

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



ACOSO LABORAL EN PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DE
UNA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
DURANTE EL AÑO 2011

TRABAJO TERMINAL DE GRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)

PRESENTA

MÓNICA RODRÍGUEZ FLORES

DRA. EN A. PATRICIA MERCADO SALGADO)
TUTORA ACADÉMICA

Diciembre, 2013

Contenido

	Pag
Introducción	9
Capítulo I. Violencia en el Trabajo: <i>El Mobbing</i>	
1.1 Factores de riesgo psicosocial en el trabajo	11
1.2 Salud Laboral	15
1.3 <i>Mobbing</i> : Definición y tipos	18
1.3.1 Fases del <i>mobbing</i>	22
1.3.2. Conductas hostiles de <i>mobbing</i>	23
1.3.3. Los implicados: víctima, agresor y entorno	25
1.4 Consecuencias del <i>mobbing</i>	28
1.5 Determinación del <i>mobbing</i>	29
Capítulo II. El contexto: la seguridad social y el personal de salud	32
2.1 Nacimiento de Reformas en salud	32
2.2 Regionalización de los servicios de salud	32
2.3 Tipos de prestadores de servicios y niveles de atención	35
2.4 Historia del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).	35
2.4.1 Misión	39
2.4.2 Visión	39
2.5 Clínica de Consulta Externa	39
Capítulo III. Método de Trabajo	41
3.1 Justificación	41
3.2 Planteamiento del Problema	42
3.2.1 Descripción del Problema	42
3.2.2 Objetivos	42
3.2.3 Preguntas de la Investigación	43
3.3 Hipótesis y variables	43
3.4 Población en estudio	45

	pag	
3.5	Procedimiento y recolección de datos primarios	45
3.6	Análisis de Datos	47
Capitulo IV. Resultados		48
4.1	Caracterización de la Muestra	48
	4.1.1 Factores Sociodemográficos	48
	4.1.2 Factores Organizacionales	50
4.2	Perfil de Salud	52
4.3	Mecanismos frecuentes del Acoso Laboral Mobbing	56
4.4	Mecanismos de acoso laboral mobbing	62
4.5	Descripción de Acoso en el Personal Encuestado	62
4.6	Estrategias de Afrontamiento y Prevención del Acoso	65
Conclusiones		67
Bibliografía		68
Anexos		73

Contenido de Figuras

	Pag
1.1 Factores psicosociales en el trabajo	13
1.2 Modelo integrado explicativo del <i>mobbing</i>	29
2.1 Niveles de atención	36
2.2 Servicios que presta la Clínica de Consulta externa	40
3.1 Variables del Instrumento EMAT	44
3.2 Confiabilidad del EMAT	47
4.1 Caracterización de la Muestra	49
4.1.2 Factores Organizacionales	50
4.2 Perfil de Salud	52
4.3 Mecanismos de Acoso Laboral (<i>Mobbing</i>)	61
4.4 Mecanismo de Acoso Laboral en los Encuestados	64

INTRODUCCIÓN

La violencia en el trabajo llamada también Mobbing, ha llegado a ser un fenómeno alarmante en el mundo. (Di Martino, 2002). Hoy en día todas las organizaciones están expuestas a este fenómeno, que pone en riesgo a sus integrantes, derivado de las consecuencias psicosomáticas, físicas, emocionales y cognitivas que afectan la relación laboral y familiar, es decir el entorno del individuo y de los que los rodean.

En la presente investigación se aborda como tema principal el Mobbing o acoso laboral, en el personal médico y paramédico de una clínica de consulta externa de primer nivel, ya que el sector salud no está exento de sufrir acoso y llega a afectar al personal hasta en un 33% (Becoña, 2000).

El acoso laboral no es percibido por el personal de salud como un problema prioritario, y en ocasiones es visto como una práctica cotidiana para la formación de recursos médicos y paramédicos, sin menoscabar en las consecuencias psicológicas, emocionales, físicas y laborales en los individuos, por tanto la salud organizacional depende tanto del personal como de la interrelación entre éste y la organización, aunque ésta deba tomar la iniciativa de ofrecer un clima de trabajo que permita desarrollar todo el potencial de sus trabajadores (Muchinsky, 2007).

Por tanto el interés de realizar esta investigación para la detección de mobbing o acoso laboral en una clínica de primer nivel del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, y proponer alternativas de solución a este problema.

En el primer capítulo se aborda el tema de Violencia en el trabajo y en las diferentes organizaciones, además de los factores psicosociales, que son las condiciones presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización en el trabajo, y que se ven directamente

relacionadas con el desarrollo en el trabajo y la salud del trabajador. Así mismo se aborda el tema de salud laboral, salud organizacional, el mobbing con su definición y tipos.

En el segundo capítulo se explica el sistema de salud en México, su organización y los niveles de salud con los que se cuenta en nuestro país, la importancia de su creación, las reformas que se han continuado desde hace 60 años y como surge el Instituto de Seguridad social del Estado de México y Municipios.

En el tercer capítulo se plantea la problemática, la justificación del estudio, el método de trabajo, tipo de estudio: descriptivo, documental y transversal, se plantean los objetivos generales y específicos, hipótesis, y variables de la investigación, además de la población en estudio de la clínica de consulta externa de primer nivel. Se explica el instrumento de medición utilizado, el cual fue la Escala Mexicana de acoso en el trabajo (EMAT) y para su confiabilidad de uso el Alfa de Cronbach. La construcción del EMAT fue posible gracias a los antecedentes de investigaciones internacionales que proporcionaron las bases del fenómeno (Uribe, 2011).

El cuarto capítulo aborda los resultados encontrados y se describen los casos representativos de la muestra y los mecanismos de acoso más frecuentes como son violencia verbal, generación de culpa, sabotaje y situaciones deshonestas y clima laboral hostil. Se realiza un análisis y propuestas de mejora, para las situaciones encontradas. Finalmente se emiten conclusiones.

CAPÍTULO I VIOLENCIA EN EL TRABAJO: EL *MOBBING*

La violencia en el trabajo ha llegado a ser un fenómeno alarmante en el mundo. El tamaño del problema es muy grande y existe información que confirma que puede ser abismal, además del enorme costo que genera y que puede ocurrir en varios ambientes o en algunos sectores que están particularmente expuestos (Di Martino, 2002).

En esta época de aguda intensificación de los ritmos de trabajo y de la productividad en las organizaciones, así como de competencia entre los trabajadores (por trabajo, por recursos, por acceso a las escasas opciones de desarrollo), una cuestión que está cobrando fuerza, es el acoso moral en el trabajo (Benavides, 2005).

El acoso moral, también llamado *mobbing*, asume formas y direcciones diversas, se da bajo determinadas circunstancias y se presenta en una amplia gama de organizaciones. Es algo más que acoso sexual; es aquel que busca discriminar a los trabajadores viejos, enfermos, a los “atípicos”, a veces se trata de “novatadas” o “linchamientos” hacia trabajadores peligrosos para las rutinas laborales de las mayorías. La violencia en una organización incluye violencia psicológica y en ocasiones física (Hirigoyen, 2001).

1.1 Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

Toda vez que dentro de los riesgos psicosociales se encuentra el *mobbing* o acoso laboral, se hace necesario entender en qué consisten éstos.

Los factores psicosociales son aquellas condiciones presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del mismo y la realización de la tarea. Cuando éstos afectan el

desarrollo del trabajo y la salud del trabajador, se convierten en riesgos psicosociales (NIOSH, 1996).

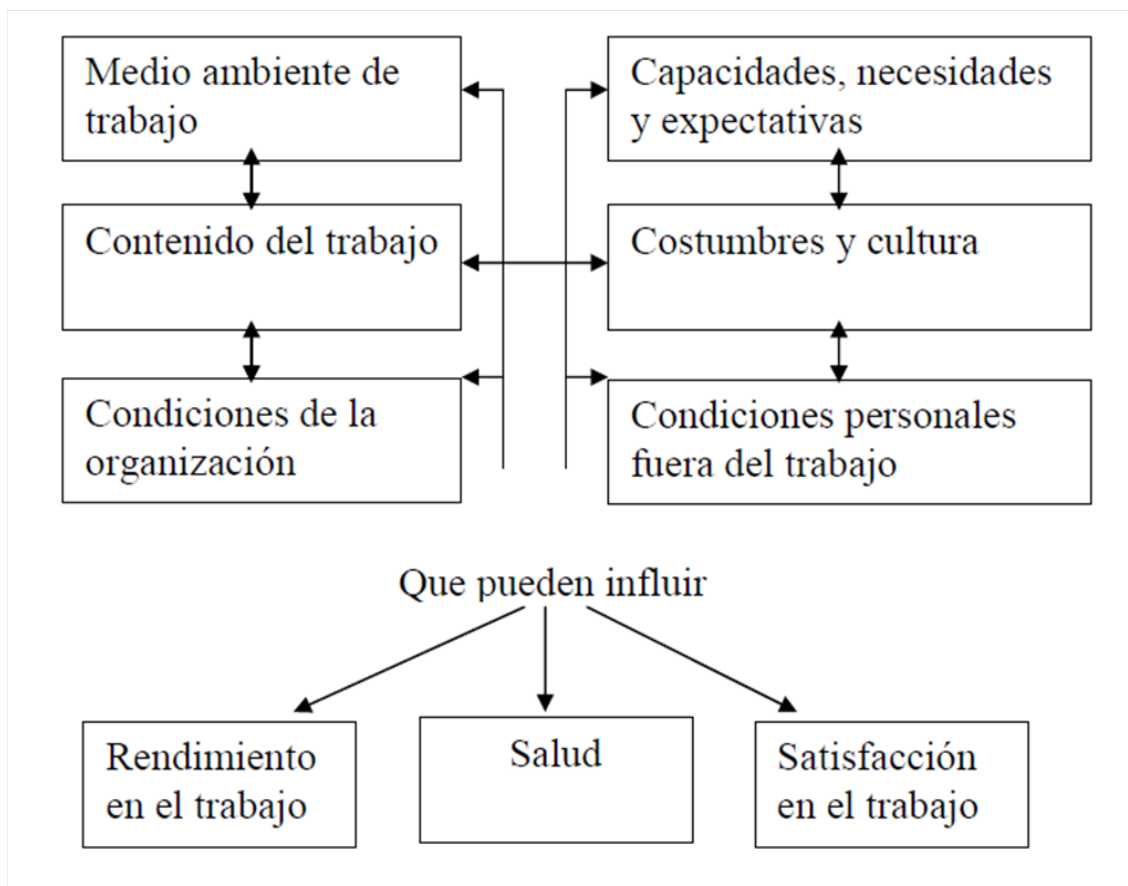
Se trata de "interacciones entre la concepción, organización, gestión, contenido del trabajo, realización de la tarea, así como las condiciones ambientales y sociales y las capacidades, necesidades, expectativas, costumbres, cultura y circunstancias personales de los trabajadores. Estas interacciones pueden potenciar o afectar tanto al bienestar, calidad de vida o a la salud (específicamente psicológica o mental) del trabajador como el desarrollo del trabajo" (Carrión, López y Pando, 2007).

En el ámbito de las organizaciones de salud, los riesgos psicosociales pueden originarse por la atención y relación con los pacientes, la carga de trabajo y la falta de personal, entre otros, lo que favorece las fricciones y la tensión en el ambiente de trabajo (Boyd, 1995). Específicamente, los factores psicosociales son (NIOSH, 1996):

- Características de la tarea: Cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, sencillez/complejidad, monotonía/repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, iniciativa/autonomía, formación requerida, aprendizaje de la tarea, prestigio social de la tarea.
- Estructura de la organización: Niveles jerárquicos, canales de comunicación e información, relaciones personales, desarrollo profesional, ayudas sociales, estilos de mando.
- Características del empleo: Diseño de lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo, condiciones físicas de trabajo.
- Características de la empresa: Tamaño, actividad de la empresa, ubicación, imagen social.
- Organización del Tiempo de trabajo: Duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en días festivos, trabajo en turnos. (Instituto de seguridad e higiene en el trabajo).

El modelo dinámico de factores de riesgo psicosocial contempla estos componentes agrupados en “fuentes de riesgo”, mismos que se describen como condiciones propias del trabajo, del individuo o del entorno. La transformación de los factores psicosociales en factores de riesgo supone la consideración de criterios como: la duración o tiempo de exposición a la condición que se percibe riesgosa, la intensidad del factor de riesgo, la frecuencia de presentación y el potencial dañino o grado que en un factor de riesgo es capaz de producir efectos negativos en la salud y el bienestar (figura 1.1).

Figura 1.1 Factores psicosociales en el trabajo



Fuente: Calero, 2003.

Dichos factores de riesgo psicosocial se presentan en tres tipos (Calero, 2003):

- a) Factores de riesgo que producen efectos agudos y se caracterizan porque tienen un tiempo de exposición corto, escasa frecuencia de ocurrencia y alta intensidad.
- b) Factores de riesgo que producen efectos crónicos que se caracterizan porque tienen alta frecuencia de ocurrencia, tiempo de exposición e intensidad variables.
- c) Condiciones cotidianas que, aunque generan leves efectos de estrés, no pueden considerarse como factores de riesgo psicosocial, porque a pesar de presentarse con alta frecuencia, el tiempo de exposición y la intensidad son bajas.

El análisis de los factores de riesgo psicosocial requiere de su identificación e intervención para propiciar bienestar en la población de trabajadores y también de su identificación e intervención. En otras palabras, los efectos de los factores de riesgo psicosocial son diversos y dependen de las características de las personas, de la apreciación de la situación y de los mecanismos de resistencia, así como de las características mismas del factor de riesgo (Calero, 2003).

Se identifican dos tipos de respuesta ante los factores psicosociales (Matrajt, 1994).

- Las de acomodación pasiva, que conducen a una reducción del interés por participar y cambiar la realidad, sumiendo a quien los vive en un ciclo de empobrecimiento personal que limita su capacidad de lucha.
- Las de estrés, que tienen componentes subjetivos, fisiológicos y motores. El sistema nervioso y el sistema endocrino se activan como respuesta al estrés. También el inmunológico, el cardiovascular y el gastrointestinal se involucran y son eventualmente afectados por las reacciones de estrés, lo que puede producir estados afectivos negativos (ansiedad y depresión, por ejemplo), procesos biológicos hormonales o conductas de riesgo (fumar, ingerir alcohol)

Lo anterior ha llevado a que el ámbito de la salud laboral se amplie hacia áreas que eran en cierta forma ignoradas, como las ciencias sociales y humanas. Ahora no solo se reconoce su función y aporte, sino que se le solicitan a estas ciencias su contribución a la generación de soluciones a problemas que se encuentran fuera del alcance del modelo biomédico tradicional (Castaneda, 2005).

1.2 Salud laboral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad (OIT, 2003). Para definir la salud mental (Muchinsky, 2007) la divide en cinco componentes:

- Bienestar afectivo formado por dos dimensiones: placer y activación. Un sentimiento de bienestar se deriva de ambas dimensiones.
- Competencia: la salud mental se evidencia por ser exitoso en varios sectores de las actividades de la vida, como las relaciones con otros, el empleo remunerado y la adaptabilidad. La persona competente tiene recursos psicológicos y adecuados para enfrentar los problemas de la vida.
- Autonomía: es la libertad de elegir el camino del comportamiento propio. Enfrentar la adversidad en la vida proporciona una prueba de la salud mental.
- Aspiración: sentido de lucha, de ser enfocado y de tener una orientación fuerte hacia las metas; vigoriza a las personas para canalizar sus energías.
- Funcionamiento integrado: se refiere a la persona en conjunto, exhibiendo equilibrio, armonía y relevancia.

La definición de salud recoge la idea de la satisfacción y la adaptación del sujeto al entorno social, laboral y familiar. Sin embargo, la interacción del trabajador con el medio laboral puede dar como resultado un estado de falta de salud, por lo que es fundamental ayudar a que se desarrollen estilos de vida saludables a partir de cambios o mejoras en las propias condiciones de trabajo (Benavides, et al, 2005).

El componente más específico de la salud laboral son las actividades de prevención, debido a que estas acciones se relacionan con el ambiente y las condiciones de trabajo. Por lo tanto, requieren del desarrollo de estrategias diseñadas especialmente para la identificación los factores relacionados con el trabajo y con un efecto sobre la salud y el bienestar del trabajador (Benavides, et al, 2005).

La salud organizacional depende tanto del personal como de la interrelación entre éste y la organización, aunque ésta deba tomar la iniciativa de ofrecer un clima de trabajo que permita desarrollar todo el potencial de sus trabajadores (Muchinsky, 2007).

Partiendo de la idea de que todo esfuerzo racional por elevar la productividad debe perseguir como objetivo la obtención de una producción en la mayor cantidad, de la mejor calidad, al menor costo, en el menor tiempo y con el menor esfuerzo humano que permita pagar los más altos salarios y beneficiar al mayor número de personas, la salud -como fuerza determinante de la capacidad productiva del hombre- es el medio más eficaz para elevar la productividad del trabajo y debe ser considerada como un prerrequisito para el desarrollo (Muchinsky, 2007).

Desde cualquier enfoque, la salud laboral ofrece beneficios para los empleados, por lo que las organizaciones deberían considerar estratégicamente cómo mejorar y mantener su fuerza humana en excelentes condiciones de salud y bienestar.

Así, cuando el trabajador cuenta con una buena salud se verá reflejado en su desempeño laboral. Un trabajador sano tenderá a mejorar su entorno laboral a través de las acciones de sus colegas y de sus mandos o subordinados, de la misma manera en que contribuirá a mejorar la calidad del trabajo. Lo importante de la relación salud-trabajo es que las óptimas condiciones de trabajo pueden

mejorar la salud del trabajador y, a su vez, una buena salud mejorará las condiciones de trabajo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Sin embargo, las condiciones de trabajo también pueden afectar negativamente la salud y, por ende, el desempeño laboral. Comunmente se presta mayor atención a los efectos negativos de la relación salud-trabajo, ya que son más preocupantes y requieren mayor atención para solucionarlos (Castro, 2009).

En esencia, la relación existente entre trabajo y salud es compleja debido a que se produce en ambas direcciones, teniendo tanto efectos positivos como negativos. Si se cuenta con adecuadas condiciones de trabajo, habrá un efecto positivo sobre la salud, aumentará la satisfacción y el bienestar del trabajador. Por otra parte, los factores psicosociales podrían conducir a diversos comportamientos en relación con el proceso de enfermedad, tales como consultas médicas repetidas y ausentismo (Villalobos, 2004; Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2005).

El trabajo constituye una fuente de salud, siempre y cuando las condiciones laborales sean las adecuadas; así, el trabajo es un componente básico en el bienestar personal, proporciona una distribución del tiempo ocupado y del tiempo libre, ayuda a conectar a las personas en su entorno, genera estímulos y satisfacciones que producen una sensación de bienestar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Dentro de una organización cuando se logra el equilibrio entre los factores individuales y las condiciones laborales, el trabajo crea sentimientos de confianza, aumenta la motivación, incrementa la capacidad de trabajo y el bienestar del empleado. Cuando existe una mala adaptación, las necesidades no están satisfechas y las habilidades están sobre o infravaloradas, el individuo reacciona de diferentes formas, entre las que destacan insatisfacción laboral, irritación, tensión, depresión, disminución de la capacidad de concentración, etc., que pueden tener como consecuencias la aparición de disfunciones en la organización,

como el aumento de incidentes y de accidentes, el ausentismo laboral, la rotación, la intención de cambio, etc. (Piña,2005).

Es como riesgo psicosocial emergente que el *mobbing* cobra importancia, por lo que las organizaciones de salud deben diagnosticarlo y generar estrategias para afrontarlo o prevenirlo, lo que exige conocer sus generalidades (Prieto,2005).

1.3 Mobbing: Definición y tipos

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, el *mobbing* es considerado como un fenómeno dentro del marco del estrés laboral, ya que provoca tensión y malestar. Según la Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea publicada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 2000, 9% de los trabajadores europeos, aproximadamente 13 millones de personas, han sido víctimas de *mobbing* o acoso laboral o psicológico en el trabajo”. En España el porcentaje se sitúa en torno al 10%, lo que cuesta a la sociedad más de 90 millones de euros por bajas o invalidez profesional (Calero y Navarro, 2003).

El etólogo Konrad Lorenz definió el *mobbing* como el ataque de una coalición de miembros débiles de una misma especie contra otro individuo más fuerte que ellos. En los años 80, el profesor Heinz Leymann de la Universidad de Estocolmo, consideró esta situación como acoso y hostigamiento, llamándolo *mobbing* o *bullying* y definiéndolo como el encadenamiento a lo largo de un periodo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresas o manifiestas por una o varias personas hacia una tercera. Se considera como un proceso de destrucción, compuesto por una serie de actuaciones hostiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos (Calero, 2003; Flores, 2005).

En el ámbito laboral el concepto de *mobbing* o abuso psicológico se utiliza para describir situaciones en las que un empleado o trabajador sufre de ataques psicológicos continuos por parte de uno o varios miembros del grupo laboral, siendo sometido a una persecución y abuso que le produce importantes trastornos en la salud física y mental (Calero, 2003; Flores, 2005; Leymann 1996; Martínez y Cruz, 2008).

El *mobbing*, llamado también acoso laboral, acoso moral, acoso institucional, acoso psicológico o hasta psico terror, es un problema laboral severo y complejo, en el que el acoso lo provoca intencionadamente una o más personas del entorno laboral de la víctima. En algunos estudios se ha empleado el término de *bullying*, cuyo contenido hace referencia más a la violencia física o directa a diferencia de la indirecta o más sutil. El *bossing*, término de poco uso, se refiere a la conducta de intimidación por parte del jefe (Martínez, 2004).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (citado en Martínez, 2004) lo define como el ejercicio de violencia psicológica externa que se realiza por una o más personas sobre otra en el ámbito laboral, toda vez que existe una relación asimétrica de poder.

Morant (2002 citado en Martínez, 2004) menciona que se trata de una conducta hostil o intimidatoria que se practica hacia un trabajador desde un grupo de iguales hacia los que éste mantiene una subordinación. Dicha conducta hostil es reiterativa y persistente. La infravaloración de las capacidades del trabajador, desbordamiento por asignación de tareas irrealizables, agresiones, ocultación de la información o trato vejatorio, son algunas manifestaciones del *mobbing* que se reflejan en las consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social de la víctima o acosado.

Cavas (2002 citado en Martínez, 2004) resume en tres las características que definen al acoso laboral: duración, repetición y relación asimétrica entre las partes en conflicto.

Por su parte, Abajo (2006) lo define como el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente -al menos una vez por semana- y durante un tiempo prolongado -más de seis meses- sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo.

En los ochenta, Heinz Leyman (1996) señala que el *mobbing*, o terror psicológico en el ámbito laboral, consiste en la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, quien es arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento. Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico por lo menos una vez a la semana) y durante un largo tiempo (por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato resulta en considerable miseria mental, psicosomática y social.

Leymann (1996) diferenció cinco tipos de conductas de acoso en el trabajo:

- a. Comunicación negativa. Eliminar las posibilidades de comunicación.
- b. Conducta de aislamiento. Atentar contra las relaciones sociales (limitar las posibilidades de tener contactos sociales).
- c. Conducta humillante. Atentar contra la reputación de la persona (difundir rumores, ridiculizar, burlarse de una discapacidad, raza o forma de caminar).
- d. Cambios frecuentes en las tareas. Atentar contra la calidad ocupacional de las personas y contra las posibilidades de rendimiento en el trabajo y en la vida en general.

- e. Atentar contra la salud de la persona (asignar tareas peligrosas, amenazas físicas, etc.).

Los estudiosos del tema consideran tres tipos de *mobbing* (Villalobos, 2004):

- a. **Ascendente:** Una persona con rango jerárquico superior en la organización se ve agredida por uno o varios subordinados. Generalmente se produce cuando se incorpora a la organización y sus métodos no son aceptados por los colaboradores, o porque este puesto es anhelado por alguno de ellos. Otra modalidad es cuando un trabajador es ascendido, otorgándole la capacidad de organizar y dirigir a sus antiguos compañeros; la situación se complica si no se ha consultado previamente el ascenso al resto de trabajadores y éstos no se muestran de acuerdo con la elección, o si el nuevo responsable no marca objetivos claros, generando intromisiones en las funciones. También puede desencadenarse el *mobbing* hacia los jefes que se muestran arrogantes y autoritarios.
- b. **Horizontal:** Un trabajador se ve acosado por un compañero con el mismo nivel jerárquico; el ataque puede producirse por problemas personales o porque alguno de los miembros del grupo no acepta las pautas de funcionamiento adoptadas por el resto. Otra circunstancia que da lugar a este comportamiento es la existencia de personas físicas o psicológicamente débiles o distintas, y estas diferencias son explotadas por los demás simplemente para mitigar el aburrimiento.
- c. **Descendente:** Es la situación más habitual. Se trata de un comportamiento en el que la persona que ostenta el poder pretende minar el ámbito psicológico del trabajador acosado a través de desprecios, falsas acusaciones, e incluso insultos, ya sea para destacar frente a sus subordinados, para mantener una posición jerárquica o simplemente como estrategia empresarial. Su fin último es deshacerse del trabajador forzando el abandono “voluntario” de la víctima, sin proceder a su despido legal, ya que éste sin motivo acarrearía un costo económico para la organización.

1.3.1 Fases del *mobbing*

El acoso laboral suele desarrollarse en una evolución temporal prototípica, aunque realmente es difícil establecer una secuencia común de hechos en el transcurso del proceso de acoso laboral, debido a las diferentes particularidades de cada persona, así como del modelo de organización en el que se desarrolla el proceso. Las fases que Leymann y Gustafsson (1996) describen son:

- a. **Inicio por un incidente crítico:** Conflicto mal resuelto por la organización a partir del cual se produce una serie de conflictos. En esta fase no hay aún acoso laboral. La víctima percibe un empeoramiento brusco de su relación con otra u otras personas y no sabe a qué atribuirlo con exactitud (Leymann, 1996).
- b. **Fase de *mobbing* y estigmatización:** El acosador pone en práctica toda la estrategia de hostigamiento en su víctima, usando una serie de comportamientos cuyo objetivo es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima. Estos comportamientos se dan en forma repetida, al menos una vez por semana, durante 6 meses, lo cual no debe considerarse como un dogma. Entre las manifestaciones de acoso están las críticas sistemáticas e injustificadas hacia su trabajo, su aspecto físico, sus ideas y planteamientos en relación con el trabajo que realiza, a pesar de que previamente su trabajo se hubiera considerado excelente. El objetivo es doble: deteriorar en lo posible la imagen pública de la víctima y acabar con su equilibrio y resistencia psicológica. La víctima no puede creer lo que está sucediendo y puede llegar a negar la evidencia ante la pasividad, la negación o la evitación del fenómeno por el resto del grupo al que pertenece. Esta fase es duradera y sirve para estigmatizar a la víctima con el consentimiento e incluso con la colaboración activa o pasiva del entorno.
- c. **Intervención de las autoridades.** El conflicto trasciende a la dirección de la organización, la cual puede llevar a cabo alguna forma de actuación, generalmente mediante el Departamento de Recursos Humanos o la Dirección de Personal, quienes en algunos casos, realizan una investigación exhaustiva

del problema y deciden que el trabajador acosado sea cambiado de puesto, articulan estrategias para que no vuelva a producirse, sancionando al hostigador(es), dando una solución positiva al conflicto. Sin embargo, lo que sucede normalmente, es que la investigación del caso es nula o escasa y las autoridades suelen ver a la víctima como el problema a combatir. Generalmente no se da atención ni solución al conflicto, ya que entra en funcionamiento el mecanismo psicológico que se conoce como “error en la atribución”: compañeros, jefes y directivos tienden a crear explicaciones basadas en las características individuales de la víctima, en su actuación y no en el o los acosadores, lo que aumenta el estigma de la víctima como la “oveja negra” (Leymann, 1996).

- d. **Marginación o exclusión de la vida laboral:** Cuando las condiciones causantes del *mobbing* no son resueltas, el hostigamiento suele acabar con la salida de la víctima de la organización, ya sea por petición de traslado, abandono del puesto de trabajo o por despido (por ausentismo y baja productividad que justifican el despido). Con ello, el *mobbing* alcanza su objetivo: destruir a la víctima y en casos extremos se ha reportado el suicidio de la víctima. Otras veces la víctima decide soportar estoicamente en su puesto de trabajo, lo cual trae consigo consecuencias negativas para su estado de salud. La víctima puede haber sido diagnosticada erróneamente como personalidad paranoide, ansiosa, depresiva o con alteraciones del carácter, ya que el profesional consultado no considera que los síntomas de la víctima puedan tener su origen en una agresión externa continua (Leymann, 1996).

1.3.2 Conductas hostiles de *mobbing*

Dependiendo de factores culturales, Leymann realizó un inventario de actitudes hostiles, donde se presentan los comportamientos que pueden ocurrir durante el *mobbing*. Este inventario es útil para identificar conductas que se presentan en este fenómeno (Prieto, 2005).

- Se prohíbe a la víctima charlar con sus compañeros.
- No se da respuesta a sus preguntas verbales o escritas.

- Se instiga a los compañeros en su contra
- Se le excluye de las fiestas organizadas por la empresa y de otras actividades sociales.
- Los compañeros evitan trabajar junto a ella/el.
- Se le habla de modo hostil y grosero.
- Se le provoca con el fin de inducirle a reaccionar de forma descontrolada.
- Se hacen continuamente comentarios maliciosos respecto a ella/el.
- Los subordinados no obedecen sus órdenes.
- Es denigrada/o ante los jefes.
- Sus propuestas son rechazadas por principio.
- Se le ridiculiza por su aspecto físico.
- Se le quita toda posibilidad de actividad e influencia.
- Se le hace trabajar paralelamente con una persona que será su sucesor en la empresa.
- Se le considera responsable de los errores cometidos por los demás.
- Se le dan informaciones erróneas.
- Se le niega la posibilidad de realizar cursos de reciclaje y formación.
- Se le asignan tareas para las que debe depender siempre de alguien.
- Es controlado y vigilado de forma casi militar.
- Se cambia su escritorio o mobiliario de lugar sin previo aviso.
- Su trabajo es manipulado para dañarle (por ejemplo, borrando un archivo de su ordenador).
- Se abre su correspondencia y/o correo electrónico.
- Si pide días por enfermedad, encuentra mil dificultades o recibe amenazas.

Como ya se dijo, el *mobbing* es un fenómeno complejo que se lleva a cabo por medio de conductas hostiles repetidas, de intensidad suficiente como para hacer daño, no deseadas, no recíprocas y que pueden tener un efecto devastador para quien lo padece. En resumen, los elementos característicos del *mobbing* son (Di Martino, 2002):

- Frecuencia y duración de conductas hostiles.
- Acción ejercida mediante una serie de conductas hostiles que van desde las críticas permanentes al trabajo, comentarios injuriosos y calumnias, hasta amenazas y actos de violencia física.
- La intención del acosador (es) que ejerce (n) la violencia ya sea de carácter instrumental o afectivo
- Desequilibrio de poder de las partes, que conlleva que, al menos, la víctima perciba que no dispone de los recursos necesarios para defenderse ante esta situación.
- Número de acosadores. Se estima que entre 60% y 80% de los casos hay más de una persona implicada.
- El estatus de acosadores y víctimas que hace que este fenómeno pueda darse desde niveles jerárquicos superiores hacia los inferiores, dentro del mismo e incluso desde estatus inferiores o superiores.

1.3.3 Los implicados: víctima, agresor y entorno

Es importante ver cómo se sitúa en este hostigamiento cada persona de la organización. Aunque no hay una determinación precisa de los factores que propician la aparición del acoso psicológico, las características individuales de la víctima tienen menor relevancia y las propiedades organizacionales y sociales tienen mucha más (Chappell, 1999).

En lo que se refiere a las víctimas, frecuentemente son de edades menores a 30 años y se ha observado mayor incidencia en trabajadores eventuales o temporales que en fijos. Así también, son más comunes los casos de acoso laboral en mujeres que en hombres.

Cualquier persona puede ser víctima de acoso laboral. Según Piñuel (2003, citado en Martínez 2008) existen dos grupos susceptibles de sufrir *mobbing*: jóvenes con contratos precarios y formación extraordinaria para el puesto de trabajo que

desempeñan, quienes son hostigados por trabajadores de mayor edad que ya están fijos y que se sienten amenazados por falta de competencias. En segundo lugar, están las mujeres de más de 40 años, en especial las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad personal.

Con cierto consenso, se han construido estereotipos sobre la personalidad de las víctimas. En primer lugar, están las personas valiosas, brillantes, luchadoras, con un sentido de integridad moral elevado que pueden estar buscando una nueva forma de hacer las cosas, generar el cambio, denunciar situaciones anómalas ocultas o incluso delictivas, o que simplemente destacan por su talento o capacidad. Estas personas tropiezan con jefes o compañeros envidiosos, que les perciben como una amenaza a su estatus o como fuertes competidores (Martínez 2008).

En segundo lugar están las personas que manifiestan síntomas de ansiedad, depresión y afecto negativo, poseen escasas habilidades sociales y resolución de conflictos (Zapf, 1999 citado en Martínez, 2008). Tienen dificultades en crear contactos o redes sociales en el trabajo o fuera de él. Tienden a evitar el conflicto o a ceder, no se esfuerzan por integrarse al grupo. Estas personas pueden denominarse psicológicamente vulnerables, con un carácter muy emotivo que las hace parecer tímidas, retraídas y poco sociales, débiles o inseguras. Algunos llegan al trabajo con problemas psicológicos o psiquiátricos que agravan el acoso, les cuesta mucho recuperarse y, aunque dejen el trabajo, el acoso sigue siendo un problema para ellos (Martínez, 2008).

El acosado sufre un ataque a su dignidad y se siente tratado como un objeto. Padece también la minusvalía de sus habilidades y experiencia, de su prestigio profesional, creándole inseguridad en sus propias decisiones que le genera más estrés y debilita su rendimiento profesional. La situación continua le lleva a un deterioro emocional y cognitivo, al que se unen sentimientos de impotencia, inestabilidad, incapacidad y temor (Martínez, 2008).

Respecto al agresor, existe acuerdo en que su comportamiento obedece casi siempre a un intento de encubrir o enmascarar. Aunque no hay evidencias que muestren un perfil definido, se les identifica con rasgos muy negativos (Alcover, et al, 2004, citado en Delgadillo, 2009).

Rodríguez (citado en Flores, 2005) define a los agresores o victimarios como personas resentidas, frustradas, envidiosas, celosas o egoístas, teniendo uno o varios o todos estos rasgos en mayor o menor medida. Están necesitadas de admiración, reconocimiento y protagonismo. Anhelan figurar, ascender o aparentar, aun cuando simplemente deseen hacer daño o anular a otra persona.

Martínez (2008) distingue varios grupos de personas proclives al acoso. El primer grupo corresponde a aquellas personas que poseen una personalidad psicópata, con tendencia a tratar a los demás con sadismo, como si fueran objetos, y con una actitud cruel y enfermiza hacia las relaciones interpersonales. Los psicópatas tienden a ser manipuladores y fabuladores expertos, que presentan a la víctima como la causante de todo lo que ocurre, porque se lo merece, debido a su carácter difícil y su bajo rendimiento.

Otra categoría son personas con mucha inseguridad, posiblemente mediocres o incompetentes profesionalmente pero no socialmente; temerosas de perder su estatus o sus posibilidades de ascenso; son hipersensibles a las críticas, con necesidad de admiración y reconocimiento; necesitan reafirmar un papel de fuerte, para el que no tienen ni disposición ni capacidad. El acosador actúa siguiendo su instinto de autoprotección al sentirse atacado y percibir un enemigo potencial en su víctima, a quien obstaculizará o intentará aniquilar por completo (Martínez, 2008).

Otro grupo son personas rígidas, concienzudas, perfeccionistas y muy exigentes con ellas mismas, que se ven más precisos, fiables, honestos y puntuales que los

demás. Son egocéntricos, narcisistas y excesivamente centrados en ellos mismos, piensan que todos tiene que ser como ellos y que maltratando y causando daño pueden conseguir más rendimiento que los demás. Orilla a su víctima a que abandone el trabajo si no alcanza lo que ellos consideran su estándar óptimo de realización (Martínez, 2008).

Finalmente, en cuanto al entorno, siempre existen condiciones que favorecen la aparición de *mobbing*, sobre todo cuando la organización busca que predomine la competencia, y no la colaboración; o bien, prevalecen estilos de mando autoritarios, más que participativos.

1.4 Consecuencias del *mobbing*

Las **consecuencias** del *mobbing*, son amplias y variadas, afectando básicamente a la víctima en tres niveles (González, et al, 2008):

- a. Nivel individual: Con efectos cognitivos (apatía, dificultad para concentración, etc.), estrés, trastornos del sueño, fatiga, debilidad y suicidio en casos extremos, entre otros.
- b. Nivel familiar: Aislamiento, problemas de pareja, conflicto con sus hijos, etc.
- c. Nivel organizacional: Ausentismo, incremento en las tasas de incapacidades y accidentes, disminución de la productividad, clima laboral negativo en general.

En lo referente a enfermedades que pudieran ser producidas por *mobbing* o acoso laboral, la sintomatología es variada, según se ha constatado en diferentes estudios, clasificándola en dos grandes grupos (Flores, 2007):

- a. Síntomas físicos: lumbalgias, artalgias, cefalea, problemas de memoria, hipoxia, taquicardia, disnea, vértigo, hipotensión e hipertensión, entre otros.
- b. Síntomas psíquicos: irritabilidad, llanto fácil, trastornos del sueño, aislamiento social e ideas suicidas, entre otros.

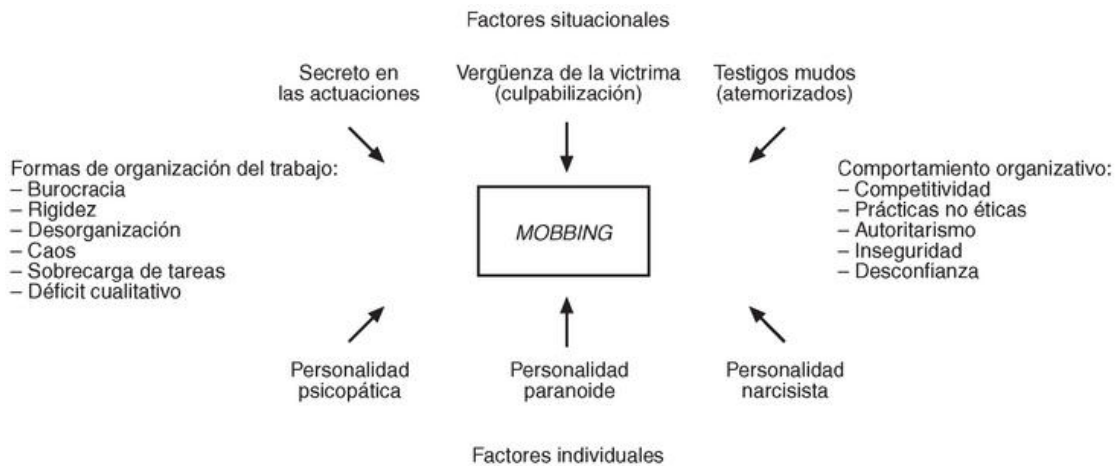
1.5 Determinación del *mobbing*

Para determinar la presencia de *mobbing* se requieren tres elementos (Carrión, et al, 2007):

- Comportamientos violentos de una o varias personas sobre otra(s).
- Que estos comportamientos se presenten de manera continua durante cierto tiempo.
- Que exista intencionalidad de destrucción psicológica y de obtener su salida de la organización o de dañar deliberadamente a la persona.

Como se aprecia en la figura 1.2, el personal de salud ha sido estudiado en cuanto a los riesgos psicosociales, tales como la sobrecarga laboral, la falta de equidad, el escaso reconocimiento, entre otros. En general, son factores comunes que en cualquier profesión conllevan al desgaste personal. A lo anterior, pueden añadirse algunas variables que son distintivas como: el contacto cotidiano con el dolor y la muerte, peticiones excesivas por parte del usuario, temor a cometer errores irreparables, agresiones físicas y verbales, etc. Por si fuera poco, en los últimos años se ha perdido significativamente el apoyo social y la valoración que en otros tiempos gozaron los profesionales de la salud (Juárez, Hernández y Ramírez, 2005).

Figura 1.2 Modelo integrador explicativo del *mobbing*



(Modelo integrador explicativo del *mobbing*)

Fuente: Juárez, Hernández y Ramírez, 2005

Aunque todavía hace falta investigación, la prevalencia del *mobbing* puede valorarse, es decir, detectar cuántos trabajadores se ven afectados por una o varias de las situaciones descritas. También se puede valorar el tipo, la incidencia y la magnitud de las consecuencias mediante herramientas específicas estandarizadas (Gimeno,2005).

Para establecer criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia, Leymann (1996) generó el Inventario de Actitudes Hostiles, el cual incluye los comportamientos que pueden ocurrir durante el *mobbing*, pudiendo presentarse algunos y otros no, dependiendo de factores culturales.

Al ser considerado el *mobbing* un problema importante para la Salud Ocupacional y la Salud Pública en México y otros países, se observa la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables para su evaluación. Ejemplo de ello es el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) (Pando Moreno et al, 2006; Carrión García et al, 2007 y Macia Sepúlveda, 2008). Es un instrumento construido y validado en México.

Además existe la Escala Mexicana de Acoso en el trabajo (EMAT) en su versión exploratoria (Uribe-Prado 2008), constituyéndose como un acercamiento a la medición del problema en nuestro país.

Después del diagnóstico, deben realizarse intervenciones con el afectado, ya sea mediante apoyo social a través de un compañero de su confianza, el médico de la empresa o hasta en el ámbito extra laboral. De igual importancia es el reconocimiento por parte de la organización de que estos fenómenos pueden existir y, por ende, dedicarle recursos para la atención a las relaciones sociales sanas como parte de su cultura organizacional, o bien contar con servicio de asistencia a los trabajadores.

Así también, la prevención del *mobbing* debe atender las deficiencias del diseño del trabajo, el comportamiento de los líderes y la protección social de la persona mediante reglas claras, escritas y públicas sobre resolución de conflictos.

CAPITULO II EL CONTEXTO: LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL PERSONAL DE SALUD

El sistema de salud en México tiene casi 70 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Más tarde nacieron el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), el Instituto Nacional de Cancerología (1950), el ISSSTE (1960) y el Instituto Nacional de Neurología (1964) (Fajardo, Carrillo y Neri, 2002).

2.1 Nacimiento de reformas en salud

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social. En los años setenta surgió la segunda generación de reformas, con la finalidad de crear un sistema nacional de salud (Fajardo, et al, 2002).

Si bien en el último medio siglo las instituciones de salud han desempeñado un papel importante, es necesario reconocer que éstas precisan superar los atrasos y adaptarse a las transformaciones del país, por lo que se debe dar impulso a una tercera generación de reformas que apunte a la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado (Fajardo, et al, 2002).

2.2 Regionalización de los servicios de salud

La solución a los problemas del sector requiere que se eleve la calidad de vida de los mexicanos, lo que repercutirá en mejor alimentación, educación, vivienda y, desde luego, en favorables condiciones de salud (Fajardo, et al, 2002).

En México, la regionalización de los servicios de salud se remonta a 1934, año en que se expidió la Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios (Diario Oficial del 25 de agosto de 1934) mediante la cual se autorizó la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública, los Gobiernos de los Estados y los Ayuntamientos para la coordinación de prestación de servicios de salud. En ese año se establecieron los distritos sanitarios, con el fin de promover, desarrollar y coordinar las acciones de salud a nivel regional (Castañeda,2005).

Después de casi dos décadas de experiencia, en 1952 se crean las jurisdicciones sanitarias como organismos dependientes de los distritos sanitarios. Al desaparecer éstos, las jurisdicciones sanitarias quedaron bajo la responsabilidad de los servicios coordinados de salud pública en los estados a partir de 1959.

Con el fin de promover su desarrollo, la jurisdicción sanitaria ha sido objeto de diversas transformaciones orgánico-funcionales, para hacer de ella una estancia de carácter operativo, con la autonomía suficiente para tomar decisiones. Este objeto sólo se logró parcialmente, entre otras razones por falta de recursos e insuficiencia de metodologías y procedimientos apropiados, así como por su gran dependencia del nivel estatal.

No fue sino hasta finales de los setenta, cuando propiamente se creó la primera jurisdicción sanitaria en la Delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal (que conservaba la denominación del Distrito Sanitario) y se le dotó de personal propio y algunas facultades para el manejo programático y presupuestal. A partir de esa fecha, el desarrollo orgánico-funcional de las jurisdicciones sanitarias en el territorio nacional no ha sido homogéneo, entre otras razones por falta de instrumentos normativos que regulen su crecimiento.

Durante los cambios estructurales que dieron origen a la actual Secretaría de Salud (SSA) y en el contexto de la descentralización de los servicios que presta a la población abierta, en 1987 se realizó un diagnóstico situacional de las

jurisdicciones sanitarias, el cual mostró una gran diversidad organizativa y funcional, así como escasez de lineamientos y procedimientos operativos (Castañeda, 2005).

En 1989, de acuerdo a la importancia que el Plan de Desarrollo le confiere al fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como táctica operativa para avanzar en la descentralización y consolidar el Sistema Nacional de Salud, la Secretaría del ramo decidió iniciar el proyecto estratégico de fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias, para promover su transformación hacia verdaderos SILOS, mejorando su organización y estableciendo métodos de trabajo que la conviertan en un órgano técnico-administrativo con autonomía suficiente para tomar decisiones a nivel local.

Una vez definida la estructura básica jurisdiccional, se formuló una primera revisión del Manual de Organización y Funcionamiento, en la cual se describieron los objetivos y funciones de cada una de las áreas de acuerdo a los planteamientos rectores del proyecto estratégico de fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias.

Desde entonces a la fecha se lleva a cabo un proceso reordenador del diario accionar jurisdiccional, enfocado fundamentalmente a fortalecer y desarrollar las actividades de carácter técnico administrativo que permitan la eficaz operación de los programas sustantivos en su ámbito de competencia.

La conformación de la jurisdicción sanitaria está determinada por la regionalización, es decir, por la conformación de áreas geodemográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y poder responder a las necesidades de atención a la salud particulares de la región (Castañeda, 2005).

2.3 Tipos de prestadores de servicios y niveles de atención

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios:

- a. El primero incluye a las instituciones que atienden a la población no asegurada, que es alrededor de 40% de los mexicanos, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las instancias más importantes en este rubro son la SSA y el Programa IMSS Solidaridad o el similar, de acuerdo a la administración federal.
- b. El segundo componente es la seguridad social, que da atención a más de 50% de la población. El IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía, mientras que el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tiene sus propias instituciones; al igual que los trabajadores de Pemex.
- c. Por último está el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago.

Como puede verse en la figura 2.1 existen cuatro niveles de atención en el sistema de salud mexicano, siendo el primer nivel el que atiende una demanda de 70% a 80%.

2.4 Historia del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM)

Es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuyo propósito fundamental está orientado a otorgar las prestaciones de seguridad social, así como mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de los derechohabientes de la entidad.

El ISSEMyM es un organismo auxiliar del Poder Ejecutivo y forma parte de la Administración Pública del Estado. Son derechohabientes los servidores públicos y aquellas personas que, al amparo de la legislación vigente, cumplan con los requisitos de afiliación.

Figura 2.1 Niveles de atención

Nivel de Atención	Tipo de Servicios de Salud	Tipo de Problemas de Salud	Tipo de proveedor de salud	% de Demanda que solucionar
Primero	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo de menor complejidad Rehabilitación menos compleja	Controles de salud de niños y embarazadas Planificación familiar Control de Enfermos crónicos Enfermedades no complicadas como enfermedad diarreica aguda, respiratoria, etc.	Puestos Centros de Salud con recursos limitados En ocasiones cuentan con laboratorio, estudio de gabinete, quirófanos y centro obstétrico	70-80%
Segundo	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización y cirugía Ambulancia Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, ginecología, cirugía general y medicina interna.	Policlínicos para consulta especializada Hospitales con las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos	15 al 20%
Tercero	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren especialistas	Hospitales y centros de recursos sofisticados en laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos, etc.	5 al 10 %
Cuarto	Investigación y docencia	Casos muy complejos	Centros hospitalarios generalmente relacionados con centros docentes	1 al 2%

Fuente: (Fajardo et al,2002)

Tiene sus orígenes en 1946, cuando se establecen las bases institucionales para la evolución de la seguridad social en la entidad, bajo el mandato del entonces gobernador constitucional Alfredo del Mazo Vélez.

En el decreto número 24 de la XXXVIII Legislatura Local, se promulga la Ley de Pensiones para empleados del Estado de México y Municipios. Ésta se debió a las gestiones realizadas por las organizaciones de servidores públicos, específicamente por el Sindicato de Trabajadores del Estado de México; y entró en vigor el 17 de junio de 1951.

Se crea la Dirección de Pensiones del Estado de México, organismo público descentralizado, que fue presidido por el profesor Santiago Velasco Ruiz.

Los servicios médicos inician con la adquisición de un inmueble en 1954 que sirvió como la primera unidad médica, conocida como la Policlínica de Toluca, ubicada en la calle de Sebastián Lerdo de Tejada, en la ciudad de Toluca.

En diciembre de 1956, con el propósito de ampliar su cobertura, la XXXIX Legislatura del Estado aprueba la incorporación del departamento médico asistencial a la Dirección de Pensiones del Estado de México y se crea también la Comisión Administrativa Mixta, mediante la Ley de Servicios Médicos y asistenciales para los empleados del Gobierno del Estado de México y Municipios.

En 1967 se determina la construcción de una nueva unidad hospitalaria y de consulta externa, a un costado de la alameda central de la ciudad de Toluca, sustituyendo a la anterior, lo que permitió ampliar los espacios y los servicios proporcionados.

La creciente demanda de la población derechohabiente da como resultado que en 1969, durante la gestión del gobernador Juan Fernández Albarrán, se transforme la Dirección de Pensiones en el actual Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, mediante el Decreto que da lugar a la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México, de sus Municipios y de los Organismos Coordinados y Descentralizados.

Los avances y la complejidad del entorno hacen necesario la modificación de la ley nuevamente en 1994, cambio que fortaleció las funciones médicas y las prestaciones socioeconómicas y que replantea la cobertura de sus servicios.

A finales de 2001 y a partir de un estudio profuso de la seguridad social en nuestra entidad y a la luz de los cambios del contexto, se producen acciones

trascendentales que modifican el marco normativo del ISSEMyM, dando lugar a una nueva ley que abroga la de 1994. Esta Ley permite al Instituto ampliar la cobertura para los hijos de los servidores públicos que continúen estudiando, a fin de que puedan permanecer como derechohabientes hasta los 25 años; dar un enfoque integral a los servicios de salud, con visión preventiva y de corresponsabilidad entre el Instituto y sus derechohabientes, y principalmente ofreciendo siempre un servicio de calidad, eficiente y cálido. También permite establecer la creación de un seguro facultativo, con la finalidad de extender los servicios de salud a descendientes o ascendientes de los servidores públicos, mediante el pago de una cuota; dar el acceso inmediato a los servicios de maternidad, sin tener que esperar seis meses de cotización del servidor público, y reglamentar los riesgos de trabajo.

El Sistema Mixto de Pensiones fue aprobado el 3 de enero de 2002 y entró en vigor a partir del primero de julio del mismo año. En el mes de agosto siguiente, como respuesta a las demandas de la población derechohabiente, el acelerado desarrollo tecnológico y los avances en la medicina, entre otros factores, se inaugura el Centro Médico ISSEMyM.

El ISSEMyM, en materia de servicios de salud, cuenta con el Centro Oncológico Estatal, dos centros médicos, dos hospitales de concentración, uno en Naucalpan y otro en Toluca, el cual se encuentra en período de transición para convertirse en una clínica que proporcione consulta externa especializada, en particular para pacientes con padecimientos de tipo crónico-degenerativos.

Existe además el Hospital Materno Infantil, ubicado en Toluca. Ecatepec cuenta con un hospital de diagnóstico especializado. En todo el territorio estatal son, a la fecha, 9 hospitales regionales, 7 clínicas regionales, 23 clínicas de consulta externa (una de ellas es la clínica de consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” donde se realizó el presente estudio), 49 consultorios propios y 3 atendidos por médicos particulares al servicio de los derechohabientes.

Así, el ISSEMyM es una Institución que con sus más de 50 años de operación se ha convertido en una organización valorada y reconocida por su esencia central que ha sido y será siempre la de servir.

2.4.1 Misión

Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la Ley de Seguridad Social para los servidores públicos del Estado de México y Municipios, con el objeto de preservar su salud, garantizar el ingreso económico en la etapa de retiro del servidor público, apoyar la economía familiar, fortalecer la integración familiar y su bienestar social, con calidad, humanismo y actitud de servicio, trabajando en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

2.4.2 Visión

Ser reconocidos por los derechohabientes como una institución que otorga servicios integrales de salud con calidad y humanismo, que brinda seguridad económica en su etapa actual y de retiro y que promueve la integración familiar y su bienestar social.

2.5 Clínica de Consulta Externa

Es en esta dependencia en donde se llevó a cabo el presente estudio para la detección del *mobbing*. Se encuentra ubicada en la Ciudad de Toluca. Los servicios que prestan se muestran en la figura 2.2

Figura 2.2 Servicios que presta la Clínica de Consulta Externa

Nombre del Servicio	Horario	Días de Atención
Consulta de especialidad médica subsecuente	8:00 a 20:00 hrs	365 días del año
Consulta con médico general	8:00 a 20:00 hrs	365 días del año
Estudio de Laboratorio	8:00 a 15:30 hrs	Lunes a Viernes
Estudio de Laboratorio	8:30 a 14:00 hrs	Sábado
Estudio de Gabinete Especializado	8:00 a 20:00 hrs	365 días del año
Farmacia	8:00 a 20:00 hrs	365 días del año

Cuenta con un total de 25 Enfermeras, 15 Medicos, 30 personal administrativo.

CAPITULO III MÉTODO DE TRABAJO

3.1 Justificación

En el proceso de alcanzar mayor productividad, las organizaciones, casi a cualquier costo, se han olvidado de las necesidades de desarrollo profesional, ayuda, apoyo y atención de los trabajadores.

Dentro del ambiente de trabajo se encuentran diferentes factores de riesgo que pueden ser de naturaleza física, química y biológica. Los factores psicosociales están desde la jornada de trabajo, en la que se encuentra la seguridad laboral, la relación obrero patronal, el salario, la rotación de turnos, afiliación o no a un sistema de seguridad, hasta las condiciones generales de vida.

La violencia se está volviendo más común en el lugar de trabajo y abarca una amplia variedad de comportamientos, que van desde el maltrato físico al maltrato psicológico. Tradicionalmente, la atención se ha centrado en la violencia física, pero cada vez se reconoce más el impacto y el daño que causa la violencia psicológica.

El estrés, las malas condiciones laborales, el abuso de drogas y alcohol, la diversidad cultural, las pocas oportunidades de trabajo y desarrollo profesional y la inestabilidad y rotación existentes en las organizaciones, se relacionan con las acciones y conductas violentas de los individuos, a partir de que el trabajo es estresante y que existe una gran competencia entre compañeros.

La mayoría de los casos de violencia en el lugar de trabajo involucran algún sentimiento de ser tratado injustamente y que el perpetrador tiene cierto resentimiento real o imaginario en contra de la organización o de una persona dentro de la misma.

En un estudio realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2006 citado en Reyes, 2007) se menciona que las amenazas, el acoso y las conductas de agresión en grupo pueden ser tan dañinas como la violencia física abierta. Además advierte que los costos de la violencia en el trabajo son millonarios debido a licencias médicas y ausentismo.

Otro factor de riesgo en el trabajo es el acoso moral, también conocido como *mobbing* (Campanini y Luppi, 1991). La información disponible en México sobre los factores de riesgo psicosocial a los que está expuesto el personal de salud, se caracteriza por estudios de estrés, fatiga o *burnout* (Juárez, Hernández y Ramírez, 2005). Sin embargo, respecto al *mobbing* o acoso psicológico es escasa; lo preocupante es que este problema es un factor nocivo que se encuentra en los ambientes laborales de las instituciones de salud y que el daño potencial que provoca ha permanecido subidentificado, subvalorado y subestimado.

3.2 Planteamiento del problema

3.2.1 Descripción del Problema: La violencia se está volviendo más común en el lugar de trabajo (*mobbing*) y no siempre se le da la atención que merece, además de que genera estrés y malas condiciones laborales.

3.2.2. Objetivos

- **Objetivo general.**- Determinar la presencia de *mobbing* en el personal médico y paramédico de una Clínica de Consulta Externa del primer nivel de atención del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, mediante el instrumento EMAT.
- **Objetivos específicos**
- Determinar las prácticas de acoso laboral (muy violentas, estigmatización, acciones directas y encubiertas) que se presentan con mayor frecuencia en

una Clínica de Consulta Externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

- Identificar y describir los mecanismos de acoso (violencia física, hostigamiento sexual, amenazas, violencia verbal, aislamiento, generar culpa, comunicación deteriorada, sabotaje y situaciones deshonestas, abuso de poder, castigo, maltrato y humillación, desacreditación profesional, discriminación, sobrecarga de trabajo, clima laboral hostil y exceso de supervisión y control) presentes en el personal médico y paramédico de una Clínica de Consulta Externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

3.2.3 Preguntas de la Investigación:

- ¿Existen prácticas de *mobbing* entre el personal médico y paramédico en una Clínica de Consulta Externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios?
- ¿Cuáles son las prácticas de acoso laboral más frecuentes en el personal médico y paramédico de una clínica de consulta externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios?
- ¿Cuáles son los mecanismos de acoso laboral presentes en el personal médico y paramédico de una Clínica de Consulta Externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios?

3.3 Hipótesis y variables

H1 Existe *mobbing* en el personal médico y paramédico de la Clínica.

H2 Las prácticas de acoso laboral más frecuentes en el personal médico y paramédico de la Clínica son las de estigmatización.

H3 Los mecanismos de acoso laboral presentes en el personal médico y paramédico de la Clínica son el aislamiento, la comunicación deteriorada y la generación de culpa.

Figura 3.1 Variables del instrumento EMAT

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Reactivos
Muy Violentas	Violencia Física	Conciencia, voluntad de realizar algún daño a través de la fuerza que se ejerce sobre alguien.	1, 2, 3, 4, 5, 6
	Hostigamiento Sexual	Son todas aquellas insinuaciones sexuales indeseadas, solicitudes de favores (sexuales) o alguna otra conducta física o verbal de naturaleza sexual.	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
	Amenazas	Hace referencia al riesgo posible que una situación, o bien un objeto o una circunstancia específica pueden conllevar para la vida, de uno mismo o de terceros.	17,18,19,20,21,22,23,24
	Violencia Verbal	Insultos, palabras despreciativas, gritos, palabras descalificantes, o bien denigrantes que pueden llegar a ser perjudiciales.	25, 26, 27, 28, 29.
Estigmatización	Aislamiento	Separación de una persona o población, para dejarlas solas o bien incomunicadas.	30,31,32,33,34,35,36
	Generar culpa	Alguna persona emite un mensaje para recordar que has sido una mala persona por algo que dijiste o bien por algo que hiciste o no hiciste.	37, 38, 39, 40, 41, 42, 43
	Comunicación deteriorada	Información poco clara.	44, 45, 46, 47
Acciones directas	Sabotaje y situaciones deshonestas	Destrucción o deterioro de productos o maquinaria, instalaciones, trabajo, etc.	48, 49, 50, 51, 52, 53
	Abuso de Poder	Uso de un poder otorgado por la posesión de una cargo o función, pero no está dirigido a cumplir las funciones atribuidas a ese cargo, sino a satisfacer intereses personales del individuo que lo ejerce.	54, 55, 56, 57, 58
	Castigo	Práctica de imponer algo desagradable a una persona que ha hecho algo inconveniente	59, 60, 61, 62, 63, 64,65
	Maltrato y Humillación	Se refiere a las conductas de humillación, amedrentamiento, etc., que persiguen la anulación de la autoestima de la víctima, produciendo desvalorización y/o sufrimiento.	66, 67, 68, 69, 70
Acciones encubiertas	Desacreditación profesional	Hacer perder o bien disminuir el crédito o reputación de la persona.	71, 72, 73, 74, 75, 76, 77
	Discriminación	Acto de separar o formar grupos de personas a partir de un criterio o criterios determinados.	78, 79, 80, 81, 82, 83, 84
	Sobrecarga de Trabajo	Se indican tareas que se deben realizar superando las horas destinadas, las horas de trabajo son excesivas, las tareas superan el conocimiento del individuo.	85,86,87,88
	Clima Laboral Hostil	Deterioro del ambiente laboral por situaciones de conflicto que ocasiona mas conflicto y bajo rendimiento	89, 90, 91, 92, 93, 94
	Exceso de supervisión y control	Acciones ejercidas que evalúan el desempeño de los recursos a través del tiempo.	95, 96, 97

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Reactivos
Variables Socio demográficas	Edad	Edad cronológica de la persona	98
	Sexo	Masculino y femenino	99
	Estado Civil	Situación legal o civil	100
	Escolaridad	Último grado de estudios (licenciatura o posgrado)	101
Variables organizacionales	Ocupación	Agregado de competencias con valor y significado en el empleo	102
	Puesto	Posición o ubicación con base a su puesto	103
	Horas de Trabajo	Horas de trabajo laboradas.	104
	Antigüedad Laboral	Tiempo en años que lleva laborando	105
	Ingreso económico mensual	Ganancias económicas percibidas	106
	Tipo de organización	Sector público constituido por instituciones que dependen del estado en una economía nacional.	107

Fuente: (Uribe, 2011).

3.4 Población en estudio

El presente estudio se realizó en una Clínica de Consulta Externa, perteneciente al primer nivel de atención del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), ubicada en la ciudad de Toluca, Estado de México.

La participación del personal médico y paramédico fue voluntaria, es decir, se le aplicó el cuestionario solo al personal que aceptó participar, obteniendo una muestra de 30 personas adscritas a la Clínica de Consulta Externa, de los turnos matutino y vespertino, ya que en esta clínica no se cuenta con turno nocturno.

3.5 Procedimiento y recolección de datos primarios

Se solicitó autorización a la dirección de la clínica para llevar a cabo la investigación. Se contó con el apoyo del auditorio para reunir a los participantes en el estudio, a quienes se les informó del carácter voluntario, anónimo, confidencial y con fines de investigación.

Al personal que aceptó participar se le aplicó la Escala Mexicana de Acoso en el Trabajo (EMAT), cuya construcción fue posible gracias a los antecedentes de

investigaciones internacionales que proporcionaron las bases del fenómeno (Uribe, 2011).

Este inventario se realiza de forma voluntaria y anónima, explicando a los participantes previamente, cuales son los riesgos psicosociales, la forma de contestar el test y el objetivo del estudio.

La EMAT se integra de 123 reactivos, de los cuales 97 están clasificados en 16 factores o dimensiones (ya referidos en la figura 3.1), que permiten al encuestado poder expresar su forma de sentir, percibir, o bien, apreciar determinadas situaciones en la empresa u organización donde labora. Algunos Ejemplos de los reactivos son: “si cometo un error, soy castigado”; “exageran al controlarme las entradas, las salidas y movimientos dentro de la clínica”; “me amenazan con reducirme mi tiempo de descanso”; “en la clínica me calumnian y se murmura a mis espaldas”.

Las respuestas se plasman en dos bloques de columnas. El primero se refiere a la frecuencia con que ocurre la acción; el segundo indica la duración en tiempo de cada acción; ambas con 6 opciones de respuesta.

¿Con qué frecuencia?						¿Por cuántos meses?					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario	Uno o menos de un mes					6 o más de 6 meses

Además de las preguntas del inventario, se recolectaron datos socio-demográficos y organizacionales de los participantes, tales como: edad, género, estado civil, categoría o puesto de trabajo, antigüedad en el mismo, área del hospital en la cual labora. Con esta información se caracterizó a la muestra (n=30).

El cuestionario tiene un tiempo aproximado para responderlo de 45 minutos y ha sido validado en población mexicana.

Para la confiabilidad del EMAT en este estudio se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor estandarizado fue de 0.911, considerándose adecuado (figura 3.2).

Figura 3.2 Confiabilidad del EMAT (n=30)

Grupo	Factor	No. de reactivos	Alfa de Cronbach	
			Por favor	Por grupo
"A"	Violencia Física	6	0.91	0.96
	Hostigamiento sexual	10	0.93	
	Amenazas	8	0.89	
	Violencia verbal	5	0.84	
"B"	Aislamiento	7	0.87	0.94
	Generar Culpa	7	0.88	
	Comunicación deteriorada	4	0.80	
"C"	Sabotaje y situaciones deshonestas	6	0.86	0.94
	Abuso de poder	5	0.81	
	Castigo	7	0.88	
	Maltrato y humillación	5	0.85	
"D"	Desacreditación profesional	7	0.88	0.93
	Discriminación	7	0.87	
	Sobrecarga de trabajo	4	0.82	
	Clima laboral hostil	6	0.85	
	Exceso de supervisión y control	3	0.68	

3.6 Análisis de datos

La base de datos se construyó en el programa Microsoft Excel 2007 y se analizó con el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Se eliminó la pregunta número 131 del cuestionario EMAT Uribe-Prado, ya que no aplica para los fines de este estudio. La pregunta se refiere al tipo de institución laboral (pública o privada), y en este caso no hay variación en la respuesta.

Al generarse las respuestas mediante opciones de frecuencia y duración del acoso, el análisis de datos inicia con una multiplicación entre los dos tipos de respuesta, generando un puntaje que significaba el impacto del acoso.

CAPITULO IV RESULTADOS

Después de aplicar el instrumento en el personal médico y paramédico de la clínica de Consulta Externa, se obtuvo una participación de 30 sujetos, de 100 posibles, de los cuales solo 29 cuestionarios fueron de utilidad, pues uno no estaba debidamente requisitado.

La información fue procesada con el programa SPSS versión 18, en donde se analizaron las diferentes respuestas de los sujetos encuestados, se revisaron primeramente los factores socio-demográficos y posteriormente se analizaron los factores pertenecientes al instrumento EMAT Uribe-Prado.

4.1 Caracterización de la Muestra

4.1.1 Factores Sociodemográficos

Edad: De los 29 participantes, 69% pertenecen al rango de edad de 18 a 30 años, 10.3%, 31 a 35 años, 3.4% de 36 a 40 años, 6.9% de 41 a 45 años y 10.3% de más de 45 años, lo que demuestra que en su mayoría es personal joven.

Sexo: Para el sexo femenino se tiene 72.4% y para masculino 27.6%.

Estado Civil: 51.7% son solteros quienes representan el mayor porcentaje, 37.9% casados, 3.4% están separados siendo éste el porcentaje menor y finalmente un 6.9% en unión libre.

Grado de Escolaridad: El 55.2% del personal cuenta con un nivel técnico y que probablemente pertenece al grupo de enfermería, siendo el porcentaje más alto, 34.5% tienen licenciatura, 10.3% con posgrado siendo el porcentaje más bajo dentro de los encuestados.

Ocupación: El 72.4% de los sujetos encuestados pertenecen al grupo de enfermería y en un porcentaje mas bajo están los médicos con un 27.6%.

Figura 4.1 Caracterización de la muestra (n=29)

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 a 25 años	10	34.5
	26 a 30 años	10	34.5
	31 a 35 años	3	10.3
	36 a 40 años	1	3.4
	41 a 45 años	2	6.9
	Más de 45 años	3	10.3
	Total	29	100.0
	Sexo	Masculino	8
Femenino		21	72.4
Total		29	100.0
Estado Civil	Soltero	15	51.7
	Casado	11	37.9
	Separado	1	3.4
	Unión Libre	2	6.9
	Total	29	100.0

Ultimo Grado de Estudios	Técnico	16	55.2
	Licenciatura	10	34.5
	Posgrado	3	10.3
	Total	29	100.0
Ocupación	Enfermería	21	72.4
	Médico	8	27.6
	Total	29	100.0

4.1.2. Factores Organizacionales (n=29)

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Puesto que Ocupa	Operativo	19	65.5
	Medio	4	13.8
	Ejecutivo	1	3.4
	Otro	5	17.2
	Total	29	100.0
	Horario Laboral	Menos de 8 horas	4
8 horas		22	75.9
Más de 8 horas		2	6.9
4 Horas		1	3.4
Total		29	100.0
Tiempo de Antigüedad Laborando	Menos de 1 año	7	24.1
	1 a 5 años	16	55.2
	6 a 10 años	3	10.3
	Más de 10 años	3	10.3
	Total	29	100.0
Ingreso Mensual	Menos de 5,000 pesos	8	27.6
	5,001 a 10,000 pesos	9	31.0
	10,001 a 15,000 pesos	7	24.1
	15,001 a 20,000 pesos	3	10.3
	Más de 20,000 pesos	2	6.9
	Total	29	100.0

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Contrato	Base	7	24.1
	Confianza	3	10.3
	Seguro Popular	14	48.3
	Otro	5	17.2
	Total	29	100.0
Personas a su Cargo	Sí	10	34.5
	No	19	65.5
	Total	29	100.0
Numero de Personas a su Cargo	Menos de 10 personas	7	24.1
	10 a 25 personas	2	6.9
	Más de 50 personas	1	3.4
	Ninguna	19	65.5
	Total	29	100.0

Tipo de puesto que ocupan: 65.5% se encuentra realizando funciones a nivel operativo, 13.8% nivel medio, 3.4% ejecutivas y 17.2% se encuentran realizando otras funciones inherentes a la real.

Horario Laboral: El personal que labora 8 horas, obtuvo el mayor porcentaje 75.9%, 13.8% labora menos de 8 horas, 6.9% de más de 8 horas y finalmente 3.4% mesno de 4 horas.

Tiempo de Antigüedad: 55.2% cuenta con 1 a 5 años laborando en la institución, 24.1% menos de un año laborando y 10.3% más de 6 años laborando en esta institución.

Ingreso mensual: Se obtuvo el porcentaje más alto de 31% con ingreso mensual de \$5,001.⁰⁰ a \$10,000.⁰⁰, posteriormente 27.6% tiene un ingreso mensual de

menos a \$5,000.⁰⁰ y 24.1% tiene un ingreso mensual de \$10,001.⁰⁰ a \$15,000.⁰⁰, 10.3% tiene un ingreso de \$15,001.⁰⁰ a \$20,000.⁰⁰ y 6.9% que fue el porcentaje más bajo tiene un ingreso mensual de más de \$20,000.⁰⁰

Tipo de contrato: 48.3% pertenece al grupo de contrato de seguro popular, en un porcentaje menor se encuentra el personal basificado que corresponde al 24.1%, el porcentaje más bajo que fue 10.3% y corresponde al personal de confianza, 17.2 se refiere a otro tipo de situación laboral como puede ser eventuales, recursos propios, etc.

Personas a su cargo: En su mayoría 65.5% no tienen personal a su cargo y el que cuenta con personal a su cargo representa un porcentaje de 34.5%, 24.1% cuenta con menos de 10 personas a su cargo, 6.9% de 10 a 25 personas a su cargo y 3.4% con más de 50 personas a su cargo.

4.2 Perfil de Salud

Con que Frecuencia Fuma	Nunca	19	65,5
	Una vez al año	4	13,8
	Mensual	2	6,9
	Semanal	1	3,4
	Diario	3	10,3
	Total	29	100,0
Cuantos cigarrillos Fuma	Menos de 5 cigarros	6	20,7
	5 a 10 cigarros	3	10,3
	Ninguno	20	69,0
	Total	29	100,0
Con que Frecuencia Ingiere Bebidas Alcoholicas	Nunca	10	34,5
	Casi nunca	13	44,8
	Mensual	5	17,2
	Diario	1	3,4

	Total	29	100,0
Dolor de Cabeza	Nunca	8	27,6
	Casi nunca	14	48,3
	Mensual	5	17,2
	Semanal	2	6,9
	Total	29	100,0
Padecimientos de dolores musculares	Nunca	10	34,5
	Casi nunca	11	37,9
	Mensual	4	13,8
	Semanal	3	10,3
	Diario	1	3,4
	Total	29	100,0
Problemas gastrointestinales	Nunca	10	34,5
	Casi nunca	13	44,8
	Mensual	4	13,8
	Semanal	1	3,4
	Diario	1	3,4
	Total	29	100,0
Padecimientos de trastornos del sueño	Nunca	14	48,3
	Casi nunca	10	34,5
	Mensual	1	3,4
	Semanal	4	13,8
	Total	29	100,0
Padecimientos de ansiedad	Nunca	20	69,0
	Casi nunca	7	24,1
	Mensual	1	3,4
	Semanal	1	3,4
	Total	29	100,0

Padecimientos de llanto, melancolía y depresión	Nunca	14	48,3
	Casi nunca	12	41,4
	Mensual	1	3,4
	Semanal	2	6,9
	Total	29	100,0
Disminución del apetito sexual	Nunca	22	75,9
	Casi nunca	6	20,7
	Semanal	1	3,4
	Total	29	100,0
Trastornos alimenticios	Nunca	24	82,8
	Casi nunca	4	13,8
	Mensual	1	3,4
	Total	29	100,0
Padecimientos de miedos, temores y fobias	Nunca	22	75,9
	Casi nunca	6	20,7
	Semanal	1	3,4
	Total	29	100,0
Actitud con agresividad incontrolable	Nunca	21	72,4
	Casi nunca	5	17,2
	Mensual	2	6,9
	Semanal	1	3,4
	Total	29	100,0

El personal de salud que nunca fuma representa el 65.5%, 13.8% fuma por lo menos una vez al año, 10.3% fuma diariamente, 6.9% fuma mensualmente y 3.4% fuma semanalmente.

Cantidad de cigarrillos: 20.7% fuma menos de 5 cigarrillos, 10.3% fuma de 5 a 10 cigarrillos, el porcentaje más elevado es el que no fuma ningún cigarrillo que corresponde 69.0%.

El personal que casi no ingiere bebidas alcohólicas corresponde al 44.8%, siendo el porcentaje más elevado, el porcentaje más bajo que representa a un encuestado (3.4%) indica que ingiere bebidas alcohólicas diariamente, 17.2% ingiere mensualmente bebidas alcohólicas y 34.5% nunca ingiere bebidas alcohólicas.

El personal de salud con dolores de cabeza o cefaleas semanalmente es 6.9%, 17.2% de manera mensual (siendo el mayor porcentaje), 48.3% casi nunca presenta este padecimiento y 27.6% nunca presenta cefaleas.

El personal de salud que presentó dolores musculares mensualmente se refiere al 13.8%, 10.3% semanalmente y 3.4% diariamente, el mayor porcentaje se concentro en los que casi nunca presentaron dolores musculares con 37.9% y 34.5 nunca presentaron dolores musculares.

El porcentaje más alto fue para los que casi nunca han presentado problemas gastrointestinales (44.8%), 34.5% nunca presentaron problemas gastrointestinales; el resto presentaron problemas gastrointestinales con una frecuencia mensual en un 13.8%, semanal y diariamente con un porcentaje de 3.4%.

En cuanto al trastorno del sueño 48.3% no cuenta con este problema, 34.5% casi nunca presentan trastornos del sueño; del personal que presenta el problema, 13.8% lo presenta de manera semanal y 3.4% mensualmente.

El personal de salud que nunca ha presentado este problema es un 69.0%, 24.1% casi nunca ha presentado problemas de ansiedad, 3.4% ha presentado de manera mensual o semanal problemas de ansiedad.

El personal que ha presentado llanto, melancolía y depresión de manera mensual 3.4%, semanal 6.9%, los que nunca ha presentado estos problemas 48.3% y los que casi nunca 41.4%.

En cuanto al apetito sexual 75.9% nunca ha presentado este problema, 20.7% casi nunca y 3.4% ha presentado disminución del apetito sexual de manera semanal.

En cuanto a los trastornos alimenticios 82.8% nunca ha presentado este problema, los que casi nunca han presentado problemas alimenticios corresponde a 13.8% y los que mensualmente han presentado este trastorno corresponde al 3.4%.

En cuanto al miedo, temores y fobias 75.9% nunca ha presentado este trastorno, 20.7% casi nunca y 3.4% lo presenta de forma semanal.

El 72.4% del personal encuestado nunca ha presentado problemas de actitud como agresividad incontrolable; 17.2% casi nunca lo ha presentado, pero los que sí han presentado algún problema con la actitud y la agresividad incontrolable representa 6.9% de manera mensual y 3.4% semanalmente.

4.3 Mecanismos Frecuentes de Acoso Laboral (Mobbing)

De los mecanismos del mobbing que se encontraron en la población se dividieron según el EMAT (Uribe, 2011) en prácticas muy violentas, estigmatización, acciones directas, encubiertas.

Del total de encuestados (29) con 97 reactivos del cuestionario se obtienen 2,813 preguntas posibles, de las 271 son respuestas positivas a dichas preguntas que corresponden al 9.3%. Tomando en cuenta que hay diferencia entre los mecanismos de acoso, a continuación se detalla de lo general a lo particular las

prácticas más comunes en una clínica de consulta externa del Instituto de Seguridad social del Estado de México y Municipios (Figura 4.4)

- **Estigmatización:** La estigmatización es el grupo de prácticas más comunes de mobbing, con 61 (12%) respuestas positivas. En estas prácticas se observó que 18 sujetos (62%) de los 29 encuestados respondieron de manera afirmativa al menos en un reactivo del grupo correspondiente a la estigmatización.

La variable que mayor porcentaje de respuestas afirmativas presentó, fue la comunicación deteriorada 17.2% de reactivos positivos en 11 sujetos (38%). Las quejas de mayor importancia son que los jefes solicitan trabajo con información poco clara y la falta de atención de los mismos hacia su personal. La variable de generación de culpa es la segunda de importancia con 12.8% de respuestas afirmativas en 11 sujetos (38%) de los encuestados; el personal refiere en su mayoría que se les acusa injustificadamente de errores, fallas, incumplimientos u omisiones por parte del jefe y de los compañeros de trabajo. Por último, el aislamiento tiene 7.4% reactivos positivos en 6 sujetos (20.6%) de los encuestados, en donde el sentimiento de no pertenencia a un equipo de trabajo y el rechazo a las personas que apoyan al individuo para lograr aislarlo, son las conductas observadas con mayor frecuencia.

- **Muy Violentas:** El siguiente grupo en importancia son las prácticas muy violentas con 91 (10.8%), identificando a 19 (65.5%) sujetos con al menos una respuesta positiva de este grupo. La variable con mayor importancia es la violencia verbal con un 26.2% de reactivos positivos en 15 sujetos (51.7%); la queja más común se refiere a la creación de chismes y calumnias a espaldas del implicado, que posteriormente se hacen públicos, otro aspecto con una frecuencia elevada es la burla a la manera de pensar del individuo.

Las amenazas son la siguiente variable en importancia con un 13.4% de reactivos positivos en 7 (24%) sujetos de los encuestados, en general todos los reactivos de esta variable resultaron positivos, pero hay que destacar la amenaza de la pérdida del empleo y la evaluación negativa del desempeño laboral aunque este sea el adecuado, como medios de represión de los jefes para lograr los fines que desean.

El hostigamiento sexual se encontró en 7 sujetos (24%) todos de sexo femenino, con un total de 4.8% de reactivos positivos, se encontraron principalmente comentarios y miradas morbosas de los compañeros de trabajo y en dos casos se refieren invitaciones a salir a comer con fines sexuales. La última variable que integra a este grupo es la violencia física con 4.6% de reactivos positivos en cuatro (13.8%) sujetos; estos refieren daños en las pertenencias y automóvil por cuestiones de trabajo y agresiones físicas leves como advertencias.

- **Encubiertas:** Del grupo de encubiertas hay 75 (9.6%) respuestas afirmativas en 16 sujetos con al menos una respuesta positiva de este grupo del EMAT de los 29 encuestados.

La variable con mayor importancia se refiere al clima laboral hostil con un 17.2 % de respuestas positivas en 12 (41.4%) sujetos; estos sujetos perciben un clima hostil y tenso en su ambiente de trabajo, mencionan que hay trato déspota entre ellos y que han sido criticados por su orientación sexual. En cuanto al exceso de supervisión y control, con un 14.9% de reactivos positivos en 8 (27.5%) sujetos, todos los reactivos resultaron positivos y se refieren a un control exagerado de los horarios de entrada, salida y comida y de la falta de libertad para el uso de material y artículos de oficina.

La desacreditación profesional con un 9.9% de respuestas positivas en 8 sujetos (27.5%) se caracteriza por encomendar tareas para las que el personal no está capacitado con el fin de hacer quedar mal al trabajador, de este modo los compañeros, comentan que el trabajo del sujeto es poco profesional.

La discriminación es la variable que sigue en importancia con un 3.9 de sus respuestas positivas, presentes en 5 (17.2%) sujetos, quienes refieren que en su lugar de trabajo no se respeta el estado civil. Por último, la variable de sobrecarga de trabajo presentó un 3.4% de reactivos positivos en tres sujetos (10.3%), los reactivos positivos se refieren a poner plazos irracionales para la entrega de trabajo, el asignar tareas cuando va a terminar la jornada laboral, y la saturación de trabajo de manera intencional.

- **Acciones Directas:** Este grupo presentó una frecuencia de 44 (6.6%) respuestas positivas.

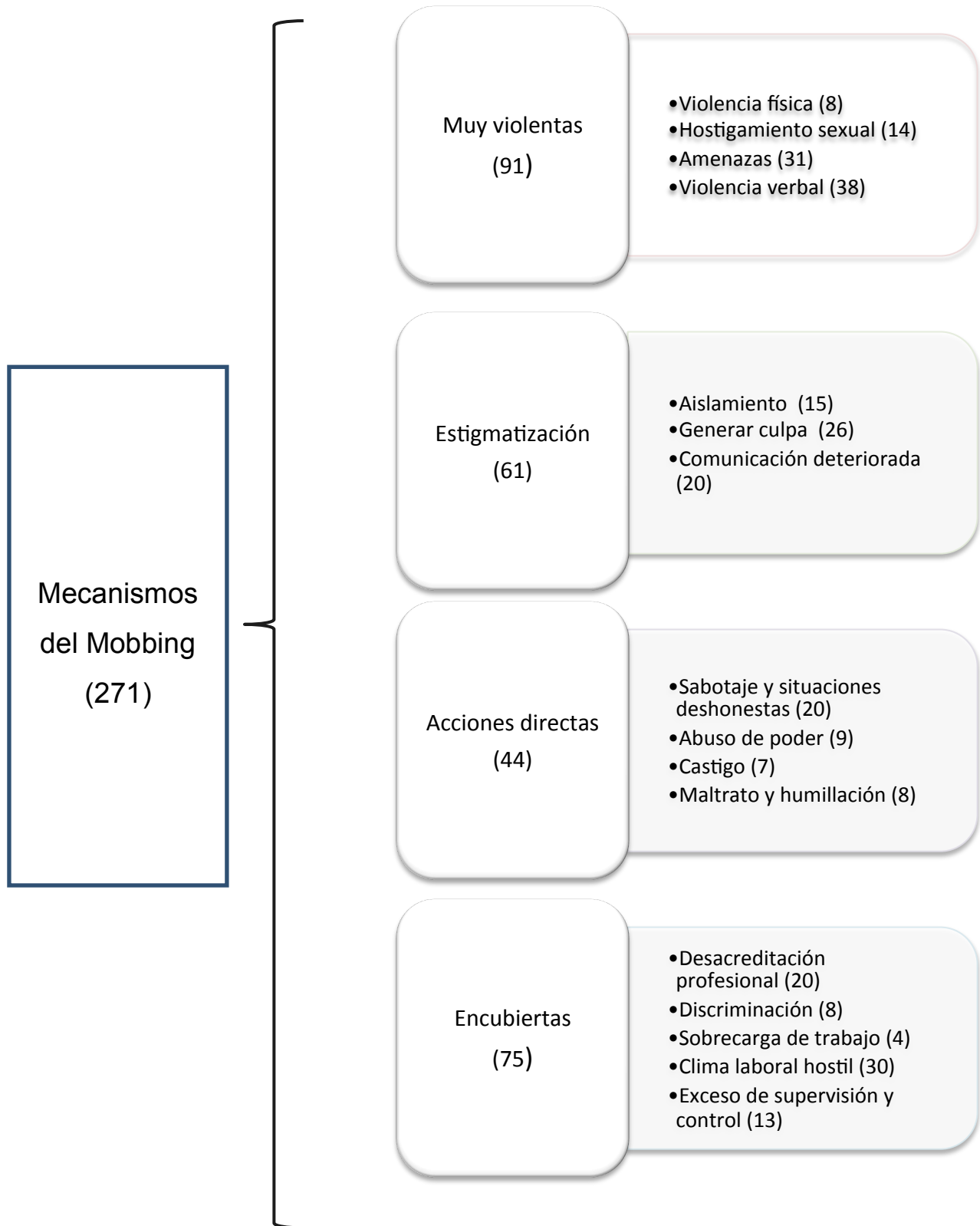
La variable con mayor frecuencia de respuestas positivas es el sabotaje y situaciones deshonestas con un 11.5% en 9 (31%) sujetos encuestados, el impedir la asistencia a cursos, pláticas y juntas importantes para el trabajo fue la queja principal; sin embargo, se identificaron prácticas como la manipulación de herramientas de trabajo y la distorsión de la información para hacer quedar mal al sujeto ante los compañeros de trabajo.

El abuso de poder es la variable que le sigue en puntaje con un 6.2 % de reactivos positivos en 4 sujetos (13.8%), se observó que los jefes de las áreas imponen su voluntad a los trabajadores e imponen tareas diferentes a las normales sin previo aviso; también, los subordinados dependen del estado de ánimo del jefe.

El maltrato y la humillación obtuvo un 5.5% de respuestas positivas encontrando este mecanismo de mobbing en cinco (17.4%) de los 29 encuestados. En este rubro lo observado es que los jefes utilizan los errores del subordinado para ponerlos en ridículo frente a los compañeros en ocasiones llegando a los gritos para llevar a cabo la acción.

Por último, el castigo fue la variable con menor porcentaje de respuestas afirmativas con un 3.4% e identificada en cuatro (13.8%) sujetos de los encuestados, en estas prácticas la reducción del horario de comida y el trabajar los fines de semana son las más comunes.

(Figura 4.3) Mecanismos de Acoso Laboral (*Mobbing*) (n=29)



4.4 Mecanismos de acoso laboral mobbing

La Figura 4.4 muestra los porcentajes de respuestas afirmativas a cada variable y el número de encuestados que contestó al menos una pregunta de manera afirmativa, de tal manera que a pesar que las prácticas de estigmatización son las más comunes por grupo, la violencia verbal es la de mayor importancia al presentarse 26.2% de respuestas positivas en 15 individuos de los 29 encuestados; así mismo, ocurre algo similar con la variable de clima laboral hostil que en porcentaje de respuestas positivas es igual a la comunicación deteriorada, sin embargo el número de encuestados afectados es mayor.

4.5 Descripción de Acoso en el Personal Encuestado

A continuación se describen tres casos representativos de la muestra:

1) Sujeto 8 con 4 puntos

Este sujeto fue el que refirió la menor cantidad de eventos de mobbing en el cuestionario EMAT Uribe-Prado, solo evidencia que sus compañeros lo calumnian y se hace circular rumores falsos sobre su persona, sin que tenga otros mecanismos de acoso.

2) Sujeto 12 con 35 puntos

Este sujeto de sexo femenino es la media del estudio, la mitad de las acciones de acoso que sufre se encuentran en el grupo de encubiertas, seguida del grupo de muy violentas. Se le exige puntualidad en la entrada y salida del trabajo, llegando a ser reprochada por el jefe en caso de incumplimiento. Percibe un ambiente hostil y tenso en su entorno laboral, lo que provoca que no se relacione con otras personas. Los compañeros de trabajo suelen tener conversaciones con contenido sexual alusivo a su persona, se le ha amenazado con la pérdida del empleo o evaluaciones bajas a pesar de que el trabajo sea el adecuado y se le ha acusado de manera injustificada de fallas y errores que no dependen totalmente de ella.

3) Sujeto 21 con 528 puntos

Este sujeto tiene un alto puntaje en la prueba EMAT Uribe-Prado, los problemas que se observan son a partir de cuestiones laborales. Es un sujeto aislado y humillado, el jefe le prohíbe realizar llamadas personales y está siempre vigilando respecto al cumplimiento de los horarios establecidos en el contrato. Si comete un error el jefe le grita en público hasta humillarlo, se hacen comentarios de su trabajo y de su persona por parte de los compañeros de trabajo y desprestigian su trabajo, no se le invita a reuniones ni se toma en cuenta su opinión o participación en las mismas, se le reitera por parte del jefe que es un mal trabajador y refiere incluso haber sufrido de daños a sus cosas personales por cuestiones de trabajo. Ha recibido varias amenazas de pérdida del empleo o de calificaciones bajas a pesar de realizar un buen desempeño, e incluso lo han obligado a pedir disculpas de manera humillante. La falta de respeto del jefe y la humillación provocan que los compañeros le hayan perdido también el respeto y que se genere un ambiente laboral hostil, llevando a la calumnia y difamación. Las pocas personas que lo apoyan han recibido amenazas para aislarlos.

Figura 4.4 Mecanismo de Acoso Laboral en los Encuestados

Grupo	Variable	% respuestas afirmativas de dicha variable	Numero de Sujetos con al menos una respuesta positiva a la variable
Muy violentas	Violencia Verbal	26.2	15
Estigmatización	Comunicación deteriorada	17.2	11
Encubiertas	Clima laboral Hostil	17.2	12
Encubiertas	Exceso de supervision y control	14.9	8
Muy violentas	Amenazas	13.4	7
Estigmatización	Generar culpa	12.8	11
Acciones directas	Sabotaje y situaciones deshonestas	11.5	9
Encubiertas	Desacreditación profesional	9.9	8
Estigmatización	Aislamiento	7.4	6
Acciones directas	Abuso de Poder	6.2	4
Acciones directas	Maltrato y Humillación	5.5	5
Muy Violentas	Hostigamiento Sexual	4.8	7
Muy Violentas	Violencia Fisica	4.6	4
Encubiertas	Discriminación	3.9	5
Acciones directas	Castigo	3.4	4
Encubiertas	Sobrecarga de Trabajo	3.4	3

4.6 Estrategias de Afrontamiento y Prevención del Acoso

De los diferentes folletos emitidos por la OMS pueden obtenerse algunos consejos de utilidad para generar ideas de acción en la intervención ante casos de acoso. Dichas ideas pueden orientarse a la conscientización e identificación del acoso y a las acciones consecuentes. De acuerdo a las propuestas de Chappell y Di Martino (1999), la identificación del acoso, su frecuencia y duración (al menos seis meses y una vez por semana) son el punto de partida por parte de la víctima para pasar a cualquier acción importante y enfrentar el problema.

A fin de generar cambios personales e institucionales es preciso identificar de manera clara el fenómeno, ya que de esta manera será posible comprenderlo y actuar racionalmente ante este tipo de situaciones (uribe,2011).

Aunque las víctimas solo quieran escapar siempre se debe actuar con suma precaución; por tal motivo se recomienda, no renunciar o tomar decisiones importantes relacionadas con el trabajo cuando existe presión y las emociones se encuentran desequilibradas por estar frente a una situación de acoso. Los investigadores recomiendan las siguientes iniciativas (uribe,2011):

1.- Aprender a mantener la calma: Pase lo que pase es importante tratar de pensar y descubrir lo que está ocurriendo.

2.- Identificar el Problema: Hay que entender que uno está siendo atacado; por tanto, nada de disculparse, ni de buscar explicaciones, ni demostrar lo que uno vale.

3.- Desactivarse emocionalmente: Evitar reacciones psicológicas y emocionales automáticas, sino que se han de tener respuestas racionales.

4.- Responder al Ataque: Pedir explicaciones de las graves imputaciones que se le hace, o de las conductas y razones de las que es objeto en vez de tragarse la

culpa. Es preciso hacer frente a las críticas con asertividad, aprender a decir que no. Es muy importante documentar todas las agresiones, por sí se acude a los Tribunales de Justicia.

5.- Pedir asesoría jurídica: Para iniciar una demanda de acoso laboral, delito penal, discriminación o daño moral.

Para evitar la autoculpabilidad y el aislamiento que puede ocasionar el acoso laboral, así como los síntomas descritos en la presente investigación, una alternativa es tener un comportamiento asertivo. Así mismo, el desarrollo de redes de apoyo social (familia, amigos, jefes, expertos, abogados, médicos, psicólogos), ya que son una valiosa ayuda para disminuir los efectos psicosociales.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos afirmar la presencia de Mobbing en el personal médico y paramédico de la clínica de consulta externa del Issemym, por lo que se acepta la H₁.

Las prácticas de acoso laboral más frecuentes son las de estigmatización, por lo que se acepta la H₂; las practicas de estigmatización comprenden : Aislamiento, generar culpa y comunicación deteriorada, in embargo, observamos que la violencia verbal se presentó con mayor frecuencia en los encuestados, por lo que se sugiere analizar de diferentes perspectivas, por ejemplo tomar en cuenta el porcentaje de respuestas afirmativas en cada variable y correlacionar con el número de sujetos que respondieron al menos una pregunta afirmativa a esta variable, para generar propuestas adecuadas para la atención de dichos problemas.

Con respecto a la H₃ podemos afirmar que se acepta siempre y cuando se tomen las tres variables de manera conjunta, por separado ya observamos que no son las de mayor importancia pero sí se mantienen por encima de la media general.

Según Chappell y Di Martino (1999) las coacciones y el acoso psicológico han mostrado secuelas de violencia a pesar, de no incluir abiertamente violencia Física, lo que se reafirma también en la presente investigación donde se observó exceso de supervisión y control en el grupo de Encubiertos y siendo predominante nuevamente la violencia verbal, que es considerada en el grupo de muy violentas.

Sin duda, los hallazgos encontrados son muy importantes para el presente estudio, además de la institución, por lo que se recomienda la validación, y relación con factores psicosociales, demográficos y de salud, para obtener un mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA

Becoña, E., Vázquez, F., y Oblitas, L (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Becoña, E., y Oblitas, L., Psicología de la Salud. (pp11-52). México, D.F.: Plaza y Valdés Editores.

Benavides, F., Ruiz-Frutos, C., y García, A (2005). Salud laboral conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona:Masson.

Boyd, N (1995). Violence in the workplace in British Columbia.

Calero Jaén C, Navarro Domenichelli R. Acoso psicológico en el Trabajo. Comisión ejecutiva Nacional de la UGT del País Valenciano. España 2003

Castañeda Jaimes Alberto. Fragmentos Históricos de una gran Institución. Gobierno del Distrito Federal 2005.

Campanini, A y Luppi, F. (1991). Servicio social y modelo sistémico. Barcelona, Paidós

Carrión García MA, López Barón F, Pando Moreno M. Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el trabajo IVAPT-E-R. Mollet del Valles: Asociación de Expertos en Psicología Aplicada-AEPA; 2007

Castro Carranza Esthela, Vera Hernandez Liliana Elizabeth. Tesis Mobbing Acoso Laboral en Trabajadores Mexicanos. 2009 1-138.

Chappell D. & Di Martino, V. (1999). Violence at work, Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety, 6,1, abril, 1-7.

Di Martino, V. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study, Workplace violence in the health sector.

Delgadillo Morales Perla Lilitiana. (2009). Prevalencia de Mobbing en el personal de Enfermería de un Hospital del Sector Salud. Tesis de especialidad en Medicina del Trabajo. México: UNAM, Facultad de Medicina.

Fajardo Ortiz, Guillermo, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela. Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002. México. OPS; UNAM; Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002; 141-146

Flavia de paiva medeiros de oliveira. El acoso laboral Universidad de Valencia 2005 V-3979-2006 / 84-370-6357-4

Florencia, P (2007), "Mobbing Y Salud", Cuando El Trabajo Nos Castiga. Debates Sobre El Mobbing En México, UAM-Azcapotzalco, Ediciones Eón, Servicio Europeo De Información Sobre El Mobbing, Español, Pag.181 hasta 201

Flores Lozano JA. Acoso Moral y Psicológico al Médico: Mobbing. Salud Global. 2005;1: 1-12

Florez Lozano J.A. et al. (2005). Acoso Moral y Psicológico al Médico: Mobbing. Salud Global. Año V, Núm 1, 2005.

Gimeno Lahoz Ramón. (2005). La presión laboral tendenciosa (Mobbing). Tesis doctoral. España: Universidad de Girona.

González Trijueque D, Delgado Marina S. Acoso psicológico en el lugar de trabajo, Burnout y Psicopatología. Un estudio piloto con el BSI y el MB. Boletín de Psicología, Noviembre 2008; 94: 47-56

Hirigoyen, M.F. (2001). El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. Ed. Paidós contextos. Barcelona, España. ISBN: 978-84-493-1122-2.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <http://www.cdc.gov/NIOSH>

Juárez García A, Hernández Mendoza E, Ramírez Pérez J. Mobbing un riesgo psicosocial latente en el trabajo de enfermería. Revista de Enfermería, IMSS 2003;13(3): 153-160

Landy, F. y Conte, J. (2005). Psicología industrial. Introducción ala Psicología industrial y organizacional. México: McGraw-Hill Interamericana.

Leymann H. The Content and Development of Mobbing at Work. European Journal Work Organizational Psychol. 1996; 5: 165-184

Macía Sepúlveda F. Aplicación y evaluación psicométrica del test IVAPT-PANDO en dos centros de atención primaria. Psicología y Salud. 2008;18: 247-254.

Martínez Alcántara S, Cruz Flores MAC. El Acoso Psicológico en el Trabajo. Psicología y Salud. Julio-Diciembre 2008;18: 255-265

Martínez Alcántara Susana (2008). El Acoso Psicológico en el Trabajo. Psicología y Salud. Julio-diciembre, año /vol 18, número 002. Universidad Veracruzana Xalapa, México. pp 255-265. REDALYC

Matrajt, M. (1994). Estudios en salud mental ocupacional. México. Taller abierto

Mercado, P (2009) Exploración del Acoso en el Trabajo (mobbing) en Organizaciones del Estado de México. En Uribe, J., Psicología de la Salud ocupacional en México (pp 283-365). México, D.F.

Mesenguer de Pedro Mariano. El acoso psicológico en el Trabajo (Mobbing) y su relación con los factores de Riesgo psicosocial en una empresa hortofrutícola. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Departamento de psiquiatría y psicología social. 1-200.

Molero Hermosilla Antonio José. (2009). Acoso Moral y comunicación interna en la empresa (El caso del Bossing, o acoso a cargo del Jefe o de sus representantes o directivos). Tesis Doctoral en Periodismo. España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias de la Información.

Muchinsky, 2007; Spector, 2002. Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología organizacional. Cengage Learning Editores, 2007

Palomares Ruiz Aline Irma. (2009). Validación de la Escala Mexicana de Acoso en el Trabajo: Un estudio en Policías Federales. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Pando, M. Aranda, C., Preciado, L., Franco, S. y Salazar, J.G. (2006) Validez y confiabilidad del inventario de Violencia y Acoso psicologico en el trabajo (IVAPT-PANDO). Enseñanza e investigación en psicología, vol. 11 no.2 pp 319-332.

Piña, J.A. (2005). Psicología de la Salud en México en el período de 2000-2004: Análisis, Investigación y Difusión. Psicología y Salud, Julio-diciembre, volumen 15, número 002, pp. 157-168.

Prevención, Trabajo y salud. No. 15 2001. Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/FichasNotasPracticas/Ficheros/fp_rev_15.pdf

Prieto Orzanco A. Hostigamiento laboral (Mobbing) y sus consecuencias para la salud. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 2005; 35: 213-214. ISSN 0212-6567.

Uribe, J.F. (2011). Violencia y Acoso en el trabajo Mobbing. Manual Moderno, Primera edición. México D.F. ISBN: 978-607-448-071-9.

Villalobos G. Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. Ciencia & Trabajo 2004; 14: 197-201.

ANEXOS

**CUESTIONARIO EMAT
INSTRUCCIONES**

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de sentir, percibir o apreciar determinadas situaciones en la empresa u organización donde labora; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos será de gran utilidad.

Para contestar utilice las **hojas de respuestas** (anexas) marcando con una "X" el cuadro correspondiente que describa mejor su forma de sentir, percibir o apreciar.

Se le presentarán **dos tipos de respuesta** para cada enunciado: El **primer tipo** con **seis posibles opciones (Nunca, Casi nunca, Una vez al mes, Una vez a la semana, Casi diario, Diario)** pudiendo elegir cualquiera de estas opciones. Así mismo para el **segundo tipo** de respuesta se podrá elegir cualquiera de sus **seis posibilidades (Un mes o menos de uno, dos meses, tres meses, cuatro meses, cinco meses, seis o más meses)** la cual indicará la duración de cada situación.

Ejemplo: Considero que es importante hacer ejercicio

RESPUESTA 1 (Frecuencia):

No.	¿Con qué frecuencia?						¿Por cuántos meses?					
	Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario	Uno o menos de uno	2	3	4	5	6 o más meses
1				X								

RESPUESTA 2 (Duración):

No.	¿Con qué frecuencia?						¿Por cuántos meses?					
	Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario	Uno o menos de uno	2	3	4	5	6 o más meses
1								X				

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus respuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos

POR FAVOR NO ESCRIBA EN ESTAS HOJAS
¡GRACIAS!

CUESTIONARIO EMAT

1	Me zarandean, empujan o agreden físicamente para intimidarme por razones laborales
2	Han agredido a algún amigo, familiar o colaborador cercano para intimidarme por motivos laborales
3	Me han ocasionado daños en mi domicilio por rencillas de trabajo
4	Recibo ataques físicos como advertencia por problemas de trabajo
5	Me atacan físicamente por venganzas de trabajo
6	Recibe daños en sus pertenencias o en su vehículo por problemas de trabajo
7	Cuando estoy con mi jefe y/o compañeros, estos suelen tener conversaciones con contenido sexual alusivos a mi persona, lo cual me incomoda
8	Algunos compañeros de trabajo suelen mirarme morbosamente (con intenciones sexuales) para molestarme y hacerme sentir mal
9	Mi jefe y/o compañeros suelen presionarme con intenciones sexuales para salir a comer o a tomar algo
10	Bromas, comentarios, chistes de naturaleza sexual molestos hacia mi persona son realizados por mis jefes o compañeros de trabajo después de haber solicitado una mejora laboral
11	Me han presionado con sanciones laborales si no acepto propuestas sexuales
12	Mi jefe y/o compañeros de trabajo han llegado a hacerme propuestas indecorosas a cambio de una mejora o permanencia laboral
13	Estando en mi espacio laboral recibo acercamientos físicos sexualmente indeseados e incómodos por parte de algún miembro de la organización
14	He tenido que soportar peticiones de favores sexuales por parte de compañeros de trabajo que abusan de su jerarquía institucional
15	Mi jefe y/o compañeros de trabajo me prometen ocultar mis errores a cambio de algún tipo de contacto sexual
16	Mi jefe y/o compañeros de trabajo suelen hacerme llamadas telefónicas con propuestas sexuales, las cuales me molestan y rechazo
17	Me amenazan con usar instrumentos disciplinarios (rescisión de contrato, manchar mi expediente, sanciones económicas, traslados, etc.)
18	Me han querido asustar con la sanción de evaluar mal mi desempeño, a pesar de que mi trabajo es el adecuado
19	He sufrido amenazas de perder el empleo
20	Mi jefe hace comentarios intimidatorios respecto a mi permanencia en la empresa
21	Si me rehúso a realizar actividades extra, recibo amenazas por parte de mi jefe
22	Me chantajea con cambiarme de puesto cuando mi jefe considera que no le gusta mi trabajo
23	Me amenazan con reducirme mi tiempo de descanso

24	Me han amenazado con reportarme o inhabilitarme para otros trabajos
25	En el trabajo me calumnian y se murmura a mis espaldas
26	En mi lugar de trabajo he descubierto que inventan "chismes" de mí
27	Percibo que mis compañeros se burlan de mi manera de pensar
28	Hacen circular rumores falsos o infundados sobre mi persona
29	Recibo insultos o comentarios obscenos o degradantes por parte de mis compañeros de trabajo
30	Mis compañeros de trabajo me ignoran, me excluyen o fingen no verme
31	En mi trabajo siento "como si estuviera pintado", ya que mis compañeros y/o jefes no me toman en cuenta
32	Las personas que me apoyan reciben amenazas o presiones para que se aparten de mí
33	En general, se me ignora y se me trata como si fuera invisible
34	En el trabajo prohíben a mis compañeros o colegas hablar conmigo
35	Me asignan lugares de trabajo que me mantienen aislado del resto de mis compañeros
36	Cuando mis familiares o amigos llegan a comunicarse telefónicamente conmigo al trabajo, se les niega la posibilidad de hablar conmigo sin razón aparente
37	Cuando llego a retrasarme en la entrega de trabajo, mi jefe me lo reprocha exageradamente haciéndome sentir mal
38	En mi trabajo me culpan de cualquier error
39	Mi jefe acostumbra insinuar que soy mal trabajador, lo que me genera culpa aunque no sea cierto
40	Si tengo la oportunidad de salir de mi trabajo de acuerdo al horario establecido, mis superiores se encargan de hacerme sentir incómodo para que salga más tarde
41	En el trabajo me acusan injustificadamente de incumplimientos, errores, fallas, omisiones y confusiones que no dependen totalmente de mí
42	Si llego tarde a mi trabajo, mi jefe me lo reprocha hasta que logra hacerme sentir mal
43	Mis compañeros me hacen responsable de sus errores haciéndome sentir culpable
44	Mi jefe me solicita trabajo con información poco clara
45	Mis jefes no atienden las peticiones que hago
46	Mis jefes y/o compañeros de trabajo me privan de información necesaria para hacer mi trabajo
47	Observo que al participar en reuniones de trabajo mis opiniones son ignoradas
48	Han inventado errores en mi trabajo, mismos que yo no he cometido y que han sido causa para que sea solicitada mi renuncia
49	He observado que mi jefe y mis compañeros se ponen de acuerdo para sabotear mi trabajo
50	Cuando hay juntas importantes se me informa de ellas en el último momento para que parezca improvisado
51	Manipulan mis herramientas de trabajo (por ejemplo, borran archivos de la computadora, me esconden o descomponen objetos de trabajo)

52	Me impiden intencionalmente el acceso a cursos, pláticas, juntas importantes para mi trabajo, etc.
53	Algunas personas distorsionan malintencionadamente lo que digo o hago para hacerme quedar mal en el trabajo
54	Mi jefe abusa del cargo que tiene para satisfacer sus intereses "parándose el cuello" con mi trabajo sin reconocérmelo
55	Mi jefe me exige más allá de los buenos resultados para que él sobresalga de entre sus colegas
56	Modifican mis responsabilidades o funciones a realizar sin previo aviso
57	En mi trabajo tengo que atenerme arbitrariamente a lo que disponga mi jefe según su estado de ánimo
58	En la organización donde laboro, mi jefe me impone su voluntad e intereses
59	Mi jefe me castiga recortando mis tiempos de descanso
60	Me reducen mi hora de alimentos como castigo
61	He tenido que trabajar los fines de semana como forma de castigo
62	En mi trabajo he sido castigado por no colaborar hasta altas horas de la noche
63	Donde laboro, si cometo un error soy castigado
64	Mi jefe me castiga prohibiéndome usar el teléfono para hacer llamadas personales
65	En mi trabajo me castigan poniéndome a hacer tareas absurdas
66	Mi jefe me ha obligado a pedirle perdón de manera humillante por errores de trabajo
67	Mi jefe me grita frente a todos mis compañeros para ponerme en ridículo
68	Mi jefe ha utilizado mis errores para exhibirme en público frente a mis compañeros
69	Mis compañeros de trabajo me han humillado públicamente
70	Mi jefe acostumbra aventarme documentos en el escritorio
71	Mi trabajo es evaluado de forma negativa y lo comparan con el de mis compañeros
72	A pesar de cualquier tipo de esfuerzo mis jefes y/o compañeros de oficina critican mi trabajo
73	En algunas ocasiones mi jefe me encarga trabajos especiales o urgentes, pero estos son ignorados después y tirados a la basura
74	Minimizan mi desempeño laboral, ya que argumentan que no cuento con las capacidades o habilidades necesarias para realizar las actividades que se me encomiendan
75	Me obligan a hacer cosas de trabajo para las que saben que no estoy preparado y así hacerme quedar mal
76	Mis compañeros de trabajo suelen comentar que mi trabajo es poco profesional aunque no sea cierto
77	En mi trabajo me hacen sentir que no cuento con las capacidades y habilidades necesarias para realizar las tareas encomendadas
78	Mi jefe y/o compañeros de trabajo me tratan mal por mi orientación sexual
79	En mi trabajo me hacen sentir diferente por mi origen cultural

80	Mis compañeros de trabajo hacen diferencias de trato por mi apariencia física
81	En el trabajo atacan o se burlan de mis preferencias políticas o religiosas
82	En mi lugar de trabajo no se respeta mi estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, madre soltera, etc.)
83	Se me trata diferente entre mis compañeros de trabajo por mi sexo
84	En mi trabajo me critican por mi forma de vestir
85	Me obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos
86	Se esperan a la hora de salida para solicitarme trabajo de último momento
87	Me asignan plazos irracionales para entregar proyectos de trabajo
88	Me saturan con una carga de trabajo exagerada en forma malintencionada
89	Me siento en un clima de trabajo inestable
90	En mi trabajo existe un trato déspota entre compañeros
91	En la organización en la que me encuentro se acosa laboralmente
92	En la empresa en donde trabajo se percibe un clima de trabajo hostil y tenso
93	Mis compañeros de trabajo me hacen la vida imposible
94	El ambiente de trabajo es tan desagradable que no tengo ánimo para relacionarme con otras personas
95	Donde trabajo exageran al controlarme entradas, salidas y movimientos dentro de la empresa
96	Controlan de manera muy estricta y exageradas mis horarios de trabajo, horas de comida y movimientos dentro de la empresa
97	Se me controla excesivamente el uso de material, equipo y herramientas de trabajo
98	¿Qué edad tiene?
99	Sexo
100	Estado Civil
101	¿Qué escolaridad tiene?
102	¿Qué ocupación tiene?
103	En su trabajo, ¿qué tipo de puesto ocupa?
104	¿Cuántas horas trabaja al día?
105	¿Cuánto tiempo de antigüedad tiene en la empresa en la que labora actualmente?
106	¿Cuál es el ingreso mensual aproximado que recibe, sin considerar impuestos, descuentos, etc.?
107	¿En qué tipo de organización labora?
108	¿Qué tipo de contrato tiene?
109	¿Tiene personas a su cargo?
110	¿Cuántas?

111	¿Con qué frecuencia fuma?
112	¿Cuántos cigarros fuma?
113	¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?
114	¿Padece dolores de cabeza? (cefalea tensional, migraña, etc.)
115	¿Padece dolores musculares? (cuello, espalda, extremidades, etc.)
116	¿Padece problemas gastrointestinales? (diarreas, gastritis, colitis, úlceras, etc.)
117	¿Padece trastornos del sueño?
118	¿Padece ansiedad?
119	¿Padece tristeza, llanto, melancolía, depresión?
120	¿Padece disminución del apetito o satisfacción sexual?
121	¿Padece trastornos alimenticios? (falta o exceso de apetito, vómito, náuseas)
122	¿Padece miedos, temores, fobias, etc. hacia situaciones u objetos?
123	¿Actúa y responde con agresividad incontrolable?

Marque con una "X" el cuadro correspondiente según sea el caso

No.	¿Con qué frecuencia?							¿Por cuántos meses?					
	Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario		Uno o menos de uno	2	3	4	5	6 o más meses
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													

HOJA DE RESPUESTAS
EMAT

Marque con una "X" el cuadro correspondiente según sea el caso

No.	¿Con qué frecuencia?							¿Por cuántos meses?					
	Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario		Uno o menos de uno	2	3	4	5	6 o más meses
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													
67													
68													
69													
70													
71													
72													
73													
74													
75													
76													
77													
78													
79													
80													

**HOJA DE RESPUESTAS
EMAT**

Marque con una "X" el cuadro correspondiente según sea el caso

No.	¿Con qué frecuencia?							¿Por cuántos meses?					
	Nunca	Casi nunca	Una vez al mes	Una vez a la semana	Casi diario	Diario		Uno o menos de uno	2	3	4	5	6 o más meses
81													
82													
83													
84													
85													
86													
87													
88													
89													
90													
91													
92													
93													
94													
95													
96													
97													
98	años												
99	Masculino					Femenino							
100	Soltero(a)		Casado(a)		Divorciado(a)		Viudo(a)		Separado(a)		Unión libre		
101	Escolaridad												
102	Ocupación												
103	Administrativo		Estancia		Residente 1		Residente 2		Académico		Otro		
104	Horas de trabajo												
105	Antigüedad (años)												
106	\$ mensual												
108	Base		Confianza		Beca								
109	Si					No							
110	No. de personas												
111	Nunca		Una vez al año		Mensual		Semanal		Diario				
112	No. de cigarros												
113													
114													
115													
116													
117													
118													
119													
120													
121													
122													
123													

Anexo 2.

Formato de Consentimiento Informado

Lerma, Estado de México a _____ de _____ del año 20__

Yo _____ de manera libre y voluntaria, DOY MI CONSENTIMIENTO, para ingresar al estudio titulado **“ACOSO LABORAL EN PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DE UNA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS DURANTE EL AÑO 2011”**; se me ha informado el propósito del estudio, en el entendido que este se realiza únicamente con fines académicos y de investigación y se ha manifestado en qué consistirá mi participación en el mismo. Para realizar esta investigación, se aplicará la encuesta EMAT Uribe-Prado, 2011.

El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que surja durante la investigación; además, me ha dado la seguridad de que la realización de este estudio no pondrá en riesgo mi integridad, así como también, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del mismo y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial y anónima.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Nombre del Investigador: MC. Mónica Rodríguez Flores