



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

ANÁLISIS DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE LA EMPRESA “PRODEGEL”

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

SALUD MENTAL

Autora:

KERLY DANIELA VILLAGÓMEZ ARGUELLO

Director:

MG. AITOR LARZABAL FERNANDEZ

Ambato- Ecuador

Febrero 2019

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE

AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

ANÁLISIS DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE LA EMPRESA "PRODEGEL"

Línea de investigación:

SALUD MENTAL

Autora:



BIBLIOTECA

KERLY DANIELA VILLAGÓMEZ ARGUELLO

Aitor Larzabal Fernández, Mg.

f.

CALIFICADOR

Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Mg.

f.

CALIFICADORA

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Mg.

f.

CALIFICADOR

María Isabel Ramos Noboa,

f.

Mg.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Febrero 2019

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **KERLY DANIELA VILLAGÓMEZ ARGUELLO**, con CC. **020250983-2** autora del trabajo de graduación titulado: Análisis de Sintomatología Clínica y Factores de Riesgo Psicosociales en el personal de la empresa “PRODEGEL” previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGIA**

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior. de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitios web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Febrero 2019



KERLY DANIELA VILLAGÓMEZ ARGUELLO

020250983-2

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por haberme bendecido con una familia tan buena, que me ha apoyado de manera incondicional, ya sea con una palabra o un gesto de cariño pues me motivaron a seguir adelante sin mirar atrás. De manera especial a mis padres y a mi hermano los cuales me enseñaron a nunca desistir de mis sueños y que con esfuerzo y dedicación todo se logra. También quiero agradecer a mis maestros los cuales día a día con sus conocimientos y experiencia supieron guiarme en el camino del conocimiento, para así poder forjarme como una gran profesional. A mis amigas que entre risas, llantos, y noches de estudio iniciamos juntas este sueño y hoy lo estamos cumpliendo.

Gracias a todos.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y la fortuna de poder haber terminado mi carrera. A quienes fueron y serán mi motor, mi ejemplo, mi pilar fundamental y mi más grande orgullo, mis padres. Este es el resultado de tanto esfuerzo, dedicación y paciencia, el día de hoy puedo decirles amados padres que lo logre y que nada de esto hubiese sido posible sin ustedes, gracias por estar conmigo de manera incondicional, por su sacrificio y esfuerzo.

Por ser mi fuente de motivación para ser cada día mejor, este trabajo está dedicado con mucho amor para ustedes.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo realizar un análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales en los empleados de la empresa Prodegel S.A. perteneciente a la ciudad de Ambato. Se realizó un estudio de carácter mixto cuali-cuantitativo, descriptivo de corte transversal con la aplicación de los instrumentos: Cuestionario de 90 síntomas revisados (SCL-90R), cuestionario para la detección de riesgos psicosociales (F-PSICO 3.1). Se contó con 121 empleados fijos de la empresa (88,4% hombres y 11,6 % mujeres). Los resultados del análisis de la sintomatología clínica muestran que el 73,6 % de la población presenta una sintomatología de intensidad leve, es decir no hay riesgo sin embargo existe una tendencia a riesgo. Por otro lado el análisis de los factores de riesgo psicosociales muestra la existencia de un riesgo elevado en la dimensión de supervisión participación pues el 33% de la población presenta un riesgo elevado y un 30% un riesgo muy elevado. Finalmente las correlaciones más altas se obtuvieron entre el componente somatización con la dimensión carga de trabajo $r=.268$, $p<0,01$ y el factor ansiedad fóbica con la dimensión participación/ supervisión. $r=.578$, $p<0,01$. Se concluye que en la empresa no existe un riesgo como tal pero, existen casos que deberían supervisarse. Por esta razón es importante que se manejen campañas de intervención primaria para prevenir la aparición de futuros riesgos que puedan intervenir en el desempeño laboral.

Palabras claves: análisis, riesgo, sintomatología clínica, riesgos psicosociales

ABSTRACT

This research aims to carry out an analysis of clinical symptomatology and psychosocial risk factors in the staff at the company, Prodegel S.A., in Ambato. The mixed study was qualitative, quantitative, descriptive and cross-sectional using the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) and the Psychosocial Risks F-PSICO 3.1. The sample was made up by 121 permanent employees (88.4% male and 11.6% female). The findings of the clinical symptomatology analysis depicted that 73.6% of the sample show a low level of symptomatology, meaning that there is no risk, but just a tendency to risk. On the other hand, the analysis of psychosocial risk factors show a high level of risk in the dimension of supervision and participation; therefore, 33% of the sample show a high level of risk whilst 30% show a very high risk. On the whole, the highest correlations are between the somatization component of work burden $r=.268$, $p<0.01$ and the phobic anxiety factor with the dimension of participation/supervision, $r=.578$, $p<0.01$. The study concludes that there is no risk at the company, however, supervision is essential. Thus, it is important to deliver intervention campaigns to prevent future risks that could affect work performance.

Keywords: analysis, risk, clinical symptomatology, psychosocial risk factors

TABLA DE CONTENIDOS

Preliminares

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
TABLA DE CONTENIDOS	viii
TABLA DE GRÁFICOS	xiii
GRÁFICOS	xiii
TABLAS	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Problema	5
1.2.1. Descripción de Problema	5
1.2.2. Preguntas Básicas	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. General	8
1.4.2. Específicos	9
1.5. Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo	9
1.6. Variables	9
1.7. Delimitación Funcional	9
1.7.1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?	9

1.7.2.	¿Qué no será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?	10
CAPÍTULO II.....		11
MARCO TEÓRICO		11
2.1.	Sintomatología clínica	11
2.1.1.	Historia de la sintomatología clínica	12
2.1.2.	Síntoma y signo	13
2.1.3.	El síntoma en el psicoanálisis	14
2.1.4.	El síntoma en la terapia cognitivo conductual	15
2.1.5.	El síntoma en la terapia conductual	16
2.1.6.	El síntoma en la terapia humanista	17
2.1.7.	Psicodiagnóstico	18
2.1.8.	Sintomatología Clínica Frecuente.....	19
2.1.8.1.	Somatización.....	19
2.1.8.2.	Obsesiones y compulsiones	20
2.1.8.3.	Depresión	21
2.1.8.4.	Ansiedad	22
2.1.8.5.	Hostilidad.....	22
2.1.8.6.	Ansiedad Fóbica	23
2.1.8.7.	Ideación paranoide	24
2.1.8.8.	Psicoticismo	25
2.2.	Riesgos Psicosociales	25
2.2.1.	Historia.....	26
2.2.2.	Higiene laboral.....	28
2.2.3.	Definición	29
2.2.4.	Tipos de Riesgos Psicosociales.....	29
2.2.5.	Factores que influyen en los riesgos psicosociales	31
2.2.6.	Consecuencias de los riesgos psicosociales.....	33

2.2.7.	Medidas preventivas de control de riesgos psicosociales	35
2.2.8.	Factores de riesgos psicosociales en la actividad laboral	35
2.2.8.1.	Carga Mental.....	35
2.2.8.2.	Autonomía temporal	36
2.2.8.3.	Contenido del trabajo.....	36
2.2.8.4.	Supervisión y participación	37
2.2.8.5.	Definición de rol	37
2.2.8.6.	Intereses por el trabajador.....	38
2.2.8.7.	Relaciones personales	38
2.2.9.	Formas de intervención de los riesgos psicosociales	38
2.2.9.1.	Intervención sobre el individuo	39
2.2.9.2.	Intervención sobre la organización	40
2.2.10.	Sintomatología clínica y la relación con los riesgos psicosociales.....	40
CAPÍTULO III		42
METODOLOGÍA.....		42
3.1.	Diseño de la investigación	42
3.2.	Modalidad de investigación	43
3.3.	Método	44
3.4.	Método clínico	44
3.5.	Instrumentos.....	45
3.5.1.	Cuestionario de 90 síntomas revisados (SCL 90 - R).....	45
3.5.2.	Cuestionario para la detección de riesgos psicosociales FPSICO 3.1	46
3.6.	Población	47
3.7.	Procedimiento Metodológico.....	48
CAPITULO IV		50
RESULTADOS		50

4.1.	Análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales de los participantes.....	50
4.2.	Análisis de datos sociodemográficos de los participantes	50
4.2.1.	Variables Sociodemográficas.....	50
4.2.1.1.	Género.....	51
4.2.1.2.	Educación.....	51
4.2.1.3.	Estado civil	52
4.2.1.4.	Edad	53
4.3.	Análisis de los resultados de la sintomatología clínica.....	54
4.3.2.	Obsesiones y Compulsiones	55
4.3.3.	Sensibilidad Interpersonal.....	56
4.3.4.	Depresión	57
4.3.5.	Ansiedad	58
4.3.6.	Hostilidad.....	59
4.3.7.	Ansiedad Fóbica	60
4.3.8.	Ideación Paranoide.....	61
4.3.9.	Psicoticismo	62
4.3.10.	Índice de Severidad Global	63
4.3.11.	Total de síntomas Positivos	64
4.3.12.	Análisis de correlaciones entre los componentes internos del Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL – 90R).....	65
4.4.	Análisis de los resultados de los riesgos psicosociales.....	67
4.4.1.	Resultados Globales.....	67
4.4.2.	Resultados de la célula 1	69
4.4.3.	Resultados de la célula 2.....	70
4.4.4.	Resultados de la célula 3.....	71
4.4.5.	Resultados de la célula 4.....	73
4.4.6.	Resultados de la célula 5.....	74

4.4.7. Análisis de correlación entre los componentes internos del cuestionario para la detección de riesgos psicosociales (F-PSICO 3.1)	75
4.5. Análisis de la correlación existente entre la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales	76
CAPÍTULO V	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
5.1. Conclusiones	80
5.2. Recomendaciones	82
Bibliografía	84
ANEXOS	92
Anexo 1: Cuestionario de 90 síntomas revisados (SCL 90 - R)	92
Anexo 2: Cuestionario para la detección de riesgos psicosociales FPSICO 3.1	96

TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Perfiles de los factores de riesgo	68
Gráfico 4.2. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 1	69
Gráfico 4.3. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 2	70
Gráfico 4.4. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 3	72
Gráfico 4.5. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 4	73
Gráfico 4.6. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 5	74
Gráfico 4.7. Modelo empírico explicativo entre la sintomatología clínica (SCL – 90R) y factores de riesgo psicosociales (F-PSICO 3.1)	79

TABLAS

Tabla 2.1. Implicaciones de los riesgos psicosociales	34
Tabla 2.2. Tipos de riesgos psicosociales	30
Tabla 4.1. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al sexo	51
Tabla 4.2. Educación Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al nivel de educación	52
Tabla 4.3. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al estado civil	53
Tabla 4.4. Análisis de la desviación estándar y media de la edad	54
Tabla 4.5. Análisis de la sintomatología clínica referente a somatización	55
Tabla 4.6 Análisis de la sintomatología clínica referente a obsesiones y compulsiones	56
Tabla 4.7. Análisis de la sintomatología clínica referente a sensibilidad interpersonal .	57
Tabla 4.8. Análisis de la sintomatología clínica referente a depresión	58
Tabla 4.9. Análisis de frecuencias y porcentajes de Ansiedad	59
Tabla 4.10. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación a hostilidad	60
Tabla 4.11. Análisis de la sintomatología clínica referente a ansiedad fóbica	61
Tabla 4.12. Análisis de la sintomatología clínica referente a ideación paranoide	62
Tabla 4.13. Análisis de la sintomatología clínica referente a psicoticismo	63
Tabla 4.14. Análisis del Índice de Severidad Global	64
Tabla 4.15. Análisis del Total de síntomas Positivos	65

Tabla 4.16. Matriz de correlaciones del SCL-90R	66
Tabla. 4.17. Matriz de correlaciones entre componentes internos del Fpsico3.1.....	75
Tabla. 4.18. Correlaciones entre las dimensiones del SCL – 90R y del F- PSICO 3.1..	77

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual dentro del ámbito empresarial parece dársele poca relevancia a la salud mental, pues las políticas institucionales de salud e higiene en el trabajo están más destinadas a la protección de la salud física, ya que esta se encuentra más relacionada con la producción, desconociéndose que la salud mental tiene implicaciones en el rendimiento del personal de la empresa.

El presente estudio tiene como finalidad realizar un análisis sobre la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales en el personal de la empresa “PRODEGEL”. El estudio cuenta con cinco capítulos, desarrollados de la siguiente manera:

El primer capítulo inicia con una sustentación teórica sobre los antecedentes el planteamiento del problema de investigación, la justificación, los objetivos y las hipótesis.

El capítulo dos constituye la elaboración del marco teórico, se tomarán en consideración los referentes teóricos del tema y se enuncian aspectos relevantes sobre el tema de investigación. Como primer punto se parte de la conceptualización de términos íntimamente relacionados con la sintomatología clínica su reseña histórica, definición desde el punto de vista de las distintas escuelas psicológicas y clasificación, entre otros aspectos. Finalmente se aborda la segunda variable de estudio en donde se habla sobre temas referentes a los riesgos psicosociales, su historia, causas, consecuencias, formas de intervención y tipos.

El tercer capítulo describe la metodología de investigación donde se señala la modalidad, el alcance, tipo de estudio, descripción de la población y procedimiento, incluyendo los instrumentos y técnicas útiles para la recolección de información y posterior análisis.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos psicométricos SCL – 90R y F – PSICO 3.1 conjuntamente con la ficha sociodemográfica. Mediante la utilización del programa SPSS y la base de datos informática del F – PSICO 3.1 se realizó un análisis cuantitativo para cumplir con la meta de estudio que fue realizar un análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales en esta población.

En el capítulo cinco se exponen las conclusiones y recomendaciones planteadas en base a los resultados. Adicionalmente, se adjuntan los anexos y referencias bibliográficas que sustentan la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

En la actualidad existen varios estudios sobre el bienestar psicológico y la incidencia de los factores de riesgo psicosociales en empresa, las mismas demuestran que el presente trabajo de investigación es un tema contemporáneo y relevante. Las investigaciones que se describen a continuación están desarrolladas en el plano internacional en los últimos 5 años y toman en consideración la población perteneciente a empresas.

Los estudios que toman como punto fundamental al estado psicológico de los empleados relacionado al desenvolvimiento laboral son varios entre ellos sobresale el desarrollado por Gracia, Silla, Peiró y Fortes-Ferreira (2013) quienes hablan sobre el papel del estado del contrato psicológico para predecir resultados de salud psicológica para lo cual toman una muestra de 385 empleados de distintas empresas españolas. Los resultados indican que el estado del contrato psicológico predice la satisfacción con la vida, el conflicto trabajo-familia y el bienestar psicológico más allá de la predicción alcanzada por el propio contenido del contrato psicológico, y que la confianza y la justicia, dos de las dimensiones del estado del contrato psicológico, consideradas conjuntamente contribuyen a explicar dichas variables añadiendo valor al rol que como predictor desempeña el cumplimiento del contrato.

En otra investigación Gómez, Hernández y Méndez (2014) se plantearon el objetivo de identificar la relación entre Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en trabajadores de una empresa subcontratista del sector minero en Chile. Se utilizó el cuestionario SUSESO-ISTAS 21, adaptación a la población chilena y el Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 (Meliá y Peiró, 1989), aplicados a una muestra de 100 trabajadores. Los resultados dan cuenta de que existe una relación significativa y negativa entre factores de riesgo y satisfacción laboral; en las dimensiones trabajo activo y posibilidades del desarrollo, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo, compensaciones y doble presencia, indicando que a mayor riesgo psicosocial percibido menor es la satisfacción laboral.

Finalmente Muratori, Zubieta, Ubillos, González, y Bobowik (2015) compararon los niveles de felicidad y bienestar psicológico de españoles y argentinos residentes en sus países, evaluando la incidencia de variables sociodemográficas y analizando los efectos de mediación de la felicidad en las diferencias del bienestar psicológico en función del país. Se trabajó con una muestras de 193 argentinos y 162 españoles. Para esto se hizo uso de las escalas de Felicidad Subjetiva y de Bienestar Psicológico. El análisis de varianza muestra a los españoles más felices y a los argentinos con mayor bienestar psicológico. Los análisis de varianza y t de Student revelaron diferencias según sexo, edad, estado civil y ocupación. Las mujeres argentinas exhiben mayor dominio del entorno que los hombres; las españolas se diferencian en las relaciones positivas. En Argentina los separados presentan más autonomía y crecimiento personal que quienes viven en pareja; los españoles que viven en pareja exhiben más control y percepción de crecimiento personal que los solteros. Los análisis mediacionales mostraron a la felicidad como un mediador entre país y bienestar psicológico, excepto en el dominio del entorno.

Los estudios expuestos en este espacio son citados con el objetivo de mostrarse como un respaldo de la propuesta de trabajo a realizar y muestran la importancia del tema de interés.

1.2.Problema

1.2.1. Descripción de Problema

Prodegel S.A. es una empresa ubicada en la ciudad de Ambato cuyo objetivo es producir y comercializar gelatina pura comestible que cumpla con los estándares de calidad e inocuidad, que satisfaga o exceda las expectativas de los clientes para ser comercializada en todo territorio nacional e internacional. La misión y visión de la misma hacen referencia a generar un producto de calidad y reconocimiento de carácter nacional e internacional para asegurarse un puesto en el mercado, ubicándose como un negocio rentable que cumpla con un sentido de responsabilidad legal y social.

En dicha empresa mediante la aplicación de una encuesta de riesgos psicosociales (F-PSICO 3.0) realizada en el año 2016 por el Departamento de Talento Humano, se detectó una situación de riesgo moderado en las dimensiones de participación supervisión, tiempo de trabajo y demandas psicológicas.

Dichos riesgos psicosociales inciden en el rendimiento laboral, aspecto interpersonal, incumplimiento de jornadas de trabajo entre otros, razón por la cual es de importancia realizar un estudio diagnóstico en esta población basada en el análisis de la sintomatología clínica. Si bien en la gran parte de empresas se realiza una evaluación de riesgos psicosociales, debido a los indicadores anteriormente señalados es necesario realizar

conjuntamente a este un análisis más a profundidad de la sintomatología clínica, pues el bienestar psicológico es un factor determinante en el desenvolvimiento del ser humano. Según la OMS (2015) “Los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar” (p. 145). Lo que indica que los problemas mentales están íntimamente relacionados con los de conducta, los cuales a su vez tendrán implicaciones en el rendimiento del personal de la empresa.

La salud mental tiene muchas implicaciones en el comportamiento humano, lo que podría afectar dentro del ámbito laboral e influenciar en la producción, pues si los empleados no cuentan con una adecuada salud mental, no tendrán un correcto desempeño en cada una de sus áreas. Según Kompier y Houtman. (2013) “Las empresas cada día son más competitivas, y los trabajadores deben seguir ese ritmo, razón de peso para fortalecer la salud mental y la inteligencia emocional, esenciales para abordar las dificultades que se presenten en el camino hacia la excelencia” (p.78). Con esto se evidencia la importancia que tiene la salud mental en el bienestar de los empleados de una institución.

Cabe mencionar que no existen estudios de este tipo realizados a profundidad en esta población a pesar de que la importancia de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores se ha ido reconociendo cada vez de forma más amplia, lo que ha supuesto un aumento y profundización del tema Moreno y Báez (2010, p.4). Lo que indica que en el ámbito laboral cada vez se está dando más importancia a la salud mental. Es por esta razón que se considera de gran utilidad realizar este estudio. Con todo esto en un futuro se podrá habilitar un espacio al que los empleados puedan acudir y de esta manera poder

abordar una intervención secundaria y terciaria en los casos que amerite hacerlo, mediante el previo estudio epidemiológico en esta población.

1.2.2. Preguntas Básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

El problema aparece al evidenciarse distintos indicadores de factores de riesgos psicosociales en los empleados de la empresa PRODEGEL tales como violencia, estrés, falta de cooperación.

¿Por qué se origina?

Se origina por la ausencia de un área que preste atención psicológica a los empleados de la empresa por lo que es de fundamental importancia realizar un estudio y posterior análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales en los empleados de la empresa PRODEGEL.

1.3. Justificación

Los riesgos psicosociales están innegablemente inmersos en el área laboral, razón por la cual dentro de las políticas institucionales de cada empresa se requiere una evaluación anual de los mismos, para de esta manera poder prevenir la incidencia negativa de estos dentro del área laboral. Es de amplio conocimiento que los mismos pueden traer afectaciones tanto físicas como psicológicas para el colaborador lo que a la larga interfiere con el rendimiento laboral y por ende afecta a toda la organización como tal.

Por otro lado la salud mental en el ámbito empresarial se está relegando a un segundo plano pues este se preocupa básicamente por la manufactura, calidad de sus productos y

obtención de ingresos altos. Es importante mencionar que la salud mental está íntimamente relacionada con la actividad productiva de sus empleados, pues si los mismos no cuentan con una psiquis sana tendrán un desenvolvimiento disfuncional. Esto en el individuo tendrá implicaciones en la ejecución de sus actividades diarias, relaciones interpersonales, rendimiento laboral entre otros. Lo antes mencionado sumado a la presencia de riesgos psicosociales tales como; el tiempo de trabajo , autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol, y las relaciones y apoyo social pueden generar impactos graves dentro de la organización.

Por esta razón el presente estudio cuenta con relevancia pues a más de realizarse un análisis de los riesgos psicosociales se realizará un análisis de la sintomatología clínica en esta población lo cual permitirá conocer el estado actual de los empleados de la empresa PRODEGEL.

Es importante mencionar que esta empresa no cuenta con investigaciones en las que se estudie a profundidad el aspecto psicológico de los empleados. Por esta razón el presente trabajo es innovador y aportará con información importante para poder diseñar programas de intervención dentro de la institución, los cuales permitan prevenir la aparición de potenciales riesgos que pongan en peligro la salud tanto física como psicológica de los trabajadores y por ende afecten a la producción institucional.

1.4.Objetivos

1.4.1. General

Realizar un análisis de la Sintomatología Clínica y Factores de Riesgo Psicosociales en los empleados de la empresa PRODEGEL

1.4.2. Específicos

- Fundamentar los aspectos teóricos relacionados con la sintomatología clínica y los riesgos psicosociales en el trabajo.
- Diagnosticar la condición actual de la sintomatología clínica y los riesgos psicosociales en los trabajadores de PRODEGEL
- Realizar una descripción de la sintomatología clínica y los factores de riesgos psicosociales en la empresa PRODEGEL.
- Elaborar un modelo empírico explicativo sobre la condición actual de los empleados de la empresa PRODEGEL

1.5.Pregunta de Estudio, Meta y/o Hipótesis de Trabajo

En la empresa PRODEGEL existe un alto índice de Sintomatología Clínica y Factores de Riesgo psicosociales entre los empleados de dicha empresa.

1.6.Variables

Variable 1: Sintomatología Clínica

Variables 2: Riesgos psicosociales

1.7.Delimitación Funcional

1.7.1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Como resultado final la investigación aportará un diagnóstico sobre la condición actual de los empleados de la empresa mediante la realización del Análisis de Sintomatología Clínica y Factores de Riesgo Psicosociales en el personal de la empresa PRODEGEL

1.7.2. ¿Qué no será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

No será capaz de explicar estos fenómenos en una población diferente

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos de relevancia sobre el tema de investigación. Para un mayor entendimiento, la información está ordenada desde los conceptos generales hasta los particulares. Se parte de una reseña histórica del síntoma, seguido de la conceptualización de términos íntimamente relacionados con el tema de investigación, tales como signo, síntoma y psicodiagnóstico, seguido de la concepción que tienen las diferentes escuelas psicológicas sobre el síntoma. Adicionalmente se presentan temas de salud e higiene en el trabajo y sintomatología clínica frecuente para así llegar a fundamentar cual es la relación existente entre la sintomatología clínica y los riesgos psicosociales. Finalmente se aborda la segunda variable de estudio, en donde se desarrollan temas referentes a los factores de riesgos psicosociales en el ámbito laboral.

2.1.Sintomatología clínica

En el ámbito de las ciencias de la salud, se conoce por sintomatología al conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud. Para Ladines y Sumba (2014), los cuadros sintomatológicos son catalogados como enfermedades, las cuales pueden ser de origen orgánico o psicológico, estas generalmente siguen un proceso hasta que en un determinado momento eclosionan. Es decir cada cuadro epidemiológico exhibe determinada sintomatología dependiendo de la patogénesis de la enfermedad padecida.

2.1.1. Historia de la sintomatología clínica

Para entender cómo la sintomatología clínica fue tomada en cuenta al momento de diagnosticar patologías, es importante conocer la historia de las enfermedades mentales. Al principio de los tiempos estas no eran consideradas un problema de salud pues se atribuía a este tipo de afecciones un origen místico. En algunas ocasiones se creía que se trataba de entidades demoniacas que tomaban posesión de las personas y en otros casos se atribuían a manifestaciones de los Dioses, es decir sea cual sea la explicación que se le daba a este tipo de enfermedades siempre implicaban fuerzas sobrenaturales, (Restrepo, Bayona, Urrego, Oleas, & Restrepo, 2008). Los mismos autores afirman que debido a esto los enfermos mentales eran tratados fuera del campo de la salud, lo cual los llevaba a ser encomendados a las autoridades religiosas. Posteriormente a esto los seguidores de Hipócrates le dieron a esta enfermedad una concepción naturalista y fue así que en el siglo II d.C. Galeno postuló que este tipo de enfermedades eran de origen fisiológico y por ende se encontraban en el cuerpo. Según Salaverry (2012):

La tradición galénica clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera se produciría por un exceso o plétora, bien sea del humor sangre o de la bilis amarilla, y se manifestaría con alucinaciones o delusiones, mientras que la melancolía se originaba en un exceso de la bilis negra y su principal manifestación sería la depresión. (p.38)

Como se puede observar, Galeno fue uno de los primeros en darle una concepción fisiológica a este tipo de afecciones. Si bien esta concepción se mantuvo por un largo tiempo, las entidades religiosas mantenían fervientemente este tema asociado a lo sobrenatural, tanto así que estos enfermos no eran atendidos en hospitales si no, se mantenían bajo la tutela familiar. Posteriormente existe más apertura a nivel religioso pues ya son aceptados en hospitales pero aún estas afecciones estuvieron rodeadas de

mucho desconocimiento en cuanto a su tratamiento y sintomatología exhibida. Es así como surge el incesante esfuerzo por descubrir cuál es la base orgánica de estas enfermedades, tras un largo recorrido Von Haller y Herman Boerhaave propagaron una concepción de la enfermedad mental de carácter neuronal, (Kraepelin, 1905). A partir de este momento las afecciones mentales pasaron a ser consideradas como problemas de salud que como cualquier otra enfermedad presentan signos y síntomas característicos.

Adicionalmente, en 1899, Kraepelin, formó grupos de personas que presentaban una sintomatología homogénea, de esta manera desarrolló un sistema de clasificación de los trastornos mentales. Cinco décadas después se publicaría el *Manual Diagnostico y Estadístico* de los trastornos mentales en su primera edición, (Narrow, 2009). Es así como la sintomatología clínica fue un pilar fundamental para el diagnóstico de este tipo de afecciones pues este tipo de manuales se basan en criterios diagnósticos relacionados a la sintomatología propia de cada trastorno. Independientemente a esto dependerá de la corriente psicológica la interpretación que se haga de los mismos, pues según el enfoque los mismos tomarán diferente origen y manera de ser abordados lo cierto es que la sintomatología está inmersa de manera particular en cada afección.

2.1.2. Síntoma y signo

En el área médica la palabra “síntoma” tiene que ver con lo que refiere el paciente mediante el lenguaje, es decir es la percepción que este tiene de su dolencia la cual es relatada al médico. Según Méndez y Escolar (1870): “El síntoma es un fenómeno extraño al estado de salud y que indica una lesión en el organismo, es el lenguaje sensible de los órganos enfermos” (p. 547). Como se puede notar, el síntoma es un reflejo de la

enfermedad, el cual se muestra de distintas maneras, las cuales dependerán de la afección particular del paciente ya sea física o psicológica.

El signo es la otra cara de la moneda, es decir es la parte objetiva, lo que el profesional de la salud puede dar cuenta mediante los órganos de sus sentidos cuando realiza una exploración médica física del paciente. Según Suárez (2007), los síntomas y signos están unidos por su patogénesis y etiología, de esta manera, al momento de dar una aproximación diagnóstica, es de fundamental importancia el signo en, especial cuando este es patognomónico, pues gracias a este se puede determinar o descartar la presencia de una enfermedad. Como se puede notar, si bien el signo y el síntoma son inseparables por formar parte de una misma entidad patológica, sin duda el signo tiene un papel crucial al momento de la detección de la patología, pues este representa el pilar fundamental de las manifestaciones producidas por la afección que padezca el paciente.

Finalmente en base a lo anteriormente detallado el síntoma y el signo se diferencian por la manera en la que estos son percibidos, pues el síntoma es la parte referida por el paciente, es decir no es observable, en cambio el signo es la parte observable en el sujeto.

2.1.3. El síntoma en el psicoanálisis

El psicoanálisis es una de las primeras escuelas que empiezan a hablar del síntoma en psicología como tal dándole un génesis inconsciente, Freud atribuye el origen del síntoma a una contraposición de deseos que generan una gran carga de energía libidinal, que el sujeto no sabe cómo expresar, razón por la cual aparase mediante el cuerpo (Freud, 1978).

Al tomar estas bases para, Lacan, el síntoma es visto como una metáfora que expresa un mensaje velado al paciente tanto así que este no lo reconoce y lo ve como un asunto ajeno a él, (Tendlarz, 1997). Como se puede observar el síntoma en esta escuela psicológica es atribuído neta mente a un fenómeno de carácter inconsciente.

Adicionalmente a esto Freud en su libro *Psicoanálisis y Teoría de la Líbido*, sostiene que, al tomar en cuenta los estudios realizados por Bleuer conjuntamente con los suyos, los síntomas de carácter histérico responden a actos psíquicos corrientes que están formados por una significación y un sentido, de tal manera que cuando se descifra el sentido del mismo da como resultado la extinción de estos. A más de esto es importante mencionar que estos síntomas deben su origen a una intensa carga afectiva que ve truncada su descarga de una manera adaptativa, razón por la cual lo hace por vía somática, es decir, mediante la conversión (Freud, 1935). Con lo antes mencionado nos podemos dar cuenta que el síntoma según esta escuela psicológica es netamente inconsciente, por lo tanto su tratamiento incluye recursos que pongan el juego el inconsciente del paciente.

2.1.4. El síntoma en la terapia cognitivo conductual

En esta corriente psicológica lo que busca el profesional es darle una visión más racional al origen de las afecciones del sujeto, se pretende mediante la reestructuración cognitiva lograr el cambio de la conducta. Para esta escuela los causantes de los síntomas son los errores cognitivos o a una interpretación errónea de la realidad que hace el sujeto (Caballo, 2007). Es decir en esta escuela psicológica a diferencia del psicoanálisis no se da prioridad a la historia de vida del sujeto por el contrario se trabaja con el presente, para descifrar, porque determinados procesos cognitivos desembocan en conductas desadaptativas causantes del malestar en el paciente.

En base a esto es importante mencionar que, la terapia cognitiva conductual se basa en un objetivo concreto que es cambiar los pensamientos y subsecuentes creencia desadaptativas conjuntamente con el componente cognitivo y el conductual. Dentro del primero se busca reestructurar patrones de pensamientos disfuncionales y en cuanto al segundo el objetivo se centra en cambiar una serie de comportamientos y estrategias de afrontamiento que mantengan el malestar emocional en el paciente, para que de esta manera se instauren nuevas formas comportamiento y afrontamiento, (Losada, 2015). Como se puede notar la terapia cognitivo conductual se centra en el principio del aquí y el ahora, pues por un error de la interpretación de la realidad se pueden gestar diferentes tipos de síntomas que acarrear determinas conductas causantes de malestar.

2.1.5. El síntoma en la terapia conductual

En el conductismo el síntoma toma una connotación distinta, pues para esta corriente el mismo es visto como una conducta desadaptativa que genera malestar en el sujeto. El origen de estas conductas tienen sus cimientos en el aprendizaje que se da mediante refuerzos positivos y negativos presentes en el ambiente, (Bélanger, 1999). Dicho de otra manera el ambiente y las interacciones con el mismo tienen la capacidad de modelar al ser humano, pues en base a esto el sujeto aprende o desecha determinadas conductas. Galán & Ursúa, (2016) sostienen que: “Skinner entendía el aprendizaje como un cambio en la conducta resultado de la experiencia entre conexiones estímulo-respuesta” (p. 78). Como se puede notar, existe una estrecha relación entre el aprendizaje conductual y los estímulos ambientales, los cuales darán paso a la formación de conductas disfuncionales y por ende síntomas.

El conductismo representa una forma de estudiar la parte psíquica desde la perspectiva de una ciencia que toma como pilar fundamental a la conducta. Visto de esta manera los síntomas vendrían a ser las determinadas conductas exhibidas por el sujeto, es por esta razón que esta escuela psicológica trabaja directo sobre la conducta del sujeto, pues se maneja bajo la premisa de que todo lo que se aprende también puede ser desaprendido, para así sustituir las conductas que generan malestar por otras más adaptativas al medio.

2.1.6. El síntoma en la terapia humanista

Esta escuela considera al ser humano como un todo, dentro de esta disciplina se sostiene que la afección o salud mental está influenciada por un conjunto de factores interrelacionados como son las emociones, los sentimientos, el cuerpo, los pensamientos, conducta etc. A más de esto se mantiene una concepción holística e integral de los seres humanos razón por la cual una de las premisas fundamentales del humanismo es facilitar y promover el desarrollo personal mediante el insight (Méndez, 2016). Dentro de esta corriente el terapeuta cumple una función personalizada de guía, para así incentivar a que el paciente encuentre de manera autónoma sus respuestas, se confía en las facultades auto sanadoras de los sujetos. Según Riveros (2014):

Los síntomas serían fruto de una maduración incompleta, provocada por huecos en la vida y en la experiencia; la persona sana se apartaría más de sus conceptos y prejuicios, confiaría más en los sentidos que integran su experiencia, la cual se da siempre en el aquí y el ahora. (párr. 35)

Como se detalla anteriormente en el humanismo el apareamiento de los síntomas o situaciones que generan malestar tiene una connotación más basada en la persona y en los factores con la que esta se interrelaciona. De esta manera sale a relucir la postura de Maslow, (1991), para él un síntoma aparece cuando existen factores que impiden el autorealizamiento o cuando una falla en la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Finalmente como se puede apreciar el psicoanálisis es una de las escuelas que hace una referencia extensa del síntoma como tal, si bien todas las corrientes mencionadas tienen objetos de estudio diferentes, todas coinciden en querer encontrar la cura para la dolencia que genera malestar en el paciente. Dicha dolencia al presentarse exhibe una sintomatología propia para su cuadro la cual será tomada en cuenta por el terapeuta como parámetros para llegar a un posible diagnóstico es en este punto es cuando cada escuela aborda el caso de manera diferente, es decir le da un distinto significado y génesis a la sintomatología exhibida.

2.1.7. Psicodiagnóstico

Mediante el psicodiagnóstico se hace una revisión de la sintomatología clínica que refiere el paciente. Para Freire (2015), la palabra psicodiagnóstico proviene de las raíces griegas *psyche* que significa alma y *gignosko* que significa aprender a conocer, en consecuencia al juntar los significados se entiende como aprender a conocer la Psique o el alma. Es decir, mediante esta disciplina se puede abordar y reconocer la sintomatología exhibida por el paciente para de esta manera determinar cuál es el estado de la psiquis del mismo.

Por otro lado el término “Psicodiagnóstico” también está íntimamente relacionado con el área médica y dentro de esta con las alteraciones de la mente o trastornos orgánicos. Las cuales generan estímulos capaces de producir respuestas que desembocan en afecciones tales como las infecciones, cambios degenerativos, traumatismos, cambios químicos o variaciones en el funcionamiento de un determinado órgano finalmente alteraciones en el comportamiento y equilibrio mental del paciente. En base a lo anteriormente mencionado

se puede argumentar que el psicodiagnóstico se desarrolla como un proceso, el cual el profesional busca identificar síntomas patognomónicos para así definir la presencia de determinada patología. Todo esto con el fin de preservar la salud tanto física y mental del consultante mediante un tratamiento y posterior seguimiento

2.1.8. Sintomatología Clínica Frecuente

Dentro la sintomatología clínica psicológica según la clasificación propuesta por Derogatis para la creación del SCL 90-R en 1975 encontramos diferentes tipos de trastornos psicológicos como: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se procederá a indicar las características de cada uno.

2.1.8.1. Somatización

La somatización es un trastorno, donde el individuo exhibe una sintomatología corpórea sin embargo, esta no, es atribuida a ninguna causa de carácter orgánico. Este tipo de trastornos por lo general se muestran de manera aguda y presentan dos características principales; aparición repentina aparentemente por razones inexplicables y la ineficacia de cualquier tipo de tratamiento médico (Muñoz, Tomás, Oliver, Collado, & Bonet, 2018). Es decir, este tipo de patología a pesar de no tener una génesis biológica, provocan en el sujeto una sintomatología propia de un cuadro epidemiológico y debido a su complejidad su tratamiento representa un reto.

Es importante mencionar que el proceso de somatización incluye componentes asociados a la parte emocional, factores de estrés y rasgos de la personalidad del individuo (Veloz

Serrade & Lorenzo Ruiz, 2017). En consecuencia dicha afección genera complicaciones a nivel físico que se desencadenan a partir del área psicológica por situaciones tensionantes generadas por determinados factores del medio circundante que influyen al sujeto de diferente manera dependiendo de su construcción psíquica.

2.1.8.2. Obsesiones y compulsiones

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por presentar dos componentes: uno de carácter cognitivo y otro conductual. El sujeto que padece dicha afección presenta ideas recurrentes e irracionales que se presentan de manera intrusiva, las cuales causan un malestar significativo en el mismo, como un mecanismo parasitario se presentan las compulsiones, las cuales se caracterizan por ser conductas ritualistas plenamente organizadas que se presentan de manera consecuente a la idea irracional, esto genera un alivio momentáneo, sin embargo todo el ciclo antes mencionado vuelve a aparecer de manera persistente (Belloch, Fuster, Barber, & Rodríguez, 2011). En base a lo anteriormente mencionado, se evidencia que dicho trastorno compromete tanto a la psiquis del individuo como a sus consecuentes conductas, pues al ser su principal componente la recurrente intrusión de pensamientos irracionales el sujeto busca una manera de descarga, que como se vio anteriormente, es la compulsión.

La sintomatología patognomónica son los pensamientos obsesivos acerca de temas relacionados con afecciones a la salud y ser víctima de algún daño o prejuicio. Las compulsiones más frecuentes consisten en hábitos de limpieza corporal, mecanismos de control, contar y arreglar. El origen de dicho trastorno aún no tiene una causa definida no obstante, cada escuela de pensamiento tiene una génesis distinta del mismo es así que teorías biológicas y cognitivas atribuyen la aparición del TOC a anomalías en los circuitos

frontobasales (Vellosilla & Vicario, 2015). Es decir las bases del trastorno son orgánicas aunque puede estar asociado a factores emocionales y antecedentes formativos, razón por la cual la base de los tratamientos es farmacológico.

2.1.8.3. Depresión

La depresión es un trastorno afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo acompañado de episodios de irritabilidad, sentimiento de inadecuación y una pérdida marcada de la voluntad (Alonso, Menéndez, Cabrera, Pérez & Menéndez, 2017). Es decir la persona en este estado pierde el interés por las actividades, la vida cotidiana incluso en aspectos de cuidado personal, siendo estos unos los principales signos de alerta.

Dicho de otra manera este trastorno se caracteriza por el grave impacto que tiene sobre los afectos y estado anímico en general, todo esto asociado disfunciones o cambios en distintos escenarios de su vida, como problemas en la esfera cognitiva, fatiga, sentimiento de culpabilidad, cambios abruptos en el ritmo del sueño y alimentación. En cuanto a la génesis de dicho trastorno se resaltan circunstancias de carácter individual como factores genéticos, hormonales, psíquicos o a su vez por factores psicosociales y una interacción de distintas condiciones (González, Torre, Edidith & Vacío, 2015). Como se vio anteriormente este trastorno genera un declive en el funcionamiento del individuo en actividades cotidianas, a más de esto presenta signos crónicos con son la apatía y abulia lo cual lleva a un deterioro de la calidad de vida.

2.1.8.4. Ansiedad

La Ansiedad es un trastorno de interiorización, es decir, pasa dentro del sujeto al igual que la depresión por esta razón tiene una alta comorbilidad con la misma. Este tipo de trastornos tiene tres componentes, los cuales son; fisiológico, es decir son de origen orgánico, motor, que es representado por movimientos corpóreos y cognitivo que hace referencia al conjunto de procesos mentales que generan impactos en el comportamiento (Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018). Como se puede ver la ansiedad tiene como punto central el aspecto cognitivo, lo cual genera la preocupación excesiva por algún acontecimiento que aún no ocurre, esto a su vez provoca miedo o temor en el sujeto lo que hace que se den un sinnúmero de respuestas fisiológicas.

A más de lo anteriormente mencionado lo que caracteriza a los trastornos ansiosos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), es el miedo excesivo, las conductas evitativas, la sobreestimación del peligro en situaciones temidas o evitadas y las respuestas anticipatorias ante una amenaza futura. Este tipo de trastornos se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos apropiados y suelen tener una duración mayor a los 6 meses. Como se puede notar el componente central de este trastorno es cognitivo, es decir la representación de la realidad es negativa.

2.1.8.5. Hostilidad

La hostilidad se muestra con una serie de manifestaciones tales como: un bajo control de impulsos, un estado de ánimo irritable y propensión a mostrar una actitud negativa. El sujeto que posee dicha afección la mayor parte del tiempo se encuentra a la defensiva,

esto contribuye a la formación de situaciones competitivas y tensionantes lo cual genera ira y en ocasiones desemboca en agresiones tanto físicas como verbales, lo que lleva al sujeto a ser aislado o hacerlo de manera voluntaria (Beck, 2003). La hostilidad y la ira innegablemente tienen una influencia negativa sobre la salud, de la misma manera presenta implicaciones en el área de la violencia familiar y de género. Varios trabajos científicos corroboran que la hostilidad y la ira bajo situaciones estresantes crónicas apoyan a la aparición de enfermedades cardíacas e hipertensión (Moscoso, Soto, Dominguez, Chau, & Claux, 2016). Este trastorno al tener a la ira como componente fundamental promueve el desarrollo de conductas violentas e impulsivas las cuales ponen al sujeto en una situación muy poco favorable en el ámbito interpersonal y del funcionamiento diario.

2.1.8.6. Ansiedad Fóbica

La Ansiedad fóbica implica la experimentación constante e intensa de un miedo hacia un objeto o situación en específico, este temor es irracional y el sujeto está consciente de ello pero no puede hacer nada para evitar que el episodio ansioso devenga, (Candau, 2017). Los seres humanos naturalmente presentan temor a ciertos objetos o situaciones, el problema radica cuando estos se vuelven desproporcionados e irracionales. Las respuestas que presenta el individuo ante el estímulo fóbico son motoras acompañadas de signos físicos y conductas de evitación. Según el DSM V:

El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad pueden presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. 198).

Como se puede notar el temor que siente la persona es tan grande que llega a imposibilitarlo de realizar determinadas acciones que mantengan relación con la fobia,

por ende esto lo lleva a limitarse en áreas importantes de su funcionamiento. La presencia de este tipo de trastornos es más frecuente en niños, los cuales en la mayoría de casos son superados al llegar a la etapa de la adolescencia, en el caso de que la misma se mantenga implica un mayor riesgo pues la patología ya que se encuentra plenamente instalada en el sujeto. Adicionalmente a esto es importante mencionar que la fobia que más se presenta en personas de la edad adulta es la fobia social o la agorafobia.

2.1.8.7. Ideación paranoide

Este trastorno se caracteriza por la presencia de elementos cognitivos, existe la producción de ideas irracionales como; ser observado, acechado, criticado y que puede ser víctima de atentados a su integridad (Olievenstein, 1993). Existe la creencia de que todos los acontecimientos que ocurren fueron deliberadamente planeados, es decir, alguien manipuló la situación para que ocurra de tal manera. A más de esto la suspicacia en ellos aumenta pues existe el pensamiento de que cualquier acontecimiento que sucede los implica y todo tiene otro lado, algo que no está explícito (Carrión, 2006). En consecuencia a lo anteriormente mencionado, las relaciones interpersonales se ven severamente afectadas ya que conserva un patrón de desconfianza a más de esto el desenvolvimiento en áreas importantes del funcionamiento, también se ve comprometido.

En el caso de que el trastorno se haya instalado severamente puede incluir sintomatología psicótica como experiencias alucinatorias, pensamientos mágicos o síntomas delirantes, las más comunes son escuchar voces o ver personas que lo persiguen (Cevallos & Dallalia, 2018). Es decir se presenta una distorsión en las percepciones, de esta manera el sujeto empieza a ser presa de sus ideas alucinatorias, lo que representa un declive en su funcionamiento.

2.1.8.8.Psicoticismo

Esta dimensión hace referencia al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Estos según el DSM V (2014), se caracterizan por la presencia de anomalías en por lo menos uno o varios de los siguientes dominios: alucinaciones, delirios, pensamiento y discurso por lo general desorganizado e incoherente, comportamiento motor anómalo o desordenado con catatonia y síntomas negativos representados por la abulia, apatía y aplanamiento emocional.

Este trastorno tiene la particularidad de no poseer sintomatología patognomónica pues este se presenta de la más variada forma, dependiendo de las experiencias y contexto de vida del sujeto, razón por la cual el mismo no es homogéneo en la población que lo padece (Valle & Perales, 2018). En consecuencia la sintomatología de esta afección está compuesta por un sinnúmero de alteraciones en las cogniciones, conductas y emociones, pero como se mencionó anteriormente ninguna de estas expresiones patológicas es propia de dicha afección. Según el DSM V, (2014) Para poder realizar un diagnóstico de este trastorno es necesario hacer un análisis de todos síntomas y signos relacionados con el declive del desenvolvimiento en la vida cotidiana del sujeto es decir en su vida laboral, social y afectiva.

2.2.Riesgos Psicosociales

En la siguiente sección se aborda la segunda variable de estudio, en la cual se fundamentan teóricamente aspectos de relevancia para entender de mejor manera el tema se parte desde aspectos generales como es un breve recorrido por la historia de los riesgos

psicosociales, su definición, factores que influyen en los mismos, clasificación y formas de intervención.

2.2.1. Historia

El ser humano persiguiendo su autorrealización siempre ha buscado sentirse proactivo dentro de la sociedad, razón por la cual ha buscado abrirse campo cada vez más dentro del ámbito laboral, tanto para satisfacer sus necesidades de éxito como económicas. Si bien el trabajo está relacionado con el progreso, al no tenerse en cuenta las precauciones adecuadas, se puede volver un enemigo para la salud física y psicológica del empleado, por esta razón es importante tener en consideración los factores de riesgo psicosociales, pues estos han estado inmersos desde los inicios de la actividad laboral humana.

Desde los inicios, el trabajo físico implicó una serie de riesgos, los cuales aumentan inminente si no se cuentan con las medidas de protección adecuadas, Según Moreno, B (2011), el trabajo físico tuvo sus orígenes como una obligación en donde la mano de obra de los empleados representaba una manera de opresión por parte de los dueños de las tierras a los obreros que habitaban en ellas, razón por la cual esta práctica no fue bien vista a lo largo de la historia. Este tipo de trabajo representaba la principal fuente de recursos y por ende subsistencia del ser humano, debido a las precarias condiciones de la época, este se llevaba a cabo sin ningún tipo de protección lo cual representaba un riesgo inminente para la salud de las personas implicadas.

En el antiguo régimen de producción, más conocido como época del esclavismo le dio un escaso interés a factores relacionados con los riesgos que implicaba la actividad física y las condiciones de trabajo pues este tipo de actividad fue vista desde una perspectiva

servil y sin valor (Moreno, 2011). Es decir en la antigüedad el trabajo era visto netamente como una forma de producción en donde poco o nada interesaba el empleado sino el resultado obtenido, y por ende no se tomaba en consideración a los factores de riesgo psicosociales como elementos fundamentales del ambiente laboral.

A medida que el tiempo avanzó, el trabajo empezó a ser considerado como un riesgo para la salud. Se observó que las condiciones laborales representan habitualmente una amenaza para la misma, en ocasiones propician accidentes y enfermedades que tienen implicaciones físicas y psicológicas en el ser humano, (Bastidas, 2013). En base a lo anteriormente mencionado finalmente se llegó a la conclusión de que es importante considerar los factores físicos, psicológicos y sociales que pueden estar inmersos en el ambiente laboral, esto influye en la vida cotidiana, forma de ser y actuar del colaborador dentro y fuera del trabajo, es así que es vulnerable a ser afectado por Riesgos Psicosociales, por esta razón a partir de 1987 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 2017) comenzó a obtener datos de esta temática, mediante encuestas las cuales buscaban obtener datos de la influencia de los riesgos psicosociales en el campo laboral.

Gracias a lo anteriormente descrito, se han creado leyes de prevención de riesgos laborales, una de las pioneras fue la Ley de Relaciones Laborales de 1976, adicionalmente los servicios médicos de Empresa se crearon legalmente en 1956, tras el decreto del 21 de agosto de 1956 en España, y de esta manera se convirtió en un requerimiento obligatorio en empresas cuyo número de empleados sobrepase los mil (Cerón, 2011). Con estas medidas se mantiene la calidad de clima en la organización y así garantizar el

bienestar del empleado como mediadas para resguardar la salud física y mental del mismo.

2.2.2. Higiene laboral

En el ámbito laboral es de gran importancia que se mantengan normas que ayuden a resguardar la salud de los empleados, para esto es necesario hacer énfasis en la higiene laboral. La misma se define como la parte de la medicina que tiene por objeto la creación de programas que pongan en marcha la prevención de enfermedades y la conservación de la salud tanto física y mental (Chiavenato, 1999). Para aplicar políticas de higiene en el trabajo se parte por la realización de estudios preliminares dentro de la institución con el fin de observar las condiciones relacionales, funcionales y estructurales, para así, poder establecer condiciones que ayuden a conservar un medio de trabajo lo suficientemente sano y de esta manera evitar situaciones de riesgo que puedan generar enfermedades (Kayser, 2001). En consecuencia es de fundamental importancia darle prioridad a asuntos relacionados con la higiene laboral para mantener un ambiente saludable.

Adicionalmente a esto es importante considerar a la higiene laboral como un sistema de reglas y principios que tienen como objetivo el control de factores de índole psicológica, ambiental o de situaciones tensionantes que puedan ser un potencial riesgo. Todo lo anteriormente mencionado mediante el previo reconocimiento y posterior evaluación de factores provenientes del trabajo que puedan causar enfermedades o un decremento en la salud, lo cual puede traer repercusiones en el rendimiento y originar cuadros endémicos o epidémicos. Según Chiavenato (1999), la premisa de salud en el trabajo se relaciona con la prevención y el diagnóstico de patologías que se pueden derivar del entorno laboral. En base a esto se puede argumentar que para poner en marcha programas de higiene en las

instituciones es importante partir por un diagnóstico para dar paso a una intervención primaria.

2.2.3. Definición

Los riesgos psicosociales son condiciones que ameritan la realización de una exploración de carácter preventiva, para de esta manera obtener un diagnóstico de la institución. Las condiciones de la organización relacionadas con la realización y contenido de la tarea son consideradas como factores psicosociales que pueden influir negativamente en la salud física, psíquica o desenvolvimiento social y por ende en el bienestar en general de los empleados (Fernández, 2010). Es decir una situación fuera de riesgo garantiza un mejor desempeño laboral, razón por la cual los factores antes mencionados desempeñan un papel importante en el ámbito institucional y de producción.

Según la Organización Mundial de Trabajo Los riesgos Psicosociales son:

“Las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente y las condiciones de su organización, por una parte; y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias puede influir en la salud, el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”. (p. 37)

En otras palabras se entiende como riesgos psicosociales a todas aquellas circunstancias que se encuentran presentes en las situaciones laborales dentro del entorno y la organización, las cuales afectan la salud del colaborador, lo cual a largo plazo tendrá incidencias en su rendimiento.

2.2.4. Tipos de Riesgos Psicosociales

Existe una variedad de autores que proponen distintas clasificaciones de los riesgos psicosociales, sin embargo en el presente estudio se toma en cuenta la propuesta por Bernardo Moreno, (2010), pues el mencionado autor es uno de los colaboradores que respalda la validez del F-PSICO, instrumento que fue utilizado en esta investigación para la medición de los factores de riesgo psicosociales. En el siguiente cuadro se presenta dicha clasificación, (ver tabla 2.2)

Tabla 2.2. Tipos de riesgos psicosociales

Factores	Descripción
Estrés	El autor en su estudio cita la definición propuesta por la comisión Europea, para la cual el estrés representa un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, organización y el medio ambiente de trabajo. Dicho estado se caracteriza por altos niveles de excitación y la frecuente sensación de no poder afrontarlos (p. 22). Es decir dicha condición genera impactos negativos en el empleado y por ende en la realización de la tarea encomendada.
Violencia	Para la OIT (2003) la violencia en el trabajo es: “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo.” (pp. 26 - 27). En consecuencia las situaciones de violencia laboral deben estar sujetas a la supervisión de organismos regularizadores en donde se garanticen la protección de los derechos humanos y así prevenir cualquier atropello a la integridad de los trabajadores
Acoso laboral (moobing)	El moobing, es una modalidad de la violencia laboral la cual se manifiesta de una forma sutil, aunque más invasiva pues tiene formas características de expresión como la intimidación, acoso, descalificación lo cual atenta contra el autoestima del trabajador, (Moreno, 2010, p. 31). Es decir este tipo de violencia tiene implicaciones más profundas en el colaborador pues ataca directamente a la parte psicológica del mismo.
Acoso sexual	Es toda aquella conducta de naturaleza sexual que tiene lugar en el espacio laboral o institucional que se desprende de una relación netamente de trabajo la cual es realizada por un individuo con pleno conocimiento de que la misma es ofensiva y no deseada por la persona en condición de víctima. Como resultado de esta situación se genera un ambiente laboral tenso, intimidante, hostil y humillante (Moreno, p. 36). Como nos

	podemos dar cuenta en las condiciones de trabajo se ven severamente afectadas.
Inseguridad contractual	Esta categoría tiene incidencia en la parte cognitiva del trabajador para Moreno (2010) es “una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro, y también como Una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera” (p. 39). Como se evidencia este temor se presenta con más frecuencia en instituciones en las cuales se manejan políticas de rotación o un número excesivo de personal lo que puede suponer posibles recortes o reubicaciones.
Desgaste profesional (burnout)	El desgaste profesional según Moreno (2010), “es el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y Organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales” (p. 42). En base a lo antes mencionado se puede inferir que el burnout es resultado de situaciones de estrés que no han sido atendidas correctamente en el pasado lo cual afecta directamente a estado de ánimo y motivación del servidor con respecto a su situación laboral
Conflicto familia /trabajo	Desproporción existente en el ámbito tanto laboral como familiar y en los roles que se desprenden de estos. El ejemplo más claro es el que involucra factores de tiempo pues esta es una variable que se comparte en las dos esferas antes mencionadas, de esta manera en algunas situaciones esto puede descompensarse generando consecuencias en cualquiera de los dos ámbitos (Moreno, 2010, pp. 45 -46). Es decir cuando el individuo invierte mucho tiempo en largas jornadas de trabajo puede tener implicaciones en el área familiar pues existe un descuido o ausencia en la misma y viceversa
Trabajo emocional	El trabajo emocional para Moreno (2010) “implica el control de las emociones de uno mismo para influir en las emociones de su cliente, con el objetivo de ser eficaz en su trabajo” (p. 48). Este riesgo es más común en aquellos puestos en las que el colaborador tiene contacto directo con otros sujetos en especial cuando desempeñan roles en los que no puede disgregar la parte emocional del entorno laboral

Fuente: Moreno Jiménez, B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.*

2.2.5. Factores que influyen en los riesgos psicosociales

Los factores del entorno influyen notablemente en el desarrollo de posibles riesgos psicosociales, en especial el contexto físico, por esta razón son de fundamental

importancia las condiciones estructurales óptimas que garanticen la comodidad del colaborador, a más de esto se incluyen los beneficios que la institución le otorgue al mismo (Fernández, 2010). En base a lo anteriormente mencionado, es importante adoptar medidas de seguridad y políticas institucionales pues constituirán un impulso en el rendimiento y salud del empleado.

A esto se suman las percepciones del trabajador con relación a su puesto de trabajo pues la seguridad o inseguridad que sienta el empleado será otro factor determinante cuando se habla de riesgos psicosociales, pues todos los sentimientos, reacciones y consecuentes conductas que se generan a partir de esto pueden ser potenciales indicadores de riesgo (Fernández, 2012). Es decir en una situación de inestabilidad laboral el empleado presentará sentimientos de incertidumbre que se verán reflejados en una secuencia de hechos desfavorables en el rendimiento. A más de lo anteriormente mencionado existe un abanico de factores que influyen en el desarrollo de riesgos psicosociales los cuales se engloban en las siguientes categorías propuestas por Quinn y Cameron (2007)

- Factores organizacionales: hace referencia a las características de la organización tales como: valores, roles, canales de comunicación y factores relacionales
- Factores circunstanciales: engloba a factores relacionados con la realización de la tarea es decir características estructurales, tecnológicas y ambientales que llevan a que el empleado desarrolle de determinada manera su función
- Factores físicos: referentes a aspectos relacionados con la ubicación institucional, vías de acceso y nivel de vida del medio circundante
- Factores geográficos: abarca aspectos generales del plano geográfico como los referentes a la ubicación

2.2.6. Consecuencias de los riesgos psicosociales

Como se ha detallado anteriormente los riesgos psicosociales generan un sinnúmero de consecuencias tanto a nivel personal y estructural, que afectan al trabajador y a la organización como tal. Una frecuente exposición a estos factores de riesgo generan un inminente daño en la salud, lo cual deriva al desarrollo de otras condiciones desfavorables que son potenciales factores de riesgos psicosociales (Moreno, 2010). Lo antes mencionado según refiere el Manual de Seguridad de seguridad publicado por ISASTUR (grupo de empresas españolas especializadas en el desarrollo de infraestructuras) en el 2010 tiene implicaciones a nivel conductual, físico y psíquico como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2.1. Implicaciones de los riesgos psicosociales

Aspecto	Descripción
Conductual	El comportamiento de cada servidor está influenciado por las percepciones que el mismo tenga con respecto a su situación laboral. La interpretación que el trabajador haga de diversas situaciones dentro del ambiente laboral traerá consecuentes conductas como hostilidad, constantes quejas, un estado reactivo, indiferencia a sus tareas entre otras las cuales afectaran a la organización
Psicofisiológico	Esta categoría está estrechamente relacionada con los factores psicosociales y condiciones estructurales de la institución. El individuo se ve afectado de diferente manera según las particularidades del rol que desempeña conjuntamente con su sensibilidad, pues de la interacción de estos factores depende la aparición de diversas afecciones y circunstancias desfavorables.
Psíquico	En el área psicológica las consecuencias de los factores psicosociales tienen implicaciones que van desde el quebranto de la fortaleza psíquica hasta alteraciones en la esfera cognitiva. Lo antes mencionado facilita la a aparición de cuadros ansiosos, depresivos, estrés entre otros

Fuente: ISASTUR. (2010). Manual de Seguridad, Edición web

Como se observa en la tabla 1, la exposición que el individuo tenga ante diferentes factores de riesgo psicosociales tendrá repercusiones a nivel global sobre el individuo y por ende en su rendimiento diario en el contexto personal y laboral.

Por otro lado es importante mencionar que determinados riesgos psicosociales se relacionan de manera positiva o negativa unos más que con otros, es decir su presencia estará ligada a la consecuente aparición de otro riesgo. Es así que el desempeño laboral se relaciona con las exigencias psicológicas ,216*¹ trabajo activo y posibilidades de desarrollo ,241* y apoyo social y calidad de liderazgo -,211* (Carrillo & Larzabal., 2015). De la misma manera en otra investigación realizada por Bracht & Larzabal en el 2015 se encontró que el ausentismo se relacionó con trabajo activo y desarrollo de habilidades ,778** apoyo social en empresa ,771**, compensaciones ,832** y doble

¹ Clave: *= significancia menor a 0.05, **= significancia menor a 0.01

presencia,727**. Como se puede notar los riesgos psicosociales influyen en diversos aspectos en la empresa, tanto organizaciones como personales.

2.2.7. Medidas preventivas de control de riesgos psicosociales

Esta medidas representan programa preventivo adopta un sinnúmero de medidas que apuntan a la reducción de situaciones que pongan al colaborador en una zona de indefensión o riesgo mediante la acción directa sobre la organización, el empleado y la interacción de estos. Es decir son medidas de intervención cuyo objetivo es contribuir a la mejora continua del entorno laboral para de esta manera combatir o regular la aparición de riesgos psicosociales (Kayser, 2001). Para realizar un proceso de intervención efectiva es necesario partir de un diagnóstico que permita definir la problemática para posteriormente planificar las actividades a realizarse y finalmente poner en marcha el plan de acción. Adicionalmente a esto, después de un tiempo, es aconsejable realizar un proceso de seguimiento continuo (Cortés, 2007). En función a lo antes mencionado es importante realizar dicho proceso para de esta manera observar si la intervención arrojó resultados favorables o ver en qué medida se pueden realizar cambios que permitan optimizar el proceso y obtener el resultado esperado.

2.2.8. Factores de riesgos psicosociales en la actividad laboral

2.2.8.1.Carga Mental

Esto hace referencia al esfuerzo que conlleva realizar cada una de las tareas y actividades otorgadas al colaborador en el tiempo de trabajo determinado. Para Bastidas (2013): “Se entiende por carga mental, el resultado de la diferencia entre la capacidad de recursos del individuo y las demandas que le vienen impuestas por una tarea específica de índole

intelectual” (p.28). Es decir la carga emocional conlleva al deterioro de la satisfacción del colaborador, ya que mientras más acumula esta tensión, su reacción será un tanto precipitada, provocando discordia y hasta pérdida del control.

2.2.8.2. Autonomía temporal

Este factor se refiere a la jornada laboral y el ritmo de trabajo, cuando no existe una distribución adecuada de los tiempos y descansos, esto hace que el empleado pierda el control en el entorno laboral y su significado, es decir el motivo y cuál es la finalidad de su tarea en la institución provocando que el trabajador desarrolle en menor proporción sus habilidades y conocimientos. Todo esto puede afectar a la comunicación, la vida social, ausencia de actividad y ausencia de consultas y sugerencias (Bastidas 2013).

Es decir el trabajo tiene a convertirse en una rutina la cual consume el propósito de vida laboral y provoca la disminución de la calidad de trabajo lo que lleva a que no exista un aporte significativo en su área de trabajo y por ende en la empresa

2.2.8.3. Contenido del trabajo

Perspectiva que la persona tiene de su trabajo, según la valoración que dé a su tarea dentro del proceso productivo y la importancia con la que realiza sus actividades, esto permite el desarrollo del área psicológica de los empleados de la institución. Según Bastidas, (2013):

Esta dimensión, pretenden analizar en qué medida el trabajo está formado por tareas variadas y con sentido, implica la utilización de diversas capacidades del trabajador y si está constituido por tareas monótonas o repetitivas, así como, en qué medida es un trabajo que resulte importante, motivador o rutinario.(p.30)

Es decir es la demanda empleada por el colaborador para ejecutar cada una de las tareas o actividades encomendadas con respecto al rol que ocupa dentro de la empresa, estas

situaciones ocasionalmente causan dificultades objetivas y subjetivas al momento de realizar una tarea encomendada.

2.2.8.4. Supervisión y participación

Dentro de esta área es importante tener en cuenta que, es necesario un ambiente estimulante otorgado tanto por los compañeros de trabajo como por sus supervisores para que los empleados alcancen un nivel óptimo y a su vez un desenvolvimiento proactivo en el área laboral. De esta manera se genera un clima de confianza con sus supervisores lo cual conlleva a que el trabajador participe en la toma de decisiones y aporte en su área (Bastidas, 2013). Como se puede observar es de fundamental importancia que exista una buena relación entre los colaboradores y sus supervisores pues así se construye un ambiente de proactividad y mutuo apoyo.

2.2.8.5. Definición de rol

Se considera como rol a cada una de las funciones y tareas que realiza el colaborador, las cuales están previamente determinadas dentro de las políticas institucionales en base a las actividades designadas de acuerdo al puesto y cargo de todos los trabajadores, todo lo anteriormente mencionado designa el rol a cumplir dentro de su puesto en la institución, los cuales en ocasiones generan ambigüedades o conflictos (Bastidas, 2013). Es decir desde el momento en el que a el trabajador se le asigna un rol este debe apropiarse del mismo y desembolverse en base a este, en ocasiones se generan conflictos relacionados a esto.

2.2.8.6. Intereses por el trabajador

El interés por el trabajador hace referencia a compensación que recibe el mismo por su rendimiento laboral, si bien en las instituciones se resguarda la seguridad de los colaboradores, esta dimensión hace referencia al interés directo de carácter personal y profesional que la empresa muestre por el mismo a lo largo del tiempo (Bastidas, 2013). Es decir el trabajador espera que exista una especie de equilibrio entre lo que le da a la empresa y lo que recibe de la misma por sus servicios a más de la remuneración económica lo que el trabajador porta y la compensación que recibe por ello.

2.2.8.7. Relaciones personales

Esta dimensión hace referencia a la esfera social del individuo, basando de en las interacciones diarias y canales de comunicación que se den entre el colaborador y sus semejantes. En este punto se analiza la participación, apoyo de carácter social y laboral que se da entre los mismos, todo esto dentro del ambiente institucional (Bastidas, 2013). Es decir todas la interacciones producto de la actividad laboral y extra laboral dentro de la institucion.

2.2.9. Formas de intervención de los riesgos psicosociales

Como un programa de prevención frente a los riesgos psicosociales el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) en 1993 desarrolló notas técnicas, a continuación se citan dos de estas una para la prevención a nivel de la organización y otra para el trabajador.

2.2.9.1. Intervención sobre el individuo

Como su nombre mismo lo dice estas técnicas van orientadas al sujeto como parte de la institución, en donde se proponen pautas de intervención orientadas al bienestar individual, este se verá reflejado en el desempeño del mismo. Dentro de este apartado se mencionan algunos factores que constan en, la nota técnica de prevención e intervención en el individuo, NTP 349 (INSHT, 1994). Las técnicas se clasifican en:

- **Fisiológicas:** Estas pautas están orientadas a la conservación de la salud física mediante reducción de situaciones que potencien la aparición de enfermedades derivadas del trabajo y malestar emocional. Es decir busca promover la conservación de un buen estado físico del mismo.
- **Conductuales:** En el área conductual mediante la adopción de medidas preventivas se busca proporcionar al individuo recursos que le permitan enfrentar favorablemente situaciones adversas dentro de esto están inmersas las técnicas de autocontrol
- **Cognitivas:** Realizar una reestructuración cognitiva con respecto a la posición que el individuo tiene ante las situaciones conflictivas es decir dotarlo de estrategias asertivas en resolución de problemas y modificación de pensamientos automáticos y de pensamientos deformados
- **Generales:** Las pautas de carácter general tienen la finalidad potenciar en el sujeto los recursos personales para de esta manera dotarlo de recursos eficaces para el afrontamiento de los riesgos psicosociales dentro de esto se pueden incluir los siguientes aspectos; una dieta adecuada, apoyo social, distracción y el buen humor.

2.2.9.2. Intervención sobre la organización

Antes de realizar una intervención en la organización para la prevención de este tipo de riesgos, es de fundamental importancia tomar en cuenta ciertos factores que promueven el desarrollo de los mismos dentro de esto se destacan cuatro elementos; condiciones de trabajo tensionantes o estresantes, dificultad para enfrentar demandas originadas en el espacio laboral, percepción de dichas situaciones como amenazantes y por consiguiente, la aparición de signos físicos y respuestas emocionales desadaptativas.

En base a la nota técnica de prevención 438 elaborada por el INSHT en los casos que se requiera ejecutar programas de prevención en casos de estrés laboral, dificultades relacionales entre otras problemáticas que se haya detectado en la institución pues en estas situaciones es más efectivo optar por medidas globales, organizativas y que comprometan a la participación colectiva. (INSHT, 1996)

2.2.10. Sintomatología clínica y la relación con los riesgos psicosociales

Cada empleado posee un sinnúmero de actitudes que varían en función del nivel de salud, valores, motivaciones, expectativas y competencias, las cuales representan un factor condicionante en el nivel de insatisfacción – satisfacción vital y a su vez laboral (Gil-Monte, 2012). Es importante mencionar que los seres humanos que presentan cualquier afección mental tiene la posibilidad de exhibir varias alteraciones a nivel funcional y de comportamiento, los cuales conforman a su vez signos de alerta que repercutirán en el contexto laboral las cuales representan indicadores sólidos de la existente necesidad de una evaluación de carácter inicial.

En base a lo antes mencionado la Guía de Salud del MIR editada por la Organización Médica Colegial y la Fundación Galatea citado por Mingote, (2010). Hace énfasis en los siguientes signos que pueden ser considerados de alarma dentro del contexto institucional en sus trabajadores; disminución en el rendimiento laboral, absentismo, desmotivación, apatía, incumplimiento de las tareas asignadas, conflictos con sus semejantes, irritabilidad desmesurada y comportamiento agresivo, falta participación (es decir evitar la integración con sus compañeros), colaboración y dificultad en presentar iniciativa en la toma de decisiones. Como se puede observar todos los signos de alarma apuntan a un declive en las actividades diarias de empleado en su entorno de trabajo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Este trabajo investigativo se acoge a un enfoque de carácter mixto cuali- cuantitativo. Cuantitativo pues se recabará información que será sometida al análisis matemático, desde una valoración psicométrica (Martínez, 2006). Para de esta manera extraer datos reflejados en cifras sobre la sintomatología clínica y factores de riesgos psicosociales de la empresa Prodegel SA. Cualitativo porque cada una de las variables fue conceptualizada desde distintos referentes teóricos a más de esto los datos serán interpretados.

También se acoge a un alcance de carácter exploratorio y descriptivo no experimental de corte transversal. Exploratorio, pues si bien la evaluación de riesgos psicosociales se realiza en gran parte de las empresas por políticas de salud e higiene en el trabajo, el análisis de la sintomatología clínica en este ámbito no ha sido estudiado, razón por la cual este tipo de investigación ayudará a familiarizarnos con el fenómeno de estudio. Según Gómez, M. (2006): “Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando es necesario examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (p. 65). En consecuencia a lo anteriormente mencionado uno de los alcances que más se ajusta a las características de la investigación es el exploratorio pues, se carece de estudios de este tipo.

Por otro lado el alcance de la investigación también es descriptivo porque se recolectó información con el fin de diagnosticar un fenómeno, para indicar sus características centrales o diferentes, para de esta manera poder comprenderlo, describirlo y explicarlo, en el presente caso se realizó un análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales para lo cual se recolectó información teórica relevante de cada una de las variables y se evaluó dichos factores a la población para posteriormente poder describir las características del fenómeno a estudiarse mediante los resultados. A más de esto es un diseño no experimental pues no se manipuló ninguna variable del ambiente. Finalmente es transversal porque según Madrigal, L. (1986) “Estos estudios constituyen una especie de corte trasversal en el tiempo, como una fotografía del fenómeno y de los factores y circunstancias que actúan sobre él en un momento dado” (p, 29). Es decir la investigación fue llevada a cabo durante un periodo definido de tiempo, sin necesidad de llevar a cabo un retest.

3.2. Modalidad de investigación

Estudio bibliográfico: Las investigaciones consideradas bajo esta modalidad tienen como eje fundamental la utilización de recursos bibliográficos para la extracción de información, a la cual se llegó mediante la lectura crítica. Lo antes mencionado dio resultados favorables puesto que con esto se logró llegar a la comprensión mediante el análisis y evaluación crítica del tema de estudio propuesto. En esta investigación se utilizaron varios recursos de este tipo tales como libros, documentos, revistas, páginas web, etc., con los cuales se pudo fundamentar teóricamente cada una de las variables de estudio constituyéndose así el punto inicial para llevar a cabo el proyecto.

Estudio de campo: El desarrollo del presente trabajo se llevó a cabo en un entorno real en el cual obtuvo un contacto directo con la situación a estudiarse sin manipularse las variables. Esto permitió que los datos sean recabados de manera directa, adicionalmente a esto el investigador puede observar la situación.

3.3. Método

Método científico: El método que se utilizó para el desarrollo del presente trabajo es netamente científico, pues este es un proceso cuyo principal fin es explicar el porqué de los fenómenos para posteriormente plantear relaciones tentativas entre los hechos que se suscitan y generar enunciados que expliquen los mismos. Según Sosa, (1990): “El método científico es un procedimiento racional e inteligente de dar respuesta a una serie de incógnitas, entendiendo su origen, su esencia y su relación con uno o varios efectos” (p. 45). Considerando lo mencionado para el presente trabajo investigativo se siguió este proceso sistematizado para la generación de un nuevo conocimiento.

3.4. Método clínico

En este tipo de métodos se sigue una secuencia ordenada de pasos para la generación del conocimiento, el cual parte del planteamiento de una pregunta que corresponda a una situación que se desconozca, para posteriormente generar hipótesis y mediante la investigación probar o descartar las mismas, para así llegar al conocimiento de los fenómenos que rodean al ser humano.

3.5. Instrumentos

Ficha sociodemográfica: para la recolección de información se hizo uso de una ficha sociodemográfica la cual estaba estructurada de manera muy sencilla en donde constan datos referentes a la edad, sexo, estado civil etc.

Carta de consentimiento informado: se hizo uso de este documento legal con el fin de cumplir parámetros éticos en torno al proceso investigativo, en donde se presenta de forma clara una explicación referente al propósito del trabajo y aspectos generales del mismo. A más de esto con el documento queda constancia de que el participante fue informado sobre los reactivos y el procedimiento que se le realizó. Adicional a esto se asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos

3.5.1. Cuestionario de 90 síntomas revisados (SCL 90 - R)

El nombre original de este instrumento es Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL 90 R), creado en 1994 por Derogatis quien posteriormente lanza su adaptación española en el 2001. Para Caparrós, Hoz, Ferrer, y Viñas: “El Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la medición de la sintomatología psicopatológica en población clínica y en población general” (2007, parr. 1). Este es un cuestionario utilizado principalmente en exploraciones iniciales cuyo objetivo es la detección de sintomatología clínica en adolescentes y adultos de 13- 65 años de edad pertenecientes a una población clínica y no clínica. A más de esto cuenta con un *alfa de Cronbach* de 0,933 lo cual es muy bueno dándole una confiabilidad muy alta al instrumento.

En el aspecto estructural esta herramienta cuenta con 90 ítems en los cuales se miden las siguientes dimensiones; Somatizaciones (SOM) , obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), psicoticismo (PSIC). Adicionalmente a esto es importante mencionar que este cuestionario es de auto aplicación en donde la modalidad de respuesta está basada en una escala tipo Likert en donde 0 es nada, 1 muy poco, 2 poco, 3 bastante, 4 mucho.

3.5.2. Cuestionario para la detección de riesgos psicosociales FPSICO 3.1

El F-PSICO versión 3.1 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Es una herramienta utilizada para la detección de factores de riesgo psicosociales en el ámbito organizacional dirigido a la población en general a partir de los 18 años de edad. Fue creada por Martín y Pérez en 1997, pasando por una serie de versiones hasta llegar a la más actual que es la versión 3.1. La elaboración de dicho instrumento se fundamentó básicamente en teorías referentes a la motivación, estrés y satisfacción. En cuanto a la fiabilidad del instrumento este posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0,895 (n = 1108), lo que indica optima destreza a nivel global (Pérez, 2012).

El objetivo de este es la evaluación preliminar mediante la proporción de información con el fin de ayudar a la identificación de factores de riesgo en diferentes situaciones, de esta manera permite a la empresa realizar un diagnóstico psicosocial gracias a la interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación individual del instrumento, para de esta manera poder tomar conciencia de la situación actual.

En el aspecto estructural consta de 44 ítems con una modalidad de respuesta tipo escala Likert en donde 1 es siempre o casi siempre, 2 a menudo, 3 a veces, 4 nunca o casi nunca.

A más de esto se encarga de la medición de 9 factores los cuales son; Tiempo de Trabajo (TT), autonomía (AU), carga de trabajo (CT), demandas psicológicas (DP), variedad/contenido (VC), participación/Supervisión (PS), interés por el trabajador/Compensación (ITC), desempeño de rol (DR), relaciones y apoyo social (RAS).

Es importante mencionar que esta versión cuenta con una aplicación informática tanto para la aplicación como para la tabulación de resultados, debido a las condiciones de la empresa se optó por la aplicación tradicional, es decir mediante lápiz y papel. No obstante para la tabulación de datos si se utilizó dicha aplicación.

3.6.Población

Para llevar a cabo con éxito dicha investigación se tomó a los 125 empleados de la empresa productora de gelatina, Prodegel SA., ubicada en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua. Estos participantes representan al total de la población pues al tratarse de un número limitado de empleados todos serán tomados en cuenta razón, por la cual no se utilizó ningún tipo de muestreo. Para la elección de esta población el único criterio de inclusión utilizado es que sean empleados fijos de la empresa PRODEGEL razón por la cual se descartaron a 4 personas pues sus contratos estaban por vencerse. El número de trabajadores está dividido en 2 áreas:

- Área Administrativa
- Área Operaria

Dentro de la división antes mencionada a su vez existen 5 células agrupadas por su afinidad organizacional la cual se muestra a continuación:

- 1 célula que representa al área administrativa compuesta por 35 trabajadores, pertenecientes al sexo masculino y femenino
- 4 células que representan al área de operarios compuesta por (90 trabajadores pertenecientes al sexo masculino.

3.7. Procedimiento Metodológico

El trabajo investigativo tuvo como punto de partida la búsqueda de información actual y pertinente al tema propuesto. Para lo cual se utilizó fuentes bibliográficas académicas, posteriormente a esto se realizó una lectura de carácter comprensiva con el fin de analizar, sintetizar y depurar la información encontrada. Como siguiente punto mediante un proceso de indagación debidamente orientado por personas expertas en el tema, se escogerán las herramientas adecuadas para la medición de cada una de las variables a investigarse.

Seguido a esto se eligió la población con la que se trabajó durante el proceso investigativo, por lo cual se seleccionó a la empresa Prodegel SA., el principal motivo por el que se tomó en cuenta a esta población es porque en la misma si bien se han evaluado factores de riesgo psicosociales, nunca se ha hecho un análisis psicológico más a profundidad. Por esta razón la empresa se vió interesada en ser parte de este proyecto, por lo cual hubo una gran apertura por parte de las autoridades respondiéndose favorablemente al oficio enviado para permitir la evaluación de sus trabajadores. Inicialmente se planteó involucrar a todo el personal (125) escogidos bajo un único parámetro de inclusión, ser empleados fijos de la empresa razón por la cual 5 personas fueron excluidas.

La aplicación de los reactivos se dio de la siguiente manera: Al tratarse de dos test la evaluación se dio en dos periodos con el fin de evitar la fatiga y por ende posibles sesgos en los resultados. Antes de la evaluación realizo un proceso de logística en el cual se dividió a la población en grupos, es decir por células de producción previamente establecidas dentro del organigrama de la empresa (4 células del área de producción y 1 célula del área administrativa). Asignándose de esta manera un día para cada célula en donde se realizó una capacitación previa a la aplicación de cada instrumento. En un primer tiempo se aplicó el F-PSICO 3.1 seguido del SCL 90R.

Finalmente para realizar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos se hizo uso de dos programas estadísticos. En primer lugar para el ingreso de datos del F-PSICO 3.1 se utilizó su versión informática y para el SCL – 90R se hizo uso del programa estadístico SPSS versión 21. Dichos programas permitieron la tabulación de los datos obtenidos mediante la previa aplicación de las herramientas, de esta manera se pudo conocer cuál es el estado actual de la empresa y así generar conclusiones y recomendaciones

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales de los participantes

El análisis de la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales del personal de la empresa Prodegel S.A, se realizó con el total de la población de trabajadores activos en la empresa. Para comenzar, es necesario exponer y tener en cuenta algunos puntos importantes que servirán como guía. Como primer punto se expondrán los resultados arrojados por el SCL – 90R encargado de medir la sintomatología clínica. Seguido a esto se describirán los resultados obtenidos tras la aplicación de FPSICO 3.1 reactivo responsable de medir los riesgos psicosociales.

4.2. Análisis de datos sociodemográficos de los participantes

Antes de empezar con el análisis de los resultados de los instrumentos se realizará una presentación sobre datos sociodemográficos relevantes, los cuales hacen referencia a variables individuales estas permiten conocer características de la población con la que se está trabajando.

4.2.1. Variables Sociodemográficas

Las variables consideradas en esta sección hacen referencia al género, edad, estado civil y nivel de educación de cada uno de los participantes considerados para el estudio.

4.2.1.1. Género

En la tabla que se presentara a continuación se muestra la frecuencia (f) y el porcentaje (%) correspondiente al género masculino y femenino de la población total, (ver Tabla 4.1.)

Tabla 4.1. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al sexo

Variable	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Genero		
Masculino	107	88,4
femenino	14	11,6
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se puede observar la mayoría de la población corresponde al sexo masculino en un (88,4%) y en menor proporción al sexo femenino en un (11,6%). Este resultado se evidencia pues en la institución existe gran cantidad de personal masculino puesto que la mayor área es la de producción y en menor cantidad personas de sexo femenino pues estas solo se encuentran ubicadas en el área administrativa.

4.2.1.2. Educación

La variable educación hace referencia al nivel de estudio que hayan cruzado los examinados considerándose desde un nivel primario incompleto hasta el superior que corresponde a un nivel terciario completo. A continuación se muestra un análisis basado en la frecuencia (f) y porcentaje (%) considerando al total de casos evaluados (ver Tabla 4.2.)

Tabla 4.2. Educación Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al nivel de educación

Variable	Estadísticos	
	Frecuencias (f)	Porcentajes (%)
Primaria		
Incompleto	2	1,7
Completo	8	6,6
Secundario		
Incompleto	18	14,9
completo	41	33,9
Terciario		
incompleto	18	14,9
completo	34	28,1
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Según se evidencia en la anterior tabla, la mayor parte de la población ha alcanzado un nivel de estudios secundario completo lo cual corresponde a un 33,9% de la población, seguido por un nivel de estudios de carácter terciario completo en un 28,1%. En cambio la menor parte de la población tiene un nivel primario incompleto en un 1,7%.

4.2.1.3. Estado civil

En la siguiente tabla se muestra un análisis en función al estado civil de los participantes en donde se muestra la frecuencia y porcentajes de dicha condición en el total de la muestra. (ver Tabla 4.3.)

Tabla 4.3. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación al estado civil

Variables	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltero	18	14,9
Casado	90	74,4
Divorciado	3	2,5
Viudo	1	0,8
En Pareja	9	7,4
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Según se refleja en la tabla el estado civil de la mayor parte de la población es casada en un 74,4%, seguido un porcentaje proporcionalmente bajo que representa a la población soltera que representa el 14,9%. Finalmente un solo participante presenta una condición de viudo lo que representa un 0,8% del total de la muestra.

4.2.1.4. Edad

Para concluir las variables que hacen referencia a características sociodemográficas de la población a continuación se presenta el análisis de la edad de los participantes el cual se muestra datos representados con la media (M) y la desviación estándar (Ds). (ver Tabla 4.4.)

Tabla 4.4. Análisis de la desviación estándar y media de la edad

Variable	Estadísticos	
	Media (M)	Desv. Est. (Ds)
Edad	37,79	9,931
	Mínimo	Máximo
	23	69

Nota: 121 Observaciones

En cuanto a la variable edad, la muestra se encuentra con una edad mínima de 23 años y una máxima de 68 años; la media tiene un valor a $M = 37,79$ años con una desviación estándar $Ds = 9,931$ lo que corresponde a una edad adecuada de etapa adulta en el ámbito laboral

4.3. Análisis de los resultados de la sintomatología clínica

El análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento SCL – 90R, será presentado tomando en cuenta cada una de las dimensiones de manera individual, en donde se reflejará el estado de la población en cada una de las dimensiones, posterior a esto se muestra el índice de severidad global, seguido del total de síntomas positivos y finalmente el índice de malestar sintomático positivo. Con el análisis descriptivo de lo anteriormente mencionado se irá conociendo el estado actual de la población de estudio estableciéndose de esta manera un diagnóstico de la sintomatología clínica presente en la muestra esta información será detallada a continuación en forma de frecuencias (f) porcentajes (%).

4.3.1. Somatizaciones

Este análisis corresponde a los resultados obtenidos de la primera dimensión del SCL-9R la cual consta con 12 ítems destinados a medir el índice de sintomatología clínica referente a las somatizaciones, los datos obtenidos están interpretados en base a una escala que considera las siguientes categorías: tendencia a riesgo, riesgo, tendencia a patología severa y patología severa. (ver Tabla 4.5.)

Tabla 4.5. Análisis de la sintomatología clínica referente a somatización

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Somatización		
Sin riesgo	57	47,1
Tendencia a riesgo	54	44,6
Riesgo	10	8,3
Total	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se observa en la tabla la mayoría de la población no presenta riesgo lo cual corresponde a un 47,1 %, seguido de un 44,6 % que presenta una tendencia a riesgo y un 8,3 % del total de la muestra que si presenta una situación de riesgo.

4.3.2. Obsesiones y Compulsiones

A continuación se presenta una tabla correspondiente a los resultados obtenidos en la segunda dimensión del SCL-9R la cual consta con 10 ítems destinados a medir el índice de sintomatología clínica referente a las somatizaciones, Impulsos, acciones y pensamientos no deseados o que son recurrentes e imposibles de evitar. Los datos

obtenidos están interpretados en base a una escala que considera las siguientes categorías: tendencia a riesgo, riesgo, tendencia a patología severa y patología severa. (ver Tabla 4.6.)

Tabla 4.6 Análisis de la sintomatología clínica referente a obsesiones y compulsiones

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Obsesiones y Compulsiones		
Sin riesgo	77	63,6
Tendencia a riesgo	42	34,7
Riesgo	2	1,7
Total		100,0
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

En cuanto a la dimensión obsesiones y compulsiones se observa que un 63,6% de la población no presenta riesgo, seguido de un 34,7% que presenta una tendencia a riesgo y un 1,7% que muestra la existencia de un riesgo como tal.

4.3.3. Sensibilidad Interpersonal

La tercera dimensión del SCL-9R consta con 10 ítems destinados a medir el índice de sintomatología clínica referente la sensibilidad interpersonal centrándose en la detección de sentimientos de inadecuación e inferioridad de la persona evaluada frente a sus semejantes. Los datos obtenidos son mostrados con su respectiva frecuencia (f) y porcentaje (%), (ver Tabla 4.7.)

Tabla 4.7. Análisis de la sintomatología clínica referente a sensibilidad interpersonal

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sensibilidad Interpersonal		
Sin riesgo	64	52,9
Tendencia a riesgo	55	45,5
Riesgo	2	1,7
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

En el análisis referente a la dimensión sensibilidad interpersonal se evidencia que un 52,9% de la población no presentan riesgo alguno, seguido de un 45,5% que presenta una tendencia a riesgo, finalmente en solo dos únicos casos existe la presencia de un riesgo lo cual representa a un porcentaje muy bajo en el total de la muestra.

4.3.4. Depresión

En el siguiente apartado se muestra una tabla con los resultados del análisis que arrojó la dimensión correspondiente a depresión la cual consta de 13 ítems encargados de medir las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo. La información se presenta en forma de cifras dadas en una frecuencia (f) y porcentaje (%), (ver Tabla 4.8.)

Tabla 4.8. Análisis de la sintomatología clínica referente a depresión

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Depresión		
Sin riesgo	86	71,1
Tendencia a riesgo	31	25,6
Riesgo	4	3,3
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observación

En relación a los resultados obtenidos se evidencia que la mayor parte de la población no presenta riesgo alguno lo cual representa a un 86% de la muestra, luego en menor proporción existe la presencia de una tendencia a riesgo por parte de un 25,6% de participantes y en situación de riesgo se encuentran un 3,3% que corresponde a 4 personas.

4.3.5. Ansiedad

La cuarta dimensión del instrumento cuenta con 10 ítems los cuales se encargan de evaluar y detectar los patrones de sintomatología ansiogena que pueden estar presentes en los participantes evaluados. El análisis realizado arroja datos en frecuencias y porcentajes, (ver Tabla 4.9.)

Tabla 4.9. Análisis de frecuencias y porcentajes de Ansiedad

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Ansiedad		
Sin riesgo	79	65,3
Tendencia a riesgo	41	33,9
Riesgo	1	0,8
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se puede notar en la tabla presentada la mayor parte de la población correspondiente al 65,5% no presenta riesgo seguido de una tendencia a riesgo en menor proporción de la muestra que representa al 33,9 % para finalmente corroborar la presencia de un caso de riesgo en esta dimensión.

4.3.6. Hostilidad

La dimensión hostilidad cuenta con 6 ítems encargados de medir el grado de conductas impulsivas y agresivas que presenta el sujeto, en esta categoría se incluyen la hostilidad física y verbal. En el total de la muestra se realiza un análisis en función al porcentaje y frecuencia que permiten detectar la existencia de riesgo o tendencia al mismo, (ver Tabla 4.10)

Tabla 4.10. Análisis de frecuencias y porcentajes con relación a hostilidad

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Hostilidad		
Sin riesgo	86	71,1
Tendencia a riesgo	35	28,9
Riesgo	0	0
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se evidencia en los resultados presentados anteriormente, se muestra que gran parte de la población no muestra una situación de riesgo esto corresponde al 71,1% de la muestra evaluada a diferencia del 28,9% restante que muestran un tendencia a riegos.

4.3.7. Ansiedad Fóbica

La presente dimensión cuenta con 7 ítems encargados de medir indicadores referentes a la presencia del temor desproporcionado e irracional ante situaciones específicas, lugares, personas animales etc. En el total de la muestra se realiza un análisis en función al porcentaje y frecuencia que permiten detectar la existencia de riesgo o tendencia al mismo, (ver Tabla 4.11.)

Tabla 4.11. Análisis de la sintomatología clínica referente a ansiedad fóbica

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Ansiedad Fóbica		
Sin riesgo	33	27,3%
Tendencia a riesgo	80	66,1%
Riesgo	8	6,6%
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se evidencia en los resultados presentados anteriormente se muestra que el 66.1% de la población en esta dimensión presenta una tendencia a riesgo mientras que el 27,3% de la misma no es una población en riesgo y el 6,6 % presenta riesgo.

4.3.8. Ideación Paranoide

Esta dimensión cuenta con 6 ítems encargados de medir indicadores que denoten la presencia de desórdenes de pensamiento tales como temor a la pérdida de autonomía suspicacia, pensamiento proyectivo y consecuentes conductas paranoides. En el total de la muestra se realiza un análisis en función al porcentaje y frecuencia que permiten detectar la existencia de riesgo o tendencia al mismo, (ver Tabla 4.12.)

Tabla 4.12. Análisis de la sintomatología clínica referente a ideación paranoide

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Ideación Paranoide		
Sin riesgo	70	57,9
Tendencia a riesgo	48	39,7
Riesgo	3	2,5
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se evidencia en los resultados presentados anteriormente se muestra que gran parte de la población no muestra una situación de riesgo esto corresponde al 57,9% de la muestra evaluada, por otro lado el 39,7% presenta una tendencia a riesgo. Finalmente el 2,5% de la población presenta un riesgo.

4.3.9. Psicoticismo

La dimensión referente a psicoticismo cuenta con 10 ítems encargados de medir los síntomas referentes a un estilo de vida esquizoide, control del pensamiento, estados de soledad y alucinaciones. En el total de la muestra se realiza un análisis en función al porcentaje y frecuencia que permiten detectar la existencia de riesgo o tendencia al mismo, (ver Tabla 4.13.)

Tabla 4.13. Análisis de la sintomatología clínica referente a psicoticismo

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Psicoticismo		
Sin riesgo	59	48,8
Tendencia a riesgo	58	47,9
Riesgo	4	3,3
Total		
	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se observa en la tabla anteriormente presentada existe un 48,8% de la población que no presenta riesgo, y un 47,9% presenta una tendencia a riesgo mientras que tan solo el 3,3% de la muestra si presenta un riesgo.

4.3.10. Índice de Severidad Global

En la tabla que se presentará a continuación se muestra el nivel actual de severidad del malestar, en la población evaluada realizándose un análisis en función a la frecuencia (f) y el porcentaje (%), (ver Tabla 4.14.)

Tabla 4.14. Análisis del Índice de Severidad Global

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Índice de Severidad Global		
Intensidad Leve	89	73,6
intensidad moderada	30	24,8
Intensidad Grave	2	1,7
Total	121	100,0

Nota: 121 Observaciones

Como se observa en la tabla anteriormente presentada en un 73,6% de la población existe una intensidad leve a diferencia del 24,8% en el que se evidencia la presencia de una intensidad moderada, finalmente en el 1,7% de los evaluados existe una intensidad grave.

4.3.11. Total de síntomas Positivos

Esta categoría mide el intento consciente del sujeto por mostrarse mejor de lo que realmente esta es decir dar una imagen positiva. En la tabla que se presenta continuación se muestran los resultados obtenidos en forma de frecuencias (f) y porcentajes (%), (ver Tabla 4.15.)

Tabla 4.15. Análisis del Total de síntomas Positivos

Dimensión	Estadísticos	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Total de síntomas Positivos		
tendencia exagerada a mostrarse sin patologías	1	0,8
tendencia exagerada a mostrarse sin patologías	8	6,6
Exhibición normativa de sintomatología	112	92,6
Total		
	121	100,0

Como se evidencia en la tabla anteriormente expuesta un participante equivalente al 0,8% de la muestra una tendencia exagerada a mostrarse sin patologías mientras que el 6,6% de la población presenta una tendencia exagerada a mostrarse sin patologías finalmente el 92,6% restante presentan una exhibición normativa de sintomatología.

4.3.12. Análisis de correlaciones entre los componentes internos del Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL – 90R)

El análisis de correlación entre los componentes internos del SCL – 90R se establece mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), el cual analiza el comportamiento relacional entre las siguientes dimensiones (ver tabla 4.16.)

Tabla 4.16. Matriz de correlaciones del SCL-90R

Dimensiones	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Somatización	1								
Obsesiones y compulsiones	,238**	1							
Sensitividad interpersonal	,282**	,442*	1						
Depresión	,350**	,491*	,483**	1					
Ansiedad	,364**	,422*	,438**	,495*	1				
Hostilidad	,248**	,276*	,328**	,248*	,407*	1			
Ansiedad Fóbica	,259**	,358*	,297**	,270*	,328*	,129	1		
Ideación paranoide	,292**	,352*	,520**	,332*	,333*	,348**	,316**	1	
Psicoticismo	,308**	,389**	,450**	,292**	,269**	,295**	,142	,491**	1

Nota: ** $p < 0,01$.

Clave: A= Somatización; B= Obsesiones y compulsiones; C= Sensitividad interpersonal; D= Depresión; E= Ansiedad; F= Hostilidad; G= Ansiedad Fóbica; H= Ideación paranoide; I= Psicoticismo

Con relación a la tabla anteriormente presentada, se ha encontrado una relación positiva significativa en relación al componente somatización con las dimensiones: depresión $r = .350^{**}$, $p < 0,01$; ansiedad $r = .364^{**}$, $p < 0,01$, lo cual se corrobora con los resultados obtenidos en una investigación que tuvo por objetivo analizar la relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México, en la cual se confirmó la relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad, (González, Landero, & García, 2009). En relación al factor obsesiones y compulsiones se aprecia una correlación positiva con la dimensión de psicoticismo $r = .389^{**}$, $p < 0,01$. Con referencia al componente sensibilidad interpersonal es posible evidenciar que existe una correlación significativa positiva con las dimensiones depresión $r = .483^{**}$, $p < 0,01$; ideación paranoide $r = .520^{**}$, $p < 0,01$. Siguiendo con el componente depresión se observa que existe una correlación positiva con la dimensión de psicoticismo $r = .292^{**}$, $p < 0,01$. En

cuanto al factor ansiedad se aprecia una correlación positiva con la dimensión de psicoticismo $r=.269^{**}$, $p<0,01$. Por otro lado se observa que el factor Hostilidad tiene una correlación significativa positiva con la dimensión ideación paranoide $r=.348^{**}$, $p<0,01$. De la misma manera se evidencia que existe una correlación positiva entre el factor ansiedad fóbica e ideación paranoide $r=.316^{**}$, $p<0,01$. Finalmente con relación al factor ideación paranoide también se evidencia una correlación positiva con la dimensión de psicoticismo. Es decir, los resultados mencionados indican que hay sintomatología relacionada, ya que cuando alguien puntúa alto en alguno de los componentes lo hace también en otros.

4.4.Análisis de los resultados de los riesgos psicosociales

En el siguiente apartado se presentarán los resultados obtenidos de la medición de la segunda variable con el instrumento psicométrico F-PSCIO 3.1. El cual se encargó de medir factores de riesgo psicosociales englobados en nueve dimensiones. Para la tabulación de los datos se hizo uso del sistema informático de dicho instrumento. En base a lo anteriormente mencionado se parte por realizar un a análisis general para conocer el estado global de la empresa, seguido a esto se realizará un análisis por cada célula de trabajo.

4.4.1. Resultados Globales

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el análisis realizado al total de la población. Para la interpretación de la situación encontrada se hace uso de colores es así como el color verde representa a una situación óptima, el color amarillo a un riesgo moderado, el color naranja un riesgo elevado y finalmente el color rojo a la presencia de

riesgo como tal, en el siguiente grafico 4.1. se detalla los porcentajes y medias de los resultados obtenidos:

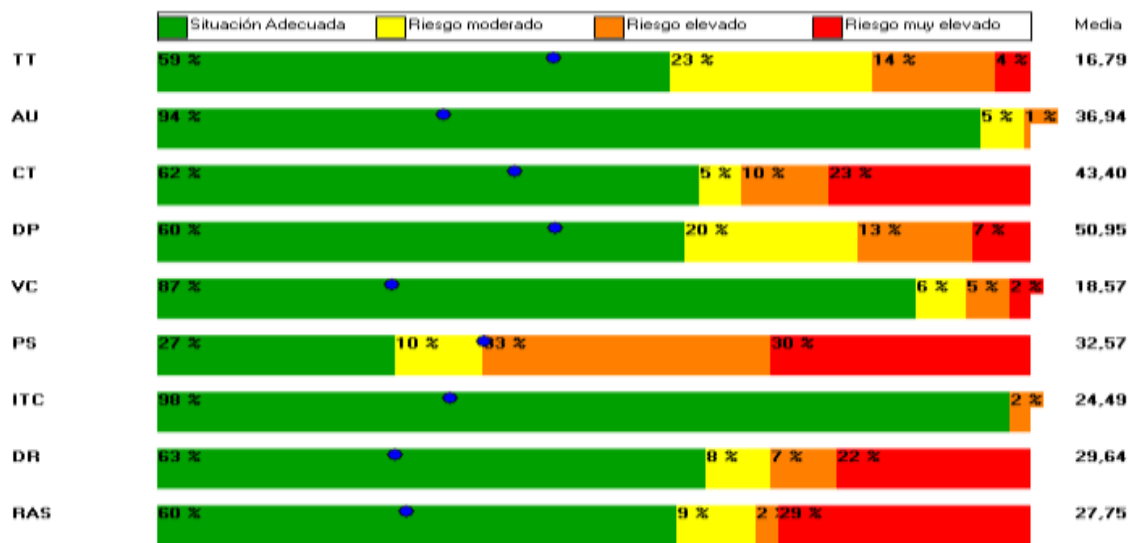


Gráfico 4.1: Perfiles de los factores de riesgo

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

Como se evidencia en el grafico en la mayoría de dimensiones existe una situación adecuada pues estas están situadas en el color verde, sin embargo es importante mencionar que en la dimensión de supervisión y participación se muestra una tendencia llamativa pues tan solo el 27% de la población evaluada se encuentra en una situación óptima, seguido de un 10% que presenta un riesgo moderado, un 33% que muestra la presencia de un riesgo elevado y un 30% que muestra un riesgo muy elevado. En una evaluación hecha en un periodo de tiempo anterior, como parte de un proyecto de titulación se muestran resultados similares en esta dimensión, haciendo un analisis en base al área operativa y administrativa. Salvador & Pardo (2017):

En la sexta dimensión Participación / Supervisión: en esta dimensión las dos áreas tienen resultados casi similares se analiza que es la dimensión con porcentaje más altos en riesgo muy elevado en cuanto a las otras dimensiones, pues consta en riesgo muy elevado con el 35% en el área administrativa y el 34% en el área operaria, riesgo elevado 18% y 21% respectivamente, riesgo moderado 18% y 16%, y en situación adecuada el 29% le corresponde a los trabajadores del área administrativa y así mismo el 29% le corresponde al área operaria. p. 57.

Como se observa, los índices de riesgo más elevados se siguen manteniendo en esta dimensión. Por otro lado la dimensión de interés por el trabajador/ compensación, es en la que existe un mayor índice favorable, de esta manera el 98% de la población presenta una situación adecuada.

4.4.2. Resultados de la célula 1

En el gráfico 4.2. que se presenta a continuación se muestran los resultados obtenidos en función a porcentajes y medias de la aplicación del instrumento a 16 participantes pertenecientes al área operativa, los cuales pertenecen a la célula uno agrupados de esta manera por afinidad organizacional.

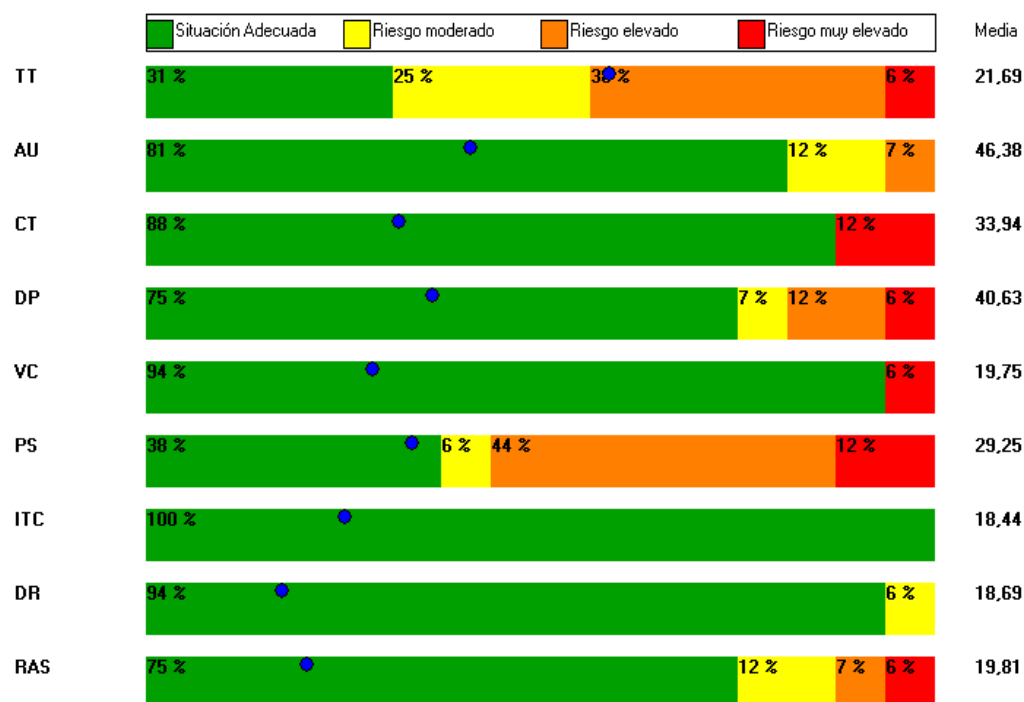


Gráfico 4.2. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 1

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

Como se observa en el gráfico 4.2. la dimensión en la que mayor porcentaje de riesgo se evidencia es la de supervisión participación, en donde el 44% de la población presenta un

riesgo elevado, seguido de un 12 % que presenta un riesgo muy elevado y un 6% que presenta un riesgo moderado. La siguiente dimensión en la que esta célula presenta un riesgo es el la relacionada al tiempo de trabajo, pues el 30% de la muestra presenta un riesgo elevado, seguido del 25% que presenta un riesgo leve y el 6% un riesgo muy elevado.

4.4.3. Resultados de la célula 2

El análisis expuesto a continuación muestran los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a 16 participantes pertenecientes al área operativa, los cuales pertenecen a la célula dos agrupados de esta manera por afinidad organizacional. En el gráfico 4.3. se muestran porcentajes y medias de cada una de las dimensiones evaluadas

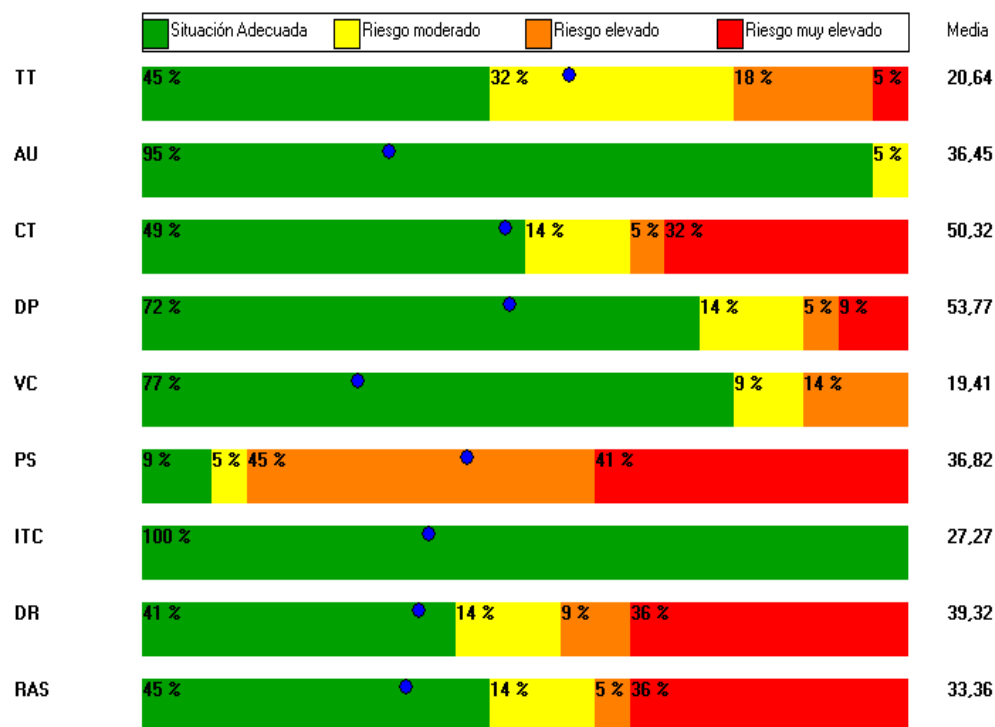


Gráfico 4.3. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 2

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

En el gráfico 4.3. presentado anteriormente, se muestra la existencia de una situación de alto riesgo en la dimensión de supervisión – participación pues el 45% de los participantes presenta una situación de riesgo elevada, seguida del 41% que muestra un riesgo muy elevado y un 5% que muestra la presencia de un riesgo leve. Es importante mencionar que esta es la célula en la que se obtiene un mayor índice de riesgo en dicha dimensión. A más de esto también se observa en la dimensión referente al desempeño de rol (DS) que el 36% de la población se encuentra en una situación de riesgo muy elevado, el 9% que muestra un riesgo elevado y el 14% un riesgo moderado. Otra de las dimensiones en las que se evidencian índices llamativos es en la de relaciones y apoyo social, es así como el 36% de la población presenta un riesgo muy elevado, el 5% un riesgo elevado y el 14% un riesgo moderado.

4.4.4. Resultados de la célula 3

En el gráfico 4.4. que se presenta a continuación se muestran los resultados obtenidos en función a porcentajes y medias de la aplicación del instrumento a 16 participantes pertenecientes al área operativa, los cuales pertenecen a la célula uno agrupados de esta manera por afinidad organizacional.

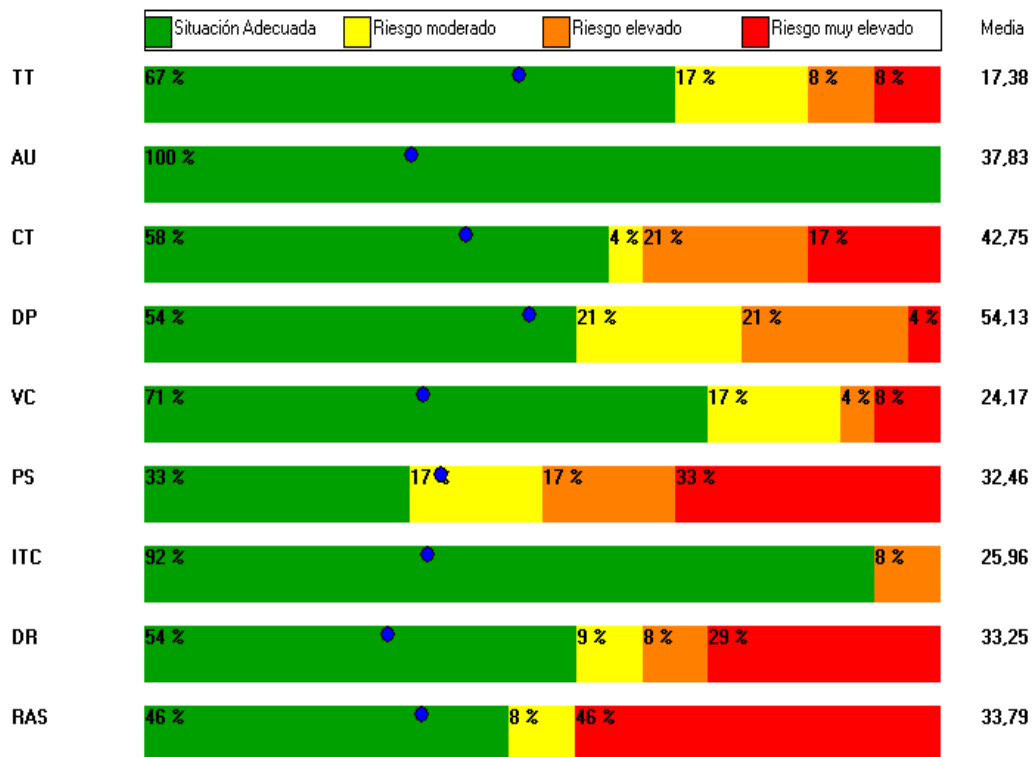


Gráfico 4.4. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 3

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

En el gráfico se puede observar que la tendencia se mantiene, es decir el área en la que mayor porcentaje de riesgo hay, es en la de supervisión – participación. En la misma se evidencia un 33% de riesgo muy elevado, seguido de un 17% en una situación de riesgo elevado y un 17% en situación de riesgo leve. También se evidencia que en la dimensión que hace referencia al desempeño de rol (DR) existe una situación de riesgo muy elevado en el 29% de los participantes, seguido del 8% en una situación de riesgo elevado y el 9% con un riesgo moderado. Por otro lado en la dimensión de relaciones y apoyo social (RAS) el 46% de la población presenta un riesgo muy elevado y el 8% un riesgo moderado. Es importante destacar que en la dimensión de autonomía el 100% de la población presenta una situación adecuada.

4.4.5. Resultados de la célula 4

En el gráfico 4.5 que se presenta a continuación se muestran los resultados obtenidos en función a porcentajes y medias de la aplicación del instrumento a 16 participantes pertenecientes al área operativa, los cuales pertenecen a la célula cuatro agrupados de esta manera por afinidad organizacional.

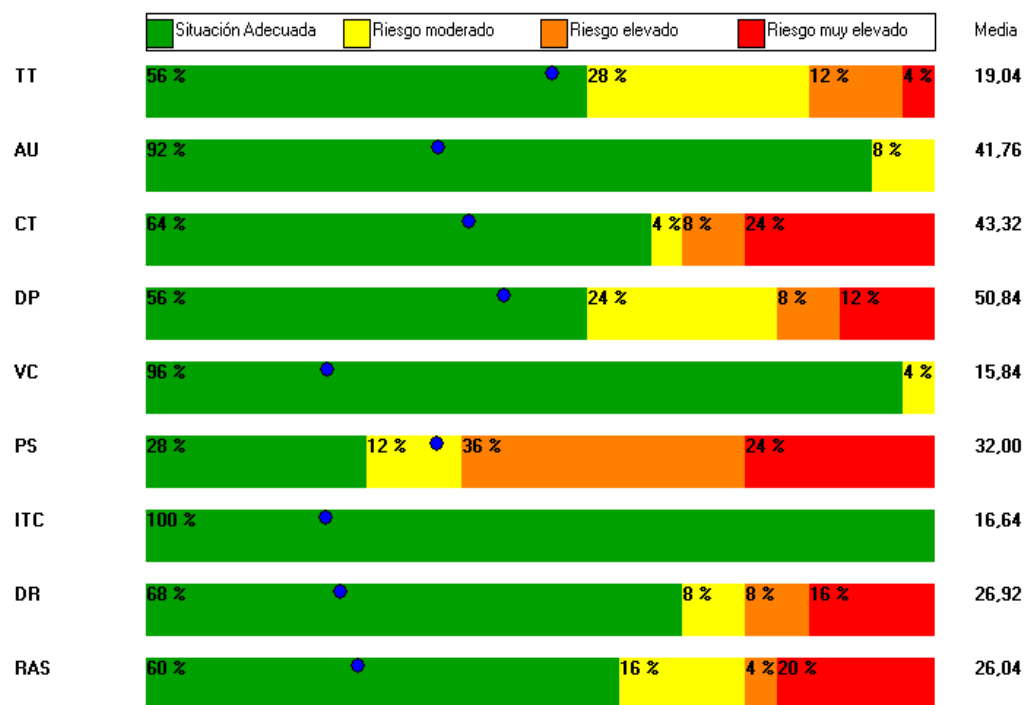


Gráfico 4.5. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 4

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

Como se observa en el gráfico, en la sexta dimensión (PS) el 36% de los participantes presentan una situación de riesgo elevado, seguido del 24% que presenta un riesgo muy elevado y el 12% tiene una situación de riesgo moderado. Es importante señalar que en esta célula el 100% de los participantes presenta una situación adecuada en la dimensión interés por el trabajador/ compensación.

4.4.6. Resultados de la célula 5

Los resultados presentados a continuación pertenecen al personal del área administrativa los cuales se encuentran agrupados dentro de la célula 5 cinco. El análisis se encuentra expuesto mediante un gráfico 4.6. en donde se muestran los porcentajes y medias obtenidos en cada categoría del reactivo.

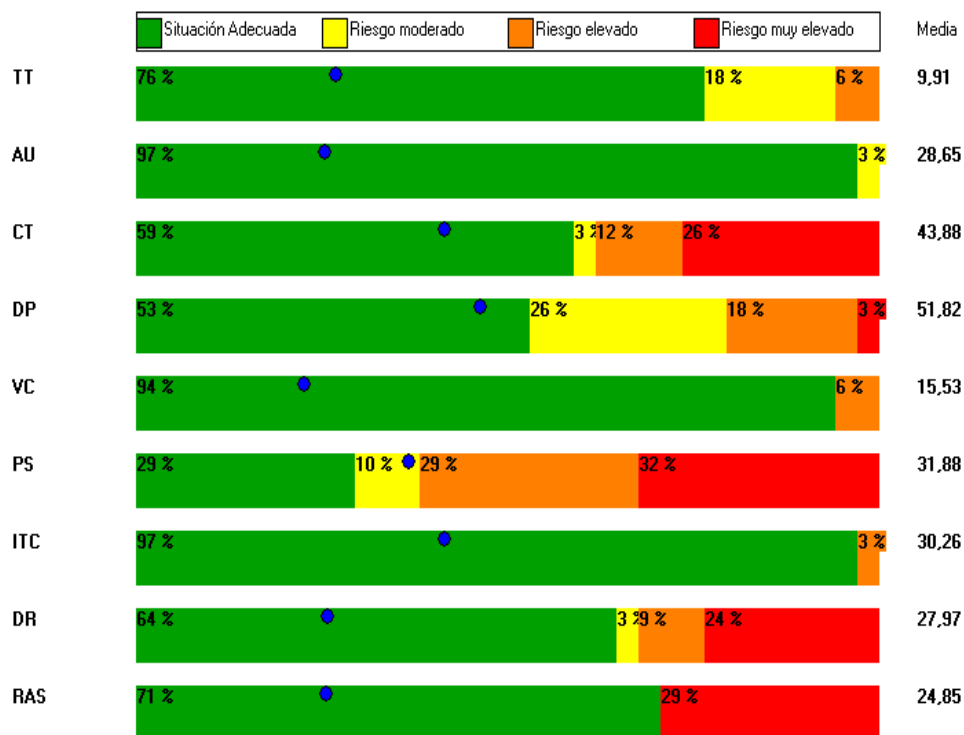


Gráfico 4.6. Perfiles de los factores de riesgo de la célula 5

Fuente: Fuente: F-PSICO, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (versión informática)

Como se evidencia en el gráfico presentado anteriormente, en esta célula compuesta por el personal administrativo, la dimensión de SP sigue siendo la que mayores índices de riesgo presenta es así que el 32% de los participantes presentan un riesgo muy elevado, seguido del 29% que presenta un riesgo elevado y el 10% un riesgo moderado. Es importante mencionar que en la dimensión referente a la autonomía el 97% de esta población se encuentra en una situación adecuada.

4.4.7. Análisis de correlación entre los componentes internos del cuestionario para la detección de riesgos psicosociales (F-PSICO 3.1)

El análisis de correlación entre los componentes internos del F-PSICO 3.1 se establece mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), el cual intenta analizar el comportamiento relacional entre las siguientes dimensiones (ver tabla 4.17.)

Tabla. 4.17. Matriz de correlaciones entre componentes internos del Fpsico3.1

Dimensiones	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Tiempo de trabajo (TT)	1								
Autonomía (AU)	,861	1							
Carga de trabajo (CT)	,652**	,301	1						
Demandas psicológicas (DP)	,235	,231*	,321*	1					
Variedad/contenido (VC)	,532	,412	,346*	,689	1				
Participación/Supervisión (PS)	,773	,543**	,784	,753	,853	1			
Interés por el trabajador/Compensación (ITC)	,362	,762	,674	,683	,521	,373*	1		
Desempeño de rol (DR)	,564	,542	,231	,361*	,572	,763	,752	1	
Relaciones y apoyo social (RAS)	,753	,632*	,236*	,964	,854	,345*	,452*	,753	1

Nota: ** $p < 0,01$.

Clave: A= Tiempo de trabajo; B= Autonomía; C= Carga de trabajo; D= Demandas psicológicas; E= Variedad/contenido; F= Participación/Supervisión; G= Interés por el trabajador/Compensación; H= Desempeño de rol; I= Relaciones y apoyo social

Con relación a la tabla presentada anteriormente, se encontró una correlación positiva significativa entre las dimensiones referentes al tiempo de trabajo con la carga de trabajo $r = .652^{**}$, $p < 0,01$. Seguido a esto se evidencia la presencia de una correlación positiva entre el factor autonomía y las dimensiones: demandas psicológicas $r = .231^{*}$, $p < 0,01$; participación supervisión $r = .543^{**}$, $p < 0,01$. Adicionalmente se observa la existencia de

una correlación positiva entre las dimensiones de carga de trabajo y variedad/contenido $r=.346^*$, $p<0,01$. Continuando con la interpretación también se encontró una correlación positiva entre las dimensiones de demandas psicológicas y desempeño de rol $r=.361^*$, $p<0,01$. En relación al factor participación/supervisión se aprecia una correlación positiva con las dimensiones: interés por el trabajador/compensación $r=.373^*$, $p<0,01$; relaciones y apoyo social $r=.345^*$, $p<0,01$. Finalmente se encontró una correlación positiva entre la dimensión de interés por el trabajador/compensación y relaciones/apoyo social $r=.452^*$, $p<0,01$.

4.5. Análisis de la correlación existente entre la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales

El análisis de correlación entre los dos variables de estudio, la sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales se establece mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), el cual intenta analizar el comportamiento relacional entre las siguientes dimensiones (ver tabla 4.18.)

Tabla. 4.18. Correlaciones entre las dimensiones del SCL – 90R y del F- PSICO 3.1

Dimensiones	Somatización	Obsesiones y compulsiones	Sensitividad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Tiempo de trabajo (TT)	,345 *	,176	,234	,243	,368*	,453	,201	,365	,265
Autonomía (AU)	,635	,342	,432	,423	,176	,543	,654	,341	,143
Carga de trabajo (CT)	,268**	,345	,543	,643	,356*	,432	,432	,432	,342
Demandas psicológicas (DP)	,298*	,224	,543	,653	,258*	,543	,853	,235	,532
Variedad/contenido (VC)	,653	,432	,453	,236	,453	,235	,532	,564	,432
Participación/Su pervisión (PS)	,352	,532	,342	,267	,264	,367*	,587*	,211*	,387
Interés por el trabajador/Compensación (ITC)	,301	,221	,357*	,423*	,256	,342	,651	,156	,201
Desempeño de rol (DR)	,165*	,314	,125	,247	,528	,163	,531	,126	,232
Relaciones y apoyo social (RAS)	,437	,452	,325*	,511	,346	,543	,126	,541	,261

Nota: ** $p < 0,01$.

Como se evidencia en la tabla, se ha encontrado una correlación positiva significativa en relación al componente somatización con las dimensiones: tiempo de trabajo $r = .345^*$, $p < 0,01$; carga de trabajo $r = .268^{**}$, $p < 0,01$; demandas psicológicas; $r = .298^*$, $p < 0,01$. En este punto es importante mencionar que, frente a un excesivo tiempo de trabajo y carga de trabajo es posible que el colaborador presente cuadros de estrés, por lo que ante el desgaste profesional conjuntamente con todas las formas de estrés crónico que afectan a

la organización, pueden llevar a la somatización, (Rojas, Orellano, & Palma, 2018). Como se evidencia la carga y el tiempo de trabajo tiene una estrecha relación con la somatización.

En relación al factor sensibilidad interpersonal se aprecia una correlación positiva con las dimensiones: interés por el trabajador/compensación $r=.357^*$, $p<0,01$; relaciones y apoyo social $r=.325^*$, $p<0,01$. A más de esto también se evidencia la existencia de una correlación positiva entre el factor depresión e interés por el trabajador/compensación $r=.423^*$, $p<0,01$. Con referencia al factor ansiedad se establece una correlación positiva significativamente con la dimensión tiempo de trabajo $r=.368^*$, $p<0,01$; al igual que con las dimensiones: carga de trabajo $r=.356^*$, $p<0,01$; demandas psicológicas $r=.258^*$, $p<0,01$. También se evidencia la presencia de una correlación positiva entre el factor hostilidad y participación/Supervisión $r=.367^*$, $p<0,01$. Conjuntamente a esto también se ha encontrado una correlación positiva entre el factor ansiedad fóbica y la dimensión participación/ supervisión $r=.578^*$, $p<0,01$. Finalmente se evidencia la presencia de una correlación entre el factor ideación paranoide y la dimensión participación/ supervisión $r=.211^*$, $p<0,01$.

Con los resultados obtenidos se ha determinado en qué medida la presencia de la variable sintomatología clínica influye en la presencia de la variable riesgos psicosociales (Ver figura 4.5).

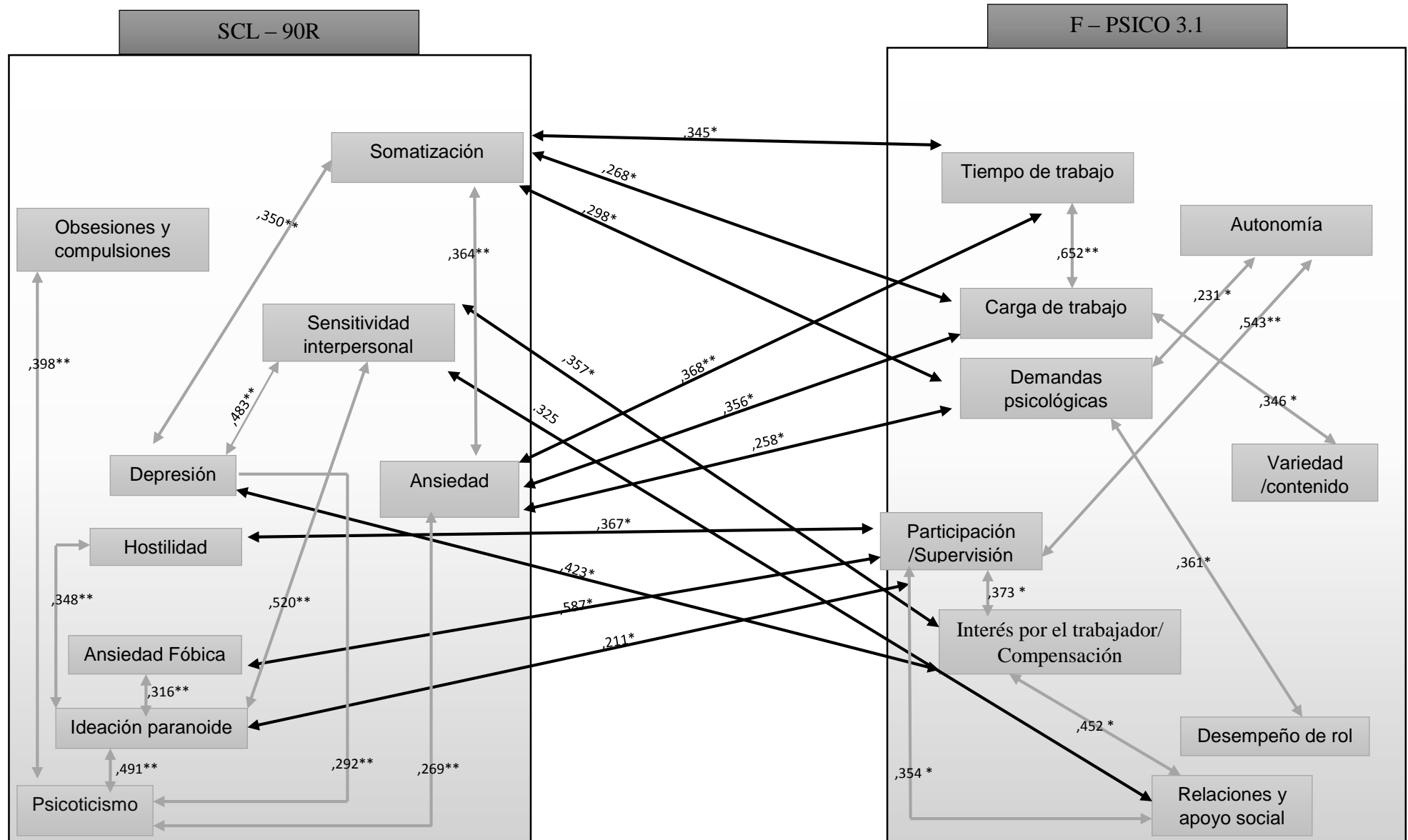


Gráfico 4.7. Modelo empírico explicativo entre la sintomatología clínica (SCL – 90R) y factores de riesgo psicosociales (F-PSICO 3.1)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En el estudio realizado no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas altas sin embargo, las correlaciones más fuertes se presentan en relación al componente somatización con la dimensión carga de trabajo $r=.268^{**}$, $p<0,01$ y al factor ansiedad fóbica con la dimensión participación/ supervisión. $r=.578^{*}$, $p<0,01$.
- En el ámbito empresarial se descuida la salud mental priorizándose netamente el bienestar físico pues lo que importa es la producción desconociéndose que el estado mental influye en el desempeño humano, por esta razón es importante que se involucre a la psicohigiene en el trabajo pues es uno de los pilares fundamentales dentro de una institución ya que ayuda a generar políticas que resguarden la salud mental
- Existe la tendencia de que los sujetos que puntúan alto en determinada sintomatología, también puntuaran de la misma manera en otras de las dimensiones, por lo cual se convierten en personas con tendencia a riesgo.
- En cuanto a la evaluación de la sintomatología clínica mediante el SCL- 90R se encontró que en la empresa no existe un riesgo como tal en ninguna de las variables medidas sin embargo existen una tendencia a riesgo elevada, en especial en la dimensión de Ansiedad Fóbica.

- Mediante el instrumento F-PSICO, se evaluó la presencia de riesgos psicosociales en los trabajadores de la empresa PRODEGEL SA., en donde se evidenció que en la mayoría de dimensiones no existe la presencia de riesgo a excepción de la dimensión de participación/supervisión la cual es la que mayor porcentaje negativo obtuvo

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda dar continuidad al estudio partiendo por lo datos proporcionados en la presente investigación, planteándose como meta principal la indagación de la relación existente entre aspectos psicológicos como, somatización y la ansiedad fóbica con aspectos psicosociales como la carga de trabajo y supervisión/participación respectivamente.
- Es de gran importancia que dentro de la empresa se manejen campañas de intervención primaria, las cuales hagan énfasis en la influencia que tiene el estado mental en el desempeño laboral, social y personal. Para que de esta manera se cree conciencia en el personal sobre lo nocivo que se torna el descuido de la salud mental y así poder prevenir el desarrollo de patologías que afecten el desempeño laboral.
- Se insta a que la empresa realice políticas que promuevan a la realización de talleres para el manejo de la ansiedad y estrés los cuales a la larga puedan ayudar a combatir problemas que se despendan de dichas patologías dentro de la institución y así poder precautelar la salud de los colaboradores.
- Se sugiere que a nivel de institución se generen políticas que incentiven a los colaboradores a que acudan a proceso psicoterapéutico en especial los que presentan una tendencia a riesgo, para que de esta manera mejore su calidad de vida y por ende su capacidad productiva.
- Se recomienda que adicionalmente a la encuesta de riesgos psicosociales aplicada anualmente, se realice una evaluación psicológica para a más de considerar reformas estructurales realizar otras que están en favor de promover la salud mental y psicohigiene en el trabajo para de esta manera generar políticas que resguarden la salud mental.

- Se recomienda realizar dentro de la empresa una evaluación periódica de las condiciones de trabajo o factores asociados, utilizando la herramienta de evaluación F-PSICO y SCL- 90R con el fin de detectar posibles situaciones de riesgo que se pueden ir gestando en el futuro por una asociación de sintomatología clínica y factores de riesgo psicosociales en el personal, lo cual constituirá una guía del trabajo a realizarse durante el transcurso del año.

Bibliografía

- Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2017). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Education Psychology, 10*(26).
doi.org/10.25115/ejrep.v10i26.1497
- Alonso, I. Z., Menéndez, R. G., Cabrera, A. C., Pérez, Y. M. L., & Menéndez, R. G. (2017). Depresión generalidades y particularidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 36*(2).
- Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 47*(1), 46-55.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Asociacion Americana de Psiquiatria, *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales (DSM-5R)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociacion Americana de Psiquiatria, 2014
- Bracht, M., & Larzabal, A. (2015). *Plan de prevención de riesgos psicosociales y ausentismo laboral en una empresa exportadora de alimentos.*(Tesis), Pontificia Universidad del Ecuador sede Ambato.
- Bastidas, R. (2013). *Factores de riesgo psicosocial a través del método fpsico en una empresa de automoción. (Vol. 3)*. UPNA. Consultado: 18 de mayo 2018
Recuperado a partir de <https://bit.ly/2LdKtsf>
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio: las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Grupo Planeta (GBS).
- Bélanger, J. (1999). *Imágenes y realidades del conductismo*. Universidad de Oviedo.

- Belloch, A., Fuster, A. B., Barber, E. C., & Rodríguez, C. C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones / TOC: Obsessions and Compulsions: Tratamiento cognitivo / Cognitive Treatment*. Alianza Editorial.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1* (Segunda Edición, Vol. 1). España: Siglo XXI.
- Candau, Y. P. (2017). Proyecto empresarial para optimizar tratamientos de fobias específicas. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/63311>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=33770314>
- Carrión, J. L. (2006). *Daño cerebral: una guía para familias y terapeutas*. Madrid: Delta Publicaciones. Consultado el 26 de Julio del 2018 en <https://bit.ly/2N325MW>
- Carrillo, A., & Larzabal, A. (2015). *Relación entre riesgo psicosocial y desempeño laboral en una empresa de comercialización automotriz*. (Tesis), Pontificia Universidad del Ecuador sede Ambato.
- Cevallos, P., & Dallalia, E. (2018). *Proceso de atención de enfermería en pacientes con esquizofrenia paranoide*. Bachelor's thesis, BABAHOYO, UTB 2018.
- Cerón, C. (2011). *Historia de la Prevención de Riesgos Laborales en España Desde el Tardofranquismo a la Transición*. Universidad de Malaga.
- Cortés, M. (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del trabajo* (novena edición). Madrid: Editorial Tebar.

- Chiavenato, I. (1999). *Administración de recursos humanos*. quinta edición – Editorial Mc Graw Hill.
- DSM-5. (2014). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales*(quinta edición). España: Editorial panamericana
- Fernandez, R. (2010). *La productividad y el Riesgo Psicosocial o derivado de la Organización del Trabajo*. ISBN: 978-84-9948-146-3 España: Editorial Club Universitario Consultado: 23 mayo 2018 de <https://bit.ly/2kCJ7vU>.
- Fundación Galatea, OMC. La salud del MIR. Guía para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en:
<http://www.fgalatea.org/Upload/Documents/6/66.pdf>
- Freire, A. (2015). “*La sintomatología clínica psicológica y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús*”. Consultado: 21 mayo 2018 Ambato: Universidad técnica de ambato. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2IC0OGy>
- Freud, S. (1935). *La psicoanálisis y la teoría de la libido*. Editorial «Cultura,».
- Freud, S. (1978). *Obras completas*. Amorrortu.
- Galán, M. J. C., & Ursúa, M. P. (2016). Skinner, contribuciones del conductismo a la educación. *Padres y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, 0(367), 77-80.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 237-241.
<https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000200012>
- Gracia, F. J., Silla, I., Peiró, J. M., & Fortes-Ferreira, L. (2013). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados. *Psicothema*, 18(2). Recuperado de goo.gl/GeFvUt

- Gómez Rojas, P., Hernández Guerrero, J., & Méndez Campos, M. D. (2014). Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en una empresa chilena del área de la minería. *Ciencia & trabajo*, 16(49), 9-16. Recuperado de goo.gl/naNXFk
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Editorial Brujas.
- González, Landero, & García. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 141-145.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000200007>
- González-Forteza, C., Torre, H. de la, Edith, A., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., Wagner, F. A., ... Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006
- INSHT. (2017). *Sobrecarga de trabajo*. España: Instituto Nacional De Seguridad E Higiene en el trabajo de España. España. p.1
- ISASTUR. (2010). Manual de Seguridad, Edición web. Consultado el 25 de Agosto de 2018 en <https://bit.ly/2x9wVst>
- Kayser, B. (2001). *Higiene y Seguridad Industrial*. México: School of Business and Economics, Atlantic International University. Consultado: 24 mayo 2018.
Recuperado a partir de <https://bit.ly/2ICS2bp>
- Kompier, M & Houtman, I. (2013). Enciclopedia de Salud y seguridad en el Trabajo. Copyrigh. España. Cap 5
- Kraepelin, E. (1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica: treinta y dos lecciones*. Saturnino Calleja-Fernández.

- Ladines, E & Sumba, D. (2014). Análisis del proceso de Evaluación Psicológica en los Departamentos de Consejería Estudiantil de la provincia del Azuay. Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología, Cuenca. Consultado el 27 de Abril de 2018 en <https://bit.ly/2xqnxlq>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Madrigal, L. M. (1986). *Introducción a la Estadística de la Salud* (primera edición). San Jose, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Martínez, P. (2006). *El método de estudio de caso*. ISSN 1657-6276. Consultado el 12 de Junio de 2018 en <https://bit.ly/2le9HvJ>
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad* (tercera edición). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Méndez, M. (2016). Psicoterapia Humanista Existencial: *Una Mirada Filosófica*. Universidad Diego Portales. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.29750.09284>
- Mendez, M. N. F., & S. Escolar. (1870). *El Siglo médico: boletín de medicina y gaceta médica : periódico de medicina, cirugía y farmacia* (Vol. 16). Imprenta De P. Gracia y Orga, Plazuela de Biombo.
- Meliá, J & Peiró, J. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. [The measurement of job satisfaction in organizational settings: The S20/23 Job Satisfaction Questionnaire]. *Psicologemas*. 5:59-74.

- Mingote, C. (2010). *El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención*. Madrid, España: Medicina y seguridad del trabajo. *Med Segur Trab*; 57. Suplemento 1: 1-262. Consultado el 13 de Agosto de 2018 en <https://bit.ly/2IUwZnY>
- Moscoso, M. S., Merino-Soto, C., Dominguez-Lara, S., Chau, C. B., & Claux, M. (2016). Análisis factorial confirmatorio del inventario multicultural de la expresión de la ira y hostilidad. *Liberabit*, 22(2), 137-152. Consultado el 9 de Julio de 2018 en <https://bit.ly/2Qn9tAP>
- Moreno & Báez (2010) .Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. (pp.4) Madrid: Ministerio de Trabajo e Emigración. Consultado Recuperado de goo.gl/wLfvFw
- Moreno, B. (2011). *Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales*. Med. segur. trab. vol.57 supl.1 Madrid 2011. Madrid. España: Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Consultado el 28 de mayo 2018 de <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X201100050000>
- Moreno Jiménez, B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*.Madrid: Nipo.
- Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., González, J. L., & Bobowik, M. (2015). Felicidad y Bienestar Psicológico: estudio comparativo entre Argentina y España. *Psykhe (Santiago)*, 24(2), 1-18. Recuperado de: goo.gl/s39hmt
- Muñoz, M. M., Tomás, M. B., Oliver, J. S. P. de, Collado, E. D., & Bonet, A. C. (2018). Somatizaciones en Atención Primaria. Oportunidades de intervención. *Informació psicològica*, (115), 39-53.

- Narrow, W. E. (2009). *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico : agenda de investigación para el DSM-V*. Elsevier España.
- Novel, G., & Llunch, T. (2005). *Enfermería psicosocial y salud mental* (Primera Edición). Barcelona: Elsevier España. 15-16. Consultado el 1 de Agosto de 2018 en: <https://bit.ly/2Mn3FE6>
- Olievenstein, C. (1993). *El yo paranoico: de la sospecha al delirio*. Grupo Planeta (GBS).
- OIT - OMS. (1984). Informe del Comité Mixto de la OIT/OMS: Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención
- Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. Consultado el 10 de Mayo 2018 en <https://bit.ly/2IaP3e6>
- OMS. (2015). Promoción de Salud Mental. Concepto, Evidencia Emergente, Práctica. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Consultado el 16 de Agosto de 2018 en goo.gl/FoJV1T
- Pérez, J. (2012). NTP 926 *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Madrid: Pirámide 4
- Quinn, J., & Cameron, M. (2007). *Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: Management Science*. Vol. 29 No. 1 January 1983 33 - 51. Printed U.S.A. Consultado 23 Mayo de 2018 en <https://doi.org/10.1287/mnsc.29.1.33>
- Restrepo, C. G., Bayona, G. H., Urrego, A. R., Oleas, H. S., & Restrepo, M. U. (2008). *Psiquiatría Clínica*. Colombia: Ed. Médica Panamericana.
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica*

- Boliviana «San Pablo»*, 12(2). Consultado el 18 de Julio de 2018 en <https://bit.ly/2p0Lkno6>
- Rojas, Orellano, & Palma. (2018). Riesgo psicosocial: tendencias y nuevas orientaciones laborales. *PSICOGENTE*, 21(40), 532-544. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3090>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(1), 143-148.
- Suárez, F. (2007). *Atlas de Semiología médica y genética* (Primera edición). Bogota: Pontificia Universidad Javeriana.
- Sosa, J. (1990). *Método científico*. México: Sitesa. (p.45). Consultado el 13 de Mayo en <https://bit.ly/2xnVW46>
- Tendlarz, S. E. (1997). *Estudios sobre el síntoma*. Ediciones del Signo.
- Valle, R., & Perales, A. (2018). Alteraciones del Yo en las fases iniciales del espectro esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.003>
- Vellosilla, P. S., & Vicario, A. F.-C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>. Consultado el 10 de Junio de 2018 en <https://bit.ly/2N6Vykj>
- Veloz Serrade, J., & Lorenzo Ruiz, A. (2017). La somatización: desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1443-1465. Consultado el 14 de Marzo de 2018 en <https://bit.ly/2QnsoeJ>

Anexo 2: Cuestionario para la detección de riesgos psicosociales FPSICO 3.1



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

1. ¿Trabajas los sábados?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

2. ¿Trabajas los domingos y festivos?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

3. ¿Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

4. ¿Con qué frecuencia tienes que trabajar más tiempo del horario habitual, hacer horas extra o llevarte trabajo a casa?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

5. ¿Dispone de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

6. ¿Tu horario laboral te permite compaginar tu tiempo libre con los de tu familia y amigos?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

7. ¿Puedes realizar las pausas reglamentarias (Tomar agua, alimentación)?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

8. Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, ¿puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas?

siempre o casi siempre
amenudo
aveces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

9. ¿Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral?

siempre o casi siempre
 a menudo
 a veces
 nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Puedes tomar decisiones relativas a:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (actividades y tareas a realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de tareas a lo largo de tu jornada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo tienes que hacer tu trabajo (método, protocolos, procedimientos de trabajo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que tienes que realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo que realizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de los turnos rotativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No trabajo en turnos rotativos				

11. Qué nivel de participación tienes en los siguientes aspectos de tu trabajo:

	Puedo decidir	Se me consulta	Sólo recibí información	Ninguna participación
	1	2	3	4
Introducción de cambios en los equipos y materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción de cambios en la manera de trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzamiento de nuevos o mejores productos o servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reestructuración o reorganización de departamentos o áreas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la dirección o entre tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratación o incorporación de nuevos empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de las normas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


12. ¿Cómo valoras la supervisión que tu jefe inmediato ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

	no interviene	insuficiente	adecuada	excesiva
	1	2	3	4
El método para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planificación del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cómo valoras el grado de información que te proporciona la empresa sobre?

	no hay información	insuficiente	es adecuada
	1	2	3
Las posibilidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los requisitos para ocupar vacantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de la empresa en el mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Para realizar tu trabajo ¿cómo valoras la información que recibes sobre los siguientes aspectos?

	muy clara	clara	poco clara	nada clara
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo debes hacerlo (métodos, procedimientos de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo asignado para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilidad del puesto de trabajo (qué errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuáles no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
DE RIESGOS PSICOSOCIALES**
15. Señala con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones en tu trabajo

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los métodos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo porque te suponen un conflicto moral, legal, emocional...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibes instrucciones contradictorias entre sí (unos te mandan una cosa y otros otra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberían llevar a cabo otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si tienes que realizar un trabajo delicado o complicado y deseas ayuda o apoyo, puedes contar con:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no hay otras personas
	1	2	3	4	5
Tus jefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras personas que trabajan en la empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

buenas	<input type="checkbox"/>	1
regulares	<input type="checkbox"/>	2
malas	<input type="checkbox"/>	3
no tengo compañeros	<input type="checkbox"/>	4

18. Con qué frecuencia se producen en tu trabajo:

	raras veces	con frecuencia	constantemente	no existen
	1	2	3	4
Los conflictos interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de violencia psicológica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las situaciones de acoso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

19. Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| deja que sean los implicados quienes solucionen el tema | <input type="checkbox"/> | 1 |
| pide a los superiores de los afectados que traten de buscar una solución al problema | <input type="checkbox"/> | 2 |
| tiene establecido un procedimiento formal de actuación | <input type="checkbox"/> | 3 |
| no lo sé | <input type="checkbox"/> | 4 |

20. En tu entorno laboral ¿te sientes discriminado? (por razones de edad, sexo, religión, raza, formación, categoría.....)

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

21. ¿A lo largo de la jornada cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida hablar, desplazarte o simplemente pensar en cosas ajenas a tu tarea)

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

22. En general, ¿cómo consideras la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| muy alta | <input type="checkbox"/> | 1 |
| alta | <input type="checkbox"/> | 2 |
| media | <input type="checkbox"/> | 3 |
| baja | <input type="checkbox"/> | 4 |
| muy baja | <input type="checkbox"/> | 5 |

23. El tiempo de que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado:

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

24. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con rapidez?

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

25. ¿Con qué frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo?

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| siempre o casi siempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca o casi nunca | <input type="checkbox"/> | 4 |


**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN
DE RIESGOS PSICOSOCIALES**

26. En general, la cantidad de trabajo que tienes:

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| excesiva | <input type="checkbox"/> | 1 |
| elevada | <input type="checkbox"/> | 2 |
| adecuada | <input type="checkbox"/> | 3 |
| escasa | <input type="checkbox"/> | 4 |
| muyescasa | <input type="checkbox"/> | 5 |

27. ¿Debes atender a varias tareas al mismotiempo?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

28. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado odifícil?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

29. ¿En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

30. En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estás haciendo para realizar otra noprevista

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

31. En el caso de que existan interrupciones, ¿alteran seriamente la ejecución de tutable trabajo?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |

32. ¿La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular eimprevisible?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| siempre ocasisiempre | <input type="checkbox"/> | 1 |
| amenudo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| aveces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nunca ocasinunca | <input type="checkbox"/> | 4 |



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

33. En qué medida tu trabajo requiere:

	siempre o casi siempre 1	a menudo 2	a veces 3	nunca o casi nunca 4
Aprender cosas o métodos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptarse a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar iniciativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener buena memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar directamente con personas que no están empleadas en tu trabajo (clientes, proveedores.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. En tu trabajo ¿con qué frecuencia tienes que ocultar tus emociones y sentimientos ante...?

	siempre o casi siempre 1	a menudo 2	a veces 3	nunca o casi nunca 4	no tengo, no trato 5
Tus superiores jerárquicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, proveedores.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estás expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
aveces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

36. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿con qué frecuencia se espera que des una respuesta a los problemas emocionales y personales de otras personas? (clientes, proveedores.):

siempre o casi siempre	<input type="checkbox"/>	1
a menudo	<input type="checkbox"/>	2
aveces	<input type="checkbox"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="checkbox"/>	4

37. El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?:

no	<input type="checkbox"/>	1
aveces	<input type="checkbox"/>	2
bastante	<input type="checkbox"/>	3
mucho	<input type="checkbox"/>	4


CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

38. En general ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?:

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| mucho | <input type="checkbox"/> | 1 |
| bastante | <input type="checkbox"/> | 2 |
| poco | <input type="checkbox"/> | 3 |
| nada | <input type="checkbox"/> | 4 |

39. ¿Cómo contribuye tu trabajo en la empresa?

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| no es muy importante | <input type="checkbox"/> | 1 |
| es importante | <input type="checkbox"/> | 2 |
| es muy importante | <input type="checkbox"/> | 3 |
| no lo sé | <input type="checkbox"/> | 4 |

40. En general, ¿está tu trabajo reconocido y apreciado por...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El público, clientes, proveedores, etc. (si los hay)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu familia y tus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Te facilita la empresa el desarrollo profesional (promoción, plan de carrera,...)?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| adecuadamente | <input type="checkbox"/> | 1 |
| regular | <input type="checkbox"/> | 2 |
| insuficientemente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| no existe posibilidad de desarrollo profesional | <input type="checkbox"/> | 4 |

42. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| muy adecuada | <input type="checkbox"/> | 1 |
| suficiente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| insuficiente en algunos casos | <input type="checkbox"/> | 3 |
| totalmente insuficiente | <input type="checkbox"/> | 4 |

43. En general, la correspondencia entre el esfuerzo que haces y las recompensas que la empresa te proporciona es:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| muy adecuada | <input type="checkbox"/> | 1 |
| suficiente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| insuficiente en algunos casos | <input type="checkbox"/> | 3 |
| totalmente insuficiente | <input type="checkbox"/> | 4 |

44. Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo ¿estás satisfecho con el salario que recibes?

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| muy satisfecho | <input type="checkbox"/> | 1 |
| satisfecho | <input type="checkbox"/> | 2 |
| insatisfecho | <input type="checkbox"/> | 3 |
| muy insatisfecho | <input type="checkbox"/> | 4 |