencia a una creciente evidencia de ciertas vías de procesamiento de información afectiva, directas y rápidas, que obvian las estructuras neocorticales y límbicas y, de ese modo, dejan por fuera de la conciencia este tipo de información. En este orden de ideas, Siegrist argumenta que la emoción negativa asociada a experiencias laborales de desbalance esfuerzo/recompensa no necesariamente se vincula a una valoración conciente de la situación, especialmente si se trata de una circunstancia crónica recurrente. El asumir este último planteamiento pone de presente la disyuntiva de evaluar mediante medidas de autorreporte, aquellos aspectos subyacentes de la información afectiva negativa relacionada con el trabajo. No obstante, el autor propone una solución metodológica como se expone a continuación.

Desde el punto de vista metodológico, el modelo se evalúa con base en tres fuentes de información: (a) información contextual derivada de fuentes independientes tales como datos administrativos, (b) información descriptiva del

trabajo obtenida de las personas trabajadoras, y (c) información evaluativa, atinente a la valoración subjetiva que la persona hace de su experiencia laboral. El argumento teórico del modelo requiere examinar la combinación de la información contextual y descriptiva de una parte, y de la información evaluativa de otra parte. Respecto de la tesis de la información afectiva, Siegrist propone construir una razón de dos puntajes, un puntaje de medida del esfuerzo extrínseco y otro correspondiente de la recompensa laboral. Esta razón puede representar, en términos cuantitativos, una medida vicaria de la ausencia de reciprocidad recurrente entre los costos y las ganancias en el trabajo.

La descripción previa del modelo de desbalance esfuerzo-recompensa admite resaltar un postulado básico del mismo, cual es la *cronicidad* de la experiencia del estrés laboral conducente a riesgo o enfermedad cardiovascular. Concretamente, en el largo plazo, la activación autonómica recurrente asociada a la experiencia de desbalance esfuerzo-recompensa en el trabajo, excede la capacidad funcional de los sistemas cardiovascular y hormonal involucrados en ese tipo de reacción y termina por comprometerlos.

Basándose en las anteriores nociones, Siegrist (1996) considera que el modelo de desbalance—esfuerzo—recompensa aplica con suficiencia a un amplio rango de condiciones ocupacionales y a diversos grupos laborales, en especial a aquellos que se encuentran expuestos a un desempleo estructural, a un cambio socioeconómico rápido, y en alguna medida, en aquellos grupos involucrados en desarrollos de carrera altamente competitivos.

De acuerdo con Siegrist (2002), las predicciones derivadas del modelo de desbalance esfuerzo-recompensa son las siguientes:

(a). Los componentes de esfuerzo y demanda pueden contribuir cada uno en la reducción de la salud y el bienestar, pero el desbalance entre alto esfuerzo y poca

recompensa (ausencia de reciprocidad) produce efectos nocivos en la salud y el bienestar por encima de todos los componentes individuales. Es el desajuste entre el alto costo y la baja ganancia lo que tiene más importancia (componente estructural del modelo).

(b). Un alto nivel de compromiso personal (compromiso excesivo) actúa como un gatillador intrínseco del intercambio no recíproco en el rol laboral (la persona responde a las demandas de su trabajo con expectativas y motivaciones más altas de lo usual, asumen más responsabilidades; componente personal del modelo).

(c). Si los componentes estructurales y personales actúan de manera concertada, se espera que ocurran los mayores impactos para la salud y el bienestar.

En relación con los efectos adversos en la salud derivados de la experiencia de estrés crónico por alto esfuerzo y baja recompensa, Siegrist y sus colaboradores aportan evidencia empírica del poder explicativo del modelo. Lo hacen a partir de dos estudios de epidemiología psicosocial y psicofisiológica en hombres adultos, en los cuales el foco de interés fue la salud cardiovascular, como se presenta enseguida.

El primero de ellos se llevó a cabo utilizando un diseño longitudinal de 6.5 años en una muestra de 416 operarios (edad 25-55, $M = 40.8$, $D.E. = 9.7$). Los datos médicos y psicosociales se obtuvieron al comienzo del estudio y durante tres ocasiones más durante el periodo de seguimiento. Se utilizó una línea de base de medidas psicosociales para explicar la prevalencia y cambio en el tiempo de los principales factores de riesgo coronario, y para predecir nuevos eventos clínicos (Siegrist, Peter, Junge, Cremer, Seidel 1990; Siegrist, Peter, Motz, Strauer, 1992).

El segundo estudio consistió en un análisis transversal de asociaciones entre indicadores de desbalance–esfuerzo–recompensa en el trabajo de una parte, e indicadores importantes de riesgo coronario como hipertensión arterial, fibrinógeno

elevado, lípidos aterogénicos elevados y consumo de tabaco, de la otra. La muestra fue de 179 hombres de la gerencia media (edad 40-55; M = 48.5, D. E. = 4.5) (Peter, Siegrist, Stork, Mann, Labrot, 1991). La información epidemiológica y clínica se combinó con información psicofisiológica derivada de una prueba estandarizada de estrés (Klein, 1990, 1995).

A juicio de Siegrist, estos dos estudios evalúan completamente todas las nociones relevantes del modelo teórico y concluye, en primer lugar, que éste ha mostrado su capacidad para predecir estadísticamente la incidencia de eventos cardiovasculares. Señala que en estudios epidemiológicos prospectivos es posible predecir la incidencia de eventos clínicos como el IAM y la muerte súbita cardiaca (MSC). En segundo término, en el contexto de la investigación de los factores de riesgo cardiovasculares, quedan demostradas las asociaciones estadísticas entre estos riesgos y los componentes del modelo desbalance–esfuerzo-recompensa.

Valoración de las Perspectivas Teóricas y Metodológicas de los Modelos

Los dos modelos, demanda–control–apoyo social y desbalance–esfuerzo–recompensa, resumen los principales desarrollos en la confluencia de la medicina ocupacional y la psicología de la salud ocupacional. Los trabajos de Karasek y Theorell, y de Siegrist ,respectivamente, aportan una base teórica y empírica bastante sólida para la realización de las futuras investigaciones. En ambos casos los estudios se realizan inicialmente en el marco de la epidemiología social y se diseminan luego a estudios más focalizados.

Otro elemento común es la procedencia europea de gran parte de los hallazgos de investigación. Kasl (1996) anota que esta circunstancia resulta comprensible si se tiene en cuenta el liderazgo de los países europeos en los estudios sobre resultados

en salud cardiovascular, y en particular la tradición de países como Escandinavia en el estudio del ambiente laboral y los efectos que produce en la salud, y de Gran Bretaña sobre el contexto y las tendencias socioeconómicas como elementos que moldean del trabajo (Marmot, Rose, Shipley & Hamilton, 1978; Marmot & Theorell, 1988; Pocock, Shaper, Cook, Phillips & Walker, 1987).

Podría afirmarse que los planteamientos teóricos de los dos modelos se complementan. Kasl (1996) anota al respecto que en este campo de investigación el éxito de un enfoque particular muy rara vez significa que otros enfoques puedan ser descontados, ya que las distintas formulaciones muy infrecuentemente entran en competitividad directa como para que el éxito de las unas implique el fracaso de las otras. Por el contrario, las diversas formulaciones pueden ser integradas para que unas aporten a las otras un contexto más amplio, o permitan la identificación de procesos mediadores y el reconocimiento de nuevas variables con poder explicatorio adicional.

De otro lado, también son claras las diferencias entre estos dos modelos, los aportes diferenciales y los cuestionamientos particulares que generan, como se expone a continuación.

El modelo demanda-control-apoyo social permite establecer desde el punto de vista empírico una clara relación entre condiciones laborales adversas (particularmente baja latitud de decisión) y enfermedad coronaria. Las evidencias aportadas colocan a la medicina ocupacional de cara a la necesidad de tomar en cuenta de manera seria el tema del ambiente psicosocial. Sin embargo, como se ilustra enseguida, son varios los interrogantes que emergen de la revisión conceptual y de los hallazgos a lo largo de la gran cantidad de estudios que este modelo ha dado lugar.

La formulación original del modelo demanda–control–apoyo social enfatizaba la idea de que el riesgo para la salud no correspondía a un agregado de factores psicosociales sino a la interacción de dos tipos de características laborales. No obstante, anota Kasl (1996), la naturaleza aditiva o multiplicativa de la interacción entre la latitud de decisión y las demandas aún no es definida, así como tampoco lo es el soporte empírico para una u otra opción. En consecuencia, para la labor investigativa resulta de mayor pertinencia el explorar variaciones del modelo más que continuar confirmándolo, cómo ha sido la tendencia hasta el momento.

En este orden de ideas, los mismos autores admiten que es difícil para ellos ser precisos acerca de cuáles aspectos de las demandas psicológicas o de la latitud de decisión son más importantes, y para qué categorías de trabajadores. A su juicio, las respuestas a estas preguntas requieren una explicación más profunda de los efectos de las demandas psicológicas, la latitud de decisión y el apoyo social. Probablemente esta mayor clarificación requiere una comprensión más precisa de los mecanismos fisiológicos por los cuales los factores laborales específicos tienen sus efectos. (Kasl, 1996)

Desde el punto de vista conceptual se han señalado algunas imprecisiones acerca de los conceptos fundamentales del modelo de tensión laboral (Kasl, 1996). La noción de control, por ejemplo, suscita de manera apreciable el análisis crítico de los investigadores; recuérdense los comentarios de Siegrist a este respecto. Las preguntas que se formulan son: ¿control y latitud de decisión son sinónimos? ¿Por qué razón la monotonía en el trabajo representa un bajo control? (Kasl, 1996).

De igual modo, se argumenta que si bien Karasek y Theorell reconocen que los rasgos individuales pueden dar lugar a descripciones distorsionadas del trabajo, y por ende, a posibles riesgos de enfermedades, el tema de las percepciones subjetivas fue muy poco desarrollado.

Visto como de enfoque más macrosocial, que incluye la incidencia de aspectos extralaborales en el desempeño de un trabajo cualquiera, el modelo de desbalance–esfuerzo–recompensa de Siegrist emerge como alternativa teórica y empírica en el estudio del estrés crónico en el trabajo. A partir de sus posibilidades de integrar información del orden biológico, psicológico y social, este modelo ofrece opciones pertinentes para una comprensión integral de las relaciones trabajo–salud.

Cabe señalar, no obstante, el surgimiento de nuevos planteamientos e interrogantes susceptibles de ser retomados en la futura investigación apoyada en este modelo. El primero de ellos tiene que ver con la pertinencia de especificar las relaciones entre las tres variables: el esfuerzo extrínseco, el esfuerzo intrínseco y la recompensa. Un segundo aspecto toca la conveniencia de ampliar la evidencia empírica del modelo, para explorar su poder explicativo en grupos de mujeres o de ambos sexos, en el sector servicios y otros, en diferentes estratos socioeconómicos y diferentes culturas.

Para sintetizar en unas pocas palabras, podría afirmarse que al valorar los dos modelos arriba descritos desde el punto de vista de la perspectiva transaccional del estrés, el modelo demanda–control–apoyo social aporta esencialmente la comprensión de la dimensión situacional del fenómeno, y el modelo de desbalance esfuerzo–recompensa incorpora la dimensión subjetiva en términos del esfuerzo intrínseco o sobreinvolucramiento con el trabajo de parte del trabajador.

No obstante, la complejidad que entraña el estudio del estrés laboral obliga a considerar el papel que juegan algunos otros factores decisivos de índole extralaboral en su ocurrencia, así como el impacto final que producen en la salud de los trabajadores. Para tal propósito, reviste particular interés para la realización del presente estudio la consideración del paradigma de estrés laboral desarrollado por el NIOSH, principal agencia gubernamental norteamericana designada para la

investigación y el control de los riesgos ocupacionales, bajo la política estatal de asegurar a los hombres y mujeres de Estados Unidos unas condiciones laborales seguras y saludables. Describir la manera como se formula la relación entre las condiciones laborales y las consecuencias para la salud, en el marco del paradigma del NIOSH es tarea de la siguiente sección.

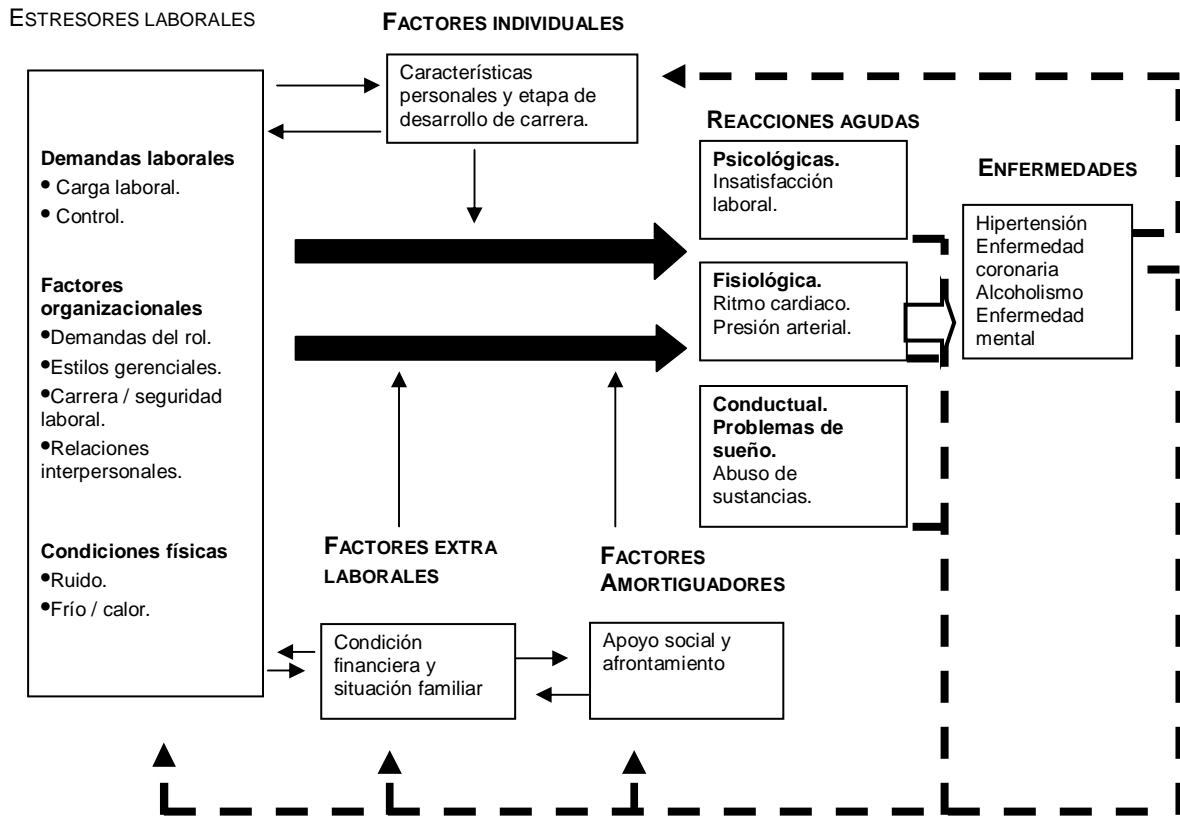
Modelo de Estrés Laboral y Salud de NIOSH

En este modelo (véase la Figura 2), el estrés en el trabajo es concebido como una situación en la cual algunas condiciones laborales (llamadas estresores) o alguna combinación de éstas, entran en interacción con ciertas condiciones del trabajador y se produce una perturbación aguda en *la homeostasis* psicológica. Si tales perturbaciones o reacciones se prolongan, se considera que dan lugar a una variedad de enfermedades, entre ellas hipertensión arterial (HTA), enfermedad coronaria, alcoholismo y alteraciones mentales como las más frecuentemente estudiadas (Hurrell, 1987)

Como se muestra en la figura 2, en general las condiciones o estresores se organizan en tres grandes categorías: demandas laborales (i.e. jornadas prolongadas, horarios laborales rotativos, insuficiente control sobre los procesos laborales), factores organizacionales (i.e. ambigüedad del rol, conflicto del rol, pocas oportunidades de promoción, inseguridad laboral, dificultades en las relaciones laborales) y, condiciones físicas (i.e., deficiencias en el diseño ergonómico).

Figura 1. Modelo de Estrés Laboral y Salud de NIOSH.

MODELO DE ESTRÉS LABORAL Y SALUD



De otra parte, se había aludido a la inclusión en el modelo de ciertas características personales y situacionales que parecen marcar diferencias en la forma como las personas, expuestas a similares condiciones laborales, perciben o reaccionan a la situación. En otras palabras, el modelo incorpora algunos factores moderadores de la relación entre los estresores laborales y las reacciones, y enfermedades asociadas a éstos. Los moderadores corresponden a los factores individuales (i.e. estilos de personalidad tipo A, estilo de personalidad resistente, experiencia laboral, vulnerabilidad a las demandas mentales y físicas por envejecimiento), factores no laborales (i.e. estresores interpersonales, maritales, económicos y de crianza de los hijos) y factores amortiguadores (i.e., apoyo social y

estilos de afrontamiento). El modelo de estrés laboral y salud de NIOSH, al incorporar formalmente en sus componentes las variables de carácter moderador, bien puede adoptarse como un marco de referencia complementario para el examen de las variables potencialmente moderadoras de interés en el presente estudio.

En este mismo orden de ideas, un último punto remite a la mayor indagación acerca de posibles efectos acumulativos ocasionados por algunos factores relacionados y no relacionados directamente con el trabajo. Uno de ellos es la centralidad que para la persona tiene el trabajo – es razonable pensar que la centralidad corresponde al proceso de valoración descrito por Lazarus en tanto se acepta que ésta puede marcar la diferencia entre entrar o no en un proceso de estrés laboral–. Otro factor es el que tiene que ver con las influencias tanto positivas como negativas entre el trabajo y la familia. En lo que sigue se presentan cada una de estas variables.

Centralidad de los roles vitales

La presente investigación se plantea bajo el presupuesto de que los valores y el significado que las personas construyen son aspectos centrales de su experiencia en las transacciones con el ambiente y, por ende, de los procesos de estrés. Recuérdese que el conjunto de metas, creencias y recursos personales constituye la fuente más importante de diferencias individuales en la ocurrencia del fenómeno. Expresado en otros términos, el sello distintivo en los procesos de estrés es la mediación cognitiva por la vía de los procesos de valoración, como se ilustró previamente en la perspectiva transaccional del estrés de Lazarus.

¿Qué implicación tiene entonces para el estudio del estrés laboral la adopción del enfoque de mediación cognitiva? Hasta el momento, la investigación ha

privilegiado las variables de la situación sobre las propias del individuo; el abordar estas últimas favorece un entendimiento más relacional del fenómeno del estrés en el trabajo.

La gama de variables individuales desborda las posibilidades de indagación de la presente investigación y conduce a tomar la decisión sobre cuáles elegir. De acuerdo con la literatura revisada (Schwartz, 1994), la noción de valores de los roles vitales y dentro de ella el concepto de centralidad del rol, resulta de particular interés para el presente estudio, puesto que los valores que una persona otorgue a sus varios roles en la vida pueden tener implicaciones para la experiencia de malestar o conflicto. En los siguientes párrafos se examinan en detalle estos conceptos.

Los valores se han definido como metas transituacionales deseables, de importancia variable y que funcionan como principios rectores (Schwartz, 1994). Los valores de los roles vitales, por su parte, constituyen el sistema de valores que un individuo detenta respecto del trabajo y la familia basado en lo que ese individuo cree que es importante, central o prioritario en su vida. La incorporación de los valores en el estudio del estrés laboral reviste importancia si se tiene en cuenta que los valores respecto de los roles vitales juegan un papel central en la forma como se organiza el significado personal y la conducta de los trabajadores. En particular, se ha reportado que las diferencias en la forma como las personas experimentan el conflicto familia-trabajo se basa en el sistema de valores que detentan. En otras palabras, se ha encontrado que cumplen una función moderadora de tal conflicto (Carlson y Kaermer, 2000).

Estos mismos autores señalan que en la incorporación de los valores en el estudio de la relación trabajo-familia se ha recurrido a tres diferentes conceptos: centralidad, prioridad e importancia. Para efectos del presente estudio, entre ellas se escoge la perspectiva de centralidad por su utilización en investigaciones previas

para explorar el significado del trabajo. La centralidad se refiere qué tan central es el rol laboral en comparación con otros roles vitales. Los resultados indican que hay diferencias significativas entre grupos ocupacionales o sociales en relación con su creencia de que el trabajo es una parte central de su vida (England y Harpaz, 1983). La diferente centralidad asignada al rol laboral o familiar puede ser útil para explicar diferencias en la experiencia del conflicto trabajo–familia. La centralidad de un rol para un individuo puede causar impacto en las elecciones y decisiones que toma⁶.

En una muestra de 314 empleados estatales, Carlson y Kaermer (2000) realizaron comparaciones entre quienes valoraban altamente el trabajo y quienes valoraban altamente la familia con el propósito de determinar si los valores de los roles vitales de las personas marcaban diferencias en la forma como el conflicto familia–trabajo se experimentaba (valores medidos por la centralidad, la prioridad y la importancia). Los principales resultados del estudio revelaron que efectivamente la magnitud y los resultados del conflicto diferían en función de la centralidad del trabajo y la importancia del rol laboral. Por el contrario, no se encontraron diferencias en el conflicto familia–trabajo cuando los valores se expresaban en términos de prioridad del rol o centralidad de la familia. A partir de estos hallazgos, los autores concluyen que la introducción de valores en el estudio del conflicto trabajo–familia prueba ser útil.

⁶ A manera de ilustración, las otras perspectivas mencionadas se definen en los siguientes términos: Prioridad: la forma como una persona da prioridad a sus roles vitales da cuenta de su identidad subyacente. Los roles con los cuales se identifica una persona se ven reflejados en la prioridades que esa persona fija en su vida. Esta rama de investigación se fundamenta en la teoría de la identidad social, considerando el involucramiento que un individuo otorga a un rol específico en el conflicto trabajo familia. Importancia: esta perspectiva considera cada rol individualmente y la expresión del valor del rol se manifiesta en la importancia que la persona da u un rol determinado. Esta idea se ha estudiado en el campo del conflicto familia trabajo como saliencia del rol.

Relaciones Trabajo–Familia

En concordancia con las transiciones sociales actuales, cada vez más hombres y mujeres buscan un mayor equilibrio de desempeño entre sus asuntos laborales y familiares, afianzando el rompimiento con la división tradicional de género en las esferas laborales y familiares (Barnett, 1996). Reflejo de la afirmación precedente es, probablemente, el hecho de que durante el transcurso de las dos últimas décadas los investigadores han venido reconociendo el hecho de que los distintos dominios en la vida de un individuo interactúan entre sí y deben ser estudiados de manera integrada y dentro de un marco común (Kanter, 1977; Korman y Korman, 1980).

Piotrkowski (1999), al delinear el estado actual de la investigación en este campo, indica que la producción de investigaciones sobre las relaciones entre el trabajo y la familia desarrollada en los últimos veinte años deja apreciar de forma clara algunos aspectos. En primer lugar, ha quedado atrás la concepción de un trabajador desligado de la vida de familia; por el contrario, existe un creciente consenso en torno a que mujeres y hombres atiendan por igual sus compromisos laborales y familiares. En segundo término, al menos en la experiencia norteamericana, los trabajadores reportan que el trabajo interfiere con su vida familiar más de lo que ésta afecta al trabajo. La abundante investigación encaminada a indagar los mecanismos a través de los cuáles las condiciones laborales afectan a la familia, da cuenta de tal situación. Como tercer aspecto, Piotrkowski llama la atención sobre el hecho de que pese a la proliferación de estudios, el conocimiento en este campo aún es rudimentario, en esencia porque la comprensión de la relaciones trabajo–familia convoca diversas disciplinas y especializaciones dentro de ellas –por ejemplo la psicología, la sociología y el trabajo social– que producen un conocimiento aún fragmentado y un lenguaje inconsistente. Por último, señala la

relevancia de destinar esfuerzos a la superación de las limitaciones metodológicas creadas principalmente por la recolección de información centrada en el trabajador que excluye a otros miembros de familia.

Las directrices que esta autora demarca para la futura investigación incluyen los siguientes puntos: (a) desarrollo de teorías interdisciplinarias que integren modelos de familias, condiciones laborales y sistemas sociales complejos; (b) inclusión en los modelos de las variaciones culturales en los valores y formas de afrontamiento familiares; (c) construcción, sobre el conocimiento existente en la psicología de la salud ocupacional, de estudios sobre familia y desarrollo infantil; (d) fortalecimiento de las metodologías que utilizan diseños longitudinales, experimentos naturales y que recolectan información de más de un miembro de familia; y (e) dirección de los esfuerzos de investigación a grupos poco atendidos como desempleados, minorías étnicas y madres solteras en condiciones de pobreza.

A juicio de Grzywac y Marks (2000) la relación trabajo–familia es un fenómeno realmente incomprendido pese a la abundante literatura multidisciplinaria. El predominio de un limitado conjunto de perspectivas teóricas y metodológicas constituye la fuente de las siguientes consecuencias identificadas por estos autores: la falta de un marco teórico integrador y el enfoque casi exclusivo en el conflicto entre el trabajo y la familia.

Una de tales perspectivas es la de tensión del rol en los nexos trabajo–familia, que plantea una variedad de consecuencias negativas resultantes tanto en el ámbito laboral como en el familiar. Otras fuentes de evidencia apoyan la perspectiva de mejoramiento del rol consistente en que las personas se benefician de participar simultáneamente en varios roles con lo cual obtienen fuentes de crecimiento y de mejor funcionamiento en los distintos dominios de la vida.

Grzywac y Marks (2000) consideran que ambas perspectivas, la de tensión del rol y la de mejoramiento del rol, han aportado información significativa acerca de la relación familia–trabajo. Sin embargo, su separación de los dominios de la vida de las personas no ayudan mucho a la comprensión y explicación de la compleja conexión entre el trabajo y la familia.

En contraste con tales teorías y con una perspectiva sistémica, estos autores proponen una caracterización de la relación trabajo–familia en términos de cuatro dimensiones de la transferencia: transferencia negativa del trabajo hacia la familia, transferencia negativa de la familia hacia el trabajo, transferencia positiva del trabajo hacia la casa y la transferencia positiva de la familia hacia el trabajo.

Por último, volviendo a los hallazgos colombianos respecto de las relaciones trabajo–familia, fue evidente la influencia mutua, en términos generales, de estos dos roles. En las mujeres, las enfermeras reportan que sus trabajos tienen una transferencia positiva en otras áreas de sus vidas y que les permiten ser mejores madres y hacer nuevas amistades. Las ejecutivas, por el contrario, afirman que su trabajo interfiere con su tiempo libre. El resultado más representativo en el caso de las relaciones trabajo–familia es el que indica que, a nivel general, los hombres perciben algunas veces o frecuentemente, que el trabajo interfiere con el tiempo que quisieran pasar con su familia.

No se podría concluir el presente marco teórico sin hacer referencia al efecto de ciertas condiciones psicosociales estresantes en la salud cardiovascular. Teniendo en cuenta, adicionalmente, que para efectos de la realización del presente estudio el interés respecto de los desórdenes cardiovasculares se focaliza en el IAM, esta patología amerita ser descrita con mayor detalle, tarea que cumple la siguiente sección.

Infarto Agudo del Miocardio (IAM) y Factores de Riesgo

Los factores de riesgo que determinan las vías causales de la enfermedad se agrupan según su importancia relativa en tres categorías: (a) diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo; (b) edad, sexo, y antecedentes familiares y (c) sobrepeso, obesidad y sedentarismo.

Diabetes Mellitus. Se caracteriza por hiperglicemia y alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o relativas de la acción o secreción de la insulina. Por consiguiente, aunque la diabetes es una enfermedad endocrina en su origen, sus principales manifestaciones son las de una enfermedad metabólica. El diagnóstico se establece con la presencia de concentraciones de glucosa claramente elevadas en muestras de sangre en ayunas (≥ 120 mg/dl o $\geq 6,7$ mmol/l) o en el plasma (≥ 140 mg/dl o $\geq 7,8$ mmol/l), y generalmente se encuentran glucosa y cetonas en la orina (OMS; 1994).

Hipertensión arterial. Se acepta como hipertensión arterial la elevación crónica de una de las dos presiones arteriales, sistólica o diastólica (OPS, 1984). Para la población adulta, la hipertensión se define como un nivel de presión arterial sistólica de 140 mmHg (18,7 kPa) o superior, o como un nivel de presión diastólica de 90 mmHg (12,0 kPa) o más elevado (OMS, 1996).

Dislipidemias. Son trastornos del transporte de los lípidos que se producen a partir de alteraciones en la síntesis o degradación de las lipoproteínas plasmáticas. Las numerosas combinaciones de alteraciones de las lipoproteínas que se producen en los estados patológicos pueden resumirse en cuatro patrones que engloban los diferentes fenotipos referenciados por la OMS (1994):

1. Hipercolesterolemia. Se caracteriza por: (a) suero claro en ayunas, (b) niveles de colesterol total altos, 240mg/dl (6,2 mmol) –el nivel de colesterol deseable para la población general es inferior a 200mg/dl (5,2 mmol/l), (c) colesterol LDL > 150 mg/dl (3,8mmol/l). Apo B elevadas, (d) triglicéridos normales hasta 200mg/dl (2,3 mmol/l), (e) colesterol HDL normal o bajo (igual que la apolipoproteína A1). Este patrón corresponde al fenotipo II a de la OMS.
2. Hipertrigliceridemia. Se caracteriza por: (a) suero opalescente en ayunas, (b) colesterol total siempre normal, <200 mg/dl (5,2 mmol/l), (c) triglicéridos elevados >300 mg/dl (3,3 mmol/l), (d) colesterol HDL y apoproteína A1 disminuidos, generalmente debido a que los triglicéridos se encuentran elevados.
3. Hiperlipidemia combinada. Se caracteriza por: (a) suero opalescente en ayunas, (b) aumento del colesterol total, >250 mg/dl (6,4 mmol/l), (c) colesterol LDL y Apo B elevadas, (d) aumento de los triglicéridos, (e) colesterol HDL y Apo a1 suelen estar disminuidos. Este patrón corresponde al fenotipo II b de la OMS.
4. Hipoalfalipoproteinemia. Se caracteriza por: (a) niveles bajos en plasma de cHDL, <35 mg/dl (0,9 mmol/l). El déficit genético de HDL es una de las más frecuentes alteraciones entre los pacientes con cardiopatía isquémica. Se encuentra presente en alrededor de un 1% del total de IAM (Pintó Sala y Fiol Castaño, 1992).

Tabaquismo. El riesgo relativo de cardiopatía isquémica de los fumadores respecto de los no fumadores aumenta en relación con la dosis y con la edad hasta los 50-54 años, momento en que tiende a disminuir la diferencia, entre otros motivos, por el rápido aumento de la cardiopatía isquémica con el envejecimiento. La tasa de defunción más elevada en los fumadores guarda relación con el número de cigarrillos fumados, la edad en que se comenzó a fumar y el grado de inhalación. Aquellos fumadores que consumen un paquete de cigarrillos al día experimentan un riesgo 2.5

veces superior de sufrir un complicación coronaria grave que los no fumadores. Este riesgo es mayor cuanto más cantidad de tabaco se consuma (OMS, 1979).

Edad. El riesgo de infarto se incrementa con la edad; el mayor número de infartos se registra en pacientes mayores de 70 años (Franco, comunicación personal, octubre de 2003).

Sexo. Los hombres tienen mayores probabilidades de presentar infarto agudo del miocardio que las mujeres hasta los 45 años de edad, que es cuando este factor se hace equivalente para los dos sexos (Franco, comunicación personal, octubre de 2003).

Historia familiar. La ocurrencia precoz, es decir antes de los 60 años, de infarto en un pariente de primera línea de consanguinidad aumenta las posibilidades de presentar la enfermedad (Franco, comunicación personal, octubre de 2003).

Sobrepeso y obesidad. Se considera en sobrepeso a toda persona cuyo índice de Quetelet se halle entre 25 y 30 (peso en kg/talla² en metros). Por su parte, la obesidad incluye varios grados, a saber: (a) grado I con un índice de masa corporal (IMC) entre 31 y 35, (b) grado II con un IMC entre 36 y 40, (c) mórbida con un IMC > 40 (Franco, comunicación personal, octubre de 2003).

Sedentarismo. Se considera sedentaria a aquella persona que practica ejercicio físico aeróbico menos de tres veces por semana por periodos menores de 40 minutos cada vez (Franco, comunicación personal octubre de 2003).

Justificación del estudio y planteamiento del problema

Los antecedentes teóricos y empíricos descritos hasta aquí son suficiente ilustración sobre cómo las condiciones laborales llevan a incrementar los riesgos psicosociales y a instaurar procesos de estrés crónico en el trabajo con

consecuencias para la salud. La evidencia empírica revisada converge en comprobar la influencia del estrés laboral en la morbilidad cardiovascular de los trabajadores en alteraciones tales como HTA, dislipidemias, enfermedad coronaria, muerte súbita cardíaca (MSC) e IAM.

En el caso colombiano, no obstante, emerge un cuadro bastante discrepante de los panoramas laborales descritos tanto por los organismos internacionales del campo de la salud en América Latina como por los modelos teóricos y desarrollos empíricos del estrés laboral en las sociedades postindustrializadas. Por esta misma circunstancia, los resultados obtenidos en los estudios presentados (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000; Gómez 2001; Gómez y Pérez 2002) sobre los efectos en la salud del desempeño de múltiples roles, sugirieron examinar con mayor detalle las condiciones laborales bajo las cuales las relaciones trabajo–salud propician en nuestro medio la morbilidad cardiovascular, en particular el IAM.

De otra parte, los resultados indicaron que quienes presentaban valores altos o de riesgo para la salud cardiovascular, no demostraban estar laborando bajo las combinaciones de factores psicosociales conocidas como riesgosas para este tipo de salud, circunstancia difícil de entender cuando la primera causa de muerte médica en la población adulta en Colombia corresponde al grupo de enfermedades cardiovasculares, y cuando dentro de ellas las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar⁷ (Ministerio de Salud, 2002). En las reflexiones sobre estas cuestiones emergen tres aspectos a considerar, que se convierten en los retos teóricos y metodológicos del presente estudio.

En primer lugar, la inconsistencia de los resultados colombianos con los de gran parte de las investigaciones actuales puede atribuirse a la naturaleza de micronivel

⁷ Tasas de 148.3 y 74.4 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres entre 45 y 64 años respectivamente.

de las dimensiones demanda–control–apoyo social del modelo teórico adoptado para la investigación. Es decir, el modelo describe condiciones psicosociales de los cargos laborales de trabajadores particulares sin consideración de factores extralaborales. De esta forma, el modelo explicativo de Karasek puede conducir a un entendimiento impreciso acerca del trabajo por omisión de factores de orden macrosocial que ameritan ser medidos seriamente en razón al impacto que tienen en el trabajo de las personas. En este sentido, los mismos Karasek y Theorell reconocen que actualmente hay una tendencia hacia un reducido control sobre la vida laboral derivada de muchos factores que no obstante a su juicio, son objeto de estudio de otras disciplinas económicas.

La anterior evaluación conduce entonces a la búsqueda de otros caminos explicativos del estrés laboral, como puede ser el modelo de Siegrist, construido a partir del desbalance de los componentes esfuerzo–recompensa. Su autor considera que el modelo es aplicable a contextos laborales caracterizados por desempleo estructural o cambios socioeconómicos rápidos, como es el caso de nuestro país.

Un segundo aspecto remite al grupo de participantes. Las personas que tomaron parte en ambos estudios pertenecían al trabajo formal en los que probablemente se presentaba el llamado “efecto del trabajador sano”, es decir, aquel que cuenta con el acceso a los factores de seguridad social. Pero, como se presenta en el marco conceptual, en nuestro país la fuerza laboral conforma un doble patrón –trabajos complejos y de supervivencia– en el cual la mayoría de los trabajadores se ubican en el subempleo. Tal composición hace pensar en la pertinencia de examinar la característica de trabajo de empleo y subempleo, y su posible relación con la morbilidad cardiovascular en términos de IAM.

Otra valoración acerca de los participantes apunta a que en las investigaciones colombianas no se tuvo oportunidad de captar la cronicidad de los factores de riesgo

cardiovascular debido a que se obtuvo una única medida de los mismos en las condiciones de trabajo actual. De este modo, por razones metodológicas y presupuestales, se estima conveniente tomar una muestra de trabajadores que ya presentan diagnóstico de IAM y explorar a partir de esta condición los factores psicosociales que caracterizan su trabajo.

Por último, está el tema del efecto diferencial que tienen ciertas variables individuales y extralaborales en la ocurrencia de los procesos de estrés laboral (Hurrell, 1987). La hegemonía europea en la evidencia empírica del papel del trabajo en la salud cardiovascular plantea la cuestión de la extrapolación de los hallazgos a otros contextos culturales. A este respecto es realmente poco lo que se ha investigado. En tal sentido, en varios estudios europeos se ha observado que existe asociación entre el desempleo y la mortalidad total y cardiovascular, en contraposición a los hallazgos norteamericanos que muestran tasas de mortalidad asociadas con el desempleo mucho más bajas que las europeas. Kasl (1996) interpreta la diferencia como una discrepancia cultural en la valoración del trabajo como actividad humana significativa, siendo para los europeos probablemente más importante el trabajo que para los americanos, y por ende, más proclives a verse afectados por su carencia.

Para el caso colombiano, una posible explicación a los resultados obtenidos en los estudios arriba citados es que en las circunstancias de nuestro país, con crisis económica y un desempleo del 20% (Dane, 2003), el tener un empleo en el sector formal podría representar un factor protector de estrés, incluso quizá si se desempeña en condiciones de altos esfuerzos. De este modo, si el trabajo llegase a constituir un factor protector de estrés, podría resultar más comprensible la tendencia hacia una adecuada salud cardiovascular en los trabajadores colombianos con empleos formales observada hasta ahora.

Surge entonces como tema ineludible de estudio la valoración que hacen las personas del trabajo, dado su potencial función moderadora en el estrés laboral. En la literatura consultada aparte de la centralidad del trabajo, no se encontraron estudios que examinen tal función moderadora del proceso de valoración o significado personal del trabajo lo que indica que el campo está abierto a la investigación.

Para concluir, la vida familiar constituye una variable extralaboral de primera importancia por el efecto moderador que ejerce en las relaciones entre el trabajo y los procesos de estrés laboral. Actualmente se admite ampliamente que el estudio aislado de un solo rol, por ejemplo, del rol laboral, resulta bastante limitado en sus posibilidades de explicación del estrés, pues hay transferencias de las experiencias entre las distintas esferas de la vida de las personas. En la muestra colombiana se confirma la influencia del rol familiar en la vida laboral. En este sentido es viable presumir que si a la familia y a la vida familiar se les asigna un alto valor en nuestra cultura, es pertinente indagar su papel protector contra con la morbilidad cardiaca asociada al trabajo.

Con base en la presente síntesis del estado actual de conocimiento y de los hallazgos empíricos respecto del estrés laboral y sus efectos en las salud cardiovascular en términos de IAM, se plantea la siguiente pregunta general de investigación: ¿difieren entre sí dos grupos de trabajadores, uno con diagnóstico de IAM de otro sin él, a partir de las condiciones psicosociales presentes en sus trabajos y de la característica laboral empleo- subempleo?

De manera complementaria se plantea una segunda pregunta: ¿el efecto de las condiciones psicosociales laborales y de la característica laboral empleo-subempleo en la presencia de IAM varía en función de la centralidad del trabajo y las transferencias positivas y negativas entre el trabajo y la familia?

Preguntas específicas:

- ¿Las variables psicosociales laborales del modelo esfuerzo-recompensa discriminan un grupo de trabajadores con diagnóstico de IAM de otro grupo sin este diagnóstico?
- ¿La característica laboral empleo-subempleo discrimina un grupo con diagnóstico de IAM de otro grupo sin él?
- ¿El efecto de las condiciones psicosociales laborales y de la característica laboral empleo–subempleo en la presencia de IAM es moderado por la centralidad del trabajo que presentan los trabajadores?
- ¿El efecto de las condiciones psicosociales laborales y de la característica laboral empleo–subempleo en la presencia de IAM es moderado por las transferencias positivas y negativas familia–trabajo que presentan los trabajadores?

Hipótesis

1. Se espera que las condiciones laborales psicosociales discriminen entre el grupo de trabajadores con IAM del grupo sin él. Las personas con alto esfuerzo extrínseco y baja recompensa laboral tienen probabilidad de pertenecer al grupo con IAM, especialmente si muestran propensión a un alto esfuerzo intrínseco.
2. Se espera que la característica de la situación laboral de empleo–subempleo discrimine el grupo de trabajadores con IAM del grupo sin él: las personas subempleadas tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo con IAM que las empleadas.
3. Se espera encontrar que la centralidad del trabajo modera el efecto de las condiciones psicosociales laborales y de la característica empleo-subempleo en

la presencia de IAM en los trabajadores: las personas con alta centralidad del trabajo presentan mayor probabilidad de tener IAM cuando laboran en condiciones de alto esfuerzo-baja recompensa, o cuando son subempleadas.

4. Se espera encontrar que la transferencia trabajo-familia, familia-trabajo modera el efecto de las condiciones psicosociales laborales y de la característica empleo-subempleo en la presencia de IAM en los trabajadores: las personas con transferencias negativas trabajo-familia, familia-trabajo tienen mayor probabilidad de tener IAM cuando laboran en condiciones de alto esfuerzo-baja recompensa, o cuando son subempleadas.

Método

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 117 personas –104 hombres y 13 mujeres– nacidos entre 1943 y 1979, con una edad promedio de 50 años (D.E: 7.53). 55 de los participantes presentaban diagnóstico de IAM mientras que 62 de ellos no. La tabla 1 muestra que la mayoría de las personas era casada (68.4%) o se encontraba en unión libre (14.5%) y que prevalecía la familia nuclear (69.2%). En la misma tabla se puede observar que el nivel educativo más alto alcanzado por los participantes se distribuyó de manera semejante entre los distintos niveles de estudio, sin una tendencia particular.

La muestra se estableció conformando de manera secuencial los dos grupos de estudio. En primer lugar, se constituyó el grupo de referencia, el de participantes con diagnóstico de IAM, con el fin de determinar el perfil de riesgos cardiovasculares que este grupo presentó. Posteriormente se formó el grupo de comparación, participantes sin éste diagnóstico pero con un perfil de riesgos cardiovasculares equivalente. El predominio de participantes hombres obedece precisamente a esta forma de conformación de la muestra.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado civil		
Unión libre	17	14,5
Casado	80	68,4

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	9	7,7
Divorciado / separado	11	9,4
Composición familiar		
Solo/a	11	9,4
Con padres	2	1,7
Con hermanos	1	,9
Con cuñados	1	,9
Con hijos	4	3,4
Con esposa(o) / compañero(a)	6	5,1
Con esposo(a) / compañero(a) e hijos (familia. nuclear)	81	69,2
Con esposo(a) / compañero(a), hermanos, con cuñados	1	,9
Con esposo (a) / compañero(a), hijos, hermanos, suegros	1	,9
Con esposo(a) / compañero(a), hijos, otros	5	4,3
Con esposo(a) / compañero(a), otros	1	,9
Con padres, hermanos	1	,9
Con esposo(a)/compañero(a), hijos, hermanos	1	,9
Con otros	1	,9
Nivel Educativo más alto		
Primaria	28	23,9
Bachillerato	24	20,5
Tecnológico	18	15,4
Estudios Universitarios	29	24,8
Postgrado	18	15,4

Información contextual y descriptiva del trabajo. Respecto de la situación laboral de los participantes, la tabla 2 describe que la mayoría trabajaba tiempo completo (76.9%) y una menor proporción, tiempo parcial (18.8%). La muestra tuvo un porcentaje similar de personas con título profesional y sin él. Así mismo, sus ocupaciones se distribuyeron en proporciones iguales entre aquellas que requieren niveles de educación alto, medio y muy bajo.

La situación laboral del 52% de los participantes era de trabajo no–asalariado, mientras que para el 43% la situación correspondía a trabajo asalariado. La gran mayoría (88%) de las personas de la muestra se desempeñaba en la empresa privada, y dentro de este grupo, el trabajo independiente alcanzaba la mayor proporción (53.8%). En su mayoría (79.5%) las personas tendían a ejercer un solo trabajo principal, y cerca de la mitad (40.2%) de sus parejas trabajaban fuera de la casa.

La tabla 2 indica además, que en general los participantes llevan trabajando en su actual ocupación un promedio de 14,91 años (D.E. = 10.5) y que su jornada laboral coincide con la estipulada legalmente (M = 43.3; D.E. = 18.3).

Tabla 2

Información contextual y descriptiva del trabajo.

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Situación laboral actual				
Ocupación de tiempo completo	90	76,9		
Ocupación de tiempo parcial	22	18,8		
Ocupación temporal	2	1,7		
Incapacidad (hasta seis meses)	2	1,7		
Otra situación	1	,9		
Profesión				
Con título universitario o tecnológico	64	54,7		
Sin título profesional o tecnológico	53	45,3		
Ocupación				
Requiere alto nivel educativo	41	35,0		
Requiere medio nivel educativo	37	31,6		
Requiere bajo nivel educativo	2	1,7		
Requiere muy bajo nivel educativo	37	31,6		
Tipo de trabajo que desempeña				

	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Obrero o empleado de empresa particular	41	35,0		
Obrero o empleado del gobierno	11	9,4		
Trabajador por cuenta propia	45	38,5		
Patrón o empleador	19	16,2		
Trabajador en empresa familiar sin salario	1	,9		
Dónde trabaja				
Empresa pública	12	10,3		
Empresa privada	40	34,2		
Independiente	63	53,8		
Otro	2	1,7		
Desempeña otros trabajos además del principal				
Sí	24	20,5		
No	93	79,5		
La pareja trabaja				
Sí	47	40,2		
No	50	42,7		
No aplica	20	17,1		
Tiempo trabajando en la actual ocupación			14,91	10,60
Horas renumeradas por semana, sin horas extras			43,23	18,39

Variables

Sociodemográficas. Edad, sexo, estado civil, nivel educativo.

Contextuales y descriptivas de la situación laboral. Situación laboral actual, ocupación u oficio, tipo de trabajo que desempeña, trabajo de la pareja, tiempo de trabajo en la actual ocupación o trabajo, desempeño de trabajos secundarios, horas remuneradas por semana.

Predictoras

Psicosociales del trabajo. Esfuerzo extrínseco, recompensas laborales; razón esfuerzo-recompensa y esfuerzo intrínseco.

Característica laboral empleo-subempleo.

Potenciales moderadoras. Centralidad actual del trabajo, transferencias positivas y negativas trabajo–familia, familia–trabajo.

Criterio. IAM, ausencia de IAM

Variables de control. Los factores biomédicos de riesgo cardiovascular se controlaron al homologarlos metodológicamente en los dos grupos analizados. Fueron criterios de exclusión el haber tenido IAM en un lapso mayor a año y medio respecto del momento del estudio, la presencia de otros diagnósticos médicos secundarios como desordenes neurológicos u oncológicos, y diagnósticos de desordenes mentales como depresión. La ocupación se controló mediante la inclusión de diversos grupos ocupacionales en la muestra.

Instrumentos

Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario parcialmente desarrollado para la investigación. El cuestionario incluye las siguientes partes (ver apéndice 1):

Escala ERI (Effort–Reward Imbalance) de factores psicosociales de Siegrist (1996). Consta de 23 ítems presentados en escala Likert Se compone de tres partes:

Primera parte. Cuestionario de la situación laboral (I). Es un cuestionario diseñado en forma corta para ser utilizado en grandes estudios epidemiológicos en los que no se tiene acceso a información detallada sobre el ambiente laboral. Indaga sobre información descriptiva del ambiente de trabajo y consta de 12 ítems de respuesta múltiple.

Segunda parte. Cuestionario de la situación laboral (II). Consta de 17 ítems presentados en escala Likert y recoge información sobre la valoración que hace la persona respecto de su situación de trabajo en términos de esfuerzo extrínseco (6 ítems) y de recompensas laborales (11 ítems).

El esfuerzo extrínseco se mide con cinco o seis ítems y se refiere a aspectos demandantes del ambiente laboral, en este estudio se tomaron los seis ítems. La versión de cinco ítems excluye el ítem sobre esfuerzo físico y se aplica a muestras donde predominen trabajadores directivos. La versión de seis ítems es aplicable a grupos ocupacionales en los que las demandas físicas forman parte de las labores. Los ítems se responden en dos pasos. En primer lugar, los sujetos responden con sí o con no, si el contenido del ítem corresponde a una experiencia típica de su trabajo. Luego a los individuos que expresan acuerdo se les pide que evalúen en qué grado se sienten afectados por la situación laboral particular.

El procedimiento de calificación es como sigue: (1) no aplica; (2) aplica pero la persona considera que no le afecta, (3) aplica y la persona considera que le afecta moderadamente, (4) aplica y la persona considera que le afecta mucho; (5) aplica y la persona considera que le afecta muchísimo.. El puntaje total basado en cinco ítems varía entre 5 y 25 (ó entre 6 y 30 con 6 ítems). A mayor puntaje se asume que mayor es el esfuerzo extrínseco que la persona está experimentando en el trabajo.

La recompensa se mide de modo correspondiente con 11 ítems. De manera análoga al esfuerzo extrínseco, se sigue el siguiente modo de calificación: (1) aplica y la persona considera que le afecta muchísimo; (2) aplica y la persona considera que le afecta mucho; (3) aplica y la persona considera que le afecta moderadamente; (4) aplica y la persona considera que no le afecta; (5) no aplica. Un puntaje total cercano a 11 indica el más alto malestar asociado a una baja recompensa e

inversamente, un puntaje cercano a 55 significa un bajo malestar relacionado con altas recompensas.

Razón esfuerzo-recompensa. Siegrist propone además la construcción de una razón de dos puntajes, uno que mide el esfuerzo extrínseco y otro que mide la recompensa laboral. Esta razón puede significar, en términos cuantitativos, la representación de una medida de la ausencia sostenida de reciprocidad entre los costos y los beneficios en el trabajo. La falta de reciprocidad, que puede no ser conscientemente valorada en la experiencia cotidiana, puede ser capturada en algún grado por la razón propuesta. Para computar la razón, el puntaje de esfuerzo se coloca en el numerador y el puntaje de recompensa en el denominador y este último puntaje es multiplicado por un factor de corrección para ajustar el número desigual de ítems en los dos factores. El factor de corrección es 0.4545 si el numerador contiene cinco ítems (5/11), y 0.5454 si el numerador contiene seis ítems (6/11). Con la aplicación de este algoritmo se define una medida estandarizada del componente extrínseco en la que el umbral de 1.0 discrimina entre un grupo de alto riesgo (valores >1.0) y un grupo de bajo riesgo o de ningún riesgo (valores ≤ 1.0) de resultados adversos en la salud.

Tercera parte. Cuestionario de la situación laboral (III). El componente intrínseco del modelo se mide con seis ítems presentados en escala tipo Likert de cuatro puntos. Los ítems describen un excesivo involucramiento con el trabajo así como actitudes y sentimientos positivos y negativos en relación con el compromiso laboral. En esta escala se puede obtener puntajes entre 6 (el más bajo) y 24 (el más alto). A mayor puntaje, mayor es el esfuerzo intrínseco que la persona invierte en el trabajo.

La información psicométrica del cuestionario incluye la realización de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios satisfactorios. Un análisis factorial confirmatorio basado en datos de tres muestras internacionales resultó satisfactorio

para la escala unidimensional de esfuerzo extrínseco, esfuerzo intrínseco y la estructura factorial de de la escala recompensa laboral.

En el presente estudio se realizó un análisis factorial exploratorio y otro confirmatorio, ambos con el método de rotación varimax. Los dos tipos de análisis confirmaron el carácter unidimensional de la escala esfuerzo extrínseco, así como la estructura de tres factores de la escala de recompensa. En la escala de esfuerzo intrínseco no obstante, en el análisis factorial exploratorio se encontró que los pesos factoriales de los ítems 18. “siempre me falta tiempo para terminar el trabajo”, y 21. “las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo”, cargaban bastante más en un segundo factor que en el factor en que se agrupaban los ítems restantes de la escala. Los coeficientes de carga factorial de estos dos ítems en el análisis confirmatorio fueron .35 y .49 respectivamente. Por esta razón, estos ítems fueron eliminados del análisis.

La consistencia interna (alpha de Cronbach) del cuestionario ha sido probada en más de diez estudios diferentes llevados a cabo principalmente en países europeos. Para la escala esfuerzo extrínseco, el índice de confiabilidad varió entre .61 y .88; para la escala de recompensa osciló entre .70 y .91 y para la escala de esfuerzo intrínseco entre .64 y .81. Los índices de confiabilidad obtenidos en el presente estudio resultan similares a los encontrados en los estudios previos. Para esfuerzo extrínseco fue de .74, para la escala de recompensa fue .85 y para la de esfuerzo intrínseco .71. Al eliminar los ítems 18 y 21 de ésta última escala el índice de confiabilidad correspondiente subió a .75.

Escala de transferencia familia–trabajo de Grzywcz y Marks (2000). Evalúa cuatro dimensiones de transferencia trabajo–familia: transferencia negativa del trabajo a la familia, transferencia positiva del trabajo a la familia, transferencia negativa de la familia al trabajo y transferencia positiva de la familia al trabajo. Los

ítems, 14 en total, se presentan en escala tipo Likert de cinco puntos. Las categorías de respuesta para cada uno de los ítems son: (1) nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) la mayor parte del tiempo y (5) todo el tiempo. En cada factor de transferencia el puntaje mínimo posible es 4 y el máximo 25. Para su utilización en este estudio se realizó una traducción-retraducción por dos personas diferentes.

Centralidad del trabajo Whitley y England (1977). Mide la distribución de 100 puntos entre cinco categorías (tiempo libre, comunidad, trabajo, religión y familia). Los puntos dados al dominio del trabajo determinan el nivel relativo de la centralidad del trabajo.

Escala de medición de subempleo de la Encuesta Nacional de Hogares del DANE.

12 ítems de selección múltiple que miden subempleo por insuficiencia de horas y por condiciones de empleo inadecuado.

Escala de clasificación de factores de riesgo cardiovascular. Se compone de nueve ítems de pregunta cerrada que evalúan la presencia de los factores de riesgo.

Procedimiento

1. Diseño del cuestionario. Se elaboró el cuestionario de factores de riesgo cardiovasculares según las indicaciones recibidas por uno de los cardiólogos de la Fundación Cardioinfantil (FCI), se obtuvo la escala de medición de subempleo de la encuesta nacional de hogares del Dane y se integraron a las otras escalas del estudio (ver apéndice 1).
2. Prueba piloto del cuestionario. Se llevó a cabo con 15 personas de ambos sexos, de diversas ocupaciones y se realizaron los cambios pertinentes en el lenguaje

empleado. En particular, se hicieron adecuaciones en el lenguaje para hacer aplicables algunos de los ítems a la situación de trabajo no asalariado.

3. Entrenamiento a estudiantes de pregrado en el procedimiento. Participaron dos estudiantes de pregrado pertenecientes a la línea de investigación sobre estrés y salud de la Universidad de los Andes, en calidad de auxiliares de investigación. Su función consistió en contribuir con la recolección de información, prestar asistencia a los participantes personalmente o por vía telefónica en el diligenciamiento del cuestionario, participar en la elaboración de la base de datos y en los análisis iniciales sobre estadísticos descriptivos de las variables de la muestra y de las variables del estudio.
4. Contacto con Compensar E.PS y la Fundación Cardio Infantil (FCI) para la ubicación de posibles participantes. Se presentó el proyecto de investigación en ambas entidades. En la FCI fue estudiado y aprobado tanto por el comité de investigaciones médicas como por el comité de ética en investigación clínica; luego se procedió a elaborar el formato de consentimiento informado para el estudio (ver apéndices 2 y 3).
5. Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de IAM que en alguna ocasión fueron hospitalizados en la FCI por este evento, hasta completar un número de 55 personas que cumplieron con todos los criterios para ser incluidos en el análisis estadístico. El análisis contempló el diagnóstico de IAM hasta año y medio antes de la realización del estudio, la verificación del rango de edad de interés en la investigación y el registro de los factores de riesgo cardiovascular.
6. Contacto con las personas participantes, solicitud de participación y obtención de consentimiento informado.

7. Resolución asistida del instrumento. Eventualmente se resolvió por vía telefónica o mediante envío por correo en algunos casos en los que el acceso a la persona era difícil.
8. Contacto con el grupo de participantes sin IAM en la población de prevención y promoción de la salud de Compensar EPS, de modo que este grupo tuviera equivalencia con respecto a los factores de riesgo cardiovascular registrados en el grupo de participantes con infarto.
9. Solicitud de participación a las personas sin IAM. Obtención del consentimiento informado y resolución asistida del instrumento. Eventualmente se resolvió por vía telefónica.
10. Revisión de cuestionarios. Se inspeccionaron los cuestionarios a fin de identificar ítems que presentaran alguna inconsistencia o falta de respuesta. En estos casos se estableció contacto nuevamente con la persona para hacer el correctivo.
11. Elaboración de la base de datos. Esta tarea fue realizada con el apoyo de las estudiantes de pregrado, una vez se digitaron los datos se hicieron revisiones buscando identificar errores e inconsistencias de digitación las cuales se corrigieron.
12. Realización de análisis estadísticos con el paquete SPSS, versión 11. Se hicieron análisis descriptivos, de regresión logística dicotómica y de efectos moderadores.

Resultados

Análisis descriptivo de las variables

La tabla 3 contiene los estadísticos descriptivos de las variables del estudio. Muestra las características de subempleo en el grupo investigado. El 68.5% de los participantes mantenía el deseo de trabajar más horas o de cambiar de trabajo. De estos trabajadores, un 41.1% lo deseaba por condiciones de trabajo inadecuado y un 27.4% por insuficiencia de horas.

Resalta el contraste entre la proporción de personas que desean trabajar más o cambiar de trabajo y las que realizan una acción concreta para el cambio. En efecto, tan sólo el 22.2% de los trabajadores que deseaban un cambio de trabajo había realizado algún tipo de diligencia en el momento del estudio. De todos modos, quienes enfrentaban condiciones de trabajo inadecuado buscaban el cambio en mayor proporción que sus similares por insuficiencia de horas.

Al considerar el criterio de disponibilidad para trabajar más horas a la semana o para iniciar un nuevo trabajo antes de un mes, se incrementó nuevamente la proporción de participantes (50%). De nuevo, el grupo de participantes por condiciones de trabajo inadecuado presentó mayor disponibilidad que el de insuficiencia por horas.

En relación con las variables psicosociales laborales, se encontró que los puntajes en esfuerzo, tanto extrínseco como intrínseco, tienen valores muy cercanos al promedio del grupo, mientras que en recompensa el valor promedio obtenido se acerca al puntaje máximo posible.

Con respecto a la situación laboral se nota una distribución similar de los participantes entre asalariados y no asalariados, con una pequeña tendencia hacia los segundos.

En la centralidad del trabajo se debe notar que el puntaje coincide con el tenido como criterio de una alta centralidad en el trabajo. Sobre las transferencias resalta el alto puntaje obtenido por la transferencia positiva familia–trabajo y el bajo puntaje de la transferencia negativa familia–trabajo. En síntesis, es de notar las medias de la muestra se alejan más del promedio de puntajes mínimos y máximos posibles en las transferencias familia–trabajo, que en las transferencias trabajo–familia.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de las variables del estudio (N=117).

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar
Diagnóstico				
IAM	55	47		
Sin IAM	62	53		
Subempleo por insuficiencia de horas				
Desea trabajar más horas				
Sí	32	27,4		
No	85	72,6		
Diligencias para trabajar más horas				
Sí	9	7,7		
No	23	19,7		
Disponibilidad para trabajar más horas				
Sí	30	25,6		
No	2	1,7		
No aplica	85	72,6		
Subempleo por condiciones de trabajo inadecuado				
Desea cambiar de trabajo por razones diferentes a trabajar más horas				
Sí	14	12,0		
No	19	16,2		

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar
No aplica	84	71,8		
Desea cambiar de trabajo				
Sí	34	29,1		
No	66	56,4		
No aplica	17	14,5		
Motivos cambio de trabajo				
Mejorar uso capacidades	4	3,4		
Mejorar ingresos	8	6,8		
Mucho esfuerzo físico	3	2,6		
Mejorar uso capacidades y Mejorar ingresos	6	5,1		
Diligencias para cambiar trabajo				
Sí	17	14,5		
No	26	22,2		
No aplica	74	63,2		
Disponibilidad trabajar antes de un mes				
Sí	37	31,6		
No	6	5,1		
No aplica	74	63,2		
Situación laboral				
No asalariado	61	52,14		
Asalariado	51	43,60		
Variables psicosociales del trabajo				
Esfuerzo extrínseco			13,15	,45
Sistema de recompensas				
Recompensa			46,62	8,49
Recompensa por dinero y estatus			15,64	4,12
Recompensa por reconocimiento			13,62	2,57
Recompensa por seguridad laboral			8,28	2,52
Esfuerzo intrínseco			14,73	3,34
Centralidad del trabajo			31,42	16,41
Transferencias trabajo–familia, familia–trabajo				
Transferencia negativa trabajo–familia			9,93	3,10
Transferencia positiva trabajo– familia			9,54	2,89
Transferencia negativa familia– trabajo			7,53	2,73
Transferencia positiva familia– trabajo			12,71	1,84

La tabla 4 muestra los principales factores de riesgo asociados al IAM: tres cuartas partes de la muestra padece dislipidemias, un poco más de la mitad sufre HTA o tabaquismo, y una quinta parte diabetes. Los antecedentes familiares, si bien no se catalogan como factor de riesgo importantes, sí se detectan en una proporción considerable de personas. Algo similar, aunque en proporciones menores, se presenta con el sobrepeso y el sedentarismo.

Tabla 4

Factores de riesgo cardiovascular en la muestra estudiada.

	Frecuencia	Porcentaje
Dislipidemia		
Sí	88	75,2
No	25	21,4
Tabaquismo		
Sí	68	58,1
No	44	37,6
HTA		
Sí	62	53,0
No	48	41,0
Diabetes		
Sí	21	17,9
No	78	66,7
Antecedentes familiares		
Sí	70	59,8
No	25	21,4
Sobrepeso		
Sí	42	35,9
No	41	35,0
Sedentarismo		
Sí	56	47,9
No	24	20,5

Como se había mencionado, se optó por la composición de grupos equivalentes en los factores de riesgo cardiovascular para formar los dos grupos de participantes. La tabla 5 muestra los resultados de la homologación de los grupos estudiados en estos factores.

Debido a que los factores más determinantes en la aparición del IAM son en su orden, diabetes mielitus, hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y tabaquismo, el control metodológico se dirigió a la homologación de estos cuatro factores. No obstante, no fue posible hacer el control metodológico del tabaquismo como se puede apreciar en la tabla 5. Esto debido a que en el grupo de personas con infarto se encontró una alta proporción de consumidores de tabaco mientras que en el grupo de comparación no ocurrió lo mismo. El límite de tiempo que marcaba el cronograma de la investigación no permitió homologar esta importante diferencia entre grupos en tanto implicaba hacer la muestra más grande. De este modo, el control del tabaquismo se efectuó de forma estadística según se presenta en el apartado de análisis de regresiones logísticas del estudio.

Es importante mencionar que se realizó un control estadístico al control metodológico de los factores de riesgo mediante un análisis de regresión logístico en el que se tomó como dependiente la variable binaria IAM no IAM y como predictoras todos los factores de riesgo cardiovascular introducidos por bloque. Efectivamente, a excepción del tabaquismo, ninguno de los factores de riesgo cardiovascular discriminó la pertenencia a uno u otro grupo, confirmándose con ello el control metodológico que se hizo.

Tabla 5

Homologación de los factores de riesgo cardiovascular en los grupos estudiados.

	Con IAM		Sin IAM	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mielitus				
Sí	11	20	10	16,12
No	26	42,27	52	83,87
SR*	18	32,77		
Hipertensión arterial (HTA)				
Sí	23	41,81	39	62,90
No	25	45,45	23	37,10
SR	7	12,72		

	Con IAM		Sin IAM	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dislipidemia				
Sí	42	76,36	46	71,20
No	9	16,36	16	25,80
SR	4	7,27		
Tabaquismo				
Sí	44	80	24	38,70
No	6	10,90	38	61,30
SR	5	9,09	0	0
Antecedentes familiares				
Sí	15	27,27	55	88,70
No	18	32,72	7	11,29
SR	22	40		
Sobrepeso				
Sí	12	21,81	30	48,38
No	9	16,36	32	51,61
SR	34	61,81		
Sedentarismo				
Sí	12	21,81	44	70,96
No	6	10,91	18	29,03
SR	37	67,27		

Nota: SR* = Sin registro

Plan de Análisis

Se realizó una serie de análisis de regresión logística dicotómica en la que el procedimiento seguido para la formación de los modelos de regresión fue la entrada de las variables por bloques. Se tomó como grupo de referencia el que tiene diagnóstico de IAM y grupo de comparación el que no tiene ese diagnóstico.

En el paso inicial se introdujo la variable riesgo cardiovascular tabaquismo para efectuar el control estadístico de la misma. En el segundo paso se introdujeron como predictoras las variables psicosociales laborales del modelo desbalance esfuerzo-recompensa de la primera pregunta de investigación. En el caso de la razón esfuerzo-recompensa se construyó una variable dummy en la que el umbral 1.0

discrimina entre el grupo de alto riesgo de presentar IAM (valores > 1) y el grupo de bajo riesgo o ningún riesgo de presentarlo (valores ≤ 1.0).

En relación con la segunda pregunta de investigación, se introdujo como predictora la variable trabajo no asalariado-asalariado.

Por último, en los análisis logísticos de los efectos moderadores se centraron todas las variables predictoras continuas restándolas de sus respectivas medias. Cada uno de estos resultados se multiplicó con cada uno de los componentes del modelo de Siegrist –la razón esfuerzo-recompensa dicotomizada y el esfuerzo intrínseco-. Para evaluar la posible moderación de cada variable se estimaron dos modelos logísticos, el primero de ellos sin los términos de interacción y el segundo, con ellos. Si el cambio de chi cuadrado entre los dos modelos resultaba estadísticamente significativo, se consideraba que el modelo estimado con los términos de interacción era moderador.

Análisis de regresiones logísticas

Análisis de regresiones logísticas de las variables psicosociales laborales.

Debido a que durante la recolección de los datos no fue viable el control metodológico del factor de riesgo tabaquismo al no poder conformar grupos equivalentes en este factor, se asumió el control estadístico del mismo incluyéndolo en el primer paso en los modelos de regresión logísticos desarrollados.

La tabla 6 presenta los resultados de la primera serie de regresiones logísticas. Se observa que el coeficiente de regresión logística de tabaquismo es estadísticamente significativo a juzgar por el estadístico de Wald ($W_k = 20.20$ (gl = 1, $p = .000$)). La significatividad indica que la variable permite la predicción de la ocurrencia de IAM en personas trabajadoras.

La capacidad discriminativa del tabaquismo en la probabilidad de ocurrencia de IAM queda determinada por su razón de probabilidades (odds ratio), la cual puede interpretarse en términos de que la persona trabajadora fumadora tiene nueve veces más probabilidades de haber tenido IAM respecto de la persona no fumadora.

El estadístico chi cuadrado = 24.88 (gl = 1, $p = .000$) indica que el modelo de regresión logística estimado con una variable independiente es estadísticamente significativo. Es decir, proporciona un mejor ajuste a los datos empíricos que el modelo *nulo*. Por su parte, el estadístico R cuadrado de Nagelkerke $R^2 = .27$ muestra que el modelo alcanza una eficacia discriminativa relevante de la presencia de IAM en trabajadores.

Finalmente, el modelo predice con éxito una mayor proporción de casos con presencia de IAM en relación con la no presencia de IAM.

El modelo 1 en la misma tabla 6 incluye el tabaquismo y la combinación de los componentes extrínseco e intrínseco del modelo de desbalance esfuerzo-recompensa como predictoras. Los tres coeficientes de regresión logística son estadísticamente significativos de acuerdo con los respectivos estadísticos de Wald obtenidos. La significatividad indica que las tres variables discriminan el haber tenido IAM en esta muestra de personas trabajadoras.

Tanto el tabaquismo como las dos predictoras del estudio se asocian de manera positiva con la presencia de IAM. El efecto de cada una de las predictoras en la discriminación de ocurrencia de IAM está dado por sus correspondientes razones de probabilidades.

El exponente de B en la razón esfuerzo-recompensa se interpreta en términos de que la persona trabajadora, perteneciente al grupo de alto riesgo, tiene ocho veces más probabilidades de presentar IAM, comparativamente con alguna otra persona perteneciente al grupo de bajo riesgo o de ningún riesgo, manteniéndose constantes

las otras dos variables independientes. Recuérdese que la razón esfuerzo–recompensa representa una medida dicotomizada de la ausencia sostenida de reciprocidad que discrimina entre dos grupos: uno de alto riesgo de presentar resultados adversos en la salud –en este caso IAM– y otro de bajo o ningún riesgo de presentar esos resultados.

Por su parte, el exponente de B en esfuerzo intrínseco indica que para cada incremento en una unidad de esta variable, manteniéndose constantes las otras dos variables independientes, la probabilidad de presentar IAM se incrementa en 1.25 veces más.

Es claro que la razón esfuerzo-recompensa muestra tener más peso o ser de mayor importancia en la discriminación de pertenencia al grupo de trabajadores con IAM, en comparación con el esfuerzo intrínseco.

En la medición del ajuste del modelo en su conjunto, el estadístico chi cuadrado = 33.92 (gl = 3, p = .000) indica que el modelo de regresión logística estimado con tres variables independientes es estadísticamente significativo. Esto permite concluir que el modelo es de utilidad en la discriminación de IAM en trabajadores, al proporcionar un mejor ajuste a los datos empíricos que el modelo *nulo*.

Por su parte, el estadístico R cuadrado de Nagelkerke $R^2 = .357$ indica que el modelo de regresión logística con tres variables independientes alcanza una eficacia discriminativa relevante de la ocurrencia de IAM en trabajadores.

Finalmente, el 73.4% del total de casos analizados lograron ser clasificados de manera correcta por el modelo de regresión logística estimado. El porcentaje de casos correctamente clasificados en las dos categorías de la variable criterio es semejante si bien el modelo predice con éxito una mayor proporción de casos con presencia de IAM en relación con la no presencia de IAM.

De conformidad con la recomendación de Siegrist (1996) de realizar un análisis minucioso tanto de los efectos combinados de los componentes del modelo como de sus efectos independientes, la tabla 6 ilustra los resultados de los análisis logísticos de efectos independientes. Ninguno de los coeficientes de regresión logística de los componentes del modelo desbalance esfuerzo-recompensa es estadísticamente significativo. La no significatividad indica que estas variables no logran discriminar de manera independiente la pertenencia al grupo de trabajadores con IAM.

En síntesis, el modelo de desbalance esfuerzo-recompensa de Siegrist demuestra tener capacidad discriminativa de la pertenencia o no al grupo con IAM en la muestra colombiana de trabajadores. El poder discriminativo de sus componentes se corrobora en sus efectos combinados, pero no así en los efectos independientes. La confirmación del modelo resulta aún más sugerente si se tiene en cuenta que las condiciones psicosociales del trabajo se evaluaron hasta un año y medio después de ocurrido el IAM, y que este evento entraña cambios importantes en distintas dimensiones de la vida de las personas, como se ilustra más adelante en los resultados sobre la centralidad.

Por último, con el propósito de desarrollar un modelo estadístico que mejor describiera la relación entre el criterio y el conjunto de variables predictoras del estudio, se realizó un análisis de regresión logística incluyendo en el modelo 1, además de las variables psicosociales laborales, la variable trabajo no asalariado-asalariado. Pero debido a que la introducción de esta variable no produjo un cambio estadísticamente significativo en chi cuadrado, se decidió excluirla del modelo.

Tabla 6

Resultados del análisis de regresión logística multivariado discriminativo de la ocurrencia de IAM por el factor de riesgo cardiovascular tabaquismo y los factores psicosociales laborales del modelo de estrés desbalance esfuerzo-recompensa (n = 109).

Predictor	Modelos			
	1	2	3	
Tabaquismo	2.186** (8.94)	2.54** (12.73)	2.30** (10.01)	2.37** (10.73)
Razón esfuerzo-recompensa		2.15* (8.54)	1.47 (4.36)	
Esfuerzo intrínseco		.22* (1.25)		.162 (1.18)
Constante	-1.58	-5.95	-3.03	-3.29
Chi-cuadrado	24.88**	33.92**	27.85**	31.32**
g.l.	1	3	2	2
- 2 log	125.78	116,74	122,80	123,06
% predicho de participantes con IAM	86.3	78.4	86.3	82.4
% predicho de participantes sin IAM	58.6	69	58.6	63.9
% predicho global de participantes	71.6	73.4	73.4	72.3

Nota: Coeficientes de regresión logística no estandarizados con la razón de probabilidades entre paréntesis. El modelo 1 incluye el factor de riesgo tabaquismo y la combinación de las variables razón esfuerzo-recompensa y el esfuerzo intrínseco. El modelo 2 incluye el factor de riesgo tabaquismo y la variable esfuerzo-recompensa. El modelo 3 incluye este mismo factor de riesgo y la variable esfuerzo intrínseco.

*p<.05. **p = .000

Análisis de regresión logística de la variable trabajo no- asalariado-asalariado.

Como se describió más arriba, en la muestra estudiada, únicamente siete de las 117 personas cumplían con los tres criterios que definen a un trabajador como subempleado de acuerdo con las resoluciones emanadas de la OIT y adoptadas por el DANE para la medición de este fenómeno –el deseo de trabajar más horas o de cambiar de trabajo, la acción de búsqueda de trabajo en el último mes y la disponibilidad para trabajar más horas o iniciar un nuevo trabajo–. Por esta causa, no fue posible realizar examen de la asociación entre la característica laboral empleo-subempleo e IAM.

En su lugar, y ante la percepción de una alta frecuencia de trabajadores no asalariados, en especial en el grupo de personas con diagnóstico de IAM, se puso a prueba una hipótesis alternativa con la variable dicótoma trabajo no asalariado–asalariado.

El modelo estimado se puede observar en la tabla 7. El coeficiente de regresión logística de trabajo no asalariado-asalariado no alcanza la significación estadística ($W_k = 2.0$ ($gl = 1$, $p = .158$)). Es decir, la situación laboral de trabajo no asalariado o asalariado no interviene en la discriminación de la ocurrencia de IAM en los trabajadores.

Tabla 7

Resultados del análisis de regresión logística multivariado predictivo de la ocurrencia de IAM por el factor de riesgo cardiovascular tabaquismo y la situación laboral trabajo no asalariado–asalariado (n=112).

Predictor	Modelo
Tabaquismo	2,27** (9,70)

Predictor	Modelo
Trabajo no asalariado–asalariado	,62 (1,86)
Constante	-2,00
Chi-cuadrado	29,54**
gl	2
% de participantes con IAM	86,3
% de participantes sin IAM	60,7

Nota: Coeficientes de regresión logística no estandarizados con la razón de probabilidades entre paréntesis. (El modelo incluye el factor de riesgo cardiovascular de tabaquismo y la situación laboral trabajo no asalariado–asalariado).

**p = .000

Análisis de efectos moderadores. No fue posible hacer el examen de la moderación de la centralidad del trabajo por la falta de datos comparables con la centralidad *después* del IAM en el grupo de personas sin este diagnóstico. El análisis de los efectos interactivos con las variables de las transferencias negativas y positivas entre la vida laboral y la familiar se puede apreciar en las tablas 8 y 9 respectivamente. Ninguno de los cambios en el estadístico chi cuadrado de los modelos estimados fue estadísticamente significativo, luego no se comprobaron los efectos interactivos examinados.

Tabla 8

Resultados del análisis de efectos interactivos logísticos de las transferencias negativas entre el trabajo y la familia. (n = 109)

Predictor, términos de interacción	Modelo 1	Modelo 2
Tabaquismo	-2,61	-2,67

Predictor, términos de interacción	Modelo 1	Modelo 2
	(,07)	(-2,63)
Transferencia negativa trabajo-familia	-,10 (,90)	-,09 (,91)
Transferencia negativa Familia-trabajo	,00 (1,00)	,12 (1,14)
Razón esfuerzo-recompensa	-1,93 (,14)	-1,93 (,15)
Esfuerzo intrínseco	,28 (1,32)	,25 (1,30)
Constante	3,45	
Chi cuadrado	35,11**	
.g.l.	5	
Tabaquismo x transferencia negativa trabajo-familia		-,01 (,99)
Razón esfuerzo-recompensa x transferencia negativa trabajo-familia		-,01 (,99)
Esfuerzo intrínseco x transferencia negativa trabajo-familia		-,02 (,98)
tabaquismo x transferencia negativa familia-trabajo		-,09 (,92)
Razón esfuerzo-recompensa x transferencia negativa familia-trabajo		-,24 (,78)
Esfuerzo intrínseco x transferencia negativa familia-trabajo		-,02 (,99)
Constante		3,58
Chi cuadrado		36,46**
g.l.		11
Cambio Chi cuadrado		1,35
g.l.		6

Nota: Coeficientes de regresión logística no estandarizados con la razón de probabilidades entre paréntesis. El modelo 1 incluye el factor de riesgo tabaquismo, y

las variables independientes. El modelo 2 incluye tabaquismo, las variables independientes y los términos de interacción.

**p=.000

Tabla 9

Resultados del análisis de efectos interactivos logísticos de las transferencias positivas entre el trabajo y la familia. (n = 109)

Predictor, términos de interacción	Modelo 1	Modelo 2
Tabaquismo	-2,66 (,07)	-2,96 (,05)
Transferencia positiva trabajo-familia	,09 (1,09)	,36 (1,43)
Transferencia positiva Familia-trabajo	,08 (,93)	-,39 (,68)
Razón esfuerzo–recompensa	-2,06 (1,27)	-3,93 (,02)
Esfuerzo intrínseco	,24 (,13)	,28 (1,33)
Constante	3,53	
Chi cuadrado	35,01**	
.g.l.	5	
Tabaquismo x transferencia positiva trabajo–familia		-1,71 (,84)
Razón esfuerzo recompensa-Xtransferencia positiva trabajo-familia		-,41 (,66)
Esfuerzo intrínseco Xtransferencia positiva trabajo-familia		,42 (1,04)
tabaquismo Xtransferencia positiva familia-trabajo		,20 (1,21)
Razón esfuerzo-recompensa Xtransferencia positiva familia-trabajo		1,44 (4,21)
Esfuerzo intrínseco Xtransferencia positiva familia-trabajo		-,08 (,92)
Constante		4,02
Chi cuadrado		40,42**
.g.l.		11
Cambio Chi cuadrado		5,41
.g.l.		6

Nota: Coeficientes de regresión logística no estandarizados con la razón de probabilidades entre paréntesis. El modelo 1 incluye el factor de riesgo tabaquismo, y las variables independientes. El modelo 2 incluye tabaquismo, las variables independientes y los términos de interacción.

**p=.000

Durante el diseño de la investigación no era posible anticipar que los puntajes de la centralidad del trabajo, y de otros aspectos de la vida, iban a cambiar sustancialmente con la experiencia de enfrentarse al IAM. Esta transformación sólo fue evidente en la fase de recolección de los datos cuando los participantes reportaron al grupo de investigadoras que los valores de la centralidad eran otros muy distintos antes del IAM pues este evento les “cambió la vida”. Los autorreportes llevaron entonces a indagar, en las personas con IAM, los valores de la centralidad *antes y después* del mismo como un análisis complementario.

Este análisis consistió en determinar en el grupo de personas con IAM, si los valores de la centralidad del trabajo, así como de los otros cuatro aspectos evaluados, a saber, de la centralidad del descanso, la comunidad, la religión y la familia, diferían significativamente *antes y después* del IAM. La tabla 10 muestra estos resultados. A excepción de la centralidad en la comunidad, todas las diferencias de las medias son significativas, los resultados resultan sugerentes al tomar en cuenta que la media de la centralidad se incrementa en descanso, religión y familia después de ocurrido el IAM mientras que lo contrario ocurre en la centralidad del trabajo, ésta disminuye.

Tabla 10

Prueba t para la diferencia entre medias de centralidad de los diferentes aspectos de la vida antes y después de ocurrido el IAM. (n = 55).

Predictor	Media Antes de	Media después de	T	gl
Centralidad de descanso	13,27	20,82	4,80***	54
Centralidad comunidad	6,18	7	,94	54
Centralidad trabajo	45,64	31,67	-6,03***	54
Centralidad religión	7,13	9,58	2,86**	54
Centralidad familia	27,42	31,42	2,82**	54

p<.01. *p = .000

Discusión

Con el presente estudio se pretende contribuir a un mayor conocimiento de las relaciones que se presentan en nuestro país entre las condiciones laborales, el estrés y la morbilidad cardiovascular, específicamente el IAM (infarto agudo del miocardio). Un propósito secundario es explorar si las variables centralidad del trabajo y transferencias familia–trabajo, trabajo–familia moderan la relación entre las condiciones psicosociales laborales y la presencia o no del IAM.

Los hallazgos encontrados indican que los propósitos establecidos en el estudio fueron alcanzados. A continuación se comentarán los resultados en función de las hipótesis planteadas.

Condiciones psicosociales laborales esfuerzo–recompensa e IAM.

De acuerdo con la hipótesis principal de este estudio, la discrepancia mantenida entre un alto esfuerzo invertido en el trabajo y una baja recompensa recibida se asocia a procesos de estrés y de morbilidad cardiovascular, específicamente IAM.

Los resultados de la presente investigación sustentan dicha hipótesis. La capacidad discriminativa de los componentes del modelo de desbalance esfuerzo–recompensa respecto de la ocurrencia de IAM queda establecida en términos de las razones de probabilidades que arrojan los resultados del estudio. En este sentido, El componente extrínseco, definido por la razón esfuerzo recompensa, reviste mayor importancia que el componente intrínseco en la diferenciación entre los grupos estudiados. La razón de probabilidades de 8.5 del componente extrínseco respalda la predicción del modelo referente a que la ausencia de reciprocidad produce efectos nocivos en la salud por sobre todos los efectos de los componentes individuales.

Esta razón de probabilidades sugiere que en las personas de alto riesgo de presentar IAM en la muestra colombiana, la discrepancia sostenida entre los esfuerzos extrínsecos invertidos en el trabajo y las recompensas obtenidas, se asocia con la instauración de un proceso de estrés crónico y la probabilidad particularmente alta de haber presentado esta enfermedad.

Podría pensarse de manera más específica, con base en los indicadores del modelo examinados, que en los participantes del estudio las condiciones de trabajo altamente demandantes –sobrecarga laboral, exceso de responsabilidades, tiempos de trabajo prolongados o esfuerzos físicos– unidas a bajas recompensas –insuficiente reconocimiento por el trabajo desempeñado e inseguridad laboral– han constituido y aún pueden seguir estableciendo, en conjunto, condiciones estresantes de alto costo/bajo beneficio. Tal combinación, según los presupuestos conceptuales, conduce al individuo a experiencias emocionales recurrentes de amenaza, rabia, depresión o desmoralización, que a su vez desencadenan reacciones autonómicas sostenidas propias de la respuesta de estrés (Siegrist, 1996).

En línea con los presupuestos del modelo, la razón de probabilidades de la variable esfuerzo intrínseco de 1.25 puede interpretarse en términos de que en la muestra estudiada las condiciones estresantes arriba citadas pueden resultar más nocivas para la salud cardiovascular en aquellas personas que tienden a responder a las mismas con un alto esfuerzo intrínseco, vale decir, un estilo personal de excesivo compromiso con el trabajo, incluso en condiciones de baja ganancia.

En los participantes del estudio, son de especial importancia algunos indicadores medidos respecto de la dificultad para establecer distancia cognitiva de los asuntos del trabajo una vez se ha concluido con él. Por ejemplo despertarse en las mañanas pensando en los problemas del trabajo, no poder olvidarse del mismo al llegar a la

casa y la dificultad para conciliar el sueño si se aplaza algo necesario de hacer en el trabajo (ver apéndice 1, Cuestionario de la situación laboral III).

De otra parte, resultan relevantes los resultados obtenidos en el sentido de que mientras el efecto combinado de los dos componentes del modelo en la probabilidad de aparición de IAM fue estadísticamente significativo, los efectos independientes no lo fueron. La confirmación de los efectos combinados da soporte empírico a la predicción del modelo respecto de que los mayores impactos en la salud se relacionan con la influencia concertada de los componentes extrínseco e intrínseco.

El hallazgo de esta investigación acerca del efecto combinado de los componentes contribuye a la extensión de las evidencias empíricas que viene acumulando el modelo de desbalance esfuerzo–recompensa, especialmente en estudios europeos prospectivos. En particular se ha encontrado que en trabajadores directivos las aspiraciones de promoción no cumplidas luego de varios años de excesivo esfuerzo constituyen un factor de riesgo frecuente entre pacientes con IAM prematuro (Siegrist, Dittman, Rittner y Weber, 1982).

De igual forma, se conoce que el riesgo relativo de nuevos IAM es entre dos y cuatro veces mayor en los trabajadores que experimentan un desequilibrio entre un alto esfuerzo y una baja recompensa. Entre los factores de recompensa investigados por el modelo de Siegrist se destacan por su poder predictivo, el bloqueo en la promoción y la inseguridad laboral (Fernández-López y cols, 2003).

Así mismo, Peter, Siegrist, Hallqvist, Reuterwall, Theorell, y SHEEP study Group (2002) encontraron una razón de probabilidades de 1.4 en el examen del efecto independiente de la razón esfuerzo–recompensa en un estudio transversal con pacientes hombres con IAM como grupo de referencia, y pacientes sanos como grupo de comparación.

De otro lado, en la literatura consultada se encuentran evidencias recientes de la comprobación de los efectos independientes de los componentes del modelo esfuerzo–recompensa, diferentes a los resultados del presente estudio (Peter, Alfredson, Hammar, Siegrist, Theorell, y Westerholm, 1998; Siegrist, Peter, Cremer, y Seidel, 1997). Es decir, la evaluación de los efectos independientes queda abierta a la investigación en nuestro medio.

Antes de proseguir, es preciso argumentar que si bien el presente estudio es de carácter transversal y retrospectivo, es válido reconocer que la razón esfuerzo–recompensa, que discrimina entre un grupo con IAM y otro sin este diagnóstico, era una condición previa a la enfermedad. Recuérdese, tal como se mencionó en el marco conceptual, que el estrés laboral es un fenómeno de naturaleza crónica y es precisamente en virtud de esa cronicidad que se acumulan las consecuencias nocivas para la salud que, en el largo plazo, se asocian a riesgos y enfermedad cardiovascular, en nuestro caso el IAM.

Al respecto Siegrist (2002) explica que debido a la evidencia bien establecida de que la tensión crónica ejerce un efecto fisiopatológico tanto en los factores de riesgo como en la enfermedad, especialmente en la enfermedad coronaria, estos son los indicadores de salud elegidos en los estudios de evaluación del modelo.

De igual modo, en investigaciones epidemiológicas prospectivas y transversales como las citadas tanto en el marco conceptual como en este apartado, se corrobora el postulado teórico del efecto acumulativo de los componentes extrínseco e intrínseco en la salud, principalmente cardiovascular. Expresado en otros términos, los presupuestos teóricos y los hallazgos de investigaciones previas incluyen la razón esfuerzo–recompensa como factor predictor de riesgo y enfermedad cardiovascular. Estas evidencias dan pie para pensar que la razón esfuerzo–

recompensa del presente estudio puede constituir un factor predictor de IAM en nuestro medio.

En este punto se debe volver al modelo demanda–control–apoyo social de Karasec y Theorell (1990), antecedente teórico y empírico de esta investigación. Acogiendo la idea de Kasl (1996), se puede pensar que el modelo de desbalance esfuerzo–recompensa amplía los planteamientos teóricos y los hallazgos empíricos obtenidos con la aplicación del modelo demanda–control en los estudios previos en nuestro medio mencionados atrás, pues en el campo de conocimiento de las relaciones entre el trabajo y la salud los aportes de una propuesta complementan los de otra, más que darla por descontada.

Como anotan Fernández–López y cols. (2003), la predicción de los efectos del estrés laboral sobre la salud es sustancialmente mejor si se toma en cuenta la combinación de variables contextuales y subjetivas. En consecuencia, el modelo demanda–control resulta útil particularmente en la evaluación e intervención en factores organizativos que pueden tener efectos adversos en la salud, como por ejemplo, la división del trabajo, diseño de los puestos de trabajo, flujo de información o manejo de las jerarquías organizacionales.

Los hallazgos de este estudio entrañan implicaciones no sólo teóricas sino también metodológicas y para las aplicaciones prácticas del modelo, como se verá a continuación.

Como bien argumenta Siegrist (1996), el razonamiento teórico del modelo requiere una combinación de información contextual o descriptiva del trabajo, de una parte, e información evaluativa de la otra, para efectos del examen del desbalance esfuerzo–recompensa. Así, al tomar en cuenta diversas fuentes de información concernientes a condiciones laborales objetivas, a evaluaciones subjetivas y aún al procesamiento de información afectiva al nivel neurológico, el modelo de Siegrist

demuestra su coherencia con una perspectiva relacional del estrés, y con ello se constituye en una opción sólida para la construcción del conocimiento acerca de las relaciones entre el trabajo, el estrés y la salud en nuestro medio, así como lo es en otras latitudes.

La complejidad del fenómeno del estrés laboral que se advierte al estudiar el modelo de Siegrist, lleva a considerar en lo teórico la siguiente propuesta de Lazarus (1999):

“La teoría sistémica adopta una postura muy diferente acerca de la mente, la emoción y la acción. Primero que todo, concibe la mente y la conducta como subsistemas que operan dentro de sistemas más amplios, usualmente vistos en diferentes niveles de análisis, por ejemplo, el nivel socio-político, el nivel psicológico de la mente, el nivel fisiológico centrado en el cerebro, los nervios periféricos y las sustancias hormonales, el nivel microbiológico de los procesos celulares y las partículas físicas. Una de las más grandes ambiciones que para algunos aparece como una esperanza fútil es contar con una ciencia unificada que cartografíe las interconexiones e interdependencias de cada nivel” (pág.22).

En este orden de ideas, Lazarus (1999) observa de manera crítica que la investigación sobre el estrés laboral en las últimas décadas de fin del milenio enfatizaba la organización del trabajo en el ámbito industrial, y en menor grado, en variables de la personalidad como fuentes separadas de estrés laboral. En consecuencia, ciertas circunstancias transaccionales inherentes al mismo proceso de estrés –por ejemplo conflictos interpersonales o procesos de afrontamiento– eran omitidas en gran parte de las investigaciones. En contraposición, el autor aboga por la perspectiva transaccional en el quehacer investigativo.

Ahora bien, entre las implicaciones para la aplicación de la investigación, se considera pertinente adoptar la iniciativa de Lazarus (1999) quien intercede a favor

de un enfoque transaccional, centrado en la perspectiva del significado relacional, con énfasis en los procesos interpersonales y los contextos en los cuales ocurren, y en las diferencias individuales. Este autor observa que los enfoques que se dirigen a cambiar solamente la situación o solamente la persona en lugar de buscar el cambio en las transacciones laborales diarias en grupos particulares de personas, terminan por ser ineficaces en el manejo del estrés en el trabajo.

En esta línea de pensamiento cabe plantear el interrogante acerca de en qué medida las estrategias de evaluación e intervención lideradas por organismos y entidades de la salud en general y de la salud ocupacional en particular, presuponen una influencia combinada de las variables de la persona y de la situación en los efectos en la salud asociados al estrés, o si por el contrario, tal y como anota Conduit (1995) “el consenso médico actual otorga al estrés el carácter de factor de riesgo adicional, pero es considerado mucho menos importante que los factores biomédicos clásicos en términos de riesgo de recurrencia de enfermedades del corazón” (Pág. 171)

Con base en las anteriores consideraciones, los hallazgos de esta investigación constituyen una coyuntura para cerrar lo que Lazarus (2000) y Tennen y cols, (2000) llaman *la brecha* existente entre la teoría –la investigación– y la práctica en el campo de estudio del estrés. Establecida la ineficacia de estudiar e intervenir en un solo aspecto de las transacciones estresantes en el trabajo, queda para la futura investigación y el quehacer aplicado el continuar evaluando la *combinación* de factores tanto situacionales como personales del estrés laboral.

Por último, a partir de la literatura reportada y de los resultados del presente estudio emergen variadas oportunidades para futuras investigaciones, entre ellas, (a) extender la capacidad de predicción del modelo de estrés laboral de Siegrist a otros indicadores de salud cardiovascular tales como HTA, dislipidemia y enfermedad

coronaria en correspondencia con los hallazgos que se vienen encontrando de distintos estudios como los citados en el marco conceptual y en este apartado de discusión. Además de ello, Siegrist (2002) indica la pertinencia de explorar otros indicadores de salud que forman parte sustancial del contexto laboral tales como desordenes afectivos, consumo de alcohol, síntomas musculoesqueléticos y psicosomáticos; (b) evaluar las diferencias de sexo en función de las variables psicosociales del trabajo, pues si bien es cierto que los resultados de la salud cardiovascular debidos a procesos de estrés generalmente afectan más a los hombres que a las mujeres, como lo demuestra el grupo de participantes de este estudio, también lo es la tendencia mantenida del incremento de la participación de la mujer en el mercado laboral. Al respecto, cabe anotar que en la muestra colombiana, mientras la gran mayoría de personas con diagnóstico de IAM eran hombres, las mujeres lo eran en el grupo de prevención primaria en el que recibían atención por diagnósticos de factores de riesgo cardiovascular; (c) por último, estudiar más a fondo, en términos de las variables psicosociales laborales, el doble patrón que caracteriza la fuerza laboral en el país como se describió en el marco conceptual. Este reto entraña continuar evaluando de manera más minuciosa la aplicación del modelo de Siegrist en grupos de trabajadores importantes de la fuerza de trabajo del país como son los trabajadores subempleados y del sector informal.

Situación laboral de trabajo no asalariado-asalariado e IAM.

De acuerdo con la hipótesis formulada se esperaba que las personas con trabajo no asalariado mostraran mayor probabilidad de presentar IAM comparativamente con las personas asalariadas. Los datos no sustentaron esta hipótesis.

Pese a que en cierto sentido la ausencia de asociación entre trabajar de forma no asalariada o asalariada de una parte, y la probabilidad de ocurrencia de IAM de otra, constituye un hallazgo de alguna manera alentador para los trabajadores, con la perspectiva del modelo de desbalance esfuerzo–recompensa, se puede presuponer que el trabajo no asalariado eventualmente pone en mayor riesgo la continuidad del rol laboral, y por ende, el control sobre las recompensas, en comparación con las situaciones de trabajo asalariado.

La mayor amenaza a la continuidad del rol ocupacional que entraña la forma de trabajo no asalariado constituiría un factor de riesgo de estrés sostenido en el sentido de Siegrist (1996).

Una posible explicación de la ausencia de significatividad de la variable situación laboral en la discriminación del IAM, podría encontrarse en el diseño del instrumento utilizado para medirla. Los ítems que miden la variable trabajo no asalariado-asalariado pueden revestir imprecisiones conceptuales. Tal es el caso de la distinción requerida entre empleado doméstico y trabajador por cuenta propia, o la diferencia entre este mismo tipo de trabajo y el de patrón o empleador, por ejemplo (ver apéndice 1, cuestionario de la situación laboral I).

Respecto al subempleo, dada su alta prevalencia en nuestro medio, se quiere de todas formas hacer mención una serie de aspectos tanto de orden teórico como metodológico cuya consideración crea más retos y oportunidades de estudiar y poner a prueba empírica lo que en los planteamientos de Siegrist constituyen condiciones laborales contextuales.

En primer lugar, en el grupo estudiado, una proporción importante de personas desean y están disponibles para trabajar más tiempo o emprender un nuevo trabajo, pero no han hecho diligencias de búsqueda de trabajo en las últimas cuatro semanas. De acuerdo con los criterios citados, si la persona no busca trabajo no es

subempleada. El subempleo, que se entiende como una variable de la persona, y por tanto, una medida de información de naturaleza subjetiva, es susceptible de ser revisada críticamente en este segundo criterio. Al respecto bien vale la pena retomar el análisis que hace Siegrist (1996) a la pregunta de por qué razón una persona insiste en una experiencia de alto esfuerzo y poca recompensa como parece ser la condición citada de no pocos de los participantes en esta investigación.

Si las personas perciben insuficiencia de horas de trabajo o condiciones inadecuadas por ingresos o competencias y por ello desean trabajar más o cambiar de trabajo (condición alto costo/baja recompensa), en principio tenderían a eliminar o reducir esta condición para maximizar la recompensa, por ejemplo, buscando otra opción laboral. Pero los hallazgos del estudio indican que esto no ocurre así.

En la explicación que propone Siegrist (1996) a este tipo de situaciones, se enfatiza el hecho de que no es lo mismo pensar en que una persona emprende una decisión de búsqueda de trabajo en condiciones sociales descontextualizadas, es decir, con independencia de las estructuras sociales de las oportunidades laborales y de conservación del trabajo, que pensar en que debe tomar esa misma decisión en un contexto social de alta restricción sobre el control del estatus laboral, como es el caso en nuestro medio. Así, por ejemplo, resulta comprensible que una persona en medio de escasas oportunidades laborales no reduzca sus esfuerzos en el trabajo aun si obtiene de él pocas recompensas, pues los costos potenciales de perder el trabajo pueden ser mayores que los de aceptar condiciones escasos beneficios. Las frecuentes alusiones de los participantes sobre el hecho de “qué más me pongo a hacer si no hay más” ilustran este aspecto.

Por otro lado, la cifra mensual de desempleo cercana al 20% que reporta el DANE representa un muy buen indicador de la condición de bajo control del estatus laboral en nuestro medio, y ayuda además a explicar el no cumplimiento del criterio

de búsqueda para una definición de subempleo, pues el subempleado sabe de las muy pocas probabilidades de éxito en su misión.

En este orden de ideas, el trabajo de Ocampo, Sánchez y Tovar (2000) sobre los efectos que han tenido las reformas estructurales sobre el mercado laboral del país, bien revela las condiciones de bajo control del estatus laboral aludidas:

“En términos de la actividad productiva, la economía ha crecido durante la presente década a tasas moderadas con mayor inestabilidad que en el pasado. (...) A lo largo del proceso se han debilitado significativamente los sectores más expuestos a la competencia externa y se ha deteriorado el mercado laboral. Este último, en efecto, ha experimentado un proceso de recomposición, acompañado de un deterioro de la generación de empleo, especialmente en los sectores productivos más abiertos a la competencia internacional, como la agricultura y la industria manufacturera. La recomposición del mercado laboral se ha manifestado en la expulsión de mano de obra de baja educación que no ha sido compensada completamente con una mayor generación de empleo de trabajadores más educados. Esto sugiere que el cambio técnico que ha tenido lugar a lo largo de la década se ha orientado hacia procesos más intensivos en mano de obra educada, al tiempo que ha ahorrado mano de obra de todos los grados de calificación” (Pág. 2).

Otra observación teórica tiene que ver con un posible fenómeno de desesperanza aprendida en trabajadores subempleados. De acuerdo con esta teoría, un individuo termina por desarrollar un estado de pasividad y de sentido de incapacidad para actuar y controlar su vida cuando vive experiencias aversivas recurrentes en las cuales sus esfuerzos han resultado infructuosos para el logro de los resultados esperados (Seligman, 1973). En concordancia con este planteamiento teórico, las personas subempleadas pueden llegar a desarrollar algún sentido de desesperanza al verse confrontadas con oportunidades laborales escasas y poco

controlables (de nuevo, el índice de desempleo puede ser un buen indicador de esta condición), que las llevaría a la inacción en lo que a buscar opciones de trabajo se refiere.

En síntesis, de acuerdo con las consideraciones previas es plausible plantearse la posibilidad de relativizar el criterio de búsqueda de trabajo en el estudio del subempleo en contextos laborales como el nuestro, caracterizado, entre otros aspectos, por una condición de poco control del estatus laboral.

Tomando ahora el plano metodológico de este estudio para una posible interpretación de la inviabilidad de poner a prueba la segunda hipótesis, es posible pensar que el cumplir simultáneamente con los requerimientos de controlar metodológicamente los efectos de confusión, que de otro modo se podían introducir por los factores de riesgo cardiovascular de una parte, y lograr una mayor representación de las personas subempleadas de otra parte, requiere una muestra más grande.

Efecto moderador de la centralidad del trabajo en la relación entre las variables psicosociales laborales y la ocurrencia de IAM

La tercera hipótesis planteada en este estudio hace referencia a que las personas con alta centralidad en el trabajo presentan mayor probabilidad de tener IAM cuando laboran en condiciones de alto esfuerzo–baja recompensa.

Tal efecto moderador no fue confirmado por los resultados obtenidos. En la evaluación de estos resultados es pertinente retomar ciertos aspectos teóricos y metodológicos relacionados con la investigación sobre el estrés. En primer lugar, la significatividad estadística del componente intrínseco del modelo de desbalance esfuerzo–recompensa observada en la presente investigación, da pie para pensar en

la validez que reviste la hipótesis de la centralidad del trabajo. Recordemos la idea de Lazarus (1999) de que la esencia de la teoría relacional del estrés es el proceso de valoración, el cual da cuenta de la forma como diversas personas construyen significados relacionales relevantes para su propio bienestar acerca de lo que está sucediendo en su entorno y, por tanto, de cómo puede afrontar los eventos. En consecuencia, es plausible asumir que la centralidad del trabajo constituye un indicador del significado relacional que las personas construyen acerca del trabajo y, en virtud de este significado es posible observar efectos moderadores en las relaciones entre el trabajo y la salud.

El respaldo empírico a estos planteamientos bien puede encontrarse en los hallazgos que reporta Kasl (1996) respecto de la asociación entre desempleo y morbimortalidad cardiovascular. Los europeos muestran tasas de mortalidad cardiovascular asociadas al desempleo mucho más altas que los norteamericanos. Para Kasl, esta discrepancia representa una diferencia cultural del significado que unos y otros elaboran del trabajo, siendo para los europeos un aspecto más importante en sus vidas comparativamente con los norteamericanos. En otras palabras, Kasl (1996) da soporte a la idea de que existe diversidad cultural respecto del significado y la importancia que el trabajo tiene para las personas, las cuales marcan diferencias en la forma como ellas reaccionan a eventos de estrés en el contexto laboral. De esta manera, el tema del significado que las personas construyen del trabajo y su papel en las relaciones entre las condiciones laborales y las consecuencias para la salud queda abierto a la investigación.

Una explicación teórica-metodológica viable a los hallazgos de ausencia de moderación de la variable centralidad del trabajo, se remite, de nuevo, a los planteamientos teóricos de Lazarus (1999) pero en este caso, a aquellos concernientes a la idea de proceso y estructura en el estudio del estrés.

De acuerdo con Lazarus, la valoración, y por consiguiente la centralidad, constituyen procesos psicológicos más que estructuras y como tales ameritan un tratamiento metodológico acorde con su naturaleza. Pero en el caso de la presente investigación, al intentar dar respuesta a una pregunta de investigación que entraña esencialmente un proceso psicológico, se ha recurrido a una metodología que presupone básicamente una estructura.

La medición transversal de la centralidad –cabe destacar que se trataba de la centralidad actual del trabajo como se explicó más arriba– no logra mostrar el cambio en el tiempo de esta variable. Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas observadas entre las puntuaciones promedio de la centralidad *antes* y *después* del IAM, constituye un indicio de que la centralidad si puede estar ejerciendo algún efecto y que se trata de un proceso psicológico.

Una alternativa metodológica al estudio de la centralidad es complementar el diseño transversal con aquellos prospectivos, orientados al proceso tal y como lo proponen Lazarus (2000) y Tennen, H.; Affleck, G.; Armeli, S.; Carney, M. (2000)

Efecto moderador de las transferencias negativas y positivas entre el trabajo y la familia en la relación entre las variables psicosociales laborales y la ocurrencia de IAM

La última de las hipótesis se dirigía a comprobar que las personas con transferencias negativas trabajo–familia, familia–trabajo tienen mayor probabilidad de presentar IAM cuando laboran en condiciones de alto esfuerzo–baja recompensa o cuando son subempleadas.

Contrario a las expectativas, los hallazgos de este estudio no confirman los presupuestos teóricos ni las evidencias empíricas a favor de la transferencia

existente entre las experiencias de la vida familiar y laboral de las personas. Un presupuesto básico que orienta la presente investigación es que el fenómeno del estrés debe comprenderse como un proceso y en un contexto, en el sentido de que, por ejemplo, los niveles de estrés percibidos en la experiencia familiar pueden minimizar o aumentar aquellos que se experimentan en la vida laboral.

Junto a la ya abundante comprobación empírica de las transferencias entre el trabajo y la familia figuran los hallazgos encontrados en las dos muestras colombianas, en estudios previos sobre la relación entre los múltiples roles y la salud de hombre y mujeres arriba comentados (Gómez, Pérez, Feldman, Bajés y Vivas, 2000; Gómez 2001; Gómez, Pérez, 2002).

En la interpretación de estos resultados pueden tomarse en cuenta varios aspectos teóricos y metodológicos. Uno de ellos se relaciona con la idea de que la transferencia de experiencias entre la vida del trabajo y de la familia puede tener un resultado neto positivo o negativo en los trabajadores, dependiendo de la influencia de otras variables, no tenidas en cuenta formalmente en este estudio, tales como las diferencias individuales respecto de estrategias de afrontamiento y de la efectividad del mismo en los participantes. En este mismo orden de ideas, el fenómeno de las transferencias laborales y familiares, entraña un proceso dinámico y complejo en el cual las personas emplean recursos cognitivos, conductuales y de carácter social que pueden generar resultados individuales diversos para su salud y que la metodología utilizada en la presente investigación no alcanza a capturar.

De otra parte, debe considerarse el instrumento utilizado para examinar las transferencias. Si bien se trata de un instrumento cuyas propiedades psicométricas están establecidas en otras investigaciones, no es una prueba estandarizada en nuestro medio y ello pudo haber afectado los datos obtenidos.

Limitaciones de la investigación.

Durante la investigación se hicieron evidentes algunas deficiencias en los cuestionarios. En particular, el instrumento de desbalance esfuerzo-recompensa (ERI) está concebido para evaluar las condiciones psicosociales laborales en la forma de trabajo asalariado y hubo necesidad de hacer adecuaciones al lenguaje para lograr que un número importante de ítems aplicara a más de la mitad de los participantes en la investigación, quienes desempeñaban trabajos no asalariados. Con todo, este cuestionario aun requiere revisión en la adecuación del lenguaje en el caso de ser utilizado en futuras investigaciones con trabajadores no asalariados.

De igual modo, el cuestionario de transferencia familia-trabajo amerita una evaluación de sus propiedades psicométricas a fin de continuar utilizándolo en investigaciones sobre estrés y múltiples roles.

Finalmente, otra limitación encontrada fue el carácter transversal de la medición de la centralidad actual del trabajo. Al respecto se estima conveniente complementar este tipo de metodología con otras prospectivas y de proceso.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación representan un punto de partida teórico y metodológico para la continuación de la labor de investigación en el campo de las relaciones entre el trabajo, el estrés y la salud en nuestro medio.

Sus hallazgos constituyen una contribución al conocimiento acerca las condiciones bajo la cuales el estrés laboral induce a la morbilidad cardiovascular, IAM.

En los aspectos metodológicos, la evidencia de la naturaleza compleja del fenómeno de interés, lleva a considerar diversas metodologías longitudinales y de proceso.

En el actual contexto mundial y nacional de cambios acelerados en las condiciones laborales, pareciera que el dar cuenta del impacto que tales transformaciones producen en la salud de las personas resulta en un desafío casi insalvable para la investigación. Esta circunstancia, sin embargo, emerge como una justificación sustancial para continuar explorando, en nuestro medio, las relaciones entre el trabajo, el estrés y la salud.

De la presente investigación emergen variados temas de investigación para futuros estudios ya comentados más arriba pero que aquí se sintetizan: (a) los efectos del estrés laboral en otras alteraciones de la salud cardiovascular y de otro orden, (b) las diferencias de sexo en el estrés laboral, y (c) la exploración del estrés laboral en los diferentes grupos que conforman la fuerza laboral del país y que en conjunto configuran el doble patrón – trabajos complejos y de supervivencia-.

Finalmente, Al quedar demostrada la capacidad discriminativa de los factores psicosociales del trabajo respecto de la pertenencia o no al grupo con IAM, la tarea de otorgar a estos factores una posición más central en el conjunto de riesgos cardiovasculares clásicos resulta impostergable. La consecuencia práctica más evidente de este hallazgo es la de implantar acciones de prevención primaria de la ocurrencia del IAM asociado a estrés laboral, así como de prevención secundaria en aquellas personas trabajadoras que ya han tenido IAM. Por supuesto, la labor implica un trabajo mancomunado entre investigadores, instancias gubernamentales, entidades de salud y los propios trabajadores.

Referencias

- & angst; Kerstedt, T., Alfredsson, L. & Theorell, T. (1987). Arbetstid och sjukdom—en studie med aggregerade data. Working hours and illness—a study with aggregated data. *Stressforskningsrapporter 190*, 694–705.
- Appels, A. & Mulder, P. (1989). Fatigue and heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 727–738.
- Barnett, R. (1996). *Toward a review of the work/family literature: Work in Progress*. Boston: Wellesley College Center of Research on Women.
- CIET (1998), Decimosexta conferencia internacional del trabajo. En DANE, Universidad. Javeriana Instituto de Políticas de Desarrollo (comp.). Subempleo y bienestar social. Seminario internacional “subempleo y bienestar social”. Bogotá: Editorial 2000.
- Conduit, E. (1995). *The body under stress. Developing skills for keeping healthy*. Hillsdale: Lea
- Carlson, D.S. & Kaermer, K.M (2000). Work–family conflict in the organization: Do life role values make a difference? *Journal of Occupational Health Psychology*, 26 (5), 1031–1054.
- Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.) (1988). *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester, England: Wiley.
- Earshaw, J. & Cooper, C. L. (1994). Employee stress litigation: The UK experience. *Work and Stress*, 8, 287–295.
- England, G. F. & Harpas, J (1983). Some methodological and analytic considerations in cross situational comparative research. *Journal of International Business Studies*, 14, 49-59.

- Fernández-López, J.A, Siegrist, J., Rôdel, A, Hernandez-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 524-526
- Frankenhaeuser, M. & Johansson, G. (1986). Stress at work: Psychobiological and psychosocial aspects. *International Review of Applied Psychology*, 35, 287–299
- Gómez, V. (2001). Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles. *Documentos CESO*, 1. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de los Andes.
- Gómez, V. & Pérez, L. (2002). Riesgos de salud y su relación con el desempeño de múltiples roles en hombres empleados. *Documentos CESO*, 47. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de los Andes.
- Gómez, V., Pérez, L.A., Feldman, L., Bajés, N. & Vivas, E. (2000). Riesgos en Salud en Mujeres con Múltiples Roles. *Revista de Estudios Sociales*, 6, 27–38. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de los Andes, Fundación Social. Bogotá.
- Grzywac, J.G.; & Marks, N.F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface. An ecological perspective on the Correlates of positive and Negative Spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 111–126.
- Haan, M., (1985). Job strain and cardiovascular disease: A ten-year prospective study. *American Journal of Epidemiology*, 122, 532–540.
- Hall, E. M. (1989). Gender, work control, and stress: A theoretical discussion and an empirical test. *International Journal of Health Services*, 19, 725–745.
- Hall, E. M. (1992). Double exposure: The combined impact of the home and work environments on mental strain and physical illness. *International Journal of Health Services*, 22, 239–260.

- Haratani, T. & Kawakami, N. (1999) IV APA-NIOSH Conference on Work, Stress, and Health '99: Organization of Work in a Global Economy.
- Härenstam, A. & Theorell, T. (1988). Work conditions and urinary excretion of catecholamines: A study of prison staff in Sweden. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 14, 257–264.
- Henao, M.L. (2000). Caracterización del subempleo y políticas para enfrentarlo. En DANE, Universidad. Javeriana Instituto de Políticas de Desarrollo (comp.). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Hernández, A. (2000). Análisis de la Situación del Mercado Laboral de la Economía Colombiana basado en la Encuesta de Hogares –DANE– de septiembre de 1997, para las áreas Metropolitanas de Santafé de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. En DANE, Universidad Javeriana. Instituto de Políticas de Desarrollo (Eds), (comp.). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Hinkle, L. E., Whitney, L. H., Lehman, E. W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., Plakun, A. & Flehinger, B. (1968). Occupation, education, and coronary heart disease. *Science*, 161, 238–248.
- Houtman, L., D., (1999) IV APA-NIOSH Conference on Work, Stress, and Health '99: Organization of Work in a Global Economy.
- HPAW (1990). *Health for all in Wales*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales.
- Hurrell, J. (1987). An Overview of Organizational Stress and Health. *Stress Management in Work Settings* {publicacion en red}. Disponible en www.cdc.gov/niosh/pdfs/87/111-c.pdf. octubre, 2003.

- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace, social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health, 78*, 1336–1342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M. & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 15*, 271–279.
- Kanter, R. (1977). *Men and Woman of the corporation*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. A. (1974). The impact of the work environment on life outside the job: A study of the basic interaction between work environment and the pattern and dynamics of leisure activity using the Swedish LNU study 1968/74 and US SWC study 1968/71. Proposal to Manpower Administration, U.S. Department of Labor .Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Karasek, R. A. (1976). The impact of the work environment on life outside the job. Unpublished (doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology. (Available from the National Technical Information Service, U.S. Department of Commerce, Springfield, VA 22161. Thesis Order No. PB 263-073).
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly, 24*, 285–307.
- Karasek, R. A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men *American Journal of Public Health, 71*, 694–705.
- Kasl, S. V. (1996). The Influence of the Work Environment on Cardiovascular Health. A Historical, Conceptual, and Methodological perspective. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 42–56.

- Klein, D. (1990). Stressreaktionen bei industriearbeitern [Stress reactions in blue-collar workers]. Frankfurt, Germany: Campus
- Klein, D. (1995). Der Einfluss chronischer Arbeitsbelastungen auf kardiovaskuläre und hormonelle Stressreaktivität unter standardisierter mentaler Belastung [The effect of chronic workload on cardiovascular and hormonal stress reactivity under standardized psychomental challenge]. (Unpublished doctoral dissertation, University of Marburg, Germany)
- Korman, A.K. & Korman, R.K. (1980). *Career success and personal failure*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice Hall.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lennernäs, M. A.-C. (1993). Nutrition and shift work: The effect of work hours and nutritional status parameters. Unpublished (doctoral dissertation, Karolinska Institute, National Institute of Psychosocial Factors and Health, Stockholm, and Uppsala University, Uppsala, Sweden.) .
- López, H. (2000). Desempleo y subempleo: desafíos estratégicos para la economía colombiana. En DANE, Universidad Javeriana. Instituto de Políticas de Desarrollo (comp.). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"* . Bogotá: Editorial 2000.
- Marmot, M. & Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18, 659–674.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P. J. S. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244–249.

- Mata, A. (2000). Definiciones internacionales y futuro de las estadísticas del subempleo. En DANE, Universidad Javeriana, Instituto de políticas de Desarrollo (Comp). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Ocampo, J.A., Sánchez, F., Tovar, C. (2000). Cambio estructural y deterioro laboral: Colombia en la década de los noventa. *Documentos CEDE*. 2000-06. Facultad de Economía. Centro de Estudios Sobre Desarrollo Económico. Universidad de los Andes. Bogotá.
- OMS (1979). Lucha contra el tabaquismo epidémico. Informe del comité de expertos de la OMS sobre lucha Antitabáquica. Ginebra, OMS.
- OMS (1994). *Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación*. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra.
- OMS (1994). *Prevención de la diabetes mellitus*. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra.
- OMS (1996). *Control de la hipertensión*. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra.
- OPS & OMS (1999) 124ª Sesión del Comité Ejecutivo. Salud de los trabajadores en la región de las Américas.
- OPS (1984). *Hipertensión arterial como problema de salud comunitario. Manual de normas operativas para un programa de control en los diferentes niveles de atención*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina regional de la OMS.
- Orth-Gomér, K. (1983). Intervention on coronary risk factors by adapting a shift work schedule to biologic rhythmicity. *Psychosomatic Medicine*, 45, 407–415.

- Parkes, K. R. (1989). Personal control in an occupational context. En A. Steptoe, & A. Appels (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 21–48). Chichester, England: Wiley
- Patterson, F. (2001). Developments in work psychology: Emerging issues and future trends. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 381–390.
- Pell, S. & D'Alonso, C.A. (1963). Acute myocardial infarction in a large employed population: Report of six year study of 1.356 cases. *Journal of the American Medical Association*, 185, 831–841.
- Peter, R., Alfredson, L., Hammar, N., Siegrist, J., Theorell, T., & Westerholm, O. (1998). High effort Low reward and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 540–547.
- Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C., Theorell, T., & SHEEP study Group (2002). Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two alternative job stress models in the SHEEP study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, 294–300.
- Peter, R., Siegrist, J., Stork, J., Mann, H. & Labrot, B. (1991). Zigarettenrauchen und psychosoziale Arbeitsbelastungen bei Beschäftigten des mittleren Managements. [Cigarette smoking and psychosocial workload in middle managers]. *Sozial und Präventivmedizin*. 36, 315–321.
- Pintó Sala, X. & Fiol Castaño, C (1992). Dislipidemias y enfermedad cardiovascular. En C. Brotons Cuixart (Ed.), *Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Doyma.

- Piotrkowski, Ch. S. (1999). *Work and Family*. IV APA-NIOSH Conference on Work, Stress, and Health '99: Organization of Work in a Global Economy.
- Pocock, S. J., Shaper, A. G., Cook, D. G., Phillips, A. N. & Walker, M. (1987). Social class differences in ischemic heart disease in British men. *The Lancet*, 11, 197–201.
- Rodríguez, L. A. (2000). La subutilización de la fuerza de trabajo y su relación con otros indicadores laborales. En DANE, Universidad Javeriana. Instituto de políticas de Desarrollo (Comp). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Sapolsky, R.M. (1998). Why zebras don't get ulcers: an update guide to stress, stress related disease and coping. New York: W.A. Freeman and Company.
- Sauter, S. & Keita, G. P. (1999). IV APA-NIOSH Conference on Work, Stress and Health '99: Organization of Work in a Global Economy.
- Schnall, P.L., & Landsbergis, P.A. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15, 381-411.
- Schwartz, S., H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50:19-45
- Seligman, M. (1973). Fall into helplessness. *Psychology Today*, 7, 43-48.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Siegrist, J. (2002). Effort–Reward imbalance at Work and Health. En Pamela, L., Perrewe (2002) *Historical and Current Perspective on Stress and Health*. New Mexico: Elsevier Science.
- Siegrist, J., Dittman, K., Rittner, K., y Weber, I. (1982). The social context of active distress in patients with early myocardial infarction. *Social Science & Medicine*. 16, 443-453

- Siegrist, J. & Malschinger, H. (1989). Restricted status control and cardiovascular risk. (In A. Steptoe & A. Appels (Eds.). *Stress, personal control and health* (pp. 65—82). Chichester, England: Wiley.
- Siegrist, J., Peter, R., Motz, W. & Strauer, B.E. (1992). The role of hypertension, left, ventricular hypertrophy and psychosocial risks in cardiovascular disease: Prospective evidence from blue collar-men. *European Heart Journal*, 13, 89–95.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P. & Seidel, D. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *Journal of Internal Medicine*, 242, 149-156.
- Suárez, A. (2000). La medición del subempleo en Colombia a través de la Encuesta Nacional de Hogares. En DANE, Universidad Javeriana. Instituto de políticas de Desarrollo (Comp). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Tenasse, M. (1995). Situación actual y perspectivas de la salud ocupacional en América Latina. *Salud de los trabajadores*, 3 (1), 5–10.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., Carney, M. (2000). A daily process approach to coping linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55, 623-636.
- Theorell, T. & Karasek, R. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9–26.
- Theorell, T. (1991). On cardiovascular health in women: Results from epidemiological and psychosocial studies in Sweden. (In M. Frankenhaeuser, M. Chesney, & U. Lundberg (Eds.), *Women, Work, and Health* (pp. 187–204). Chicago: Plenum Press.

- Ursin, H. & Olf M. (1993). The stress response. En S. Stanford, & P. Salmon. Eds. *Stress. from synapses to syndrome*. Harcourt Brace. Londres.
- Vivas, B. A. (2000). Subempleo, análisis dinámico y equidad. En DANE, Universidad Javeriana. Instituto de políticas de Desarrollo (Comp). *Subempleo y bienestar social. Seminario internacional "subempleo y bienestar social"*. Bogotá: Editorial 2000.
- Wilson, P., D-Agostino, R., Levy, D. & Belanger, A. (1998) Prediction of coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation*, 97 (18), 1837–1847.
- Witley, W & England, G. W. (1977) Managerial values as a reflection of culture and the process of industrialization. *Academy of management journal*, 20, 439–45

Apéndice 1

[Cuestionario de desbalance esfuerzo-recompensa \(ERI\)](#)

Apéndice 2

Documentos de aprobación del proyecto

[Documento 1](#)

[Documento 2](#)

[Documento 3](#)

Apéndice 3

Consentimiento Informado

FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS

Antecedentes

El propósito de este estudio es diferenciar dos grupos de trabajadores, uno con presencia de infarto agudo del miocardio (IAM)⁸ y otro grupo sin esta enfermedad a partir de las condiciones psicosociales del trabajo (demandas y recompensas) y de la característica laboral de empleo o subempleo.

Los antecedentes inmediatos del estudio se remiten a dos investigaciones realizadas en Bogotá entre 1997 y 2002 cuyos resultados fueron inconsistentes con los que se reportan en otros países sobre las condiciones laborales y sus efectos en la salud cardiovascular.

Las demandas del trabajo y el control sobre las labores fueron percibidas en términos promedios por las personas participantes. Así mismo, los principales indicadores de salud cardiovascular - concentración de colesterol en la sangre, LDL, HDL, tensión arterial sistólica y diastólica- cayeron generalmente dentro de los rangos normales. Estos hallazgos no cumplen las expectativas que se tenían para algunos de los resultados pues la primera causa de muerte médica en adultos en Colombia es el infarto (Minsalud, 2002).

En las reflexiones sobre estas cuestiones emerge la importancia de explorar si el fenómeno del empleo-subempleo, éste último muy extendido pero muy poco investigado en el país, puede explicar la presencia de IAM en los trabajadores colombianos.

Metodología

La muestra estará conformada por 80 hombres y mujeres trabajadores, entre 35 y 70 años de edad, en situación de empleo y subempleo, de diversos grupos ocupacionales que laboran en la ciudad de Bogotá. 40 de ellos tendrán diagnóstico de IAM y 40 no habrán recibido este diagnóstico.

La participación en este estudio no representa ningún riesgo para las personas. La participación de todas las personas será absolutamente voluntaria. Todo participante tiene derecho a retirarse libremente de la investigación sin que esto conlleve ninguna desventaja en la calidad de atención que se le presta. La información suministrada por los participantes será totalmente confidencial.

Variables

Sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación u oficio, situación de empleo formal, situación de subempleo.

Psicosociales: indicadores de esfuerzo extrínseco, esfuerzo intrínseco y de recompensas.

Dependiente: IAM o ausencia de IAM.

Variables de control: Se excluye la enfermedad cardíaca superior a dos años de aparición, los factores de riesgo de IAM se controlan mediante la igualación de los

⁸ De acuerdo con la organización mundial de la salud, deben estar presentes dos de los siguientes tres criterios diagnósticos en el IAM: (1) dolor precordial de tipo isquémico, (2) Cambios en electrocardiogramas seriados y (3) Elevación y posterior caída de los marcadores séricos (Arango, Nassif, Narváez, Renteía, Rivas, 1997).

mismos en los dos grupos de discriminación, la ocupación se controla mediante la inclusión de diversos grupos ocupacionales en la muestra.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden aportar información pertinente para la formulación y desarrollo de planes o programas en el campo de la salud laboral tanto en el sector privado como público.

Consentimiento

Lugar y fecha: _____

Yo, _____ con c.c. _____, acepto participar voluntariamente en el estudio "FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN TRABAJADORES COLOMBIANOS", dirigido por la doctora Viviana Gómez Ortiz del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes., Directora del proyecto de maestría, y la doctora Luz Amparo Pérez Investigadora Principal.

He sido informado/a de los objetivos del estudio y he recibido respuesta a mis preguntas y dudas, también he sido informado/a de que los riesgos de mi participación son mínimos y de que la Fundación Cardio-infantil no se compromete a ningún tipo de intervención terapéutica motivada por los resultados de mi cuestionario.

Firmas,

Participante

_____ C.C: _____

Testigos

_____ C.C: _____

_____ C.C: _____

Investigadora principal

_____ C.C: _____



Cuestionario No. _____

DATOS SOBRE SU SALUD

1. Nombre		
2. No. De Historia Clínica		
3. No. Teléfono		
4. Diagnóstico		
5. Diabetes Mellitus	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
6. Hipertensión Arterial (HTA)	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
7. Dislipemia	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
8. Tabaquismo	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
9. Año de nacimiento	Año 19_____	
10. Sexo	Hombre Mujer	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
11. Antecedentes familiares	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
12. Sobrepeso u obesidad	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
13. Sedentarismo	Sí No SR	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

Observaciones

FORMA DE TRABAJO. EMPLEO - SUBEMPLEO

<p>1. Además de las horas que trabaja actualmente, ¿quiere trabajar más horas?</p> <p>Si su respuesta es SÍ continúe con la siguiente pregunta.</p> <p>Si su respuesta es NO pase a la pregunta 6.</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>2. ¿Cuántas horas adicionales puede trabajar a la semana?</p>	<p>_____ Horas</p>	
<p>3. Durante las ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿hizo diligencias para trabajar más horas?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>4. Si la semana pasada le hubiera resultado un trabajo adicional o la posibilidad de trabajar más horas, ¿estaba disponible para hacerlo?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>5. Por razones diferentes a trabajar más horas, ¿desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?</p> <p>Si su respuesta es SÍ pase a la pregunta 7.</p> <p>Si su respuesta es NO pase a Cuestionario de la situación laboral I</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>6. ¿Desea cambiar el trabajo que tiene actualmente?</p> <p>Si su respuesta es SÍ continúe con la siguiente pregunta.</p> <p>Si su respuesta es NO pase a Cuestionario de la situación laboral I</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>7. ¿Por qué motivos desea cambiar de trabajo o empleo? (Puede marcar varias respuestas)</p>	<p>Para mejorar la utilización de sus capacidades o formación</p> <p>Desea mejorar sus ingresos</p> <p>Su trabajo actual exige mucho esfuerzo físico o mental</p> <p>Otro, ¿cuál? _____</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p> <p><input type="checkbox"/>3</p> <p><input type="checkbox"/>4</p> <p><input type="checkbox"/>5</p>
<p>8. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿hizo diligencias para cambiar de trabajo? (Pidió ayuda a amigos, familiares etc., puso o contestó anuncios, llenó una solicitud, está a la espera de que lo llamen)</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>
<p>9. Si le resultara un nuevo trabajo o empleo, ¿podría empezar a desempeñarlo antes de un mes?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>	<p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>

Cuestionario de la situación laboral (I)

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Con ello nos ayuda a obtener una mejor comprensión de las relaciones entre la vida laboral moderna y la salud. **Le estamos muy agradecidos por su colaboración.**

D1. Estado civil actual:	Unión libre----- Casado----- Soltero----- Divorciado/ Separado----- Viudo-----	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅
D2. ¿Con quién vive usted? (Puede marcar más de una casilla).	Solo/a----- Con padres----- Con hermanos----- Con suegros----- Con cuñados----- Con hijos----- Con esposa (o) / compañera (o)----- Con amigos ----- Con otros. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> ₈ <input type="checkbox"/> ₉
D3. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?	Sin estudios----- Primaria ----- Bachillerato----- Tecnológico----- Estudios universitarios----- Postgrado-----	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆
D4. ¿Cuál es su situación laboral actual?	Ocupación de tiempo completo----- Ocupación de tiempo parcial----- Ocupación temporal----- Incapacidad (hasta seis meses) ----- Otra situación (indique): _____	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅

D5. Indique por favor:	Su profesión _____ Su ocupación o trabajo actual _____ Su cargo _____	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
D6. ¿Qué tipo de trabajo desempeña?	Obrero o empleado de empresa particular----- Obrero o empleado del gobierno----- Empleado doméstico----- Trabajador por cuenta propia----- Patrón o empleador----- Trabajador en empresa familiar sin salario---	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆
D7. ¿Dónde trabaja?	Empresa pública----- Empresa privada----- Independiente----- Otro, indique: _____	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄
D8. ¿Su pareja trabaja?	Sí No No Aplica	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
D9. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual ocupación o trabajo?	_____ años	
D10. ¿Desempeña otros trabajos además de su trabajo principal?	Sí No	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
D11. ¿Cuántas horas remuneradas trabaja por semana sin contar las horas extras? (Si usted es independiente, indique cuántas horas en promedio trabaja a la semana).	_____ horas	
D12. ¿Está realizando trabajo a turnos?	Sí, pero sin turno de noche Sí, con turno de noche No	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

Observaciones

Cuestionario de la situación laboral (II)

Por favor, marque con una cruz cómo reflejan las afirmaciones siguientes su situación personal en el trabajo. Si después de su respuesta encuentra una flecha⇒, marque con una cruz o con un círculo el número que indica en qué medida le afecta. **Muchas gracias por su colaboración al contestar todas las preguntas.**

		Me afecta muchísimo				4	
					Me afecta mucho		3
				Me afecta moderadamente		2	
		No me afecta				1	
1.	A menudo, debido a la cantidad de tareas que tengo, trabajo a un ritmo muy apurado.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
2.	Me interrumpen y molestan con frecuencia en mi trabajo.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
3.	En mi trabajo tengo mucha responsabilidad.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
4.	A menudo, me veo obligado a trabajar más tiempo del estipulado.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
	(Si es trabajador independiente: A menudo me veo obligado a trabajar más tiempo de la jornada laboral normal).						
5.	Mi trabajo requiere esfuerzo físico.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
6.	En los últimos tiempos tengo cada vez más trabajo.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
7.	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
	(Si es trabajador independiente: Mis clientes me dan el reconocimiento que merezco).						
8.	Mis compañeros de trabajo me dan el reconocimiento que merezco.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
	(Si es trabajador independiente: Mis colegas o compañeros del gremio me dan el reconocimiento que merezco).						
9.	En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
10.	En mi trabajo me tratan injustamente.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
11.	Las oportunidades de promoción en mi trabajo son escasas.	No	<input type="checkbox"/>				
		Sí	⇒				
				1	2	3	4
	(Si es trabajador independiente: Las oportunidades de mejorar las condiciones laborales en mi trabajo son escasas).						

Me afecta muchísimo	4
Me afecta mucho	3
Me afecta moderadamente	2
No me afecta	1

12. Estoy padeciendo –o esperando- un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (horario, carga laboral, salario, ingresos, etc.)	No Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⇒	1	2	3	4
13. Mi puesto de trabajo está en peligro. (Si es trabajador independiente: mi actividad laboral está en peligro).	No Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⇒	1	2	3	4
14. Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el cargo que desempeño. (Si es trabajador independiente: Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el trabajo que desempeño).	No Sí	<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
15. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.	No Sí	<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
16. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mis oportunidades de ascender me parecen adecuadas. (Si es trabajador independiente: Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mis oportunidades de prosperar me parecen adecuadas).	No Sí	<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
17. Si pienso en todos los esfuerzos que he realizado, mi sueldo me parece adecuado. (Si es trabajador independiente: Si pienso en todos los esfuerzos que he realizado, mi ingreso me parece adecuado).	No Sí	<input type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/>	1	2	3	4

Observaciones

Cuestionario de la situación laboral (III)

Por favor, indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes frases. Marque con una cruz o con un círculo la respuesta que mejor se ajusta a su situación personal en relación con el trabajo. **Muchas gracias por contestar todas las preguntas.**

	1	2	3	4	
	1 Muy en desacuerdo				
	2 En desacuerdo				
	3 De acuerdo				
	4 Muy de acuerdo				
1	2	3	4		18. Siempre me falta tiempo para terminar el trabajo.
1	2	3	4		19. Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza.
1	2	3	4		20. Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo.
1	2	3	4		21. Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo.
1	2	3	4		22. No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él.
1	2	3	4		23. Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy no puedo dormir por la noche.

Por favor, **distribuya 100 puntos en total** entre los siguientes cinco aspectos de su vida de acuerdo con el interés que cada uno de ellos tiene para usted en este momento de su vida.

Descanso (Ver televisión, ir al cine, parque o ciclovía, hacer deporte, distraerse con amigos, ir a fiestas)	_____ Puntos
Comunidad (Participar en grupos o actividades cívicas o caritativas, profesionales, sindicatos).	_____ Puntos
Trabajo (La vida laboral, el éxito en el trabajo)	_____ Puntos
Religión. (Participar en un grupo parroquial, rezar, ir a la Iglesia, templo, congregación, mezquita, sinagoga, etc.,)	_____ Puntos
Familia (Jugar con los hijos y estar con la pareja. Conversar con la familia, contactar familiares).	_____ Puntos

Cuestionario de la relación trabajo - familia (IV)

Por favor, indique ¿Con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones en el último año?. Marque con una cruz o con un círculo la respuesta que mejor se ajusta a su situación personal en relación con el trabajo y la familia. **Muchas gracias por contestar todas las preguntas.**

	1	2	3	4	5	
	1 Nunca.					
	2 Rara vez.					
	3 Algunas veces .					
	4 La mayor parte del tiempo.					
	5 Todo el tiempo.					
1	2	3	4	5		1. Su trabajo le reduce el esfuerzo que puede dedicar a los quehaceres de la casa.
1	2	3	4	5		2. El estrés en el trabajo le pone irritable en la casa.
1	2	3	4	5		3. Su trabajo le hace sentir demasiado cansado/a para hacer las cosas que necesitan atención en la casa.
1	2	3	4	5		4. Las preocupaciones o problemas del trabajo le distraen su atención cuando usted está en la casa.
1	2	3	4	5		5. Las cosas que usted hace en su trabajo le ayudan a lidiar con asuntos personales y prácticos en su casa.
1	2	3	4	5		6. Las cosas que usted hace en el trabajo la hacen una persona más interesante en la casa.
1	2	3	4	5		7. Las habilidades que emplea en su trabajo son útiles para cosas que debe hacer en la casa.
1	2	3	4	5		8. Las responsabilidades de la casa le reducen el esfuerzo que puede dedicar a su trabajo.
1	2	3	4	5		9. Las preocupaciones o problemas personales o familiares le distraen su atención cuando usted está en el trabajo.
1	2	3	4	5		10. Las actividades y el oficio de la casa le impiden dormir el tiempo que usted necesita para hacer bien su trabajo.
1	2	3	4	5		11. El estrés en la casa le pone irritable en el trabajo.
1	2	3	4	5		12. Hablar con alguien en casa le ayuda a lidiar con los problemas del trabajo.
1	2	3	4	5		13. El amor y el respeto que recibe en su casa le hace sentir más confianza en sí mismo/a en el trabajo.
1	2	3	4	5		14. Su vida familiar le ayuda a relajarse y sentirse preparado para el siguiente día de trabajo.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

Observaciones
