

Encuesta de Calidad de Vida

Dirigida a trabajadores y trabajadoras de la Universidad de la República



2011



SCBU
bienestar
universitario



Informe sobre los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida de los Trabajadores de la Universidad de la República

1) Antecedentes

a) Programa de Salud Mental de la UdelaR

En los últimos años, la UdelaR ha impulsado un proyecto de transformación de la institución en relación a los aspectos estructurales, académicos y de gestión, y al impulso y apoyo a proyectos que tiendan a generar respuestas vinculadas a un desarrollo de políticas sociales en la misma.

A partir de los aportes de los sucesivos foros organizados por la Comisión Central del PCET – MALUR (Procesos y Condiciones de Estudio y Trabajo – Medio Ambiente Laboral en la Universidad de la República) desde el año 2008, se identifica a la salud mental como una problemática muy sensible en la comunidad universitaria.

En este contexto, en el año 2010 se aprueba y comienza a ejecutarse el Programa de Salud Mental de la Universidad de la República en la órbita del Servicio Central de Bienestar Universitario de la UdelaR.

El Programa de Salud Mental surgió en base a una serie de aportes, a saber:

- El Proyecto “Conformación de una Unidad de salud mental en la D.U.S en el marco de referencia de la Reforma Universitaria” elaborado por la División Universitaria de la Salud (DUS)
- El Proyecto: “Promoción de la Salud Mental en la Universidad de la República” desarrollado por la Asociación de Funcionarios de la Universidad de la República (AFFUR)
- Los aportes realizados por el Grupo de Trabajo designado por el CDC para el Redimensionamiento de las Políticas de Bienestar de la Universidad con representación del orden estudiantil (FEUU), el orden docente (ADUR), el gremio de Funcionarios no docentes (AFFUR) y el Servicio de Bienestar Universitario (SCBU).

El Programa de Salud Mental tiene como objetivo general *“desarrollar un enfoque de promoción y prevención de salud integral que promueva cambios en las concepciones y en las prácticas de salud mental, fomentando actividades destinadas a actuar sobre los determinantes de salud, con el objetivo de generar ambientes y sujetos productores de salud, críticos y transformadores”*.

A partir de la ejecución del programa se conformó la Comisión Permanente integrada por representantes de la DUS, del SCBU, de las Facultades de Enfermería, Medicina y Psicología, y de los gremios universitarios ADUR, AFFUR y FEUU.

A los efectos de facilitar el logro de los objetivos, la Comisión Permanente se conformó en base a tres equipos de trabajo: la Comisión de Difusión, Promoción y Educación, la Comisión de Convenios Asistenciales y la Comisión de Investigación y Evaluación (CIE) del Programa.

Esta última definió como su objetivo de trabajo desarrollar una línea de investigación que permitiese proveer de insumos a la Comisión Permanente y a las otras comisiones a partir de la identificación de problemas psicológicos, sociales, laborales, ambientales y médicos relacionados con la calidad de vida de los trabajadores de modo de lograr una mejor definición de las líneas de trabajo a ejecutar en el marco del programa. Se decidió que en una segunda etapa, se procedería a estudiar las variables que influyen en la calidad de vida de la población estudiantil. A su vez, esta comisión tendrá también la misión de evaluar las intervenciones que se desarrollen como parte del programa para medir sus resultados.

La *Encuesta de Calidad de Vida de los Trabajadores de la Universidad de la República* fue el primer paso dentro de esta línea de investigación diseñado y desarrollado con el fin de medir la calidad de vida y la percepción general de salud de los funcionarios docentes y del sector técnico/administrativo/servicios (TAS).

Se ha procurado que el programa, que se desarrolla en el marco organizacional de la Universidad de la República, conjugue el trabajo de los técnicos con los integrantes de la organización (individuos y grupos) en mutua cooperación.

La población universitaria destinataria de las acciones del Programa está constituida por dos sectores, la población de estudiantes y los trabajadores docentes y no docentes.

b) Antecedentes de investigaciones en la UdelaR y nacionales

La UdelaR cuenta con una base de datos de alta calidad que incluye a todos sus funcionarios recogida a partir del Censo del año 2009. Estos datos constituyeron una fuente invaluable para la planificación y ejecución de un estudio específico sobre condiciones de vida, calidad de vida y salud mental como el que se propuso.

En la revisión realizada por el grupo de trabajo, no se encontraron antecedentes documentados en lo referente a investigación en temas de salud mental y calidad de vida en trabajadores ni estudiantes de la UdelaR.

Como una referencia a tener en cuenta, señalamos un estudio publicado con relación a un problema específico relacionado con la salud mental en estudiantes^[1].

En contactos personales y con grupos de trabajo se detectó que existían varios estudios no publicados sobre la temática del desgaste por estrés laboral (síndrome de burn-out). En forma aislada se habían instrumentado

intervenciones pertinentes en lo preventivo y asistencial. Sin embargo, no se cuenta con una protocolización de dichas intervenciones preventivas en salud mental o dirigidas al abordaje terapéutico del síndrome de burn-out. Tampoco se encontró documentación que informara sobre la efectividad de esas acciones.

El proyecto de la Comisión de Investigación y Evaluación se propuso recabar información y conformar una base de datos fiable, acerca de la población a estudiar que permita posteriormente un análisis más profundo y proyección de acciones concretas, constituyéndose en el primer estudio de investigación registrado en la Universidad en referencia al tema que nos ocupa.

No se encontraron antecedentes de publicaciones nacionales que incluyeran evaluaciones de calidad de vida y salud mental en grupos amplios de trabajadores.

c) Antecedentes internacionales

En una búsqueda bibliográfica en PubMed con las palabras clave “quality of life” “and” “workers” se encontraron 147 referencias desde el año 1978, de las cuales solo 39 se referían a aspectos psicosociales en el trabajo, aspectos de salud mental y/o calidad de vida.

Estos estudios abarcan distintos grupos profesionales y tareas, desde empleados bancarios, trabajadores rurales, trabajadores de hoteles, trabajadores sexuales y otras poblaciones de riesgo, pero ninguno está referido a trabajadores universitarios. La escasez de investigaciones con respecto a esta problemática fue señalada en una publicación reciente por investigadores brasileños, lo que remarca la necesidad de continuar desarrollando este tipo de estudios en nuestro país²

2) FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA

a) Importancia del diagnóstico inicial

El Programa se plantea diferentes estrategias de abordaje de los temas centrales de promoción y prevención en salud mental.

En la elaboración de la metodología de trabajo, se consideró sustancial la realización de un diagnóstico inicial de la realidad de la población universitaria en lo referente al estado de su calidad de vida en general y de la salud mental en particular.

Para llevar adelante este diagnóstico inicial se planteó tomar en consideración las evaluaciones de calidad de vida realizadas por los propios trabajadores, la identificación de indicadores de bienestar en relación a la salud mental y de aquellos factores determinantes de los estados de salud que pudieran modificables mediante intervenciones de promoción, prevención y asistencia en los diferentes grupos poblacionales.

Esto haría posible vislumbrar con claridad la realidad de la que se parte en relación a la población universitaria y asegurar una coherencia en las estrategias a ser adoptadas por el Programa.

El conocimiento empírico respecto a la prevalencia y los factores epidemiológicos y laborales asociados a la calidad de vida y específicamente en la esfera de la salud mental posibilita identificar los factores de riesgo que se encuentran en la población de trabajadores y trabajadoras de la UdelaR.

Es así que el confrontar la percepción que tienen los trabajadores y trabajadoras de la UdelaR de aspectos de su salud física, psicológica e interrelaciones sociales en el ámbito laboral, con las expectativas que tienen en relación a ellas permitirá una gama de intervenciones que requiere no solo de la interdisciplinariedad, sino de la estrecha relación interservicios universitarios para implementarlos.

En otra dimensión el trabajo permitirá en un futuro abarcar la población estudiantil de la UdelaR con el fin de complementar la percepción de la calidad de vida en la institución vivida desde otro rol.

En la línea académica los resultados obtenidos en esta primera instancia posibilitará una lectura desde cada disciplina para seguir profundizando en investigaciones futuras que hacen a las áreas de competencia.

b) Marco teórico

i) *Conceptualización de Salud Mental*

Antes de abocarse específicamente a la Salud Mental es necesario partir de la noción de Salud. Se trata de un concepto complejo que se construye socialmente. Contandriopoulos³ considera la tensión continua que existe en el hombre entre la adaptación a la vida y al medio ambiente, entre la búsqueda de la felicidad y la enfermedad. Dice:

“La Salud, verdad de la vida, aparece como una cualidad fundamental del ser humano que se expresa en cada una de las cuatro dimensiones (biológica, social, psíquica, racionalidad) que definen al ser humano. Los conocimientos a movilizar para entender en su complejidad el concepto salud enfermedad deben provenir de un diálogo a organizar entre las ciencias de la vida, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento. El avance del conocimiento en estos campos descansa sobre la movilización de los métodos científicos más pertinentes en cada uno de los grandes campos disciplinarios (especialización metodológica disciplinaria) y al mismo tiempo sobre la integración de los resultados especializados en un esquema interpretativo interdisciplinario que todavía queda por construir. Entre más afinemos los conocimientos

sobre la salud y lo que la afecta, será más factible proponer políticas de salud eficaces y legítimas". (p86)

En 1963 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la definición y el uso del concepto de *Salud Mental*, con la finalidad de pasar de un enfoque médico psiquiátrico que priorizaba la enfermedad a uno centrado en la salud o el bienestar. Es decir, que va a prevalecer la calidad de vida tanto en lo personal, como en lo social y comunitario.

La definición de la OMS dice: *"un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad."*⁴

Se manejan diversidad de definiciones de Salud Mental, dentro de las que destacamos:

*Es la capacidad del individuo para relacionarse con su entorno de una manera constructiva, flexible, productiva y adaptativa y si las percepciones de sí mismo y del entorno son promotoras de equilibrio cognitivo-afectivo, de relaciones interpersonales duraderas, abiertas, sanas y estables, y de patrones de comportamiento funcionales*⁵.

Salud Mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común. Mental Health for Canadians (1988)

La salud mental, considerada como un derecho humano se relaciona con las condiciones de vida, las posibilidades de desarrollo de los sujetos en lo afectivo, emocional, intelectual y laboral y de integración al medio ambiente social-cultural. Y en tal sentido, cuando el malestar aparece se expresa en los diversos espacios institucionales y comunitarios de los sujetos, como la familia, la escuela y el trabajo.

La Salud Mental como salud integral y calidad de vida, es un concepto complejo en la medida que se articulan los procesos de salud-enfermedad-atención, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas. Además debe ser abordado el estudio como las acciones en forma interdisciplinaria y más aún, interprofesional, interinstitucional, es decir comunitaria. De Risso⁶ (2009) considera que:

"El sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos sociohistórico y culturales definidos y no solo un problema biológico, de ahí el cuestionamiento a los sistemas clasificatorios y a los enfoques con que se analizan los eventos del sufrimiento y la enfermedad mental como de naturaleza individual y ahistórica que

pueden objetivarse, cristalizarse en sistemas clasificatorios incuestionables.

Hoy se ha avanzado en la comprensión sobre las heterogéneas significaciones con que las personas y las comunidades perciben sus problemas de salud mental. Estas significaciones, estas representaciones de lo sano a lo patológico en el plano de lo mental puede estar explícito o implícito y tiene un enorme peso normativo, forman parte de un sistema de representaciones sociales. Coexisten y se confrontan distintas concepciones de lo sano y de lo enfermo, algunas hegemónicas, dominantes de interpretar la subjetividad, las conductas de los sujetos, de la pertinencia o no de los comportamientos, los pensamientos, teniendo una enorme eficacia en la constitución de la subjetividad” (p.8)

Custo⁷ sostiene que el ejercicio de la ciudadanía (pertenencia, participación y derechos) favorece la construcción de la salud mental, en la medida que:

“La Salud Mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva”.⁹ Desde esta definición: “Es posible que el ejercicio de la ciudadanía, en sus dimensiones de pertenencia, participación y derechos, favorezcan la construcción de la salud mental.”(pp21-22)

Los cambios culturales, ideológicos e históricos han influenciado en la concepción de Salud Mental. Los hombres en cada momento histórico perciben el bienestar o el sufrimiento de distintas formas.

Carballeda⁸ señala que es un campo atravesado por lo social, lo médico y lo jurídico. Ubica la concepción actual de la salud mental en el origen de la modernidad⁹, donde la sociedad europea crea un nuevo sistema de estratificación, elevando la burguesía con sus sistemas normativos y clasificatorios de lo “normal”.

La terapéutica que estaba sustentada en valores morales burgueses, con una idea de familia, de relaciones padres e hijos y una clara delimitación de lo normal, va a estar signada por el orden, la autoridad y el castigo. Con la modernidad, El poder clasificatorio fue transferido a los médicos, la verdad médica se transforma en práctica o intervención. Es así que en la medicalización de la salud mental el encierro – castigo del enfermo empieza a vincularse con lo terapéutico. Se destaca la presencia de los tres ejes

mencionados anteriormente que atraviesan la salud: lo médico que busca explicaciones a la enfermedad desde lo biológico, lo social dejando de ocupar un lugar central lo moral para incluir la influencia del medio, y lo jurídico con la aparición de un personaje mediador entre el Estado y el paciente: el curador. Distintos movimientos en Europa y EEUU que se reflejaron en el Río de la Plata, han generado nuevas formas de entender la salud/enfermedad y las prácticas o intervenciones.

Galende¹⁰ destaca que los desarrollos sobre la Salud Mental han permitido resituarse:

“los problemas de las enfermedades mentales más próximos a las formas de vida, de carácter más preventivo que asistencial, y atender a las fragilidades subjetivas por las que hacen su aparición las enfermedades. Se ha podido comprender así, y ya ha logrado consenso entre los técnicos de Salud Mental, que son formas de vida social, es decir, son relaciones humanas concretas que genera la sociedad industrializada actual, responsable de poblaciones en mayor riesgo de fracasar en la vida o enfermar” (p12)

Considera la existencia un doble compromiso. En primera instancia, reconocer la existencia de la enfermedad mental y las formas en que la sociedad actual ha potenciado las fragilidades subjetivas, y en segundo lugar, aportar desde el colectivo a las soluciones o intervenciones que permitan el tratamiento de los problemas de los que enferman.

El panorama actual de Salud Mental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del trastorno mental con sus múltiples formas de tratamiento y modelos asistenciales que dejan interrogantes para debate y la búsqueda de nuevas respuestas.

En el año 2006 en Brasilia, La Organización Panamericana de la Salud – OPS- recoge los nuevos desafíos para la organización, entre ellos se destacaban los siguientes:

- La Vulnerabilidad Psicosocial, incluida la problemática de grupos específicos como las poblaciones indígenas y grupos en condiciones de pobreza extrema, y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis.
- El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia.
- El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de drogas y alcohol
- El fenómeno de la violencia, que, con su creciente aumento, exige una respuesta de los servicios de salud mental, en particular con referencia a la atención de las víctimas.

A partir de recoger desafíos es necesario pensar en los modos de intervención y las acciones que deben implementarse para buscar soluciones a los problemas planteados. Como se ha señalado, la concepción de Salud Mental,

supone la integración de diferentes modelos, con énfasis en la promoción, prevención y modelos comunitarios de asistencia.

Barrón y Sánchez¹¹ señalan la asociación positiva entre el apoyo social y la salud mental. Los sistemas de apoyo social con creación de grupos de apoyo y autoayuda son efectivos como estrategia grupal de intervención pero debe ir más allá con la creación de programas de diferentes niveles.

Si nuestra investigación señala que el deterioro psicológico es un fenómeno en el cual operan múltiples determinantes, algunos de los cuales son ambientales, colectivos y sociales, entonces es imprescindible crear programas de intervención basados en la comunidad, programas que traten de optimizar el acceso a los recursos necesarios para combatir las consecuencias negativas de las condiciones de vida. Pero además es necesario abogar por programas que incrementen dichos recursos, aún a riesgo de hacer referencia así a procesos de intervención y cambio social. Programas, en definitiva, que ayuden a generar los recursos materiales y a mejorar las condiciones de vida que, en última instancia, son responsables del deterioro. (p.22)

ii) Conceptualización de calidad de vida

La salud mental es un componente de la calidad de vida. Patrick y Erickson definieron este constructo como:

*“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al **valor asignado** a la duración de la vida cuando ésta se altera por las discapacidades, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son determinadas por enfermedades, lesiones, tratamientos o políticas”¹²*

El Grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud considera que la calidad de vida¹³:

*Es la **percepción** de un individuo de **su posición en la cultura y sistema de valores** en que vive en relación con sus **objetivos, expectativas, valores y preocupaciones**. Este concepto está influido por la salud física del sujeto, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, y la relación con los elementos esenciales de su entorno.*

En esta definición se destaca el carácter subjetivo de las evaluaciones de calidad de vida las que parten necesariamente de la percepción del individuo y de qué manera contrasta esta situación en la realidad con respecto a sus expectativas.

Dicho de otra manera, citando a Calman¹⁴, la calidad de vida mide la brecha entre las expectativas del sujeto respecto a su bienestar y la satisfacción de estas expectativas en la realidad.

Otro aspecto relevante de la definición es el carácter multidimensional del constructo calidad de vida, el que se ve influido por variables físicas, emocionales, sociales, y del medio ambiente.

c) Definición de otros constructos relevantes.

i) Violencia en el ámbito laboral

Para explorar los temas de violencia y otros problemas psicosociales relacionados con el trabajo se tomó el marco conceptual propuesto en las Guías de la OIT/OMS para el abordaje del problema de violencia laboral en salud¹⁵.

De acuerdo con estas guías debe tenerse en cuenta que el modo de entender el problema y la terminología específicos pueden variar de un país a otro y de una situación a otra. Por ello, es importante que las definiciones y términos que se utilicen se adapten para que su importancia quede clara para cuantos vayan a utilizar las directrices y sea aceptada por ellos.

La guía plantea una conceptualización general y definiciones amplias de violencia física y psicológica (Cuadro 1) y luego proporciona definiciones para situaciones especiales generadoras o vinculadas al concepto general de violencia (Cuadro 2).

En la encuesta se incluyó una pregunta general sobre violencia:

- ¿Ha sufrido situaciones de violencia en su ámbito laboral?

Se abordaron dos situaciones específicas de violencia como el ser discriminado y el sufrir acoso sexual mediante dos preguntas:

- ¿Se ha sentido discriminada(o) en su trabajo?

En caso de responder sí por favor díganos que tipo de discriminación ha sufrido (marque todas las que corresponda):

- por ascendencia étnica
- por género
- por orientación sexual
- por discapacidad física
- por discapacidad mental
- por edad
- por su situación social o económica

- ¿Ha sufrido situaciones de acoso sexual en su ámbito laboral?

No se proporcionó ninguna explicación a las personas acerca de la interpretación de estas preguntas.

Cuadro 1.

Definición general de la violencia laboral – Guías OIT/OMS

La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él – que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud. (Definición adaptada de la Comisión Europea).

Violencia física

Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos. (Adaptado de la definición de violencia, de la OMS)

Violencia psicológica

Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas. (Adaptado de la definición de violencia, de la OMS)

Cuadro 2.

Términos utilizados frecuentemente

En la lista siguiente se presentan algunos de los términos más frecuentemente utilizados en relación con la violencia:

- *Agresión/ataque*
Comportamiento intencionado que daña físicamente a otra persona. Se incluye la agresión sexual.
- *Abuso*
Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona. (Asociación de enfermeras especialistas de Alberta)
- *Intimidación/atropello*
Comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o minar a un empleado o grupo de empleados. (Adaptado de Violencia en el trabajo - OIT)
- *Acoso*
Conducta no correspondida ni deseada que se basa en la edad, discapacidad, condición de seropositivo, circunstancias familiares, sexo, orientación sexual, género, raza, color, idioma, religión, creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, origen nacional o social, asociación con una minoría, propiedad, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de los hombres y mujeres en el trabajo. (Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido)
- *Acoso sexual*
Conducta no correspondida ni deseada, de carácter sexual, que resulta ofensiva para la otra persona y es causa de que esta persona se sienta amenazada, humillada, o avergonzada. (Organización de enfermeras de Irlanda)
- *Acoso racial*
Toda conducta amenazadora, no correspondida ni deseada, que se basa en la raza, color, idioma, origen nacional, religión, asociación con una minoría, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de las mujeres y de los hombres en el trabajo. (Adaptado de la Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido)
- *Amenaza*
Promesa de recurso a la fuerza física o al poder (es decir, la fuerza psicológica), que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas en las personas o grupos a los que se dirige.

3) Objetivos

a) Objetivos generales

- i) Evaluar la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de la UdelaR
- ii) Identificar aquellos factores determinantes o relacionados con la calidad de vida que puedan ser modificables mediante intervenciones

- de promoción y prevención en salud, socioeducativas, sociosanitarias o de salud ocupacional
- iii) Identificar factores de riesgo y protección para la salud mental

a) Objetivos específicos

i) *Evaluar las distintas dimensiones que conformar la calidad de vida global de trabajadores y trabajadoras de la UdelaR a saber:*

- (1) Bienestar físico y capacidad funcional
- (2) Bienestar emocional
- (3) Bienestar social y familiar
- (4) Satisfacción con las condiciones generales de vida

ii) *Identificar aquellos problemas específicos de salud mental que impactan en la calidad de vida*

- (1) Ansiedad
- (2) Depresión

iii) *Estudiar factores socio-familiares relacionados con la calidad de vida*

- (1) Evaluación de función familiar y soporte
- (2) Problemas de violencia en las relaciones personales
- (3) Problemas de salud en la familia:
 - (a) Enfermedad mental en familiar
 - (b) Suicidio en familiares
 - (c) Cuidado de familiar con discapacidad

iv) *Identificación de factores laborales e institucionales que impactan en la calidad de vida laboral*

- (1) Ambiente laboral y satisfacción con la tarea
- (2) Estrés laboral
- (3) Condiciones de trabajo
 - (a) Percepción de la valoración en la institución en la cual trabaja
 - (b) Valoración de la remuneración
 - (c) Percepción del impacto del trabajo en la salud mental.
- (4) Problemas de violencia en la institución
- (5) Problemas de discriminación en la institución
 - (a) Por situación económica, social o cultural
 - (b) Étnica
 - (c) De género
 - (d) De orientación sexual
 - (e) Por discapacidad física
 - (f) Por discapacidad mental
 - (g) Por edad
- (6) Acoso sexual en el ámbito laboral
- (7) Acoso laboral

v) Identificación de factores médicos determinantes de la calidad de vida

- (1) Percepción general de la salud
- (2) Problemas específicos de salud mental
- (3) Historia familiar de problemas de salud mental
- (4) Adicciones
- (5) Ideas e intentos de autoeliminación
- (6) Enfermedades crónicas
- (7) otros problemas de salud y factores de riesgo
 - (a) índice de masa corporal
 - (b) imagen corporal
 - (c) ejercicio

vi) Factores sociodemográficos

- (1) Características sociodemográficas y culturales
 - (a) Sexo
 - (b) Edad
 - (c) Religiosidad y prácticas religiosas
 - (d) Ascendencia étnica
 - (e) Mutualista o ASSE

4) Conformación del equipo de trabajo

Tomando en cuenta las características y complejidades del proyecto, el equipo investigador se conformó a partir de la inclusión de profesionales de las diferentes disciplinas y Servicios de la UdelaR, pertenecientes al área de la Salud (Area Social, Enfermería, Medicina, Psicología y Estadística).

El grupo quedó conformado por las siguientes personas:

En representación de la Comisión Permanente de Salud Mental:

- Dra. Claudia Antiga, DUS, en representación de la Comisión Permanente de Salud.
- Dr. Juan J. Dapuetto, Depto. de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, en representación de la Comisión Permanente de Salud Mental

El equipo de investigación se completa con los siguientes personas (por orden alfabético)

- Prof. Adj. Psic. Laura de Souza, Facultad de Psicología.
- Prof. Adj. Lic. Enf. Iris Dutra, Facultad de Enfermería.
- Lic. Soc. Nicolás Fiori. Facultad de Ciencia Sociales
- Lic. Est. Darío Padula. Facultad de Medicina

- Lic. Est. Raúl Ramírez. Facultad de Ciencias Económicas

El equipo informático estará formado por integrantes de las Divisiones Sistemas, Calidad, Soporte y Producción de SeCIU, coordinados por:

- Ings. Freddy Hernández

5) Método

a) Selección de la muestra

Generalidades

La encuesta, que se ha denominado “Encuesta de calidad de vida de los funcionarios de la Universidad de la República”, tiene como objetivo principal investigar, mediante técnicas de muestreo, la percepción de salud y calidad de vida de los funcionarios.

La muestra que se utilizó en este trabajo fue una muestra estratificada por funcionarios docentes y técnicos, administrativos y de servicio (T – A – S) de la Universidad de la República. Los funcionarios fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple sin reposición dentro de cada estrato.

Universo a investigar

El universo a investigar fue el conjunto de funcionarios docentes y T – A – S que figuraban en la planilla de sueldos al 31 de julio de 2011.

Dicha población estuvo conformada por 58,7% de docentes y 41,3% de funcionarios T – A – S, siendo 57,5 % del total de funcionarios de la universidad de sexo femenino.

Niveles de desagregación de los resultados

La muestra de funcionarios fue diseñada de forma de obtener estimaciones confiables solamente para el conjunto de funcionarios de la Universidad de la República.

Otras desagregaciones posibles de realizar son a nivel de funcionario docente y T – A – S , y también para cada sexo.

Diseño muestral propuesto

El diseño muestral que se propuso fue el muestreo estratificado. La determinación del tamaño de muestra en cada estrato (funcionario docente y funcionario T – A – S) se realizó a través de afijación proporcional.

La determinación del tamaño de la muestra se realiza a partir de una variable de tipo Bernoulli y el tamaño de la muestra se determina a los efectos de obtener una precisión inferior al 4% y una seguridad del 95 % en la estimación

de la proporción de funcionarios que poseen una buena calidad de vida o superior.

Afijación de la muestra

Se entiende por afijación de la muestra el problema de determinar el tamaño de la muestra en cada estrato del universo. La muestra se determina para obtener cierta precisión y seguridad en la estimación de la proporción de alguna característica de interés.

La afijación proporcional reparte la muestra entre los estratos de forma proporcional al tamaño de cada uno de ellos. Con este tipo de afijación se obtiene una muestra autoponderada.

Se consideró el tipo de funcionario y el sexo como variables claves para la estratificación debido a que estas variables influyen, de acuerdo a la literatura existente, en el porcentaje de funcionarios que poseen una buena calidad de vida o superior. La edad es otra variable importante a controlar.

El tamaño de la muestra se calcula a nivel general.

$N =$ Total de funcionarios = 14.378

$\pi =$ Proporción de funcionarios que poseen una buena calidad de vida o superior.

$n =$ tamaño de la muestra.

Cuando más heterogénea es la población, mayor tamaño muestral se necesita para conseguir los objetivos. El máximo se obtiene cuando $\pi = 0,5$. Por esta razón, cuando no se dispone de ninguna información sobre π se utiliza la posición más conservadora, la que proporciona mayor n , es decir, $\pi = 0,5$.

De acuerdo con el diseño muestral propuesto (estratificado con asignación proporcional) y para una precisión del 3% (inferior al 4%), se obtiene el tamaño de muestra:

$$n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,25}{0.03^2} \cong 1067$$

Dado que el muestreo aleatorio es sin reposición, se realiza la corrección para poblaciones finitas:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{1067}{1 + \frac{1067}{14.378}} \cong 993,35$$

Se redondeó el tamaño muestral a 994 funcionarios.

El tamaño muestral de cada estrato está en proporción al tamaño del estrato:

$$\frac{n_1}{N_1} = \frac{n_2}{N_2}, \text{ de donde } n_i = n \frac{N_i}{N}$$

En este caso el peso del estrato en la población es igual al peso del estrato en la muestra.

Para el estrato de funcionarios docentes el tamaño muestral fue de 583 y para el estrato de funcionarios T - A - S el tamaño muestral fue de 411.

Muestra obtenida

El total de personas encuestadas fue de 744 funcionarios, de los cuales el 60,6 % corresponde a docentes y el 39,4 % a funcionarios T - A - S. Este tamaño muestral conduce a un error máximo del 3,5 %, lo cual es inferior al error propuesto al inicio (4 %). A cada funcionario seleccionado le correspondían 3 suplentes del mismo sexo y función (docente o T - A - S).

La comparación del porcentaje de mujeres y hombres encuestados con respecto a la población se presenta en la siguiente tabla:

SEXO	Porcentaje en la	
	Muestra	Población
Femenino	57,5	57,5
Masculino	42,5	42,5
TOTAL	100	100

La comparación del porcentaje de funcionarios docentes y funcionarios T - A - S encuestados con respecto a la población se presenta en la siguiente tabla:

Tipo de funcionario	Porcentaje en la	
	Muestra	Población
Docente	60,6	58,7
T - A - S	39,4	41,3
TOTAL	100	100

Como se puede observar, los porcentajes obtenidos en la muestra son ampliamente satisfactorios con los porcentajes de la población. La máxima diferencia obtenida es inferior al 2%.

La edad promedio en la muestra fue de 42,44 años mientras que en la población fue de 42,64 años.

b) Baterías de instrumentos de evaluación

Crterios generales para la selección de instrumentos y confección del cuestionario

En el caso de los instrumentos de medición se utilizaron cuestionarios traducidos y adaptados al idioma y características culturales de nuestra población, y que contaban con estudios de confiabilidad y validez en muestras nacionales. En lo posible, se usaron instrumentos de uso libre. En caso contrario se pidió la autorización de los autores.

El procesamiento de los datos se hizo siguiendo el procedimiento incluido en el manual aportado por los autores.

Se tuvo en cuenta también que estos instrumentos hubieran sido utilizados en la región y en estudios internacionales para poder realizar comparaciones.

En el caso del cuestionario de datos sociodemográficos y de otras variables de estudio se usaron las preguntas incluidas en la Encuesta Nacional de Hogares del INE, las preguntas usadas en el Censo Universitario del 2009, la Encuesta de Consumo de Sustancias de la Junta Nacional de Drogas.

Solamente en el caso de puntos de indagación para los cuáles no haya ítems ya usados y validados se incluirán preguntas redactadas ad-hoc.

i) Instrumentos de evaluación de calidad de vida global

- (1) PROMIS-10 Item Global Health scale^[16]
- (2) EUROQOL EQ-5D ^[17]

ii) Instrumentos de Identificación de problemas específicos de salud mental que impactan en la calidad de vida

- (1) Ansiedad y depresión
 - (a) PROMIS Emotional Distress 7 Item Anxiety Versión 1 en español [17]
 - (b) PROMIS Emotional Distress 6 item Depression Versión 1 en español [17]
- (2) Adicciones

- (a) Cuestionario de la Asociación Psiquiátrica Americana para la evaluación de factores psicosociales. Propuesta para el DSM-5 [www.dsm5.org]

iii) Factores determinantes psicosociales

- (1) Cuestionario de Apgar Familiar [¹⁸⁻²³]
- (2) Ítems de violencia doméstica de la Guía del MSP

iv) Instrumentos para identificar de factores laborales e institucionales que impactan en la calidad de vida laboral

- (1) ISTAS21 (CoPsoQ) Instrumento para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo
 - (a) Apartado Exigencias Psicológicas
 - (b) Apartado Doble Presencia
 - (c) Apartado Estima
- (2) Cuestionarios ad-hoc de otros factores psicosociales en el trabajo

v) Identificación de factores médicos determinantes de la calidad de vida

- (1) Percepción general de la salud
Módulo H del cuestionario WHODAS II de la OMS
- (2) Cuestionario ad-hoc de datos médicos

vi) Datos sociodemográficos

- (1) Ítems apropiados extraídos de la Encuesta Nacional de Hogares del INE
- (2) Ítems apropiados extraídos del CENSO 2009
- (3) Cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos y sociales no disponibles en las encuestas anteriores

6) Procedimiento

- a) Evaluación cualitativa de la encuesta

Con anterioridad al lanzamiento de la encuesta se hizo una evaluación cualitativa de la encuesta a través de consultas con expertos nacionales, internacionales e informantes calificados y representantes de la población objetivo de la encuesta (trabajadores docentes y no docentes) para evaluar la validez de contenido, identificar problemas de redacción y comprensión, tiempo y carga de aplicación,

En base a este proceso de evaluación se hicieron importantes ajustes.

b) Procedimiento para la realización de la encuesta

Se tuvo en cuenta las características de docentes y no docentes porque constituyen poblaciones muy distintas desde el punto de vista sociodemográfico lo que tiene gran relevancia en el momento de realizar la encuesta.

Tanto en lo que en lo que respecta a la obtención de la muestra como en la encuesta se siguieron distintas estrategias y metodologías en función de que la persona ejerciera un cargo docente o no docente.

En el caso de los docentes se procedió a realizar la encuesta en formato electrónico. Se contó con dos reclutadores que enviaron recordatorios de la encuesta por correo electrónico.

En el caso de los no docentes se dió la opción de encuesta vía electrónica y en caso de alguna dificultad, a su solicitud, se envió un encuestador que tomó contacto con el encuestado en su lugar y horario de trabajo.

El primer contacto con el encuestador es fundamental y condiciona de manera drástica la aceptación y los resultados de la encuesta. Por ello, una vez seleccionada la muestra se envió a cada servicio el nombre de los funcionarios que serían encuestados y se pidió a las oficinas de personal la lista de correos electrónicos. Se solicitó a la autoridad de cada servicio y a la autoridad universitaria, que enviaran notas de respaldo a la encuesta, señalando la importancia de responder. Los encuestados recibieron un correo de invitación desde una cuenta de correo oficial de la Universidad. Esta invitación se complementó con folletería que se colocó en cada uno de los servicios. Se dispuso además de un correo electrónico, un correo de voz y un celular para recibir consultas.

Se tuvieron en cuenta las siguientes situaciones especiales:

- Si una persona se desempeñaba en más de una UE se la tomó en la UE en la que tenía más carga horaria. Si tuviera cargos con la misma carga horaria se optó por el que tenía mayor antigüedad. Si tenía dos cargos docentes el cargo que tuviera mayor grado
- Si se trataba de docente y no docente al mismo tiempo respondió por el cargo por el que hubiera sido seleccionado.
- Si fue seleccionado por los dos cargos se dispuso aleatoriamente.
- Si cumplía tareas en más de una unidad ejecutora respondió las preguntas relacionadas con el ambiente laboral tomando la universidad en general independientemente de cuál fuera el servicio en el que pudiera presentar algún problema.

c) Desarrollo de la plataforma informática

El llenado de la Encuesta de Calidad de Vida de los Funcionarios de la UdelaR se realizó a través de un sistema informático implementado por el Servicio Central de Informática Universitario (SeCIU). En adelante, queda implícito que el término “funcionarios” se refiere a todas las personas que tenían un vínculo laboral con la UdelaR, de cualquier naturaleza (docente o T – A – S), en el mes de Julio de 2011.

El trabajo fue realizado en forma conjunta entre las Divisiones Sistemas, Soporte, Producción y el Departamento de Verificación de Software, en base a las reglas definidas por el Grupo patrocinador de la encuesta. Se planteó que la encuesta fuese anónima y las respuestas totalmente confidenciales.

El Sistema desarrollado constó de dos Módulos; uno para realizar la Administración de la Población a encuestar y otro que permitía, a los funcionarios, llenar la encuesta. Ambos módulos contaron con una interfaz web, lo que hizo posible el llenado de la encuesta desde cualquier computadora con conexión a Internet y a través de un sitio seguro.

- Módulo Administración de la Población.
El acceso al módulo de Administración de la Población estaba restringido mediante <usuario, clave> entregados a integrantes del Grupo encargado de la Encuesta. El módulo permitía definir los funcionarios que debían llenar la encuesta, notificar a los mismos mediante correo electrónico (en el correo se enviaba un enlace, único por funcionario, que permitía acceder al llenado de la encuesta) y además permitía, a través de múltiples consultas, controlar como transcurría el llenado de la misma por parte de los funcionarios. También permitía extraer los datos proporcionados por los funcionarios a un archivos de texto para un posterior análisis utilizando otras herramientas de procesado de datos.

- Módulo de llenado.

El acceso a este módulo se realizaba a través del enlace personalizado enviado en el correo de notificación al funcionario y con la dirección de correo electrónico del mismo. Las respuestas a la preguntas dadas por el funcionario no se asociaron a la dirección de correo, logrando de esta forma una base de datos de encuestas anónimas. El costo de esta decisión fue que el funcionario no tuvo la posibilidad de realizar la encuesta en varias etapas.

- d) Procedimiento de análisis estadístico

Para el procesamiento estadístico se utilizó los procedimientos de la estadística descriptiva, analítica y de la psicometría tanto de la teoría clásica de los test como de la teoría de respuesta a los ítems.

- e) Aspectos éticos, manejo de datos personales y confidencialidad

La Comisión Directiva del SCBU actuó como Comité Institucional de Revisión de la encuesta y dio su aprobación para la realización tanto en lo referente los procedimientos como en los aspectos formales y éticos.

La participación en la encuesta fue voluntaria. Los sujetos pudieron retirarse antes de comenzar a llenar los cuestionarios o en cualquier momento de la realización la encuesta.

Junto con la invitación a participar, se ofreció a los participantes información detallada del proyecto de investigación en su totalidad, se informó sobre las características de la encuesta y se obtuvo el consentimiento a través del ingreso de la dirección de correo electrónico y la opción de aceptación.

El equipo de investigación aseguró la confidencialidad de los datos. El sitio de ingreso de la encuesta fue un sitio seguro (https).

Lámina 1: Página web de inicio de la encuesta.



Se cumplieron estrictamente las disposiciones legales referidas a la protección de los datos personales y de secreto estadístico para lo cual se hicieron las consultas jurídicas correspondientes.

El manejo de las bases de datos y el análisis de los datos estuvo a cargo del equipo de investigación. La difusión o publicación de los resultados de la investigación se hará en estricto acuerdo con la Comisión Permanente del Programa de Salud Mental y la Comisión Directiva de Servicio Central de Bienestar Universitario.

7) Resultados

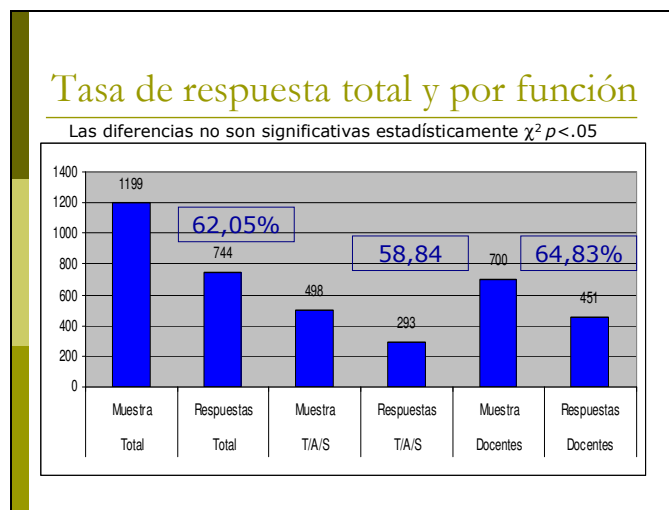


A continuación se presentarán los resultados de la encuesta.

Del total de 1200 personas que constituyeron la muestra, 62% aceptaron participar y respondieron la encuesta. No existieron diferencias en la tasa de respuesta entre docentes y personal técnico, administrativo o de servicio (T – A – S), Gráfico 1.

La proporción de sujetos la consideramos aceptable, teniendo en cuenta que se trató de una encuesta voluntaria. Sin embargo, existieron factores que contribuyeron a que la tasa de respuesta fuera menor a la esperada.

Gráfico 1



Los Gráficos 2 y 3 muestran la distribución de respuestas por servicio.

Gráfico 2

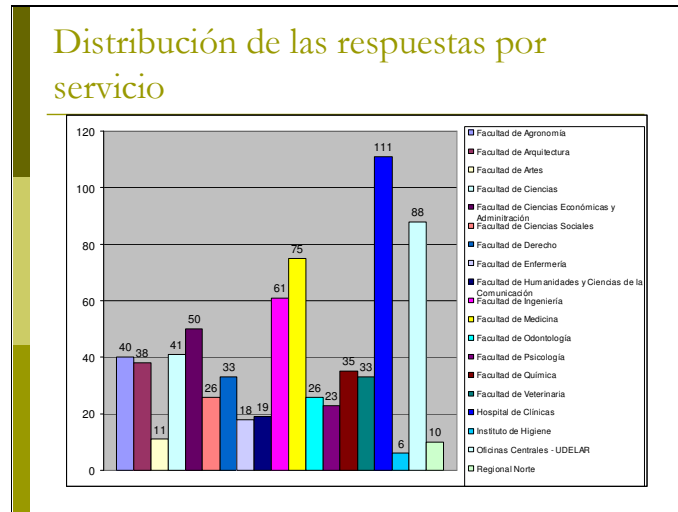
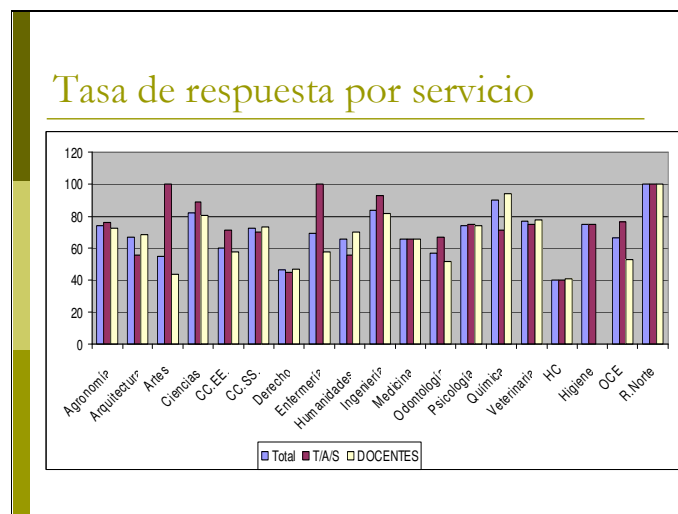


Gráfico 3



Se observa que esta distribución es muy inhomogénea. En algunos casos esta variación se refiere a las respuestas de docentes y T – A – S en un mismo servicio, por ejemplo, en Facultad de Artes respondió el 100% de funcionarios T – A – S y poco menos de 60% de los docentes. En otros casos la variación se observó entre los diferentes servicios. Mientras que en la Regional Norte y las Facultades de Ciencias, Ingeniería y Química respondió entre 80 y 100% de las personas seleccionadas, en otros servicios la proporción fue muy baja, apenas del 40% en Derecho y en el Hospital de Clínicas.

En este último caso, se puede explicar por una serie de dificultades propias de la institución y del trabajo hospitalario. En primer lugar, no existía una lista de direcciones electrónicas de los funcionarios. En la mayoría de los casos se disponía solamente de la sección en la que trabajaba la persona y fue necesario hacer una búsqueda telefónica para conseguir las direcciones de

correo electrónico. Esta tarea tuvo, como dificultad adicional, que los trabajadores se desempeñan en cuatro turnos y en turnos rotativos, de modo que en muchos casos fue necesario llamar durante la noche, procurar ubicarlos a través de un teléfono celular o de notas dejadas en el servicio.

En el caso de la Facultad de Derecho, las razones para esa baja respuesta no pudieron ser identificadas.

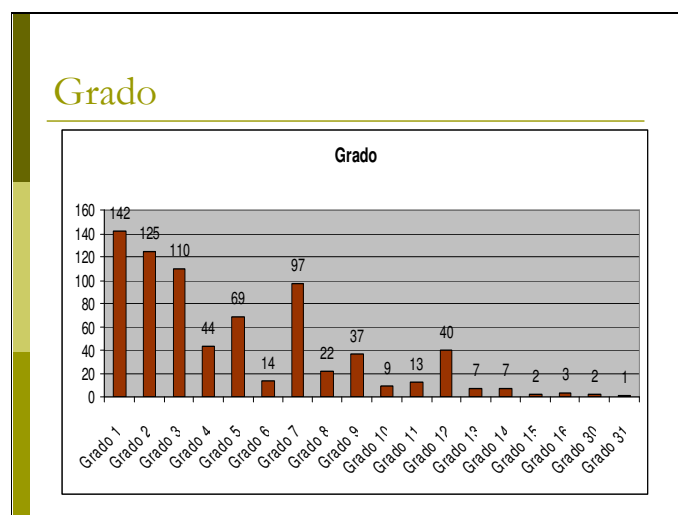
La Tabla 1 muestra que el 60,6% de las personas que respondieron eran docentes. El Gráfico 4 muestra la distribución por Grado.

Tabla 1. Distribución según el escalafón.

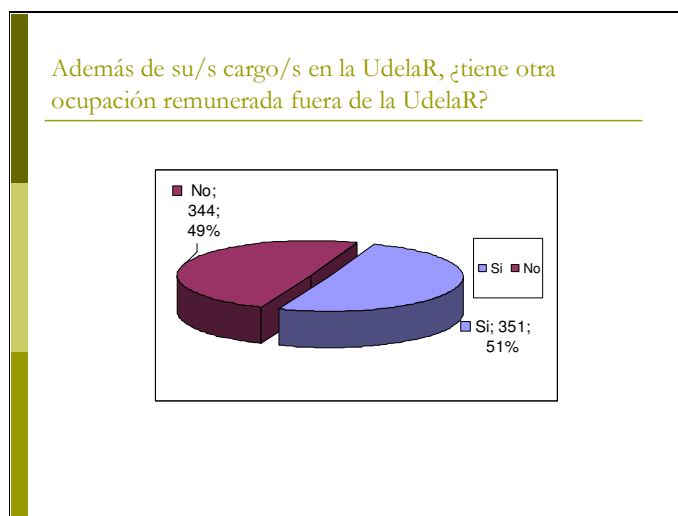
Escalafón

Escalafón	Frecuencia	Porcentaje
A	40	5,4
B	24	3,2
C	95	12,8
D	36	4,8
E	48	6,5
F	44	5,9
R	6	0,8
G	451	60,6
Total	744	100

Gráfico 4.



El 51% de los encuestados reportó que tenía otra actividad remunerada fuera de la UdelaR.



De los funcionarios que tienen una segunda ocupación remunerada, 74 % son docentes (n=259) y 26% (n=92) son T – A – S. Visto de otra manera, mientras que los docentes que tienen una ocupación remunerada fuera de la UdelaR constituyen el 62% de los docentes, los funcionarios T – A – S que tienen otra ocupación representan el 33% de su categoría.

A los funcionarios que tenían otra ocupación se le pidió que indicaran el número de horas semanales que dedicaban a su trabajo dentro y fuera de la UdelaR. La Tabla 1(a) muestra los promedios, la mediana y los cuartiles del número de horas semanales en cada cargo.

Tabla 1(a)

	¿Cuántas horas trabaja usted en la UdelaR?	¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en sus otras ocupaciones?
N Válidos	350	350
Media	21,65	24,88
Mediana	20,00	24,00
Desv. típ.	15,12	15,41
Percentiles 25	8,00	11,75
50	20,00	24,00
75	30,00	40,00

En promedio se trabaja 3,23 (SD: 21,98) horas semanales más fuera de la UdelaR.



La edad promedio de los encuestados fue de 42,4 años (rango 20 – 80 años). No existió diferencia de edades entre funcionarios docentes y T – A – S.

Gráfico 5. Promedio de edades.

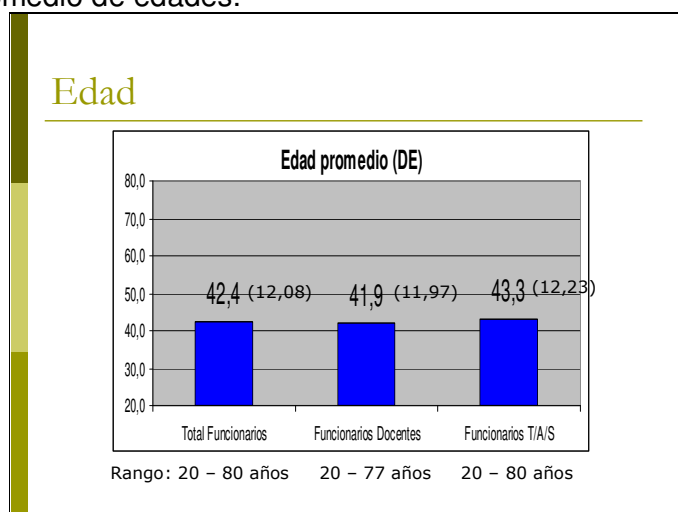
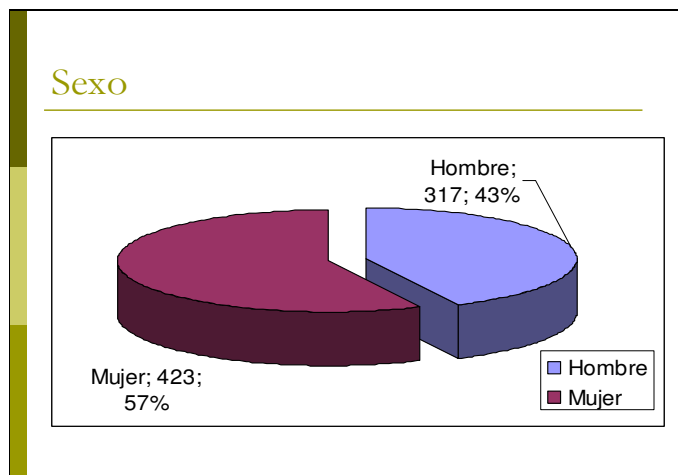


Gráfico 6.



La mayoría (57%) de los encuestados que respondieron fueron mujeres, y esta proporción fue mayor entre los funcionarios T – A – S, Gráfico 7.

Gráfico 7

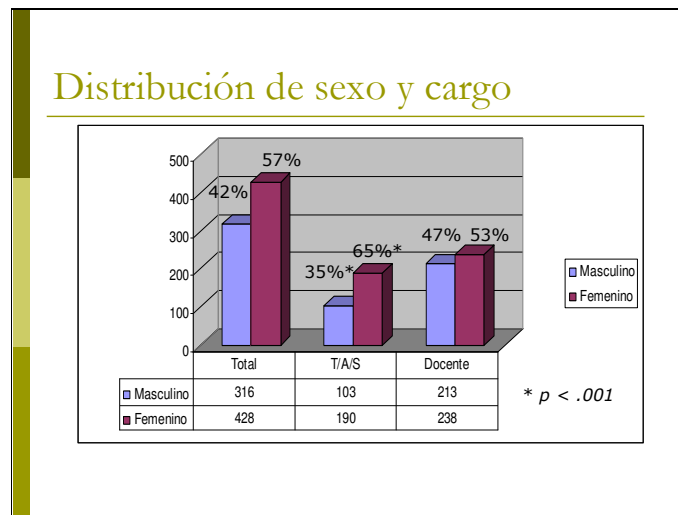


Tabla 2. Nivel de Instrucción.

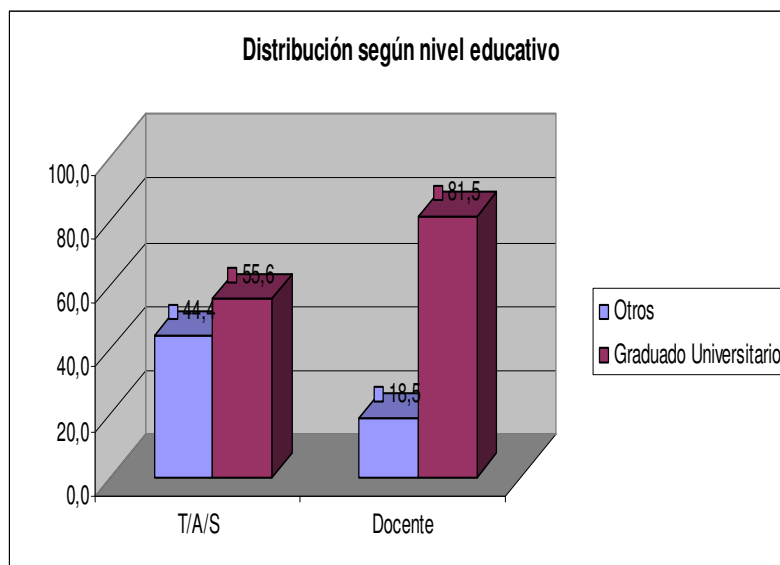
Máximo nivel de instrucción alcanzado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido acumulado
Universidad completa	431	60,4	60,4
IPA/Cerp/Magisterio/INET/Educación Física completa	24	3,4	63,8
Enseñanza Militar/Policial completa	1	0,1	63,9
Universidad incompleta	117	16,4	80,3
IPA/Cerp/Magisterio/INET/Educación Física incompleta	9	1,3	81,6
Educación Técnica (UTU) completa	19	2,7	84,2
Secundaria completa	23	3,2	87,5
Educación Técnica (UTU) incompleta	14	2,0	89,4
Secundaria incompleta	53	7,4	96,9
Primaria completa	18	2,5	99,4
Primaria incompleta	3	0,4	99,8
Sin dato	31	99,9	

El nivel de instrucción fue muy alto (Tabla 2), con un 63,9% de personas con título terciario y solo un 12,5% de las personas que no habían completado secundaria.

Si bien existen diferencias en el nivel de instrucción según el cargo, casi 57% de los funcionarios T – A – S tiene título universitario.

Gráfico 8. Diferencias en el nivel educativo entre funcionarios docentes y T – A – S.



La Tabla 3 muestra la distribución según el sitio de residencia.

Tabla 3

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje válido
MONTEVIDEO	579	82,5
ARTIGAS	1	0,1
CANELONES	72	10,3
COLONIA	1	0,1
DURAZNO	1	0,1
FLORIDA	1	0,1
MALDONADO	5	0,7
PAYSANDÚ	17	2,4
RÍO NEGRO	1	0,1
RIVERA	1	0,1
ROCHA	1	0,1
SALTO	15	2,1
SAN JOSÉ	2	0,3
SORIANO	1	0,1
OTRO PAÍS	4	0,6
Total	702	100
Sin datos	42	
Total	744	

En cuanto al estatus familiar de los encuestados, 54% vive en pareja y 59% tiene al menos un hijo, Gráficos 9 y 10.

Gráfico 9

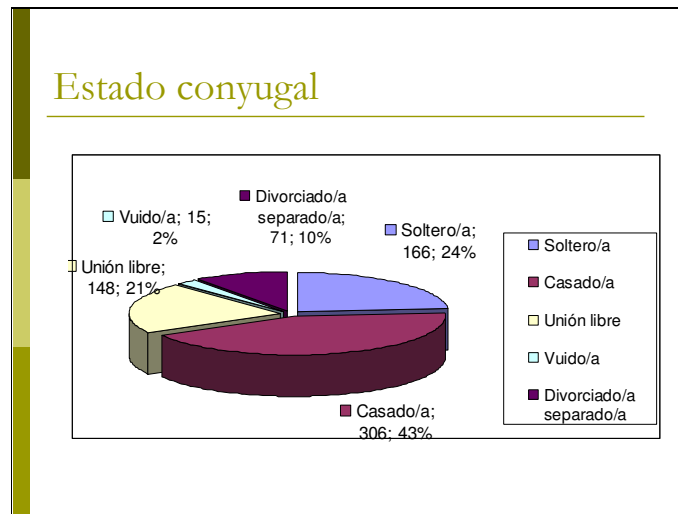
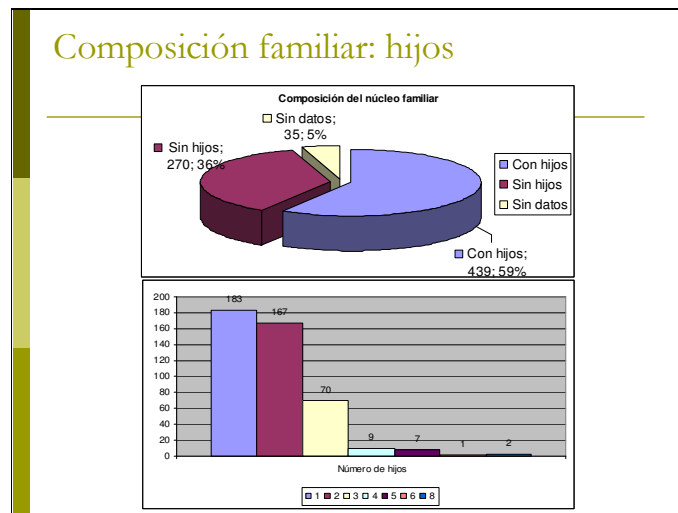
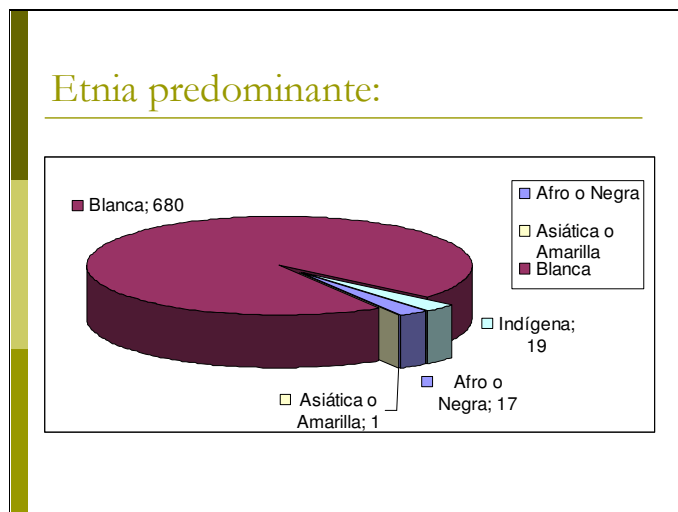


Gráfico 10



El grupo de investigación discutió acerca de la pertinencia de identificar el origen étnico de la persona, tal como ocurrió con el Censo Poblacional. La decisión fue incluir esta pregunta dado que interesaba saber existía discriminación racial entre los funcionarios de la institución. La pregunta tuvo una buena aceptación ya que fue respondida por el 96% de los encuestados. De ella se desprende que 93% de las personas que respondieron consideran de la etnia blanca, 2,3 afro-descendientes y 2,5% descendientes indígenas.

Gráfico 11.



La Tabla 4 muestra los datos de diferentes encuestas incluyendo al Censo 2006. Cualquiera sea la forma en que se formule la pregunta, los porcentajes de personas que se consideran de raza negra es mayor que los obtenidos en nuestro estudios. De estos datos se desprenden que las minorías étnicas están subrepresentadas entre los funcionarios de la UdelaR con respecto a la población general.

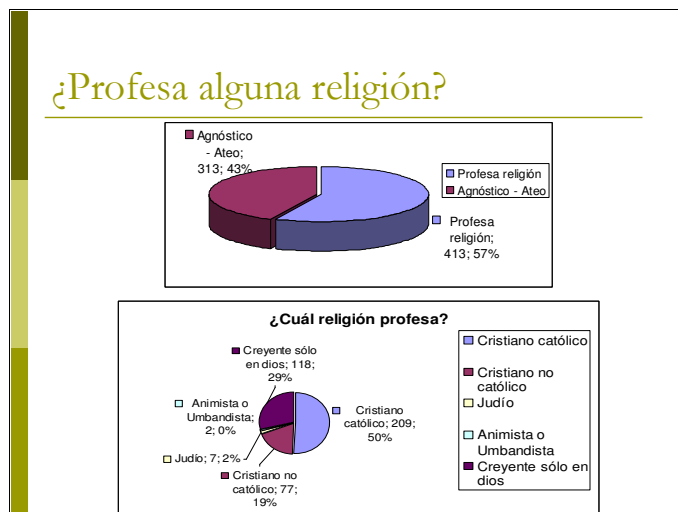
Tabla 4.

Porcentaje de población indígena y negra según diferentes fuentes y redacción de la pregunta.
 Acceso 14 mayo 2012 (<http://www.ine.gub.uy/enha2006/Informe%20final%20raza.pdf>)

Fuente	Indígena	Negra	Pregunta
ECH (1996-1997)	0,4	5,9	¿A qué raza cree Ud. pertenecer?
CIFRA (1998)	12,0	8,0	¿Cree tener antepasados ...?
ENHA (2006)	3,8	9,1	¿Cree tener ascendencia ...?

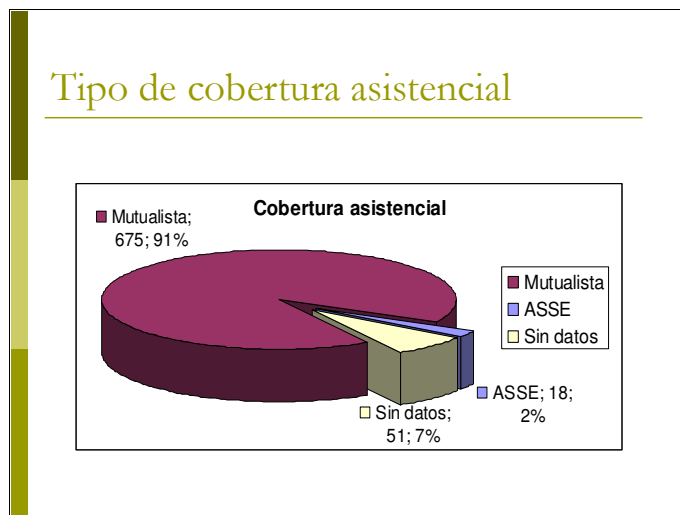
El Gráfico 12 muestra la distribución de respuestas sobre religiosidad.

Gráfico 12.



El Gráfico 13 muestra que la gran mayoría de los funcionarios tienen su cobertura por el FONASA a través del sistema mutual.

Gráfico 13.

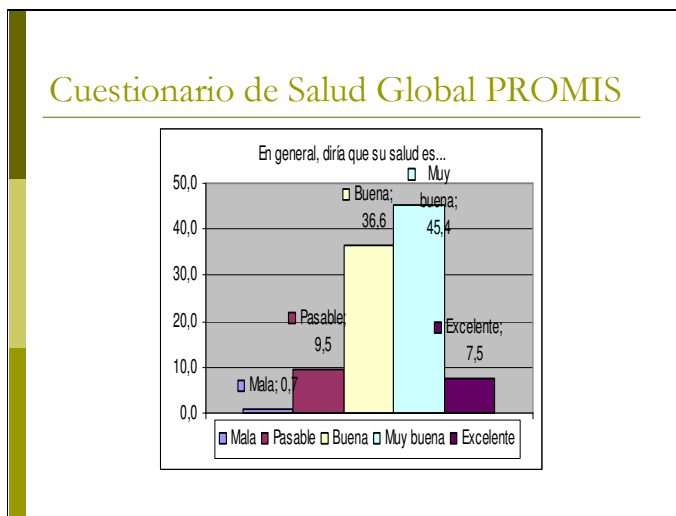


Los resultados: calidad de vida



Los Gráficos 14 al 20 muestran la distribución de respuestas al cuestionario PROMIS de Salud General. De estos datos resulta que, mientras que sólo 10,6% evalúa su salud general como pasable o mala, el resto de los encuestados refiere que es buena, muy buena o excelente.

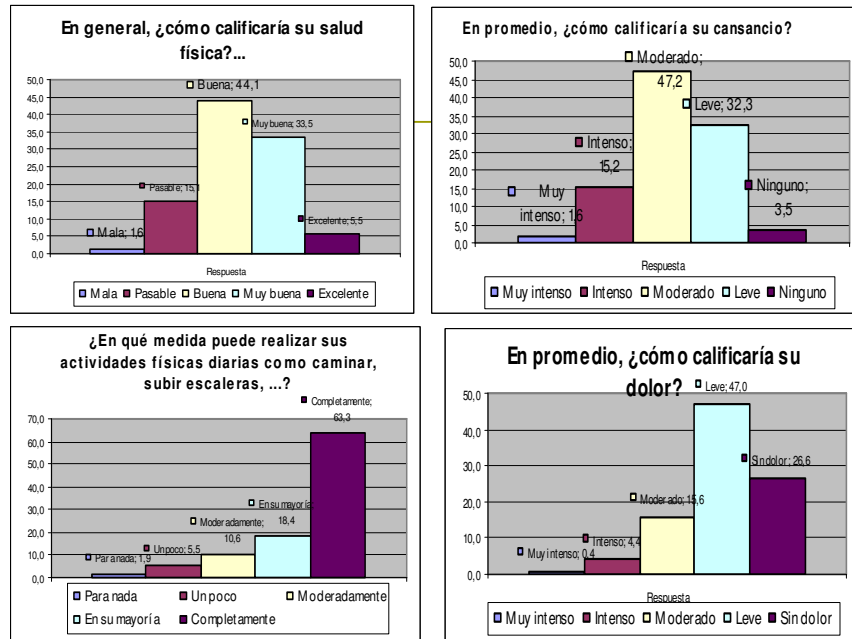
Gráfico 14.



El Gráfico 15 muestra las respuestas a las 4 preguntas que componen la Subescala de Bienestar Físico. Pese a que la mayoría de las puntuaciones en las preguntas de “salud física” y de “actividades físicas” se encuentran en los rangos altos (buena a excelente, y en su mayoría a completamente, respectivamente), destaca la prevalencia de síntomas cansancio (64% en

rangos de moderado a muy intenso) y dolor (20% en el rango de moderado a muy intenso).

Gráfico 15.



El Gráfico 16 muestra las respuestas a las 4 preguntas que componen la Subescala de Bienestar Mental del PROMIS. La mayoría de las respuestas se puntúan en las categorías de mayor bienestar mental.

Gráfico 16.

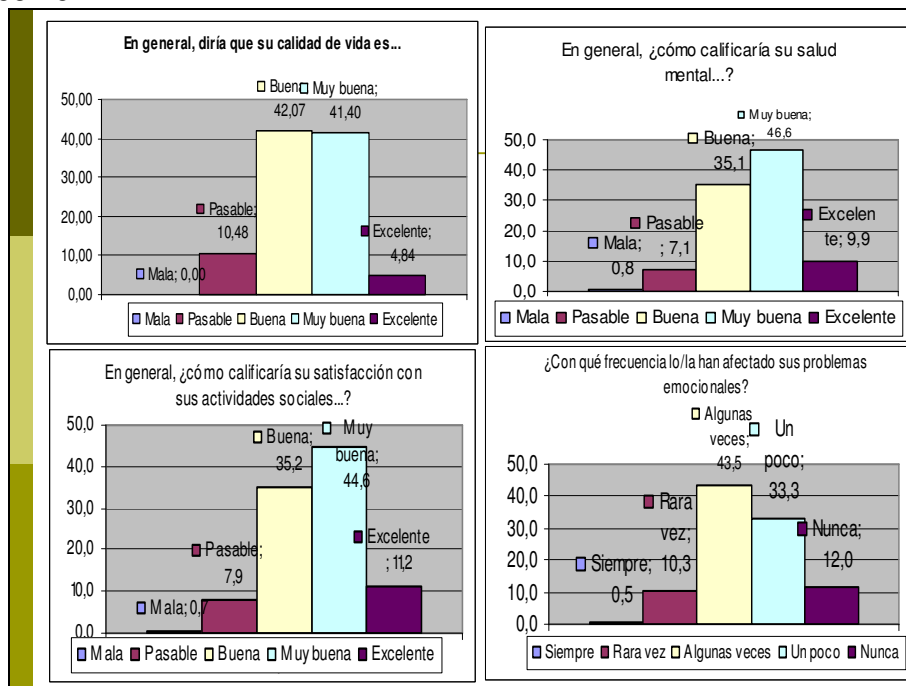
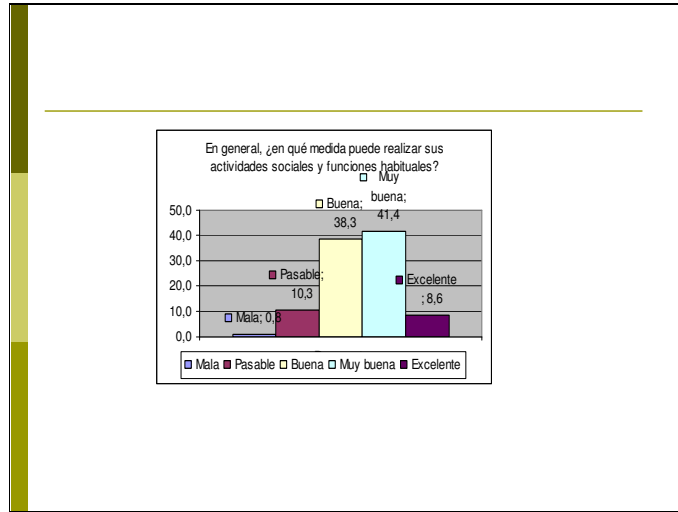


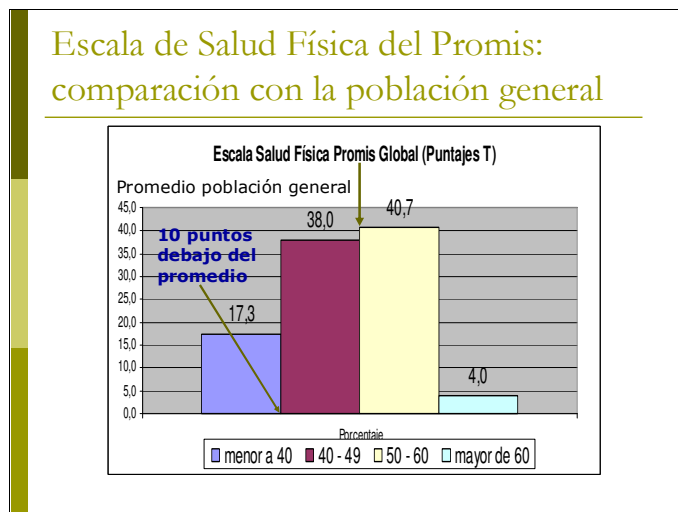
Gráfico 17.



El cuestionario PROMIS proporciona dos puntajes de subescalas Salud Física y Salud Mental, los que son transformados a puntajes T estandarizados para la población de Estados Unidos ubicando la media en 50 puntos y el desvío estándar en 10 puntos. El criterio que seguimos para la interpretación de los puntajes fue estimar que puntajes menores a un desvío estándar del promedio (menores de 40 puntos) representan una niveles de bienestar bajos y que esta diferencia es clínicamente significativa.

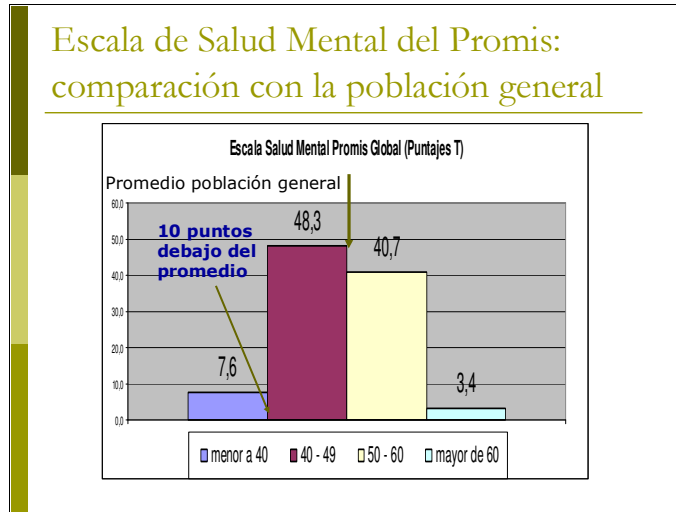
Teniendo en cuenta estas consideraciones vemos en el Gráfico 18, que 17,3% de los encuestados reportaron baja salud física.

Gráfico 18.



Utilizando el mismo criterio vemos en el Gráfico 19 que 7,6% de los funcionarios reportaron baja salud mental.

Gráfico 19.



En cuanto a las diferencias en la percepción de bienestar físico por sexo, se observa que las mujeres reportan puntajes promedio levemente menores que los de los hombres. Si bien estas diferencias son estadísticamente significativas, son pequeñas y de relevancia clínica dudosa. Por otra parte, no hay diferencia en los promedios de los puntajes en la subescala de salud emocional por sexo.

Gráfico 20.

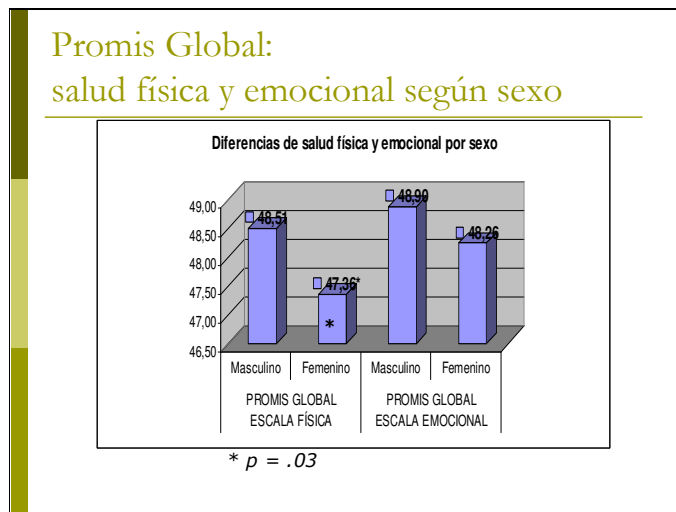


Gráfico 21.

El Gráfico 21 muestra diferencias en los promedios de los puntajes de síntomas físicos según el sexo, con mayor severidad de cansancio y dolor en las mujeres. También se observaron diferencias por cargo en el caso del nivel de dolor, pero esto puede estar determinado por una mayor representación de mujeres en la muestra de funcionarios T – A – S, Gráfico 22.

Diferencias de síntomas físicos según el sexo

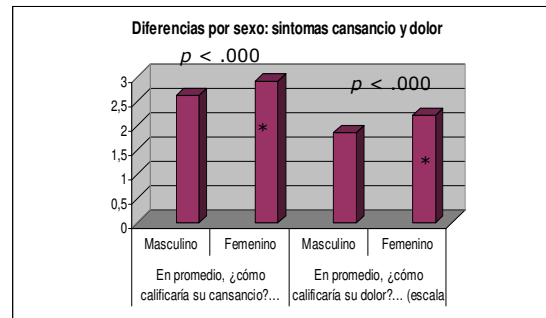
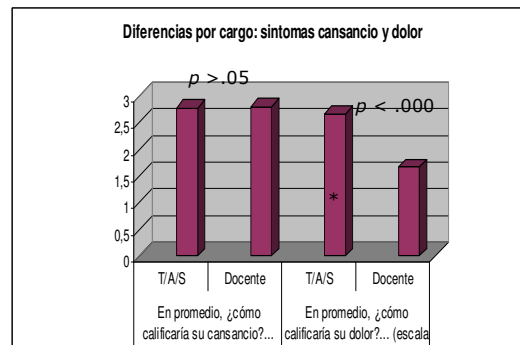


Gráfico 22.

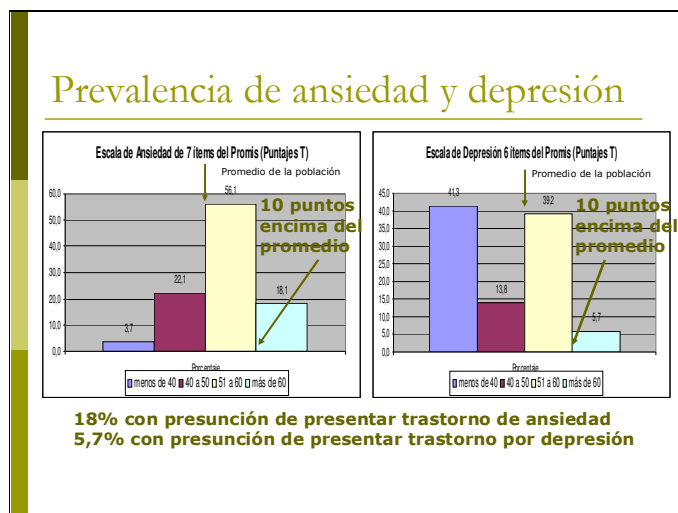
Diferencias de síntomas físicos según el cargo





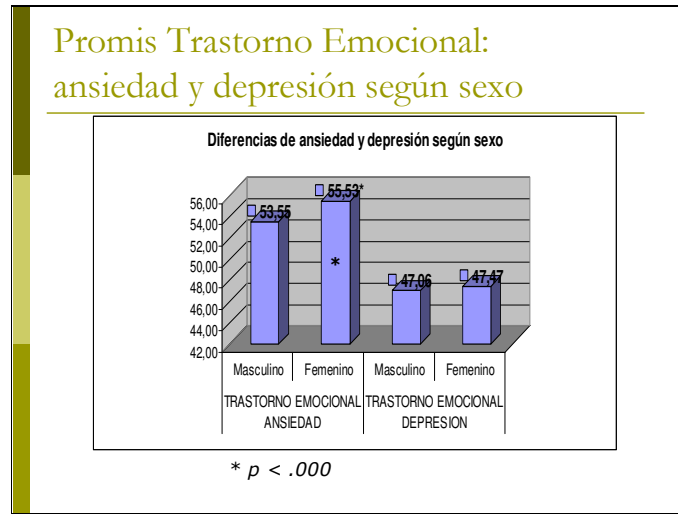
El Gráfico 23 muestra los puntajes de las escalas PROMIS para Trastorno Emocional Ansiedad y Trastorno Emocional Depresión. Ambas proporcionan puntajes T al igual que la escala PROMIS de Salud General. Se observa que 18 % de las personas tenían puntajes 10 puntos por encima de la media poblacional y, por lo tanto, existe presunción de presentar un trastorno por ansiedad. Del mismo modo, 5,7% de los encuestados podrían presentar trastorno por depresión. Dado que se trata de cuestionarios de tamizaje (screening) no permiten identificar casos de trastornos ansioso o depresivo sino que orientan a una presunción diagnóstica.

Gráfico 23.



Con referencia al sexo, las mujeres obtienen en promedio puntajes significativamente mayores en ansiedad que los hombres, pero no hay diferencias en cuanto a depresión.

Gráfico 24.



En resumen, del análisis de los cuestionarios PROMIS Global, Ansiedad y Depresión surge que las mejores en general reportan menos bienestar en cuanto a su salud física, con niveles más altos de cansancio y dolor, y niveles mayores de ansiedad.

La Tabla 5 muestra las respuestas referidas a ideas de autoeliminación e intentos de suicidio. De estos datos destaca que 2,5% de los encuestados han pensado al menos “algunas veces” quitarse la vida.

Tabla 5.

Durante las últimas dos semanas, cuanto le han molestado algunos de los siguientes problemas:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
¿Tuvo pensamientos de que era mejor no seguir viviendo, de quitarse la vida o de hacerse daño de alguna manera?	663 (89,5%)	59 (8,0%)	18 (2,4%)	1 (0,1%)	---
SI					
Ha intentado quitarse la vida		1,6% (12)			
Ha habido suicidios en familiares directos		7,3% (54)			
Tiene alguna enfermedad mental	1,9% (14)				
Recibe alguna medicación psiquiátrica		7,0% (52)			
Ha tenido internaciones psiquiátricas		1,9% (14)			
Existen antecedentes de alguna enfermedad mental en familiares directos		16,1% (120)			

Incluimos a continuación algunos resultados de estudios de prevalencia de problemas de salud mental en muestras poblacionales como referencia que contribuyan a la interpretación de nuestros resultados.

Con relación a los trastornos por ansiedad, un estudio colombiano encontró que la prevalencia **en la vida** fue de 40.1% incluyendo los 23 trastornos del DSM-IV incluidos en el CIDI, en los **últimos 12 meses** de 16% y en los **últimos 30 días** de 7.4%²⁴.

En ese mismo estudio, las tasas de intento de suicidio en la muestra global fue de 4.9%, con 1.3% de reportes de intentos de suicidios en los últimos 30 días.

En cuanto a la prevalencia de trastornos depresivos en la población general, un estudio nacional de los Estados Unidos en mayores de 18 años encontró tasas de **prevalencia en la vida** entre 17,9% y 24,2%, y de **prevalencia en el último año** que oscilaron entre 5,2% a 7,6%²⁵.

Los datos obtenidos en nuestra muestra se ajustan de manera bastante adecuada a lo que sería esperable encontrar en una muestra de población general en nuestro país.

A la alta prevalencia de estos trastornos mentales se agrega el dato de que existe una subutilización de los recursos de salud mental en la población general. Los datos indican que sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental, y que sólo 1 de cada 5 con dos o más trastornos mentales, recibe algún tipo de tratamiento. Esto representa un desafío para los sistemas de salud y demuestra la necesidad de enfocar nuestra atención y los recursos hacia los tratamientos de los trastornos mentales[24].

Al mismo tiempo se ha planteado que sólo el 57% de las personas que presentaron un trastorno depresivo en el año anterior recibieron algún tipo de tratamiento. De los que consultaron en un servicio de salud, sólo el 42% recibió un tratamiento adecuado. De ellos, 64% habían sido tratados por un especialista de salud mental y 41% habían sido tratados por un médico generalista. Se observó además que una alta proporción de pacientes (15%) consulta fuera del servicio de salud [25].

Los resultados: problemas psicosociales en el trabajo



Para evaluar riesgos psicosociales se utilizó el CoPsoQ istas21 versión 1.5 en su versión corta es la adaptación del Cuestionario de Copenhague para la población española. Está dirigido a evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en base a las puntuaciones de 6 apartados:

- 1) Las **exigencias psicológicas**: se refieren al volumen de trabajo en relación al tiempo disponible para realizarlo y a la transferencia de sentimientos en el trabajo (APARTADO 1 del cuestionario).
- 2) La **doble presencia**: se refiere a la necesidad de responder simultáneamente a las demandas del empleo y del trabajo doméstico y familiar (APARTADO 5 del cuestionario).
- 3) El **control sobre el trabajo**: se refiere al margen de autonomía en la forma de realizar el trabajo y a las posibilidades que se dan de aplicar habilidades y conocimientos y desarrollarlos (APARTADO 2 del cuestionario).
- 4) El **apoyo social y la calidad de liderazgo**: tienen que ver con el apoyo de los superiores o compañeros y compañeras en la realización del trabajo, con la definición de tareas, o la recepción de información adecuada y a tiempo (APARTADO 4 del cuestionario)
- 5) La **estima**: se refiere al trato como profesional y persona, al reconocimiento y al respeto que obtenemos en relación al esfuerzo que realizamos en el trabajo (APARTADOS 6 del cuestionario).
- 6) **Inseguridad sobre el futuro**: se refiere a la preocupación por los cambios de condiciones de trabajo no deseados o la pérdida del empleo (APARTADO 3 del cuestionario)

En nuestra encuesta se incluyó solamente los apartados Exigencias psicológicas EP, Doble presencia DP y Estima ES.

Las puntuaciones se realizan en base a 3 intervalos. Estos intervalos significan:

- Favorable: nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud

- Intermedio: nivel de exposición psicosocial intermedia para la salud
- Desfavorable: nivel de exposición psicosocial más desfavorable o nociva para la salud

Los tres intervalos de puntuaciones para la población de referencia han sido establecidos mediante una encuesta a una muestra representativa de la población asalariada en España (N=7.612), financiada por el Ministerio de Sanidad.

Las Tablas 6, 7 y 8 muestran los resultados correspondientes a los encuestados en cada uno de estos intervalos.

Tabla 6 . CATEGORIAS DE ISTAS EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
FAVORABLE	223	30,0	30,9
INTERMEDIO	202	27,2	28,0
DESFAVORABLE	296	39,8	41,1
TOTAL	721	96,9	100,0
PERDIDOS SISTEMA	23	3,1	
TOTAL	744	100,0	

Tabla 7. CATEGORIAS DE ISTAS DOBLE PRESENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
FAVORABLE	46	6,2	6,3
INTERMEDIO	268	36,0	36,5
DESFAVORABLE	421	56,6	57,3
TOTAL	735	98,8	100,0
PERDIDOS SISTEMA	9	1,2	
TOTAL	744	100,0	

Tabla 8. CATEGORIAS DE ISTAS ESTIMA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
FAVORABLE	230	30,9	31,6
INTERMEDIO	193	25,9	26,5
DESFAVORABLE	304	40,9	41,8
TOTAL	727	97,7	100,0
PERDIDOS SISTEMA	17	2,3	
TOTAL	744	100,0	

Estos resultados muestran que alrededor del 40% de los trabajadores se encuentran en el nivel de exposición desfavorable al riesgo psicosocial en el

trabajo en las categorías de EP y DB, mientras que la proporción en el intervalo desfavorable en el apartado ES alcanza al 57%.

Cuando se analizó la distribución de frecuencia de los diferentes intervalos en el grupo docente vs T – A – S, se encontró que existe una mayor proporción de docentes en el intervalo desfavorable en EP (33% desfavorable en T – A – S vs. 46% en docentes, $\chi^2 p = .000$, mientras que en DP y en ES la proporción en el nivel de riesgo desfavorable es mayor para los T – A – S (DP: 63% desfavorable en T – A – S vs. 53% en docentes, $\chi^2 p = .023$), (ES: 50% desfavorable en T – A – S vs. 42% en docentes, $\chi^2 p = .000$ respectivamente).

En cuanto a las diferencias según sexo, se encontró una mayor proporción de mujeres en el intervalo de DP ($\chi^2 p = .000$), mientras que no hubo diferencias significativas en los apartados de EP ($\chi^2 p = .12$) ni ES ($\chi^2 p = .13$).

A continuación se muestran la frecuencia de respuesta a cada uno de los ítems del cuestionario.

Tabla 9.

ISTAS 21:

a. Apartado Exigencias Psicológicas (1)

¿Tienes que trabajar muy rápido?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	48	6.5	6.5
	Alguna vez	140	18.8	18.9
	Sólo algunas veces	270	36.3	36.4
	Muchas veces	226	30.4	30.5
	Siempre	57	7.7	7.7
	Total	741	99.6	100.0
Perdidos	Sistema	3	0.4	
	Total	744	100.0	

¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	118	15.9	15.9
	Alguna vez	196	26.3	26.5
	Sólo algunas veces	190	25.5	25.6
	Muchas veces	175	23.7	23.8
	Siempre	61	8.2	8.2
	Total	741	99.6	100.0
Perdidos	Sistema	3	0.4	
	Total	744	100	

Tabla 10.

ISTAS 21:

a. Apartado Exigencias Psicológicas (2)

¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Siempre	208	28.0	28.2
	Muchas veces	302	40.6	40.9
	Sólo algunas veces	142	19.1	19.2
	Alguna vez	51	6.9	6.9
	Nunca	35	4.7	4.7
	Total	738	99.2	100.0
Perdidos	Sistema	6	0.8	
	Total	744	100	

¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	110	14.8	14.9
	Alguna vez	209	28.1	28.3
	Sólo algunas veces	194	24.7	24.3
	Muchas veces	175	23.5	23.7
	Siempre	61	8.2	8.3
	Total	739	99.3	100.0
Perdidos	Sistema	5	0.7	
	Total	744	100	

Tabla 11.

ISTAS 21:

a. Apartado Exigencias Psicológicas (3)

¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	155	20,8	21,0
	Alguna vez	207	27,8	28,1
	Sólo algunas veces	171	23,0	23,2
	Muchas veces	140	18,8	19,0
	Siempre	64	8,6	8,7
	Total	737	99,1	100,0
Perdidos	Sistema	7	0,9	
Total		744	100,0	

¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	201	27,0	27,6
	Alguna vez	179	24,1	24,6
	Sólo algunas veces	126	16,9	17,3
	Muchas veces	153	20,6	21,0
	Siempre	69	9,3	9,5
	Total	728	97,8	100,0
Perdidos	Sistema	16	2,2	

Tabla 12.

ISTAS 21:

b. Apartado Doble Pertenencia (1)

¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
	No hago ninguna o casi ninguna	18	2,4	2,4
	Sólo hago tareas muy puntuales	85	11,4	11,5
	Hago más o menos una cuarta	124	16,7	16,8
	Hago aproximadamente la mitad	273	36,7	36,9
	Soy la/el principal responsable y	240	32,3	32,4
	Total	740	99,5	100,0
Sistema		4	0,5	
Total		744	100,0	

Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas quedan sin hacer?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	170	22,8	22,9
	Alguna vez	187	25,1	25,2
	Sólo algunas veces	126	16,9	17,0
	Muchas veces	137	18,4	18,5
	Siempre	121	16,3	16,3
	Total	741	99,6	100,0
Perdidos	Sistema	3	0,4	
Total		744	100,0	

Tabla 13.

ISTAS 21:

b. Apartado Doble Pertenencia (2)

Cuando estás en el trabajo, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	192	25,8	26,0
	Alguna vez	285	38,3	38,6
	Sólo algunas veces	135	18,1	18,3
	Muchas veces	96	12,9	13,0
	Siempre	31	4,2	4,2
	Total	739	99,3	100,0
Perdidos	Sistema	5	0,7	
Total		744	100,0	

¿Hay momentos en los que necesitarías estar en el trabajo y en casa a la vez?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	171	23,0	23,1
	Alguna vez	252	33,9	34,1
	Sólo algunas veces	170	22,8	23,0
	Muchas veces	127	17,1	17,2
	Siempre	19	2,6	2,6
	Total	739	99,3	100,0
Perdidos	Sistema	5	0,7	
Total		744	100,0	

Tabla 14.

ISTAS 21:
c. Apartado Estima (1)

Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	69	9.3	9.3
	Alguna vez	144	19.4	19.5
	Sólo algunas veces	164	22.0	22.2
	Muchas veces	240	32.3	32.5
	Siempre	122	16.4	16.5
	Total	739	99.3	100.0
Perdidos	Sistema	5	0.7	
Total		744	100.0	

En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	36	4.8	4.9
	Alguna vez	132	17.7	17.9
	Sólo algunas veces	140	18.8	19.0
	Muchas veces	270	36.3	36.6
	Siempre	159	21.4	21.6
	Total	737	99.1	100.0
Perdidos	Sistema	7	0.9	
Total		744	100.0	

Tabla 15.

ISTAS 21:
c. Apartado Estima (2)

En mi trabajo me tratan injustamente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Siempre	15	2.0	2.0
	Muchas veces	40	5.4	5.4
	Sólo algunas veces	85	11.4	11.5
	Alguna vez	265	35.6	36.0
	Nunca	332	44.6	45.0
	Total	737	99.1	100.0
Perdidos	Sistema	7	0.9	
Total		744	100.0	

Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Nunca	95	12.8	12.9
	Alguna vez	115	15.5	15.6
	Sólo algunas veces	169	22.7	22.9
	Muchas veces	249	33.5	33.8
	Siempre	109	14.7	14.8
	Total	737	99.1	100.0
Perdidos	Sistema	7	0.9	
Total		744	100.0	

Los Gráficos 25 al 29 y la Tabla 16 muestran las respuestas a una serie de ítems referidos otros problemas psicosociales relacionados con el trabajo que tienen que ver con las respuestas a las preguntas:

- ¿Ha sufrido situaciones de violencia en su ámbito laboral?
- ¿Se ha sentido discriminada(o) en su trabajo?
En caso de responder sí por favor díganos que tipo de discriminación ha sufrido (marque todas las que corresponda):
 - por ascendencia étnica
 - por género
 - por orientación sexual
 - por discapacidad física
 - por discapacidad mental
 - por edad

- por su situación social o económica

- ¿Ha sufrido situaciones de acoso sexual en su ámbito laboral?

Ya fue señalado previamente (ver Capítulo Marco conceptual) que se buscó que la pregunta “violencia en el ámbito laboral” abarcara más ampliamente el concepto, del cual forman parte también discriminación y acoso sexual. Por lo mismo, tampoco se fijó un límite temporal para la respuesta.

De acuerdo con las respuestas a estas preguntas, se observó que el 17% de los sujetos encuestados (n=126) refieren haber sufrido situaciones de violencia. Con mayor frecuencia se trata de mujeres que cumplen funciones T – A – S.

Gráfico 25.

Violencia en el trabajo

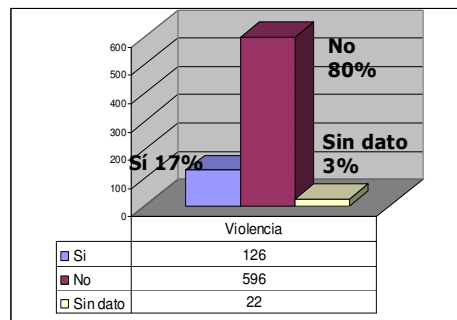
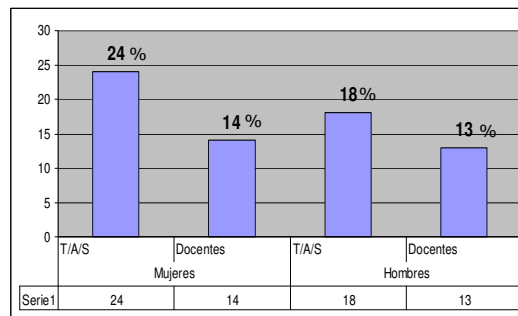


Gráfico 26.

Violencia en el ámbito laboral por sexo y cargo



En respuesta a las preguntas más específicas, se destaca que el 16,5% de las personas encuestadas refieren haberse sentido discriminadas en el trabajo.

Tabla 16.

Otros problemas psicosociales relacionados con el trabajo:

	n	%
Se ha sentido discriminada(o) en su trabajo	122	16,5
En caso de responder sí por favor díganos que tipo de discriminación ha sufrido (marque todas las que corresponda):		
por ascendencia étnica	5	4,1
por género	45	36,9
por orientación sexual	3	2,5
por discapacidad física	6	4,9
por discapacidad mental	1	0,8
por edad	33	27
por su situación social o económica	29	23,8
por su aspecto físico	12	9,8

En orden de frecuencia los motivos de discriminación son los siguientes: por género, por edad, por su situación social o económica, por aspecto físico, por discapacidad, ascendencia étnica, orientación sexual y discapacidad mental.

La percepción de discriminación difiere entre docentes y T – A – S, y es mayor entre estos últimos y de ellos, más en los hombres que en las mujeres.

Con relación al acoso sexual, la frecuencia es mucho menor, siendo reportado por 2,5% de la muestra total, y 5% de las mujeres T – A – S, Gráfico 28.

Gráfico 27.

Distribución de discriminación por sexo y cargo

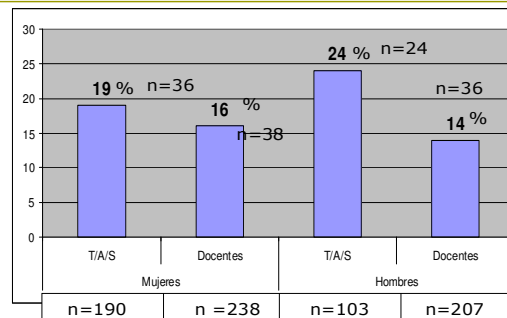


Gráfico 28.

Acoso sexual

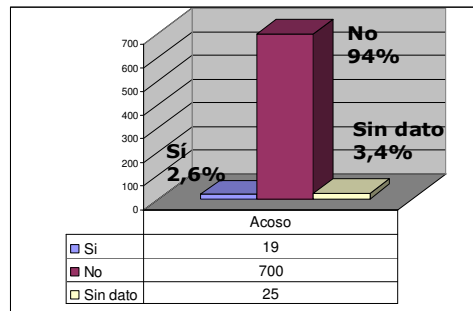
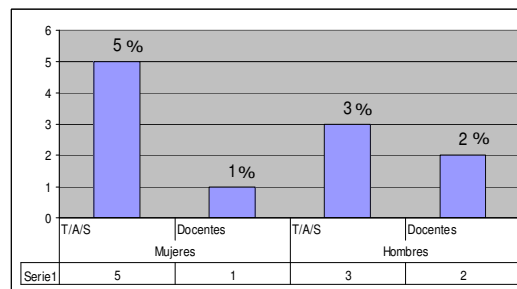


Gráfico 29.

Acoso sexual por sexo y cargo



Los resultados: autoevaluación de algunos problemas de salud



En la encuesta se abordaron también problemas biopsicosociales que pueden impactar negativamente en el bienestar y la calidad de vida tales como el consumo de sustancias, la presencia de enfermedades crónicas, la violencia doméstica, el soporte social y factores de riesgo (peso y ejercicio).

La Tabla 17 muestra las respuestas a las preguntas relacionadas con el consumo de sustancias.

Tabla 17.

	Nunca	Una vez al mes	2 o 3 veces al mes	1 a 2 veces por semana	3 días a la semana o más
¿Durante los últimos 30 días, con que frecuencia usted bebió más de 4 medidas (si usted es hombre) o más de 3 medidas (si usted es mujer) de cualquier clase de bebida con alcohol en un mismo día?	63,8% (473)	17,4% (129)	12,0% (89)	5,9% (44)	0,8% (6)
¿Durante los últimos 30 días, con que frecuencia usted fumó cigarrillos, tabaco, o pipa?	77,9% (576)	1,1% (8)	1,6% (12)	2,4% (18)	16,9% (125)
¿Durante los últimos 30 días, con que frecuencia usted usó algunas de las siguientes sustancias como: Marihuana, Cocaína, pasta base, crack Estimulantes como éxtasis, Halucinógenos como hongos o LSD, Heroína, Inhalantes como pegamento	695 (94,2%)	15 (2,0%)	18 (2,4%)	6 (0,8%)	4 (0,5%)
¿Durante los últimos 30 días, con que frecuencia usted usó algunos de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA...	95,3% (705)	2,0% (15)	1,2% (9)	0,5% (4)	0,9% (7)
¿Tuvo deseos tan fuertes de consumir alcohol o cualquier otra sustancia que no podía estar sin ella, o que no podía dejar de pensar en cómo conseguirla?	93,2% (690)	2,7% (20)	2,7% (20)	1,1% (8)	0,3% (2)

Respecto al alcohol, la pregunta que se refiere al consumo al menos una vez al mes de una cantidad superior a 4 medidas en un mismo día en caso de los hombres y más de 3 medidas en caso de las mujeres constituye de por sí un test de tamizaje (*screening*) para consumo de riesgo de alcohol con una

sensibilidad de 82% (intervalo de confianza IC en rango 72% - 89%) y especificidad de 79% (IC en rango 73% - 84%)²⁶.

En nuestra muestra, este test de un solo ítem fue positivo en 36% (n=268) de los sujetos. Como se trata de un test de tamizaje este resultado no significa que exista o haya existido abuso o dependencia al alcohol en estas personas, pero sí permite presumir que una gran proporción de ellas podrían presentar un consumo problemático de alcohol o de riesgo para la salud. Como una referencia de comparación, la 4ª Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas de Observatorio Uruguayo de Drogas (ENCD)²⁷, que incluyó una amplia franja etaria entre 12 y 65 años, mostró que aproximadamente 30% de la población adulta presentaba un consumo problemático del alcohol.

El tabaco fue la segunda sustancia consumida con 22% de consumo en los últimos 30 días, una cifra algo inferior a lo reportada por la 4ª ENCD que fue de 31,8%.

La prevalencia en el mes de consumo de sustancias ilegales fue de 5,8%, cifra algo superior a la observada en la población general en la 4ª ENCD que fue para la marihuana de 3,3% y para la cocaína de 0,8%. Por su parte, 4,7% de las personas respondieron que tomaban psicofármacos por su cuenta.

Cuando se preguntó por elementos de dependencia a sustancias cualquier sea el tipo, 6,8% respondió positivamente.

La Tabla 18 muestra la frecuencia de respuesta referidas a problemas de salud. Destaca el hecho que 29,7% de las personas que respondieron a la encuesta tienen alguna enfermedad crónica, lo que puede estar explicando la prevalencia de síntomas físicos en esta muestra.

Tabla 18.

Autoevaluación de problemas de salud (2)	
¿Tiene usted experiencia con enfermedades graves? (conteste a las tres situaciones)	Si
<i>en usted mismo</i>	9,6% (68)
<i>en su familia</i>	49,1% (358)
<i>en el cuidado de otros</i>	28,8% (205)
¿Tiene alguna enfermedad crónica?	29,7% (220)
Tiene a su cargo el cuidado de algún familiar con discapacidad	5,3% (39)

Igualmente es alta la prevalencia de violencia doméstica, tal como se muestra en la Tabla 19.

Tabla 19.

Autoevaluación de problemas de salud (3)		
Violencia Doméstica	SI	NO
¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida? (Por ej: por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, haría/o sentir avergonzada/o o humillada/o, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras.)	11,4 % (85)	
¿Sucedec actualmente?		3,5% (26)
¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? (Por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes con objetos, tirón de pelo patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma.)	3,5% (26)	
¿Sucedec actualmente?		0,3% (2)

Con respecto a los factores de riesgo para la salud que pueden estar relacionados con el bienestar general, la calidad de vida y el estado emocional, se investigó el índice de masa corporal (IMC) y el número de días en que la persona realiza al menos 30 minutos de ejercicio.

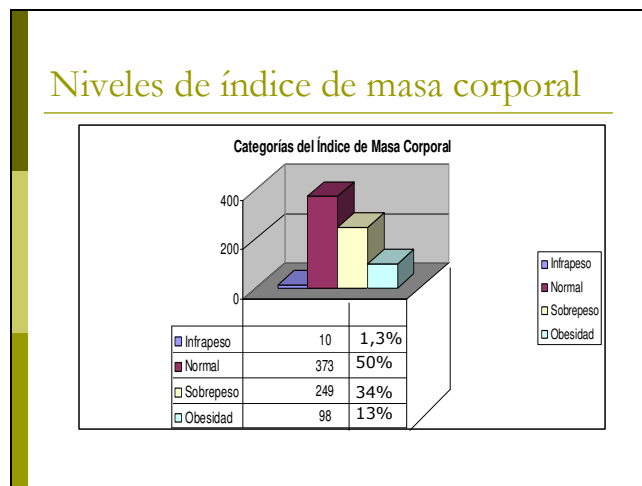
Los promedios, desvíos estándar y rangos de estas variables se muestran en la Tabla 20.

Tabla 20

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IMC	731	16,80	42,67	25,3350	4,18120
¿Cuántos días a la semana realiza al menos 30 minutos de ejercicio?	738	0	7	1,78	2,042

El Gráfico 30 muestra las frecuencias de categorías del IMC en la que se observa que el 47% de las personas presentan sobrepeso y obesidad.

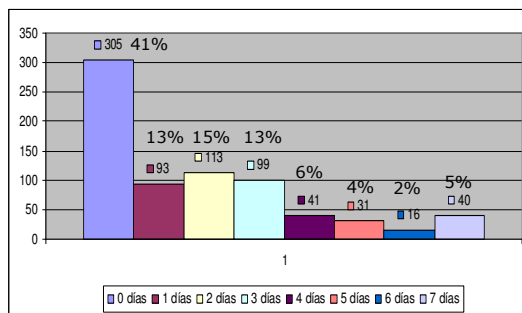
Gráfico 30



En el Gráfico 31 se observa que, mientras 41% de las personas no dedica ningún tiempo al ejercicio en la semana, 30% de las personas realizan ejercicio 3 o más días de la semana.

Gráfico 31.

Días de ejercicio semanal



8) Comentarios Generales

La encuesta realizada permitió identificar una serie de problemas de la esfera psicosocial, laboral, social y familiar y médicas que inciden en la calidad de vida de los trabajadores.

Constituye un insumo muy importante para el desarrollo de intervenciones destinadas a la prevención, promoción y atención específica de estos problemas, tanto a partir de acciones que se puedan llevar adelante de la Comisión Permanente del Programa, como desde el conjunto de la institución, en especial integrando acciones con los programas de PCET-Malur, de la DUS y de otras acciones que se están desarrollando en diversos ámbitos de la Universidad.

9) Bibliografía

-
1. Contera M, Benia W, Echeveste L, Delva J. Sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de primer año de la Universidad de la República. Estudio epidemiológico. Presidencia de la República – JND, Universidad de la República – Servicio Central de Bienestar Universitario. SICAD, OEA. Gráficos del Sur, Montevideo, 2001.

-
- 2 . Silva LZ, Barreto SM. Adverse psychosocial working conditions and poor quality of life among financial service employees in Brazil. *J Occup Health* 2012, Advanced Publication.
- 3 Contandriopoulos, A. () *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales Cuadernos Médicos Sociales* 2000, 77.
4. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Mental. Recuperado: <http://www.who.int/countries/ury/es>, 2009.
5. Oblitas L. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson, 2004.
6. De Riso S. *Salud Mental Hoy: Algunas Consideraciones Elementales*. Ponencia Congreso Regional Salud Mental y Derechos Humanos. Paraná: E. R. Mimeo, 2002.
7. Custo E. *Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina, 2008.
8. Carballera A. *Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares*. Universidad de la Plata (ULP), Argentina, 2004.
10. Galende E. *Demandas de Salud mental*. *Revista Ensayo y Experiencia*. Bs. As. 2002.
11. Barrón A, Sánchez E. (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicotema* 2001, 13:17-23.
12. Patrick DL, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993, p 22.
- 13 . The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med* 1998, 46; 12:1569-1585.
14. Calman KC *Quality of life in cancer patients – a hypothesis*. *Journal of Medical Ethics* 1984, 10, 124-127.
15. Organización Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Internacional de Servicios Públicos. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002
16. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res* 2009;18(7): 873-880.
17. Revicki DA, Kawata AK, Harnam N, Chen WH, Hays RD, Cella D. Predicting EuroQol (EQ-5D) scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items and domain item banks in a United States sample. *Qual Life Res* 2009;18(6):783-791

-
18. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.
 - 19 . Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
 20. Smilkstein G, et al. *J Syst Fam*, 1984.
 21. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18 (6):289-295.
 22. Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. [Colombia Médica 1994; 25: 26-8.](#)
 - 23 . Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006, 35, 1.
 24. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004, 23(3):241-262.
 25. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Replication (NCS-R) Results from the National Comorbidity Survey. *JAMA* 2003, 2003;289(23):3095-3105
 26. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary Care Validation of a Single-Question Alcohol Screening Test. *J Gen Intern Med* 24(7):783–8
 27. Observatorio Uruguayo de Drogas/Junta Nacional de Drogas/ONUDD/OEA. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas 2006. Montevideo, JND, 2006.