



**Trabajos ganadores
de las tres primeras
ediciones del
Premio CECOVA
de Investigación en Enfermería**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
Dep. Legal: A-968-2007
I.S.B.N.: 978-84-690-8907-7

Índice general

I PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Primer Premio

APLICANDO EL NUEVO ROL DE LA ENFERMERÍA 5

Autores: Amparo Marco Gisbert, Cristina Fonfria Vivas, Carmen Bellver Vavalón, Rosario Fonfria Vivas, Dolors Fusté Rodríguez, Amparo Muñoz Izquierdo, Ángela Garrido Bartolomé, Gloria Sanmartín Hernández, Rosario Serrada Martí, Carmen Pedro de la Torre, Fernando Balaguer Chuan, M^a Luisa Navarro La Torre, Carmen Zubicoa Fernández.

II PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Primer Premio

MOBBING. RIESGO PROFESIONAL VS ACOSO INSTITUCIONAL 53

Autor: José Ramón Martínez Riera

III PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Primer Premio

ESTUDIO SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL PÚBLICO. ACTITUDES, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS EN LA DESHABITUACIÓN 145

Autora: Milagros Gil Heredia

APLICANDO EL NUEVO ROL DE LA ENFERMERÍA

I PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
Primer Premio

Introducción

La participación de los profesionales de enfermería en los cuidados de la salud de la población es fundamental; la investigación debe ser la guía de la práctica asistencial, de modo que ésta se fundamente en la mejor evidencia científica y no en razones de autoridad, tradición o gustos personales. Coincidimos con el Consell de Col·legis Oficials de Diplomats D'Infermeria de Catalunya en la caracterización actual de la enfermería y en la definición de sus competencias. Como primera competencia de enfermería esta el proceso de cuidados, cuyo objetivo es proporcionar cuidado de enfermería individualizado mediante un método sistemático y organizado. La valoración de enfermería según el sistema de patrones funcionales de salud permite valorar como reacciona cada persona, física y psíquicamente, a un cambio en su estado de salud y a los métodos diagnósticos y procedimientos terapéuticos que se utilizan para su tratamiento. La documentación (registro) de los datos de valoración facilita la calidad de los cuidados y asegura un mecanismo de evaluación de los mismos. A través de la investigación-acción, que es una investigación participativa, el equipo de enfermería adquiere un modo de pensar sistemático acerca de qué ocurre con las actividades permitiendo llevar a cabo una acción críticamente informada cuando se considera posible realizar mejoras, así como controlar y valorar los efectos de la acción en vistas a proseguir la mejora.

Objetivo General

Formular las actividades de enfermería que derivan de los diagnósticos de enfermería, identificados con la hoja de valoración al ingreso (HVE) de Carpenito L. J., en población con problemas de salud digestivos, ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000. Objetivo General del grupo de trabajo: definir nuestra posición ante "el cuidado" en el ámbito hospitalario adoptando una filosofía de trabajo, conseguir una unificación de criterios y utilizar un mismo lenguaje.

Metodología

Este trabajo combina métodos cuantitativos y cualitativos, según el objetivo al que hacen referencia. Metodología del método cuantitativo: Diseño

del estudio: estudio descriptivo observacional transversal. Población de estudio: la población que se ha estudiado son 289 pacientes ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000. Definición de la condición a estudiar: se estudia los diagnósticos de enfermería (DE), este estudio ha trabajado con el concepto de DE que se presenta en el “Manual de diagnósticos de enfermería” 5º ed., de Carpenito LJ, 1997. Metodología cualitativa Brainstorming, y la investigación-acción y los procedimientos cualitativos fenomenológicos.

Resultados

Se han identificado 17 DE Alteración del bienestar 46.7%, es el más frecuente. Para cada DE se han identificado las Actividades, oscilando estas entre 3 y 17, con un número de actividades medio de 10. Destacan las actividades de Educación Sanitaria, Información y Relaciones Empáticas. Conclusiones del grupo de trabajo: asumimos la posición de defender las competencias de enfermería y adoptar la definición propuesta por las enfermeras catalanas que las definen como: “Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permiten que la actuación profesional se mantenga en el nivel exigible en cada momento”.

Conclusiones

Los DE identificados nos permiten programar cuidados enfermeros. Para que nuestros cuidados sean eficaces y nuestra relación enfermera/paciente sea instrumento de ayuda debemos desarrollar una actitud empática. Es necesario aumentar la frecuencia que tenemos en la realización de consultas bibliográficas, que nos permiten mantener actualizados nuestros conocimientos y fundamentar nuestra práctica en evidencias científicas. La práctica de la evaluación del trabajo realizado, como una fase más del proceso de investigación acción, permite analizar si los objetivos planteados se han cumplido y marcar unos nuevos, es decir, permite seguir avanzando. Sin apoyo institucional la aplicabilidad de la investigación enfermera se ve limitada.

ÍNDICE

1. Introducción	11
2. Objetivos	14
3. Metodología	15
4. Resultados	20
5. Discusión	43
6. Bibliografía	46
7. Anexo 1	48

1. INTRODUCCIÓN

La participación de los profesionales de enfermería en los cuidados de la salud de la población es fundamental; sin embargo, al igual que otros profesionales de la atención sanitaria, se trabaja bajo una presión cada vez mayor que nos obliga a demostrar constantemente el fruto de nuestro trabajo. Existe una impresión generalizada en cuanto a que los servicios suministrados por los profesionales de la enfermería deberían ser la combinación de unos sólidos conocimientos obtenidos en parte a través de la investigación y en parte de la experiencia. "Sin investigación, la enfermería no puede progresar ni como profesión ni como ciencia" (1).

Todos los profesionales de Enfermería pueden desarrollar su actividad profesional en cuatro campos: el asistencial, el de gestión, el docente y el investigador. Nadie duda de su actividad asistencial y sobre la gestión de los recursos, pero las otras funciones parecen poco relacionadas con la realidad cotidiana y aún hay muchas enfermeras que consideran que las actividades docentes o de investigación no están incluidas dentro de sus obligaciones y derechos como profesionales. En muchos hospitales se sigue trabajando con un modelo biomédico, sin utilizar el proceso de atención de Enfermería. No estamos acostumbrados a enfocar los problemas desde un punto de vista independiente y científico, estableciendo un diagnóstico de enfermería, unos objetivos, unas actividades y unos criterios de evaluación como profesionales autónomos, sino que en la mayoría de los casos pesa más el cumplimiento de actividades delegadas. La investigación debe ser la guía de la práctica asistencial, de modo que ésta se fundamente en la mejor evidencia científica y no en razones de autoridad, tradición o gustos personales. Dos razones se presentan como fundamentales para realizar investigación en Enfermería: hacer progresar el campo de conocimientos propio de Enfermería y conseguir una atención más eficaz y eficiente para las personas que están a nuestro cuidado. Esto evidentemente tiene una importancia vital para la práctica clínica (2).

Coincidimos con el Consell de Col·legis Oficials de Diplomats D'Infermeria de Catalunya en que en la actualidad la enfermería se caracteriza por ser una profesión de servicios, que proporciona cuidados enfermeros

aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina; tiene en cuenta a la persona como sujeto de emociones, relaciones sociales y que está vinculado a un sistema de valores personal (3).

La utilidad de la teoría consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. La fuerza de las enfermeras aumenta gracias al conocimiento teórico porque los métodos desarrollados sistemáticamente tienen más probabilidades de ofrecer buenos resultados. Por otra parte, las enfermeras, pueden demostrar que saben por qué hacen lo que hacen. La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones asistenciales, docentes e investigadoras de la profesión (4,5). Para nuestro desarrollo profesional es básico tener definidas unas competencias genéricas, que sean plenamente asumidas por todos los colectivos que formamos Enfermería, permitiéndonos tener una conciencia clara de cuales son y poder llevarlas a la práctica.

Las Competencias de Enfermería son “Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permiten que la actuación profesional se mantenga en el nivel exigible en cada momento”(3).

A partir de los modelos de Enfermería basados en el método científico, la profesión de enfermería ha adquirido una visión diferente del “Cuidar”. Teniendo como base estos modelos se han desarrollado “Planes de Cuidados”, introduciendo en los mismos “Diagnósticos de la NANDA”, basados en las necesidades de los individuos. A enfermería corresponde el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales (American Nurses Association; ANA 1980, 9). Esto significa que las enfermeras no tratan enfermedades, sino las respuestas de los clientes ante la enfermedad y su tratamiento, como náusea, nutrición inadecuada, dolor, ansiedad, pena anticipada. Las áreas en que participan los cuidados de enfermería son (ANA 1991, 1): Prevención de enfermedad o lesión, Promoción de la salud, Recuperación de la salud, Mantenimiento de la salud (6).

En el cuidado holístico el paciente es visto como uno individual, con componentes sociales, físicos, mentales y espirituales (7, 8).

Como primera competencia de enfermería está el proceso de cuidados, cuyo objetivo es proporcionar cuidado de enfermería individualizado mediante un método sistemático y organizado.

Este método tiene las siguientes fases:

- Valoración, recogida de datos y formulación de problemas.
- Priorización y actuación.
- Evaluación.

Este proceso de cuidados se inicia con la valoración, que es fundamental en la práctica diaria de toda enfermera. Consiste en la recogida deliberada y

sistematizada de datos para determinar el estado de salud actual del paciente y evaluar sus patrones de adaptación presentes y pasados llegando a la identificación de problemas (9).

La valoración de enfermería organizada según el sistema de patrones funcionales de salud de Gordon permite valorar como reacciona cada persona, física y psíquicamente, a un cambio en su estado de salud y a los métodos diagnósticos y procedimientos terapéuticos que se utilizan para su tratamiento. También sirve para detectar hábitos que pueden haber contribuido a enfermar, que son factores de riesgo o que pueden dificultar o facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y sus consecuencias. Se obtiene una base de datos básicos con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el transcurso médico del cliente (10,11).

Una vez identificados y valorados los datos significativos se definen los Diagnósticos Enfermeros y en base a ellos se elabora el plan de cuidados que incluye objetivos e intervenciones adecuadas a los problemas definidos. Se elaboran, deciden y seleccionan los protocolos y procedimientos más adecuados a la actividad planificada en base a su pertinencia, validez y eficiencia (3).

La documentación (registro) de los datos facilita la calidad de los cuidados y asegura un mecanismo de evaluación de los mismos (12). Ninguna profesión puede lograr su auténtico desarrollo, si no dispone de bases documentales de su actividad que le permitan seguir profundizando en el campo del conocimiento científico (13). La utilización de una adecuada documentación supone un requisito imprescindible para la planificación y administración de los cuidados de enfermería, ya que, como indica Farmer: "La falta de organización de nuestro trabajo práctico y de las observaciones clínicas han privado a la teoría de Enfermería de únicos y ricos conocimientos que derivan de la práctica". Los registros de enfermería recogen la información valiosa sobre el paciente y la evolución de su enfermedad sirviendo de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica. El registro de Enfermería favorece unos cuidados individualizados, facilita su comunicación al resto del equipo (que puede conocer así la situación real del paciente y los cuidados administrados), permite documentar las acciones de enfermería y evaluar la calidad de la atención prestada. Por otro lado, el estudio retrospectivo de los datos recogidos se convierte en una buena fuente de investigación que permite un cambio de actitudes asistenciales y una profundización en la formación de aquellos aspectos menos asumidos, además de iluminar sobre las deficiencias en la utilización de los recursos humanos, de los servicios, etc. (14)

Ya situados en el siglo XXI la pluralidad metodológica contribuye a la construcción del saber en salud y en enfermería. A los métodos cuantitativos, se unen los métodos de análisis cualitativo que buscan la obtención de un conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo; permiten estudiar

con rigor fenómenos que no es posible conocerlos cuantitativamente, por evaluar dimensiones subjetivas experimentadas frente a situaciones de la vida, enfermedad y muerte; así como, en torno del principio de autonomía de las personas, realizando reflexiones sobre su autenticidad e inautenticidad manifestadas en situaciones vivenciadas individual o colectivamente (15,16,17).

A través de la investigación-acción, que es una investigación participativa, colaboradora, y que surge típicamente de la clarificación de preocupaciones generalmente compartidas en un grupo, el equipo de enfermería adquiere un modo de pensar sistemático acerca de qué ocurre con las actividades permitiendo llevar a cabo una acción críticamente informada cuando se considera posible realizar mejoras, así como controlar y valorar los efectos de la acción en vistas a proseguir la mejora (18).

Vamos a presentar nuestra experiencia en el desarrollo profesional a propósito de la formulación de actividades de enfermería que derivan de los diagnósticos enfermeros identificados con la utilización de la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Formular las actividades de enfermería que derivan de los diagnósticos de enfermería, identificados con la hoja de valoración al ingreso (HVE) de Carpenito L. J., en población con problemas de salud digestivos, ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000.

Objetivos específicos:

- 1.1 Conocer el comportamiento de las características sociodemográficas y clínico/administrativas de la población ingresada en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000.
- 1.2 Describir el comportamiento del género y la edad en los diagnósticos de enfermería, que permite formular la HVE de Carpenito L. J., en población con problemas de salud digestivos, ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000.
- 1.3 Describir el comportamiento de las características de los grupos de diagnósticos médicos, en los diagnósticos de enfermería, que permite formular la HVE de Carpenito L.J., en población con problemas de salud digestivos, ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000.

1.4 Enumerar las actividades de enfermería que derivan de los diagnósticos enfermeros (DE), utilizando los manuales de Carpenito L.J. y Atkinson L, Murray M. mediante el empleo de la técnica de Braimstorming para llegar al consenso.

Objetivo General del grupo de trabajo:

Definir nuestra posición ante "el cuidado" en el ámbito hospitalario adoptando una filosofía de trabajo, conseguir una unificación de criterios y utilizar un mismo lenguaje.

3. METODOLOGÍA

Este trabajo han combinado los métodos cuantitativos y cualitativos, pasamos a detallar cada uno de ellos, según el objetivo al que hacen referencia.

Metodología de los objetivos específicos 1.1, 1.2 y 1.3

Diseño del estudio

Estudio descriptivo observacional de corte.

Población estudio

La población que se ha estudiado son 289 pacientes ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000.

Criterios de inclusión: población ingresada en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000, cuyo problema actual de salud, motivo del ingreso, se clasifica dentro de la patología digestiva.

Criterios de exclusión: quedaron fuera del estudio aquellos pacientes que ingresados en la sala de hospitalización de patología digestiva del HGUV, desde el 10 de enero de 2000 al 15 de octubre del 2000, cuyo problema actual de salud, motivo del ingreso, se clasifica dentro de la patología digestiva, y se conocía desde el momento del ingreso que su tratamiento iba a ser quirúrgico.

Procedencia de los sujetos: los sujetos son remitidos por los Centros de Salud y los de especialidades, el Servicio de Urgencias del HGUV y la Policlínica de Patología Digestiva del HGUV. De forma mayoritaria está población es la asignada al Área de Salud 8.

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

El total de población ingresada que cumplía los criterios de inclusión son 845, se han estudiado 289, lo que supone un 34,2%.

El tipo de muestro empleado has sido no probabilístico de criterio, considerando aquellas características contempladas en los criterios de inclusión y exclusión.

Definición de la condición a estudiar

La condición que se estudia son los diagnósticos de enfermería (DE), este estudio ha trabajado con el concepto de DE que se presenta en el “Manual de diagnósticos de enfermería” 5° ed., de Carpenito LJ, 1997 (18).

Se han estudiado los DE, entendido como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Describe el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

El DE proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consignan los resultados de los que es responsable la enfermera.

Cada DE se describe como sigue: definición, características que lo definen o factores de riesgo y los factores relacionados.

Un DE pueden ser real, de alto riesgo, de bienestar o de tipo sindrómico, este estudio sólo incluye los dos primeros.

Los DE que se han estudiado tienen dos tipos de enunciados:

- Dos partes, son los de alto riesgo y posibles. La comprobación de un diagnóstico de alto riesgo es la presencia de factores de riesgo. Dichos factores son la segunda parte del diagnóstico.
- Tres partes, son los reales y constan de las características que definen al DE formulado, y los factores de riesgo. Incluye los términos de la etiqueta de denominación del DE, los factores concurrentes y los signos y síntomas.

Fuente de información: se ha empleado el formulario de Valoración de Enfermería al Ingreso, que se presenta en el “Manual de diagnósticos de enfermería” 5° ed., de Carpenito LJ, 1997, adaptado a nuestro medio. Se presenta el formulario definitivo utilizado en el anexo 1.

Proceso de recogida de la información

La cumplimentación de los datos que contempla la HVE, se han recogido dentro de las primeras 48 horas después de ocurrido el ingreso. El procedimiento emplea la entrevista personal, realizada por la enfermera en la habitación del paciente. También se realiza la observación y la exploración física. En algunas ocasiones la información la facilita un familiar. Así mismo, se completa con información recogida por los médicos y otros profesionales de la salud y que esta registrada en la historia clínica del paciente.

Variables estudiadas en la Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso: los datos que contempla la HVE utilizada, constituyen las variables que se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1: grupos de variables	
Sociodemográficas	Género, edad, trabajo, estatus de empleo
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Gastroenterología (GEL), todos los problemas relacionados con esófago, estómago, páncreas, intestino delgado, intestino grueso, y hemorragias digestivas bajas. Hepatología (HPL), los relacionados con hígado y vías biliares. Endoscopias (END), los motivos de ingreso por hemorragia digestiva alta que no son de origen cirrótico y los programados para técnicas endoscópicas digestivas.
Administrativas	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de ingreso Turno de llegada
Continúa cuadro 1	
Diagnósticos de enfermería (la definición operativa de las variables incluidas en cada patrón se presenta en el anexo 2)	<ul style="list-style-type: none"> Patrón mantenimiento de la salud/prescripciones Patrón actividad/ejercicio, capacidad de autocuidados Patrón nutricional/metabólico Patrón de eliminación Patrón de sueño/reposo Patrón cognitivo/perceptual Patrón de adaptabilidad y tolerancia al estrés/autopercepción/concepto de uno mismo Patrón de relaciones del rol Valoración física Planificación del alta

Proceso de análisis de los datos

Los datos se han introducido en la base de datos SPSS 9.0, en el análisis se han estudiado la frecuencias absolutas y relativas de las características sociodemográficas, clínico/administrativas y de los diagnósticos de enfermería identificados.

La significación estadística del género en la edad, ha sido estudiada con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney, dado que la edad no tiene un comportamiento normal, tal como indica la prueba de Kolmogorov-Smirnov (anexo 2).

La significación estadística del género en los grupos de diagnósticos médicos ha empleado la prueba del chi-cuadrado de Pearson.

La significación estadística de la edad y los grupos de diagnósticos médicos ha empleado la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Todas las pruebas se han realizado con un nivel de confianza del 95%, hipótesis de contraste bilateral y la significación estadística la hemos fijado en valores $p < 0.05$.

Para la formulación de los DE ha sido necesario elaborar los algoritmos de cada diagnóstico, que contemplan los factores relacionados (relacionado con) y las características que lo definen (manifestado por), el anexo 3 presenta todos aquellos que han dado un resultado positivo.

En el caso del alto riesgo de traumatismo se ha calculado una nueva variable (MOVILI1) que es la suma de todos los aspectos valorados en el patrón actividad ejercicio, el anexo 2 presenta las distribuciones de cada aspecto. Hemos tomado el valor 1, como punto de referencia para indicar compromiso de la movilidad, ya que es el valor superior más próximo a los valores superiores del intervalo de confianza de la media, de las variables estudiadas que indican independencia en la realización de la actividad.

Presentación de los resultados

Los aspectos sociodemográficos y clínico/administrativos se presentan en tablas y gráficos.

Para hacer más fluida la lectura de los DE identificados, en el apartado de resultados se presentan las tablas de la distribución del género y los grupos de diagnósticos médicos, de aquellos cuya frecuencia relativa es superior a 2 y en el anexo 4 se muestra la distribución de los motivos de ingreso y la edad. Cuando la frecuencia del DE es inferior a 2, todas las tablas de resultados están en el anexo 4 y en el punto de resultados se hace sólo el comentario.

Para permitir la localización de la información expuesta en los anexos se remite mediante una nota a pie de página que indica el número del anexo y el número de página donde se encuentra la información referida. La numeración de los anexos se sitúa en el vértice superior derecho de la hoja.

Metodología del objetivo específico 1.4.

Diseño del estudio

Estudio cualitativo que emplea la técnica del Brainstorming, para identificar las actividades de enfermería.

Procedimiento

El grupo está compuesto por ocho enfermeras y la supervisora. Una enfermera actúa como moderadora y hay una secretaria que se encarga de registrar las sugerencias emitidas.

Sesión de trabajo.

Se realizaron 10 sesiones, de dos horas de duración, con periodicidad quincenal. Cada reunión está estructurada en dos partes, en primer lugar, cada miembro del grupo ha de emitir las actividades¹ de enfermería que ha identi-

¹ Entendemos las actividades enfermera como: “acciones específicas, que realiza el profesional de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia un resultado concreto”. Definición obtenida del documento “el concepto enfermero, desarrollado en el Proyecto NIPE”.

ficado. No se pueden criticar las ideas emitidas en esta fase. En segundo lugar se evalúan las actividades y se llega por consenso a la elaboración de un listado de actividades que derivan de los DE identificados.

Como material de trabajo se emplearon los manuales:

- Atkinson L, Murray M. Guía clínica para la planeación de los cuidados. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.
- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.

Presentación de resultados

Los DE se enuncian sólo con la etiqueta diagnóstica, y se acompañan de un cuadro con dos columnas, la primera enumera las actividades identificadas por el grupo y la segunda los criterios que nos permitan medir el resultado.

Metodología del objetivo del grupo de trabajo

La investigación-acción y los procedimientos cualitativos fenomenológicos han sido nuestras herramientas básicas de trabajo.

Ya se ha mencionado la composición del grupo, en el cumplimiento de este objetivo dos enfermeras actuaron como coordinadoras.

Se han efectuado 35 reuniones de grupo, de frecuencia quincenal y duración mínima de dos horas. También 12 reuniones individuales con las dos coordinadoras.

Las reuniones de trabajo han sido dirigidas, por una coordinadora, que tenía el papel de fomentar la participación y centrar la discusión en el tema. Un miembro del equipo transcribía los acuerdos a los que se llegaba por consenso.

Las sesiones de trabajo han tenido como finalidad unificar conceptos, significados y criterios, para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué entendemos por Cuidado?
- ¿Desde qué posición entendemos el “cuidado” como grupo de enfermeras del ámbito hospitalario?
- ¿Desde qué filosofía de cuidados?
- ¿Qué hoja de valoración?

Dinámica de trabajo

Se entregaba el material de estudio, individualmente siguiendo unas directrices se estudiaba y trabajaba el material, en una reunión posterior se realizó la sesión de puesta en común y consenso.

Material

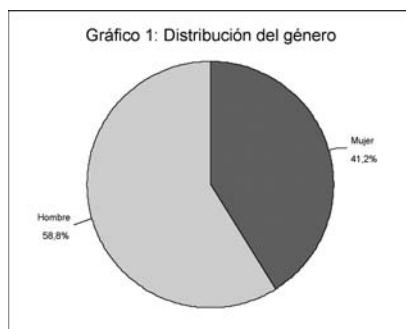
- Atkinson L, Murray M. Guía clínica para la planeación de los cuidados. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.
- Benavent E, Camaño R, Cuesta A. Metodología en enfermería. 1ª ed. Valencia: universitat de valència. 1999.
- Carpenito LJ. Manual de diagnosticos de enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.
- Elías A, Esteve C, Esteve N, Pagés J, Pera Y, Peya M. competencias de la profesión de enfermería. Barcelona: Consell de Col.legis Oficials de Diplomats D'Infermeria de Catalunya. 1997. 31 pag.
- López E.Mª, Bersaluce M, Izureta I, Uriarte Mª N, Alonso C, Cáceres Mª S. Opinión sobre registros de Enfermería en el Hospital de Galdakao. Enfermería científica. 1998 Enero-Febrero; 190-1: 22-5.
- Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. 1ª ed. Barcelona: Rol; 1989.
- Pallares L, García Mª J. Requisitos previos para el inicio de un programa de evaluación. Organización y cultura institucionales. En: Pallares L, García MªJ, autores. Guía practica para evaluación de la calidad en la atención enfermera. 1ª ed. Madrid: Olalla ediciones, S.L.; 1996. 45-65.
- Remmis S, Mctaggart R. Cómo planificar la investigación-acción. 3ª de. Barcelona: Laertes S.A.; 1988.
- Romá M.T., Ruiz M.T. Funciones de enfermería: evolución de un concepto. Enfermería clínica. 2(4): 135-41.
- Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 1ª ed. Barcelona; Ediciones Paidós Ibérica SA:1986.
- Wesley RL. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: McGraw-Hill/interamericana; 1997.

4. RESULTADOS

Presentamos los resultados siguiendo la secuencia planteada en la definición de los objetivos específicos.

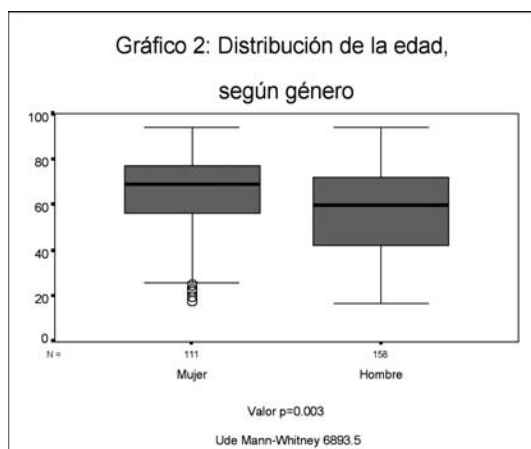
4.1 Características sociodemográficas y clínico/administrativas

La población estudiada son 289 pacientes ingresados en la unidad asistencial de Patología Digestiva del HGUV, durante 9 meses (enero 2000 a octubre 2000). De ellos 117 son mujeres, 167 son hombres y en 5 casos se desconoce el género, el gráfico 1 muestra la distribución porcentual.

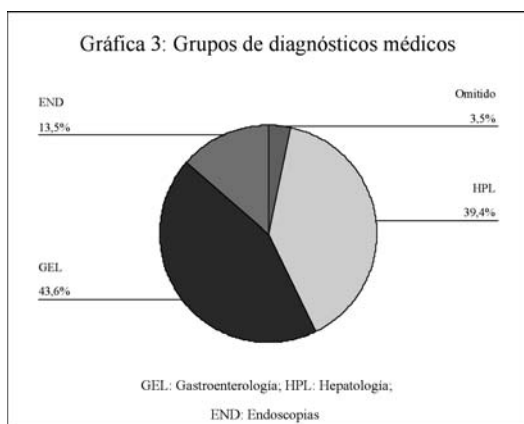


La edad media es de 60 años, situándose el valor mínimo en 17 y el máximo en 94. Las mujeres tienen una media (64 años) superior a los hombres (58 años), siendo esta diferencia significativa, el gráfico 2 muestra las distribuciones y los valores de significación¹.

Casi la mitad de los ingresos corresponden al grupo de Gastroenterología (GEL) seguidos de Hepatología (HPL) y en último lugar se encuentra el grupo de Endoscopias (END). El sexo no marca diferencia en el número de casos de cada uno de los grupos, mientras que la edad sí ($P= 0.01$), siendo la media del grupo de Endoscopias 68 años, la



mayor de los tres grupos, la gráfica 3 muestra las frecuencias relativas. En el anexo 4 se pueden ver los motivos de ingreso que se engloban en estas tres categorías.



Poco más de la mitad de los pacientes han ingresado de forma urgente seguidos de los programados y trasladados. El 21'8 % de los casos se desconoce el tipo de ingreso. El gráfico 4 muestra los valores de los porcentajes.

El gráfico 5 muestra los porcentajes de llegada de los ingresos. La noche seguida de la tarde concentran casi la totalidad de los ingresos.

Solamente se puede valorar el 63 % de los casos, en las situaciones de trabajo, siendo el no cualificado y ama de casa, son las más frecuentes, ver tabla 1.

En el estatus de empleo se consideran válidos 208 casos, jubilados, empleados y amas de casa son los que ocupan los tres primeros lugares, ver tabla 2.

¹ Anexo 4

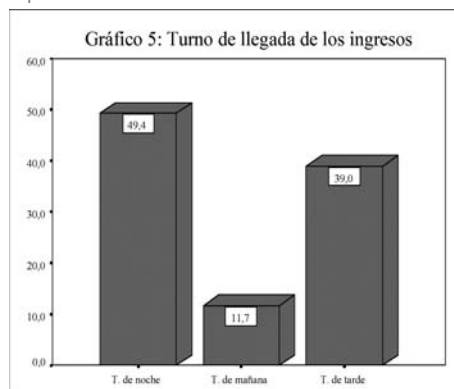
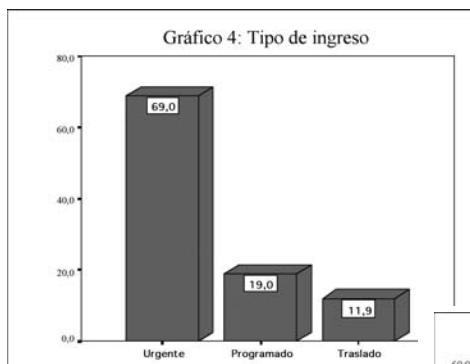


Tabla 1: Trabajo

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	Ama de casa	55	19,0
	Estudiante	2	,7
	No cualificados	69	23,9
	Autónomos	14	4,8
	Cualificado universitario	18	6,2
	Parado	5	1,7
	Cualificado profesional	20	6,9
	Total	183	63,3
Perdidos	Sistema	106	36,7
	Total	289	100,0

Tabla 2: Estatus de empleo

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	Empleado	59	20,4
	Incapacidad transitoria	5	1,7
	Incapacidad permanente	14	4,8
	Desempleo	8	2,8
	Jubilado	84	29,1
	Estudiante	2	,7
	Ama de casa	36	12,5
	Total	208	72,0
Perdidos	Sistema	81	28,0
	Total	289	100,0

4.2 Diagnósticos de enfermería

Alteración del mantenimiento de la salud en ausencia de enfermedad relacionado con (r/c) prácticas de salud inadecuadas (factores de situación) y manifestado por (m/p) verbalización de abuso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas. Solo se presentan tres casos (1'0%) y todos son hombres².

No seguimiento del tratamiento r/c naturaleza crónica de la enfermedad (factores fisiopatológicos) y m/p verbalización de incumplimiento y no participación en el tratamiento con abuso de sustancias como alcohol. Se presenta en 39 casos lo que supone el 13'5%, 8 son mujeres y 30 son hombres, tabla 3. La mitad de los pacientes de este DE corresponde al grupo de Hepatología, tabla 4. La edad media se sitúa en 46 años con un mínimo de 18 y un máximo de 78 años.

Tabla 3: No seguimiento del tratamiento según género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	8	20,5
	Hombre	30	76,9
	Total	38	97,4
Perdidos	Sistema	1	2,6
Total		39	100,0

Tabla 4: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	21	53,8
	GEL	14	35,9
	END	4	10,3
	Total	39	100,0

Alto riesgo de traumatismo r/c grado de movilidad alterada, equilibrio y marcha inestable, agarre manual y músculos de las piernas débiles (factores fisiopatológicos). Se dan tres casos de los cuales 2 son mujeres y 1 es hombre, correspondiendo 2 a Endoscopias y 1 a Gastroenterología. La edad media se sitúa en 72 con un mínimo de 64 y un máximo de 84 años³.

Déficit de autocuidado r/c alteraciones metabólicas y endocrinas, trastornos del sistema nervioso (factores fisiopatológicos) y m/p dificultad para alimentarse, ir al cuarto de baño, levantarse y realizar la higiene personal. Se presentan 17 casos, de los cuales 8 mujeres y 9 hombres, ver tabla 5, siendo

^{2,3} Anexo 5

la distribución de los grupos de diagnósticos médicos muy similar, ver tabla 6. La edad media se sitúa en 76 años, con un mínimo de 61 y un máximo de 92 .

Tabla 5: Deficit de autocuidados según Género

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	Mujer	8	47,1
	Hombre	9	52,9
	Total	17	100,0

Tabla 6: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	HPL	6	35,3
	GEL	5	29,4
	END	5	29,4
	Total	16	94,1
Perdidos	Sistema	1	5,9
Total		17	100,0

Alteración de la nutrición por defecto r/c trastornos del metabolismo como cirrosis, trastornos de la absorción como enfermedad de crohn, diverticulosis (factores fisiopatológicos) y vómitos (factor de situación) y m/p apetito disminuido, pérdida de peso en los últimos seis meses, y vómitos. Se dan 77 casos siendo 34 mujeres y 42 hombres, ver tabla 7. El grupo de GEL y HPL son los más numerosos, ver tabla 8, de los cuales corresponden 13 (16'9%) a Hemorragia digestiva alta y 10 (13'0%) a Cirrosis hepática como los motivos de ingreso con mas incidencia. La edad media se sitúa en 64 con un mínimo de 22 y un máximo de 94 años⁴.

Tabla 7: Alteración de la nutrición por defecto, según Género

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	Mujer	34	44,2
	Hombre	42	54,5
	Total	76	98,7
Perdidos	Sistema	1	1,3
Total		77	100,0

⁴Anexo 5

Tabla 8: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	29	37,7
	GEL	32	41,6
	END	14	18,2
	Total	75	97,4
Perdidos	Sistema	2	2,6
Total		77	100,0

Alteración de la mucosa oral r/c infección como Gingivitis (factor fisiopatológico) y m/p lesiones en la mucosa oral. Solo se presentan 2 casos, uno de cada género, correspondiendo al grupo médico de Gastroenterología y Endoscopias⁵.

Deterioro de la integridad cutánea r/c alteraciones metabólicas y endocrinas como Cirrosis, Ictericia. Historia de problemas cutáneos (factores fisiopatológicos) y m/p lesiones en el tejido epidérmico y dérmico, edema y prurito. Sólo se presentan 2 casos, son hombres y corresponden al grupo médico de Hepatología. La edad mínima se sitúa en 60 y la máxima en 75 años .

Alto riesgo de Infección r/c enfermedades crónicas como Trastornos hepáticos, Diabetes mellitus (factores fisiopatológicos), presencia de vía invasiva como sonda uretral permanente (factor en relación con el tratamiento). Se presentan 22 casos de los cuales 16 son mujeres y 6 hombres, ver tabla 9, GEL y HPL agrupan casi la totalidad de los casos, ver tabla 10. La media de edad esta en 75 años, siendo el mínimo 18 y el máximo 92 .

Tabla 9: Alto riesgo de infección según, Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	16	69,6
	Hombre	6	26,1
	Total	22	95,7
Perdidos	Sistema	1	4,3
Total		23	100,0

Tabla 10: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	9	39,1
	GEL	11	47,8
	END	2	8,7
	Total	22	95,7
Perdidos	Sistema	1	4,3
Total		23	100,0

⁵ Anexo 5

Diarrea r/c trastornos nutricionales y síndromes de mala absorción como Diverticulitis, Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn (factores fisiopatológicos) y m/p deposiciones líquidas con aumento de la frecuencia. Se presentan 23 casos, 7 son mujeres y 16 son hombres, ver tabla 11, y corresponden 11 al grupo de Gastroenterología, 9 a Hepatología y 3 a Endoscopias, ver tabla 12. La edad mínima se sitúa en 26 y la máxima en 83 años⁶.

Tabla 11: Diarrea según Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	7	30,4
	Hombre	16	69,6
	Total	23	100,0

Tabla 12: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	9	39,1
	GEL	11	47,8
	END	3	13,0
	Total	23	100,0

Estreñimiento r/c Dolor (en la defecación), Hemorroides, Diverticulitis (factores fisiopatológicos), uso habitual de laxantes (factores en relación con el tratamiento), dieta inadecuada (factores de situación) y m/p deposiciones duras y formadas y con frecuencia inferior a tres veces por semana. Se presentan 73 casos de los cuales 41 son mujeres y 31 son hombres, ver tabla 13. En los motivos de ingreso corresponden 30 a Hepatología, 26 a gastroenterología y 14 a Endoscopias, ver tabla 14. La edad media se sitúa en 64 años con un valor mínimo de 20 y máximo de 91 años.

Tabla 13: Estreñimiento según Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	41	56,2
	Hombre	31	42,5
	Total	72	98,6
Perdidos	Sistema	1	1,4
Total		73	100,0

⁶Anexo 5

Tabla 14: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	30	41,1
	GEL	26	35,6
	END	14	19,2
	Total	70	95,9
Perdidos	Sistema	3	4,1
Total		73	100,0

Incontinencia urinaria funcional r/c diuréticos (factores en relación con el tratamiento), deterioro de la movilidad (factores de situación) y m/p dificultad para retrasar la micción y dificultad para llegar al cuarto de baño. Se presentan 26 casos, de los cuales 15 son mujeres y 10 son hombres, ver tabla 15. A Hepatología corresponden 11 casos, a Gastroenterología 10 y a Endoscopias 4, ver tabla 16. La edad media se sitúa en 72 años con un valor mínimo de 52 y un máximo de 94 años.

Tabla 15: Incontiencia urinaria funcional según Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	15	57,7
	Hombre	10	38,5
	Total	25	96,2
Perdidos	Sistema	1	3,8
Total		26	100,0

Tabla 16: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	11	42,3
	GEL	10	38,5
	END	4	15,4
	Total	25	96,2
Perdidos	Sistema	1	3,8
Total		26	100,0

Incontinencia urinaria total r/c incapacidad para comunicar las necesidades, disminución de la atención a las sensaciones vesicales (factores de situación) y m/p flujo constante de orina sin distensión. Se presentan 36 casos de los cuales 23 son mujeres y 12 son hombres, ver tabla 17. Corresponden 16 casos a Gastroenterología, 12 a Hepatología y 6 a Endoscopias, ver tabla 18. La edad media se sitúa en 73 con un valor mínimo de 32 años y un valor máximo de 94 años⁷.

⁷ Anexo 5

Tabla 17: Incontinencia urinaria total según Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	23	63,9
	Hombre	12	33,3
	Total	35	97,2
Perdidos	Sistema	1	2,8
Total		36	100,0

Tabla 18: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HPL	12	33,3
	GEL	16	44,4
	END	6	16,7
	Total	34	94,4
Perdidos	Sistema	2	5,6
Total		36	100,0

Alteración del patrón del sueño r/c alteraciones de la eliminación intestinal o vesical como diarrea, estreñimiento, incontinencia, afectación del metabolismo como trastornos hepáticos (factores fisiopatológicos), cambios ambientales como hospitalización, ruido, compañero de habitación molesto (factores de situación) y m/p dificultad para dormirse, insomnio, pesadillas. Se presentan 102 casos, de los cuales 54 son mujeres y 50 son hombres, ver tabla 19. A gastroenterología pertenecen 44, a Hepatología 42 y a Endoscopias 16, ver tabla 20. La edad media se sitúa en 63 años con un valor mínimo de 18 y un máximo de 93 años⁸.

Tabla 19: Alteración del patrón del sueño según Género

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	54	50,9
	Hombre	50	47,2
	Total	104	98,1
Perdidos	Sistema	2	1,9
Total		106	100,0

⁸ Anexo 5

Tabla 20: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	HPL	42	39,6
	GEL	44	41,5
	END	16	15,1
	Total	102	96,2
Perdidos	Sistema	4	3,8
Total		106	100,0

Alteración del bienestar r/c Trastornos viscerales Hepáticos, Intestinales (factores fisiopatológicos), pruebas diagnósticas (factores en relación con el tratamiento) y m/p información o demostración de una molestia. Se presentan 135 casos, siendo 62 mujeres y 72 hombres, ver tabla 21. Gastroenterología y Hepatología agrupan la mayor parte de los casos. Los grupos de diagnósticos médicos siguen el siguiente orden de frecuencia GEL, HPL y END, ver tabla 22. Los motivos de ingreso que presentan mayor frecuencia son Biopsia hepática con 16 casos, Hemorragia digestiva alta con 15, Pancreatitis con 13, Cirrosis hepática con 12, Diverticulos 9, Colangitis 7, Anemia ferropenica microcitica 7 y Ulcera gástrica 6. La edad media se sitúa en 57 años con un valor mínimo de 42 y un máximo de 75°.

Tabla 21: Alteración del bienestar según, Género

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	Mujer	62	45,9
	Hombre	72	53,3
	Total	134	99,3
Perdidos	Sistema	1	,7
Total		135	100,0

Tabla 22: Grupos de diagnósticos médicos

		Frecuencia	Porcentaie
Válidos	HPL	50	37,0
	GEL	67	49,6
	END	17	12,6
	Total	134	99,3
Perdidos	Sistema	1	,7
Total		135	100,0

Ansiedad r/c amenaza real a la integridad biológica por la enfermedad, procedimientos invasivos y cambio percibido en el entorno como la hospitalización (factores de situación) y m/p síntomas emocionales donde la persona admite sentimientos de nerviosismo, tensión, preocupación importante por la enfermedad. Se presentan 3 casos, 2 son hombres y 1 mujer correspondiendo 2 a Hepatología y 1 a Gastroenterología. En la edad hay un valor mínimo de 42 y un máximo de 75.

Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo r/c problemas respecto a la hospitalización y estado emocional (factores en relación con el tratamiento). Se presentan 5 casos de los cuales 1 es mujer y 4 son hombres. A Gastroenterología y Hepatología corresponden 2 y 1 a Endoscopias. El valor mínimo de la edad corresponde a 42 y el máximo a 75 años.

Alto riesgo de alteración de los procesos familiares r/c enfermedad de un miembro de la familia que modifica su actuación dentro de la familia (factores fisiopatológicos), hospitalización de ese miembro de la familia (factores relacionados con el tratamiento), no disponiendo de sistemas de apoyo. Se presentan 2 casos y son mujeres.

Tabla 23: Resumen de los diagnósticos de enfermería según los patrones funcionales

<i>Patrón funcional</i>	<i>DE</i>	<i>%</i>
<i>Mantenimiento de la salud/prescripciones</i>	• Alteración del mantenimiento de la salud en ausencia de enfermedad	1.0
	• No seguimiento del tratamiento	13.5
<i>Actividad ejercicio/capacidad de autocuidado</i>	• Alto riesgo de traumatismo	1.0
	• Déficit de autocuidados	5.9
<i>Nutricional/metabólico</i>	• Alteración de la nutrición por defecto	26.6
	• Alteración de la mucosa oral	0.7
	• Deterioro de la integridad cutánea	0.7
	• Alto riesgo de infección	8.0
<i>Eliminación</i>	• Diarrea	8.0
	• Estreñimiento	25.3
	• Incontinencia urinaria funcional	9.0
	• Incontinencia urinaria total	12.5
<i>Sueño/reposo</i>	• Alteración del patrón del sueño	36.7
<i>Cognitivo/perceptual</i>	• Alteración del bienestar	46.7
<i>Adaptabilidad y tolerancia al estrés/autopercepción/ concepto de uno mismo</i>	• Ansiedad	1.0
	• Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo	1.7
<i>Relaciones del rol</i>	• Alto riesgo de alteración de los procesos familiares	0.7

4.3 Actividades de enfermería que derivan de los Diagnósticos Enfermeros

El número de actividades identificadas oscila entre 3 y 17, siendo la media de 10. En los criterios de resultados el valor medio se sitúa en 3.

Alteración del mantenimiento de la salud en ausencia de enfermedad

Actividades.

- Determinar los conocimientos que tiene el paciente sobre prevención primaria: accidentes físicos, dieta, abuso de sustancias tóxicas, higiene, ejercicio, sexualidad, aspectos psicológicos.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre prevención secundaria : importancia del cumplimiento terapéutico y estilos de vida sanos.
- Conocer el significado de educación sanitaria en la cultura del paciente.
- Determinar, los conocimientos que el paciente necesita para manejar su situación de salud.
- Evaluar la disponibilidad del paciente para cambiar su comportamiento.
- Comunicar al medico, el plan de cuidados de enfermería y educación sanitaria
- Planificar el alta, contactar con la enfermera de atención primaria y con la trabajadora social, si es necesario.
- Establecer relación de empatía para poder averiguar el grado de dependencia que tiene y si es consciente de ello.
- Averiguar disponibilidad del paciente a someterse a educación sanitaria de hábitos dependientes.

Criterio de resultados

- Elaborar un documento escrito que describa el plan de actuación de educación sanitaria y estilos de vida saludables que seguirá el paciente.

No seguimiento del tratamiento

Actividades

- Utilizar preguntas abiertas para animar al paciente a que hable de sus experiencias previas con los cuidados de salud.
- Preguntar cuales son las preocupaciones sobre medicamentos, dieta, etc...
- Valorar cambios recientes en su estilo de vida (personales y de trabajo).
- Valorar problemas con el tratamiento farmacológico actual.
- Ayudar a reducir efectos colaterales (acidez, somnolencia).
- Enseñar la importancia de seguir el tratamiento prescrito.

- Establecer una comunicación de empatía con el paciente que nos permita conocer los motivos de su conducta y sus perspectivas; Reflejar los comentarios.
- Ofrecer información.
- Evaluar la posibilidad de establecer un plan de cuidados conjunto.
- Averiguar los motivos de incumplimiento
- Información sobre la actuación de los medicamentos, su importancia para la buena evolución de la enfermedad.
- Control presencial de la toma del tratamiento para evaluar su enfermedad.

Criterio de resultados

- Expresar verbalmente los temores relacionados con las necesidades de salud.
- Identificar los factores que contribuyen a la ansiedad.
- Identificar las alternativas a los patrones de adaptación actuales.
- Registro de datos significativos de efectividad del tratamiento.
- Conocer su estado de salud y su comparación con el anterior.
- Evaluar el resultado del plan de cuidados. Aceptar la decisión del paciente

Alto riesgo de traumatismo

Actividades

- Orientar a cada nuevo paciente en el entorno, explicar el sistema de llamada y valorar la capacidad del paciente y familia para usarlo.
- Valorar la presencia de efectos secundarios de fármacos que puedan producir vértigos.
- Enseñar el manejo de utensilios de apoyo que disminuya el riesgo de traumatismo.
- Animar al paciente a que utilice el sistema de llamada por la noche si lo precisa.
- Determinar el conocimiento del paciente y familia para manejar su nivel de salud.
- Proporcionar una hidratación adecuada.
- Alentar el sueño y el descanso.
- Poner barandillas en las camas para mayor seguridad.
- Vigilar las primeras noches para valorar seguridad.
- Utilizar una luz de noche.
- Enseñar el uso de andadores y aparatos de apoyo.
- Educación sanitaria sobre movimientos de deambulación segura y levantarse o acostarse con seguridad.

Criterio de resultados

- Registro de la progresión de agilidad y habilidad del manejo de aparatos de apoyo.
- Describir el estado del paciente.
- Conocer el nivel de conocimiento del paciente sobre utilización del sistema de llamada y de los utensilios de apoyo.

Déficit de autocuidado

Actividades

- Educación sanitaria de aprovechamiento al máximo de los recursos materiales y personales, para su autocuidado.
- Colocar el timbre para llamar a su alcance y alentar al paciente a que lo utilice cuando lo necesite.
- Atender demandas de información y autocuidados al cuidador.
- Proporcionar utensilios necesarios para la higiene personal, así como el vestido.
- Acomodar al paciente de forma adecuada para comer, fomentando su independencia. Enseñar maniobra de Heimlich.
- Evaluar al paciente y familia para determinar el nivel de ayuda necesaria para ir al baño.
- Proporcionar dispositivos de asistencia de acuerdo con la evaluación del grado de movilidad.
- Contestar pronto a la luz de llamada.
- Iniciar educación sanitaria para adecuar el nivel de autocuidado del paciente y familia: Alimentación. Posición del paciente. Utensilios ortopédicos. Alimentos adecuados. Maniobra de Heimlich. Higiene desdoblamiento los procesos y adecuarlos.
- Explicar y realizar ejercicios para aumentar el tono muscular y el rango de movimiento articular.
- Alimentarse: Averiguar que comidas le gustan y cuales no. Mantener la temperatura correcta en las comidas. Aliviar el dolor ya que puede afectar al apetito y la capacidad de alimentarse. Proporcionar buena higiene bucal, antes y después de las comidas. Enjuagues bucales. Si utiliza prótesis dental, animarle a que la utilice. Colocar en la posición mas normal para comer, de acuerdo con su incapacidad. Si precisa ofrecer ayuda total.
- Ir al cuarto de baño. Valorar ayuda total. Si precisa ayuda parcial, proporcionarle todo el equipo y ponerlo a su alcance. Proporcionar intimidad. Valorar que pueda expresar la necesidad de ir al baño. Llevar un registro de la eliminación urinaria e intestinal.

- Levantarse. Enseñar a realizar ejercicios de brazos y piernas, al menos cuatro veces al día, ejercicios pasivos. Proporcionar movilización progresiva: Sentarse lentamente, limitar el tiempo al principio, aumentar el tiempo según tolerancia, progresar en la deambulación, enseñar uso de andadores.
- Valorar si precisa ayuda total: Higiene de la boca, general, perineal, perianal diaria o cuando lo precise. Hidratación de la piel.
- Valorar ayuda parcial. Proporcionar equipo y ponerlo a su alcance. Fomentar el uso de la ducha.

Criterio de resultados

- El paciente lleva a cabo actividades de autocuidado: Alimentación, higiene, vestido y movilidad, al máximo nivel de independencia (escala del 0-3).
- El paciente se adapta a la ejecución de ejercicios que aumenten el tono muscular y el rango de movimiento articular.
- La familia colabora.
- Conocimientos adquiridos por el paciente y familia relatados personalmente o por escrito.
- Registro de la evolución de su autocuidado y de su programa de independencia.

Alteración de la nutrición por defecto

Actividades

- Identificar los alimentos por preferencias/rechazos.
- Solicitar una dieta libre dentro de la dieta permitida.
- Si el motivo es aprensión hospitalaria, dar la posibilidad de comida domiciliaria.
- Posibilidad de incluir suplementos dietéticos.
- Eliminar practicas desagradables antes de las comidas.
- Educación sanitaria sobre hábitos alimenticios, (horarios, masticación, información sobre la importancia de la alimentación, enseñar a utilizar especias en las comidas, ejercicio previo al horario de comidas, evitar comidas demasiado fuertes y dulces).
- Registro diario de la ingesta de alimentos.
- Ofrecer comidas poco abundantes y frecuentes.
- Hacer que se le sirvan los ingredientes mas altos en proteínas/calorías en el momento que más le apetece comer.

Criterio de resultados

- Evaluar a los siete días el aumento de peso.
- Verbalización por parte del paciente de la variación de su apetito.
- Comparación progresiva del aumento de la ingesta de alimentos.

Alteración de la mucosa oral

Actividades

- Evaluar conocimiento y la capacidad del paciente para llevar a cabo su cuidado de la higiene oral
- Establecer con el paciente y su cuidador un programa para la atención bucal en el plan escrito de cuidados
- Ayudar a completar la higiene bucal en aquellos pacientes incapaces de llevar a cabo el cuidado personal o cuando sea portador de aparatos que puedan dañar la mucosa (mascarillas, sonda de aspiración nasogástrica, etc.
- Insistir en la importancia de la higiene oral diaria.
- Enseñar cuidado bucal correcto, cepillado después de las comidas, antes de acostarse, uso de la seda dental, hidratación de los labios, enjuagues con antisépticos.

Criterio de resultados

- Registro del control de la mucosa bucal.
- Demostrar el cumplimiento del plan escrito, realizar las adaptaciones pertinentes.
- Demostrar integridad de la mucosa de la cavidad bucal.

Deterioro de la integridad cutánea

Actividades

- Describir el estado de la piel en cada turno, medir y documentar cada anomalía.
- Colocar al paciente inmovilizado con el uso de almohadas, realizando cambios posturales cada dos horas
- Aumentar ingesta de proteínas.
- Utilizar dispositivos de asistencia para aliviar la presión sobre los talones, rodillas y codos.
- Aplicar apósitos de barrera si es pertinente
- Evaluar el conocimiento y la capacidad del paciente para llevar a cabo su cuidado personal.
- Establecer con el paciente y su cuidador un programa para el cuidado de la piel en el plan escrito de cuidados.
- Ayudar a completar la higiene de la piel en aquellos pacientes incapaces de llevar a cabo su cuidado personal
- Mantenimiento estricto de la piel sobre todo en zonas de eliminación.
- Identificar estadio de desarrollo de la ulcera por decúbito. Estadio I: eritema no blanqueable o ulceración limitada a la epidermis. Estadio II: ulceración de la dermis que no involucra la grasa subyacente Estadio III: ulcera-

ción que involucra la grasa subyacente. Estadio IV: ulceración extensa que penetra en músculo y huesos.

- Lavar y secar zona alrededor.
- Dar masajes en la zona de piel de alrededor que este sana .
- Plan para tratar la ulcera: Valoración del color, olor, cantidad del drenado de la herida y piel circundante Desbridar tejido necrótico, lavar la base de la ulcera. Proteger el tejido de granulación. Cubrir con vendaje. Controlar signos clínicos de infección de la herida.

Criterio de resultados

- Describir signos de mejoría en la piel.
- Evaluar el cumplimiento del plan escrito, realizar adaptaciones.
- Registro de cambios posturales y aplicación de prevención de agresiones cutáneas.

Alto riesgo de infección

Actividades

- Mantener higiene en todas las técnicas invasivas.
- Control de piel y mucosas, para evitar focos de infección.
- Educación sanitaria sobre hábitos higiénicos.
- Lavado meticuloso de las manos.
- Medidas de aislamiento si procede.
- Técnicas asépticas.
- Enseñar al paciente y familiares los signos y síntomas de la infección.
- Promover y mantener la ingesta calórica y de proteínas en la dieta.
- Enseñar al paciente y familia las causas, riesgos y transmisión de la infección.
- Comunicar al paciente los cuidados higiénicos personales y ambientales mas adecuados.
- Emplear las técnicas higiénicas adecuadas para proporcionar un entorno adecuado.
- Informar al personal de enfermería sobre posibles riesgos laborales
- Cuidado higiénico de la piel

Criterio de resultados

- El paciente transcribe (si es posible) los autocuidados personales y ambientales mas adecuados
- Registro del estado de la piel y mucosas, para poder actuar a la mínima manifestación de alteración cutánea

- Registro de la desinfección y cura de los diferentes drenajes, sondas, etc... que tenga el paciente.

Diarrea

Actividades

- Control y registro de cantidad y características de las deposiciones.
- Potenciar abundante ingesta de líquidos
- Control de la deshidratación por el estado de la piel y mucosas.
- Mantener higiene en la zona perianal y aplicación de pomadas para evitar irritaciones.
- Administrar la medicación por orden medica.
- Educación sanitaria: fármacos antidiarreicos, informar sobre sus deposiciones a la enfermera/o, dieta adecuada.

Criterio de resultados

- Balance de la ingesta y eliminación, para poder evaluar signos de deshidratación.

Estreñimiento

Actividades

- Fomentar consumo de una dieta equilibrada. Alimentos ricos en fibra, fruta fresca con piel, frutos secos y semillas, pan integral, frutas y verduras cocidas, zumos de frutas.
- Fomentar ingesta de líquidos si no está contraindicado.
- Establecer hora regular de eliminación.
- Reducir el dolor rectal. Aplicación de lubricantes y cremas protectoras, compresas frías para reducir el picor, baños de asiento o bañera.
- Proteger la piel de contaminación. Evaluar el estado de la piel, lavar con agentes no irritantes
- Iniciar educación sanitaria. Métodos para prevenir la presión rectal. Evitar sentarse mucho tiempo y los esfuerzos al defecar. Ablandar las deposiciones.
- Enseñar respiraciones abdominales y ejercicios de movilización de la musculatura abdominal.
- Enseñar masajes abdominales para el aumento del peristaltismo.
- Consultar la administración de laxantes.

Criterio de resultados

- Registro de las defecaciones y características
- Verbalizar por parte del paciente la disminución de las molestias al defecar.
- Describir racionalmente los procedimientos para el tratamiento.
- Valorar la aceptación de la nueva dieta y los ejercicios.

Incontinencia urinaria funcional

Actividades

- Determinar si hay otra causa que contribuya a la incontinencia.
- Valorar deficiencias sensoriales/cognoscitivas.
- Valorar deficiencias motoras de movilidad.
- Reducir barreras ambientales (obstáculos, iluminación, distancia.)
- Si hay deficiencias cognoscitivas, recordarle que debe ir al lavabo cada dos horas, después de las comidas y antes de acostarse.
- Para personas con limitaciones de las funciones manuales: valorar capacidad para quitarse y ponerse la ropa, la ropa floja es mas fácil de manipular, poner cierres de velcro.
- Establecer empatía con el paciente y su familia.
- Iniciar un plan de reeducación vesical, ejercicios de musculatura pélvica de 30 a 80 veces durante la semana. Contraer los músculos diez segundos y relajar diez segundos.
- Establecer un plan de ingesta de líquidos y frecuencia de la micción
- Conseguir si es posible la colaboración de la familia.
- Educación sanitaria relacionada con horario e ingesta de líquidos.
- Enseñar técnicas de reforzamiento de la musculatura pélvica
- Mantener higiene de la zona púbica para evitar ulceraciones de la piel y mucosas y/o infecciones.

Criterio de resultados

- Valoración de la progresión de la continencia (tiempo de retención)
- Registro de la integridad de la piel cada día.
- Se obtiene la colaboración de la familia.
- Se cumple el plan previsto.

Incontinencia urinaria total

Actividades

- Aplicar las mismas actividades que para la incontinencia urinaria funcional.
- Sondaje permanente durante su estancia en el hospital

- Cuidados de higiene y permeabilidad del catéter.
- Mantener una nutrición adecuada para asegurar la evacuación intestinal
- Identificar riesgos de desarrollar úlceras por presión.
- Utilizar cremas protectoras.
- Enseñar signos y síntomas de infección.

Criterio de resultados

- Valoración de la progresión de la continencia (tiempo de retención)
- Registro diario de la integridad de la piel.
- El paciente tiene micciones cada cuatro horas sin incontinencia por tensión en el tercer día de tratamiento.
- Se obtiene la colaboración de la familia.
- Se cumple el plan previsto
- Se contacta con el centro de atención primaria y enfermera responsable
- Preparar alta de enfermería

Alteración del patrón del sueño

Actividades

- Proporcionar la información adecuada en lo posible para disminuir la ansiedad.
- Respetar en lo posible el ritmo de sueño
- Control del efecto de la medicación, para valorar efectividad.
- Organizar procedimientos para proporcionar el menor numero de molestias durante el periodo de sueño.
- Escuchar lo que le produce la alteración del proceso del pensamiento (preocupación, ansiedad, miedo, temor).
- Respetar sus costumbres a la hora de dormir.
- Educación sanitaria sobre hábitos y practicas que favorezcan el sueño/descanso: Si la micción nocturna interrumpe el sueño, limitar ingesta de líquidos por la noche y que orine antes de acostarse. Limitar el sueño diurno si es excesivo.
- Programar actividad diaria en función del ritmo de sueño.

Criterio de resultados

- Valoración a través de una comunicación de empatía de que tipo es el desajuste del sueño.
- Identificar las técnicas alternativas inductoras del sueño: relajación, masaje etc.
- Poner de manifiesto un equilibrio óptimo entre el reposo y la actividad.

- Ver el efecto del tratamiento farmacológico y las técnicas alternativas para evaluar la evolución del sueño/reposo.
- Información al paciente de las actividades de enfermería: Satisfactorio, no satisfactorio, parcialmente satisfactorio.

Alteración del bienestar

Actividades

- Reducir la falta de conocimientos y explicar las causas que lo producen.
- Explicar las pruebas diagnosticas y procedimientos con detalle.
- Establecer relación de empatía.
- Proporcionar oportunidades para comentar sus temores, enojos y frustraciones.
- Reconocer la dificultad de la situación, escuchar y transmitir.
- Enseñar medidas no invasivas de relajación/ estimulación cutánea.

Criterio de resultados

- Reflejar los conocimientos que tiene el paciente
- El paciente verbaliza los resultados de la técnica de relajación/estimulación cutánea utilizada.

Alto riesgo de afrontamiento individual inefectivo

Actividades

- Establecer empatía con el paciente.
- Determinar los sentimientos que tiene en ese momento.
- Escuchar atentamente.
- Ofrecer apoyo cuando hable (Comunicación no verbal).
- Ayudar al paciente a que identifique sus problemas, controlables y no controlables.
- Educación sanitaria en: técnicas de relajación. Plan de autoconfirmación. Plan de ocupación
- Valorar el estado de adaptación actual del paciente. Valorar capacidad para narrar los hechos. Escuchar cuidadosamente y observar la expresión facial, los gestos, el contacto visual, la posición del cuerpo, el tono y la intensidad de la voz.
- Proporcionar una perspectiva mas esperanzada y realista.
- Ayudar a resolver el problema de forma constructiva.
- Planificar el alta.
- Informe de enfermería.

Criterio de resultados

- Enumerar los sentimientos del paciente.
- Obtener lista de problemas controlables y no controlables.
- Valorar conocimientos del paciente obteniendo un registro escrito.

Ansiedad

Actividades

- Valorar el nivel de ansiedad: Leve, moderada, grave, pánico
- Proporcionar seguridad y bienestar: Permanecer junto a la persona. No exigirle nada ni pedirle que tome decisiones
- Hablar lenta y tranquilamente, utilizando frases cortas y sencillas. Ser consciente de las preocupaciones propias y evitar la ansiedad reciproca. Transmitir una sensación de comprensión empática.
- Limitar el exceso de estímulos.
- Cuando sea posible iniciar aprendizaje o resolución del problema. Escribir el proceso: Evaluar, identificar los problemas, determinar metas, establecer un plan, evaluar y revisar según sea necesario.
- Utilizar técnicas de comunicación: Reflexión, resumen, aclaración. Comunicación no verbal: Tacto, permanecer dentro del marco de referencia del paciente.
- Mitigar en lo posible la ansiedad, averiguando que es lo que se la produce y proporcionar remedio con técnicas de relajación, información asimilable por el etc...
- Reducir al máximo técnicas agresivas o información que se pueda omitir y que le produzca ansiedad
- Administrar la medicación prescrita
- Educación sanitaria sobre técnicas anti estrés.
- Eliminar exceso de estímulos
- Proporcionar bienestar: Comodidad, intimidad y seguridad.
- Abordar sin enjuiciar
- Ayudar a la persona a que tome conciencia de su ansiedad.
- Intentar descubrir conductas alternativas para poder utilizarlas y conseguir una adaptación adecuada.
- Evaluar lo que el paciente sabe respecto a su condición.
- Proporcionar información real y relevante al paciente en cantidades y niveles en los que el paciente pueda comprender.

Criterio de resultados

- Elaborar un plan de actuaciones para utilizar mecanismos eficaces de adaptación para enfrentarse a la nueva situación.

- Valorar el estado de ansiedad, su disminución ante las técnicas de relajación y la administración de fármacos.

Alto riesgo de alteración de los procesos familiares

Actividades

- Establecer una relación de empatía para poder proporcionar información sobre diferentes tipos de ayuda en relación con la enfermedad, asociaciones. Asistencia social.
- Observar el estilo de interacción personal y averiguar quienes son los miembros dominantes.
- Ayudar a la familia a valorar su situación, perspectiva realista y alternativas.

Criterio de resultados

4.4 Conclusiones del grupo de trabajo

Definir nuestra posición ante “el cuidado” en el ámbito hospitalario, adoptar una filosofía.

Asumimos la posición de defender las competencias de enfermería y adoptar la definición propuesta por las enfermeras catalanas que las definen como: “Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permiten que la actuación profesional se mantenga en el nivel exigible en cada momento”.

Estamos de acuerdo con la filosofía de enfermería que planifica el cuidado desde los patrones funcionales.

Elegir la Hoja de Valoración que vamos a utilizar.

Optamos por la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso que se presenta en el apéndice: guía de valoración al ingreso para adultos del Manual de diagnósticos de enfermería de LJ Carpenito.

Elaboración de nuestra Hoja de Valoración.

Eliminamos los patrones funcionales sexualidad/reproducción y creencias/valores y también de datos que para nosotras eran redundantes.

Puesta en marcha de la hoja, valoración del registro de los datos, estudio de las dificultades en la formulación de los DE.

Determinamos la inclusión de algunos datos en la HVE y la eliminación de otros. No encontramos demasiadas dificultades en la elaboración de los DE.

La realización de la HVE aumento las cargas de trabajo, pero proporciona un mayor conocimiento de las necesidades de nuestros pacientes. La hoja que empleamos se presenta en el anexo 1.

5. DISCUSIÓN

Esta experiencia de trabajar con una hoja de valoración sistematizada es la primera vez que se pone en marcha en nuestra unidad y también en nuestro Hospital. Algunos miembros del equipo de enfermería no están integrados en el proceso de cambio en el que nos encontramos.

Con la utilización de la hoja de valoración hemos mejorado los registros de enfermería consiguiendo una documentación que refleja nuestra actividad. Realizar la valoración del paciente a partir de los Patrones Funcionales de Gordon M, nos ha facilitado a las enfermeras detectar necesidades de cuidados por la patología del ingreso así como problemas potenciales de salud. Realizar la entrevista al paciente nos ha permitido conocer su respuesta ante la enfermedad, su tratamiento y descubrir la importancia de mantener una actitud empática en nuestra relación enfermera/paciente.

Para que la asistencia del equipo de enfermería sea individualizada y puntual las necesidades básicas del individuo deben estar correctamente documentadas. Esta teoría es el principal motor del cambio de nuestro trabajo enfermero; dentro de nuestro entorno sanitario cuenta ya con un cuarto de siglo. Sabemos que llegamos con cierto retraso, pero convencidas de que es necesario y pertinente.

Las enfermeras hemos tenido dificultades al introducirnos en este proceso. El lenguaje de la taxonomía NANDA no nos es familiar, en ocasiones la falta de tiempo ha dificultado la cumplimentación de la HVE además de carecer de la formación suficiente. Es necesario decir pues que en nuestra investigación algunos datos presentan una baja cumplimentación lo que supone una limitación en los resultados, ya que algunos DE no se pueden formular con el rigor correspondiente. Otra limitación de nuestro trabajo esta relacionada con la ausencia de datos básicos en la HVE para poder formular DE cómo por ejemplo la presencia de perfusión endovenosa y sonda nasogástrica.

Hemos hallado en la bibliografía publicada en nuestro país un estudio realizado por Serrano R. Et al en 1994 (Unidad de Hospitalización de Medicina interna) (23) y en 1995 (Unidad de Cirugía Cardiovascular) (24) en el que identifican DE utilizando hojas de valoración al ingreso desde la practica asistencial diaria en el ámbito hospitalario.

Pasamos a comparar nuestros resultados con los artículos ya mencionados, así pues, la prevalencia del DE de Deficit de autocuidados que en nuestro estudio es de 5.9% en los estudios comparados es de 14.53%. En

Alteración de la mucosa oral sólo podemos comparar con el estudio del 1994 que presenta un 6.1% frente a 0.7% en el nuestro. En el estudio de 1995 no es comparable porque no está dentro de los seis DE con más frecuencia que ellos estudian. En Deterioro de la integridad cutánea nosotros obtenemos el 0.7% mientras que en los otros estudios supera el 6%. Alto riesgo de infección presenta diferencias entre los estudios, mientras que en el nuestro es de 8.0% en el de 1994 es de 2.4% y en 1995 de un 39.92%. Alteración del sueño y Alteración del bienestar sólo podemos compararlo con el estudio de 1994 con una prevalencia muy superior en nuestro estudio. Ansiedad presenta una frecuencia muy baja en nuestro estudio comparado con el de 1994. El resto de los DE que nosotros formulamos no están presentes en los estudios comparados.

En la tabla resumen de los patrones funcionales observamos que el patrón Actividad-ejercicio y Cognitivo-perceptual aparece menos valorado, en el análisis de los aspectos que incluye la HVE encontramos la ausencia de datos importantes, como ya hemos mencionado antes. En cuanto a Adaptabilidad y tolerancia al estrés/autopercepción/concepto de uno mismo y Relaciones del rol, las posibles causas de su baja frecuencia están relacionadas con la falta de adiestramiento en la valoración de estas áreas para formular los DE.

Hemos cuantificado la frecuencia de los DE enunciados, lo que nos ha permitido disponer de un documento de enfermería con datos fiables, aplicando una metodología concreta y común a todos los pacientes; este documento facilita la comunicación con el resto del equipo y la base de datos creada nos permite estudiar y mejorar nuestros cuidados. Con esta valoración estamos incorporando parcialmente el método científico a nuestra práctica diaria con una atención más integral del paciente.

Siguiendo la evolución de nuestro proceso autoformativo, nos planteamos seguir con la siguiente etapa del proceso enfermero y enumerar actuaciones enfermeras para cada DE identificado desde un nivel teórico y con nuestra experiencia de enfermeras asistenciales. En la última revisión bibliográfica realizada descubrimos la existencia del proyecto NIPE (25) cuyo objeto puede resumirse en desarrollar un instrumento de mejora continuada de la calidad de los cuidados de enfermería, con el objetivo de prestar una mejor asistencia a la población, a la vez que permitir un control de los costes generados por la enfermería, demostrando su aportación al sistema sanitario. Coincidimos en que necesitamos identificar y describir, mediante normas, los procesos aplicables que definen la práctica de la enfermería.

Desde nuestro trabajo de grupo hemos constatado que los principios que en el proceso de normalización el proyecto NIPE define como básicos realmente lo son: las normas deben ser elaboradas por consenso, no pueden convertirse en documentos teóricos sin aplicación práctica, deben reflejar la

práctica y las necesidades de los agentes interesados, deben salvaguardar los intereses de la sociedad y deben actualizarse para incorporar los avances científicos y tecnológicos.

Suscribimos que una intervención enfermera nunca podrá ser entendida como un protocolo o un procedimiento, ya que, una intervención enfermera, describe una serie de actividades a realizar, que pueden ser realizadas ante distintos problemas de salud. Una intervención enfermera pretende conseguir una acción terapéutica y requiere de una serie de actividades para ser puesta en práctica; abarca el juicio clínico enfermero y el juicio clínico de otros profesionales. La normalización de todo el proceso enfermero proporcionara directrices que permitan asegurar la calidad en el ejercicio profesional, en distintas áreas: asistencial, docente, de investigación y en el ámbito de la gestión

Esta retroalimentación nos hace evolucionar y nos alerta de la importancia de mantenernos actualizados en la información que proporcionan diferentes grupos de trabajo (nueva edición de la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, versión beta de la Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería de la CIPE, etc).

Coincidimos con Serrano (26), Del Pino (27) en la importancia de que las enfermeras establezcamos DE desde nuestra propia practica diaria y expresados en nuestra propia terminología para así poder crear nuestro propio saber enfermero. Igual que otros investigadores enfermeros vemos la necesidad de combinar métodos cualitativos y cuantitativos en nuestras investigaciones, así como remarcamos la importancia que tienen las sesiones de discusión del grupo y las sesiones formativas, para mejorar la comunicación dentro del grupo estableciendo un lenguaje común e impulsando el cambio en nuestro desarrollo profesional.

Podemos concluir diciendo que:

- Los DE nos permiten identificar intervenciones enfermeras para poder realizar nuestros cuidados.
- A través de normas tipo guías la enfermería puede mostrar y demostrar lo que aporta como profesión al individuo, la familia y la comunidad.
- Para que nuestros cuidados sean eficaces y nuestra relación enfermera/paciente sea instrumento de ayuda debemos desarrollar una actitud empática.
- Debemos seguir con las reuniones formativas que el equipo de enfermería está realizando para unificar nuestros conceptos y obtener datos válidos y fiables.
- Es necesario aumentar la frecuencia que tenemos en la realización de consultas bibliográficas, que nos permiten mantener actualizados nuestros conocimientos y fundamentar nuestra practica en evidencias científicas.

- La práctica de la evaluación del trabajo realizado, como una fase más del proceso de investigación acción, permite analizar si los objetivos planteados se han cumplido y marcar unos nuevos, es decir, permite seguir avanzando.
- Sin apoyo institucional la aplicabilidad de la investigación enfermera se ve limitada.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno T, Comet P, Díaz M, Fuentesalz C, Gastaldo D, González RM et al, editores. Construyendo una Estrategia Europea para la Investigación en Enfermería. Euroconferencia del Grupo de Trabajo Investén-iscii; 1999 Mar 13-17; Salamanca, España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1999.
2. Corcoles P. La gestión de la Investigación en Atención Especializada. En: Organización y Métodos de la Investigación en Salud. IV Encuentro de Investigación en Enfermería Grupo de Trabajo Investén-iscii Instituto de Salud Carlos III; 2000 Nov. 29-30 Dic. 1; Madrid, España.
3. Elías A, Esteve C, Esteve N, Pagés J, Pera Y, Peya M. competencias de la profesión de enfermería. Barcelona: Consell de Col.legis Oficials de Diplomats D'Infermeria de Catalunya. 1997. 31 pag.
4. Wesley RL. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: McGraw-Hill/interamericana; 1997.
5. Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. 1ª ed. Barcelona: Rol; 1989.
6. Atkinson L, Murray M. Guía clínica para la planeación de los cuidados. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana de España; 1997.
7. Williams SA. Quality an care: Patient's perceptions. J Nurs Care Qual. 1998; 12 (6): 18-25.
8. Davidhizar R, Shearer R. Improving your bedside manner. J-Pract-Nurs. 1998 Mar; 48 (1): 10-4.
9. Pinilla J, Prado C, Díaz-santos A, Muñoz M. La valoración en enfermería. Enfermería Científica. 1993. Septiembre; 138: 24-8.
10. Gordon M. Diagnóstico enfermero –Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma libros; 1996.
11. Tomás AMª, Sánchez MªI, Torres M. Desarrollo de un formato de valoración por patrones funcionales de salud. Enfermería Científica 1993 Febrero; 131:37-43.
12. Blanco JM, Rodríguez A, De Luis I, Rodríguez D, Gómez J, Fernández A. et al. Control de calidad del registro de enfermería al ingreso. Enfermería Científica 1997 Jul-Agost; 184-5: 31-3.
13. Pallares L, García Mª J. Requisitos previos para el inicio de un programa de evaluación. Organización y cultura institucionales. En: Pallares L, García MªJ, autores. Guía practica para evaluación de la calidad en la atención enfermera. 1ª ed. Madrid: Olalla ediciones, S.L.; 1996. 45-65.
14. Ordoñez C, Plitt BC. La Enfermería en España. "Cuando investigar es Cuidar". Garnata. 1998 Jul; 12: 19-42.
15. Medina Moya J. L.; Sandín Esteban M P. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado I. Enfermería Clínica. 1994; 4,5: 221-31
16. Aparecida C. Investigación cualitativa –una estrategia para la calidad de la práctica en enfermería. Investigación Educación Enfermería. 1997; XV (2): 39-56.
17. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 1ª ed. Barcelona; Ediciones Paidós Ibérica SA:1986.
18. Remmis S, Mctaggart R. Cómo planificar la investigación-acción. 3ª de. Barcelona: Laertes S.A.; 1988.

19. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 5 ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1997.
20. López E.Mª, Bersaluce M, Izureta I, Uriarte Mª N, Alonso C, Cáceres Mª S. Opinión sobre registros de Enfermería en el Hospital de Galdakao. Enfermería científica. 1998 Enero-Febrero; 190-1: 22-5.
21. Fernández Mª M. registros de enfermería. Enfermería científica. 1999 Mayo-Junio; 206-7: 20-2.
22. Rumbo JM, Castro A, Cobas E, Movilla MªJ, Rodeño A, Romero M. Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Enfermería Científica. 1999 Julio-Agosto; 208-9: 23-7.
23. Serrano R, Saracibar I, Díaz T, Tina P, Narvaiz MJ. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación. Rev ROL Enf 1994 Jul-Ag; 191-192: 33-40.
24. Serrano R, Saracibar I, Carrascal E, Sanz M, Narvaiza MJ. Desde una sistemática de Enfermería a la estandarización de cuidados. Rev ROL Enf 1995 Feb; 198:29-36.
25. Consejo General de Enfermería, Ministerio de Sanidad y Consumo, INSALUD, ISECS. Proyecto NIPE, Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. <http://www.nipe.enfermundi.com/>, 2002.
26. Serrano R, Saracibar I, Carrascal E, Tina P, Narvaiza MJ, Sanz M, Díaz T. Estandarizar los cuidados. Cuando lo hecho es válido. . Rev ROL Enf 1997 Jul-Ag; 227-228:23-31.
27. Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 1999; 9 (3): 31-36

Nota: Anexos 2, 3, 4, 5 han sido suprimidos ya que su contenido está relacionado exclusivamente con el análisis estadístico realizado con el programa SPSS. 9.0

7. ANEXO 1:

Hoja de valoración de enfermería al ingreso

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Fecha _____ Hora de llegada _____ Persona de contacto _____
Teléfono _____

Género: Mujer; Hombre

Tipo de ingreso: Urgente; Programado;
 Traslado (programado); Traslado (urgente)

FORMA DE LLEGADA: Andando; Silla de ruedas; Camilla.

MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN:

ÚLTIMO INGRESO. Fecha: _____

Motivo _____

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

MEDICACIÓN: Prescrita; Por su cuenta; No toma.

Prescrita /por su cuenta	Dosis	Última dosis	Frecuencia

PATRÓN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD-PRESCRIPCIONES USO DE:

Tabaco: Nada; Lo dejó; Pipa /Puro; Cigarrillos

Frecuencia de consumo de tabaco: número de cigarrillos/día

Alcohol: No toma; Toma Lo dejó Consumo de alcohol: Tipo _____

Frecuencia de consumo: Diariamente; en las comidas;
 Fines de semana

Otras drogas: Nunca; Lo dejó; Sí Tipo _____

Frecuencia de consumo: Diariamente; Fines de semana

Alergias: No, fármacos, alimentos,
 esparadrapo; otras

PATRÓN DE ACTIVIDAD / EJERCICIO. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:

0 = Independiente (puede)

1 = Necesita ayuda

2 = Dependiente (no puede)

	0	1	2
Comer / beber			
Bañarse			
Vestirse / acicalarse			
Cuarto de baño			
Movilidad en cama			
Trasladarse			
Deambular			

APARATOS DE AYUDA: Ninguno, Muletas,
 Andador, Silla de ruedas,
 Otros

PATRÓN DE NUTRICIÓN / METABÓLICO

Tipo de dieta especial: Sí; No;

Instrucción dietética previa: Sí ; No

Alimentos no tolerados _____

Apetito: Normal Aumentado Disminuido

Náuseas Sí; No.

Vómitos Sí; No.

Estomatitis Sí; No.

Fluctuaciones de peso en los últimos 6 meses:

Estable; Disminuido; Aumentado.

Dificultad para tragar (Disfagia): Nada Sólidos Líquidos

Dentaduras: No;

Superior: Parcial Total

Inferior: Parcial Total

Historia de problemas cutáneos/cicatrización:

No. Cicatrización anormal Rash;

Sequedad Sudoración excesiva

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Nº Depos./ día _____ Horas transcurridas desde la última deposición _____

Características: Límites normales; Estreñimiento;

Diarrea; Incontinencia;

Melenas; Rectorragia.

Utiliza laxantes: Sí No.

Ostomía: Sí No Autocuidado de la Ostomía: Si; No
Hábitos vesicales: Límites normales Disuria Nicturia Urgencia
 Hematuria Retención
Incontinencia: Sí No Características: Total Durante el día
 Durante la noche Ocasional Dificultad para retrasar la micción
 Dificultad para llegar al cuarto de baño
Sistemas de ayuda: Sondaje intermitente Sonda interna Pañales
 Colector

PATRON DE SUEÑO/REPOSO

Horas / noche _____ Siesta No; Por la mañana; Por la tarde;
 Ambas.

Se siente descansado después de dormir Sí ; No

Problemas: Ninguno; Si: Se despierta temprano; Insomnio;
 Pesadillas

Toma medicación para dormir: Si; No.

Especificar _____

PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

Audición: lím. norm; Afectada (Dcha. Izda) Sordo (Dcha.
 Izda.) ; Zumbidos

Aparato de ayuda: Si; No.

Visión: Lím. norm; Afectada; Ciego; Catarata; Glaucoma

Aparato de ayuda: Si; No.

Vértigo: Si; No.

Molestias / dolor: No Agudo Crónico

Descripción _____

PATRON DE ADAPTABILIDAD Y TOLERANCIA AL ESTRES /AUTOPERCEPCION / CONCEPTO DE UNO MISMO

Preocupaciones principales con respecto a la hospitalización o enfermedad
(económicas , autocuidado)

Perdidas / cambios principales el año anterior: Si; No.

Estado emocional: A gusto; Calma ; Ansioso; Otros _____

PATRON DE RELACIONES DEL ROL

Trabajo (profesión): _____

Estatus del empleo: Empleado; Incapacidad transitoria;
 Incapacidad permanente; Desempleo Jubilado Estudiante
 Ama de Casa

Sistema de apoyo: Cónyuge; Vecinos/amigos; Ninguno;
 Otros _____

Preocupaciones familiares sobre la hospitalización:

Ninguna; Si _____

VALORACION FISICA (objetiva)

1. DATOS CLINICOS

Edad _____ Talla _____ Peso _____ (real/aproximado)

Temperatura _____

Pulso: Fuerte-Regular Fuerte-Irregular Débil-Regular; Débil-Irregular; Frecuencia _____

Tensión arterial: Sistólica _____; Diastólica _____

Aspecto general: Acicalado; Descuidado

Constitución física: Delgado; Bien nutrido; Obeso

2. RESPIRATORIO/CIRCULATORIO

Calidad: Lím. norm. Superficial Rápido Sinuoso Otro _____

Tos: Sí No

O2: Sí No

3. METABOLICO-TEGUMENTARIO

PIEL

Color: Lím. norm. Pálida Cianótica Cenicienta Ictericia
 Otras _____

Temperatura: Lím. norm. Caliente Fría

Turgencia: Lím. norm. Escasa

Edema: Sí No /Descripción / localización

Golpes: Sí No /Descripción / localización

Enrojecimiento: Sí No / Descripción / localización

Prurito: Sí No /Descripción / localización

BOCA:

Encías: Lím. norm. Placas blancas Lesiones Otras

Dientes: Lím. norm. Otros

ABDOMEN:

Ruidos intestinales: Presentes Ausentes

4. NEURO-SENSORIAL

Estado mental: Alerta Afasia receptiva Orientado Confuso
 Agresivo No responde

Discurso: Normal Balbucea Farfulla Afasia expresiva

Pupilas: Iguales Distintas

Ojos: Claros Llorosos Enrojecidos Otros

5. MUSCULAR-ESQUELETICO

Grado de movilidad: Total Otro

Equilibrio y marcha: Estable Inestable

Agarre manual: Igual Fuerte Debilidad/Parálisis (Izda Dcha)

Músculos de las piernas: Iguales Fuertes Debilidad/Parálisis
(Izda Dcha)

PLANIFICACION DEL ALTA

Vive: Sólo Con la familia Residencia Sin residencia conocida
Especificar _____

Destino previsto después del alta: Casa Residencia Hospital de
crónicos Indeterminado

Especificar _____

¿ Se prevén problemas con el autocuidado después del alta?: Sí No

¿ Se necesitan aparatos de ayuda después del alta ? Sí No

¿ Se prevé ayuda económica después del alta ? : Sí No

Se prevé ambulancia Sí No

Se contacta con el servicio social Sí No

FIRMA/TITULO _____ FECHA _____

OTRAS CONSIDERACIONES A ANOTAR SOBRE CUALQUIER PATRON

**MOBBING.
RIESGO PROFESIONAL vs ACOSO INSTITUCIONAL**

II PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
Primer Premio

Introducción: El Mobbing está adquiriendo cifras epidemiológicas en España. Existe una especial incidencia en las Administraciones Públicas siendo las organizaciones sanitarias donde mayor número de casos de producen y más concretamente son las enfermeras el colectivo más afectado.

La débil organización, la falta de definición de los puestos de trabajo y la deficiente resolución de conflictos favorecen el Mobbing. Es por ello que los Gestores de Enfermería, como profesionales de riesgo y por las características de sus puestos, se configuran como un colectivo especialmente sensible a padecer Mobbing.

Objetivos: Identificar los casos de Mobbing entre los Directivos de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Conocer si se trata de un grupo de riesgo de padecer Mobbing. Valorar las causas que favorecen el Mobbing en el citado colectivo.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio multicéntrico, transversal y analítico de base poblacional en el que se selecciona a toda la población susceptible de estudio en la Comunidad Valenciana.

La investigación se basa en el Leymann Inventory of Psychological Terrorization, LIPT(64) y el cuestionario de C. Knorz y D. Zapf. Así mismo se utiliza un cuestionario con 25 ítems para ser contestado por aquellos profesionales que respondieran a alguna de las preguntas del LIPT. Para aquellos profesionales que no señalaran ninguna de las preguntas del LIPT, se utilizó el cuestionario Mobbing III que contiene 13 ítems. Tanto el cuestionario Mobbing II como el Mobbing III, fueron previamente validados. Por último se utilizó el Cuestionario de "Apreciación del Estrés", con 75 ítems divididos en tres bloques (afectación sobre el trabajo, la vida privada y la salud), para la valoración y posterior correlación entre mobbing y estrés.

Los cuestionarios se remitieron con una carta de presentación todos/as los/as Directores/as de Enfermería tanto de Atención Primaria (20 Directores/as) como de Hospitales (28 Directores/as) y a 14 Subdirecciones de Hospitales.

Los datos fueron volcados en una base de datos DAO 3.5 confeccionada al efecto.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS con el que se realizaron pruebas estadísticas de frecuencia, χ^2 , t-Student.

Resultados: En total se remitieron 62 cuestionarios por correo con sobre franqueado de respuesta. Se obtuvo finalmente una tasa de respuesta del 69'35% (43 encuestas), de las que finalmente se consideraron como válidas 39. El 56'3% de la muestra son varones con media de 45 años, siendo la antigüedad media en el puesto de trabajo de $5'44 \pm 2'42$ años. El 17'9% de los encuestados manifiesta padecer Mobbing, siendo las restricciones en la comunicación, la falta de información y el descrédito profesional las acciones de acoso más frecuentemente sufridas. El perfil del acosador es el de un varón, médico, autoritario, prepotente y narcisista ($p=0'019$). El perfil del acosado coincide con un directivo participativo ($p=0'049$). El entorno de trabajo es muy insatisfactorio (57'1%) o insatisfactorio (42'9%) ($p=0'002$), siendo los compañeros (85'7%) y la familia (71'5%) los apoyos más utilizados por los acosados. Existe una deficiente definición de los puestos de trabajo ($p=0'000$). No existe ayuda de los grupos dentro de la organización (85'7%) y los sindicatos son muy mal valorados (100%) por los acosados. Sufren problemas físicos/psíquicos en un 87'7% de los casos y una gran afectación de estrés (2'75 sobre el grupo que no padece mobbing) ($p=0'004$).

Conclusiones: Los directivos de enfermería son un grupo de alto riesgo de padecer Mobbing. La falta de definición de los puestos de trabajo, la deficiente organización y la inhibición de los responsables superiores favorecen los casos de Mobbing. El acosador es el superior jerárquico (varón, médico, autoritario, narcisista). El entorno de trabajo influye negativamente. El estrés incide en la salud física y psíquica de los acosados.

Palabras clave: Mobbing, acoso, directores de enfermería, estrés, organización, administraciones públicas.

*El latiguillo secular de los mediocres:
“Eres grande, pero a los grandes se les aplasta”*

Ernesto SÁBATO. El túnel, 1948

*Una de las mayores pruebas de mediocridad consiste en no saber
reconocer la superioridad dondequiera que ella se encuentre.*

J.B. SAY. Quelques aperçus des hommes et de la société.

ÍNDICE

I Mobbing. Preguntas y respuestas	65
¿Qué es el mobbing?	67
¿Es lo mismo mobbing, estrés y burn-out?	69
¿El mobbing es siempre igual?	70
¿Quién es la víctima?	71
¿Quién es el agresor?	73
¿Cómo influye el entorno?	78
¿Qué pasa en la administración pública?	82
¿Existe legislación?	85
Mobbing vs poder	88
¿Cómo evoluciona?	92
El mobbing y la empresa	97
Mobbing, servicios de salud y Enfermería	99
¿Cómo se mide?	101
Algunos datos estadísticos	104
II Mobbing y direcciones de Enfermería	107
Mobbing en las direcciones de enfermería de la comunidad valenciana ..	109
Anexo I	111
Anexo II	115
Anexo III	120
Anexo IV	123
Anexo V	127
Análisis de resultados	129
Conclusiones	137
Agradecimientos	138
Epílogo	138
Bibliografía	139

INTRODUCCIÓN

El mobbing o acoso psicológico ha adquirido en España tintes y cifras epidemiológicas.

A pesar de que ya son múltiples los estudios que ponen de manifiesto esta nueva epidemia laboral, aún no existe una regulación legal del problema y son escasas las denuncias presentadas en contraste con las cifras que se barajan. Por una parte existe miedo a denunciar y por otra no hay respuestas adecuadas al grave problema que supone por parte de todos los implicados, empresas, sindicatos, políticos, jueces...

Los resultados de las diversas investigaciones y estudios ponen de manifiesto que el mobbing tiene una especial incidencia en el seno de las Administraciones Públicas y más concretamente en los servicios sanitarios. Pero además dentro de las organizaciones de la salud son las enfermeras las que con mayor incidencia padecen de acoso psicológico, no conociendo hasta la fecha las causas que lo favorecen aunque se plantean diferentes hipótesis.

Este hecho unido a la de todos conocida gran polémica que las Direcciones de Enfermería generan sobre su cuestionada pertinencia o no en los equipos directivos de las organizaciones sanitarias, son las dos principales variables utilizadas en el presente estudio.

Independientemente de las razones que se quieran argumentar en cada momento sobre la existencia de las Direcciones de Enfermería y que escapan al objeto de este trabajo, lo que no deja de ser una realidad es la falta de definición y de contenido que dichas Direcciones tienen y que, por lo tanto, conducen a constantes conflictos de competencias, de representatividad y de reconocimiento efectivo más allá del mantenimiento de su denominación.

El hecho de que un equipo directivo funcione más o menos bien, como tal equipo, está más en función de la voluntad de una de las partes (la que tiene verdadero contenido y poder de decisión), que de la deseable correlación de fuerzas derivada de la necesaria definición de funciones y responsabilidades de todos los puestos .

Esta clara deficiencia organizativa, unida a los intereses de poder y a la falta de soluciones aportados por la propia organización y sus directivos confluyen en una mala resolución de los conflictos que se generan y que condu-

cen a actitudes de autoritarismo que en ocasiones pueden desencadenar comportamientos de acoso psicológico persistentes y prolongados en el tiempo que provocan en quien los sufre verdaderos estragos.

Mobbing y Direcciones de Enfermería se combinan, pues, como un potencial y peligroso riesgo profesional derivado del acoso institucional al que son sometidas.

El trabajo se divide en dos partes diferenciadas. En un primer apartado se hace una revisión sistemática del Mobbing y se recogen los datos que permiten conocer tan importante problema. En un segundo apartado se presentan los resultados del estudio de investigación llevado a cabo en la Comunidad Valenciana para conocer la incidencia de mobbing en las Direcciones de Enfermería y tratar de identificar sus causas.

El autor
Septiembre 2003

*La violencia es miedo de las ideas de los
demás y poca fe en las propias*
ANTONIO FRAGUAS (Forges)

**I MOBING
PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

¿QUÉ ES EL MOBBING?

Los primeros estudios serios sobre Mobbing fueron llevados a cabo en la década de 1980 por el profesor Heinz Leymann quien lo definió como el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente –a 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 finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo(1).

Según el profesor Iñaki Piñuel, de la Universidad de Alcalá de Henares, el acoso laboral “tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la situación que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, cambios vertiginosos, etc.) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas” (2).

M^a France Hirigoyen (2001) (3), psiquiatra francesa que ha acuñado y generalizado el término de acoso moral en el trabajo lo define como: “Toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actividad...) que atente, por su repetición o sistematización a la dignidad, a la integridad física o psíquica de una persona, poniendo en peligro el empleo de esta, o degradando el clima de trabajo”.

La profesora Morán Astorga lo define como «el maltrato persistente, deliberado y sistemático de varios miembros de una organización hacia un individuo con el objetivo de aniquilarlo psicológica y socialmente y de que abandone la organización» (4).

En la Nota Técnica de Prevención 476-1998 (5), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de nuestro país, encontramos: “Mobbing, término empleado en la literatura psicológica internacional para describir una situación en la que una persona o un grupo de personas, ejercen una violencia psicológica extrema (en una o más de las 45 formas de comportamiento descritos por

el Leymann inventory of Psychological Terrorization, LIPT) (59) de forma sistemática (al menos una vez por semana), durante un tiempo prolongado (más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo. En castellano se podría traducir dicho término como “psicoterror laboral” u “hostigamiento psicológico en el trabajo”.

La U.E., definió oficialmente el acoso moral en el trabajo, el 14 de mayo de 2001, como “comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores o inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataque sistemático durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o efecto de hacerle el vacío”.

El Mobbing, no tiene claramente las características de violencia física del “bullying” descrito por los ingleses; sino que muy frecuentemente se realiza de un modo muy sofisticado, cuidadoso (de no dejar pruebas tangibles); lo que no disminuye, al contrario, multiplica, su efecto estigmatizador. Otras expresiones que se pueden encontrar en la literatura son “Harassment” (Hostigamiento) o “Psicoterror”.

De momento, y desde una perspectiva europea, el término "acoso moral", parece ser el que goza de más predicamento. En cualquiera de los casos, y con independencia de algún que otro matiz, todos los términos hacen referencia básicamente a los siguientes aspectos:

- A la utilización de la forma de violencia más refinada de que es capaz el ser humano; aquella que excluye la violencia física y recurre a la manipulación psicológica y
- Al encadenamiento a lo largo del tiempo de las acciones hostiles.

A pesar de todo no parece que se haya adoptado una definición internacional de acoso moral en el lugar de trabajo o Mobbing (Anderson, J. 2.001,10) siendo la definición de la legislación sueca una de las pocas existentes todavía en el mundo:

"acciones recurrentes censurables o claramente negativas que van dirigidas contra empleados concretos de manera ofensiva y pueden tener como consecuencia la marginación de estos empleados de la comunidad laboral" (AFS, 1993,17).

Así pues estamos ante un importante problema tanto laboral, jurídico, sanitario como comunitario.

Irigoyen (3) considera que se trata de una forma asexual de perversión, Field la clasifica como una modalidad de sociopatía agresiva, y González de Rivera (7) la describe como "mediocridad inoperante activa", un trastorno de la personalidad caracterizado por exacerbación de tendencias repetitivas e imitativas, apropiación de los signos externos de la creatividad y el mérito, ansia de notoriedad que puede llegar hasta la impostura, y, sobre todo, intensa envidia hacia la excelencia ajena, que procura destruir por todos los medios a su alcance.

Es sorprendente su auge actual en todo el mundo civilizado, precisamente ahora que la Democracia ha traído nuevas condiciones de progreso y de libertad. Pero quizá esté ahí la causa.

No es que las nuevas condiciones, políticas y económicas, sean malas, todo lo contrario. Sin ellas, no existiría el acoso como lo entendemos hoy en día, sino la esclavitud, la eliminación pura y simple del adversario, el dominio total y descarado del fuerte sobre el débil.

Tal como apunta Gozález de Rivera (2002) (7) el acoso se ha hecho necesario porque, en la mayor parte del mundo civilizado, las antiguas fórmulas de dominio ya no sirven, y el poder ha de ocultarse para seguir ejerciéndose.

Nos encontramos ante un tipo de agresión extremadamente sutil en cuanto perversa, ya que se trata de un comportamiento premeditado, que se ejecuta según una estrategia minuciosamente preconcebida con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima.

¿ES LO MISMO MOBBING, ESTRÉS Y BURN-OUT?

No debe confundirse el mobbing con lo que entendemos habitualmente por estrés.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el estrés es “la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas”.

Cuando hablamos del estrés nos referimos a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas.

El mobbing va más allá. Si bien los sujetos que lo sufren también pasan por una primera fase de estrés, propia de situaciones desbordantes y desproporcionadas, posteriormente el agresor va haciendo aparecer toda una serie de elementos de naturaleza malintencionada que marcan la diferencia entre ambos fenómenos.

Por tanto, pueden surgir discrepancias relativas a la diferencia entre estrés y psicoterror (Leymann, 1993)(8) dado que la confusión sobre el contenido de la terminología no deja claro hasta dónde el psicoterror es causa de estrés, o el resultado de éste. Debemos esperar pues nuevos resultados para determinar qué debe ser entendido por “estrés”.

Es por ello que deben quedar claramente excluidos del diagnóstico de mobbing el tener estrés por tener que trabajar rápidamente, o por la competitividad empresarial existente, el tener un mal día, el mantener un conflicto con un compañero o incluso el padecer un jefe exigente o perfeccionista (9).

Siguiendo el modelo dominante en los últimos años sobre estrés laboral y repercusión clínica, modelo de Robert Karasek (1991)(10) , el estrés profesional patológico lo encontramos cuando se pierde la autonomía y aumenta la presión o exigencia. Esto se puede contrarrestar si contamos con apoyo

social que viene de los compañeros (solidaridad) o de los superiores (reconocimiento, promoción, motivación...).

Por su parte el burn-out también debe diferenciarse del mobbing. Posiblemente la definición más aceptada del burn-out sea la propuesta por Maslach y Jackson en 1986 (11), según la cual “es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (12).

Para estos autores este síndrome es exclusivo del personal de ayuda, como pueden ser los sanitarios maestros y profesores. Pines y Aronson (9) hacen una definición no tan restringida, ya que no circunscriben en exclusiva este fenómeno a los profesionales de la ayuda. Lo describen como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”.

Mientras que en el burn-out los sujetos afectados se caracterizan por una pérdida de interés por su trabajo, pudiendo llegar incluso a ver a sus clientes o usuarios como verdaderos enemigos, en el mobbing los individuos que se configuran como agresores forman parte de la empresa. Por lo tanto, en el caso del burn-out nos encontramos ante un problema que está relacionado con la falta de apoyo e incluso de recursos técnicos para realizar el trabajo.

En la actualidad, cada vez se pide más cantidad de trabajo, muchas veces a costa de la calidad; la autonomía se resquebraja cuando sabes que los gerentes o superiores quieren que cumplas sus órdenes aunque sean absurdas o ilegales (debe ser muy satisfactorio para su ego) y el tercer factor de Karasek (10) el del apoyo social brilla por su ausencia. Hay que recordar tristemente que para Freudenberger (1974) (14) (uno de los descubridores de este síndrome) los profesionales más expuestos al burn-out o queme profesional son aquellos que más han invertido en ese trabajo, los más idealistas o perfeccionistas.

La denominación “acoso moral en el trabajo” o “violencia psicológica en el trabajo”, alude a la acción y al lugar, pero falta el complemento indirecto: la víctima, el acosado, su entorno, los valores y principios constitucionales (15).

¿EL MOBBING ES SIEMPRE IGUAL?

La mayor parte de los autores coinciden en la existencia de tres tipos de acoso:

- Ascendente: en el que una persona que ostenta un rango jerárquico superior en la organización se ve agredida por uno o varios subordinados.
- Horizontal: En este supuesto un trabajador/a se ve acosado/a por un compañero con el mismo nivel jerárquico, aunque es posible que si bien no oficialmente, tenga una posición de facto superior.

- **Descendente:** ésta es la situación más habitual. Se trata un comportamiento en el que la persona que ostenta el poder a través de desprecios, falsas acusaciones, e incluso insultos pretende minar el ámbito psicológico del trabajador acosado para destacar frente a sus subordinados, para mantener su posición jerárquica o simplemente se trata de una estrategia empresarial cuyo objetivo es des-hacerse forzando el abandono “voluntario” de una persona determinada sin proceder a su despido legal, ya que este sin motivo acarrearía un coste económico para la empresa (I).

¿QUIÉN ES LA VÍCTIMA?

No se puede afirmar que exista un perfil psicológico que predisponga a ser víctima de acoso.

En cuanto a los individuos con riesgo, varios estudios independientes, como los de Leyman (5), Schuster (16) y Adams (17), coinciden en describir en ellos características comunes, que pueden resumirse en las dos siguientes:

- 1) Son diferentes, en aspecto, conducta, valores y actitudes, con respecto al grupo general.
- 2) Su mera presencia provoca un cuestionamiento implícito sobre los símbolos, características y valores que dan homogeneidad al grupo.

Nada tiene que ver la imagen que pretende proyectar el acosador de su víctima con la realidad. Mientras que esa imagen pretende reflejar una persona poco inteligente y holgazana, los acosados a menudo suelen ser inteligentes y trabajadores. Las víctimas son personas que ante los ojos de su verdugo se aparecen como envidiables, debido a sus características positivas –a menudo se trata de personas carismáticas que tienen grandes habilidades para las relaciones sociales–, sobre todo si son inconformistas y gracias a su inteligencia y preparación cuestionan sistemáticamente los métodos y formulas de organización del trabajo que les vienen impuestos. Otra de sus características es su predisposición al trabajo en equipo, ya que no dudan un instante en colaborar con sus compañeros, facilitándoles cuantos instrumentos y medios estén a su alcance en pro de la consecución de los objetivos colectivos.

En algunos supuestos los agresores llegan a envidiar incluso las condiciones favorables de carácter extralaboral de sus víctimas como pueden ser las relativas a una vida social y familiar satisfactorias.

Una forma de pensar típica en las personas que no conocen a fondo el problema del mobbing es pensar de manera errónea que este problema les sucede habitualmente a los trabajadores mediocres. De este modo, atribuyen la culpabilidad a aquellos que padecen el mobbing pensando que "algo habrán hecho". Este tipo de error atribucional, ampliamente conocido en Psicología, consiste en cargar la responsabilidad sobre las víctimas.

(I) *Este es el tipo de Mobbing objeto de estudio en el presente trabajo.*

De manera sorprendente, los expertos internacionales en este tema coinciden en señalar que el Mobbing afecta a trabajadores brillantes, a aquellos mejor valorados, a los más creativos, a los más cumplidores; en definitiva a los mejores de entre los recursos humanos de la organización, y también a aquellos que se han negado a participar en acciones ilícitas o antiéticas que puedan perjudicar a la organización o a los clientes. El resistirse a participar en semejantes enjuagues suele desencadenar en muchas ocasiones el mobbing contra ellos. Muchos trabajadores afectados presentan así mismo un exceso de ingenuidad o buena fe que les impide hacer frente desde el principio a quienes les intentan perjudicar.

Precisamente su valiosa contribución a ese proyecto empresarial, su actitud ética, su excelente disposición al cambio y a mejorar haciendo autocrítica, su situación familiar o personal envidiable por otros trabajadores, su empatía, su capacidad de liderar informalmente a otros en torno a proyectos o iniciativas son la causa que les han hecho merecedores de todo tipo de amenazas, críticas, calumnias, manipulaciones de su trabajo, o estigmatización frente a sus compañeros.

El coste para la víctima es altamente destructivo. Una pregunta obvia es por qué la víctima no abandona la organización a tiempo; la respuesta es contundente: la mayoría de las víctimas de estas agresiones es mayor de 40 años, con mermadas posibilidades, de toda índole, de resituarse laboralmente.

Podemos clasificar a los sujetos con riesgo de padecer mobbing en tres grandes grupos: los envidiables, personas brillantes y atractivas, pero consideradas como peligrosas o competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados por su mera presencia; los vulnerables, individuos con alguna peculiaridad o defecto, o, simplemente, depresivos necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos e indefensos; por último, los amenazantes, activos, eficaces y trabajadores, que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas o implantar una nueva cultura.

En cuanto a las características del acosado suelen estar su elevada honradez y rectitud, brillante profesionalmente y con situaciones personales o familiares muy positivas. Estas características despiertan un sentimiento de inseguridad mayor en el acosador y los celos, empezando, de manera consciente o inconsciente, sus actividades psicoterroristas (18). El psicólogo del trabajo de la Universidad de Alcalá de Henares Iñaki Piñuel apunta que el acosado responde a las siguientes características: elevado nivel de ética, honradez, rectitud y alto sentido de la justicia; autónomo, independiente y con iniciativa; alta capacitación profesional (suele haber destacado por su brillantez en etapas anteriores); es popular entre sus compañeros y aglutina informalmente a los demás, removiendo así el orden jerárquico; posee un alto

sentido cooperativo en el trabajo en equipo por su capacidad de empatización; manifiesta sensibilidad y comprensión hacia el sufrimiento ajeno.

El objeto del Mobbing es la adscripción de la conducta de la víctima a los intereses de la figura o figuras que lo ejercen, coincidentes o no con los de la propia organización, llegando a provocar en su máximo nivel el vacío organizacional del acosado, con las lógicas consecuencias que ello comporta para su bienestar físico, psicológico y social, tanto dentro de la organización laboral, como fuera de ella (19).

A nivel social, es posible que estos individuos lleguen a ser muy susceptibles e hipersensibles a la crítica, con actitudes de desconfianza y con conductas de aislamiento, evitación, retraimiento o, por otra parte, de agresividad u hostilidad y con otras manifestaciones de inadaptación social. Son comunes sentimientos de ira y rencor, y deseos de venganza sobre el/los agresores.

¿QUIÉN ES EL AGRESOR?

Cada acosador es un auténtico dictador que desde el parlamento egocéntrico del poder que detenta se alza contra el orden político y la paz social, pues al reducir al trabajador a un “recurso humano”, cosifica las relaciones de trabajo eludiendo, bajo la cobertura de lo que denomina el “sistema establecido”, el deber de respeto a la integridad moral del ser humano. Su personalidad presenta una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que le permiten autoconvencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva.

Los mobbers o agresores no se centran en los sujetos serviciales, antipáticos o indisciplinados. Lo que parece que desencadena la agresividad y toda la cadena de conductas de acoso es la envidia por los éxitos y los méritos de los demás. En el fondo lo que subyace es el miedo a perder determinados privilegios por lo que la ambición desenfrenada empuja a eliminar drásticamente cualquier posible obstáculo que se ponga en el camino.

Este tipo de perversos son considerados como psicóticos sin síntomas, que encuentran su equilibrio al descargar sobre otro el dolor que no sienten y las contradicciones internas que se niegan a percibir. Presentan una ausencia total de interés y de empatía por los demás, pero desean que los demás se interesen por ellos. Para aceptarse a sí mismos tienen que vencer y destruir a alguien al tiempo que se sienten superiores. Disfrutan con el sufrimiento de los demás y para afirmarse tienen que destruir. Lo que el perverso envidia por encima de todo es la vida de los demás. Envidia los éxitos ajenos, que le hacen afrontar su propia sensación de fracaso.

El acosador -que se distingue por seguir persiguiendo a su hostigado una vez que ha conseguido que abandone el trabajo, dando malas referencias

sobre él a empresas futuras- responde a “una personalidad psicopática, con alteración del sentido de la norma moral”. Se significa por no tener sentido de la culpabilidad e incurre repetidas veces en su papel agresivo. “Cuando se trabaja sobre ellos se descubren cadáveres en el armario, un historial de acosos” explica Piñuel (9).

Su comportamiento suele tener origen en la etapa escolar; si se le hace frente es cobarde; es mentiroso compulsivo, con una gran capacidad de improvisar, y encuentra rápidamente nuevas razones para juzgar a la víctima; suele ser un profesional bastante mediocre, tiene profundos sentimientos de inadecuación (complejo de inferioridad); personalidad controladora; necesita tres factores sin los cuales no puede actuar: el secreto, la vergüenza de la víctima y los testigos mudos. En ocasiones, se añade al cuadro la connivencia de la dirección de la empresa, lo que permite entonces al hostigador sentirse fuerte y apoyado.

El motivo por el cual el acosador comienza su persecución, es el intento de encubrir o camuflar sus propias deficiencias. El psicoterrorista laboral suele tener sentimientos de inadecuación personal y profesional, provenientes de su propia mediocridad y de otras posibles fuentes como psicopatías, paranoia, trastornos narcisistas, etc. La solución para el acosador frente a su complejo de inferioridad se basa en rebajar los niveles de autoestima de los demás, en lugar de elevar la suya.

La agresividad es claramente desencadenada por la envidia, envidia que siente el agresor y sus seguidores ante las capacidades y/o cualidades de la víctima que amenazan el privilegio o el ascenso de los demás. Para evitar esa competencia se desarrollan una serie de pautas que tienen como finalidad eliminar a esa persona, anularla. Algunas de las más usuales son las que aparecen en el cuadro 1:

CUADRO 1. MANIOBRAS DE ACOSO UTILIZADAS POR EL AGRESOR

- Se impide la comunicación de la víctima con sus compañeros; para ello se la interrumpe constantemente, jamás son tenidas en consideración sus opiniones, se la ridiculiza, no se le contesta cuando demanda información o se hace con malos modales, se la excluye de cualquier fiesta o celebración.
- Los subordinados no cumplen sus ordenes y niegan haberlas recibido. También es denigrado y criticado ante los jefes.
- Su trabajo es manipulado para que incurra en graves errores. Por ejemplo se borran archivos de su ordenador, se le bloquea el correo, se abre su correspondencia, se le oculta información, etc.

- Se le asignan, en la medida de lo posible, trabajos que no son de su competencia, arduos y desagradables, también se le asignan tareas y plazos imposibles de llevar a cabo a fin de acusarle posteriormente de incapaz o vago.
- Se le niega la posibilidad de realizar cursos de reciclaje o formación.
- La víctima es ridiculizada en cualquier momento u ocasión, bien sea por su aspecto físico, su forma de vestir, sus ideas o su procedencia.
- Es controlada constantemente por el agresor y sus seguidores de forma que cualquier acción, trabajo o movimiento va a ser censurado o criticado.
- Sus propuestas son rechazadas sin ser contempladas, sopesadas o evaluadas, se hace simplemente por principio.
- Su reputación es puesta en entredicho a través de chismes, críticas e insinuaciones malévolas acerca de su vida privada y social.
- Se la veja, humilla y provoca constantemente a fin de que reaccione de forma violenta o descontrolada.

Marie-France Irigoyen (3), en su obra *El acoso moral*, nos proporciona una serie de características propias de las personalidades narcisistas (II) que nos pueden ayudar a detectar un persecuidor u hostigador en el lugar de trabajo (ver Cuadro 2):

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONALIDADES NARCISISTAS.

- El sujeto tiene una idea grandiosa de su propia importancia.
- Le absorben fantasías ilimitadas de éxito y de poder.
- Se considera especial y único.
- Tiene una necesidad excesiva de ser admirado.
- Piensa que se le debe todo.
- Explota al otro en sus relaciones interpersonales.
- Carece de empatía aunque pueden ser muy brillantes socialmente.
- Puede fingir que entiende los sentimientos de los demás.
- Tiene actitudes y comportamientos arrogantes.

(II) *Los narcisitas son individuos que bajo la influencia de su grandioso yo intentan crear un vínculo con un segundo individuo, atacando muy especialmente su personalidad narcisista con el fin de desarmarlo.*

Siguiendo a esta misma autora podemos afirmar que los narcisistas tienen algunas características propias de los paranoicos aunque no lo son (Ver Cuadro 3).

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS PARANOICOS.

- Los perversos narcisistas pueden presentarse como moralizadores y suelen dar lecciones de rectitud a los demás.
- Tienen una gran rigidez psicológica, obstinación, intolerancia, racionalidad fría, dificultad para mostrar emociones positivas y desprecio al otro.
- Muestran desconfianza, un temor exagerado de la agresividad ajena, sensación de ser la víctima de la crueldad del otro, celos, suspicacia.
- Suelen hacer juicios equivocados, interpretan acontecimientos neutros como si fueran adversos.

El acosador tiene claras sus limitaciones, deficiencias y su incompetencia profesional, siendo consciente del peligro constante al que está sometido en su carrera. Es el conocimiento de su propia realidad lo que les lleva a destruir las carreras de otras personas.

El profesor J.L. González de Rivera y Revuelta (III) señala la existencia de individuos que manifiestan una ausencia total de todo tipo de interés, aprecio o aspiración hacia lo excelente, situación esta que puede dar lugar a cierto tipo de patología que engloba bajo el término general “trastorno de mediocridad”. El autor señala tres tipos de mediocridad: simple, inoperante y por último una especialmente peligrosa denominada “mediocridad inoperante activa”.

El sujeto afectado por el síndrome de mediocridad inoperante activa (MIA), tiene grandes deseos de notoriedad. Despliega una gran actividad que no sirve para nada, es decir es totalmente inoperante, generando gran cantidad de trabajo inútil que impone a los demás, destruyendo así su tiempo e intentando introducir todo tipo de controles y obstáculos destinados a dificultar las actividades realmente creativas.

Las maniobras principales que el mediocre inoperante activo utiliza para el acoso psicológico de su víctima coinciden con las enumeradas anteriormente (ver Cuadro 4).

(III) *El trastorno por mediocridad inoperante activa (Síndrome MIA). J.L. González de Rivera y Revuelta.*

CUADRO 4: RETRATO ROBOT DEL ACOSADOR

Del envidioso al narcisista, quien practica este tipo de acoso posee unos rasgos de personalidad muy definida

- **Narcisista.**

Igual que la flor que nace en las orillas de los estanque y crece inclinada hacia el agua que se sirve de espejo, mirándose siempre en ella, el narcisista sólo ve lo bueno que hay en él.

Su incapacidad para asumir sus defectos le lleva a una susceptibilidad casi enfermiza ante cualquier crítica. Tal engreimiento le impide estimar las cualidades de los demás y reclama continuamente pleitesía, sumisión, acatamiento y hasta servilismo de los demás.

A menudo es seductor y brillante.

Marie France HHirigoyen lo explica de este modo: "El narciso, al no disponer de sustancia, se conectará al otro y, como una sanguijuela, intentará solver su vida. Sólo puede crear una relación en un registro de malignidad destructora. Goza al someterle y humillarle".

- **Soberbio.**

Su origen etimológico "superbia" nos ofrece un significado exacto: actitud de la persona que se tiene por bastante más de lo que es.

El soberbio debe mostrar superioridad, categoría y preeminencia.

"Lo hace sólo en aquélla faceta en la que sobresale, pero en otro contexto le delata su baja autoestima", explica el psicólogo Héctor González Ordi.

- **Manipulador.**

Suele mostrar una gran habilidad para conducir el comportamiento de los demás.

Sus modales impertinentes y de menosprecio derivan a menudo en menosprecio.

- **Envidioso.**

Lamenta el éxito de los demás e intenta transmitirles su pesimismo y arrebatarles toda energía positiva, para luego reprochárselo.

Fuente: muyinteresante, enero 2000 pg 48

¿CÓMO INFLUYE EL ENTORNO?

Independientemente de las características de los acosadores y de sus víctimas, el escenario en que se desarrolla el mobbing suele caracterizarse por una mala o nula organización del trabajo y por la inexistencia de métodos eficaces en la resolución de conflictos. Por ejemplo, la indefinición de funciones da lugar a la aparición de conflictos de competencias y/o malos entendidos, generando problemas que si no son resueltos rápida y eficazmente pueden evolucionar a procesos de mobbing.

El acoso en el trabajo -lejos de lo que pudiera parecer a primera vista-, no tiene su origen en la persona que lo sufre sino que es un mal que parte de la propia organización y afecta a toda ella a su conjunto, pero generalmente las organizaciones tienden a escurrir el bulto, negando la existencia del problema e imputándolo, en el hipotético caso de que lo admitiera, a los "posibles" desequilibrios psicológicos de la víctima, o derivándolo a la esfera de la relación personal de los individuos que participan en el conflicto como si se tratara de problemas personales en los que la empresa no puede intervenir.

Marie-France Irigoyen (3) opina que entre las consecuencias específicas de los trabajadores y trabajadoras sometidos a acoso, aparecen en un principio síntomas muy cercanos al estrés, que se materializan en forma de cansancio, problemas de sueño, migrañas, desarreglos digestivos, etc. Todos estos síntomas pueden solucionarse de forma casi inmediata si la persona es separada del foco que lo produce, pero la víctima en un principio tiende a eludir el problema.

Si esta situación persiste es fácil que aparezca un estado depresivo severo que produce la pérdida de ganas de seguir adelante, y el interés por todo.

Pueden darse casos en los que en la víctima aparezcan ideas suicidas. Leymann (1987)(20) calculó que en Suecia, aproximadamente entre el 10% y el 20% de los suicidios anuales tienen como antecedentes procesos de Psicoterror en el trabajo. El propio Leymann señala que en aquellos casos en los que se elige el lugar de trabajo como escena del suicidio puede interpretarse como un último acto de rebeldía o como una acusación póstuma.

Las organizaciones en las que se propaga el Mobbing: suelen ser organizaciones rígidas, altamente burocratizadas, con una sobrecarga cuantitativa de trabajo o un déficit en la calidad o enriquecimiento de las tareas a realizar. También organizaciones en las que suelen existir situaciones no éticas que las víctimas no aceptan o con las que se resisten a colaborar. Otras son organizaciones que contemplan y fomentan entre sus valores preponderantes la ley de la selva" del "todo vale", de unos contra otros. O son simplemente organizaciones con ambientes de elevada inseguridad personal que favorecen la depredación de unos por otros.

El substrato que favorece la aparición de este tipo de conductas se encuentra ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y la gestión de los conflictos por parte de los superiores.

Respecto al primero, los estudios empíricos han mostrado una importante relación entre una organización pobre del trabajo y la aparición de conductas de mobbing. Algunos autores han aportado el término de “Organizaciones Tóxicas” para referirse a organizaciones con una serie de características que sirven como caldo de cultivo propicio para la aparición de situaciones de acoso psicológico. Así, estas conductas se ven favorecidas en organizaciones con un método de trabajo y producción con una organización extremadamente pobre, con ausencia de interés y apoyo por parte de los superiores, con ausencia de relación con éstos, con la existencia de múltiples jerarquías, con cargas excesivas de trabajo debido a escasez de la plantilla o mala distribución de la misma, con una deficiente organización diaria del trabajo, con la existencia de líderes espontáneos no oficiales, con un trabajo con bajo contenido, con conflictos de rol, con flujos pobres de información, con estilos de dirección autoritarios, etc.

Desde el punto de vista de la gestión del conflicto por parte de los superiores, hay dos posiciones que pueden adoptar los superiores que ayudan a incrementar la escala del conflicto: de un lado, la negación del mismo y, del otro, la implicación y participación activa en el conflicto con el fin de contribuir a la estigmatización de la persona hostigada.

Para que este afán por aniquilar la dignidad de otro triunfe deben combinarse dos factores: la presencia de un perverso y la incapacidad de una empresa para solucionar conflictos. Según Ángel Ruano, jefe de Psicología del hospital Fremap: Por la cabeza del perverso lo que pasa es maldad, aunque parezcan adaptados y solícitos saben hasta dónde pueden llegar sin ser detectado (21).

La más vulgar y frecuente de las hipótesis para explicar por qué ocurre el acoso laboral establece que se da siempre que una persona con problemas de carácter entra en el mundo laboral. La investigación científica no ha sido capaz de validar de ninguna manera esta hipótesis.

Un estudio de unos 800 casos encuentra un patrón casi prototípico: (Becker, 1995; Kihle, 1990; Leymann, 1992; Niedl, 1995)(22, 23, 24, 25). En todos ellos se encuentra una organización de la producción y/o de los métodos de trabajo extremadamente improvisadora, y en casi todos un personal responsable impotente (sin, o con ambiguas atribuciones para intervenir), o negligentemente despreocupado. Ello no debe sorprender, teniendo en cuenta la predominancia de pobres condiciones organizativas de trabajo que Leymann (1992, 1995)(24,26) encuentra entre los empleados acosados en hospitales, escuelas, y organizaciones religiosas, que están sobrerrepresentadas en este estudio.

Cuando un directivo simplemente ignora negligentemente “la desavenencia”, el conflicto toma alas para empeorar y escalonarse. La intervención de la dirección es deficiente cuando: (1) se ve envuelta en la dinámica del grupo sobre una base de igualdad y por lo tanto calentando más la situación o (2) negando que existe conflicto. Ambos tipos de conductas son intrínsecamente peligrosos, y son, conjuntamente con la pobre organización del trabajo, las causas principales del desarrollo de un proceso de psicoterror laboral (Adams, 1992; Kihle, 1990)(17, 27).

Si un conflicto ha degenerado en un proceso de acoso, la responsabilidad recae, en primera instancia, en la dirección, tanto si es debido a deficiencias en la gestión del conflicto en una situación concreta, como si se debe a una falta de políticas organizacionales acerca de la gestión de situaciones conflictivas (Leymann, 1993)(28).

Permitir la desgracia de una persona a través de un proceso de acosos, y por ello, desprenderse de ella, deberá ser considerado, por lo menos, como un fracaso de gestión mayúsculo.

Perversas también, por su carácter estratégico son aquellas situaciones en que el hostigamiento psicológico es un recurso afecto a una clara intencionalidad; excluir a quienes pueden suponer una amenaza para personas concretas o la organización en su conjunto.

La «aparición de este fenómeno en las relaciones laborales se ve favorecida por la creencia de que un estilo de mando autoritario, que presione sistemáticamente a las personas subordinadas, consigue una mayor rentabilidad (29).

La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores, que, aunque conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia. No es del todo infrecuente que individuos ambiciosos de escasa valía profesional aprovechen conscientemente la situación, que les favorece al entorpecer o eliminar a un competidor más cualificado.

La perspectiva del clima social asume que los ambientes tienen una personalidad igual que las personas y así unos ambientes son más rígidos, organizados o controlados que otros (Moos, 1979)(30). Lo más importante de estas dimensiones del clima social radica en que la conducta de un sujeto varía según percibe el clima social de la institución en que se desenvuelve.

La dinámica del terrorismo psicológico tiene una escena con varios personajes, además del mover o acosador y el acosado: a) los co-mobbers o co-agresores, es un grupo de personas que el mobber logra reunir a su alrededor convenciendo de la peligrosidad de la víctima y de la necesidad de neu-

tralizarlo o incluso obligarle a marcharse; b) los espectadores, son aquellos que no participan en el juego, no intervienen porque temen transformarse a su vez en víctimas. Esta situación se suele dar en ambientes en los que, en lugar de la sana competitividad prevalece una cultura de control y de prevaricación, donde apropiarse del poder parece ser una cuestión de vida o muerte.

En el caso del mobbing no es el sujeto directamente la fuente del problema sino la percepción (real o imaginaria) que tienen los otros de él como peligroso o amenaza, elemento que en definitiva activa todo el esquema expuesto.

En realidad, el conflicto degenera porque la empresa se niega a entrometarse: "¡ Ya son ustedes mayorcitos para arreglar solos sus problemas! ". La víctima no siente que la defiendan. A veces, incluso percibe un abuso por parte de los que asisten a esta agresión sin intervenir, pues sus superiores casi nunca proponen directamente una solución; más bien contestan: "¡ Ya lo veremos más tarde!".

El acoso empieza cuando una víctima reacciona contra el autoritarismo de un superior y no se deja avasallar. Su capacidad de resistir a la autoridad a pesar de las presiones es lo que la señala como blanco.

Cuando el Proceso de acoso se instaura, la víctima es estigmatizada: se dice que el trato con ella es difícil, que tiene mal carácter, o que está loca. Se considera que su personalidad es la responsable de las consecuencias del conflicto, y la gente se olvida de cómo era antes o de cómo es en otro contexto.

En la mayoría de las ocasiones, la incompetencia de los directivos intermedios refuerza el proceso. Muchos de ellos no son propiamente directivos. En un equipo, se designa como responsable al que resulta más competente en el terreno profesional, y no al que tiene más aptitudes para dirigir.

La empresa permite que un individuo dirija a sus subordinados de un modo tiránico o perverso, ya sea porque le conviene, o porque no le parece importante. Los gerentes y los directivos intermedios que agreden pretenden alcanzar una cierta omnipotencia y utilizan, conscientemente o no, unos procedimientos perversos que atan psicológicamente a las víctimas y que les impiden reaccionar. Estos mismos procedimientos, que son similares a una trampa, se utilizaron, por lo demás, en los campos de concentración y siguen siendo de rigor en los regímenes totalitarios.

El embrutecimiento en el trabajo, la hostigación y la deshumanización en las relaciones favorecen el mobbing. El amedrentador goza de prestigio en nuestra cultura. Es poderoso, y hasta gracioso. Llega en algunos aspectos a ser brillante, aunque carece de valor humano de la caridad. Este ogro de cuento se encuentra en todos los sectores sociales y culturales. Nadie está a salvo de esta losa. No existe un refugio a prueba de mobbing.

Para H. Leymann(24), el caldo de cultivo fundamental del acoso se encuentra en la organización del trabajo y en el estilo de gestión dictatorial y burocratizado de ciertas empresas, principalmente públicas.

Hirigoyen (1999)(31) advierte que "la empresa en su conjunto se puede convertir en un sistema perverso cuando el fin justifica los medios y cuando está dispuesta a todo - incluso a destruir a sus empleados - con tal de alcanzar sus objetivos. En este caso, la mentira desencadena el proceso perverso en el mismo nivel de la organización del trabajo.", además añade que "basta con que un grupo, una empresa o un gobierno cuenten con uno o con varios individuos perversos para que todo el sistema se vuelva perverso".

¿QUÉ PASA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA?

Cuando la relación laboral se presta en el ámbito de la Administración Pública, y el que se extralimita en el ejercicio del poder es el que ostenta un cargo político, sobre los empleados públicos, se manifiesta el acoso a través del tráfico de influencias. Tras una fase inicial de hostigamiento psicológico, se incrusta en la independencia e imparcialidad de los empleados públicos, con el fin de obtener de ellos una resolución favorable que si, tampoco por esta vía obtienen, se transforma en la mas dañina espiral del mobbing: la del acoso laboral en las Administraciones Públicas, denunciada por la unanimidad de la doctrina científica como la mas peligrosa forma de horadar los pilares del Estado Democrático y de Derecho. Las consecuencias de ello no son una hipótesis de trabajo, son realidades cotidianas que han sumido a la población en un hastío tal, que está inhibida la acción social reivindicativa, el control social de las instituciones y la sanción política en las urnas.

Una investigación exploratoria verificó que la conducta violenta es perpetrada, en democracia y en las instituciones estatales, por quienes tienen la responsabilidad de proteger a todos los ciudadanos. Esta violencia verificada en la transformación del protector en violento, produce efectos mucho más devastadores por cuanto se convierte en modelo autorizado además de resultar condición necesaria para el nacimiento y la realimentación permanente de la corrupción.

Podemos definir a la violencia político-burocrática como una variante de la violencia política, perpetrada por funcionarios políticos de la Administración Pública y por agentes de alto rango (Personal Jerárquico y/o con funciones ejecutivas) (31) que tienen la responsabilidad social, legal y (en este caso) administrativa de cuidar a los trabajadores del Estado y de cumplir y hacer cumplir las normas administrativas vigentes. Es fortalecida y perpetuada además con el apoyo de no-decisores que convalidan dichas prácticas.

Tal como apunta (Izaguirre, 1998) (32) "No se ve el ejercicio de la fuerza material y por ello han sido naturalizadas, normalizadas.". El procedimiento

es tan habitual, está tan normalizado que se dan por normales conductas que no lo son.

La abierta discrepancia con tales iniquidades y con la violación de las normas, se atribuye a características personales conflictivas. Por el contrario, lo natural, lo esperable es la "conformidad automática" (Fromm, 1984) (33), el aval a la arbitrariedad, el sometimiento y la impotencia aprendida .

Cuando las instituciones que deben proteger, causan daño, lo hacen de una manera tal que, la violencia y el daño quedan mistificados y justificados, llegando incluso a desfigurar el Estado de Derecho.

En el sector público la neutralidad es aún más difícil de lograr que en el privado, ya que existe un alto margen de discrecionalidad en la medida en que las posiciones más altas de la escala administrativa son evaluadas por funcionarios políticos, que no siempre dan prioridad a variables de mérito en la gestión, sino a la mayor o menor maleabilidad de los directores de carrera frente a sus demandas" (Tesoro, 1999) (34).

El uso perverso del sistema ha causado descreimiento y desaliento entre quienes creyeron que constituiría una vía legítima para la incorporación de gerentes con alto grado de competencia" (Tesoro, 1999) (34).

Las alianzas transgresivas pueden manifestarse a través de un sometimiento pasivo o de una participación activa. A veces es posible observar alternancias entre estos dos polos (Puget, Bianchedi, Braun y Pelento, 1993) (35).

Los procedimientos de la violencia político-burocrática han adquirido tal fuerza que han terminado por convertirse en ritos.

Ante situaciones de acoso se produce un silencio que nace no de la discreción, sino del silencio propio de la "omertá". Quien presencia un delito o una irregularidad, debe callar, hablar es inadecuado, peligroso y hasta lesivo de las 'buenas costumbres'. No es sencillo pertenecer a la categoría de los denunciantes o "whistleblowers"(IV). El funcionario público que denuncia un acto de corrupción, sabe positivamente que no le espera una vida sencilla". (Berhongaray, 1998) (36).

El fenómeno del síndrome de acoso institucional, aunque escasamente estudiado, es conocido desde antiguo como síndrome del chivo expiatorio y síndrome del rechazo de cuerpo extraño.

Schuster (1996) (16) considera que el acoso institucional es una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones sociales ordinarias. Lo define como "ser objeto de agresión por los miembros del propio grupo social", y lo distingue de dos situaciones próximas: el rechazo social, en el que el individuo puede ser excluido por sus iguales de contactos e interacciones, pero no perseguido, y la desatención social, en la que el individuo es, simplemente, ignorado.

(IV) Los "whistleblowers" (según The Oxford Spanish Dictionary, Oxford University Press, 1994, "whistleblower" es la persona que denuncia la existencia de prácticas ilegales, corruptas, etcétera, dentro de su organización)

La presentación de acoso psicológico es más probable en organizaciones relativamente cerradas, cuya cultura interna considera el poder y el control como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia. Por eso, dentro del ámbito laboral, parece darse con más frecuencia en universidades, hospitales y ONG, aunque ninguna entidad, pública o privada, parece estar a salvo del problema.

Así es como los funcionarios de la Administración Pública del Estado o de las Comunidades autónomas, el personal docente universitario o preuniversitario, la enfermería y demás profesionales sanitarios del sistema de salud, los profesionales de los medios de comunicación, el personal del turismo, la hostelería y la restauración, y los trabajadores de grandes empresas públicas son colectivos especialmente afectados por el Mobbing. En estos sectores, que podemos considerar de alto riesgo, las tasas del 5% de la población activa que proyecta el estudio Cisneros II se duplican o hasta triplican (37).

María José Blanco Barea(15), trabajan en un estudio con el fin de tipificar los casos de acoso psicológico laboral o mobbing en la Administración Pública con un delito de tráfico de influencias. Se habla en este estudio de un tipo de mobbing bastante habitual pero poco estudiado: el que ejercen los políticos sobre los empleados públicos a partir de que, éstos informen a su favor.

El acoso laboral en las Administraciones Públicas, es denunciado por la unanimidad de la doctrina científica como la más peligrosa forma de horadar los pilares del Estado Democrático y de Derecho.

“Una vez puesto en marcha la estrategia para conseguir satisfacer intereses particulares abusando de las potestades públicas, el sujeto diana de la corrupción pasa a ser además, víctima del mobbing institucional” (38).

Cuando se pasa por encima de la integridad de la persona, y tratándola como a un objeto al que se intenta moldear, se transgreden los derechos fundamentales a la libertad personal, el honor, la presunción de inocencia, y la libertad de expresión y opinión, la corrupción tiene una correa de transmisión terriblemente adecuada a los fines del corrupto.

Mientras, cínica e hipócritamente se despilfarran millones en cursos dentro de la empresa sobre la calidad total, la autogestión, la ética en la empresa... cuando en la práctica lo que impera es la falta de democracia en las relaciones laborales con deseos de poder y sometimiento hacia el subordinado; por ello el acoso moral tiene su máxima incidencia en la Administración, donde lo que está en juego en realidad no es la productividad, sino el ego de sus dirigentes.

No es fácilmente asimilable, mucho menos tolerable, desde una mínima confianza en la vigencia efectiva del Estado Constitucional de Derecho y en elementales exigencias de «ética en la gestión pública», que en el desarrollo de actividades de servicios prestadas en el ámbito de la Administración Pública, cualquiera que sea su dimensión territorial y su naturaleza, se constate con creciente frecuencia un ejercicio del poder de gestión del personal en formas tan violentas como las que engloban estas prácticas o comportamientos de «acoso psicológico» a los empleados, consideradas incluso de manera socialmente muy gráfica pero que peca de exceso verbal nada favorecedor de su comprensión jurídica, como una forma de psicoterrorismo de empresa (29).

Esta mayor predisposición y frecuencia de las organizaciones públicas del trabajo se vincula a su carácter más intensamente reglamentado, a su mayor grado de homogeneidad, al particular conservadurismo que continúa dominando sus estructuras y dinámicas de funcionamiento organizativo, así como a la especial intensidad del principio jerárquico. En efecto, paradójicamente, es en este tipo de lugares de trabajo donde la probabilidad de aflorar y expandirse el riesgo de acoso u hostigamiento psicológico es mayor, porque en ellos, entre otras razones por la propia fuerza de las leyes de inercia histórica y la obsolescencia de buena parte de sus paradigmas de regulación organizativa, predominan las estructuras cerradas, el reglamentismo y una cultura de gestión que sigue considerando el poder y el control como valores prioritarios para conseguir la eficacia, frente a otros parámetros propios de las organizaciones de empresa, como la productividad, la eficiencia, la competitividad o, incluso, la racionalidad (29).

El respaldo inmediato y seguro del resto de los compañeros y del entorno social es la mejor manera de frenar la espiral del mobbing en la Administración Pública.

Como dijo Heinz Leymann en su libro *Mobbing, la persecution au travail*, todo acoso se puede abortar y todo aquel que pudiendo hacerlo no hace nada, es culpable (39).

¿EXISTE LEGISLACIÓN?

El mobbing, está sustentado por la más cínica, poderosa, peligrosa y aleve ideología contraria a los derechos humanos. Es una auténtica rebelión que deroga de hecho los derechos fundamentales de la persona, atacando al valor de la dignidad en su dimensión social y colectiva.

En Suecia, este acoso es un delito desde el año 1993. También lo es en E.E.U.U., Italia, Australia y Alemania, donde compañías como Volkswagen han redactado normas para acabar con este tipo de ataques. En España no hay ninguna iniciativa legislativa, pero expertos en el tema comienzan a mover piezas (40).

Por ahora no se persiguen las conductas de acoso por parte de la Administración, aunque ya existen algunas propuestas. Así, el borrador del Estatuto de Personal Sanitario establece las conductas de acoso psicológico en el trabajo como falta grave, incluso se prevé la posibilidad de cambiar al acosador del lugar de trabajo. Pero, por desgracia, es un borrador y en la actualidad, entre otros, el personal sanitario tiene un alto porcentaje de acoso que no se persigue desde la Administración (41).

El Grupo Parlamentario Socialista ha defendido en los últimos meses dos proposiciones de ley para regular el acoso moral en el trabajo. La primera pretendía la reforma de varios aspectos de la legislación laboral, la segunda contenía una modificación del Código Penal. En ambos casos, ningún grupo se opuso, salvo el Partido Popular grupo que sustenta la mayoría absoluta (42).

No podemos resignarnos a creer que las cosas son de una manera porque estamos habituados a verlas de tal modo, porque es posible, incluso extremadamente frecuente que estas prácticas aún siendo “normales” sean completamente inválidas, ilícitas, antijurídicas. Pues bien, eso es lo que sucede con el acoso, asedio, hostigamiento moral en el trabajo(43).

El propio TS ha proclamado con toda solemnidad y contundencia que, son precisamente la antítesis de lo que debe ser un Estado de Derecho (STS, Sala 3ª 23.7.2001) (43).

En las sociedades que responden a un Estado Constitucional de Derecho, el lugar de trabajo hace ya mucho tiempo que dejó de ser, normativamente al menos, otra cosa es en la práctica, un campo de batalla en el que una persona podía degradar la condición de otra sin riesgo de llegar a ser procesada y condenada por un Tribunal de Justicia, según una idea solemnemente recogida por el propio Tribunal Constitucional [vid. Sent. 88/1985 (LA LEY, 1985, 4619)] (43).

Esta forma singular de violación extrema y sistemática, por tanto ni marginal ni ocasional, si bien a través de modalidades más o menos difusas, indirectas y más o menos sutiles, resulta aún más reprochable si cabe, en el plano social y en el plano jurídico, cuando tales comportamientos se producen en servicios públicos de especial relevancia social, como la educación (escuelas, universidades) o la salud (Hospitales, Centros de Salud), en los que las contradicciones son más visibles y lacerantes (29).

El «acoso psicológico» no cuenta ni con una referencia legislativa expresa ni con forma específica y autónoma de tutela coercitiva alguna, ni disciplinaria, ni administrativa, ni penal (29).

Sin embargo, la inexistencia de una regulación específica, por el momento, no supone en modo alguno que exista un vacío de regulación o, aún menos, un «silencio elocuente» del legislador (29).

El «hostigamiento psicológico», constituye hoy un riesgo profesional que no deriva de la actividad que se realiza, al menos considerada en sí misma, sino básicamente del entorno o ambiente en que tal actividad se lleva a cabo (7).

Por otra parte, el concepto de acoso es amplio desde la perspectiva de la relación jurídica:

"Las relaciones jurídicas laborales se transforman en relaciones de acoso cuando una de las partes, ejercitando extralimitadamente el poder que ostente, sea jurídico o de hecho, desencadena una progresión de actos, dirigidos contra la que ha elegido como diana de su conducta inicialmente maliciosa, que va adquiriendo tintes intimidatorios, que se irá tornando dolosos civilmente para terminar evidenciando una conducta penal, cuyo denominador común es el desprecio hacia la integridad moral de la víctima, y cuya impunidad trata de asegurarse el acosador tejiendo a su alrededor una red que refuerza el fraude de ley"

El acosador se encargará de tejer una red a su alrededor que le permite, a través de todo tipo de manipulaciones, injurias, engaños, conseguir cubrir su finalidad antijurídica, de una cobertura legal refrendada por esa red social, por lo que la conducta de acoso siempre será un enorme fraude a la Ley. La dificultad de la prueba del mobbing, radica precisamente en que está amparado en una norma de cobertura.

El acoso moral en el trabajo es una cuestión de orden público y no debe dejarse al libre arbitrio de las partes su solución, esto es, debe la autoridad administrativa y judicial, incluida la del orden penal en su caso, velar por la prevención de este riesgo psicosocial, por la protección de la víctima cuando el daño se ha hecho efectivo, y por asegurarse de que la solución no atente contra el orden público.

Para quien se extralimita en el ejercicio de su poder, la otra parte deja de ser considerada como persona, para ser concebida como una cosa susceptible dominación. Al cosificar a un ser humano, se está atentando contra la integridad moral, y con ello se están produciendo daños morales, que son todas esas alteraciones psicológicas, esa alteración del equilibrio psicofisiológico, que construyen los daños a la integridad moral y que, según las circunstancias, pueden convertirse en alteraciones patológicas, esto es, en lesiones psíquicas.

Hay ciertas alteraciones de la persona que no llegan a tener la entidad de lesión y que, por consiguiente, ni fundamentan una exención de responsabilidad ni un juicio de culpabilidad por daños a la salud.

En orden a determinar los daños y a exigir la responsabilidad por los mismos, es habitual confundir las lesiones con los daños (44).

Resulta trivial discutir quién causó el conflicto, o quién está en lo cierto. Las consecuencias son tan graves e impagables que debería estar muy claro

que tal fenómeno, a pesar de cualquier otra área de interés, debería ser considerado básicamente como una privación de los Derechos Civiles. Leymann (1987)(20) sostiene que en los países occidentales altamente industrializados, el lugar de trabajo es el último reducto de los “campos de batalla” donde la gente puede “aniquilarse” mutuamente sin correr riesgo de penalización.

Quien presta un trabajo, decía Sinzheimer(45), no entrega un objeto patrimonial, sino que se da a sí mismo: el trabajo es el hombre mismo en su cuerpo y en su espíritu. Por ello, tiene razón Supiot(46) cuando escribe que el Derecho del Trabajo procede de la incapacidad del Derecho Civil, para regular una relación, dominada por la idea de subordinación de una persona a otra. Mientras que en el contrato civil la voluntad se compromete, en la relación laboral se somete. El compromiso manifiesta la libertad; la sumisión la niega.

No existiría un verdadero Estado social y democrático del Derecho, sin el respeto de la dignidad de los hombres y mujeres que trabajan.

Lo que está en juego es si el contrato de trabajo -y el poder directivo que entraña para el empresario- supone un armazón justificativo de la supresión de los derechos del trabajador como ciudadano.

Nuestro Tribunal Constitucional, con doctrina progresista, ha dejado claro que el contrato de trabajo no implica en modo alguno la privación para una de las partes, el trabajador, de los derechos que la Constitución le reconoce como ciudadano.

¿De qué derechos estamos hablando? Fundamentalmente del derecho a la igualdad y no discriminación (art. 14 CE), integridad moral (art. 15 CE), de libertad de expresión e información (art. 20 CE), honor, intimidad y propia imagen (art. 18 CE), libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE) reunión (art. 21 CE) y tutela judicial efectiva (art. 24 CE).

La creciente incidencia de los trastornos y las enfermedades psicosociales plantea nuevos retos para la salud y la seguridad en el trabajo y compromete la mejora del bienestar en el trabajo. Las diversas formas de acoso psicológico y violencia en el trabajo representan actualmente un problema particularmente peliagudo, que justifica una acción de carácter legislativo. Esta acción se basará en el acervo que constituyen las

directivas recientemente adoptadas en virtud del artículo 13 del Tratado de la Unión Europea, que definen el acoso y prevén vías de recurso(63), y con la Resolución 2001/2339 (INI) (29).

MOBBING vs PODER

Un correcto acercamiento al marco de afrontamiento del Mobbing tiene que partir, ineludiblemente, del reposado análisis del poder, sus tipos y los métodos de influencia con lo que se desarrolla, ya que el acosador utilizará

este poder para constreñir tanto la conducta como la posición y hasta la propia persona del acosado. Es necesario por tanto conocer las peculiaridades del tipo de poder que se pone en juego en cada caso de Mobbing, con el objetivo de afrontarlas con más probabilidades de éxito.

- Kaplan (1964) (47) en una aproximación más operativa al término expone una serie de dimensiones que a su juicio acompañan y caracterizan al poder:

- Intensidad del poder, que hace referencia al grado de influencia de una parte sobre otra, aludiendo al control en su máxima expresión.
- Dominio del poder, que expresa la amplitud o el tamaño del grupo sobre el que se ejerce la influencia.
- Rango del poder, que indica la gama de respuestas conductuales ó segmento de valores sobre los que el poder se ejerce.

Robbins (1987)(48), apoyándose en los planteamientos de French y Raven (1971, 285-97)(49) afirma que: "Las bases del poder designan aquello que el sujeto tiene y le confiere poder... las fuentes nos indican de dónde obtiene el sujeto sus bases de poder, es decir, se refieren a la manera en que uno llega a controlar las bases del poder" (Robbins, 1987,275-6) (48).

Poder de oportunidad, que consiste en encontrarse en el sitio adecuado en el momento oportuno para tomar una determinada decisión que brinde la ocasión de ejercer el poder. En este caso, no es necesario ocupar una posición formal elevada en la estructura, sino más bien encontrarse en el "cuello de botella" del paso del fluido de procesamiento organizacional para poder controlar la información ó el acceso a una fuente superior de poder. Es esta la base sobre la que se asienta con mucha frecuencia el poder del agente hostigador con poca brillantez y cierto nivel de incompetencia

En base a lo apuntado en la definición señalada por Robbins (1987-273) (48) se establece, que:

"El poder designa una capacidad que A tiene para influir en la conducta de B, de modo que B haga algo que de lo contrario no realizaría".

Esta definición se extiende a tres aspectos importantes, que quedarían matizados en relación al acoso psicológico en el trabajo en los siguientes términos:

1. Existe un potencial en la parte que tiene poder, que no necesariamente ha de desarrollarse para que se consigan influencias eficaces. En el Mobbing este potencial se transforma frecuentemente en poder debido a la propia reacción de huida de la víctima.
2. Se establece una relación de dependencia de una de las partes hacia la que ejerce el poder. La relación de dependencia se produce debido al control que el agente acosador ejerce sobre los recursos que la persona diana del hostigamiento desea o necesita.

3. Es implícita la suposición de que la parte que no manifiesta el poder posee, inicialmente al menos, una cierta libertad sobre su comportamiento (de lo contrario el poder se podría entender más como dominación que como influencia). No obstante suele suceder que la víctima no utiliza esa libertad hasta que no ha avanzado gravemente el proceso, siendo a veces irreparable el daño provocado.

De estas tres características definitorias, muy posiblemente el aspecto más importante se centra en la relación de dependencia (Robbins, S. 1987; Emerson, R. 1962; Bacharach, S. y Lawler, E. 1980) (48, 50, 51), de forma que cuanto más grande sea la dependencia de B respecto de A, mayor poder (podemos decir) que tiene A sobre B, y por tanto la posibilidad de acosar a su víctima. Cuando se posee algo que otros necesitan y que una sola parte tiene ó controla, se establece una dependencia relacionada directamente con el grado de control de lo buscado. Es condición para que ello suceda, la falta de existencia de fuentes alternativas de consecución de aquello que se busca, recurso este muy utilizado por los hostigadores en un intento de aislar a las personas que son fruto de sus perversas actuaciones. La dependencia, por tanto, aumenta cuando el recurso controlado por la parte que tiene el poder es valioso (Mintzberg, H. 1983) (45). Este autor señala que las características que hace a un determinado recurso u objetivo valioso son fundamentalmente tres:

1. La importancia del recurso. Normalmente esta es la razón por la que el acoso suele progresar hasta llegar a límites iniciales inaceptables. Los sujetos diana del acoso suelen valorar su pertenencia a la organización hasta límites casi inexplicables.
2. La escasez del recurso. Las situaciones socio-económicas precarias o las características valiosas de un "buen puesto de trabajo" pueden agudizar esta escasez y facilitar el ejercicio de poder del acosador.
3. La insustituibilidad del recurso. Robbins (1987-282) (48); ilustra este concepto en lo que se denomina "elasticidad del poder" que lo define como: "la respuesta relativa del poder a los cambios en las alternativas disponibles".

Por otra parte, en el proceso de influencia podemos identificar tres elementos principales (Peiro, J.M.1983) (52):

1. El agente que ejerce la influencia puede ser individual ó colectivo, formal ó informal. March (1957) (53), expone que los agentes básicos de ejercicio de la influencia en las organizaciones son los roles y las conductas de quienes los desempeñan. Peiro (1983) (52) - referenciando a Cartwright (1965) -expone diversos aspectos individuales relevantes en el ejercicio de la influencia:

- a) Los recursos del agente. Como disponibilidad ó control sobre los recursos que la otra (otras) parte valora.
 - b) La motivación del agente. Se refiere al nivel de interés que se tiene por influenciar a la otra parte.
 - c) Aspectos de personalidad. Se sitúan estos en las características individuales de los sujetos en relación al ejercicio del poder.
 - d) El desempeño de un rol. Como ejercicio de la influencia y del poder en relación a las expectativas que los miembros de un grupo mantienen con relación al desarrollo del rol.
2. Los métodos de influencia son tratados por Dahl (1957) (54) como las acciones o actividades a través de las cuales una de las partes consigue influencia y mediante ella, poder sobre las demás partes.
3. En el destinatario de la influencia pueden influir diferentes aspectos:
- a. Aspectos perceptivos: la percepción influye en las relaciones de influencia entre el agente que la ejerce y el destinatario.
 - b. Aspectos motivacionales: motivación del destinatario de la influencia para conseguir los recursos de quien controla.
 - c. Procesos de conformidad que conducen a la aceptación del ejercicio de influencia por parte del destinatario en base a: Sumisión, Identificación e Internalización.

El ejercicio del poder o más acertadamente “el abuso del ejercicio de poder”, es uno de los factores importantes en el despliegue del Mobbing, aunque no es desde luego el único ni por sí sólo el más destacado (53).

El mobbing, por lo tanto, es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (no sólo) física, (sino también) psicológica, emocional, económica, política. La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos (las normativas) que se oponen al propio ejercicio del poder, mediante el control de la relación obtenido a través del uso de la fuerza (abuso de poder) (Corsi, 1995) (55). Cuando el empleo de la fuerza y la voluntad de doblegar al otro, es perpetrado, en democracia, precisamente, "por quienes tienen la responsabilidad social y legal de cuidar a los ciudadanos, de mantener el orden en su mundo, de preservar la estabilidad y predictibilidad de sus vidas (el Estado a través de sus agentes), la violencia tiene un efecto (doblemente) devastador y de largo alcance." Ello en virtud de que "la transformación del carácter protector en carácter violento ocurre en un contexto y en un discurso que destruye o falsea los significados y deniega esta transformación." (Sluzky, 1994) (56).

¿CÓMO EVOLUCIONA?

López et al, a finales de 1994 (57), por medio de la aplicación de un cuestionario elaborado para el efecto, sobre 95 personas que llevan a cabo tareas administrativas, identifica algunas consecuencias que se describieron ante situaciones de mobbing: situaciones de sumisión/aceptación, con pérdida de autoestima, ira, sentimientos de venganza y actitudes apáticas, existiendo cierta dificultad para que los afectados expresen su situación real o puedan llegar a describirla fielmente, de forma escrita.

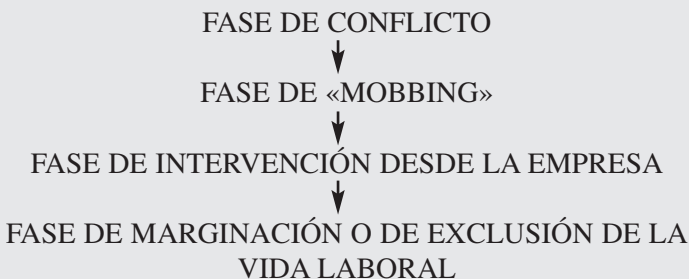
El objetivo de los psicoterroristas laborales es anular totalmente a su víctima para conseguir a medio o largo plazo que abandone la empresa, recordando para ello su capacidad de comunicación y de interacción con los compañeros y compañeras, rebajando sus responsabilidades, y dirigiendo contra él críticas y mentiras infundadas de su actividad laboral e incluso acerca de su vida particular. El resultado es demoledor

ya que la persona objeto de acoso pierde su autoestima, ve mermadas sus capacidades profesionales, sus relaciones personales en el entorno laboral y se autodestruye moralmente (V).

Una característica de la situación es la de ser un conflicto asimétrico entre las dos partes, donde la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior a la del trabajador hostigado.

En el curso del mobbing se han distinguido básicamente cuatro grandes fases, constituyendo el paso a cada fase posterior el fracaso en la resolución del problema en fases previas (Cuadro 5).

CUADRO 5. FRASES DE DESARROLLO DEL MOBBING



Fuente: NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing*.

(V) La psiquiatra francesa Marie-France HHirigoyen hace una lectura más amplia del fenómeno, considerando acoso moral en el trabajo no sólo aquellos supuestos en los que el hostigador persigue el abandono del trabajador de su puesto de trabajo sino también aquellos supuestos en los que el hostigador tiene como objetivo deteriorar de alguna manera el ambiente laboral.

La primera fase constituye la "fase de conflicto". Aquí se sitúa el origen de lo que acabará convirtiéndose en una situación de acoso. Es donde se sitúa el primer conflicto, que lejos de solucionarse, aclararse, olvidarse, se cronifica. Es donde las víctimas sitúan el "incidente crítico", aquel que marca un antes y un después y que se recuerda como el acontecimiento que supuso un cambio en los comportamientos.

Suele pasar que el hostigador, no cede en su empeño y mantiene el acoso psicológico, si cabe con una graduación más incisiva para intimidar a la víctima y hacerle notar que a cualquier movimiento de defensa de su acosador sólo conseguirá acrecentar el hostigamiento, a veces estas reacciones de incremento de la presión, se acompañan incluso de amenazas condicionadas, de carácter punitivo, dirigidas explícitamente hacia el estatus o la seguridad laboral del acosado.

El primer acto del depredador siempre consiste en paralizar a su víctima para que no se pueda defender.

La estrategia perversa no aspira a destruir al otro inmediatamente; prefiere someterlo poco a poco y mantenerlo a disposición. Lo importante es conservar el poder y controlar.

Un verdadero perverso no suelta jamás su presa. Está persuadido de que tiene razón, y no tiene escrúpulos ni remordimientos.

Pero sin duda, el arte en el que el perverso destaca por excelencia es el de enfrentar a unas personas con otras, el de provocar rivalidades y celos.

La fase de odio o violencia, empieza con toda claridad cuando la víctima reacciona e intenta obrar en tanto que sujeto y recuperar un poco de libertad. A partir de este momento abundarán los golpes bajos y las ofensas, así como las palabras que rebajan, que humillan y que convierten en burla todo lo que pueda ser propio de la víctima. Esta armadura de sarcasmo protege al perverso de lo que más teme: la comunicación.

El agredido piensa que si actúa con paciencia, el otro cambiará. No renuncia porque es incapaz de imaginar que no hay nada que hacer y que es inútil esperar algún cambio. Por lo demás, si abandona a su compañero, se sentirá culpable.

El miedo conduce a la víctima a comportarse patológicamente, algo que el agresor utilizará más adelante como una coartada para justificar retroactivamente su agresión.

El hostigador recurre a algunas personas de la organización que pudieran ayudarle a afrontar el problema, generalmente personas con cierto ascendiente o capacidad de influencia en la empresa (otros mandos, representantes sindicales, etc.). Todavía, y con el objeto de que no le reporte perjuicios laborales, busca que el asunto no se popularice lo que suele ser argumento justificativo suficiente como para que las respuestas de estos nuevos participan-

tes del problema sean de acogida positiva, pero inoperantes. El acosado comienza a "sentirse aislado".

Evitar el diálogo es una hábil manera de agravar el conflicto, pues éste se desplaza y la víctima termina cargando con él. Para el agresor, es una manera de decir, sin decirlo con palabras, que el otro no le interesa, o que no existe para él. Como no se dice nada, se puede reprochar todo.

La agresión no tiene lugar abiertamente -lo cual permitiría replicar-, sino de un modo soterrado, en el registro de la comunicación no verbal.

Se trata de negar la presencia de la víctima, de dejar de dirigirle la palabra, o de aprovechar que se ausenta cinco minutos de su despacho para dejarle un informe con una nota encima, en lugar de encargarle el trabajo directamente.

Provoca una situación de ambigüedad de rol (no informándole sobre distintos aspectos de su trabajo, como sus funciones y responsabilidades, los métodos de trabajo a realizar, la cantidad y la calidad del trabajo que debe llevar a cabo, etc., manteniéndole en una situación de incertidumbre); haciendo un uso hostil de la comunicación tanto explícitamente (amenazándole, criticándole o reprendiéndole acerca de temas tanto laborales como referentes a su vida privada) como implícitamente (no dirigiéndole la palabra, no haciendo caso a sus opiniones, ignorando su presencia,...); utilizando selectivamente la comunicación (para reprender o amonestar y nunca para felicitar, acentuando la importancia de sus errores, minimizando la importancia de sus logros,...).

Para desacreditar a alguien públicamente, basta con introducir una duda en la cabeza de los demás: "No crees que ... ". Con un discurso falso, compuesto de insinuaciones y de asuntos silenciados, el perverso pone en circulación un malentendido que puede explotar en beneficio propio.

Cuando alguien decide destruir psicológicamente a un trabajador y pretende que éste no se pueda defender, lo primero que hará es aislarlo y romper sus posibles alianzas. Cuando el empleado está solo, le cuesta mucho más rebelarse, sobre todo si se le hace creer que todo el mundo está contra él.

Los compañeros envidiosos son los que llevan a cabo el trabajo de desestabilización, con lo cual el verdadero agresor puede decir que él no sabe nada del asunto.

Cuando la agresión proviene de algún superior, la víctima designada termina por quedar privada de toda información. No se la convoca a las reuniones y queda aislada. Tiene noticia de su posición en la empresa a través de encargos por escrito. Más adelante, se la pone en cuarentena. Puede ocurrir que no se le dé trabajo aunque sus compañeros estén desbordados, y que tampoco se le permita leer el periódico, ni marcharse más temprano. Que se le cambie de ubicación quitándole el despacho y desplazándolo a un lugar más aislado.

La puesta en cuarentena genera mucha más tensión que el exceso de trabajo y se vuelve rápidamente destructiva. Para los directivos, constituye un sistema fácil de aplicar a la hora de provocar la dimisión de alguien a quien ya no necesitan(3, 31).

Si la persona afectada, se repliega en sí misma y se dispone a "aguantar todo lo que sea necesario", ya podemos decir que se ha dejado atrapar por una segunda tela de araña y que con ella ha entrado directamente en lo que llamamos "la espiral del Mobbing", o sea un bucle de retroalimentación negativa en el que la presión del acoso incidiendo en los síntomas patológicos y estos en la ineficacia de la respuesta laboral, justifican y refuerzan el hostigamiento de manera progresiva, llegando a agravar el problema hasta hacerlo insostenible.

En esta etapa, la persona comienza a "perder interés por su tarea", precisamente aquello que le ha hecho aguantar el acoso.

La persona acosada u hostigada, sin fuerzas ya para afrontar el problema, comienza a preocuparse por un problema mayor, "su deteriorado estado de salud".

La recurrencia a una incapacidad laboral transitoria es casi inevitable. Llegados a este punto, se puede decir que el acosador dispone de una oportunidad perfecta para conseguir su objetivo de perjudicar a la víctima, ya que el acosado se está "autolesionando", sin que éste primero tenga que desgastarse personal o públicamente.

La segunda fase es propiamente la de "mobbing o de estigmatización". Esta fase se prolonga en la medida en que en la organización se niegue la existencia del conflicto, o se evite el mismo o incluso se decida no intervenir por entender que forma parte de un conflicto privado.

La magnitud e implicaciones del problema llegan a un punto en que es imposible que la organización no acepte la existencia de un serio problema. Es la fase de "intervención desde la empresa". De manera habitual, y de forma lamentable, la intervención suele consistir en desembarazarse de la víctima del conflicto, para mayor estigmatización y sufrimiento de la misma. En último lugar suele suceder la fase de "marginación o de exclusión de la vida laboral". Se caracteriza porque el trabajador compatibiliza su trabajo con bajas, cada vez más largas hasta quedar excluido definitivamente del mundo laboral.

En este escenario de "organización tóxica", junto con acosadores y víctimas, coexisten otros protagonistas que tienen su importancia de cara a determinar la magnitud del fenómeno, su evolución y la situación de amparo o desamparo de las víctimas. Se trata del resto de compañeros de trabajo que pueden adoptar un papel de co-acosadores (ayudan y cortejan al acosador principal, generando conductas de acoso) y los espectadores que no partici-

pan activamente en el conflicto, ni de un lado ni del otro, por miedo a acabar como víctimas.

En el caso del trabajador afectado, la sintomatología que puede sufrir puede llegar a ser muy diversa, girando aquella básicamente en torno a la ansiedad.

Desde el punto de la salud social y familiar, ésta puede llegar a encontrarse muy afectada en cuanto a que la situación de mobbing puede alterar y distorsionar las interacciones con familiares, amigos. La importancia del entorno familiar y social proviene de que constituyen las principales fuentes de apoyo social de la víctima y, en muchos casos, su único lugar de amparo.

El entorno laboral tampoco es ajeno al fuerte impacto de las situaciones de acoso. El rendimiento en el trabajo se suele ver afectado, tanto el de la víctima como el de la organización en su conjunto.

Tanto la presión, como el deteriorado estado de salud del acosado, pueden llegar a hacer insostenible su presencia en el entorno laboral.

La víctima del mobbing opta ya, cada vez más por buscar soluciones fuera del dominio de la organización laboral a la que todavía pertenece y si su historia laboral refleja una dedicación de bastantes años a su empresa, su oficio o su profesión, o bien considera que ya es tarde para volver a empezar un nuevo camino profesional, concluye en una amarga prejubilación del mundo del trabajo, que durante un largo tiempo la deja prácticamente sin identidad social.

En otros casos, de personas más jóvenes, éstos siguen soportando la presión algún tiempo, hasta que su trabajo se vuelve puramente instrumental y se mantienen en la organización de una manera "cuasi-vegetativa" en tanto les llega una oportunidad para poder marcharse lo que suele ser infrecuente dadas las condiciones de precaria salud en la que suelen encontrarse.

Nos encontramos de hecho ante:

- Una pérdida de la persona para el mundo laboral.
- Un daño difícil de reparar en el estado de salud de la víctima.
- Un probable deterioro de sus relaciones personales y familiares.
- Un inmenso costo de asistencia sanitaria y de pensiones asociadas(50).

Debido a la mecánica de las gestiones administrativas, los individuos sojuzgados acumulan tan mala reputación que les es tremendamente difícil permanecer en el mercado de trabajo; aún si consiguen permanecer, lo hacen a costa de perder su estatus previo, por cuanto sólo se le asignarán en el futuro tareas muy elementales (Leymann, 1986, 1992) (59, 24).

El suicidio es una complicación grave, sobre la que han llamado recientemente la atención López García Silva y Camps del Saz (60). El riesgo es particularmente severo en profesionales cualificados que derivan importante gratificación de su trabajo. Leyman (20) señala que la elección del lugar de

trabajo como escena del acto suicida se puede interpretar como un último intento de rebeldía o como una acusación póstuma.

EL MOBBING Y LA EMPRESA

El mobbing no es un juego patológico con resultado cero en el que el fracaso de uno permite la victoria del otro. Al contrario, aquí pierden todos: la víctima en primer lugar (por las consecuencias tan negativas para la salud) pero también la empresa ya que el clima de tensión lleva a una caída generalizada en el rendimiento (61).

Queda claro que en las empresas en que se desencadenan los procesos de hostigamiento se experimenta una disminución de la eficacia y del nivel de atención a los clientes y por lo tanto del producto final con los consiguientes efectos negativos sobre su imagen y su credibilidad social.

Se produce un empeoramiento de los servicios prestados, a la vez que aumenta el tiempo de trabajo perdido en bajas laborales, enfermedades, accidentes e incapacidades. Como consecuencia del absentismo aumenta la rotación y con ella las necesidades de formación de los nuevos trabajadores a los que hay que sumar el coste del tiempo de adaptación necesario al nuevo puesto de trabajo. Todo esto enrarece el clima laboral.

Según la Organización Internacional del trabajo, las bajas generadas por Mobbing suponen unos gastos de más de 90 millones de euros (15.000 millones de pesetas)(62). El 30% de los acosados tiene que abandonar su trabajo durante al menos 12 meses.

La U.E. apunta en informe de la comisión de 2002 (63) que las enfermedades consideradas emergentes, como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo, el acoso y la intimidación, son responsables del 18 % de los problemas de salud asociados con el trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral. La frecuencia de estas patologías es dos veces superior en los sectores de la educación y los servicios sociales y de salud.

El mobbing ha adquirido en España tintes y cifras epidemiológicas.

El estudio Cisneros realizado en la Universidad de Alcalá de Henares, arroja una cifra del 15% de los trabajadores en activo como víctimas de mobbing, lo que equivale a más de dos millones de personas en activo.

En España si aceptamos la estimación del Profesor Iñaki Piñuel (64) de 1,500,000 casos de acoso laboral, tendríamos que el 10% de sus incapacidades costarían a los ciudadanos más de 13 billones de pesetas.

La crítica de Toohey (1991) (65) es que la “industria de la salud”, se focaliza en “estar enfermo”, o en “no estar capacitado para competir en la vida laboral”, en lugar de obligar a los directivos responsables, como Toohey reclama que debería hacerse, a hacer indagaciones sobre las condiciones de trabajo que producen las enfermedades.

El mobbing en la empresa también puede surgir como resultado de una decisión empresarial. Es bastante habitual que en ciertas empresas se utilice este fenómeno como instrumento para deshacerse de empleados especialmente molestos a los que no se les puede reprochar nada, para lo cual utilizan la táctica de la desesperación, hundiéndolos psíquicamente para deshacerse de ellos sin que suponga un coste económico para la empresa. Se maltrata psicológicamente a los trabajadores para destruirlos y forzarlos a dimitir.

Como bien dice Marie-France Irigoyen (31) “el hecho de que los valores de nuestra sociedad hayan cambiado ha posibilitado este tipo de comportamientos en las empresas. ¿O es al contrario? ¿Es posible que los valores de nuestra sociedad se hayan descarriado como consecuencia del cinismo económico justificado por la mundialización?”.

Se deben potenciar e instaurar actividades preventivas deben estar encaminadas a evitar en la medida de lo posible la aparición de conflictos y, lo que es más importante, su estigmatización. Esto se consigue a través de una adecuada organización del trabajo y de la puesta en práctica de los instrumentos necesarios para prevenir, regular y, en su caso, sancionar problemas interpersonales. Cuatro son las áreas que apuntan los expertos como de acción obligada; el diseño del lugar de trabajo, el trabajo sobre los aspectos de ejercicio de la autoridad, la clarificación del estándar moral de la organización y el estatus o posición social de las personas (66).

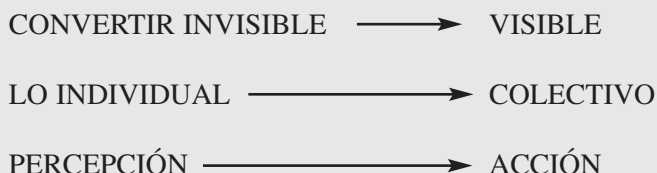
Debería trabajarse sobre los contenidos de las tareas, la carga de trabajo, el control y autonomía sobre el trabajo, la definición de competencias, las redes y tipos de apoyo social, los sistemas de participación, etc. (67).

Cualquier organización que quiera su eficacia y eficiencia, tendrá que reconocer que el acoso y el maltrato existe en sus centros ; que incluso está siendo utilizado cada vez más como técnica de gestión...Y que tiene que empezar a estudiar este tema para poder encontrar soluciones que disminuyan el sufrimiento de sus trabajadores. Es un deber ético y muy pronto será una obligación legal (68).

Por su parte los sindicatos, tal como apuntan Pere Boix y Laurent Voguel, deberán establecer los ejes de su intervención en (ver Cuadro 6) (69):

- Hacer visibles los riesgos de la organización del trabajo.
- Evitar caer en el engaño de que se trata de un conflicto derivado de la personalidad de alguien.
- Establecer las medidas necesarias para controlar la situación y planificar la evaluación de riesgos derivados de la organización del trabajo.

Cuadro 6. Ejes de intervención de los sindicatos



MOBBING, SERVICIOS DE SALUD Y ENFERMERÍA.

De especial interés es el extenso estudio que realiza Tim Field (VI) en Inglaterra sobre el sistema británico de salud (NHS). En este estudio sobre «mobbing» (o «bullying» como lo denomina este autor) se advierte del riesgo grave que pesa sobre el personal sanitario de ser víctimas de este tipo de acoso institucional o psicológico, ampliando el análisis a todos los Sistemas de Salud en general (24, 70).

Un estudio de pacientes de la así llamada “Clínica del Mobbing” sueca, muestra una sobrerrepresentación de pacientes provenientes de universidades, hospitales, guarderías, y organizaciones religiosas. La explicación puede estar precisamente en que estos entornos de trabajo tienen más complicaciones en relación a aspectos organizativos, contenido de las tareas, y gestión. A su vez, la razón para ello estriba en que estas instituciones tienen en común dificultades organizativas en tanto están controladas por más de una jerarquía, por grupos políticamente elegidos, además de los técnicos.

La Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea, llevada a acabo en 2000 por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo señala que el hostigamiento psicológico afecta a aproximadamente un 9% de los trabajadores (un 1% más que en la encuesta de 1996). Esta misma encuesta ofrece para España la cifra de un 5% de trabajadores víctimas de mobbing (71).

Estudios más específicos llevados a cabo en la Comunidad de Madrid por la Universidad de Alcalá de Henares en 2001 ofrecen porcentajes muchos más elevados, llegándose al 11,5% de los trabajadores encuestados.

Desde el punto de vista de quiénes son los más afectados algo se ha comentado anteriormente. Los datos de que se disponen son inconclusos pero algo comienzan a apuntar; la afectación del sector servicios y la presencia de la administración pública. Así los estudios de Leymann (72), en Suecia, apuntaban a los trabajadores de la enseñanza primaria, media o universitaria,

(VI) Vid. T. Field, *Bully in sight. How to predict, resist, challenge and combat workplace bullying*, Oxfordshire, 1996.

los trabajadores de la salud (especialmente enfermería), trabajadores sociales e incluso miembros de organizaciones sin ánimo de lucro. La Encuesta Europea antes mencionada apunta básicamente a los trabajadores de actividades financieras y a la Administración Pública.

El estudio Cisneros realizado en la Universidad de Alcalá, arroja una cifra del 15% de los trabajadores en activo, lo que equivale a más de 2 millones de personas en activo. El citado estudio da cuenta de que están especialmente expuestos los trabajadores de las Administraciones Públicas (14%) y del sector servicios (25%), donde los profesionales de la sanidad, sobre todo las enfermeras, se llevan la peor parte (59). El acoso psicológico en el trabajo de la sanidad es considerado actualmente como el primer riesgo de salud laboral de los profesionales sanitarios y que ese sector es el más afectado en España.

Tim Field, considera que los médicos y enfermeras del sistema británico de salud (NHS) corren grave riesgo de sufrir acoso institucional, que, por otra parte, es frecuente en los sistemas de salud en general. Partiendo de la clasificación de los seres humanos, en cuanto a su actitud de servicio, en empáticos y controladores, Field establece el siguiente razonamiento explicativo:

Los rasgos empáticos de personalidad, tales como sensibilidad, comprensión del sufrimiento ajeno e interés por el desarrollo y bienestar de los demás, predominan entre los médicos y enfermeras asistenciales, ya que, entre otras razones, son un determinante natural de su elección profesional. Los controladores predominan entre los burócratas y personal directivo, ya que estos rasgos llevan naturalmente a evitar la relación con el enfermo, y a dedicarse a la gestión, control y optimización de recursos.

En estas condiciones, la relación de gestión, control y optimización puede fácilmente pervertirse hacia conductas de acoso, por cuanto los burócratas directivos cosifican la relación (médico-enfermera) -enfermo, y pueden interpretar algunas actividades empáticas de los médicos y enfermeras asistenciales como un reto o amenaza contra su poder institucional.

Pero sobre todo las enfermeras sufren las durísimas consecuencias del mobbing, y éstas, sin lugar a dudas, son algo mucho más preocupante que el “amarillismo” con que se pinta en la prensa, el “casuismo” con que se define en algunas sentencias, el “simple certificado médico” que presentan algunas demandas y denuncias como argumento; la “fácil negociación de un expediente disciplinario” a que limitan su actuación algunos sindicatos; las reducciones a la simplicidad de algunas opiniones de expertos que encuadran el problema en el “marco de las relaciones de trabajo”.

Según el informe Cisneros III (2002) sobre violencia en el entorno laboral (6) una de cada tres enfermeras es víctima de Mobbing en España y un 77% de las encuestadas manifiestan haber sido testigos de comportamientos de mobbing.

Si bien en el estudio mencionado no se hace referencia expresa a las causas por las que las enfermeras, como colectivo profesional, son más vulnerables al acoso. Sin embargo se puede presentar como hipótesis el hecho de que una enfermera puede asumir ocasionalmente el mando dentro de un grupo, sin tener la autoridad oficial para ello, para que el trabajo se lleve a cabo. No existen reglas para estos procedimientos oficiosos, ni el reconocimiento de hasta dónde las compañeras deben aceptarlos. Todo ello dibuja, de hecho, situaciones de alto riesgo que conducen fácilmente al conflicto.

A parte del mencionado estudio no existen investigaciones específicas de mobbing en el colectivo de enfermería. Sin embargo si que se hayan referencias sobre la dominación, el poder y la resistencia en enfermería (Nóbrega, 2001)(73), en el que se destaca que las relaciones entre médicos y enfermeras se configuran como de dependencia y sumisión, utilizando como estrategias para la resistencia mecanismos individuales e informales.

Por otra parte estudios australianos, americanos e ingleses (Adamson and Kenny 1993; Cadogan, Franzy and Osterweil, Hill, 1999; Snelgrove and Hughes 2000)(74, 75, 76) identifican las barreras para una efectiva comunicación entre médicos y enfermeras derivadas de la posición de poder de los médicos y la relación que estas tienen en la satisfacción de las enfermeras en el desempeño de su trabajo, así como la influencia que dichas relaciones tienen entre ambas profesiones a la hora de la autonomía profesional y su reconocimiento social. En todos los estudios se pone de manifiesto la influencia que tienen sobre la enfermería las posiciones de poder y dominación, centrándose en la dicotomía curar-cuidar (76).

A pesar de lo apuntado, no existen en los mencionados estudios referencias específicas de acoso derivadas de dicha dominación y ejercicio de poder, centrándose en la identificación de las formas de dominación y las barreras que están presentes en el trabajo de las enfermeras con gran experiencia (más de 10 años de ejercicio) en puestos de gestión, dirección y áreas especializadas de cuidados.

Es importante destacar que la actitud de las enfermeras cuando se sienten dominadas (por los médicos) es la de evitar los conflictos, buscar el diálogo y utilizar el razonamiento para fundamentar sus respuestas, mientras que cuando pasan a ser dominantes (sobre sus pares o inferiores) utilizan la autoridad, la persuasión y el diálogo (73).

¿CÓMO SE MIDE?

Si se tiene en cuenta la falta de cuestionarios y otros métodos de evaluación psicosocial y de práctica clínica al respecto suficientemente rigurosos y consensuados, no cabe poner en duda en ningún momento la relevancia cuantitativa del problema, que además va en aumento a tenor de la notoriedad que

estas situaciones alcanza en los medios de comunicación y en los debates políticos y sindicales (29).

El LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization, 1990) es una herramienta específica estandarizada que se ha utilizado para presentar la mayoría de los estudios de mobbing. Es un instrumento inicialmente pensado para los países nórdicos. Es decir, necesita de una adaptación, teniendo en cuenta las características diferenciales con nuestro país: tenemos más paro, más temporalidad y más desregulación de condiciones de trabajo, además de una cultura empresarial y de relaciones laborales totalmente distinta. El centro de referencia en organización del trabajo y salud de Ista, junto con la UPF, la UAB, el INSHT y la Mutua Fraternidad, está adaptando un instrumento danés (el CPQ, desarrollado por el AMI), de identificación de factores de riesgo psicosocial, a la realidad del mercado de trabajo y las relaciones laborales en el contexto español, pero hasta la fecha el LIPT es el instrumento más válido para realizar evaluaciones.

Se trata de una clasificación de 45 conductas hostiles (Leymann, 1992 y 1993) (24, 28) identificadas en las investigaciones del Norte de Europa (Leymann, 1992) (77). La lista de conductas ha sido también estadísticamente tratada usando el Análisis Factorial (Niedl, 1995; Zapf et al., 1996) (25), lo que ha dado como resultado categorías similares. Estudios llevados a cabo en Austria (Niedl, 1995) (25) apoyan la hipótesis de que en otros países, y en determinados contextos ocupacionales, se aprecian diferencias culturales: aparecen algunas conductas diferentes, y algunas de las descritas no aparecen. Knorz y Zapf (1996) (40) han publicado una lista de otras conductas encontradas en el sur de Alemania, usando entrevistas cualitativas (Cuadro 7).

Heinz Leymann (1996) (78), establece para sus estudios estadísticos, una definición estricta: Hay mobbing cuando una o varias de las 45 actitudes hostiles se repiten al menos una vez a la semana durante al menos 6 meses.

En función de las consecuencias sobre la víctima, las actividades se clasifican en cinco grupos. La lista que sigue es una decantación de entrevistas no estructuradas y análisis heurísticos:

Efectos sobre las posibilidades de la víctima para...

1. Comunicarse adecuadamente (Las autoridades le niegan la posibilidad de comunicarse adecuadamente; se le silencia; ataques verbales sobre la calidad de su trabajo; amenazas verbales; actividades verbales con el fin de aislarlo, etc.)
2. Mantener contactos sociales (los colegas le rehuyen, no hablan con él; las autoridades prohíben que se le hable; asignación de lugares de trabajo aislados; se le hace el vacío, se le ningunea; etc.).
3. Mantener su reputación personal (Chismorreos; ridiculización; mofa, burla de alguna discapacidad, herencia étnica, la manera de moverse o de hablar; etc.)

4. Mantener su situación laboral (no asignación de tareas; o asignación de tareas sin sentido, etc.).
5. Mantener su salud física (asignación de trabajo peligroso; agresión física; acoso sexual activo, etc.).

A la postre el Cuestionario-LIPT(79) ha sido desarrollado, validado y utilizado en todos los estudios con la excepción de los estudios noruegos, que utilizan otra metodología de investigación(VII).

**CUADRO 7. ALGUNAS CONDUCTAS CONCRETAS DE MOBBING
CLASIFICADAS POR FACTORES (ZAPF, KNORZ Y KULLA, 1996)(81)**

ATAQUES A LA VÍCTIMA CON MEDIDAS ORGANIZACIONALES

- El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar
- Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros
- Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada
- Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia
- Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva
- Cuestionar las decisiones de una persona
- No asignar tareas a una persona
- Asignar tareas sin sentido
- Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades
- Asignar tareas degradantes

ATAQUES A LAS RELACIONES SOCIALES DE LA VÍCTIMA CON AISLAMIENTO SOCIAL

- Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona
- Rehusar la comunicación con una persona a través de miradas y gestos
- Rehusar la comunicación con una persona a través de no comunicarse directamente con ella
- No dirigir la palabra a una persona
- Tratar a una persona como si no existiera

ATAQUES A LA VIDA PRIVADA DE LA VÍCTIMA

- Críticas permanentes a la vida privada de una persona
- Terror telefónico
- Hacer parecer estúpida a una persona
- Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos
- Mofarse de las discapacidades de una persona
- Imitar los gestos, voces... de una persona
- Mofarse de la vida privada de una persona

(VII) Para el presente estudio se ha utilizado una adaptación del LIPT y el cuestionario de C. Knorz y D. Zept.

VIOLENCIA FÍSICA

- Ofertas sexuales, violencia sexual
- Amenazas de violencia física
- Uso de violencia menor
- Maltrato físico

ATAQUES A LAS ACTITUDES DE LA VÍCTIMA

- Ataques a las actitudes y creencias políticas
- Ataques a las actitudes y creencias religiosas
- Mofarse de la nacionalidad de la víctima

AGRESIONES VERBALES

- Gritar o insultar
- Críticas permanentes del trabajo de la persona
- Amenazas verbales

RUMORES

- Hablar mal de la persona a su espalda
- Difusión de rumores

Fuente: NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing.

ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS

El Proyecto de Opinión de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades para la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales sobre el acoso moral en lugar de trabajo señala que los resultados de distintas investigaciones determinan que las mujeres son las principales víctimas.

El dictamen del Comité Económico y Social francés (CES) adoptado el 21 de abril del 2001 considera que la mayoría de las víctimas son mujeres de más de 40 años, lo que además plantea el problema añadido de tratarse de una fase avanzada de su vida laboral. Según la doctora Hirigoyen, el fenómeno afecta a un 70 por ciento de mujeres, en comparación con un 30 por ciento de hombres (VIII) .

En los estudios llevados a cabo por Leymann la proporción entre hombres (45%) y mujeres (55%) es prácticamente la misma. En relación con la cuestión “¿Quién acosa a quién?”. El estudio arroja que un 76% de los hombres acosados, lo son por otros hombres, mientras que solamente el 3% lo son por mujeres; el 21% de los hombres son acosados por ambos sexos. En el otro grupo, el 40% de las mujeres acosadas, lo son por otras mujeres, el 30% por hombres; y el restante 30% por ambos grupos. Esto no debe ser interpretado

como relacionado con el género. La explicación de por qué los hombres son hostigados mayormente por otros hombres, y las mujeres por mujeres, debe ser interpretada como una consecuencia estructural de la vida laboral. Tanto hombres como mujeres, con mayor frecuencia aún, tienen a un hombre por jefe)(5).

El profesor Piñuel (2001) en un reciente estudio señala que en un 77% de los casos, los trabajadores afirma no tener ningún apoyo por parte de la organización para hacer frente al problema(80).

Futuras investigaciones deberían analizar aquellas personas, que siendo perfectamente conscientes de la dinámica de psicoterror en curso, prefieren no intervenir. Estas personas podrían ser contempladas como las que hipotéticamente podrían detener el proceso. Los resultados del estudio sueco indican que podría haber un amplio número de “mirones o pasotas”.

(VIII) *Por el contrario, el profesor Iñaki Piñuel señala en su libro Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo que el resultado de su estudio determina la existencia de un ligero predominio de hombres como víctimas (aunque el problema afecta al colectivo laboral femenino igualmente).*

**II MOBBING
Y DIRECCIONES DE ENFERMERÍA**

MOBBING EN LAS DIRECCIONES DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Teniendo como única referencia del acoso psicológico o mobbing en enfermería el estudio llevado a cabo por SATSE y la Universidad de Alcalá de Henares (CISNEROS III)(6), en el que se destaca la gran incidencia de este problema, el presente estudio se plantea como herramienta para la investigación del mobbing en los equipos directivos de Enfermería de la Comunidad Valenciana, por entender que a parte de sufrir los mismos problemas, como personal de administraciones públicas y como enfermeras, identificados en anteriores estudios (17, 56, 58, 59), se daban otros derivados de la gestión asumida actualmente por las Direcciones de Enfermería tipo barragana (concubina que vivía en casa del que estaba amancebado, según el Diccionario de la Lengua), o sea, coordinador o adjunto de enfermería del director médico (que es lo que le provee la condición de staff). En estas circunstancias resulta imposible actuar como gestor de unidades de enfermería con verdadera capacidad ejecutiva, como modelo tradicional de participación en la toma de decisiones dadas las medidas restrictivas (generalmente de corte corporativista) que impiden o limitan la posibilidad de asumir tales responsabilidades, generando conflictos de los equipos directivos y formas de dominación y poder que entendemos desembocan en actitudes de acoso (82).

Estas situaciones a parte del grave daño que pueden hacer a las personas que las sufren llevan aparejada, a nuestro entender, una extraordinaria carga de lucha de poder entre colectivos (médico y enfermería), favorecida por las deficiencias de organización, los estilos autoritarios y la mala gestión de conflictos dadas las características de los puestos y las relaciones entre éstos (puestos de libre designación sujetos a criterios políticos) (15, 16, 17, 18, 19, 31, 13, 25). Así pues estaríamos ante un caso de Mobbing ascendente y con una clara focalización en función, no tanto del puesto desempeñado (de gestión o dirección), como de la profesión que lo ocupa (enfermera/o).

Se diseñó un estudio multicéntrico, transversal y analítico de base poblacional en el que se selecciona a toda la población susceptible de estudio en la Comunidad Valenciana.

La investigación se basa en el Leymann Inventory of Psychological Terrorization, LIPT (64) y el cuestionario de C. Knorz y D. Zapf (62, 68) ,

instrumentos contrastados y utilizados en múltiples estudios en toda Europa (Anexo I). Así mismo se utiliza un cuestionario con 25 ítems para ser contestado por aquellos profesionales que respondieran a alguna de las preguntas del LIPT (Cuestionario Mobbing II) (Anexo II). Para aquellos profesionales que no señalaran ninguna de las preguntas del LIPT, se utilizó el cuestionario Mobbing III que contiene 13 ítems (Anexo III). Tanto el cuestionario Mobbing II como el Mobbing III, fueron previamente validados. Por último se utilizó el Cuestionario de “Apreciación del Estrés”, con 75 ítems divididos en tres bloques (afectación sobre el trabajo, la vida privada y la salud), para la valoración y posterior correlación entre mobbing y estrés (Anexo IV).

Los cuestionarios se remitieron con una carta de presentación (Anexo V) a todos/as los/as Directores/as de Enfermería tanto de Atención Primaria (20 Directores/as) como de Hospitales (28 Directores/as) y a 14 Subdirecciones de Hospitales. En total se remitieron 62 cuestionarios por correo con sobre franqueado de respuesta. Se obtuvo finalmente una tasa de respuesta del 69’35% (43 encuestas), de las que finalmente se consideraron como válidas 39.

Los datos fueron volcados en una base de datos DAO 3.5 confeccionada al efecto.

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS con el que se realizaron pruebas estadísticas de frecuencia, χ^2 , t-Student.

ANEXO I

Cuestionario Mobbing I desarrollado en base al LIPT (Leyman Inventory Psychological Terrorization) y al cuestionario de C. Knorz y D. Zapf.

INSTRUCCIONES GENERALES

- A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con el acoso psicológico (Mobbing)
- Por favor lea cada cuestión y responda de manera espontánea marcando las que se correspondan con su situación (pero tan solo cuando la situación descrita se produzca de forma frecuente –una vez por semana– y constante –durante más de seis meses– y dejando en blanco las que no lo hagan.
- No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas.
- Evite interrupciones mientras conteste las cuestiones, para así garantizar una máxima concentración y fiabilidad.
- Si no señala ningún ítem en este cuestionario pasar al formulario III, (dejando el II en blanco) en caso contrario, cumplimentar el cuestionario II (dejando el III en blanco). Introducirlos todos en el sobre (los cumplimentados y los no cumplimentados rellenando los apartados de sexo, edad y tiempo en el puesto).

SEXO: H M

EDAD:

TIEMPO EN EL ACTUAL PUESTO:

A) Actitudes de acoso para reducir las posibilidades del encuestado a comunicarse adecuadamente con otro/s compañero/s o superior/es.

1. Limita/n la posibilidad de comunicarme al reducirme los medios y capacidades de comunicación.
2. Se me interrumpe constantemente cuando intento hablar.
3. Me impide/n expresarme, dificultándome hablar con mis compañeros o subordinados y a ellos que hablen conmigo.
4. Me grita/n, me chilla/n o injuria/n en voz alta, humillándome, despreciándome o minusvalorándome en público ante otros compañeros o ante terceros.

- 5. Realiza/n ataques verbales criticando trabajos realizados.
- 6. Se producen críticas hacia mi vida privada.
- 7. Recibo llamadas telefónicas intimidatorias.
- 8. Se me amenaza verbalmente.
- 9. Se me amenaza por escrito.
- 10. Se evita el contacto o encuentro conmigo (evitando el contacto visual y/o directo).
- 11. Se ignora mi presencia, por ejemplo dirigiéndose a terceros (como si no me viera/n o no existiese).

B) Actitudes de acoso para evitar que el encuestado tenga posibilidad de mantener contactos sociales (por parte de compañero/s o superior/es)

- 12. No se habla nunca conmigo (por parte del/los compañero/os o superior/es que lleva/n a cabo el acoso)
- 13. Se me impide o limita la posibilidad de dirigirme al/los compañero/s o superior/es que lleva/n a cabo el acoso.
- 14. Se me asigna a un lugar que me asila de mis compañeros (Se cambia mi despacho de ubicación sin previo aviso).
- 15. Se dan indicaciones para que los compañeros y/o subordinados no hablen conmigo.
- 16. Se impide o dificulta mi presencia en reuniones.

C) Actividades de acoso (por parte del/los compañero/s o superior/es) dirigidas a desacreditar o impedir al encuestado mantener su reputación personal, laboral o profesional.

- 17. Soy objeto de calumnias.

18. Inventa/n y difunde/n rumores y calumnias acerca de mí de manera malintencionada, envenenando a la gente a mi alrededor contándole todo tipo de falsedades y poniéndolas en contra mía.
19. Se me ridiculiza.
20. Se me atribuye ser un/a enfermo/a mental.
21. Se intenta forzarme a realizar un examen o diagnóstico psiquiátrico.
22. Se fabula o inventa que padezco una supuesta enfermedad.
23. Se imitan mis gestos, mi voz y mi talante con vistas a ridiculizarme.
24. Se critican mis creencias políticas o religiosas.
25. Se hace burla de mi vida privada.
26. No recibo la información imprescindible y necesaria para llevar a cabo adecuadamente mi trabajo, ocultándoseme información y manipulando, distorsionando u ocultando la que yo emito. Se abre mi correspondencia.
27. Se me asignan trabajos humillantes.
28. Se monitoriza, anota, registra y consigna inequitativamente mi trabajo en términos malintencionados, siendo controlado/a y vigilado/a de forma casi militar, para intentar “pillarme en algún renuncio” y evaluando mi trabajo sistemáticamente de forma negativa y de manera sesgada.
29. Se cuestionan o contestan las decisiones que tomo rechazando mis propuestas por principio y desvalorando continuamente mi esfuerzo profesional, restándole su valor, o atribuyéndolo a otros factores.
30. Se me injuria en términos obscenos o degradantes.
31. Se me acosa sexualmente con gestos o proposiciones.

D) Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación del encuestado y su eficacia mediante la desacreditación profesional.

32. No se me asigna ningún tipo de trabajo. No me dotan o me niegan recursos (ordenadores...)
33. Se me priva de cualquier ocupación y se procura que no pueda encontrar ninguna tarea por mi mismo/a, llegando a acusarme de no hacer nada o de ser un perezoso/a.
34. Se me asignan tareas totalmente inútiles o absurdas, rutinarias o sin valor o interés alguno.
35. Se me asignan tareas muy inferiores a mi capacidad o competencia profesionales.

1.- Señalar en caso de darse uno o más de los supuestos planteados.

36. Se me asignan sin cesar tareas nuevas sin dejar que termine los anteriores, acusándome de no hacer nada.
37. Me hace/n ejecutar trabajos humillantes.
38. Se me asignan tareas que exigen una experiencia superior a mis competencias para hacerme incurrir en errores profesionales y después acusarme de ellos.

E) Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica del encuestado.

39. Me obliga/n a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud.
40. Se me amenaza físicamente.
41. Se me arremete físicamente, pero sin gravedad, a título de advertencia.
42. Se arremete físicamente contra mí sin contenerse.

43. Se me ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarme o se me dificulta la percepción de ingresos.
44. Me ocasiona/n desperfectos en mi lugar de trabajo o en mi domicilio.
45. Me arremete/n sexualmente.

ANEXO II

Cuestionario Mobbing II

Considera vd. que está siendo objeto de acoso psicológico (Mobbing)

SÍ NO

Si su respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas:

1. *¿Quién es su “acosador”?*

- a. Un compañero
- b. El conjunto de compañeros
- c. El superior jerárquico
- d. El superior contra vd. y sus compañeros
- e. Un subordinado
- f. El conjunto de subordinados

2. *Su “acosador” es:*

- a) Hombre/s
- b) Mujer/es
- c) Ambos

3. *Señale la/s incidencia/s por la/s que considera está vd. siendo acosado/a:*

- a) Su agresor quiere impedirle expresarse
- b) Su agresor quiere aislarle
- c) Su agresor quiere desconsiderarle ante sus compañeros y/o subordinados.
- d) Su agresor quiere desacreditarle en su trabajo.

- e) Su agresor quiere comprometer su salud.
f) Otra/s:

4. *¿Piensa usted que su/s “acosador/es” es/son consciente/s del mal que le hace?*

SÍ NO

5. *¿Con qué frecuencia se producen las incidencias o “acosos”?*

- a) Una vez por mes.
b) Una vez por semana.
c) Varias por semana.

6. *¿Cuántas personas le “acosan”?*

- a) Una persona
b) De 2 a 4 personas
c) Más de cuatro personas

7. *¿Ha hablado usted de este asunto con alguien? (señale todas aquellas que considere).*

- a) No.
b) Con mi familia.
c) Con mis amigos.
d) Con mis compañeros.
e) Con un superior jerárquico de mi empresa/organización.
f) Con mi sindicato
g) Con la Junta de Personal – Comité de Empresa.
h) Con mi médico de cabecera.
i) Con una organización/asociación de Mobbing/acoso moral.

8. *Si en la anterior cuestión señaló e):*

¿Qué tipo de respuesta obtuvo?

- a) Que era una cuestión personal que debía resolver yo mismo con mi/s acosador/es. Tomó una actitud de no mezclarse.
b) Que me entendía pero no podía hacer nada. Tomó una actitud de esquivar.
c) Que me cogiese una baja.

- d) Que estaba exagerando las cosas.
- e) Que si no estaba capacitado para el puesto que lo dejase.
- f) Que aguantase y dejase pasar el tiempo.
- g) Que intervendría en el asunto.
- h) Que no era cierto y que presentase pruebas.

Tras su entrevista ¿notó algún cambio en la actitud del acosador?:

- a) Ninguno
- b) Varió radicalmente su actitud, cesando en el acoso.
- c) Discreto durante un corto periodo de tiempo para volver de nuevo a la situación anterior.
- d) Aumentó su acoso.

9. ¿Ha pensado en dejar su actual puesto de trabajo o en pedir un cambio de destino por la situación de acoso?

SÍ NO

10. ¿Ha cogido alguna baja laboral en el último año?

SÍ Cuántas NO

En caso afirmativo: ¿Asocia las bajas a la situación de acoso?

SÍ NO

11. ¿Ha tenido problemas físicos/psíquicos y/o de relación (amigos, compañeros, familia...) desde que padece el acoso?

SÍ NO

En caso afirmativo ¿de qué tipo?

- a) Alteración del sueño.
- b) Irritabilidad
- c) Ansiedad
- d) Depresión
- e) Estrés
- f) Falta de autoestima
- g) Otros:

12. *¿Cómo toma las decisiones su superior jerárquico?*

- a) Decide sin consultar con subordinados.
- b) Siempre decide él y sólo delega algunas materias menores.
- c) Decide previamente a haber consultado con los subordinados.
- d) Toma decisiones conjuntamente con los subordinados.
- e) Deja decidir libremente a los subordinados sobre cuestiones que les conciernen.

13. *¿Qué estilo de gestión considera que tiene su superior jerárquico?*

- a) Da un interés máximo por los resultados y mínimo por los trabajadores.
- b) Da un interés máximo por el trabajador y mínimo por los resultados.
- c) Da un interés mínimo por el trabajador y por los resultados.
- d) Da un interés máximo tanto al trabajador como a los resultados.
- e) Da un interés medio al trabajador y a los resultados.
- f) Da un interés máximo a su prestigio e imagen personal independientemente de los resultados y de los trabajadores.

14. *¿Qué tipo de control ejerce su superior sobre su trabajo?*

- a) Permanente
- b) Normal
- c) Escaso
- d) Nulo

15. *¿Cuántas dependencias jerárquicas tiene usted?*

- a) Una.
- b) Más de una.

16. *Si tiene trabajadores a su cargo: ¿Cómo toma usted sus decisiones?*

- a) Decide usted sin consultar con sus subordinados.
- b) Decide usted, salvo algunas cuestiones menores que deja a sus subordinados.
- c) Toma usted sus decisiones previa consulta a sus subordinados.
- d) La decisión se toma conjuntamente: por usted y sus subordinados.

17. *¿Cómo es su propio estilo de gestión?*

- a) Da libertad a sus subordinados para elegir y respeta a los descontentos.
- b) Mantiene un interés máximo por los resultados y mínimo por los trabajadores.
- c) Mantiene un interés máximo por el trabajador y mínimo por la gestión.
- d) Mantiene un interés mínimo por los resultados y por los trabajadores.
- e) Mantiene un interés máximo por los resultados y los trabajadores.
- f) Mantiene un interés medio por los resultados y los trabajadores.

18. *¿Sabe usted por qué le acosa/n?*

SÍ NO

Caso afirmativo, ¿Cuáles son las razones para comportarse así?

19. *El ambiente de trabajo de su entorno le parece:*

- a) Muy satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) Ni satisfactorio ni insatisfactorio
- d) Insatisfactorio
- e) Muy insatisfactorio

20. *¿Considera que los grupos y equipos en el seno de su empresa/organización se ayudan?*

SÍ NO

21. *¿Considera que los sindicatos están sensibilizados y trabajan para evitar casos de acoso moral?*

SÍ NO

22. *¿Considera que los casos de acoso están favorecidos por una mala organización y/o a una deficiente definición de los roles y competencias de los diferentes cargos o puestos de trabajo?*

SÍ NO

23. *¿Conoce a alguna persona de su entorno (en su empresa/organización) que esté siendo objeto de Acoso moral (Mobbing) por parte de otra/s persona/s diferente/s a su/s “acosador/es”?*

SÍ

NO

24. *Actualmente ¿tiene alguna de las siguientes sensaciones?*

- a) Frustración.
- b) Indefensión.
- c) Impotencia
- d) Rabia
- e) Rencor
- f) Odio
- g) Indiferencia
- h) Abatimiento
- i) Inutilidad
- j) Otra/s:

25. *¿Ha llegado a tener ideas de suicidio en alguna ocasión?*

SÍ

NO

ANEXO III

III. Cuestionario Mobbing

1. *¿Ha tenido problemas físicos/psíquicos y/o de relación (amigos, compañeros, familia...) desde que ocupa su actual puesto de trabajo?*

SÍ

NO

En caso afirmativo ¿de qué tipo?

- Alteración del sueño.
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Depresión
- Estrés
- Falta de autoestima
- Otros:

2. Actualmente ¿tiene alguna de las siguientes sensaciones?

- Frustración.
- Indefensión.
- Impotencia
- Rabia
- Rencor
- Odio
- Indiferencia
- Abatimiento
- Inutilidad
- Otra/s:

3. ¿Cómo toma las decisiones su superior jerárquico?

- Decide sin consultar con subordinados.
- Siempre decide él y sólo delega algunas materias menores.
- Decide previamente a haber consultado con los subordinados.
- Toma decisiones conjuntamente con los subordinados.
- Deja decidir libremente a los subordinados sobre cuestiones que les conciernen.

4. ¿Qué estilo de gestión considera que tiene su superior jerárquico?

- Da un interés máximo por los resultados y mínimo por los trabajadores.
- Da un interés máximo por el trabajador y mínimo por los resultados.
- Da un interés mínimo por el trabajador y por los resultados.
- Da un interés máximo tanto al trabajador como a los resultados.
- Da un interés medio al trabajador y a los resultados.
- Da un interés máximo a su prestigio e imagen personal independientemente de los resultados y de los trabajadores.

5. ¿Qué tipo de control ejerce su superior sobre su trabajo?

- Permanente
- Normal
- Escaso
- Nulo

6. *¿Cuántas dependencias jerárquicas tiene usted?*

- Una.
- Más de una.

7. *Si tiene trabajadores a su cargo: ¿Cómo toma usted sus decisiones?*

- Decide usted sin consultar con sus subordinados.
- Decide usted, salvo algunas cuestiones menores que deja a sus subordinados.
- Toma usted sus decisiones previa consulta a sus subordinados.
- La decisión se toma conjuntamente: por usted y sus subordinados.

8. *¿Cómo es su propio estilo de gestión?*

- Da libertad a sus subordinados para elegir y respeta a los descontentos.
- Mantiene un interés máximo por los resultados y mínimo por los trabajadores.
- Mantiene un interés máximo por el trabajador y mínimo por la gestión.
- Mantiene un interés mínimo por los resultados y por los trabajadores.
- Mantiene un interés máximo por los resultados y los trabajadores.
- Mantiene un interés medio por los resultados y los trabajadores.

9. *El ambiente de trabajo de su entorno le parece:*

- Muy satisfactorio
- Satisfactorio
- Ni satisfactorio ni insatisfactorio
- Insatisfactorio
- Muy insatisfactorio

10. *¿Considera que los grupos y equipos en el seno de su empresa/organización se ayudan?*

SÍ NO

11. *¿Conoce a alguna persona de su entorno (en su empresa/organización) que esté siendo objeto de Acoso moral (Mobbing) por parte de otra/s persona/s diferente/s a su/s “acosador/es”?*

SÍ

NO

12. *¿Considera que los sindicatos están sensibilizados y trabajan para evitar casos de acoso moral ?*

SÍ

NO

13. *¿Considera que los casos de acoso están favorecidos por una mala organización y/o a una deficiente definición de los roles y competencias de los diferentes cargos o puestos de trabajo?*

SÍ

NO

ANEXO IV

CUESTIONARIO “APRECIACIÓN DEL ESTRÉS”

INSTRUCCIONES GENERALES

- A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con las manifestaciones del estrés en la persona.
- Por favor lea cada pregunta y responda de manera espontánea marcando la alternativa correspondiente.
- No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas.
- Por favor no omita respuestas, en caso de duda, elija la alternativa con la que se sienta más identificado/a.
- Evite interrupciones mientras conteste las cuestiones, para así garantizar una máxima concentración y fiabilidad

SEXO:

H

M

EDAD:

En el último mes cuánto le afectó negativamente (en el trabajo)	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Frecuentemente
1. Competitividad laboral 2. Exceso de responsabilidad 3. Sobrecarga de tareas y funciones laborales 4. Interrupciones del trabajo 5. Ambiente físico desagradable (p.ej. exceso de ruido) 6. Falta de incentivos 7. Poca motivación 8. Tiempo limitado para realizar el trabajo 9. Malas relaciones con los compañeros (problemas, conflictos, etc.) 10. Malas relaciones con los superiores (problemas, conflictos, etc.) 11. Bajos ingresos 12. Falta de reconocimiento 13. Presión de tiempo 14. Sobreexigencia laboral, aburrimiento 15. Críticas no justificadas 16. Desempleo 17. Trabajar lejos de casa 18. Tipo de trabajo (por lo ingrato que es) 19. Horario del trabajo o cambio del mismo 20. Ritmo del trabajo 21. Supervisión constante del trabajo 22. Reproches constantes 23. Inseguridad en el puesto de trabajo 24. Falta de capacitación 25. Viajar con frecuencia por razones laborales 26. Pérdida de autoridad 27. Falta de variedad 28. Falta de apoyo				
En el último mes cuánto le afectó negativamente (en la vida privada)	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Frecuentemente
29. Exámenes médicos				

30. Cambio de residencia				
31. Problemas económicos propios o familiares				
32. Enfermedades propias o de familiares				
33. Problemas o conflictos de pareja o con familiares				
34. Falta de apoyo de familiares o amigos				
35. Separación de la pareja				
36. Muerte de un familiar o un/a amigo/a				
37. Nacimiento de un/a hijo/a				
38. Preocupaciones constantes				
39. Soledad				

Si recuerda otras situaciones que le hayan afectado y que no han sido listadas, puede escribirlas.

40.				
41.				

A continuación encontrará una serie de síntomas que pueden producirse cuando alguien está bajo presión. Por favor léalos y decida en qué medida le han afectado negativamente en el último mes. Marque la respuesta que mejor corresponda a su juicio.

En el último mes cuánto le afectó negativamente	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Frecuentemente
42. Ataques de pánico (sensación de angustia, terror y/o catástrofe inminente e incontrolable)				
43. Hiperventilación (respiración rápida y corta)				
44. Pérdida de apetito				
45. Trastornos del sueño				
46. Fatiga crónica				
47. Dolores de cabeza o migraña				
48. Incremento en el ritmo cardíaco (taquicardia)				
49. Nauseas				
50. Problemas de digestión o diarrea				
51. Mareos				
52. Sensación de tener apretado el pecho				
53. Pesadillas				

54. Transpiración excesiva 55. Músculos tensos 56. Sequedad en la boca 57. Ánimo depresivo (decaído) 58. Irritabilidad 59. Ansiedad 60. Confusión 61. Rabia 62. Agresiones injustificadas hacia los demás 63. Desamparo 64. Sentirse “bajo presión” 65. Cambios bruscos de ánimo 66. Apatía 67. Problemas de concentración 68. Problemas de memoria 69. Baja del rendimiento				
En el último mes cuánto le afectó negativamente	Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Frecuentemente
70. No poder dejar de pensar en una cosa (rumiación) 71. Sensación de tener la mente “vacía” o bloqueo mental. 72. Pensamientos catastróficos (p.ej. “esto va a salir mal”, “nunca lo lograré”, etc. 73. Incapacidad para tomar decisiones (importantes)				
Si recuerda otros síntomas que le hayan afectado, y que no han sido listados, puede escribirlos:				
74.				
75.				

ANEXO V

Estimado/a compañero/a:

Te supongo informado de la gran repercusión que está alcanzando últimamente el MOBBING o acoso moral o psicológico en el trabajo.

Como quiera que las investigaciones realizadas apuntan un riesgo significativo de padecer este tipo de acoso en las Administraciones Públicas y en mayor medida en las organizaciones sanitarias –dentro de las cuales se describen como profesionales con alto riesgo las/os enfermeras/os–, es por lo que estoy llevando a cabo un trabajo de investigación con el que trato de determinar la medida en que este problema afecta a las Direcciones de Enfermería en la Comunidad Valenciana y la influencia que en las mismas tiene.

Es por ello que adjunto te remito 2 cuestionarios para que los cumplimentes y me los remitas.

El primero de ellos es sobre Mobbing y consta de dos partes. Una (I) con 45 cuestiones de contestación simple y una segunda (II) con respuestas múltiples que se cumplimentará en caso de haber señalado alguna cuestión del formulario I. En caso contrario (no haber señalado ningún ítem en el formulario I), se procederá a cumplimentar el cuestionario III (dejando el II en blanco). En el sobre franqueado se introducirán todos los cuestionarios independientemente de haber señalado algún ítem o no, pero cumplimentando en todos ellos los apartados de edad, sexo y tiempo en el puesto de trabajo actual).

El segundo es sobre estrés con 75 ítems de respuesta múltiple (Cumplimentarlo y remitirlo junto a los otros independientemente de que se hayan señalado respuestas en los cuestionarios anteriores).

En ambos casos ruego los leas detenidamente y contestes con total franqueza a los mismos, pues de ello depende la fiabilidad de los resultados que considero pueden ser muy interesantes para valorar un tema de tanta relevancia y que está causando verdaderos problemas tanto a las personas que lo padecen como a las organizaciones a las que pertenecen.

Una vez cumplimentados ruego me los remitas a la mayor brevedad posible en el sobre franqueado que te adjunto.

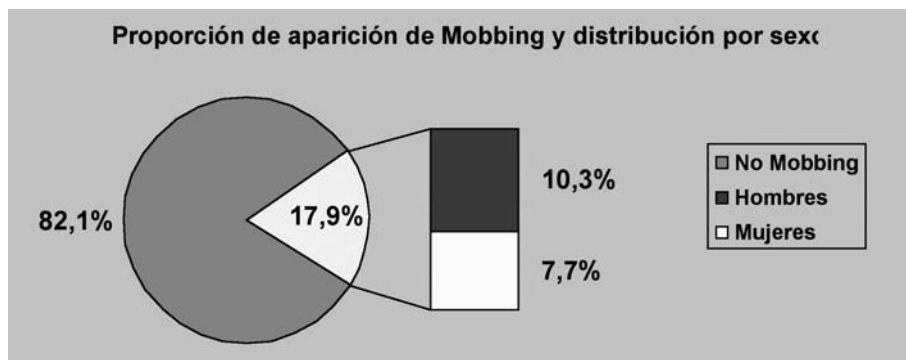
Quiero señalar la importancia de tu colaboración en la realización del estudio y que los cuestionarios tan solo se utilizarán como herramienta para poderlo llevar a cabo, siendo los mismos totalmente anónimos.

Agradeciendo de antemano tu valiosa aportación y tu seguro interés quedo a tu entera disposición para cualquier aclaración al respecto.

Recibe un cordial saludo

RESULTADOS

El 56'3% (n=18) de la muestra son varones, cuya edad media es de 45 años, mientras que en las mujeres es de 43 años (no existiendo relación estadística entre el sexo, la edad y el Mobbing). La antigüedad media de la muestra en el puesto de trabajo (Dirección de Enfermería) es de $5'44 \pm 2'42$ años.



Del total de encuestas válidas (39), en el 17'9% se han marcado respuestas en el primer cuestionario (LIPT), lo que es indicativo de padecer Mobbing (con la premisa de padecer las agresiones una vez por semana durante al menos los últimos seis meses), siendo estos datos superiores a los obtenidos en otros estudios que oscilan entre el 5% y el 11'5% (72, 6) La edad media de los encuestados es de 45 años para los que padecen Mobbing y 44 para los que no. Entre los que refieren ser acosados, el 56'3% son varones y 43'8% mujeres. En el grupo de los que no manifiestan acoso, el 57'1% son hombres y el 42% son mujeres. Estos datos coinciden con los estudios llevados a cabo en la universidad de Alcalá de Henares por el profesor Piñuel, (salvo el realizado con el SATSE por la muestra utilizada) (6). Este dato es más destacable si tenemos en cuenta la condición eminentemente femenina de la profesión de enfermería, contrastando con la mayor presencia de hombres en los puestos de gestión que además son los que más sufren el acoso y en contraposición a los realizados por la profesora Hirigoyen en los que la proporción de mujeres víctima de mobbing es mayor que en los hombres.

Al desglosar los datos por apartados observamos, como más significativos que el 100% de los encuestados que padecen Mobbing, manifiestan una "reducción de las posibilidades de comunicación con sus compañeros"; una reducción de "la posibilidad de mantener contactos sociales" y "reducción en la ocupación y eficacia mediante la desacreditación profesional". El 85'7% señala padecer actividades encaminadas a "desacreditar o impedir su reputación personal laboral o profesional". Un 14'3% señalan que "ha sido afectada su salud física o psíquica" (Resultados detallados ver Tabla 1). Datos

todos ellos que hacen referencia a la comunicación como uno de los principales focos sobre los que se incide en el mobbing, tal y como apuntan Leymann (1), López et al 1994) (57), Hirigoyen (1999) (31) y Piñuel (9).

ANÁLISIS DE RESULTADOS. TABLA I

A) Actitudes de acoso para reducir las posibilidades del encuestado a comunicarse adecuadamente con otro/s compañero/s o superior/es. Al menos una respuesta: 7 (17'9%)

Limita/n la posibilidad de comunicarme al reducirme los medios y capacidades de comunicación. . . . .	.5 (12'8%)
Se me interrumpe constantemente cuando intento hablar. . . . .	.0 (0%)
Me impide/n expresarme, dificultándome hablar con mis compañeros o subordinados y a ellos que hablen conmigo. . . . .	.5 (12'8%)
Me grita/n, me chilla/n o injuria/n en voz alta, humillándome, despreciándome o minusvalorándome en público ante otros compañeros o ante terceros. . . . .	.1 (2'6%)
Realiza/n ataques verbales criticando trabajos realizados. . . . .	.3 (7'7%)
Se producen críticas hacia mi vida privada. . . . .	.1 (2'6%)
Recibo llamadas telefónicas intimidatorias. . . . .	.0 (0%)
Se me amenaza verbalmente. . . . .	.1 (2'6%)
Se me amenaza por escrito. . . . .	.0 (0%)
Se evita el contacto o encuentro conmigo (evitando el contacto visual y/o directo). . . . .	.6 (15'4%)
Se ignora mi presencia, por ejemplo dirigiéndose a terceros (como si no me viera/n o no existiese). . . . .	.5 (12'8%)

B) Actitudes de acoso para evitar que el encuestado tenga posibilidad de mantener contactos sociales (por parte de compañero/s o superior/es) Al menos una respuesta: 7 (17'9%)

No se habla nunca conmigo (por parte del/los compañero/os o superior/es que lleva/n a cabo el acoso) . . . . .	.6 (15'4%)
Se me impide o limita la posibilidad de dirigirme al/los compañero/s o superior/es que lleva/n a cabo el acoso. . . . .	.4 (10'3%)
Se me asigna a un lugar que me asila de mis compañeros (Se cambia mi despacho de ubicación sin previo aviso). . . . .	.6 (15'4%)
Se dan indicaciones para que los compañeros y/o subordinados no hablen conmigo. . . . .	.5 (12'8%)
Se impide o dificulta mi presencia en reuniones. . . . .	.6 (15'4%)

C) Actividades de acoso (por parte del/los compañero/s o superior/es) dirigidas a desacreditar o impedir al encuestado mantener su reputación personal, laboral o profesional. Al menos una respuesta: 6 (15'4%)

Soy objeto de calumnias.	1 (2'6%)
Inventa/n y difunde/n rumores y calumnias acerca de mí de manera malintencionada, envenenando a la gente a mi alrededor contándole todo tipo de falsedades y poniéndolas en contra mía.	3 (7'7%)
Se me ridiculiza.	2 (5'1%)
Se me atribuye ser un/a enfermo/a mental.	0 (0%)
Se intenta forzarme a realizar un examen o diagnóstico psiquiátrico.	0 (0%)
Se fabula o inventa que padezco una supuesta enfermedad.	1 (2'6%)
Se imitan mis gestos, mi voz y mi talante con vistas a ridiculizarme.	1 (2'6%)
Se critican mis creencias políticas o religiosas.	2 (5'1%)
Se hace burla de mi vida privada.	1 (2'6%)
No recibo la información imprescindible y necesaria para llevar a cabo adecuadamente mi trabajo, ocultándoseme información y manipulando, distorsionando u ocultando la que yo emito. Se abre mi correspondencia.	5 (12'8%)
Se me asignan trabajos humillantes.	1 (2'6%)
Se monitoriza, anota, registra y consigna inequitativamente mi trabajo en términos malintencionados, siendo controlado/a y vigilado/a de forma casi militar, para intentar "pillarme en algún renuncio" y evaluando mi trabajo sistemáticamente de forma negativa y de manera sesgada.	3 (7'7%)
Se cuestionan o contestan las decisiones que tomo rechazando mis propuestas por principio y desvalorando continuamente mi esfuerzo profesional, restándole su valor, o atribuyéndolo a otros factores.	3 (7'7%)
Se me injuria en términos obscenos o degradantes.	0 (0%)
Se me acosa sexualmente con gestos o proposiciones.	0 (0%)

D) Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación del encuestado y su eficacia mediante la desacreditación profesional. Al menos una respuesta: 7 (17'9%)

No se me asigna ningún tipo de trabajo.	
No me dotan o me niegan recursos (ordenadores...)	5 (12'8%)
Se me priva de cualquier ocupación y se procura que no pueda encontrar ninguna tarea por mi mismo/a, llegando a acusarme de no hacer nada o de ser un perezoso/a.	3 (7'7%)

Se me asignan tareas totalmente inútiles o absurdas,
rutinarias o sin valor o interés alguno.2 (5'1%)
Se me asignan tareas muy inferiores a mi capacidad o
competencia profesionales.2 (5'1%)
Se me asignan sin cesar tareas nuevas sin dejar que
termine los anteriores, acusándome de no hacer nada.1 (2'6%)
Me hace/n ejecutar trabajos humillantes.0 (0%)
Se me asignan tareas que exigen una experiencia superior
a mis competencias para hacerme incurrir en errores
profesionales y después acusarme de ellos.0 (0%)

E) Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica del encues-
tado. Al menos una respuesta: 1 (2'6%)

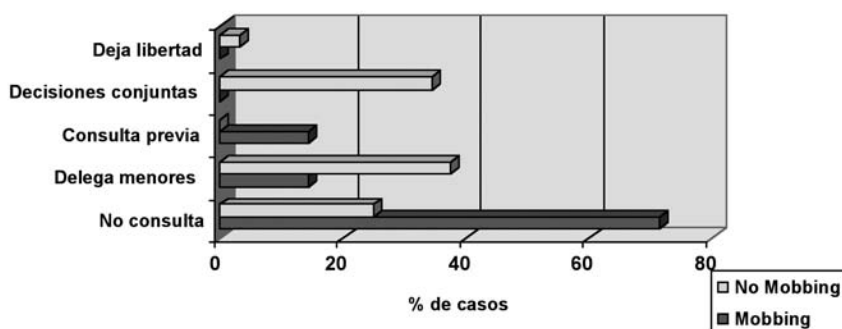
Me obliga/n a realizar trabajos peligrosos o especialmente
nocivos para la salud.0 (0%)
Se me amenaza físicamente.0 (0%)
Se me arremete físicamente, pero sin gravedad,
a título de advertencia.0 (0%)
Se arremete físicamente contra mí sin contenerse.0 (0%)
Se me ocasionan voluntariamente gastos con intención
de perjudicarme o se me dificulta la percepción de ingresos.1 (2'6%)
Me ocasiona/n desperfectos en mi lugar de trabajo o en
mi domicilio.0 (0%)
Me arremete/n sexualmente.0 (0%)

El perfil del acosador de la muestra es un varón (100% de los casos de acoso (CA)) superior jerárquico (100% CA) y pertenecientes en todos los casos al colectivo médico. El acosado piensa en el 100% CA que su agresor es consciente de lo mal que hace. El estilo de dirección (descrito a través de la pregunta “¿Cómo toma las decisiones el superior jerárquico?” de los cuestionarios II y III) refleja que para el 71'4% de los acosados, su agresor decide sin contar con sus subordinados, mientras que en los que no padecen mobbing el estilo de dirección tiene mucha más variabilidad, lo que es estadísticamente significativo ($p=0'019$, ver tabla II). El máximo interés del superior jerárquico cuando se dan los casos de acoso es por los resultados de la gestión, y por el prestigio e imagen personal, siendo este último dato (prestigio) incluso superior al del grupo de los no acosados (diferencias intergrupos no significativas). En cuanto al control que ejercen los superiores jerárquicos sobre los encuestados, para los acosados es mayormente “permanente” (57'1%) mientras que para los no acosados suele ser “normal” o “escaso” (34'4% y 25% respectivamente, diferencia estadísticamente no significativa).

Estos datos coinciden con la tipología descrita por diferentes autores [Piñuel y Zabala (2002) (37), Hirigoyen (2000) (3), González de Rivera (2002) (7), Leymann (1992) (24)] y en los que se pone de manifiesto la personalidad narcisista y autoritaria del acosador.

	Mobbing	No Mobbing
Decide sin consultar con subordinados.	5 (71'4%)	8 (25%)
Siempre decide él y sólo delega algunas materias menores.	1 (14'3%)	12 (37'5%)
Decide previamente a haber consultado con los subordinados.	1 (14'3%)	0
Toma decisiones conjuntamente con los subordinados.	0	11 (34'4%)
Deja decidir libremente a los subordinados sobre cuestiones que les conciernen.	0	1 (3'1%)

GRÁFICO II - Toma de decisiones y Mobbing



Al preguntar a los encuestados acosados qué persigue el acosador, la mayor parte refiere que “el agresor persigue su desconsideración ante compañeros y subordinados” (85'7% CA), “El aislamiento” y “des crédito profesional” (71'4% en ambos casos) y “impedir que se exprese” (42'9% CA), resultados que coinciden con los estudios de Leymann(1), López et al 1994) (57), Hirigoyen (1999) (31) y Piñuel (9), Dahl (1957) (52), Peiró (53).

El perfil del acosado en cuanto a la toma de decisiones y el estilo de gestión, en el 71'4% de los casos consulta con los subordinados para tomar decisiones (diferencia entre ambos grupos significativa $p=0'049$), manteniendo un máximo interés tanto por los resultados como por los trabajadores. En el grupo de los no acosados el método de toma de decisiones es más variable

(ver tablas III y IV, y gráfico III). Las razones fundamentales por las cuales los acosados creen que su agresor se comporta así son; envidia, prepotencia, cobardía, inmadurez, egolatría y narcisismo. datos todos ellos que coinciden con el perfil descrito en otros estudios Piñuel y Zabala (2002) (37), Hirigoyen (2000) (3), González de Rivera (2002) (7).

Tabla III	Mobbing	No Mobbing
Decide usted sin consultar con sus subordinados.	0	1 (3'1%)
Decide usted, salvo algunas cuestiones menores que deja a sus subordinados.	0	11 (34'4%)
Toma usted sus decisiones previa consulta a sus subordinados.	5 (71'4%)	11 (34'4%)
La decisión se toma conjuntamente: por usted y sus subordinados.	1 (14'3%)	9 (28'1%)

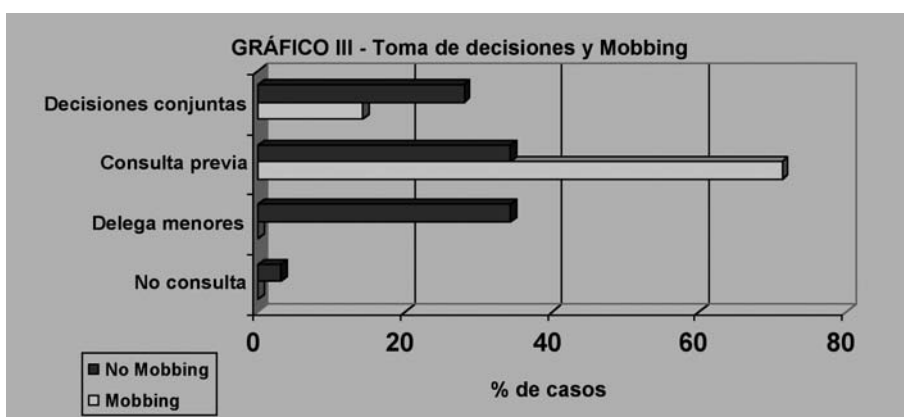


Tabla IV	Mobbing	No Mobbing
Da libertad a sus subordinados para elegir y respeta a los descontentos.	1 (14'3%)	4 (12'5%)
Mantiene un interés máximo por los resultados y mínimo por los trabajadores.	0	1 (3'1%)
Mantiene un interés máximo por el trabajador y mínimo por la gestión.	0	0
Mantiene un interés mínimo por los resultados y por los trabajadores.	0	0
Mantiene un interés máximo por los resultados y los trabajadores.	4 (57'1%)	14 (43'8%)
Mantiene un interés medio por los resultados y los trabajadores.	2 (28'6%)	12 (37'5%)

Para los acosados entorno de su entorno de trabajo resulta muy insatis-

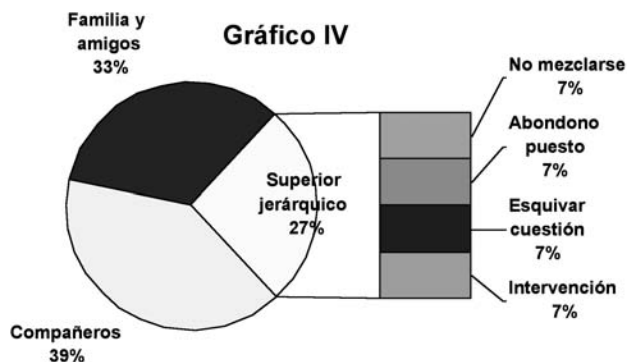
factorio en un 57'1% e insatisfactorio en el 42'9%, proporciones que sufren mayor variabilidad en el grupo de los no acosados ($p=0'002$, ver tabla V).

Tabla V	Mobbing	No Mobbing
Muy satisfactorio	0	8 (25%)
Satisfactorio	0	8 (25%)
Ni satisfactorio ni insatisfactorio	0	10 (31'3%)
Insatisfactorio	3 (42'9%)	2 (6'3%)
Muy insatisfactorio	4 (57'1%)	4 (12'5%)

Los acosados manifiestan haber hablado de su problema en mayor medida con sus compañeros (85'7%) y con familiares y amigos (71'4%) y con un superior jerárquico (57'1%). En los casos en que se ha hablado con un superior jerárquico, las respuestas obtenidas por parte de este se reparten en igual proporción entre “Actitud de no mezclarse”, “invitación a dejar el puesto”, “Esquivar la cuestión” e “intervenir en el asunto”. Y las consecuencias de dicha entrevista variaron desde un 50% en el que se percibió un discreto cambio durante un corto periodo de tiempo para volver a la situación de origen, en un 25% no se percibió ningún cambio o incluso aumentó el acoso (Gráfico IV). Todos estos resultados coinciden con las características de las Administraciones Públicas que se manifiestan como organizaciones rígidas y con pobres métodos de trabajo apuntadas por Leymann (1987)(20), Becker (1995) (22), Kihle (1990)(23), Leymann (1992)(24), Niedl (1995)(25), Moos (1979)(30) e Hirigoyen (1999)(31) .

La situación de acoso condujo a los acosados a pensar en abandonar su puesto de trabajo en un 71'4% de los casos, refiriendo el 28'6% de los CA haber cogido alguna baja laboral asociada a su situación durante el último año.

El grupo de los acosados considera en mucha mayor proporción (85'7%



CA) que los equipos en el seno de la organización no se ayudan con respecto al grupo de los no acosados que opinan así en un 65'6%. Por otra parte, los acosados expresan unánimemente (100%) su convicción de que los sindicatos no están sensibilizados ni trabajan para evitar casos de acoso moral, mientras que en el grupo de los no acosados opinan de esta manera en un 46'9% (diferencia entre grupos significativa $p=0'010$, ver tabla VI). La percepción por parte de los CA de que su situación está favorecida por una mala organización y una deficiente definición de los puestos de trabajo es del 85'7%, mientras que en el grupo de los no acosados esta proporción se invierte siendo el 87'5% los que opinan que no la favorece (diferencia entre grupos significativa $p=0'000$, ver tabla VI). Todos estos resultados coinciden con las características de las se ponen de manifiesto también en los estudios de Leymann (1987, 1996, 2001) (20,24, 26, 28, 59, 77, 72), Becker (1995) (22), Kihle (1990) (23), Leymann (1992) (24), Niedl (1995) (25), Moos (1979) (30) e Hirigoyen (1999) (31) .

Tabla VI

	Mobbing	No Mobbing
Están los sindicatos sensibilizados		
SI	0	17 (53'1%)
NO	7 (100%)	15 (46'9%)
n	7 (100%)	32 (100%)
Acoso favorecido por mala organización		
SI	6 (85'7%)	4 (12'5%)
NO	1 (14'3%)	28 (87'5%)
n	7 (100%)	32 (100%)

En el 68'8% de los casos de los que declaran no sufrir acoso conocen sin embargo a alguna persona de su entorno que sí está siendo objeto de dicho acoso, siendo en el caso de los acosados el 100% los que contestan de forma afirmativa, pero sin que ninguno de ellos (acosados y no acosados) haya manifestado haber realizado acción alguna de denuncia, lo que puede ser considerado tal como apunta Berhongaray (1998) (36), parte del silencio propio de la "omertá" y no de la discreción. Sin embargo no se han obtenido resultados que permitan asegurar que se actúe como coacosador o como ser.

El 87'7% de los acosados manifiesta haber tenido problemas físicos/psíquicos y/o de relación desde que padece el acoso, siendo fundamentalmente Ansiedad, Alteración del sueño, Depresión e irritabilidad. El grupo de los no acosados manifiesta haber padecido estos mismos problemas en el desempe-

ño de su puesto de trabajo en una proporción del 25%

Las principales sensaciones manifestadas por el grupo de los acosados, por orden de importancia, son: Rabia, frustración, indefensión, impotencia, inutilidad, odio, abatimiento, rencor e indiferencia. Ninguno de los acosados manifiesta haber tenido ideas de suicidio. Resultados todos ellos que se aproximan a los aportados fundamentalmente por Leymann (1996) (20) salvo en el caso de “las ideas suicidas” que a diferencia de lo aportado por él en el grupo de este estudio no apareció ninguna.

En cuanto al cuestionario de “Apreciación de Estrés”, los acosados tienen una puntuación 2’75 superior al grupo de encuestados que no padecen mobbing (7’6 y 4’85 respectivamente). Esta diferencia entre grupos es estadísticamente significativa ($p=0’004$). De esta forma, los encuestados CA tienen un nivel de Estrés “ALTO”, mientras que para el grupo de no acosados el nivel de Estrés es “MEDIO”, lo que pone de manifiesto la correlación existente entre mobbing y estrés apuntada por otros autores [Leymann (1993) (8), Karasek (1991)(10)]. Si valoramos las diferencias existentes entre grupos (mobbing o no) con las distintas partes del cuestionario de “Apreciación de estrés”, encontramos relación estadística con los ítems referentes a “afectación negativa en el trabajo” ($p=0’020$) y “Afectación negativa sobre la salud” ($p=0’008$). Los ítems del apartado de “Afectación negativa en el trabajo” que con mayor frecuencia (tanto en número como en intensidad) fueron señalados por los acosados coinciden con las respuestas apuntadas en el Cuestionario II y que hacían referencia a: “las malas relaciones con los superiores”, “falta de reconocimiento”, “críticas no justificadas”, “supervisión constante del trabajo”, “reproches constantes”, “pérdida de autoridad” y “falta de apoyo”. Por su parte en el grupo de no acosados las más señaladas hacían referencia a la “falta de incentivos”, “bajos ingresos”, “presión de tiempo”, “tiempo limitado para realizar el trabajo” coincidiendo tan solo con el grupo de CA en los ítems de “pérdida de autoridad” y “falta de reconocimiento”.

En el apartado de afectación negativa de la vida familiar, es muy baja la puntuación obtenida por señalar los ítems que aparecen en el cuestionario, no existiendo diferencias significativas entre los dos grupos.

Por último los síntomas más señalados por el grupo de acosados fueron los de “pérdida de apetito”, “trastornos del sueño”, “dolores de cabeza o migraña”, “sensación de tener apretado el pecho”, “transpiración excesiva”, “músculos tensos”, “ánimo depresivo”, “ansiedad”, “rabia”, “desamparo” “sentirse bajo presión” y “no poder dejar de pensar en una cosa (rumiación)”. Por el contrario en los encuestados no acosados no eran significativas las referencias a “sentirse bajo presión”, “rabia”, “ánimo depresivo” y apareciendo sin embargo las que hacen referencia a “cambios bruscos de ánimo” e

“irritabilidad”. Los síntomas y afectaciones negativas referidos por los acosados coinciden con los apuntados por otros estudios, sin embargo en este la incidencia negativa en relación al entorno familiar es muy escasa, lo que puede ser valorado como un mayor apoyo de la familia en los casos de acoso del presente trabajo.

Si bien la tasa de respuestas del presente trabajo se puede considerar dentro de las previsiones de otros estudios con igual metodología, considero que en el caso que nos ocupa han existido condicionantes externos que han impedido una mayor tasa de respuestas y que se enmarcan dentro del silencio que el miedo a posibles represalias por participar en un estudio como este está presente en muchas organizaciones, tal como apunta Berhongaray (1998) (36).

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos en el presente trabajo se presentan las siguientes conclusiones:

La incidencia de Mobbing en los Gestores de Enfermería es mayor que la del resto de trabajadores e incluso mayor que la que padecen las enfermeras en general.

Las agresiones se centran fundamentalmente en la comunicación, el acceso a la información y el descrédito sufrido por el acosado, sufriendo aislamiento y/o enfrentándolo con sus compañeros y/o subordinados.

El acosador tiene un perfil definido de varón, médico, autoritario, narcisista y prepotente.

El acosado tiene un perfil de gestor participativo y de consenso con sus colaboradores.

El entorno de trabajo es muy insatisfactorio e influye muy negativamente en las acciones de Mobbing, así como la falta de definición de los puestos que ocupan.

La organización no solamente favorece, en gran medida, del Mobbing sino que colabora con su actitud a potenciarlo o cuanto menos tolerarlo.

Los compañeros y la familia son los principales recursos de apoyo utilizados por los acosados.

Los superiores jerárquicos cuando son informados se inhiben, no consiguiendo nunca solucionar el problema

Los sindicatos tienen una pobre imagen como elementos de ayuda o apoyo en los casos de Mobbing.

El Mobbing es algo conocido por casi todos, pero no es denunciado nunca.

Los acosados padecen problemas físicos/psíquicos y de relación derivados del Mobbing al que son sometidos.

El Mobbing es causa de bajas laborales desde que se inicia el acoso.

El Mobbing provoca situaciones de estrés con clara incidencia sobre las condiciones de trabajo y la salud.

A pesar de las limitaciones de la muestra estudiada, circunscrita a los gestores de enfermería, entiendo que los resultados obtenidos pueden ser interesantes para valorar medidas de intervención urgente por parte de todos los estamentos implicados. Por otra parte y aún contando con que se circunscribe al ámbito de la Comunidad Valenciana, los resultados creo que pueden ser extrapolables a otras comunidades, teniendo en cuenta que las condiciones de organización, definición de puestos de trabajo y solución de conflictos se dan en todas las Administraciones Públicas.

El problema del Mobbing trasciende más allá de un mero riesgo profesional convirtiéndose por si mismo en un grave problema que ataca los más elementales derechos individuales y colectivos.

Enfermería es, sin duda, un colectivo de alto riesgo y los gestores sufren con mayor intensidad dicho acoso, sin que, hasta el momento, sindicatos, empresas, directivos ni los propios compañeros estén haciendo nada más que contemplar el deterioro y la humillación que como personas y profesionales son objeto.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a todos cuantos de una u otra forma han colaborado en este estudio con sus aportaciones, consejos e incluso sus silencios de complicidad.

En especial a mi familia, amigos y compañeros que creyeron en mí y me ayudaron en los momentos difíciles.

Mi “desprecio” más civilizado a cuantos favorecen, consienten, ignoran o ejecutan acciones de acoso.

Por último mi más enérgica y decidida decisión de, al menos, hacer uso de la razón y de la palabra a través de la investigación para demostrar lo que muchos quieren que quede oculto en la oscura miseria del poder mal ejercido.

EPÍLOGO

Por último quisiera acabar con un fragmento extraído del libro de González de Rivera(4) “El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso”, por entender que plasma perfectamente todo lo que a lo largo del presente trabajo hemos tratado de analizar.

Tan solo deseamos que nuestra aportación pueda servir para algo más que denunciar un hecho tan lamentable como el mobbing. Que sirva para concienciar y en el mejor de los casos luchar contra él.

Si estás o has estado acosado, aplícate la bienaventuranza de un Acosado

Famoso: “Bienaventurados los que sufren persecución por ser justos” y asegúrate de que te mereces haber sido perseguido por tu justicia, por tu valía, por tus méritos.

Si lo haces, la dolorosa experiencia no sólo no te destruirá, sino que te hará más fuerte y más consciente de lo que de verdad importa.

Recuerda: Nunca te alíes con el enemigo. Si te han hecho sufrir, no les sigas la corriente, no cedas a la tentación de la autodestrucción.

Y si sientes rencor, recuerda también que la mejor venganza es el éxito, y que triunfar es difícil cuando uno está cegado por el odio.

Si no tienes experiencia personal sobre lo que aquí se trata, estate atento, porque pronto conocerás algún caso. Espero que no le pase a ti, ni a ninguno de los tuyos. Pero, le ocurra a quien le ocurra, recuerda: Si sigues leyendo, ya no podrás decir que no sabías, que no te diste cuenta. Cuando llegue el momento, tendrás que optar.

Para evitar el mal no basta con no cometerlo, es además necesario no permitirlo. El Gran Acosado también tiene una frase para ti: “De nada sirve a un hombre ganar el mundo si pierde su alma”.

Todas las noches de tu vida dormirás con tu alma, y te deseo que, sea cual sea tu situación material, tu alma te deje dormir.

Finalmente, si eres un acosador, si nadie puede ser mejor que tu, si estás convencido de que la fuerza es la única razón y de que tu dominio ha de mantenerse a toda costa, permite que te diga, con todo mi cariño, que eres un hijo de puta.

Si sigues leyendo después de esto, perdona lo que te he dicho. Es posible que tu caso tenga solución. Pero la envidia tiene un problema: viene del latín In-Videre, no ver. Y si no ves, no tienes solución.

La mentira es la entrada del mal en el mundo, y creerte justificado es mentir. Por eso, si haces el mal y sufres por ello, estás en el camino de la verdad. Quizá aprendiste a acosar en tu propia carne, y es lo único que sabes hacer.

Anna Freud llamó a este mecanismo “identificación con el agresor”, y es una patología que tiene cura.

En todo caso, tu sufrimiento personal debe de ser inmenso, para que necesites transmitirlo a otros con tanto ardor.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Mobbing Encyclopaedia, Bulling. The definition of mobbing ar Workplaces. Heinz Leymann.Mobbing.
2. Piñuel y Zabala I. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander. Ed. Sal Térrea (2001).
3. Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo. Ed. Paidós. Barcelona (2000).
4. Morán Astorga, C. El mobbing: persecución o psicoterror en el trabajo. Capital Humano.- n.º 27.- 2002 p. 44-48.
5. NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Instituto Nacional de

- Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
6. Informe CISNEROS III sobre violencia en el entorno laboral. SATSE- Universidad Alcalá de Henares. Octubre 2002.
 7. González de Rivera JL. El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Edit. Espasa Calpe, 2002.
 8. Leymann H. Etiology and frequency of mobbing at work-a research review. *Zeitschrift fur Persona forschung*, 7; 271-283. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 9. Piñuel y Zabala I. 'Mobbing': La violencia psicológica en el trabajo (I) – 17/02/2002. En: <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psico&msg=83>. [19/08/03].
 10. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress productivity and the reproductions of working life*. Basic Books, New York, 1991.
 11. Maslach C., Jackson S.E., Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto C.A. Consulting Psychologist Press. 1986.
 12. Maslach C; Jackson SE. "Maslach Burnout Inventory". Consulting Psicologists Press (1981).
 13. Pines A.M., Aronson E., *Carreer Burnout: causes and cures*. New York York. Free Press. 1988.
 14. Freudenberger HJ. Staff. Burn-out. *Jounal Social Issues*; 30:159-65; 1974.
 15. Blanco Barea MJ. Con la venia...jffrenen la anomia del mobbingjii - 20/11/2002. En: <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psico&msg=113>. [19/08/03].
 16. Shuster B. Mobbing, bullying and peer rejection. American Psychological Association. Publicación electrónica en Internet. www.apa.org/psa/julang96/sb.html. [25/08/03.]
 17. Adams A. *Bullyng at work*. London: Virago Press. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 18. Oceransky S. El Mobbing. Una nueva epidemia laboral. En: http://www.centrojovellanos.com/Portal/Articulos/oceransky/articulo_oceransky.htm [20/08/03].
 19. Barón Duque M. La Espiral del Mobbing. Acoso Moral en el trabajo. En <http://www.lex-juridica.com/boletin/articulos/0026.htm>. [19/08/03].
 20. Leymann H. Suicide and conditions at the work place. *Arbete, miinniska, miljo*, 3; 155-60. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 21. Acoso Psicológico: el Mobbing, Psicoterror en el trabajo. En: <http://www.arkania.org/~edux/mobbing.htm> [19/08/03].
 22. Becker M. Ways back to self-confidence-an example for the treatment in the mobbing clinic. In H. Leymann (Ed.), *Der neue Mobbing Bericht. Erfahrungen und Iniatiativen-Auswege und Hilfsangebote* (pp. 124-44). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 23. Kihle S. When management is a health risk for subordinates. Oslo: Hemmets bokforlag. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 24. Leymann H. From mobbing to expulsion in work life. Stockolm: Publica. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 25. Niedl K. *Mobbing/bullyng at the work place*. Munchen: Rainer Hampp Verlag. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 26. Leymann H. How ill does one become through mobbing at work?. Stockholm:

- Arbetskyddsstyrelsen. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
27. Kihle, S. (1990). Helsefarlige ledere og medarbeidere [When management is a health risk for subordinates]. Oslo: Hemmets bokforlag.
 28. Leymann H. Mobbing-psycterror at work places. Reinbek: Rowohlt Verlag. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 29. Molina Navarrete C. Una "Nueva" Patología de Gestión en el empleo público: el acoso institucional (Mobbing). En http://es.geocities.com/asacamt/doc/nuev_pat_mobbing_cmnn/index.html [19/08/03].
 30. Moos RH. Social ecological perspectives on health. En C.G. Stone, F. Cohen y F. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
 31. Hirigoyen MF. El acoso Moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana. Edit. Piados. Barcelona (1999).
 32. Izaguirre I. El Poder en Proceso: La violencia que no se ve. In: Emir Sader, *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Venezuela, Edit. Nueva Sociedad (1998).
 33. Fromm E. El miedo a la Libertad. Edit. Piados, México (1984).
 34. Tesoro JL. Reflexiones acerca de la profesionalización del servicio civil. In: *Revista TEMAS, Estado, Administración y Políticas Públicas*, n° 17, DINEI, INAP, junio 1999.
 35. Puget Janine ET, Bianchedi M., Bianchedi JB, Pelento ML. Violencia Social Transgresora. In: *Gaceta Psicológica*, n° 94, Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Marzo/Abril, 1993.
 36. Scialpi D. La violencia en la gestión de personal de la Administración Pública, como condición necesaria para la corrupción. *Revista Probidad*, edición Catorce, mayo/junio 2001. En: <http://www.revistaprobidad.info/014/art11.html>. [19/08/03].
 37. Piñuel y Zabala I. 'Mobbing': La violencia psicológica en el trabajo (II) – 18/02/2002. En: <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psic&msg=86>. [19/08/03].
 38. Álvarez M. Rosillo R. Un grupo de expertos plantea el Mobbing como delito de tráfico de influencias. En: http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_495.shtml 08/03/03 [19/08/03].
 39. Núñez Bartolomé MR et al. Sufrimiento en el Trabajo e Insolidaridad. *El País*, Domingo, 28 de abril de 2002.
 40. Knorz C; Zapf D. Mobbing- an extreme type of social stressors at the work place. *Zaeitschrift fUr Arbeits- & Arganisationspsychologie*, 40; 12-21. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 41. Del Pozo AB. Entrevista a Carmen Sánchez Carazo en el Diario de Noticias La Ley, Julio 2002; 6-7.
 42. López Garrido, D. Una legislación Sanitaria. *Diario de Noticias La Ley*; Julio 2002; 10.
 43. Molina Navarrete C. La respuesta del Estado de Derecho ante el acoso moral en el trabajo. *Diario de Noticias La Ley*; Julio 2002; 10.
 44. Blanco Barea MJ; López Parada J. La Espiral jurídica del Mobbing: interpretación jurídica del acoso para un cambio social. En <http://www.lexjuridica.com/boletin/articulos/0035.htm> [19/08/03].
 45. Mintzberg, H. *La naturaleza del trabajo directivo*. Ariel Barcelona, 1983.
 46. Suptot A. Introducción a las reflexiones sobre el trabajo. *Revista Internacional del trabajo*, 1996 115(6).
 47. Kaplan, A. *Conduct of Inquirí*. San Francisco, Chandler, 1964.
 48. Robbins, P. *Comportamiento Organizacional: Conceptos, controversias y aplicaciones*; Prentice Hall, 1987.
 49. French, J. Raven, B. A formal theory of social power. *Psychological Review*, 63, 1971.

50. Emerson, R. Power – Dependence relations. *American Sociological Review*, February 1962; 31-41.
51. Bacharach, S; Lawlwer, E. Power and politics in organizations. California, Jossey Boss Inc. 1980.
52. Peiró, JM. *Psicología de la Organización*, UNED, 1983
53. Barón Duque M. El Poder en el Mobbing. En <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psico&msg=69>. [19/08/03].
54. Dahl R. The concept of power. *Behavioral Science*; 2:202-3; 1957
55. Corsi J. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Edit. Piados, Buenos Aires (1995).
56. Sluzky C. Violencia Familiar y Violencia Política: Implicancias terapéuticas de un modelo general. In: *Nuevos paradigmas y Subjetividades*. Edit Piados, Buenos Aires (1994).
57. López JA et al. Mobbing en puestos de trabajo de tipo administrativo. *Medicina del trabajo*, 1997, vol. 6, nº 1.
58. Barón Duque M. La Espiral del Mobbing. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 02/12/2001. En: http://europe.osha.eu.int/good_practice/forums/read.php?f=18&i=48&t=48 [20/08/03].
59. Leymann H. Mobbing- psychological violence at work places. Lund: Studentlitteratur. Citado por Leymann H en *Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo*. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
60. Lopez Garcia Silva, JA, Camps del Saz, P: Aspectos clinicos y prevención del psicoterror laboral. *Mapfre Medicina*, 1999, 10:253-260
61. Sagardoy JA. La dignidad en el trabajo y el mobbing. En http://es.geocities.com/docu_asacamt/sagardoy/index.html. [19/08/03].
62. Acoso. *El Mundo*, Domingo, 5 de mayo de 2002.
63. COM (2002) 118 final. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión. Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas 11.03.2002.
64. Piñuel y Zabala I. *Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Ed. Sal Térrea (2001).
65. Toohey (1991). Citado por Leymann H en *Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo*. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
66. Murray J. Prevention and the identification of high risk groups. *International Review of Psychiatry*, 1992, 4(34); 281-6.
67. Pérez Bilbao J. Algunos Apuntes sobre Mobbing. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Artículo. *Lan Osasuna*, nº 2. Diciembre 2001.
68. Núñez MR. El Acoso Moral en los Servicios de Salud. En: <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psico&msg=55> [20/08/03].
69. Fernández Carou L, Llorens Serrano C. Mobbing: una dimensió del risc psicosocial. *Jornada Salut i Treball: Defense els nostres drets*, 21 de noviembre de 2001. En: http://www.conc.es/pdf_documents/4341.pdf [19/08/03].
70. Gonzalez de Rivera y Revuelta JL. Síndrome del Acoso Institucional - 9/01/2002. En: <http://boards1.melodysoft.com/app?ID=acosados.psico&msg=70>. [19/08/03].
71. Unión Sindical de Madrid Región de CCOO. *Acoso Psicológico en el Trabajo*. Los efectos de la nueva organización del trabajo sobre la salud. Madrid enero 2002.
72. Leymann H. The Content and the Development of Mobbing at work. *European Journal and Organizational Psychology*, 1996, 5(2). Pérez J. et al. Mobbing, violencia física y acoso sexual. INST., Madrid, 2001.
73. Nóbrega Therrien SM. Dominação e resistência no trabalho da enfermeira. *R. Bras. Enfermagem*. Basilia, 54(3): 420-26; 2001.
74. Adamson B, Kenny D. Structural and perceived medical dominance: a study of barriers to

- nurses' workplace satisfaction. *The Australian Journal of Advanced Nursing*; 10(4): 10-9; 1993.
75. Cadogam MP, Franzi Ch, Osterweil D, Hill T. Barriers to Effective Communication in Skilled Nursing Facilities: Differences in Perception Between Nurses and Physicians. *Journal Am. Geriatric Soc* 47: 71-5; 1999.
 76. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3): 661-7, 2000.
 77. Leymann H. Mobbing at Swedish work places- a study of 428 individuals: Frequencies. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 78. Leymann H. Mobbing, la persecution au travail. Seuil 1996.
 79. Leymann H. The LIPT questionnaire- a manual. Stockholm: Violen. Citado por Leymann H en Contenido y Desarrollo del Acoso Grupal/moral (Mobbing) en el Trabajo. *European Journal of Work and organizational Psychology*, 1996, 5(2); 165-84.
 80. Piñuel I. Barómetro Cisneros II. Estudio de la Universidad de Alcalá de Henares, 2001.
 81. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the Relationship between Mobbing Factors and Job Content, Social Work Environment and Health Outcomes. *European Journal and Organizational Psychology*, 1996, 5(2).
 82. Amezcua Martinez, M. Enfermería y Atención Primaria: Luces y sombras ante el nuevo milenio. Conferencia inaugural II Congreso de Enfermería Comunitaria (Molina Málaga, Junio 2000). En: <http://www.asanec.org/Congreso/Enfermeria%20y%20AP.htm>. [28/08/03].

**ESTUDIO SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS
PROFESIONALES DE UN HOSPITAL PÚBLICO.
ACTITUDES, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS EN LA
DESHABITUACIÓN**

III PREMIO CECOVA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
Primer Premio

RESUMEN

Este trabajo ha sido realizado a raíz de la celebración de la I Jornada sobre Tabaquismo en un hospital* público de Valencia, el día 31 de mayo de 2002.

El marco teórico que se describe, tiene como principal objetivo que el lector reflexione sobre por qué los profesionales sanitarios, tienen una prevalencia tabáquica tan alta. La teoría que se proyecta queda enmarcada alrededor del Modelo de Creencias de Salud y Teoría de la Disonancia Cognitiva.

Es un hecho constatable que los profesionales sanitarios, debemos ser observados como agentes modélicos por la población, obligándonos a hacer perceptible nuestro comportamiento con una línea bien definida hacia hábitos saludables, no insanos. Sin embargo, la actitud que se mantiene relacionada con el hábito tabáquico, y aquella otra que debemos mantener como agentes de educación y promoción de la salud, es completamente contraria en un alto porcentaje, según los datos que nos ofrecen los trabajos sobre este tema.

Todos sabemos que desde los Organismos Institucionales, existe presión e interés en la lucha contra el tabaquismo. Este trabajo tiene dos líneas definidas: a/ la pretensión de dar a conocer un modelo de estudio para que desde los Comités de Seguridad y Salud de las empresas, y más concretamente de los Centros Sanitarios, se luche por la creación de Unidades de Deshabitación Tabáquica que realmente forma parte de un programa de promoción de la salud del trabajador, apartado que tiene que ver con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales; y b/ persuadir al profesional de Enfermería para que abra su campo de actuación hacia un desempeño de rol, ligado a las múltiples facetas que tiene la Prevención de Riesgos Laborales.

En el marco empírico se analizan los resultados de 84 sujetos, todos ellos profesionales sanitarios y no sanitarios del Centro, utilizando un cuestionario que ha sido elaborado específicamente para este proyecto (Cuestionario sobre Hábitos Tabáquicos. CAT. 1).

La pretensión básica del estudio es hacer ver a la empresa, las necesidades y expectativas que tienen los trabajadores con respecto a la deshabitación tabáquica. En este estudio, se describe toda la trayectoria del proyecto, desde el inicio de la Jornada, hasta la entrega a las distintas Direcciones de la empresa de los datos obtenidos; sin olvidar, las notas informativas que se

hicieron llegar a los trabajadores para mantenerlos informados, además de lo que ha sido más importante de todo su proceso: ser conocedores de las necesidades y expectativas de deshabituación tabáquica de los trabajadores del Centro. Por último, se describen las líneas básicas que debería tener un proyecto para la creación y funcionamiento de una Unidad Especializada de Deshabituación Tabáquica.

** Como forma de garantizar el anonimato del trabajo en el proceso de valoración, no se ofrece el nombre del hospital en el que se realizó el estudio. No obstante, en aras de ofrecer una mayor credibilidad del mismo, se dará a conocer en el sobre cerrado con el resto de datos.*

ÍNDICE

Prólogo	151
Introducción	153
Marco Teórico: Posibles argumentos teóricos a probables preguntas	155
Promoción de la salud en el lugar de trabajo: Justificación de la necesidad de intervención contra el tabaquismo	157
Programas de tratamiento y consideraciones	163
Propuesta de un programa multicomponente	165
ESTUDIO EMPÍRICO	
Capítulo 1: Metodología	173
Capítulo 2: Análisis descriptivo y diferencial. Variables demográficas, sociolaborales y datos de interés por las características del estudio	181
Capítulo 3: Análisis correlacional entre la variable nº de cigarros, tiempo de mantenimiento del hábito y las subescalas del Cuestionario (CAT.1) . . .	203
Capítulo 4: Análisis diferencial y correlacional entre los grupos “fumar alto-medio-bajo” y las subescalas formuladas del Cuestionario (CAT.1) . .	209
Capítulo 5: Análisis específico del grado de habituación en función de la variable sociolaboral, turno realizado	219
Capítulo 6: Conclusiones y discusión de resultados	222
Bibliografía	226
ANEXO	228

PRÓLOGO

Antes que el lector comience a hojear este trabajo guiado por su índice, es conveniente que dedique un poco de su tiempo a este apartado para conocer por qué surgió el estudio y también, cuál fue la trama de su desenlace. En este sentido, es necesario ofrecer su pequeña historia adoptando un efecto de primacía.

Algunos de los miembros que componemos el Comité de Seguridad y Salud de la empresa en la que trabajo, fuimos convocados a una reunión cuyo cometido era la realización de una Jornada sobre Tabaquismo. Los profesionales sanitarios que nos reunimos, pertenecíamos a distintos estamentos y Servicios del hospital. Evidentemente, había diversidad de opiniones respecto al propio montaje de la jornada. El objetivo, parecía ser el mismo para todos: un proyecto con el que se llegara a despertar el máximo interés de audiencia en un principio y de implicación personal después. Para lograr este gran cometido, se discutieron varios puntos que resumo a continuación, a modo de preguntas:

- Qué pretendemos hacer, ¿algo basado en la educación para la salud, o promoción de la salud?
- Si nuestro interés girara única y específicamente en torno a la promoción de la salud, ¿podríamos desarrollarla en el ámbito del trabajo?, ¿qué problemas dificultarán la participación del trabajador?
- ¿Existen experiencias relacionadas con la intervención sobre el tabaquismo en el entorno de trabajo?
- ¿Qué puntos fuertes podríamos destacar para que la Jornada sobre Tabaquismo, presentara un cariz de interés para los trabajadores del centro sanitario?

Pasado un tiempo que considero bastante prudencial, dado que eramos un equipo de profesionales multidisciplinar, se llegó a acuerdos que por un lado podrían ser llamativos para el momento de la puesta en marcha de la I Jornada sobre Tabaquismo, y por otro, beneficiosos y de logro para el conjunto de los trabajadores. Bajo el lema “Nosotros Primero”, celebramos el día 31 de mayo de 2002, la I Jornada sobre Tabaquismo en nuestro Centro.

No podemos dejar a un lado la respuesta que obtuvimos de los trabajadores. El lector podrá apreciarla dentro del marco empírico que se ofrece. Sin necesidad de hacer un examen profundo, creo que la ayuda en “principio incondicional” que ofrecieron los trabajadores para conseguir que este estudio piloto saliera adelante, –dado que no existía viso alguno de creación de una Unidad de Deshabitación Tabáquica– en el momento de su puesta en marcha, fue debida principalmente a cuatro variables que no puedo obviar el dejarlas reflejadas:

- La propia línea de trabajo trazada en el proyecto de estudio, en la que el objetivo a alcanzar era la creación de una Unidad de Deshabitación en el Centro para los profesionales.
- La credibilidad de los profesionales que contribuimos a realizar la Jornada de Tabaquismo.
- El circuito de comunicación-información, creado antes de la celebración de la jornada y después de la misma. En el anexo, se ofrecen circulares que dieron a conocer en todo momento a los trabajadores su proceso.
- La intención de los trabajadores de acudir a un programa de deshabitación tabáquica, programado desde el propio Centro de trabajo.

Es conveniente en todo trabajo, dar a conocer la metodología empleada; pero en éste no es menos importante destacar que el interés mostrado por los trabajadores, observado por una participación masiva unido desde mi punto de vista a la benevolencia extrema que mostraron al tener que realizar un cuestionario no anónimo, me llevó en su día a desarrollar “gratia et amore” el estudio, realizando un informe basado en un análisis estadístico amplio, que hice entrega a las distintas Direcciones del Centro como única forma de poder recompensar su actitud. El comportamiento de los trabajadores que bien podría ser tachado de ejemplar y/o altruista, no sólo sirvió para que en ese momento pudiera ampliarse un punto más en nuestro Convenio Colectivo dentro del Artículo 22.- Protección a la Salud (véase formato en anexo); sino que también, puede trasladarse en el tiempo dándonos a conocer a los profesionales de Enfermería, la diversidad de campos de actuación que tenemos para el desarrollo de nuestro desempeño profesional.

INTRODUCCIÓN

Existen diversas vertientes temáticas desde las que se pueden abordar los análisis para llegar a conclusiones en la realización de un estudio eminentemente empírico. En la actualidad, en el marco de la salud-enfermedad, se observa una clara tendencia en los autores por conducir los estudios que vienen realizando bajo una perspectiva psicosocial.

Para abordar un estudio relacionado con el tabaquismo, es importante partir de la base que los problemas derivados de éste, no sólo generan enfermedades que deben ser tratadas en el ámbito de la salud desde la medicina, sino que también, este hábito conduce a una dependencia física que está marcada por un proceso de aprendizaje, que en sí mismo, produce dificultades para su abandono a las ya sumadas con la adicción que producen los componentes del tabaco. Desde este punto de vista, la problemática tabáquica también debe ser tratada desde un plano comportamental y cognitivo. De hecho, hoy día no se considera pertinente separar la aportación de la Psicología Social de la Salud de otras disciplinas en el análisis y tratamiento de los comportamientos de salud-enfermedad, o de los diferentes problemas de salud como es considerado el tabaquismo.

Partiendo de esta base, y habiendo basado este estudio en una muestra de profesionales sanitarios trabajadores de un centro hospitalario, sumándose a él otros profesionales que por su desempeño laboral no ejercen el papel de sanitarios, pero que se ha considerado que son generalmente mejores conocedores que el resto de la población de los problemas de salud que conlleva el consumo de tabaco, se ha querido hacer prevalecer en el estudio variables y/o factores que fueran útiles para llegar a conocer las actitudes, percepciones y concienciación relacionadas con la conducta de fumar. De hecho, estas variables se han considerado más relevantes a la hora de implantar un programa de intervención dados los objetivos del estudio, que la obtención de información relacionada con el conocimiento de las enfermedades y efectos que produce el tabaco sobre la salud, que son evidentemente por todos ellos conocidas en mayor o menor grado, y a la vez; temáticas muy tratadas en la literatura que aborda este tema.

Dada la prevalencia del hábito tabáquico en España, la Psicología de la Salud ha dedicado una parte de su esfuerzo a investigar las variables que intervienen en la intención, inicio y mantenimiento de esta conducta adictiva. Basándonos en esta línea, los resultados obtenidos en el estudio aplicando un cuestionario no estandarizado que ha sido diseñado específicamente para el trabajo, nos conduce al conocimiento de las necesidades de participación en un programa de deshabituación tabáquica, las expectativas de deshabituación y cogniciones respecto a su hábito.

En este sentido, el estudio queda configurado con un mayor peso en el marco empírico que en el teórico. La prioridad es clara: la obtención de datos mediante análisis estadísticos, nos conducirá a verificar y constatar el interés que presentan los trabajadores por un programa de deshabituación tabáquica en su propio centro de trabajo y también, el tipo de intervención que requieren.

Advertir que en este trabajo se va a obviar dentro de su marco teórico, aquellos estudios y argumentaciones que estén relacionadas con el consumo de tabaco de la población en general o con la de los profesionales sanitarios en particular; sintomatología específica de su consumo, consumo de tabaco relacionado con las diferencias de género, publicidad y un largo etcétera. El acercamiento al marco teórico que aquí se propone, va a realizarse desde el ámbito de la Psicología Social de la Salud. Como señala Rodríguez Marín (1995): *“la unión de los problemas médicos y los determinantes psicosociales han sido uno de los focos de atención y aplicación más tempranos de la Psicología Social”*.

Es el momento por tanto, de introducirnos en la formulación de preguntas que nos conduzcan a un marco reflexivo apoyado en pilares teóricos, como las que presentamos a continuación:

- ¿Por qué existe una gran prevalencia de tabaquismo en los profesionales sanitarios, aún siendo conocedores de los efectos perjudiciales de este hábito?.
- La percepción diaria de los efectos que sobre la salud ejercen distintos comportamientos no saludables, ¿no producen un cambio de actitudes en los profesionales de la salud hacia el abandono de los hábitos perjudiciales, en este caso, el tabaco?.
- La siguiente pregunta, podría quedar formulada como derivación de las anteriores: ¿qué tipo de ropaje psicológico mantiene el profesional de la salud para que pese a todo, le cueste cambiar de actitud?.

Para dar respuesta a este tipo de preguntas que probablemente nos hayamos formulado en alguna ocasión, es necesario abrir un somero marco teórico que ofrecemos a continuación.

MARCO TEÓRICO: POSIBLES ARGUMENTOS TEÓRICOS A PROBABLES PREGUN- TAS

La investigación relacionada con el tema de la conducta de salud y sus determinantes, ha mostrado que la práctica de una determinada conducta de salud no conlleva la práctica de otras, o lo que es lo mismo, las conductas de salud mantienen entre sí una débil relación (Amigo, Fernández, et al., 1998). Vamos a trazar un hilo conductor entre el apartado anterior y éste, para dar respuesta a las preguntas relacionadas anteriormente que normalmente son efectuadas por no fumadores, aunque tal vez lo hagan también los fumadores de forma encubierta. Para tal cometido, nos basaremos en aproximaciones teóricas al concepto de conducta de salud y en la teoría de la disonancia, pertenecientes a las disciplinas de Psicología de la Salud y Psicología Social.

Desde una perspectiva psicológica, tanto la percepción del síntoma como los estados emocionales y las creencias pueden condicionar las conductas de salud. En el momento en que aparecen algunos síntomas inesperados, muchas personas deciden iniciar un cambio en su conducta de salud. El fumador que comienza a toser de modo persistente, puede pensar en dejar de fumar. En este caso, el síntoma suele considerarse como señal de un potencial problema físico, y los cambios que se producen en la conducta de salud constituyen una manera de reducir el riesgo percibido (Amigo, Fernández, et al., 1998). Sin embargo, si los síntomas son transitorios, el fumador puede con gran probabilidad retomar el consumo de tabaco una vez que la tos ha cesado (Leventhal et al., 1985, cfr. Amigo, et al., 1998). Los estados emocionales también pueden modificar las conductas de salud. El fumador que ha aprendido esta conducta por imitación o porque necesitaba integrarse en un grupo, entre otros aspectos, puede llegar muy pronto a encadenar las situaciones de estrés con el tabaco como una forma de enfrentarse a ellas. Se ha verificado que las situaciones de ansiedad o de aburrimiento suelen ser potenciales desencadenantes de la conducta de fumar (Becoña, Palomares y García, 1994).

Las creencias que sobre la salud tiene una persona, es otro determinante que influye en sus hábitos. Una clase de creencias que puede influir decisivamente en las prácticas de salud son las relacionadas con la vulnerabilidad

percibida por el propio sujeto (Amigo, Fernández, et al., 1998; Rodríguez, 1995). En general, las personas tienden a ver su futuro en cuanto a matices de salud, de un modo excesivamente optimista y poco realista. En este sentido, los estudios en los que su cometido ha sido evaluar la probabilidad de padecer una enfermedad en el futuro, se ha visto que la mayoría de los sujetos cree tener una probabilidad de padecer una alteración física muy por debajo de la media, lo que constituye una importante barrera psicológica de cara a modificar los hábitos de salud (Weistein 1988, cfr. Amigo., et al, 1998).

En realidad, la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud, está en función de dos factores: –la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad, y –la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad (Becker y Maiman, 1975). Un ejemplo que puede ilustrar estas dos variables es que, una persona dejará de fumar si cree que está en peligro de contraer una enfermedad y si además, considera que las consecuencias de dicha enfermedad pueden ser graves (Amigo., et al, 1998).

Sigamos profundizando algo más en el tema. ¿No resulta disonante ser un profesional de la salud, tachado de modélico respecto a conductas de salud por sujetos que no pertenecen al contexto sanitario y sin embargo, practicar un hábito perjudicial?, o dicho de otro modo, al profesional de la salud ¿no le crea disonancia ser conocedor de las consecuencias que tiene para su salud la práctica tabáquica y mantenerla de todas formas? Sabemos que dos cogniciones son disonantes cuando una de ellas implica el opuesto de la otra.

Una persona que sienta disonancia o discrepancia entre sus cogniciones se supone que experimenta una tensión psíquica inconfortable. Según Festinger, autor de la teoría de la disonancia cognitiva, este estado tiene propiedades energético-motivacionales semejantes a los impulsos experimentados cuando uno tiene hambre o sed (Festinger, 1975). Lo que sucede es que saciar el hambre o la sed es mucho más fácil que dejar de saciar nuestro hábito tabáquico. Para poder mitigar la disonancia que se produce en el fumador, sobre todo cuando es buen conocedor de las secuelas que puede provocar el consumo de tabaco, debe introducir cogniciones nuevas en su mente de manera que resten disonancia y así reducir la tensión psicológica provocada. En el caso del fumador, decrecerá su disonancia si introduce algunos mitos existentes, como: -un cigarro en la mano me facilita la comunicación social y/o me reduce el estrés, -alguien conoce a alguien que murió muy mayor después de haber fumado toda su vida, -haciendo mucho deporte se compensa el daño que ocasiona el cigarrillo, -con el alto nivel de contaminación ambiental, es lo mismo fumar que no fumar ya que igualmente respiramos aire sucio..., y un largo etc. de innumerables mitos que podríamos citar (Pérez, 1989). Aparte de los mitos, algo muy común es no querer experimentar la sensación de fracaso al intentar dejar de fumar y no lograrlo.

Hemos basado el planteamiento teórico en la Psicología Social de la Salud para poder dar respuesta a las preguntas que en muchas ocasiones suelen ser formuladas. No obstante hay que apuntar que hasta el momento, no se ha podido medir cuanta disonancia mantiene una persona o cual es el punto de corte desde el que podamos partir para medir el propio modelo de creencias y atribuciones que un sujeto otorga a su conducta de salud o enfermedad.

Estas vivencias si se expresan, sólo pueden ser apreciadas por un interlocutor cuando está atento a las alocuciones de su emisor. Hemos preferido pese a todo, basar nuestras formulaciones acogiéndonos a este marco teórico, que aunque adolece de medición, no deja de lado la posibilidad de llegar a una estimación de un probable conflicto.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN CONTRA EL TABAQUISMO

Si tuviéramos que definir este apartado con un adjetivo, no dudaría en recoger el de “pretensor”. Atendiendo al prefijo “pre”, la pretensión se dirige a solicitar del lector el razonamiento y entendimiento individualizado de los referentes que se van a exponer.

Las particularidades que se desarrollarán en este apartado, pretenden conducir a una reconversión razonada de aquellos que manifiestan una actitud negativa, disconforme, o que simplemente dejan abierto un campo de discordia que al final obstaculiza la posibilidad de crear programas de actuación frente al tabaquismo desde los propios Servicios de Prevención o Unidades de Salud Laboral de los centros hospitalarios; aunque en el fondo puedan reconocer que la deshabituación tabáquica, pueda ser recogida como una vertiente más dentro de la promoción de la salud del trabajador. La pretensión en este estudio se ha hecho patente en el inicio de este trabajo. Acogiéndonos a diversos decretos, leyes, convenios marcos, Organismos Internacionales, etc; nuestro cometido en estos momentos es persuadir a futuros agentes de su puesta en marcha, del beneficio que supondría incluir programas de deshabituación en Centros de Salud. Desde este anclaje, abordaremos la justificación y conveniencia para la creación de proyectos de deshabituación en centros sanitarios, así como la puesta en marcha de un plan definido de intervención dentro del marco de la promoción de la salud.

Tal vez, este apartado sea valorado como reiterativo y excesivamente justificativo cuando se detallen las distintas propuestas que efectúan los Organismos Oficiales, que han sido recogidas bajo el erígrafe “legislación y derechos”. No obstante puede quedar completamente justificado si nos paramos a pensar, en el porcentaje de fracasos que se describen en los programas de deshabituación tabáquica; aunque las fases de su intervención, hayan sido

muy bien delineadas. En definitiva, creemos que de un proyecto pueden emanar múltiples pretensiones, pero es preferible que a ninguna de ellas se les adjudique la calidad de pretenciosa. Lejos de caer en este contrasentido, estimamos oportuno transcribir al menos un trozo de texto con este cariz, que pertenece a un libro muy conocido; aunque hay que decir que no debería considerarse pretencioso por la herramienta de ayuda que utiliza para dejar de fumar, sino por la forma de dirigirla a aquellos que quieren deshacerse:

Introducción. <<¡ Voy a curar al mundo de fumar!>>...; No sólo me curaré yo, sino que además curaré al resto del mundo!. Mirando atrás, parece como si toda mi existencia no fuera más que una preparación para resolver el problema del fumar.

Carr, A (2002, 17)

Tenemos que aclarar, que no estamos en desacuerdo con ningún método de ayuda que utiliza la orientación terapéutica denominada biblioterapia, aunque sí con algunas formas de utilizarla como la anteriormente citada.

Pasamos a describir los referentes a los que aludía con anterioridad. Estos quedan divididos en apartados relativos a “legislación y derechos”, y “peculiaridades relacionadas con el profesional de la salud”.

Legislación y derechos

A continuación, detallamos propuestas y planes de distintos Organismos, así como la legislación vigente que pretende justificar la viabilidad de un proyecto, que de ser tenido en cuenta, podrá convertirse en un programa formalizado para la promoción de la salud del trabajador.

- Si nos acogemos a la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (L.P.R.L), encontramos que en su artículo 22 establece como obligación empresarial el garantizar a los trabajadores la vigilancia periódica de la salud incluyendo en ésta, el desarrollo entre otros de los programas de promoción de la salud para los trabajadores en el lugar de trabajo. La ponencia realizada en 1999 por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, destaca las actividades que conlleva la vigilancia de la salud incluyendo en ésta, el desarrollo entre otros de los programas de promoción de la salud para los trabajadores en el lugar de trabajo. En este sentido y dentro del artículo 22 citado, queda definida y articulada la consideración de “Vigilancia de la Salud”: es la parte indivisible de la prevención y del conjunto de disciplinas preventivas, que no depende de la voluntariedad del trabajador y que tiene por objeto el analizar con criterios epidemiológicos los resultados de la vigilancia de la salud, colaborar con el resto de los componentes del Servicio

de Prevención a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud, promover medidas encaminadas a mejorar las condiciones y medio ambiente laboral y participar también en programas de intervención sobre hábitos insanos y promoción de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo.

- En los últimos años, a partir del programa “Salud para todos en el año 2000”, se han desarrollado en la Comunidad Europea diversas estrategias de actuación en el control del tabaquismo. Al Plan Europeo de Actuación sobre el Tabaco de 1987, siguió la 1ª Conferencia Europea sobre Política del Tabaco celebrada en Madrid. *“En ella se publicó la “Carta contra el Tabaco” que recogía el derecho de cada fumador a recibir apoyo y ayuda para superar el hábito. Las recomendaciones para dicha estrategia incluían la de disponer de folletos y consejo de profesionales sanitarios, programas en establecimientos sanitarios.....y programas de formación para todos los profesionales sanitarios a fin de enseñarles a aconsejar a sus pacientes o clientes a dejar el hábito de fumar”.*

Alonso, J.M (1996, 105)

- En cumplimiento del acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que dió su aprobación el 13 de enero de 2003, se presentan algunos apéndices del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo para ser desarrollado en el periodo 2003-2007:
 - 1.- En este Plan se establecen una serie de plazos para conseguir que dentro de cuatro años todos los centros de trabajo, públicos y privados, sean considerados “espacios libres de humos”; es decir, no se podrá fumar en ellos, salvo en los lugares habilitados especialmente para los fumadores.
 - 2.- Uno de los principios fundamentales que caracterizan este Plan Nacional es el de promover la salud, la calidad de vida y la participación social.
 - 3.- Recogemos algunos de los objetivos que contempla este Plan Nacional, que guardan relación con el objetivo del estudio (promover un programa multidisciplinar de deshabitación tabáquica para los trabajadores del Centro):
 - 3.a.- Facilitar la información desde un enfoque multidisciplinar, integrándola en las diversas actividades de los servicios sanitarios, de prevención de riesgos laborales, farmacias., etc.
 - 3.b.- Potenciar la intervención de profesionales sanitarios, motivándoles para que desarrollen programas de tratamiento de la dependencia tabáquica.

- 3.d.- Desarrollar programas formativos específicos, dirigidos a colectivos modélicos (sanitarios, docentes), para ayudarles a dejar de fumar, y motivarles para intervenir en sus respectivos ámbitos.
 - 3.e.- Promover los programas de ayuda al abandono tabáquico en el ámbito laboral.
 - 3.f.- Impulsar el reconocimiento sanitario de la dependencia tabáquica como enfermedad crónica y motivar al desarrollo de programas de apoyo al abandono del tabaco en Atención Primaria.
 - 3.g.- Impulsar programas de ayuda desde los servicios de salud laboral, facilitando la asistencia del personal fumador a las consultas o programas en el horario laboral.
- Las restricciones legales sobre las ventajas de crear ambientes comunes sin humo, necesitan ser apoyadas a través de programas educativos y de defensa de las mismas por la población general, profesionales sanitarios y por supuesto, políticos. En nuestro país, el Real Decreto 192/1988 y posteriormente con las modificaciones del Real Decreto 1293/1999 sobre el anterior, constituyen la legislación vigente actual que regula las limitaciones de la venta y consumo de tabaco para protección de la salud de la población.
 - En la Comunidad Valenciana en concreto, la Ley 3/1997, reformada en Artículo Unico por la Ley 4/2002 y posteriormente por el Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, tiene por objeto establecer y regular en el marco que las competencias estatutariamente corresponden a la Generalitat y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y/o abuso de sustancias que pueden generar dependencia, como por otros trastornos adictivos. Concretamente en el Capítulo II sobre Asistencia Sanitaria, artículo 13 específico del ámbito laboral y apartado 2, dice: La Generalitat impulsará la realización de programas de prevención y asistencia de trabajadores con problemas de consumo de drogas, especialmente del alcohol y del tabaco, así como con otros tipos de trastornos adictivos. En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar de manera prioritaria, los Sindicatos, Organizaciones Empresariales y Servicios de Prevención, así como los Consejos de Salud Laboral en las empresas e instituciones.

- En el Anexo del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003), en su artículo 14 sobre medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco, especifica algunos puntos que deben tenerse en cuenta:
 - a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono del consumo de tabaco en lugares tales como instituciones docentes, unidades de salud, lugares de trabajo, y entornos deportivos;
 - b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;
 - c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco.

Peculiaridades relacionadas con el profesional de la salud

Este apartado, justifica la obligación de crear planes y programas de deshabitación dirigidos a los profesionales sanitarios, como un primer punto a considerar, si lo que se pretende es erradicar y prevenir el consumo de tabaco en la población.

- Los profesionales de la salud, constituyen el colectivo con mayor capacidad para influir de modo positivo o negativo sobre el tabaquismo en la sociedad. De hecho, se les atribuyen cuatro funciones a desempeñar para controlar y erradicar la epidemia del tabaquismo en nuestra sociedad: modélica, educador, terapéutica y social. Los profesionales sanitarios son considerados como modelos a imitar, lo que les obliga a presentarse al público con las mínimas contradicciones posibles en relación a los mensajes emitidos, y su comportamiento con respecto a un hábito no saludable como es el tabaquismo (Solano., et al, 1996; Camaño, 2001; Informe sobre el tabaco..., septiembre 2000). La consideración social de los profesionales sanitarios, como expertos de la salud, les convierte en principales agentes de desarrollo de programas de prevención del consumo de tabaco. Por otro lado los comportamientos, hábitos y actitudes del personal sanitario “prescriben opinión”, y por tanto pueden actuar como vehículos de transmisión de estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998).
- En las propuestas del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud (Informe sobre el tabaco..., 2000), existen una serie de recomendaciones específicas encaminadas a mejorar el rendimiento de las actuaciones

frente al tabaquismo, de las que destacaremos las que competen a los profesionales modélicos:

1. Recomendación 28: Reforzar el papel modélico, educador y social de estos profesionales.
 2. Recomendación 29: Informar y formar a estos profesionales para desarrollar sus actuaciones en el ámbito que les corresponda.
 3. Recomendación 30: Facilitar el acceso a programas de deshabituación a estos profesionales, si es posible en horario laboral.
 4. Recomendación 31: Implicar a los servicios de salud laboral en la política de control del tabaquismo en el ámbito laboral y trabajar de forma coordinada con los programas de prevención y promoción de las Comunidades y Ciudades Autónomas.
- Entre los objetivos de la campaña, coordinada por el Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT) y el programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Semfyc, están: sensibilizar a la población sobre los riesgos del tabaco, informar acerca de las posibilidades de tratamiento, reforzar los mensajes de los profesionales de Atención Primaria para potenciar el consejo sanitario antitabáquico, conseguir que los centros de salud sean centros sin humo, y que el colectivo de médicos actúe de ejemplo (diariomedico.com, 24/5/00).
 - Los médicos de atención primaria van a ser los protagonistas de una iniciativa para dejar de fumar puesta en marcha por la gerencia de Santander-Laredo del Insalud, dirigida por D. Javier Ayesta, especialista en tabaquismo. La batalla contra el tabaquismo entre los profesionales sanitarios se había volcado hasta ahora en los hospitales, olvidando al agente sanitario que hace de filtro cuando el enfermo accede al sistema. En este sentido se debería recordar que según los datos presentados en el XX Congreso de la Semfyc, el 36.5% del colectivo sanitario fuma (diariomedico.com, 10/5/01).
 - El Colegio de Médicos de Las Palmas, crea una Unidad de Deshabituación Tabáquica (UDT), cuyo objetivo es lograr una reducción del consumo de tabaco entre colegiados y familiares directos. La puesta en marcha de este programa obedece (diariomedico.com, 31/5/00):
 - 1.- Al interés que han mostrado estos profesionales por dejar el hábito.
 - 2.- El interés por el colegio de ofrecer este tipo de servicio, ya que los médicos representan un colectivo determinante a la hora de establecer “modelos saludables de vida”.
 - En una línea algo diferente, pero no por ello menos novedosa es la que han propuesto José Carreras, neumólogo del Hospital Carlos III y

Leopoldo Sánchez Agudo, jefe de Neumología del mismo hospital. Para ellos, utilizar la empresa o medio laboral como catapulta para impulsar tratamientos antitabáquicos puede ser muy efectivo, ya que se pueden hacer seguimientos exhaustivos a los trabajadores que entren en el programa (diariomedico.com, 22/11/00). Destacar que estas propuestas combinan tratamiento farmacológico, apoyo psicológico, así como la colocación de carteles para la regulación de espacios para fumadores y no fumadores.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y CONSIDERACIONES

De sobra es conocido que iniciarse en el consumo de tabaco, generalmente a través de un proceso de aprendizaje vicario (también denominado observacional o imitativo) se obtiene por observación conductual y la consecuencia del modelo observado, presentando dimensiones cognitivas y afectivas, de forma que resulta más fácil su consumo que el posterior abandono (Amigo., et al, 1998). El tabaquismo representa uno de los más singulares retos con los que profesionales de la salud y psicólogos, se pueden enfrentar hoy en día. El consumo de tabaco, es probablemente, el único ejemplo de un comportamiento al que se han aplicado la práctica totalidad de tratamientos disponibles en psicología, con un amplio anexo de tratamientos médicos y farmacológicos. Estamos ante un comportamiento adictivo especialmente difícil de vencer, y para acabar de complicar las cosas, representa un típico paradigma de conducta de autocontrol en las que las consecuencias sólo son probables y, cuando aparecen, lo hacen a medio o largo plazo (Amigo., et al, 1998).

Desde los años 60, se han venido utilizando todo tipo de técnicas, métodos y procedimientos de lo más diversos para que los fumadores abandonen el tabaco. Nos encontramos por tanto, desde los procedimientos de condicionamiento aversivo con drogas, estimulación eléctrica y uso de ráfagas de aire caliente sobre la cara; llegando a los años 70 donde se iniciaron de forma precaria los llamados <<programas multicomponente>>, que intentaban combinar en un mismo programa múltiples técnicas, retirando en su mayoría los procedimientos aversivos. Al principio de los años 80 se iniciaron los programas denominados de autocontrol, donde se observó que eran fáciles de aplicar, no aversivos y en los que el propio fumador era el principal protagonista del cambio de conducta; uniéndose el procedimiento de reducción progresiva de la toma de nicotina. Por último, los años 90 no han aportado nada nuevo de interés, en cuanto a nuevas alternativas que superen en eficacia y sencillez, los programas disponibles en los años 80.

Independientemente de los componentes terapéuticos que se empleen, existen las siguientes maneras básicas de enfrentarse a la tarea de convertirse en un exfumador (Gil-Roales, J; 1998, 23, Vol. II):

- Decidir por sí mismo dejar de fumar e intentarlo por sus propios medios.
- Decidir por sí mismo dejar de fumar, pero ayudándose de materiales confeccionados como herramientas de auto-ayuda.
- Asistir a alguna de las diversas formas de tratamiento grupal , en el que se incluyen programas desarrollados en su lugar de trabajo.
- Ponerse en manos de un profesional y someterse a un tratamiento clínico individual para su tabaquismo.

A continuación, describimos estas formas básicas de enfrentarse a esta tarea, los métodos de tratamientos que se llevan a cabo en cada una de estas modalidades, así como algunas puntualizaciones:

- 1. Abandono sin terapia o por propia voluntad:** Cuando una persona recurre a este tipo de alternativa para cambiar su conducta, es porque está apelando básicamente a la responsabilidad, la fuerza de voluntad, la seriedad o la abnegación. Desgraciadamente, los resultados ponen de relieve lo inadecuado de este tipo de soluciones, cuando la persona no está percibiendo una sintomatología que pueda relacionar de forma directa con la conducta de fumar. En realidad se suele mostrar una gran fuerza de voluntad o responsabilidad en el momento de planear una actuación futura, pero en el momento en el que ha de llevarse a cabo la conducta específica, ésta parece escapar completamente al control del potencial exfumador .La fuerza de voluntad o responsabilidad no se muestran capaces de controlarla. Es más, la conducta en cuestión parece estar controlada más por factores externos a nosotros mismos (veo a otro que fuma, acabo de comer, estoy en un atasco, estoy nervioso por culpa de una situación), que por supuestas fuerzas internas del estilo de seriedad y fuerza de voluntad (Labrador, 1992, 187-192).
- 2. Los métodos de autoayuda:** Utilizan la “orientación terapéutica” denominada BIBLIOTERAPIA. Realmente sus contenidos son muy diversos: los que únicamente incluyen un manual con observaciones de lo perjudicial que es en sí la conducta tabáquica, y otros a los que se les suma cuestionarios sobre la dependencia que tiene el sujeto, cintas con elementos aversivos, guías de actuación ante la necesidad de realizar la conductas, estrategias de reducción del tabaco como el incremento progresivo del intervalo entre cigarrillos o la reducción gradual del número de cigarrillos. Este tipo de ayuda, ha logrado establecer una tasa de abstinencia alrededor del 10%. Este valor que no es muy alto, lo consiguen aquellos sujetos que realmente tienen muchas razones para dejar de fumar y un buen apoyo social.
- 3. Tratamientos médico-farmacológicos:** Les caracteriza guiarse por un principio “isoterapéutico” (de isos: mismo, idéntico), según el cual el proceso de tratamiento se lleva a cabo proporcionando al organismo

cantidades mínimas de un determinado compuesto idéntico a la sustancia de la cual se quiere desintoxicar. Los tratamientos farmacológicos pueden dividirse en: a.- tratamientos con fármacos antagonistas de la nicotina, b.- con fármacos sintomáticos del síndrome de abstinencia nicotínica, c.- aversivos de la nicotina, d.- sustitutivos del tabaco. Como medidas sumadas a tomar en este tipo de tratamiento se encuentran las estrategias de reducción gradual y la medida de monóxido de carbono (CO) del aire expirado.

- 4. Programas multicomponentes:** En estos se incluyen tanto el tratamiento médico como, más de una técnica de control y modificación de la conducta. Habitualmente estos programas incorporan técnicas de modificación de conducta tales como procedimientos de autocontrol, técnicas aversivas, apoyo mediante contacto con el grupo, estrategias de reducción gradual del tabaco, tratamiento y métodos médico-farmacológicos y folletos relacionados con información sobre el tabaco, así como algunas recomendaciones para paliar los efectos adversos durante el programa de intervención.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA MULTICOMPONENTE

En este apartado destacaremos por un lado, las fases de evaluación y el programa de intervención que se dió a conocer a los profesionales en la celebración de la jornada sobre tabaquismo, y concretamente en la ponencia titulada “*Métodos de abandono del hábito tabáquico. Orientación terapéutica y eficacia*”, que quedará recogido en el epígrafe que hemos denominado “*programa de intervención psicológica presentado en la jornada*”; y por otro, el proyecto ofrecido al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para la creación de una Unidad Especializada de Deshabitación Tabáquica, en el hospital donde se realizó el estudio. Los distintos apartados que lo conforman, han sido desarrollados a raíz de los datos obtenidos mediante el análisis estadístico al que fue sometido el cuestionario que se destinó para el estudio. Este subapartado, queda recogido con el epígrafe “*proyecto para la creación y funcionamiento de una Unidad Especializada de Deshabitación Tabáquica*”. Pasamos a describirlos.

• Programa de Intervención Psicológica presentado en la Jornada

Junto al proceso que sigue un programa médico-farmacológico, se incorporarán los siguientes aspectos relacionados con evaluación conductual, psicológica o “paquete de tratamiento” :

1. Fase de evaluación de necesidades y expectativas (Fase I)

- Los participantes serán reclutados entre los profesionales del Centro que quieran entrar al programa. El criterio de selección se realizará a partir de la evaluación del Cuestionario sobre Hábitos

Tabáquicos (CAT 1). Estos cuestionarios estarán ubicados en la Unidad de Salud Laboral. Aquí se recogerán y devolverán una vez cumplimentados. Una vez realizado el análisis estadístico correspondiente, se darán a conocer los datos obtenidos a las Direcciones del Centro, adjuntándose un informe explicativo de los mismos.

- La primera toma de contacto de aquellos trabajadores que quieran participar, se realizará a través del cuestionario de deshabituación tabáquica (CAT 1), donde se recogen datos personales como la edad, sexo, categoría profesional, unidad de trabajo y turno. Unido a estos apartados mencionados, que son comunes en cualquier cuestionario, el CAT.1 está formado por catorce ítems que tienen como finalidad conocer: la historia de consumo de tabaco, dependencia psíquica, intentos por lograr la abstinencia; la percepción sobre el consumo de tabaco en un intervalo de tiempo de 1 mes a 12 meses sin estar sometido a un programa de dehabituación, motivación y deseo de dejarlo, creencias sobre el perjuicio para la salud y bienestar que le produce fumar.

2. Fase previa al programa (Fase II)

Esta fase tiene como cometido, un mayor conocimiento del sujeto que va a entrar en el programa de deshabituación tabáquica. La fase, viene determinada por las siguientes variables:

- Cuestionario previo al programa para dejar de fumar en el que se recogen nuevamente datos personales, datos sobre el consumo y persistencia del hábito, el deseo/necesidad de fumar (Cuestionario de tolerancia a la nicotina de Fagerström, 1989; Heatherton., et al, 1991), expectativa del esfuerzo a realizar para lograr este propósito, así como la valoración de la ayuda que se necesita de los demás (escala de 0 a 10). Cuatro ítems que recogen la dependencia psicológica (Test de Glover Nilson). Doce ítems que reflejan el grado de Motivación para dejar de fumar (Goldstein y Prochaska).
- Inventario Estímulo-Respuesta del rasgo general de ansiedad (S-R Inventory of General Trait Anxiety de Endler, N.S y Okada, M, 1975). Este inventario fue diseñado para medir el rasgo de ansiedad, desde una perspectiva multidimensional. Está construido con cuatro categorías de situaciones generales (interacción social, peligro físico, situaciones novedosas o ambiguas y actividades diarias). Los modos de respuesta están relacionados con distintas emociones. La pretensión es contestar una parte relacio-

nada con las situaciones generales vividas por el sujeto, y la otra, focalizando la atención en situaciones laborales.

- Medidas de apoyo social percibido (PSS-Fr) y (PSS-Fa) Procidiano, M.E; Heller, K (1983). Es una medida en la que un individuo percibe que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son satisfechas por los amigos y familiares. Recogeremos solo los ítems que hacen referencia al apoyo familiar. El estudio de apoyo social percibido, beneficia la intervención clínica.
- Entrega de hojas de autorregistro, siete días antes del inicio del programa. Se entregará una ficha para registro diario, que tendrán impresas las siguientes columnas: 1.- hora, 2.- lugar, 3.- actividad desarrollada, 4.- situación estresante (si la hay) (0-10), 5.- grado de placer (0-10) ---> Ficha para el registro diario de la conducta de fumar.

3. Fase de Intervención (Fase III)

Tiene como cometido la información de las distintas actuaciones terapéuticas y de seguimiento-control:

- Se ofrecerá una guía práctica donde se incluirán: -respuestas a las preguntas y preocupaciones más frecuentes, así como recomendaciones para paliar el síndrome de abstinencia.
- Realización de Técnicas de autocontrol emocional: respiración, entrenamiento autógeno ,relajación condicionada.
- Duración del programa: 6 semanas con 2 encuentros por semana.
- Ficha de autorregistro, con nuevos componentes en las columnas.
- Retirada progresiva del tabaco a fin de permitir que la deshabituación se vaya produciendo poco a poco de una forma llevadera para el fumador (Estrategia de reducción gradual).
- Se ofrecerán los datos de los cuestionarios realizados (Fase II) de forma personalizada.
- Elección individual de la Técnica de Control de Contingencias. Consiste en preparar el medio de tal forma que la emisión de la conducta deseada vaya seguida de consecuencias positivas. Se trata de un control de premios.
- Seguimiento a los seis y doce meses de finalizado el programa. Se darán fechas aproximadas para el contacto, y además, la consigna de consulta en cualquier momento que se precise comentar algún aspecto relacionado con la evolución de la situación.

• Proyecto para la Creación y Funcionamiento de una Unidad Especializada de Deshabitación Tabáquica.

Introducción

Los informes científicos más recientes consideran que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica, siendo esta condición el principal motivo de desarrollo e implantación de intervenciones clínicas para ayudar a los sujetos fumadores a abandonar el consumo de tabaco. La preocupación de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo, su capacidad para intervenir sobre el mismo, unido al problema de salud pública que representa, han servido de estímulo para que las autoridades politicosanitarias hayan comenzado a plantearse el desarrollo de planes integrales de prevención y tratamiento de esta drogodependencia.

Prácticamente en toda la literatura científica realizada sobre el tema se contemplan los programas específicos de tratamiento efectuados. En algunos de los estudios, al constatar la gran prevalencia de tabaquismo existente en los profesionales sanitarios se considera que utilizar el medio laboral como catapulta para impulsar tratamientos tabáquicos puede, no sólo ser muy efectivo para la deshabitación en este tipo de población; sino también, que la concienciación del problema en los profesionales de la salud puede servir como medida para sensibilizar a la población en general de los riesgos del tabaco. Sin embargo, la falta de una propagación explícita acerca de las necesidades que debe cubrir una Unidad de Deshabitación Tabáquica y de las características mínimas que deben reunir para su organización y buen funcionamiento, me han llevado a realizar una compilación de los aspectos más importantes y destacados en diversos estudios, con el objetivo de poder definir las líneas esenciales de organización y funcionamiento de una Unidad de Deshabitación en nuestro Centro.

Objetivo

Ofrecer una serie de recomendaciones basadas en la organización y funciones de asistencia para poner en marcha una Unidad de Deshabitación, atendiendo a los requerimientos de dotación de material y humanos de la misma en función del programa terapéutico.

Recomendaciones para el funcionamiento

A/ Recursos Materiales

La dotación de una Unidad de Deshabitación Tabáquica en nuestro Centro debe tratar de acercarse al ideal necesario para desarrollar su función con criterios de excelencia, aunque como toda unidad de nueva creación, no es preciso que inicialmente disponga de todos los medios para comenzar a funcionar. No obstante, la empresa debería estar abierta a propuestas más

amplias cuando la demanda asistencial y funciones que podría alcanzar, así lo requiera.

La Unidad de Deshabitación Tabáquica debería estar ubicada cerca del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. El espacio para su dotación debería comprender las siguientes estancias:

- Despacho para el médico. Utilidad: seguimiento del tratamiento farmacológico.
- Despacho para enfermería. Utilidad: realización de mediciones de CO de aire espirado, con un cooxímetro. Feedback basado principalmente en un proceso de interacción/comunicación, relacionado con las posibles dificultades encontradas durante la intervención. Seguimiento del programa de intervención.
- Despacho para el psicólogo. Utilidad: entrevista individual, seguimiento, análisis funcional de la conducta, revisión de tareas, feedback sobre aspectos terapéuticos.
- Sala para las sesiones terapéuticas grupales. Sala donde tengan cabida alrededor de 12- 15 colchonetas, 1 sillón y de 12 a 15 sillas. Es importante que las técnicas terapéuticas psicológicas tengan un habitáculo propio reconocible por el sujeto en las sucesivas sesiones de tratamiento y a ser posible, no distante de la estancia donde reciba un apoyo individualizado.

B/ Recursos Humanos

La propuesta realizada a los profesionales sanitarios y no sanitarios asistentes a la I Jornada sobre Tabaquismo realizada en el salón de actos del Centro fue llevar a cabo un programa multicomponente o multidisciplinario. En este sentido, los profesionales que se destinen a la tarea de ayuda en el proceso de abandono del tabaco deben ser profesionales específicamente cualificados.

La Unidad de Deshabitación Tabáquica deberá contar con un médico especialista en neumología, un enfermero y un psicólogo. Estos profesionales de la salud deben desarrollar labores asistenciales (población diana), así como de investigación y docencia. La distribución del tiempo de trabajo debe variar conforme a las necesidades de la propia Unidad y los avances o apertura de la misma. En este sentido, en los inicios de la Unidad puede recogerse una población diana específica a tratar como son los trabajadores del Centro, pero no debe olvidarse que una parte importante del trabajo una vez consolidado el proyecto inicial (deshabitación a los trabajadores), debería consistir en:

- Extender la conciencia sanitaria de prevención y tratamiento del tabaquismo en todos los ámbitos asistenciales del área sanitaria (fun-

ción asistencial y docente). De esta forma podrían entrar a formar parte de la intervención terapéutica otra población diana, cuya problemática con el tabaco pudiera ser tratada con posterioridad: aquellos pacientes que pudieran ser derivados desde las policlínicas de este hospital por sus médicos.

- Ofrecer a la empresa, en este caso a las Direcciones del Centro, los resultados conseguidos en los grupos de tratamiento. Esta misión conduciría no sólo al conocimiento del funcionamiento y actuaciones propias de la Unidad, sino también, cubriría la función investigadora con sus correspondientes publicaciones en revistas científicas específicas sobre el tema.

En relación con estos aspectos, señalar que soy consciente de que las Unidades de nueva creación, pueden obtener en sus inicios y en ocasiones recursos limitados. Aún considerando este hecho, debe ser exigible una eficiencia que garantice la inversión realizada. En este sentido, quiero añadir que siendo conocedora del desempeño de los profesionales de las distintas Unidades del Centro y de la casuística bastante similar que se vive en las Unidades de hospitalización y no hospitalización a la hora de ejercer el rol profesional, considero necesario prolongar el horario de atención a los sujetos (sobre todo si la población diana son los profesionales de nuestro Centro) en jornadas de mañana y tarde. Esta flexibilidad haría que la persona objeto de tratamiento, no abandonará la terapia por incompatibilidad con su turno de trabajo.

Programa Multicomponente

El tratamiento multicomponente consiste en terapia psicológica desde una perspectiva cognitivo-comportamental y terapia farmacológica. Los objetivos que debe cumplir este programa, son:

- Obtener una abstinencia total durante un año de seguimiento.
- Minimizar las molestias producidas por el síndrome de abstinencia.

El diseño del programa de terapia psicológica, abordaría:

- 1.- Información a los participantes del tratamiento (nº de sesiones, técnicas, etc)
- 2.- Historia clínica del fumador. Análisis funcional.
- 3.- Evaluación de la motivación para dejar de fumar, grado de dependencia y motivos para dejar de fumar.
- 4.- Evaluación del bienestar psicológico (cuestionarios sobre evaluación psicológica no necesariamente psicopatológica).
- 5.- Evaluación de la percepción de apoyo social.
- 6.- Tareas de auto-registro. Después de la línea basal, creación de un auto-registro basado en situaciones y estímulos concretos (fase individualizada).

- 7.- Técnicas de autocontrol emocional (terapia grupal basada en relajación, respiración profunda y relajación condicionada). Junto a estas técnicas se valorará el beneficio de adjuntar material auditivo como reforzador sensorio-perceptivo para ayudar a alcanzar en un menor tiempo los objetivos de estas técnicas.
- 8.- Técnica para el control del impulso a fumar.
- 9.- Técnica de reducción gradual de nicotina y alquitrán (RGNA).
- 10.- Medición del nivel de monóxido de carbono en el aire espirado, antes del inicio del programa y en los encuentros terapéuticos.
- 11.- Procedimiento de Feedback . El feedback será empleado para dar a conocer los resultados de la evaluación psicológica, de monóxido de carbono y en los periodos de interacción terapeuta/paciente. Aunque representa mayor presencia y atención por parte del terapeuta, muchos estudiosos hablan de los beneficios que produce al incidir positivamente en la motivación de los sujetos durante el tratamiento y en el mantenimiento de los beneficios terapéuticos. Este proceso debería quedar delineado para el profesional de enfermería y psicología.
- 12.- Terapia grupal basada en técnicas de dinámica de grupo (elección individual).
- 13.- Técnica de control de contingencias (elección individual).
- 14.- Aportación a modo de guía de las recomendaciones generales sobre nutrición, afrontamiento en momentos difíciles.

Como puede observarse, hemos descrito actividades de dos fases – preparación y abandono- de las tres que componen los programas terapéuticos. Estas se llevarían a cabo durante un periodo de dos meses, con un encuentro y sesión semanal por sujeto (12 sesiones en total). La fase de mantenimiento, supone un seguimiento de los sujetos tratados a los tres, seis y doce meses de finalizar la terapia. No obstante cualquier problemática que pueda surgir al paciente durante y posterior al tratamiento, también debe ser recogida y atendida.

Dotación específica inicial

A continuación, enumero los recursos necesarios y jornada laboral de dedicación a tener en cuenta para la dotación inicial de una Unidad de Deshabituación Tabáquica que proporcione un programa multicomponente:

- Despachos descritos y sala para llevar a cabo las técnicas del programa de apoyo psicológico.
- Ordenador. Incorporación de internet y cajetilla de CD para poder trabajar un programa de análisis estadístico.

- Papelería propia de un despacho, no específica para abordar las propuestas.
- Colchonetas, sillas y sillón (véase epígrafe comentado anteriormente).
- Para la evaluación del monóxido de carbono (CO), es necesario contar con un analizador de CO EC50 Micro Smokerlyzer Portable Carbon Monoxide Monitor (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittingbourne, Kent. U.K).
- Tiempo de jornada laboral requerida en función de los cometidos y de flexibilidad para el trabajador: 2 días a la semana en turno de mañana y tarde.

Pasamos a desarrollar el marco empírico del estudio.

CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Como se ha podido observar en los epígrafes anteriores, en el estudio se ha abordado el marco teórico desde una perspectiva que tiene como principales pilares la información y reflexión sobre la problemática del hábito tabáquico, y no desde una vertiente que en este tipo de estudios se viene haciendo usualmente como es la recopilación de investigaciones realizadas en este campo, supuestos de investigación y principales cuestiones debatidas, como: prevalencia del tabaquismo en la población general y específica de los profesionales sanitarios, impacto de las políticas de lucha antitabáquica; eficacia en relación con el costo de los tratamientos, incluidos los enfoques destinados a aumentar las tasas de abandono, efectos sobre el organismo y nocividad demostrada, entre otras variables.

En este estudio va a primar el conocimiento de las actitudes, percepciones y concienciación de la conducta tabáquica de los profesionales de un hospital público, recogidas como factores estratégicos a la hora de implantar un programa de intervención. La elección de un cuestionario diseñado para la obtención de esta información, nos conducirá también a poder ser conocedores de las necesidades que tienen los profesionales del Centro de implicarse en un programa de deshabituación, unido a los condicionantes específicos relacionados con su hábitos. Todo este tipo de aportaciones, sirven de ayuda para diseñar dentro del programa de intervención global ya establecido, unos apéndices de ayuda personalizados.

OBJETIVOS

En el contexto de las anteriores consideraciones, describimos los objetivos que pretende conseguir este estudio en base a sus etapas y proyección del mismo:

- *Etapas: Experiencia piloto.*

- 1.- Cuantificar el grado de interés y participación de los trabajadores de un hospital público en un programa de intervención multidisciplinar para dejar de fumar, llevándolo a cabo en el lugar de trabajo.

- 2.- Evaluar las expectativas y actitudes de los trabajadores relacionadas con la puesta en marcha de un programa de intervención multicomponente.

- *Etapa: Unidad de Deshabitación Tabáquica.*

- 3.- Evaluar el programa de intervención multicomponente ya diseñado, acomodando el proceso de implantación a la información preliminar obtenida.
- 4.- Adaptar algunos elementos que componen las fases de intervención del programa a la casuística del profesional.

PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS

Dada la prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios según los estudios relacionados con el tema, y con motivo de la celebración del Día Mundial sin Tabaco, se llevó a cabo el diseño de un cuestionario, cuyos pilares se basaron en la literatura científica existente. Éste ha sido denominado Cuestionario de Hábitos Tabáquicos (CAT.1).

Uno de los objetivos que nos condujeron a la realización de la I Jornada sobre Tabaquismo celebrada el día 31 de mayo de 2002, fue: la promoción de la salud en el lugar de trabajo con una acción dirigida a aquellos profesionales sanitarios y no sanitarios, trabajadores todos ellos del Centro, que estuvieran motivados para dejar de fumar. Partiendo de este objetivo, los criterios de selección para formar la muestra, fueron:

- Ser fumador. No se consideró oportuno establecer rangos del número de cigarrillos fumados a diario y tiempo del hábito.
- Ser trabajador fijo del hospital.
- Desempeño laboral: Profesionales sanitarios y no sanitarios.

Han quedado excluidos de la muestra aquellos profesionales que eran eventuales y los familiares o conocidos de trabajadores de la empresa.

La muestra de estudio la forman un total de 84 trabajadores del Centro. En cuanto al proceso de recogida de datos, se describe a continuación el procedimiento seguido. A los sujetos colaboradores potenciales, se les informó del propósito de estudio durante las ponencias realizadas en la jornada. Allí mismo, se repartió el Cuestionario (CAT.1) a los asistentes. Aparte de esta información previa, todos los trabajadores del Centro tuvieron acceso a la misma, y la posibilidad de coger un cuestionario para su implementación.

La trayectoria seguida para dar a conocer el propósito y puesta en marcha del estudio, fue la siguiente:

- Nota informativa: se dejó información sobre esta jornada en cada una de las Unidades o Servicios. Esta misma hoja, se introdujo en Intranet por el servicio de informática .

- Hoja informativa sobre los objetivos, temática tratada y conclusiones sobre la jornada. Esta información también podía obtenerse en Intranet.
- Aquellos profesionales interesados, tuvieron la opción de coger el Cuestionario (CAT.1) en el Servicio de Salud Laboral, donde además de la entrega, se ofrecía información de todo su proceso.
- Los cuestionarios una vez cumplimentados, fueron entregados para su estudio el mismo día de la jornada o bien eran depositados en Salud Laboral.

Las hojas relacionadas con la información de este proyecto, se incluyen en el anexo.

INSTRUMENTOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En este apartado se exponen las variables utilizadas en el estudio, así como su operacionalización. En el anexo se presenta el instrumento utilizado.

El instrumento utilizado, ha sido diseñado específicamente para este estudio, recogiendo variables cuyo conocimiento nos conduce a los objetivos que hemos pretendido alcanzar en el estudio, comentados con anterioridad. Se trata por tanto de un cuestionario no estandarizado al que hemos denominado Cuestionario sobre Hábitos Tabáquicos (CAT.1). Consta de un total de 14 items, incluyéndose también el objetivo que pretende y la aportación de datos personales. Son muchos los cuestionarios que tienen un carácter anónimo. En este caso, esta posibilidad fue rechazada porque lo que se pretendía era poder localizar al profesional interesado en la inclusión del programa. Se optó en este sentido por dejar un recuadro donde pudieran reseñarse los datos del profesional, teniendo cabida la posibilidad de identificar con iniciales los apellidos y el nombre.

Pasamos a describir el cuestionario utilizado, y la operacionalización de variables.

• Cuestionario sobre Hábitos Tabáquicos (CAT.1)

1.- Variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas recogidas en el cuestionario, han sido:

- Sexo.
- Edad.

2.- Variables sociolaborales.

- Categoría profesional.
- Ubicación (Unidad o Servicio).
- Turno realizado.

3.- Subescalas formuladas a partir de las variables del Cuestionario (CAT.1).

a/ Subescala de “Concienciación y percepción del hábito tabáquico”.

Variables: Item 4, 5, 6, 7(a, b), 8.

b/ Subescala de “Actitudes y expectativas de cambio”. Variables: Item 9, 10, 11.

c/ Subescala de “Percepción de los efectos perjudiciales e inductores”.

Variables: Item 12, 13, 14.

4.- Variables elegidas para distintos análisis como “moduladoras o mediadoras” en el estudio.

Variables: Items 1, 2, 3, 14.

5.- Escalas de grado de habituación tabáquica.

Variables Cigalto, Cigamedio y Cigabajo; o en versión de Fumar alto, medio y bajo.

• Operacionalización de variables y codificación.

1.- *Sexo:*

- Hombre (1 ó V)

- Mujer (2 ó M)

2.- *Edad:*

- medida en años.

3.- *Categoría profesional: Cat. Prof*

- Cat. Prof 1 (médico)

- Cat. Prof 2 (enfermero)

- Cat. Prof 3 (auxiliar de enfermería)

- Cat. Prof 4 (sanitario)

- Cat. Prof 5 (Otros: trabajador social y otros profesionales no sanitarios)

4.- *Ubicación (Unidad o Servicio): Unidad.*

- Unidad 1 (hospitalización)

- Unidad 2 (no hospitalización)

- Unidad 3 (servicios)

5.- *Turno realizado: Turno.*

- Rodado (M-T-N): Turno 1

- Rodado (M-T): Turno 2

- Mañanas: Turno 3

- Tardes: Turno 4
- Otros: Turno 5

6.- Subescalas formuladas a partir de las variables del Cuestionario (CAT.1)

a/ Subescala de “Concienciación y percepción del hábito tabáquico”.

Item 4: ¿Considera que el número de cigarrillos que fuma, es?

- Codificado como: excesivo, normal y poco.
- Operacionalización: Consider (1,2,3)

Item 5: ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. de forma mecánica (sin reflexión o impulsiva)?

- Codificado como : Más de la mitad, la mitad, menos de la mitad, ninguno.
- Operacionalización: Sinrefle (1,2,3,4)

Item 6: ¿Se ha propuesto seriamente dejar de fumar alguna vez?

- Codificado como: si, no.
- Operacionalización: Seriamen (1,2)

Item 7: En caso de haber contestado afirmativamente la anterior pregunta, conteste éstas (a y b):

a/ Ha dejado de fumar durante algún tiempo?

- Codificado como: si, no
- Operacionalización: Afirmat11, Afirmat12.

b/ Cuánto tiempo estuvo sin hacerlo?

- Codificado como: años, meses, semanas, días.
- Operacionalización: Afir21, Afir22, Afir23, Afir24.

Item 8: ¿Cómo considera que será su consumo de tabaco?

- Codificado en: intervalos de tiempo como dentro de 1 mes, de 6 meses, de 12 meses, y percepción de consumo como ahora, de 1 a 9, de 10 a 19, más de 20, ninguno.
- Operacionalización: Percepc1; Percepc6, Percepc12 (1,2,3,4,5). Esta variable ha sido transformada también en función del análisis estadístico a realizar, en: Percuno, Perseis, Perdoce (1,2,3,4,5).

b/ Subescala de “Actitudes y expectativas de cambio”.

Item 9: Si el centro donde trabaja, pusiera en marcha un programa de intervención:

a/ Acudiría para dejar de fumar?

- Codificado como: si, no.
 - Operacionalización: Progdeja.
- b/ Acudiría para reducir su consumo de tabaco?
- Codificado como: si, no.
 - Operacionalización: Progredu.

Item 10: Si tuviera la posibilidad de acudir a un programa de intervención en su centro de trabajo, ¿cree que conseguiría buenos resultados?

- Codificado como: Completamente convencido, Bastante convencido, Poco convencido, Nada convencido.
- Operacionalización: Consegu (4,3,2,1).

Item 11: ¿Cuál de estos procedimientos para dejar de fumar, considera que es el mejor?

- Codificado como: Dejarlo de un día para otro, Ayuda farmacológica, Ayuda o intervención psicológica, Ayuda farmacológica e intervención psicológica.
 - Operacionalización: Procedim4, Procedim3, Procedim2, Procedim1.
- c/ Subescala de “Percepción de los efectos perjudiciales e inductores”.

Item 12: El hábito de fumar no es muy perjudicial, otras cosas son mucho peores.

- Codificado como: Completamente de acuerdo, Bastante de acuerdo, Poco de acuerdo, Nada de acuerdo.
- Operacionalización: Habitop (4,3,2,1).

Item 13: En general, como profesional sanitario, ¿hasta qué punto le preocupan los riesgos y las consecuencias del consumo de tabaco sobre su salud?

- Codificado como: Mucho, bastante, poco, nada.
- Operacionalización: Riesgos (1,2,3,4)

Item 14: Los siguientes estados de ánimo me inducen a fumar.

- Codificado como: Un total de seis estados y una pregunta abierta.
 - Operacionalización: estados de 1 a 7
- Estados1 (Tristeza)
 - Estados2 (Aburrimiento)
 - Estados3 (Ira/Rabia)
 - Estados4 (Alegría)
 - Estados5 (Ansiedad)
 - Estados6 (Incertidumbre)
 - Estados7 (Otros)

Indicar que para las tres subescalas, las variables que contienen debían ser contestadas eligiendo una sola alternativa entre todas las propuestas.

7.- Variables elegidas para distintos análisis como moduladoras o mediadoras en el estudio.

Item 1: ¿Cuánto tiempo hace que fuma?

- Codificado: medido en años y meses.
- Operacionalización: Tiempofu

Esta variable ha sido transformada en intervalos de tiempo de 1 a 50 años.

- Tiempofu1: de 1 a 10 años.
- Tiempofu2: de 11 a 20 años.
- Tiempofu3: de 21 a 30 años.
- Tiempofu4: de 31 a 40 años.
- Tiempofu5: de 41 a 50 años.

Item 2: ¿Cuál cree que fue el motivo de su iniciación?

- Codificado: como pregunta abierta.
- Operacionalización:
 - Motivo1 (Búsqueda de sensaciones)
 - Motivo2 (Imitación)
 - Motivo3 (Integración en grupo)
 - Motivo4 (No se acuerdan o no saben precisar)
 - Motivo5 (Situación laboral/estrés/depresión)

Item 3: ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?

- Codificado: valorado en años.
- Operacionalización: nº de cigarrillos y su transformación en
 - nºcigarr1 (de 1 a 10)
 - nºcigarr2 (de 11 a 20)
 - nºcigarr3 (de 21 a 30)
 - nºcigarr4 (de 31 a 40)
 - nºcigarr5 (de 41 a 50)
 - nºcigarr6 (de 51 a 60)

Transformación de la variable nº cigarrillos en intervalos más amplios a partir de la media y desviación típica, obtenida en ésta. Las variables formadas, han sido:

- Cigaalto: de 31 a 60 cigarrillos fumados diariamente.
- Cigamedio: de 13 a 31 cigarrillos fumados diariamente.
- Cigabajo: de 6 a 12 cigarrillos fumados diariamente.

La escala que hemos denominado “fumar alto-medio-bajo”, recoge estas

variables transformadas. Estas variables codificadas como Fumar1, Fumar2, Fumar3; han sido reconvertidas a partir de Cigaalto, Cigamedio y Cigabajo para poder llevar a cabo algunos análisis estadísticos. A continuación describimos su valor:

Fumar1 = Cigaalto.

Fumar2 = Cigamedio

Fumar3 = Cigabajo

Item 14: Igual que en la subescala de “Percepción de los efectos perjudiciales e inductores”.

Para acabar con la especificación de las variables que conforman el Cuestionario de Hábitos Tabáquicos, queremos llamar la atención sobre la formulación de las mismas. En todas ellas, se ha formulado el ítem en términos no taxativos. Afirmaciones de este tipo, han sido obviadas porque podrían haber sido tachadas de coercitivas por el grupo muestral, produciendo con probabilidad una reactancia psicológica.

CAPÍTULO 2: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DIFERENCIAL. VARIABLES DEMOGRÁFICAS, SOCIOLABORALES Y DATOS DE INTERÉS POR LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

En este apartado se va a describir el grupo que constituye la muestra total del estudio: grupo de profesionales pertenecientes a distintos estamentos, todos ellos trabajadores fijos de un hospital público de Valencia.

Nuestro interés se concreta en describir las variables sociodemográficas, junto a las que hemos descrito como sociolaborales como son: categoría profesional, unidad o servicio donde están ubicados y el turno realizado.

1.- Análisis descriptivo de la muestra de estudio. Variables demográficas, sociolaborales y datos de interés

Hemos recibido un total de 117 cuestionarios cumplimentados. Únicamente han sido sometidos a análisis estadístico 84 de éstos. El resto, veintinueve de ellos corresponden a profesionales de distintos estamentos del Centro. El hecho de no ofrecer sus resultados ha sido debido a entregas muy posteriores a los límites que se establecieron en su día. Los cuatro restantes, pertenecen a sujetos que estaban interesados en participar en un programa de deshabituación tabáquica pero no eran trabajadores del hospital.

La muestra total está formada por 84 sujetos, de los cuales 58 (69%) son mujeres y 26 (31%) son hombres (Ver gráfico 1)

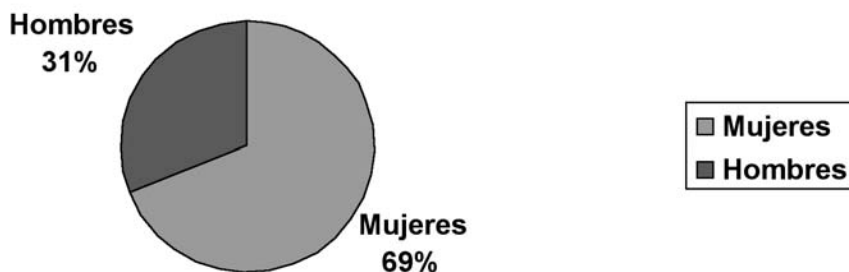


Gráfico 1

En cuanto a la edad, el grupo en su totalidad tiene una edad que oscila entre 22 a 65 años con un promedio de 43.29 años y $Sd= 8.03$. Referente a las diferencias de género, la edad media de la mujer es de 42.88 años y $Sd= 7.40$; y en el hombre 44.19 años, $Sd=9.38$; no existiendo diferencias estadísticamente significativas para esta variable ($S. \text{cuadrados}=33.949$, $gl=1$, $F=0.477$, $p=0.492$).

Dentro de las variables que hemos tratado como sociolaborales, el grupo total de estudio ($N=84$ sujetos), pertenece a las siguientes categorías profesionales:

- Médicos: $N=3$, 3.6%
- Enfermeros: $N=31$, 36.9%
- Auxiliares de enfermería: $N=22$, 26.2%
- Sanitarios: $N=4$, 4.8%
- Profesionales no sanitarios: $N=24$, 28.6%

Siguiendo con este grupo de variables, los sujetos sometidos a estudio que están ubicados en unidades de hospitalización son un 54.8% ($N=46$), unidades no hospitalización un 19% ($N=16$), y por último las designadas como servicios, un 26.6% ($N=22$).

En cuanto al turno que realizan: el 56% ($N=47$) trabaja con turno rodado (M-T-N), el 1.2% ($N=1$) realiza un turno rodado de mañana y tarde, el 41.7% ($N=35$) trabaja con turno fijo de mañanas y finalmente, un 1.2% ($N=1$) trabaja en un turno distinto a los especificados anteriormente (descrito en el cuestionario como “otros”). Como puede observarse, no existe ningún profesional en la muestra de estudio que trabaje en turno de tarde.

2.- Análisis descriptivo y diferencial de las variables moduladoras del hábito tabáquico

Como hemos descrito anteriormente en el apartado del capítulo 1 que hace referencia al instrumento utilizado en el estudio, han sido recogidas como variables mediadoras los items nº 1,2,3 y 14. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables que hemos agrupado bajo este epígrafe.

En cuanto al item 1, ¿cuánto tiempo hace que fuma?, las mujeres mantienen un promedio de 20.81 años fumando, $Sd= 8.13$ frente a los hombres que lo llevan haciendo 24.27 años, $Sd= 10.38$. Hay que destacar que la totalidad del grupo alcanza una media de 21.88 años, $Sd= 8.96$ y rango de 1 a 45 años. Por otro lado, realizado un Anova se observa la no existencia de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al tiempo que fuman ($S. \text{cuadrados}= 214.780$, $gl=1$, $F=2.728$, $p=0.102$) (Gráfico 2)

Años que fuman

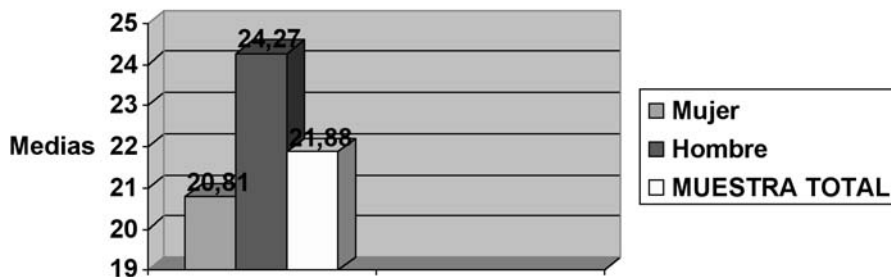


Gráfico 2.-Tiempo fumando

Siguiendo con estos datos de interés, los motivos que indujeron a los sujetos a comenzar el hábito tabáquico, son: el 33.3% (N=28), lo recuerdan como una forma de “búsqueda de sensaciones”, el 15.5% (N=13) informa que el “proceso de imitación” fue su principal estímulo, otro 17.9% (N=15) se iniciaron en este hábito para poderse “integrar en un grupo”, un 23.8% (N=20) “no recuerdan” qué les condujo a fumar, o bien no saben realmente precisarlo porque consideran que el inductor no fue un solo factor; y por último, 8 sujetos (9.5%) creen que la “situación laboral, momentos de estrés o estado de depresión” han favorecido el hábito.

Hemos querido conocer cuántos cigarrillos fuman los profesionales que han entrado a formar parte del estudio. El análisis descriptivo nos ofrece una media de 23.81, Sd= 9.11 cigarrillos diarios en hombres y 21.6 cigarrillos, Sd=9.79, en el sexo femenino. El promedio fumado por la muestra total (no diferencias de género) es de 22.29 con una Sd= 9.58 y rango de 6 a 60 cigarrillos/día. Una forma de contemplar más de cerca esta variable mediadora que es una de las más importantes en este tipo de estudios, es dejar reflejada de

Media de nº cigarrillos/día

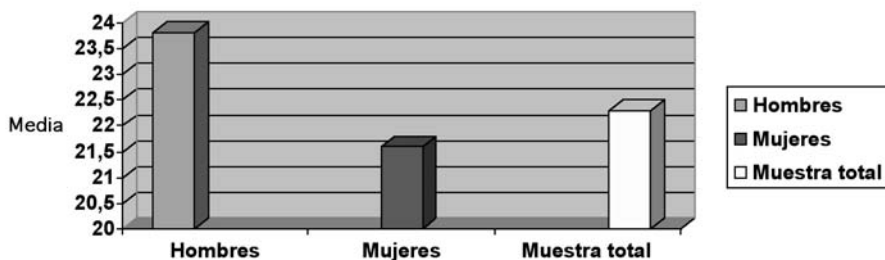


Gráfico 3.- Cigarros fumados diariamente.

forma parcializada la prevalencia más destacada. En este sentido, 10 sujetos (11.9%) fuman 15 cigarros diarios, un 35.7% (N=30) llegan a fumar 20; y un 17.9% (N=15) sobrepasan la cajetilla fumando paquete y medio. El resto de la muestra, entre un 1.2% a un 7.1% fuman entre 6 a 60 cigarros. Por otro lado, no existen diferencias significativas a nivel de género en la muestra total en cuanto al nº de cigarros fumados diariamente (S. cuadrados= 87.225, gl=1, F=0.949, p=0.333). (Gráfico 3)

Por último, el análisis descriptivo del ítem 14, que hace referencia al estado de ánimo que conduce al grupo de estudio a fumar, es llamativo en cuanto a sus resultados ofrecidos. El estado de aburrimiento ha sido señalado por el 13.1% de los sujetos (N=11), sólo el 2.4% (N=2) indican que un estado de ánimo relacionado con la alegría e ira/rabia les induce a encender un cigarro. Un 9.5% (N=8) y un 7.1% (N=6) lo hacen por incertidumbre u otros estados de ánimo (no recogidos en esta variable), respectivamente. El dato que más llama la atención es el relacionado con el estado de ansiedad, siendo elegido por un 65.5% (N=55), que realmente es más de la mitad de la muestra estudiada.

Una forma de profundizar en el estudio que hemos llevado a cabo, es realizando un análisis diferencial en función del sexo, en aquellas variables del cuestionario que por su tipología lo permitan. De esta forma, hemos querido comprobar mediante la prueba T si existen diferencias de género en variables de edad, tiempo que llevan fumando y el número de cigarros que se fuman a diario. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Diferencias de género en edad, tiempo que se fuma y nº de cigarros.

Dos variables mediadoras (1)		N=26 hombres	N=56 mujeres	
Variables	Media Hombres	Media Mujeres	t	p
Tiempofu (a)	24.27	20.81	1.652	0.102
Nº cigarros (b)	23.81	21.60	0.974	0.333
Edad	44.19	42.88	0.691	0.492

(a) ítem 1

(b) ítem 3

El análisis diferencial realizado con las variables anteriormente comentadas, no ofrece diferencias estadísticamente significativas. Según los datos obtenidos, al menos al considerar dos de las cuatro variables indicadas como mediadoras y la edad, es homogéneo.

3.- Análisis descriptivo y diferencial de las variables pertenecientes a la subescala de “concienciación y percepción del hábito tabáquico” (ítems 4,5,6,7a y b, 8)

Diferentes estudios utilizan cuestionarios estandarizados para valorar la dependencia física, psicológica y social del hábito tabáquico. En este estudio, cuyo objetivo principal es conocer la prevalencia, necesidades de un cambio de actitud y expectativas de los profesionales relacionadas con un programa de ayuda para la deshabituación tabáquica, hemos pretendido estudiar la “concienciación y percepción del hábito tabáquico” que tienen los profesionales, recogiendo los siguientes ítems que forman parte de esta subescala.

El ítem 4, ¿Considera que el número...?, el 77.4% (N=65) cree que el nº de cigarros que fuma a diario es excesivo, 17 de los sujetos (20.2%) cree que el nº de cigarros que consume está dentro de unos límites de normalidad y un 2.4% (N=2) mantiene la idea de que fuma poco. Nuestra pretensión ha sido conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo de estudio. Para ello se ha llevado a cabo la prueba Chi-cuadrado, dividiendo la muestra en función del género.

A continuación, se ofrecen los resultados obtenidos diferenciando género (varón= sexo v, mujer= sexo m) especificándose los sujetos por grupo que eligen este ítem en sus tres posibles respuestas (excesivo, normal, poco), los que no la eligen, el valor de Chi-cuadrado, grados de libertad y valor de p (Tabla 2).

Tabla 2.- Diferencias de género en la variable “consider”

Variables Consider	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Excesivo	5 19.2%	21 80.8%	14 24.1%	44 75.9%	0.247	1	0.615
Normal	22 84.6%	4 15.4%	45 77.6%	13 22.4%	0.549	1	0.459
Poco	25 96.2%	1 3.8%	57 98.3	1 1.7%	0.348	1	0.555

* $P < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Como puede observarse en la tabla 2, no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres relacionadas con la consideración de fumar en exceso, dentro de la normalidad o poco. Podemos decir que la percepción en el grupo de estudio es similar.

El ítem 5, ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. de forma mecánica..?, el 64.3% (N=54) considera que más de la mitad de los cigarros que fuma al día lo hace

de forma impulsiva o sin reflexión. Un 23.8% (N=20), fuma de forma irreflexiva la mitad de los que consume diariamente, un total de 8 sujetos (9.5%) cree que menos de la mitad de los que se fuma diariamente lo hace impulsivamente, y solo 2 sujetos (2.4%) manifiesta que ninguno de los cigarrillos, los fuma de forma mecánica.

En cuanto a la existencia de diferencias de género en este ítem, los resultados obtenidos (Tabla 3), son:

Tabla 3.- Diferencias de género en la variable “sinrefle”

Variables Sinrefle	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Más de la mitad	8 30.8%	18 69.2%	22 37.9%	36 62.1%	0.401	1	0.527
La mitad	22 84.6%	4 15.4%	42 72.4%	16 27.6%	1.473	1	0.225
Menos de mitad	24 92.3%	2 7.7%	52 89.7%	6 10.3%	0.147	1	0.702
Ninguno	24 92.3%	2 7.7%	58 100%	0 100%	4.570	1	0.033*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Como puede observarse en la tabla 3, existe un gran número de mujeres (N=36) y hombres (N=18) en función de la muestra estudiada, que fuman una gran parte de sus cigarrillos diariamente de forma impulsiva. Sin embargo, el porcentaje de mujeres y hombres que lo hacen es muy similar, por lo que no existen diferencias significativas entre ellos. No obstante un 7.7% de hombres dicen que los cigarrillos que se fuman lo hacen de forma consciente frente a un 100% de mujeres que no mantienen en su hábito una conducta reflexiva (Chi-cuadrado= 4.570, gl=1, p= 0.033). En este sentido podemos decir que los hombres mantienen un mayor control a nivel conductual sobre su hábito.

Realizados los mismos análisis enunciados en este apartado, destacamos los datos correspondientes al ítem 6, cuya formulación es: ¿se ha propuesto seriamente dejar de fumar alguna vez?. Un 73.8% (N=62) dice habérselo propuesto frente a un 26.2% (N=22) que nunca ha recapacitado en ello. Veamos a continuación el análisis diferencial entre ambos sexos (Tabla 4).

Tabla 4.- Análisis diferencial. Diferencias de género en la variable “seriamen”

Variables	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Seriamen	8 30.8%	16 69.2%	14 24.1%	44 75.9%	0.408	1	0.523

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Podemos observar en función de la muestra total de estudio, que existe un porcentaje alto de mujeres (75.9%) y hombres (69.2%) que han considerado seriamente dejar de fumar en alguna ocasión. No obstante, no se observan diferencias de género por lo que también en esta situación, la muestra de estudio es homogénea.

Otro de los items estudiados en este paquete o subescala denominada “concienciación y percepción del hábito tabáquico”, es el correspondiente al n° 7 del Cuestionario (CAT.1). En esta variable se abordan dos particularidades. Por un lado, se pide a la muestra que conteste sobre si ha dejado de fumar en alguna ocasión, debiendo responder solo aquellos que hayan pensado alguna vez en dejar de fumar; y por otro si ha sido así, deben especificar cuánto tiempo se abstuvieron.

En el análisis estadístico efectuado para estas cuestiones vemos que del 73.8% (N=62) de la muestra que dice habérselo propuesto, 47 de éstos (56%), afirman que han dejado de fumar durante algún tiempo frente al 17.9% (N=15) que aún teniendo la intención de dejarlo, no lo han hecho. Veamos los resultados obtenidos, relacionados con las posibles diferencias de género (Tabla 5).

Tabla 5.- Análisis diferencial. Diferencias de género en la variable “afirmat11, afirmat12”

Variables	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Dejar de fumar un tiempo	4 15.4%	14 53.8%	11 19%	33 56.9%	0.068	1	0.795

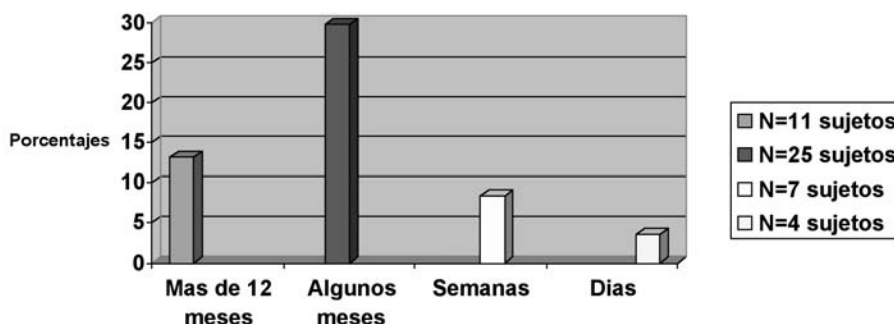
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En este caso, volvemos a encontrar unos resultados donde se observan nuevamente que no existen diferencias entre sexos. Existe un porcentaje similar de hombres y mujeres que han conseguido dejar de fumar durante algún tiempo, pero que han vuelto a ser fumadores nuevamente.

Siguiendo con el análisis descriptivo, reflejamos los resultados obtenidos de aquellos sujetos de la muestra que sí abandonaron el hábito tabáquico durante algún tiempo. Dejar reflejado, que la información recogida se ofrece a nivel ordinal en cada uno de los tiempos de abstinencia ofrecidos en el cuestionario, debido a que la gran mayoría de los sujetos no reflejaron en las casillas correspondientes el periodo exacto de abstinencia. Si éste hubiera sido el caso, sería considerada una escala de intervalo o razón que podría conducir a la realización de otros tipos de análisis estadísticos.

Un total de N=11 (13.1%) informa haberlo dejado durante un periodo mayor a 12 meses, el 29.8% (N=25) estuvieron sin fumar algunos meses. Un 8.3% (N=7) lo estimaron en unas semanas y 4 sujetos (3.6%) lo consiguieron solo unos días. (Ver gráfico 4)

Gráfico 4.- Periodos de abstinencia de aquellos que dejaron de fumar un tiempo



Observemos si existen diferencias de género significativas, relacionadas con el periodo de abstinencia y referentes a N= 47 sujetos (56%) (Ver Tabla 6).

Tabla 6.- Diferencias de género en la variable “periodos de abstinencia” (item 7b)

Variables (item7b) Periodos de abstinencia	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Al menos 12 meses	24 92.3%	2 7.7%	49 84.5%	9 15.5%	0.966	1	0.326
Meses	18 69.2%	8 30.8%	41 70.7%	17 29.3%	0.018	1	0.892
Semanas	24 92.3%	2 7.7%	53 91.4%	5 8.6%	0.020	1	0.887
Días	24 92.3%	2 7.7%	57 98.3%	1 1.7%	1.857	1	0.173

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En función de los resultados, nuevamente observamos que no existen diferencias significativas a nivel de género relacionadas con el tiempo que se abstuvieron de fumar. Hemos querido reflejar de forma íntegra estos resultados, aunque no ofrecen de nuevo nivel de significación, por una razón que quisiera nos llevase a la reflexión. Somos conocedores en el momento del estudio de uno de los acontecimientos vitales vividos, por algunas mujeres como motivos importantes para dejar de fumar. Estos son el embarazo y crianza de un hijo, situación que queda reseñada en muchos de los cuestionarios, aunque ninguno de los ítems estaban dirigidos a que el grupo en su totalidad, diese a conocer el motivo que le había conducido a cesar el consumo.

La situación de similitud en hombres y mujeres nos lleva a pensar que el hombre está más motivado a dejar de fumar por él mismo (aunque evidentemente no conocemos acontecimientos conducentes en este sentido), y la mujer lo hace concienciada por el daño que puede producir a otro ser humano.

Finalmente, recogiendo el último ítem (nº 8) perteneciente a la subescala descrita como “concienciación y percepción del hábito tabáquico”, quisimos saber las expectativas que tienen los sujetos del estudio acerca de su consumo de tabaco a través de intervalos de tiempo marcados: dentro de un mes, de seis meses y de doce meses. Recordemos que cada periodo especificado tenía establecidas cantidades de consumo a modo de compartimentos estancos: “como ahora”, “de 1 a 9 cigarros”, “de 10 a 19 cigarros”, “más de 20”, “ninguno”. En el análisis descriptivo, observamos los siguientes resultados:

a/ *Percepción que el sujeto tiene de su hábito tabáquico proponiéndole un espacio de tiempo de un mes vista (Tabla 7)*

Tabla 7.-Percepción dentro de 1 mes

Muestra global	N=58 mujeres	N=26 hombres
Percepción dentro de un mes	Sujetos	Porcentaje
Como ahora	70	83.3%
De 1 a 9 cigarros	5	6%
De 10 a 19 cigarros	2	2.4%
Más de 20 cigarros	3	3.6%
Ninguno	4	4.8%

b/ *Percepción que el sujeto tiene de su hábito tabáquico transcurridos seis meses (Tabla 8)*

Tabla 8.- Percepción dentro de 6 meses

Muestra global	N=58 mujeres	N=26 hombres
Percepción dentro de seis meses	Sujetos	Porcentaje
Como ahora	56	66.7%
De 1 a 9 cigarros	10	11.9%
De 10 a 19 cigarros	4	4.8%
Más de 20 cigarros	3	3.6%
Ninguno	11	13.1%

c/ *Percepción que el sujeto tiene de su hábito tabáquico transcurridos doce meses (Tabla 9)*

Tabla 9.- Percepción dentro de 12 meses

Muestra global	N=58 mujeres	N=26 hombres
Percepción dentro de doce meses	Sujetos	Porcentaje
Como ahora	61	72.6%
De 1 a 9 cigarros	8	9.5%
De 10 a 19 cigarros	4	4.8%
Más de 20 cigarros	3	3.6%
Ninguno	8	9.5%

Como podemos observar en las Tablas (7, 8 y 9), los datos obtenidos en cada uno de los intervalos establecidos ofrecen unos resultados sumamente peculiares. En un alto porcentaje, el grupo piensa que va a seguir fumando

como lo viene haciendo hasta ahora: al mes, el 83.3%, a los seis meses un 66.7% y al año el 72.6%. Un dato llamativo, aparece en la tabla correspondiente a los seis meses y doce, donde nos encontramos con un porcentaje de 13.1% y 9.5% de sujetos que creen que llegarán a no fumar. La explicación que puede inferirse es que probablemente, estén buscando soluciones a su habituación y mantienen la expectativa de que en ese periodo de tiempo se habrán convertido en exfumadores.

Hemos querido ir más allá de la mera realización de un análisis descriptivo, realizando un análisis diferencial para esta misma variable. Para ello hemos dividido al grupo (diferencias de género) transformando de nuevo las variables “intervalos de tiempo establecidos”, en otras más específicas para poder llevar a cabo el análisis estadístico (véase instrumento y operacionalización de variables).

En esta ocasión, únicamente reflejamos los niveles de significación (Ver Tabla 10).

Tabla 10.- Análisis diferencial de la percepción sobre consumo de tabaco en intervalos de tiempo establecidos. Diferencias de género.

Muestra total		Hombres= 26 (Sexo V) Mujeres =58 (Sexo M)					
Variables Percepción sobre el consumo	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Percuno1 (Percepción al mes: Como ahora)	8 30.8%	18 69.2%	6 10.3%	52 89.6%	5.392	1	0.020*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En esta línea observamos que sólo existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción diferenciada entre hombres y mujeres, relacionada con su consumo de tabaco a lo largo del mes siguiente efectuado el cuestionario de estudio. En este caso, son más mujeres que hombres las que tienen una mayor creencia en que van a seguir fumando como lo vienen haciendo hasta ahora (Percuno1).

4.- Análisis descriptivo y diferencial de los ítems del cuestionario, destinados al estudio de las “Actitudes y expectativas de cambio”.

Hemos querido conocer las actitudes que presenta el grupo hacia la propuesta de un programa multicomponente, observado como intervención para aprender nuevas pautas de comportamiento relacionadas con los hábitos de

salud. De todos es conocido lo fácil que es iniciarse en el tabaquismo y lo dificultoso que es dejarlo, debido a una serie de dependencias y comportamientos que genera el hábito tabáquico en el transcurso del tiempo. En cierta manera, la pretensión ha sido conocer las preferencias de los sujetos sometidos a estudio en este ámbito.

Las variables que quedan sometidas en esta subescala que se ha denominado “Actitudes y expectativas de cambio”, han sido: ítem 9 (a y b), ítem 10 e ítem 11. El conjunto de variables nos darán a conocer tanto las intenciones de cambio de actitud, como la convicción de poder conseguirlo.

Con respecto al ítem 9 que fue formulado, “si en el centro donde trabaja, pusiera en marcha un programa de intervención...”, observamos que 71 (84.5%) de los 84 sujetos acudiría para dejar de fumar y un 15.5% (N=13), lo harían para reducir su consumo.

El análisis diferencial realizado para observar posibles diferencias de género, se refleja en la siguiente tabla (Ver Tabla 11).

Tabla 11.- Diferencias de género observadas en cuanto a acudir a un programa para dejar de fumar o reducir tabaco.

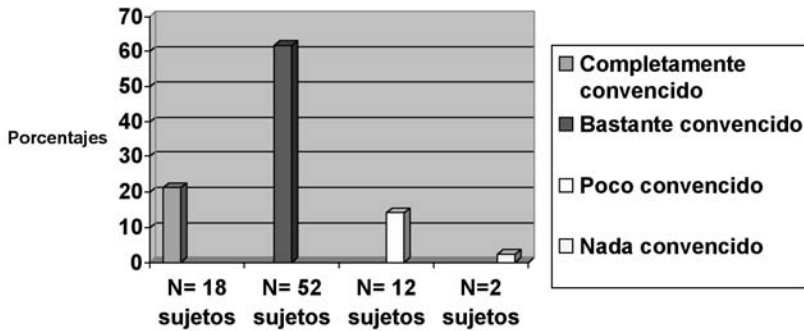
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Muestra total	Hombres= 26 (Sexo V)		Mujeres =58 (Sexo M)		
	Sexo V	Sexo M	Chi	gl	p
Variabes Elección de deshabitación (ítem9)					
Dejar de fumar (Progdeja)	23 88.4%	48 82.7%	0.446	1	0.504
Reducir consumo (Progredu)	3 11.5%	10 17.2%			

El análisis estadístico no ofrece niveles de significación estadísticos entre género. El porcentaje de sujetos que acudirían al programa de intervención para dejar de fumar (hombres y mujeres), es muy alto con respecto a los que acudirían a una unidad de deshabitación para reducir el consumo.

Referente al ítem nº 10, “cree que conseguiría buenos resultados si acudiera a un programa de intervención en su centro de trabajo?”. En este análisis observamos datos muy llamativos. De los 84 sujetos de estudio, un 21.4% (N= 18) está completamente convencido de conseguir buenos resultados en un programa de deshabitación tabáquica. El 61.9% (N= 52) cree estar bastante convencido. El 14.3% (N= 12) y un 2.4% (N=2) están poco y nada convencidos, respectivamente. (Ver gráfico 5)

Gráfico 5.- Consecución de resultados en un programa de deshabituación



Estos resultados inducen a pensar, no solo en las expectativas favorables que los participantes valoran obtener en un programa de intervención, sino también, que la intervención que han elegido será de alguna forma la que consideran más propicia en su caso.

En el análisis diferencial del ítem 10, apreciamos la no existencia de diferencias significativas a nivel de género, relacionadas con las expectativas en la consecución de mejores o peores resultados. (Ver Tabla 12)

Tabla 12.- Expectativas en la consecución de resultados. Diferencias de género.

Expectativas relacionadas con un programa de intervención (ítem 10)	Hombres =26 (Sexo V)		Mujeres = 58 (Sexo M)		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Completamente convencido (Consegu 4)	21 80.8%	5 19.2%	45 77.6%	13 22.4%	0.108	1	0.742
Bastante convencido (Consegu3)	10 38.5%	16 61.5%	22 37.9%	36 62.1%	0.002	1	0.963
Poco convencido (Consegu 2)	22 84.6%	4 15.4%	50 86.2%	8 13.8%	0.037	1	0.847
Nada convencido (Consegu1)	25 96.2%	1 3.8%	57 98.3%	1 1.7%	0.348	1	0.555

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Por último, dentro de la subescala “Actitudes y expectativas de cambio”, describimos los resultados obtenidos en el análisis descriptivo del ítem 11, ¿cuál de estos procedimientos para dejar de fumar considera que es el mejor?. Aclarar antes de pasar a comentar los resultados que esta variable no es contestada por uno de los sujetos, posiblemente por olvido.

La inclusión de este ítem en un cuestionario cuyo objetivo sea evaluar las necesidades y expectativas de cambio que tiene un grupo como la muestra de estudio, ha sido valorado como un pilar sustancial a la hora de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica.

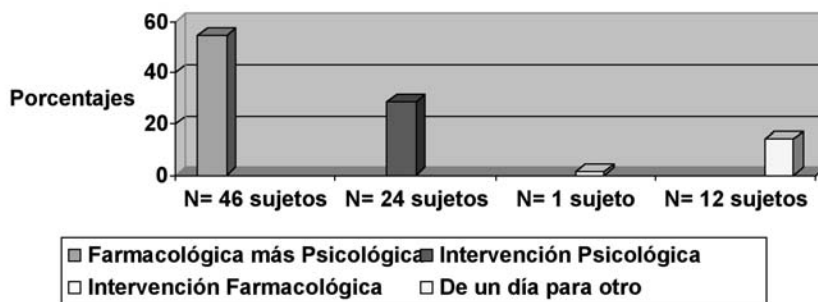
Desde mi punto de vista profesional, el programa de intervención para la deshabituación que ha elegido cada uno de los sujetos, es el que debería programarse y ser ofrecido. Puede ser motivo de desaliento para el fumador contradecir el procedimiento que él mismo ha elegido. No obstante, se le podría recomendar tras la realización de un estudio exhaustivo de carácter multidisciplinar, el beneficio que conllevaría otro de ellos. Hemos querido incidir en esta cuestión porque como veremos en los resultados, hay sujetos que eligen como único procedimiento la “ayuda o intervención psicológica” (ítem 11, apartado 3). Para este grupo, utilizar la información como una estrategia persuasiva en un intento por cambiar su actitud, podría ser recomendable.

Evidentemente, la adopción de esta medida estratégica debe apoyarse en parámetros de evaluación como la información sobre la dependencia tabáquica del sujeto, los motivos que tiene para dejar de fumar, junto a una evaluación de la motivación, ansiedad y apoyo social.

Un área cada vez más relevante en los programas de intervención tabáquica es la combinación de los tratamientos farmacológicos con los psicológicos, ya que un tratamiento conductual mejora los resultados, debido al efecto sinérgico que se produce, facilitando un mayor porcentaje de abstinencia.

Pasamos a describir los resultados de esta variable. Un 54.8% (N= 46), eligen como procedimiento para su deshabituación la “ayuda farmacológica e intervención psicológica”. El 28.6% (N= 24), indican su preferencia en una

Elección del procedimiento de intervención



“ayuda o intervención psicológica”. Solo un sujeto (1.2%) cree en el beneficio que le supondría la “ayuda farmacológica”, y el resto (N= 12, 14.3%) no consideran oportuna ningún tipo de ayuda creyendo que el hábito tabáquico puede “dejarse de un día para otro”. (Ver gráfico 6.- Elección del procedimiento de intervención.)

Como siempre, hemos querido saber si existen diferencias de género significativas en la elección del procedimiento para dejar de fumar. Como en otros análisis realizados con anterioridad, en este caso tampoco se observan diferencias dentro del grupo en la elección del programa (véase tabla 13)

Tabla 13.- Análisis diferencial en la elección del procedimiento de intervención. Diferencias de género.

Elección de procedimientos para dejar de fumar	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
Procedimiento 4	12 46.2%	14 53.8%	26 44.8%	32 55.2%	0.013	1	0.910
Procedimiento 3	20 76.9%	6 23.1%	40 69%	18 31%	0.557	1	0.455
Procedimiento 2	26 100%	0 100%	57 98.3%	1 1.7%	0.454	1	0.501
Procedimiento 1	20 76.9%	6 23.1%	52 89.7%	6 10.3%	2.377	1	0.123

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

ITEM EN BLANCO: 1 SUJETO, 1.2%

- Procedimiento 4: Ayuda farmacológica e intervención psicológica
- Procedimiento 3: Ayuda o intervención psicológica
- Procedimiento 2: Ayuda farmacológica
- Procedimiento 1: Dejarlo de un día para otro.

La no existencia de nuevo de niveles de significación, indica la no diferencia de género en cuanto a la elección del procedimiento de intervención para la deshabituación. Vemos no obstante en la tabla 13, que las preferencias giran mayoritariamente en la elección de un programa farmacológico y psicológico (procedimiento 4), con un 55.2% (N= 32) de mujeres y un 53.8% (N= 14) de hombres; así como un programa único de ayuda o intervención psicológica que prima para un 31% (N= 18) de mujeres y el 23.1% (N= 6) de hombres.

5.- Análisis descriptivo y diferencial de los ítems del cuestionario, destinados al estudio de la “Percepción de los efectos perjudiciales e inductores” del consumo de tabaco sobre los sujetos.

Con los análisis estadísticos realizados en esta subescala, hemos pretendido conocer las creencias de los sujetos relacionadas con los daños potenciales que el consumo de tabaco puede acarrear a su estado de salud general. Por otro lado, hemos tratado una serie de estados de ánimo con la idea de averiguar qué estado anímico induce en mayor medida a fomentar esta conducta adictiva. Observé que -aunque de forma muy primaria-, estamos recogiendo eventos relacionados con el bienestar psicológico del grupo sometido a estudio.

Los ítems que conforman esta subescala, son: - la percepción sobre el efecto perjudicial del hábito tabáquico (ítem 12), -preocupación por los riesgos sobre la salud que conlleva el consumo (ítem 13) y -la información sobre el estado de ánimo que induce a fumar (ítem 14).

Los resultados que se desprenden de la creencia sobre el hábito perjudicial del consumo de tabaco, son los siguientes: Un 11.9% (N= 10) afirman estar “completamente de acuerdo” en que el hábito de fumar no es muy perjudicial al considerar que otras cosas son peores. El 9.6% (N= 8) no tienen tan aferrada esta idea, estando bastante de acuerdo con esta afirmación; llegando a estar poco de acuerdo un 31% (N=26) y nada de acuerdo un 47.6% (N= 40).

Vemos por tanto que un gran porcentaje de los sujetos 78.6%, piensan que el consumo de tabaco perjudica seriamente su salud aunque existan otros hábitos y/o conductas que también dañan su bienestar, frente a un 21.5% que no lo consideran tan perjudicial.

El interés por conocer si existen en este sentido diferentes percepciones a nivel de género, nos lleva a la obtención de datos no significativos. En esta ocasión, tan solo destacaremos en la tabla, como quedan distribuidas por hombres y mujeres las afirmaciones en esta variable junto a la “p” obtenida en el análisis diferencial (Ver tabla 14).

Tabla 14.- Análisis diferencial del perjuicio para la salud. Diferencias de género.

Diferencias de género	Habitop4	Habitop3	Habitop2	Habitop1
Hombres (N= 26)	5 (19.2%)	3 (11.5%)	7 (26.9%)	11 (42.3%)
Mujeres (N= 58)	5 (8.6%)	5 (8.6%)	19 (32.8%)	29 (50%)
Valor de p	0.165	0.674	0.593	0.514

Habitop4: Completamente de acuerdo

Habitop3: Bastante de acuerdo

Habitop2: Poco de acuerdo

Habitop1: Nada de acuerdo

En cuanto a la preocupación por los riesgos del consumo de tabaco relacionados con las consecuencias dañinas que provoca en la salud, el 33.3% (N= 28) de los cuales 11 son hombres (42.3%) y 17 son mujeres (29.3%), les preocupa mucho los riesgos que tiene el tabaco para su salud. El 63.1% (N= 53), se decantan por una estimación media de los riesgos producidos (N= 14 hombres, 53.8% y N= 39 mujeres, 67.2%). Por último, solo a un hombre (3.8%) y dos mujeres (3.4%) les preocupa “poco” el riesgo que para su salud, pueda derivar de su consumo de tabaco. No existe ningún sujeto al que no le preocupe en absoluto el riesgo que está asumiendo.

En esta variable, no existen diferencias estadísticamente significativas tomando como grupos diferenciados la variable género. A continuación se detalla el valor de P, para cada uno de los gradientes de respuesta: Mucha preocupación por el riesgo, $p= 0.243$; Bastante preocupación, $p= 0.240$ y Poca preocupación por el riesgo, $p= 0.928$.

En el análisis estadístico que habíamos realizado con una de las variables que consideramos como mediadoras en el estudio –el ítem n° 14 que versa como inductor del hábito tabáquico-, observamos según los resultados obtenidos que más de la mitad de la muestra estudiada (N= 55, 65.5%) creen que la ansiedad es el estado anímico que les induce a fumar. Retomando nuevamente esta variable, e introduciéndola en la subescala que hemos denominado como “percepción de los efectos perjudiciales e inductores”, expondremos los resultados obtenidos en función del género, tanto descriptivos como diferencial.

Ninguno de los sujetos que forman parte del estudio (N= 84 sujetos) consideran el estado de tristeza como inductor en el hábito tabáquico. Son pocos los que atribuyen sus ganas de fumar al aburrimiento, N= 4 hombres (15.4%) y N= 7 mujeres (12.1%), o bien, a situaciones de incertidumbre (N= 4 hombres (15.4%) y N=4 mujeres (6.9%)) y similares N= 3 hombres (11.5%) y N= 3 mujeres (5.2%).

Menos todavía son los sujetos que consideran que los estados de ánimo como ira/rabia y alegría producidos por acontecimientos personales, provoquen en ellos ganas de fumar (N= 1 hombre (3.8%), N= 1 mujer (1.7%) y N= 1 hombre (3.8%), N= 1 mujer (1.7%); respectivamente). Sin embargo, el estado de ansiedad es un inductor claro del hábito perjudicial. Los resultados nos ofrecen porcentajes de un 50% (N= 13) de hombres y un 72.4% (N= 42) mujeres que señalan a la ansiedad como factor indiscutible.

Al analizar las diferencias de género en los distintos estados de ánimo, observamos que únicamente existen diferencias estadísticamente significati-

vas en el estado de ansiedad. Los datos obtenidos para cada uno de los grupos indican una mayor tendencia en las mujeres a inferir y percibir que su consumo de tabaco, está más ligado al constructo de ansiedad (Ver Tabla 15).

Tabla 15.- Diferencias de género relacionadas con el estado de ánimo inductor del consumo de tabaco.

Variables Estado de ánimo	Muestra total		Hombres =26 (Sexo V)		Mujeres = 58 (Sexo M)		
	Sexo V		Sexo M		Chi	gl	p
	No	Si	No	Si			
ANSIEDAD (Estado 5)	13 50%	13 50%	16 27.6%	42 72.4%	3.990	1	0.046*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Además de existir diferencias estadísticamente significativas a nivel de género, los resultados también nos conducen a pensar que en la mujer, prevalece un mayor porcentaje de aquellas que atribuyen su conducta a la ansiedad, frente a otros estados anímicos existentes.

6.- Análisis descriptivo de variables consideradas de interés en función de la variable moduladora “estado anímico como inductor del tabaquismo”

Son muchos los estudios que se interesan por esclarecer el papel que juega el bienestar psicológico en el hábito tabáquico. También, uno de los principales objetivos para un terapeuta a la hora de poner en marcha un programa de deshabitación tabáquica, es conocer la motivación del individuo y el apoyo social que percibe.

Evidentemente, sólo seremos concedores de estos aspectos si previamente a la implantación de la intervención terapéutica hemos obtenido datos individuales por medio de cuestionarios estandarizados para tal uso. No obstante, no hemos querido descartar la posibilidad de ver cómo está influyendo la variable “estado de ánimo” en el grupo de estudio. Realizaremos un análisis descriptivo de esta variable utilizándola como moduladora en cada una de las variables que hemos considerado importantes para el mismo. Al finalizar, recogemos en la tabla 16, el porcentaje de sujetos en cada variable estudiada y el porcentaje del estado anímico de ansiedad perteneciente a esa variable y categoría.

a/ Respecto a la “categoría profesional” de los sujetos sometidos a estudio, vemos que prevalece el estado anímico de ansiedad para la muestra total en un 65%. Las categorías donde más destaca este estado es en

la categoría 2 (enfermería) con un 23.8%, en auxiliares de enfermería con un 20.2% (categoría 3) y en otras que hemos denominado servicios (categoría profesional 5) en un 17.9%.

- b/ Este estado de ansiedad, también prevalece sobre el resto de estados recogidos en el ítem 14 en las distintas Unidades del Centro donde trabajan los profesionales de la muestra de estudio. Así, aparece en un 35.7% en las unidades de hospitalización (unidad 1), un 13.1% en la no hospitalización (unidad 2), y un 16.7% en aquellos lugares de trabajo que han sido designados como servicios (unidad 3).
- c/ En cuanto a la variable 2, ¿cuál cree que fue el motivo de su iniciación?; en los cinco motivos en los que se ha categorizado este ítem abierto, se observa que el estado anímico de ansiedad de los sujetos que quedan enclavados en cualquiera de ellos, prevalece frente al resto. Entre los que exponen que el motivo que les indujo a fumar fue la “búsqueda de sensaciones” (Motivo 1), aparece un 25% de sujetos que consideran la ansiedad como el estado que les induce a fumar.

En el motivo designado como “imitación” (Motivo 2), nos encontramos con un 8.3%; para el llamado “integración en grupo” (Motivo 3) con un 10.7%. Aquellos que dicen “no acordarse” (Motivo 4), con un 14.3% y por último, aquellos que refieren haberse iniciado en el hábito tabáquico debido a una “situación laboral/estrés/depresión” (Motivo 5) creen que su inductor es el estado de ansiedad en un 7.1%.

- d/ Respecto a la variable, ¿considera que el número de cigarrillos, es...? (ítem 4), los que consideran que fuman en exceso (consider 1), mantienen en un 53.6% el estado de ansiedad como inductor, el 10.7% con este mismo estado queda constatado para aquellos que consideran que el nº de cigarros que fuman están dentro de unos límites de normalidad (consider 2) y solo un sujeto (1.2%) de los dos que piensan que fuman poco (consider 3), mantiene como inductor la ansiedad.
- e/ En la variable (ítem 5, sinrefle), ¿cuántos cigarrillos fuma Ud. de forma mecánica...?; aquellos que dicen fumar sin reflexión más de la mitad (sinrefle 1) de los que fuman, presentan la ansiedad como inductor el 45.2%; los que fuman la mitad (sinrefle 2) de forma irreflexiva, el inductor de ansiedad queda atribuido por el 16.7%; sin embargo, decrece notablemente hasta un 3.6% para los que no fuman de forma tan mecánica (menos de la mitad : sinrefle 3) y no queda reflejado este inductor para los que afirman no fumar ninguno de sus cigarros de forma irreflexiva (sinrefle 4).
- f/ Siguiendo con las variables seleccionadas para este análisis, observamos nuevamente un alto porcentaje de sujetos cuyo inductor vuelve a ser la ansiedad y que informan haberse propuesto seriamente dejar de fumar alguna vez (ítem 6, seriamen 1), siendo en este caso el 51.2%.

Los que dicen no haberse propuesto dejar de fumar (seriamen 2), también mantienen el porcentaje de este inductor como el más alto (14.3%).

Recordemos que aquellos sujetos que contestaron afirmativamente la variable anterior, debían informar si habían dejado de fumar algún tiempo o no lo habían hecho (ítem 7a: Afirmat11, Afirmat12). Para los que si han dejado durante algún tiempo de fumar, los sujetos de estudio mantienen en un 48.8% que el inductor es la ansiedad. Para aquellos que aún porponiéndose-lo no lo han llegado a hacer, mantienen este inductor un 12%.

g/ En los resultados que a continuación vamos a detallar, solo ofreceremos el porcentaje que refleja el estado de ansiedad en la variable que hace referencia a la percepción que tienen los sujetos sobre su hábito de tabaco en los tres periodos de tiempo establecidos: dentro de un mes, de seis meses y de doce meses, junto a la única asignación “como ahora”.

Esta variable quedó formulada: “¿cómo considera que será su consumo de tabaco?” (percepc11, percepc61, percepc121). Entre aquellos que perciben que fumarán como en el momento que realizaron el Cuestionario (CAT.1), en el periodo marcado “dentro de un mes (percepc11)”, nos encontramos con un 54.8% de sujetos que atribuyen como inductor a la ansiedad. En el periodo de seis meses vista (percepc61), se encuentra el 44%; y el 40.5% mantienen la ansiedad como estado al afirmar que dentro de 12 meses, fumarán como lo vienen haciendo ahora (percepc121).

h/ En cuanto a la variable, ¿si el centro donde trabaja, pusiera en marcha un programa de intervención, acudiría para dejar de fumar o reducir el consumo? (ítem 9 – Progdeja), vemos que destaca en porcentaje el estado de ansiedad frente al resto en un 63.9% de los sujetos que acudirían para dejar de fumar.

i/ Al valorar los resultados obtenidos en la variable, ¿cree que conseguiría buenos resultados si tuviera la posibilidad de acudir a un programa de intervención en su centro de trabajo? (ítem 10), vuelve a ser inductor del tabaquismo el estado anímico de ansiedad en un 42.9% de los sujetos que están “bastante convencidos (consequ3)” de conseguir buenos resultados, y en un 16.7% entre los que están “completamente convencidos (consequ4)”.

j/ Respecto a la variable, ¿cuál de estos procedimientos para dejar de fumar, considera que es el mejor? (ítem 11), es llamativo observar los resultados sobre todo de aquellos, que han optado por tratamientos relacionados con la intervención psicológica.

Para aquellos profesionales del Centro que eligen la “ayuda farmacológica e intervención psicológica (procedim4), mantienen un 36.9% el estado de ansiedad. Los que prefieren únicamente la “ayuda o intervención psicológica (procedim3)”, este estado aparece en el 19% de ellos. Destacar, que un solo

sujeto considera conveniente el “tratamiento farmacológico (procedim2)”, asignando como inductor el mismo estado (1.2%). Aquellos que consideran que la mejor forma de deshabitarse depende de la propia voluntad, optando por el procedimiento “dejarlo de un día para otro (procedim1)”, establecen como inductor la ansiedad un 7.1% de ellos.

A continuación, detallamos en la tabla 16 los datos anteriormente citados, quedando descritas en la columna izquierda las categorías de las distintas variables analizadas con su correspondiente porcentaje. En la columna de la derecha detallamos el porcentaje de sujetos que presentan el estado anímico de estudio. Para poder precisar los datos, hay que tener como referente los de la primera.

Tabla 16.- Variables estudiadas y estado inductor del hábito tabáquico

Categoría Profesional	Estado anímico: Ansiedad
Enfermería (Cat. Prof 2) 36.9%	23.3%
Aux. Enfermería (Cat. Prof 3) 26.2%	20.2%
Otros Servicios (Cat. Prof 5) 28.6%	17.8%
Unidades/servicios	Estado anímico: Ansiedad
Hospitalización (Unidad1) 54.8%	35.7%
No Hospitalización (Unidad2) 19%	13.1%
Servicios(Prof. no sanitarios) (Unidad3) 26.2%	16.7%
Motivo de inicio (item2)	Estado anímico: Ansiedad
Búsqueda de sensaciones (Motivo1) 33.3%	25%
Imitación (Motivo2) 15.5%	8.3%
Integración en grupo (Motivo3) 17.9%	10.7%
No se acuerdan (Motivo4) 23.8%	14.3%
Situación laboral/estrés/depresión (Motivo5) 9.5%	7.1%
Consider (item 4)	Estado anímico: Ansiedad
Excesivo (Consider1) 77.4%	53.6%
Normal (Consider2) 20.2%	10.7%
Poco (Consider3) 2.4%	1.2%
Sinrefle (item5)	Estado anímico: Ansiedad
Más de la mitad (Sinrefle1) 64.3%	45.2%
La mitad (Sinrefle2) 23.8%	16.7%
Menos de la mitad (Sinrefle3) 9.5%	3.6%

Seriamen (item 6)	Estado anímico: Ansiedad
Sí se lo han propuesto (Seriamen1) 73.8%	51.2%
No se lo han propuesto (Seriamen2) 26.2%	14.3%
Afirmat (item7a)	Estado anímico: Ansiedad
Sí han dejado de fumar (Afirmat11) 56%	48.8%
No han dejado (Afirmat12) 17.9%	12%
Percepc (item 8)	Estado anímico: Ansiedad
Al mes. Como ahora (percepc11) 83.3%	54.8%
A los seis meses .Como ahora (percepc61) 66.7%	44%
A los doce meses. Como ahora (percepc121) 72.6%	40%
Progdeja (item 9)	Estado anímico: Ansiedad
84.5%	63.8%
Consegu (item 10)	Estado anímico: Ansiedad
Completamente convencidos (Consegu 4) 21.4%	16.7%
Bastante convencidos (Consegu 3) 61.9%	42.9%
Procedim (item 11)	Estado anímico: Ansiedad
Procedim 4 54.8%	36.9%
Procedim 3 28.6%	19%
Procedim 2 1.2%	1.2%
Procedim 1 14.3%	7.1%

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE LA VARIABLE N° DE CIGARROS, TIEMPO QUE MANTIENE EL HÁBITO Y LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO (CAT. 1)

Son muchos los estudios relacionados con el hábito tabáquico que recogen en sus análisis como datos relevantes, el número de cigarrillos diarios que fuman los sujetos y el tiempo que llevan fumando. Estas dos variables, son estimadas por distintos estudiosos del tema como muy importantes para realizar un buen análisis funcional de la conducta y poder conducir las pautas de tratamiento.

Bajo estas dos premisas, hemos considerado imprescindible conocer el grado de asociación o consenso del grupo estudiado entre estas variables destacadas, y algunas que hemos tachado de relevantes para el análisis, habiendo sido recogidas anteriormente en distintas subescalas para poder ser estudiadas.

Para poder desarrollar el análisis, las variables , “¿cuántos cigarrillos fuma diariamente?” (ítem 3) y “¿cuánto tiempo hace que fuma?” (ítem 1), han sido transformadas en variables ordinales. La recodificación de ambas, ha quedado para su tratamiento operativo como sigue:

- Variable número de cigarros fumados a diario (recordemos que el rango era de 6 a 60 diarios):

Nº cigarros 1: de 1 a 10

Nº cigarros 2: de 11 a 20

Nº cigarros 3: de 21 a 30

Nº cigarros 4: de 31 a 40

Nº cigarros 5: de 41 a 50

Nº cigarros 6: de 51 a 60

- Variable tiempo que fuma (recordemos que el rango era de 1 a 45 años):

Tiempofu 1: de 1 a 10 años

Tiempofu 2: de 11 a 20 años

Tiempofu 3: de 21 a 30 años

Tiempofu 4: de 31 a 40 años

Tiempofu 5: de 41 a 50 años

A continuación desarrollaremos análisis correlacionales (Rho de Spearman) con las variables de las subescalas siguientes:

- Concienciación y percepción del hábito tabáquico: Item 4, Item 5, item 6.
- Actitudes y expectativas de cambio: item 9, item 10, item 11.
- Percepción de los efectos perjudiciales e inductores: item 12, item 13, item 14.

1.- Análisis correlacional entre la variable nº de cigarrillos y las subescalas del Cuestionario (CAT1).

El objetivo es determinar el grado de asociación existente entre estas variables, para todo el grupo muestral. Únicamente reflejaremos aquellos datos que sean estadísticamente significativos, y en los que no exista consenso pero guarden una estrecha relación.

Tabla 17.- Correlación entre el nº de cigarrillos fumados diariamente y el tiempo que mantienen el hábito .

Grupo: N= 84 sujetos	Tiempofu 4 (de 31 a 40 años)
Variables transformadas	r
Nº de cigarrillos diarios	
Nº cigarrillos 4 (31-40)	0.203 (0.064)
Nº cigarrillos 6 (51-60)	0.317**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Existe una gran asociación entre el número de cigarrillos fumados diariamente y el tiempo que los sujetos vienen haciéndolo (n.s.0.01). Por otro lado, rozando el nivel de significación (0.064), vemos que los sujetos que fuman entre 31 a 40 cigarrillos diarios, mantienen el hábito desde hace al menos 31 años.

Tabla 18.- Correlación entre el nº de cigarrillos fumados diariamente y subescala de “ Concienciación y percepción del hábito tabáquico” (items 4 y 5).

Grupo: N= 84 sujetos	Conside1 (Excesivo)	Conside2 (Normal)
Variables transformadas	r	r
Nº de cigarrillos diarios		
Nº cigarrillos 1 (1-10)	-0.503***	0.543***
Nº cigarrillos 3 (21-30)	0.246*	-0.222*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre el nº de cigarros fumados al día (de 1 a 10) y el considerar que su hábito tabáquico se encuentra dentro de un rango aceptable o normal (n.s 0.001). Esta creencia queda corroborada incluso por la existencia de una asociación negativa al considerar que un consumo de 1 a 10 cigarros diarios no es excesivo (n.s 0.001).

Al contrario les ocurre a aquellos que fuman de 21 a 30 cigarros/día, ya que los datos ofrecen una asociación positiva con la creencia de un consumo excesivo (n.s 0.05), y negativa con la percepción de límites dentro de lo tolerable o normal (n.s 0.05) (véase la siguiente tabla) .

Grupo: N= 84 sujetos	Sinrefle1 Más de la...	Sinrefle3 Menos de la...	Sinrefle4 Ninguno
Variables transformadas Nº de cigarrillos diarios	r	r	r
Nº cigarros 1 (1-10)	-0.266*	0.309**	0.215*
Nº cigarros 6 (51-60)		0.338**	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Existe una asociación negativa estadísticamente significativa (n.s 0.05) entre el nº de cigarros fumados (1-10) y el grado de reflexión (Sinrefle1: más de la mitad). Corroborando este dato, observamos que existen respuestas homogéneas en cuanto a la forma de fumar (poco impulsiva o con bastante grado de reflexión) por parte de los sujetos que fuman de uno a diez cigarros diarios. Su hábito lleva consigo el carácter casi consciente de realización (menos de la mitad, n.s 0.01, y ninguno n.s 0.05).

Tabla 19.- Correlación entre el nº de cigarros fumados diariamente y subescala “Actitudes y expectativas de cambio” (items 9, 10 y 11).

Grupo: N= 84 sujetos	Progredu (Para reducir)	Consegu1	Consegu2	Procedim1	Procedim4
Variables transformadas Nº de cigarrillos diarios	r	r	r	r	r
Nº cigarros 1 (1-10)	0.198 (0.072)	0.215*		0.447***	-0.357**
Nº cigarros 2 (11-20)				-0.255*	0.254*
Nº cigarros 5 (41-50)				0.269*	
Nº cigarros 6 (51-60)			0.269*		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Llama la atención la existencia de consenso en el grupo de sujetos que fuman de 1 a 10 cigarros diarios en lo referente a no estar nada convencidos

de posibles resultados satisfactorios que podrían obtener al acudir a un programa de deshabituación tabáquica (n.s 0.05). Algo similar ocurre en aquellos que fuman de 51 a 60 cigarros, existiendo consenso y nivel de significación estadístico (n.s 0.05).

Aunque no es significativo estadísticamente, el grupo de fumadores que fuma de 1 a 10 cigarros, acudiría en mayor medida a un programa de intervención “para reducir” su consumo más que para dejar de fumar (observemos que roza los niveles de significación (0.072)).

Respecto a los tipos de programas de intervención elegidos, los resultados obtenidos nos ofrecen respuestas homogéneas en el grupo de fumadores de 1 a 10 cigarrillos, existiendo significación estadística. Este grupo mantiene consenso al considerar que el mejor procedimiento para dejar de fumar es “dejarlo de un día para otro” (procedim1) (n.s 0.001) y por otro lado, se observa una asociación negativa en lo referente a la elección de “ayuda farmacológica e intervención psicológica” (procedim4) (n.s 0.01).

Todo lo contrario ocurre en el grupo cuyo consumo de tabaco oscila de 11 a 20 cigarros diarios. Existe una asociación negativa estadísticamente significativa en este grupo en lo referente al procedimiento “dejarlo de un día para otro” (n.s 0.05) y positiva en la elección del procedimiento de “ayuda farmacológica e intervención psicológica” como programa para lograr la deshabituación (n.s 0.05). Por otro lado, vemos un grado de asociación en aquellos sujetos que son fumadores de 41 a 50 cigarros, teniendo la percepción de que el mejor procedimiento es “dejarlo de un día para otro” (n.s 0.05).

Tabla 20.- Correlación entre el nº de cigarros fumados diariamente y la subescala “Percepción de los efectos perjudiciales e inductores” (items 12, 13 y 14).

Grupo: N= 84 sujetos	Habitop1	Riesgos1	Riesgos2	Estados2	Estados4	Estados5
Variables transformadas Nº de cigarrillos diarios	r	r	r	r	r	r
Nº cigarros 1 (1-10)		-0.229*	0.248*		0.215*	
Nº cigarros 3 (21-30)				-0.0224*		
Nº cigarros 4 (31-40)	0.198 (0.071)					0.201 (0.066)
Nº cigarros 5 (41-50)				0.283**		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Los resultados obtenidos al analizar la variable “hábito perjudicial” (Habitop1), roza los niveles de significación. En realidad, el grupo formado por los sujetos que llegan a fumar de 31 a 40 cigarros/día son los que man-

tienen un mayor consenso al creer que el hábito de fumar es muy perjudicial para la salud (0.071).

Respecto a la preocupación por los riesgos que conlleva fumar, existe un consenso entre los fumadores cuyo consumo diario oscila de 1 a 10 cigarrillos/día, preocupándoles bastante el riesgo que puede tener para su salud (n.s 0.05).

Al analizar la variable de estado anímico, observamos que existe una asociación positiva estadísticamente significativa para los sujetos que fuman de 41 a 50 cigarrillos/día y el estado de aburrimiento (n.s 0.01). Por otro lado, esta asociación es negativa para este mismo estado en aquellos sujetos que fuman de 21 a 30 cigarrillos (n.s 0.05). El estado de alegría queda consensuado como propio de los sujetos que menos fuman, aquellos cuya cantidad oscila de 1 a 10 (n.s 0.05). Por último, el estado anímico de ansiedad roza los niveles de significación (0.066) en el grupo que fuma de 31 a 40 cigarrillos/día; de lo que se infiere que este grupo parece fumar al tener como inductor un estado de ansiedad.

2.- Análisis correlacional entre la variable tiempo que fuman los sujetos y subescalas del Cuestionario (CAT1)

No existen correlaciones estadísticamente significativas en el análisis efectuado entre la variable “tiempo que fuman los sujetos” y las siguientes variables pertenecientes a las distintas subescalas: -fumar sin reflexión o de forma impulsiva, -proponerse seriamente dejar de fumar, -acudir a un programa de intervención para dejar de fumar o reducir el hábito, -procedimiento elegido para la deshabituación, y -preocupación por los riesgos y consecuencias para la salud.

Describimos a continuación las variables en las que sí ha existido consenso u homogeneidad en la respuesta en función del “tiempo que llevan fumando los sujetos”.

Tabla 21.- Correlación Rho de Spearman para las variables “tiempo que fuman los sujetos” y variables de las subescalas del Cuestionario (CAT1).

N= 84 sujetos Variables (CAT1)	Variables “Tiempo que fuman”		
	Tiempofu1 (de 1 a 10 años)	Tiempofu4 (de 31 a 40 años)	Tiempofu5 (de 41 a 50 años)
Consegu2 (item10)	0.222*		
Habitop2 (item12)	0.242*		
Habitop4 (item12)			0.299*
Estados2(item14)	0.245*		
Estados5(item14)	-0.348***	0.252*	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

De los resultados obtenidos en este análisis se desprende que existen respuestas homogéneas significativas, entre aquellos sujetos que llevan fumando de 1 a 10 años en las variables *consequ2*, *habitop2* y *estados2*. Esto significa que los sujetos que forman este subgrupo temporal, tiene un bajo convencimiento en lo referente a conseguir buenos resultados en caso de acudir a un programa de intervención terapéutica. Del mismo modo, dan a conocer su poco acuerdo en la afirmación relacionada con que el hábito de fumar no es muy perjudicial (n.s 0.05).

Sin embargo, existe un consenso negativo estadísticamente significativo en cuanto a considerar que el inductor que les conduce a fumar sea un estado anímico de ansiedad (n.s 0.001). El consenso viene reflejado por el estado de aburrimiento (n.s 0.05).

Para aquellos que su intervalo de tiempo oscila de 31 a 40 años, existe homogeneidad en sus respuestas al atribuir como estado inductor de su hábito a la ansiedad (n.s 0.05). Por último, los sujetos que fuman durante un tiempo que comprende de 41 a 50 años, mantienen un consenso al plasmar su total acuerdo en que el hábito de fumar no es muy perjudicial (*Habitop4*, n.s 0.01).

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DIFERENCIAL Y CORRELACIONAL ENTRE LOS GRUPOS “FUMAR ALTO-MEDIO-BAJO” Y LAS SUBESCALAS FORMULADAS DEL CUESTIONARIO (CAT.1)

La variable número de cigarros fumados a diario es una constante en el marco empírico de los estudios relacionados con el tabaquismo. Hemos dedicado en este trabajo distintos análisis estadísticos a esta variable, que ha sido transformada en intervalos no excesivamente amplios (nº de cigarros fumados) conduciéndonos a la obtención de datos interesantes.

No obstante, no hemos querido limitar nuestro análisis a variables que estuvieran cercanas entre sí debido al propio intervalo creado entre ellas. De este modo, el ítem 3 (cuántos cigarros fuma diariamente?) ha sido nuevamente transformado y codificado en otro grupo de variables que hemos denominado “fumar alto-medio-bajo”.

El criterio principal que nos ha conducido a formular esta nueva escala, ha sido la relevancia que podría tener para el estudio, ser conocedores de aspectos determinantes relacionados con las “actitudes de cambio”, “concienciación y percepción del hábito tabáquico” y “percepción de los efectos perjudiciales e inductores”; bajo la premisa del grado de habituación de los sujetos. Este criterio, nos conduce a poder analizar los aspectos cognitivos y conductuales en el proceso tabáquico, basándonos en intervalos más amplios sobre el grado de hábito mantenido.

Para su formulación, los sujetos han sido clasificados a partir de la media y desviación típica obtenida en el ítem 3, para el grupo total de estudio (recuérdese que los indicadores han sido, $M= 22.29$ y $Sd= 9.58$). Los sujetos que puntúan por debajo de la media, menos la desviación típica establecida ($M-Sd$), los hemos denominado Cigabajo (fumadores de 6 a 12 cigarros/día). Los que puntúan por encima ($M+Sd$), Cigaalto (fumadores entre 31 y 60 cigarros/día); y por último, los que están comprendidos entre estos dos parámetros, Cigamedio (fumadores de 13 a 30 cigarros/día).

Los análisis y resultados obtenidos, han sido realizados con estos subgrupos establecidos a partir de este nuevo criterio. La escala que los recoge será denominada “fumar alto-medio-bajo”. Pasamos a detallar los resultados de los análisis estadísticos efectuados.

1.- Análisis descriptivo y correlacional de la escala “fumar alto-medio-bajo”.

El grupo Cigaalto, está formado por 8 sujetos (9.5%), de los cuales 4 son hombres y 4 son mujeres. El Cigamedio está comprendido por 64 sujetos (76.2%) de los que 20 son hombres y 44 son mujeres. Por último, un 14.3% (N= 12) pertenecen al grupo Cigabajo, encontrándose en él 2 hombres y 10 mujeres. Vemos que los sujetos de estudio, se encuentran mayoritariamente en el grupo denominado Cigamedio.

Para la realización de los análisis en este capítulo (diferencial y correlacional), se han recogido las subescalas representativas del estudio, formadas a partir de las variables del Cuestionario (CAT1): - actitudes y expectativas de cambio, - concienciación y percepción del hábito tabáquico, y –percepción de los efectos perjudiciales e inductores. Pasamos a describir los resultados significativos y aquellos que rozan los niveles de significación.

Tabla 22.- Correlaciones entre los grupos “fumar alto-medio-bajo” y las variables de las subescalas representativas.

N= 84 sujetos	Sinrefle1	Sinrefle3	Estados5	Procedim1	Procedim4
Variables "Fumar A-M-B"	r	r	r	r	r
Cigamedio (13 a 30)	0.225*	-0.295**		-0.331**	0.334**
Cigabajo (6 a 12)	-0.335**	0.331**	-0.204 (0.062)	0.319**	-0.381**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En los resultados obtenidos en este análisis (Rho de Sperrman) observamos que el grupo de sujetos que fuman de 13 a 30 cigarros/día, mantienen un grado de asociación en su percepción al reconocer que más de la mitad de los cigarrillos que se fuman, lo realizan de una forma impulsiva (sinrefle1, n.s 0.05). Esta percepción sobre el número en que este grupo de sujetos fuman sus cigarros de forma mecánica (grado más alto), queda corroborada al mantenerse estadísticamente que su conducta tabáquica no conlleva un proceso reflexivo (sinrefle3, n.s 0.01).

Siguiendo con este grupo Cigamedio, observamos nuevamente una homogeneidad en sus respuestas en cuanto al grado de dependencia (de 13 a 30 cigarros/día) y la elección del procedimiento de intervención “ayuda farmacológica e intervención psicológica (procedim4)” (n.s 0.01). Al igual que en los datos anteriores, este consenso queda respaldado con la no elección para su deshabituación del procedimiento, “dejarlo de un día para otro (procedim1)” (n.s 0.01).

En el grupo formado por sujetos que hemos denominado Cigabajo (fumadores de 6 a 12 cigarros), obtenemos unos resultados estadísticamente significativos que reflejan una conducta y actitud opuesta a la ofrecida por el grupo Cigamedio (de 13 a 30 cigarros). Los resultados obtenidos, ofrecen una asociación negativa con el grado de irreflexión más alto en el momento de encender un cigarro (sinrefle1, n.s 0.01), mostrando por el contrario un consenso, en este caso positivo estadísticamente, a la hora de dar a conocer que son menos de la mitad los cigarros fumados de forma irreflexiva durante el día (sinrefle3, n.s 0.01).

De otro modo, el mismo grupo consensua en un alto grado (n.s 0.01) la idea de que el mejor método para dejar de fumar es “dejarlo de un día para otro (procedim1)”, actitud corroborada y mantenida por la asociación negativa estadísticamente significativa observada en la variable de intervención “ayuda farmacológica e intervención psicológica (procedim4)” (n.s 0.001).

Aunque no existen respuestas homogéneas respecto al inductor que provoca el hábito tabáquico en el grupo de fumadores bajo (Cigabajo), los resultados están rozando el nivel de asociación negativo estadístico ($r = -0.204$, (0.062)). Podemos inferir que el inductor en este grupo, comunmente, no es el estado anímico de ansiedad.

Ofrecemos a continuación una nueva tabla con variables de las subescalas del estudio.

N= 84 sujetos	Conside1	Conside2	Habitop3	Progredu
Variables "Fumar A-M-B"	r	r	r	r
Cigamedio (13 a 30)	0.232*	-0.275		
Cigabajo (6 a 12)	-0.430***	0.472**	0.215*	0.202 (0.066)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En el análisis correlacional realizado con estas variables, observamos que el grupo de sujetos que fuman de 13 a 30 cigarros/día ofrece respuestas homogéneas en la variable “conside1”, corroboradas incluso por la existencia de un consenso negativo estadísticamente significativo para la variable “conside2” (n.s 0.05, y n.s 0.01 respectivamente).

Esto significa que el grupo en sí, considera que el nº de cigarros que fuma al día es excesivo y además queda corroborado por la percepción y concienciación de que su hábito alcanza niveles más altos que los puramente establecidos dentro de parámetros normales.

Respecto al grupo de sujetos fumadores de 6 a 12 cigarros, obtenemos datos opuestos al anterior. Estos estiman que su consumo de tabaco, puede

considerarse inmerso en unos estándares normales dada la prevalencia tabáquica en la población, quedando corroborada su percepción por el consenso negativo significativo mantenido en la variable “considel”. Por otro lado, existe consenso en este grupo al mantener la idea (en alto grado: bastante de acuerdo) en que el hábito de fumar no es muy perjudicial (habitop3, n.s 0.05).

Por último, existe un cierto consenso entre los sujetos que fuman de 6 a 12 cigarrillos, sobre el aprovechamiento que harían de un programa de intervención manifestando que acudirían para reducir su consumo; dato que roza los niveles significativos (0.202 (0.066)).

2. Análisis diferencial entre la escala “fumar alto –medio-bajo” y las subescalas del Cuestionario (CAT1).

Un cometido importante para los estudiosos del hábito tabáquico en cualquier tipo de población de estudio, es averiguar las necesidades y expectativas que mantienen los sujetos a la hora de someterse a un programa de deshabitación. Nosotros, hemos querido ir más allá profundizando en nuestro estudio analítico para ser conocedores de aspectos relevantes, como:

- Percepción estimada de los efectos negativos que conlleva para la salud el hábito tabáquico.
- Autopercepción de los acontecimientos que provocan el hábito.
- Preferencias relacionadas con los programas de intervención.
- Identificación del apoyo que necesita un grupo para adquirir un nuevo aprendizaje, entre otros.

Para poder ser conocedores de estos aspectos, analizaremos el papel de todas las variables integradas en las distintas subescalas elaboradas, en cada uno de los grupos de sujetos que hemos formado en función de su grado de dependencia tabáquica (fumadores alto-medio-bajo).

A continuación describimos el análisis diferencial (Chi-cuadrado) realizado. Se expondrán únicamente en la tabla, los resultados obtenidos con significación estadística y aquellos que rozando el nivel de significación, son en sí mismos interesantes; aunque mencionaremos resultados importantes a nivel descriptivo. Aclarar que en estos análisis se han explorado, tanto las distintas alternativas que han elegido los sujetos dentro de cada variable representativa del Cuestionario (CAT.1) por todos los sujetos pertenecientes a un mismo grupo (no diferencias de género), como las referentes a la diferenciación de género.

Tabla 23.- Análisis diferencial. Subescala de “Actitudes y expectativas de cambio”.

Tabla 23	Variables “Actitudes y expectativas de cambio”				N= 84 sujetos H= 26, M= 58		
Variables Grado de habituaación	Progdeja	Progredu	Consegu3	Procedim4	Chi	gl	p
Fumar2 N= 64			12 (60%) H 28 (64%) M		6.307	2	0.043*
Cigamedio N= 64				41 64%	9.386	1	0.002**
Cigabajo N= 12	8 66.66%	4 33.33%			3.413	1	(0.065)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En cuanto a la variable acudir a un programa, observamos que los fumadores del grado Cigabajo acudirían mayoritariamente para dejar de fumar (N= 8, 66.66%), frente al 33.33% (N=4) que lo harían para reducir su consumo. Estos datos no son significativos estadísticamente, aunque se encuentran rozando (0.065) el nivel de significación.

Para el resto de grados de hábito tabáquico, no se observan diferencias significativas en estas variables. Únicamente resaltar como dato curioso que un 87.5% (N=56) de los fumadores Cigamedio, acudiría a un programa de intervención para dejar de fumar y los 8 restantes, para reducir su consumo. Son mayoritariamente también, los fumadores del grupo Cigalalto que acudirían para dejar de fumar (N= 7, 87.5% frente a N= 1, 12.5%). No existen diferencias a nivel de género para esta variable.

Vistos los resultados de la variable, “si tuviera la posibilidad de acudir a un programa...(item 10- Consegu)”, únicamente existen diferencias a nivel de género, siendo un 64% de mujeres (N= 28) del grupo fumar2 (igual que Cigamedio) frente a un 60% de hombres (N=12) las que se encuentran “bastante convencidas” de alcanzar buenos resultados en su deshabituaación (n.s 0.05).

Destacar por otro lado en esta variable, el número alto de sujetos determinado por su grado de habituación que considera estar bastante convencido (consegu3) y completamente convencido (consegu4) de alcanzar resultados favorables si se sometieran a un programa de deshabituaación:

- Cigalalto = Fumar1: 6 de los 8 fumadores.
- Cigamedio = Fumar2: 40 de los 64 fumadores, aunque otros 14 sujetos están “completamente convencidos (consegu4)”.
- Cigabajo = Fumar3: 6 de los 12 fumadores. Hay que añadir que 3 sujetos se encuentran “completamente convencidos (consegu4)”.

A nivel de la variable “procedimiento elegido para dejar de fumar (item 11)”, son mayoritariamente los sujetos (N= 41, 64%) del rango Cigamedio los que eligen “ayuda farmacológica e intervención psicológica (Procedim4)”, frente al 25% (N=16) que sólo les gustaría recibir “ayuda psicológica (procedim3)”. El nivel de significación es (n.s 0.001). Destacaremos los resultados obtenidos de esta variable a nivel porcentual, por lo llamativo de los resultados:

- Cigaalto = Fumar1: de los 8 sujetos que componen este grupo, 4 piden “ayuda farmacológica e intervención psicológica” y dos, únicamente “ayuda psicológica”.
- Cigabajo = Fumar3: de los 12 sujetos, 6 piden “ayuda psicológica”, uno “ayuda farmacológica e intervención psicológica” y el resto (N=5) consideran que el mejor método dado su hábito es “dejarlo de un día para otro”.

En cuanto al género, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres relacionadas con la elección del programa de intervención para dejar de fumar, en ninguno de los grupos establecidos.

Pasamos a describir el análisis diferencial (Chi-cuadrado), realizado con las variables de la subescala “Concienciación y percepción del hábito tabáquico”.

Tabla 24.- Análisis diferencial. Subescala de “Concienciación y percepción del hábito tabáquico”.

Tabla 24	Variables “Grado de habituación”				N= 84 sujetos H= 26, M= 58		
Variables de la subescala	Fumar2 (N= 64)	Cigaalto (N= 8)	Cigamedio (N= 64)	Cigabajo (N= 12)	Chi	gl	p
Consider1	53 82.81%				20.013	4	0.000***
Consider2				8 66.66%	18.755	2	0.000***
Sinrefle1		6 75%			0.442	1	(0.506)
Sinrefle1			45 70.3%		4.252	1	0.039*
Sinrefle1				3 25%	9.411	1	0.002*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En cuanto a la variable “consider” (considera que el número de cigarrillos que fuma es..? (item4)), observamos diferencias estadísticamente significati-

vas en la variable Consider1 y Consider2. Son más los sujetos (N=53, 82.81%) que fuman entre 13 y 30 cigarros/día, frente a (N= 11, 17.18%) los que consideran que su hábito tabáquico es excesivo (consider1) con un nivel de significación (n.s 0.001).

Por otro lado, los sujetos de menor consumo (Cigabajo=Fumar3) mantienen la creencia de que su consumo se encuentra en unos límites tolerables (consider2=normal) en un número de 8 (66.66%), frente a 4 de este grupo que creen hacerlo en exceso (consider1=excesivo). El nivel de significación es (n.s 0.001). Un dato a destacar es que la totalidad de los sujetos inmersos en el grupo de mayor número de cigarros fumados a diario (Fumar1= Cigaalto), perciben que su consumo es excesivo (consider1). No existen diferencias de género para estas variables comentadas.

Según los resultados obtenidos en la variable “sinrefle” (cuántos cigarrillos fuma Ud. de forma mecánica: sin reflexión o impulsiva? (item 5)), vemos que los sujetos que fuman entre 13 y 30 cigarros/día, afirman en su gran mayoría (N= 45, 70.3%) que más de la mitad de los cigarros, los fuman sin reflexión o de forma impulsiva (n.s 0.05).

También están condicionados a fumar de esta forma impulsiva los fumadores de 31 a 60 cigarros/día (Cigaalto, N= 6, 75%), no observándose diferencias significativas en este grupo de fumadores ($p= 0.506$). Todo lo contrario les ocurre al grupo de menor consumo diario. Únicamente, tres (25%) de los fumadores entre 6 a 12 cigarros dicen fumar más de la mitad de cigarrillos de forma no consciente, observándose que la mayoría fuma de forma mecánica, menos de la mitad.

Estos resultados nos conducen a pensar que un mayor hábito tabáquico, desde el punto de vista del consumo de tabaco diario, conlleva un mayor acto impulsivo y por tanto no reflexivo en la cantidad de cigarros fumados diariamente. No existen diferencias de género para esta variable comentada.

En el capítulo 2, detallamos los análisis estadísticos más representativos de la variable, “¿cómo considera que será su consumo de tabaco? (item 8)”, con el objetivo de conocer la percepción que tienen los sujetos de la muestra de estudio de lo que va a ser su hábito tabáquico, durante el transcurso de un tiempo marcado. Para poder conocer esta percepción de forma exhaustiva, esta variable quedaba representada con intervalos de tiempo en los que se recogía el consumo de tabaco que podían atribuir a ese momento.

Dentro de esta subescala que estamos tratando (concienciación y percepción del hábito tabáquico), al realizar un análisis diferencial entre los grupos formados según su grado de habituación y la variable destinada a la percepción del mismo en tiempos establecidos (dentro de 1 mes, 6 meses y 12 meses), no se han observado diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los grupos. No obstante, hemos querido dejar reflejados los resultados por la importancia que tienen en el estudio.

Vemos en la tabla 25, -que ha quedado distribuida por grupos formados según su adicción (Cigaalto, Cigamedio, Cigabajo)- ; la percepción de la mayoría de los trabajadores de que su consumo seguirá siendo como en el momento de la realización del cuestionario (CAT.1). Los datos ofrecidos en esta tabla, nos hacen entrever, que los sujetos no creen que a lo largo de un tiempo se vayan a producir cambios en su habituación, sin una intervención reglada. En este sentido, el conjunto de datos hasta aquí ofrecidos nos hace ver una vez más, la necesidad y disposición que tienen los trabajadores del Centro de acudir a un programa de deshabituación tabáquica.

Tabla 25.- Análisis diferencial de la variable percepción del consumo en intervalos de tiempo definidos (item 8) y los grupos en función del grado de consumo tabáquico.

N= 8 sujetos	Cigaalto (31 a 60)	Chi-Cuadrado	gl	p
Percepc1 Dentro de 1 mes (Como ahora)	7 87.5%	3.150	4	0.533
Percepc6 Dentro de 6 meses (Como ahora)	6 75%	3.647	4	0.456
Percepc12 Dentro de 12 meses (Como ahora)	6 75%	3.326	4	0.505

N= 64 sujetos	Cigamedio (13 a 31)	Chi-Cuadrado	gl	p
Percepc1 Dentro de 1 mes (Como ahora)	52 81.25%	2.481	4	0.648
Percepc6 Dentro de 6 meses (Como ahora)	40 62.5%	3.343	4	0.502
Percepc12 Dentro de 12 meses (Como ahora)	45 70.31%	2.167	4	0.705

N= 12 sujetos	Cigabajo (6 a 12)	Chi-Cuadrado	gl	p
Percepc1 Dentro de 1 mes (Como ahora)	11 91.6%	2.158	4	0.707
Percepc6 Dentro de 6 meses (Como ahora)	10 83.3%	3.553	4	0.470
Percepc12 Dentro de 12 meses (Como ahora)	10 83.3%	3.471	4	0.482

Por último, vamos a reflejar los resultados referentes a la subescala “percepción de los efectos perjudiciales e inductores”. En cuanto a la variable ,

“el hábito de fumar no es muy perjudicial, otras cosas son mucho peores (item 12)”, no se observan diferencias estadísticamente significativas a nivel de género, ni tampoco en la muestra global de estudio cogiendo como escala, los grupos formados en función del grado de habituación (Fumar1, Fumar2, Fumar3). Esto significa que independientemente del nº de cigarros que el sujeto fuma, percibe que es un hábito que llega a perjudicar su salud (Chi-cuadrado = 6.739, gl= 6, p= 0.346).

Siguiendo con las variables que componen la subescala “percepción de los efectos perjudiciales e inductores”, concretamente en la variable “riesgos” perteneciente al ítem 13, “En general ...¿ hasta qué punto le preocupan los riesgos y las consecuencias del consumo de tabaco sobre su salud?” ; ocurre algo parecido que en la anterior. No existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de género, o en la totalidad de la muestra en los distintos niveles de riesgo especificados en esta variable y los grupos formados según el grado de habituación (Chi-cuadrado= 3.029, gl= 4, p= 0.553). Los resultados se concentran en la especificación “bastante” (riesgos2, N= 53 para los tres grupos de fumadores), y mucho (riesgos1, N= 28 para los tres grupos de fumadores). No existe ningún sujeto al que no le preocupe nada en absoluto.

Por último, describimos la variable “estados de ánimo que inducen a fumar” (item 14), en los mismos grupos establecidos. En este análisis, no podemos pasar por alto el gran número de sujetos que independientemente del grupo al que pertenecen, consideran que el estado anímico que les conduce a fumar es la ansiedad:

- Fumar 1= Cigaalto: 7 sujetos (87.5%)
(N= 8 sujetos)

- Fumar 2= Cigamedio: 43 sujetos (67.2%)
(N= 64 sujetos)

- Fumar 3= Cigabajo: 5 sujetos (41.7%)
(N= 12 sujetos)

Por otro lado, referente al estado anímico que induce a fumar, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que fuman de 13 a 30 cigarros (Fumar 2 = Cigamedio) y no en los hombres. En este sentido son 35 las mujeres (79.54%) que consideran la ansiedad, como la inductora de su grado de hábito (Chi-cuadrado= 12.686, gl= 5, p= 0.027). Recordemos que son 44 mujeres las que fuman entre 13 y 30 cigarros/diarios.

En cuanto a las diferencias, éstas son estadísticamente significativas con un nivel de significación de 0.05. Son más mujeres que hombres, un 79.54% frente al 40% respectivamente, las que atribuyen la ansiedad como estado

anímico inductor de su hábito (Chi-cuadrado= 12.147, gl= 5, p= 0.033). Recordemos nuevamente que en el grupo Cigamedio (de 13 a 30 cigarros) se encuentran 44 mujeres y 20 hombres.

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS ESPECÍFICO DEL GRADO DE HABITUACIÓN EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE SOCIOLABORAL, TURNO REALIZADO.

La pretensión en este capítulo, es esclarecer el papel que puede desempeñar el turno de trabajo realizado, como factor potencialmente favorecedor y/o implicado en el grado de hábito tabáquico de los distintos profesionales.

Recordemos que en el capítulo 2, quedaba recogido el turno realizado dentro de las variables sociolaborales. En el análisis descriptivo, reflejamos que el 56% (N= 47) de los profesionales del estudio trabajan con turno rodado (Turno1: M-T-N), el 1.2% (N= 1) realiza un turno de mañana y tarde (turno2). El 41.7% (N= 35) tiene un turno fijo de mañanas (turno 3) y finalmente un 1.2% (N= 1) trabaja en un turno distinto a los especificados anteriormente (turno5). El turno de tarde, no queda reflejado por ningún profesional perteneciente a la muestra de estudio.

En el análisis descriptivo de la variable nº de cigarros (item 3), la media de cigarros fumados por los 47 profesionales (56%) que trabajan en el turno rodado (turno1) es de 20.66, Sd= 6.60 y rango= 9-40. Únicamente un profesional (1.2%) trabaja en el turno de mañana-tarde (M-T: turno2), fumando una media de 20 cigarros diarios. La media de cigarros fumados por los que realizan solamente mañanas es de 24.03, Sd= 12.21 y rango= 6-60 cigarros. Estos profesionales son 35 (41.7%). Por último, solo hay un trabajador (1.2%) que desempeña su rol en otros turnos (turno5), fumando una media de 40 cigarros/día.

Al realizar un ANOVA, no se observan diferencias significativas entre la variable nº de cigarros y el turno desempeñado, observado este como variable que genera los grupos (Media cuadrática= 183.206, gl= 3, F= 2.071, p= 0.111).

Hemos llevado a cabo un análisis correlacional utilizando la variable turno (socio-laboral) y las variables de la escala “fumar alto-medio-bajo”, con el objetivo de saber si existe una relación entre ellas. A continuación, mostramos la correlación Rho de Spearman para los resultados estadísticamente significativos (Ver tabla 26).

Tabla 26.- Análisis correlacional. Variable sociolaboral y escala “grado de habituación”.

Variable sociolaboral	Fumar alto-medio-bajo
	Cigamedio (N= 64)
	r
Turno1 N= 47 (56%)	0.292**
Turno3 N= 35 (41.7%)	-0.265*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En función de los resultados, podemos hablar de una asociación estadísticamente significativa entre la variable cigamedio y el turno1 (n.s 0.01), y negativa en el turno3 (n.s 0.05). Es decir, hay una relación significativa entre los cigarrillos fumados a diario (de 13 a 30) y el turno trabajado (rodado: M-T-N), ocurriendo lo contrario con los que trabajan en el turno de mañanas (turno3). Veremos en el siguiente análisis que los trabajadores con este turno, se encuentran en su mayoría en la variable Cigaalto. Estos datos significan que los profesionales que realizan un turno rodado, se encuentran con mayor probabilidad en el grado de habituación tabáquica Cigamedio. No obstante, esta relación nunca debe ser observada como causación.

Siguiendo con los objetivos planteados en este capítulo, hemos realizado un análisis diferencial para ver si existen diferencias entre los grupos formados en función del grado de habituación tabáquica y los turnos realizados. Los resultados ofrecen diferencias estadísticamente significativas en los grados de habituación Cigaalto y Cigamedio para el turno 3 y turno 1, respectivamente. Veamos los resultados en la tabla 27.

Tabla 27.- Análisis diferencial. Escala “grado de habituación” y variable sociolaboral.

N= 84 sujetos Variables “fuma alto-medio-bajo”	Variable sociolaboral : Turno				Chi	gl	p
	Turno1	Turno2	Turno3	Turno5			
Cigaalto N= 8 (100%)	2 25%	—	5 62.5%	1 12.5%	12.040	3	0.007**
Cigamedio N= 64 (100%)	41 64%	1 1.5%	22 34.37%	—	10.102	3	0.018*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

En la tabla 27, podemos observar en qué turno se encuentran trabajando los sujetos de la muestra de estudio formados por grupos en función de su hábito.

Es mayor el número de profesionales que se encuentran en un turno3 (mañanas) y que fuma de 31 a 60 cigarros/ día que el resto de sus componentes. Igual pasa con los profesionales que fuman de 13 a 30 cigarros/día. En su mayoría, son los profesionales que trabajan en el turno rodado (M-T-N, N= 41) frente a los del turno de mañanas (Turno3, N= 22) los que mantienen este grado de adicción.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se pretende ofrecer aquí una síntesis de los resultados obtenidos en el estudio, así como una discusión de éstos, tomando como referencia la literatura científica que trata del consumo de tabaco.

Los sujetos que han formado parte del estudio pertenecen a cuatro categorías distintas dentro del grupo de profesionales de la salud. El resto de la muestra la han formado profesionales no sanitarios.

Se trata de una muestra homogénea en cuanto a la edad y el tiempo que llevan fumando.

Los motivos que les indujeron a comenzar el hábito tabáquico, son muy similares a los tratados en la literatura científica sobre el tema, dado la edad que tiene el grupo y los años que fuman. Todos los motivos indicados excepto los que informan haberse iniciado por situaciones específicas como estrés, depresión y situación laboral, tienen que ver con situaciones de interacción social e imitación, jugando posiblemente un papel importante en esta última los medios de comunicación.

No existen diferencias a nivel de género relacionadas con el número de cigarros fumados diariamente. Prácticamente los hombres y mujeres de la muestra, tienen el mismo grado de habituación tabáquica. En los resultados se aprecia un rango bastante amplio de cigarros fumados, aunque el grupo fuma un promedio de 22 cigarros diarios.

La mayoría de las variables del Cuestionario (CAT.1), están formuladas para que los sujetos reflexionen y sean conscientes de su hábito tabáquico. En este sentido observamos que la muestra en general considera que su consumo es excesivo y además muchos de ellos informan que más de la mitad de los cigarros que fuman lo hacen de forma impulsiva o mecánica.

Un alto porcentaje de la muestra se ha propuesto seriamente dejar de fumar en alguna ocasión. La intención de dejar de fumar, condujo a algunos de los sujetos a dejar el consumo de tabaco, pero en poco tiempo volvieron a ser fumadores.

Por otro lado, hemos querido conocer la percepción que tienen los sujetos de su consumo de tabaco a lo largo del tiempo. Para recoger esta información, hemos establecido unos intervalos de tiempo a modo de comparti-

mentos estanco que nos han ofrecido información sobre coordenadas de tiempo y consumo de cigarras diario. Los resultados obtenidos, marcan visiblemente el papel que está jugando el estar motivado a dejar de fumar y las posibilidades de logro que un sujeto cree tener, basándose únicamente en la propia voluntad.

De hecho, hemos visto en las tablas (8, 9 y 10) que los sujetos mantendrán su hábito prácticamente igual que lo vienen haciendo ahora, en intervalos establecidos de 1 mes, 6 meses y 12 meses; aunque son más mujeres que hombres las que mantienen esta percepción. Se puede inferir por tanto que el grupo muestral, está convencido que necesita un procedimiento de intervención para enfrentarse a la tarea de convertirse en exfumador, no llegando por tanto a considerar que puede lograrlo con el denominado “abandono sin terapia o por propia voluntad”. No queremos pasar por alto algunas puntualizaciones sobre esta modalidad.

Cuando una persona recurre a este tipo de alternativa para cambiar su conducta, es porque está apelando básicamente a la responsabilidad, la fuerza de voluntad, la seriedad o la abnegación. Desgraciadamente, los resultados ponen de relieve lo inadecuado de este tipo de solución cuando la persona no está percibiendo una sintomatología que puede relacionar de forma directa con la conducta de fumar. En realidad se suele mostrar una gran fuerza de voluntad o responsabilidad en el momento de planear una acción futura, pero cuando ha de llevarse a cabo la conducta específica, ésta parece escapar completamente al control del potencial exfumador.

Acudir a un programa de deshabituación tabáquica, es la intención que mayoritariamente mantiene el grupo aunque algunos contemplan el beneficio que les produciría reducir el consumo. Por otro lado, la creencia en la obtención de unos buenos resultados que muestra el grupo en su mayoría en el caso de acudir a una Unidad de Deshabituación Tabáquica en la propia empresa, es muy significativa y contundente.

De hecho, estudios realizados ofrecen en sus resultados mayores tasas de abstinencia, incluso al año de haber participado en un programa de deshabituación, sí éste se ha realizado en la propia empresa. Cuando hay un buen contacto clínico y un número establecido de sesiones de tratamiento, se obtienen cifras de éxito al año de intervención de hasta un 40-50% de abstinencia.

Existen aspectos beneficiosos si el programa de intervención establecido se instaura –desde y en el propio centro de trabajo–, debido a que puede llevar consigo la articulación de las fases de tratamiento sin perjuicio para el desempeño laboral establecido, unido a lo cómodo que puede suponer para el trabajador, no tener que desplazarse a otros sitios fuera de su entorno laboral.

Llama también la atención, la elección del procedimiento de intervención para la deshabituación tabáquica. Un 54.8% eligen como procedimiento la

“ayuda farmacológica e intervención psicológica” y el 28.6% indican su preferencia en una “ayuda o intervención psicológica”. En el Capítulo 2 hacíamos referencia a la estrategia que se podría adoptar para estos sujetos que eligen como única intervención el apoyo psicológico. De hecho, una combinación de intervenciones para dejar de fumar sería lo más efectivo. La terapia comportamental por sí misma, a menudo no fomenta el deseo de abandonar el tabaquismo. Sin embargo, la combinación de los tratamientos farmacológicos con los psicológicos permiten obtener mejores resultados.

Evidentemente, existen diferencias individuales en los sujetos que se someten a un programa de intervención. Por este motivo, el abordaje terapéutico debe estar bien elaborado y ser especializado.

Los fumadores que acuden a las unidades de deshabituación son altamente dependientes de la nicotina, tienen en torno a los 40 años de edad y han hecho distintos intentos infructuosos previos para dejar de fumar. En los últimos años, se ha visto que junto a la dependencia de la nicotina, el tabaquismo se concentra en grupos con dificultad para dejar de fumar debido a que tienen otros problemas como depresión, trastornos de ansiedad, etc. Podemos hablar por tanto de la existencia de cambios sociales en el tabaquismo, que se reflejan en principio, en el perfil actual de los trabajadores sometidos al estudio.

Los profesionales de nuestro estudio, son en su gran mayoría conscientes del perjuicio que acarrea sobre su salud el hábito tabáquico, aunque en menor grado consideran que los riesgos que se derivan del consumo de tabaco produzcan en ellos efectos indeseables.

Un dato que llama la atención es el relacionado con el estado anímico de ansiedad, valorado como inductor del hábito tabáquico por más de la mitad de la muestra estudiada. Cada vez son más los estudiosos interesados por conocer el bienestar psicológico y calidad de vida laboral en las profesiones relacionadas con la salud. Este estudio preliminar no ha tenido como objetivo la valoración de estos constructos, que muy bien podrían habernos conducido a afirmar que estamos ante otro tipo de problemática sumada a la del tabaquismo. Evidentemente, sin cuestionarios con los que poder evaluar estas cuestiones, no podemos decir que el estado anímico, variable que ha sido recogida como moduladora en el estudio, sea la causa del consumo de tabaco. No obstante, en el diseño del programa está previsto abordar el bienestar psicológico del trabajador como forma de aplicar el tratamiento más oportuno.

En los datos obtenidos, aparece una correlación muy estrecha entre el grado de dependencia del tabaco, entendido como grado de habituación por el número de cigarros fumados y el tiempo que los sujetos llevan fumando. Cuanto más tiempo se fuma, más son los cigarros fumados. También se

observa que los fumadores medios (Cigamedio) fuman más de la mitad de sus cigarrillos de forma irreflexiva y que son este grupo, los que mayoritariamente buscan una intervención basada en la ayuda farmacológica y psicológica. Además son conscientes que su consumo es excesivo al igual que los grandes fumadores (Cigaalto). En cierta medida las peticiones de ayuda proclamadas por el grupo que fuma menos (Cigabajo) son peculiarmente distintas a los medios y grandes fumadores, ya que creen que pueden dejar de fumar por sí mismos sin recibir ayuda, estableciendo a la vez unos parámetros de valores normales de su consumo diario.

Prácticamente podemos decir que el grupo es homogéneo en cuanto a necesidades, expectativas de tratamiento, percepción de su hábito tabáquico y actitud manifestada, lo que favorece las directrices que se proyecten desde el programa de tratamiento.

En varias ocasiones hemos sacado a colación cuáles eran los objetivos de nuestro estudio. Las conclusiones y discusión que exponemos, deben ser tenidas en cuenta a modo de recomendaciones:

- Los estudios preliminares que ayuden a conocer la población objeto de cambio, pueden ser sumamente necesarios para ayudar a comprender qué aspectos de la amalgama de intervención maximizan los beneficios terapéuticos.
- La Unidad de Tratamiento del Tabaquismo, no sólo debería ponerse en marcha como recurso orientado a aquellos profesionales del Centro que quieren dejar de fumar. De todos es conocido el papel que están haciendo o pueden llegar a hacer muchos profesionales en distintas consultas externas de este hospital, utilizando como método el “consejo médico” para que los pacientes dejen de fumar.
- Este consejo muchas veces no es efectivo, bien porque no es suficiente para cambiar la actitud del fumador, o porque la premura del tiempo de visita condiciona la disponibilidad de información de los profesionales en la consulta.

Una mayor efectividad de este consejo mínimo, vendría dada si estos profesionales tuvieran un enlace de apoyo disponible y accesible al que el exfumador potencial pudiera acercarse. Este sería el sentido de una Unidad de Tratamiento del Tabaquismo. Recibir a pacientes derivados de las consultas externas porque necesitasen más apoyo que el marcado por las directrices de un consejo médico eficaz, unido a la dispensación desde la Unidad de pautas de actuación y directrices para que el facultativo pudiera ofrecerlas a los pacientes desde las propias consultas; serían medidas a adoptar orientadas a generalizar la intervención de diferentes profesionales sanitarios con distinta ubicación y lo que es mejor, ofrecer una calidad asistencial efectiva y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Gordo, J.M. (1996). Tabaquismo en España. ¿Qué estamos haciendo en Atención Primaria?. *Atención Primaria*, 18 (Supl. 1/11): 101-103.
- Amigo, I; Fernández, C; Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Aristizábal, I., San Martín, L. (1998). Hábitos de Salud de los profesionales de Enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 237: 15-18.
- Becker, M.H; Maiman, L.A. (1975). Socialbehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13: 10-24.
- Becoña, E; Palomares, A; García, M.P. (1994). *Tabaco y salud*. Madrid: Pirámide.
- Botía, F; Rodríguez, P. (1989). Prevalencia del hábito tabáquico en el personal hospitalario. *Todo Hospital*, 57: 49-52.
- Camaño-Puig, R. (2001). *Profesionales sanitarios y tabaquismo*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Camaño, R; Benavent, A; Cuesta, A; SanJuan, LL; Morata, C; Martínez, A. (1990). *Tabaquismo en Enfermería. Un estudio realizado en la Comunidad Valenciana*. *Revista Rol de Enfermería*, 148: 43-45.
- Carr, A. (2002). *Es fácil dejar de fumar, si sabes cómo*. Madrid: Espasa Calpe.
- Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2002). *Ponencia: Estudio de la dotación e integración de profesionales sanitarios en los servicios de prevención*. <http://www.diariomedico.com/profesion/doocprof150201.pdf>.
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Anexo A56/8. (19/11/2003).http://www.msc.es/Diseño/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm.
- Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. (DOVG. núm.4473, de 3/04/2003).
- El marco ideal para dejar el tabaco es la Atención Primaria. <http://www.diariomedico.com/entorno/ent100501combis.html> (24/5/00).
- Endler, N.s; Okada, M. (1975). A Multidimensional Measure of Trait Anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43: 319-329. (Traducción Española: *Inventario Estímulo-Respuesta del rasgo general de ansiedad*. Fundación Universidad-Empresa, Madrid, 1995).
- Fagerström, K.o; Schneider, N. (1989). *Masuring nicotine dependence: a review of the FTND*. *Journal of Behavioral Medicine*, 12: 159-182.
- Festinger, L. (1975). *La teoría de la disonancia cognitiva*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- Gil Roales-Nieto, J.J. (1998). *Tabaquismo*. En: Vallejo Pareja, M.A (ed.), *Manual de Terapia de Conducta*. Vol 2. Madrid: Dykinson.

- Heatherton, T.F; Kozlowsky, L.T; Frecker, R.C; Baker, T; Whisler, W; Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal Addict*, 86: 1119-1127.
- Informe sobre el tabaco de las políticas e intervenciones de las Administraciones Sanitarias. Propuesta del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la omisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Septiembre 2000. http://www.diariomedico.com/sanidad/informe_tabaco290601.pdf.
- Labrador, F.J .(1992). El estrés: Nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de Hoy.
- La empresa, lugar ideal para el abandono del tabaco. <http://www.diariomedico.com/entorno/ent221100comtris.html> (22/11/00).
- Las Palmas pone en marcha una unidad de abandono del tabaco. <http://www.diariomedico.com/profesion/prof310500comcuatro.html> (31/5/00).
- Leventhal, H; Prohaska, T.R; Hirschman, R.S. (1985). Preventive health behavior across the life-span. En J.C. Rosen y L.J. Solomon (eds.): *Prevention in Health Psychology*. Hanover: University Press of Nueva England.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre). (El artículo 22 de la citada Ley, no queda modificado por el Proyecto de Ley 621/000168, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, de 3 de noviembre de 2003. BOCG, Senado, Serie II, Núm. 168).
- Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. (B.O.E. de 18 de julio de 1997).
- Ley 4/2002, de 18 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. (B.O.E. nº 170 de 17 de julio de 2002).
- López, V. (1987). Tabaquismo entre los médicos de la Comunidad Autónoma Andaluza. *Revista Española de Cardiología*, 40:88.
- Martínez, J; Rodríguez, A; Calderón, J.M; Santos, F; Jiménez, J. (1988). Encuesta sobre el hábito tabáquico en una población de médicos hospitalarios. *Revista Clínica Española*, 182: 429-433.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (2003-2007). Enero 2003. Referencia Editorial. NIPO: 351-03-016-4. <http://www.msc.es/planPrevencionTabaco.ht>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). Informe preliminar sobre prevalencia de consumo en los profesionales sanitarios del INSALUD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan para que el médico de Atención Primaria abandone el tabaco. <http://www.diariomedico.com/entorno/ent100501combis.html> (10/5/01).
- Pérez, J.A. (1989). La teoría de la disonancia. Universidad de Valencia. Manuscrito.
- Procidiano, M.E; Haller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Real Decreto 1293/1999, de 23 de junio (B.O.E. nº 188 de 7 de agosto de 1999) por el que se modifica el R.D. 192/ 1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población (B.O.E. nº 59 de 9 de marzo de 1988).
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Solano, S; Pérez, E; González, J.M., et al.(1996). Los médicos y el abandono del tabaco. Cuadernos de Formación Continuada. Área de Tabaquismo. SEPAR. Sumario (7.Oct.)
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7: 355-386.

ANEXO

Estudio sobre el hábito tabáquico

Elastigirl

CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS TABAQUICOS (CAT. 1)

Nº:

El objetivo de este cuestionario es tener conocimiento de las características del hábito tabáquico entre los profesionales de este hospital, así como las actitudes y opiniones sobre algunos de los aspectos relacionados con el consumo de tabaco y salud. Los ítems del cuestionario, están formulados como preguntas o afirmaciones. Si tiene alguna duda en el momento de contestar, no dude en preguntarla. Le garantizamos la confidencialidad de sus respuestas, respetando el estricto cumplimiento de las leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales.

DATOS DEL PROFESIONAL	
Apellidos ^(o iniciales) _____	Nombre ^(o inicial) _____
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Edad: _____ años	
Categoría Profesional _____	
Ubicación (Unidad o Servicio) _____	
Turno: Rodado (M-T-N). Rodado (M-T). Mañanas. Tardes. Otros _____	

1.- ¿Cuánto tiempo hace que fuma?

Años y/o Meses

2.- ¿Cuál cree que fue el motivo de su iniciación? _____

3.- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?

4.- ¿Considera que el número de cigarrillos que fuma, es?

Excesivo Normal Poco

5.- ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. de forma mecánica (*sin reflexión o impulsiva*)?

Más de la mitad La mitad Menos de la mitad Ninguno

6.- ¿Se ha propuesto seriamente dejar de fumar alguna vez? SI NO

7.- En caso de haber contestado afirmativamente la anterior pregunta, conteste éstas (a y b):

a/ Ha dejado de fumar durante algún tiempo?

SI NO

b/ Cuánto tiempo estuvo sin hacerlo? (**Especifique número**)

Años Meses Semanas días

8.- ¿Cómo considera que será su consumo de tabaco? (mirar recuadros y marcar).

	Como Ahora	De 1 a 9	De 10 a 19	Más de 20	Ninguno
Dentro de 1 mes					
Dentro de 6 meses					
Dentro de 12 meses					

9.- Si el Centro donde trabaja, pusiera en marcha un programa de intervención: (Conteste solo a una de las dos formulaciones, a/ o b/)

a/ Acudiría para **dejar** de fumar? SI NO

b/ Acudiría para **reducir** su consumo de tabaco? SI NO

10.- Si tuviera la posibilidad de acudir a un programa de intervención en su centro de trabajo, ¿cree que conseguiría buenos resultados? (Conteste solo si la pregunta anterior **a** ó **b**, ha sido afirmativa).

Completamente convencido/a	4
Bastante convencido/a	3
Poco convencido/a	2
Nada convencido/a	1

11.- ¿Cuál de estos procedimientos para dejar de fumar, considera que es el mejor? (Señale únicamente uno de los descritos)

1. Dejarlo de un día para otro 2. Ayuda farmacológica

3. Ayuda o intervención psicológica 4. Ayuda farmacológica e intervención psicológica

12.- El hábito de fumar no es muy perjudicial, otras cosas son mucho peores.

Completamente de acuerdo	4
Bastante de acuerdo	3
Poco de acuerdo	2
Nada de acuerdo	1

13.- En general, como profesional sanitario, ¿hasta qué punto le preocupan los riesgos y las consecuencias del consumo de tabaco sobre su salud?

Mucho Bastante Poco Nada

14.- Los siguientes estados de ánimo me inducen a fumar (Indique **solamente uno** de ellos, aquel que considere que más le conduce a fumar):

Tristeza Aburrimiento Ira o Rabia Alegría

Ansiedad Incertidumbre Otro estado (especificar)

- MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN -

APORTACIÓN DEL PUNTO “PROMOCIÓN DE LA SALUD. DESHABITUACIÓN TABÁQUICA” AL BORRADOR SALUD LABORAL (19/07/2002) , DENTRO DEL ARTÍCULO 22.- PROTECCIÓN A LA SALUD DEL CONVENIO COLECTIVO.

8º.- Promoción de la Salud. Deshabituación Tabáquica.

Teniendo en cuenta las orientaciones de los organismos internacionales y especialmente de la Organización Mundial de la Salud, de la Unión Europea, así como la legislación vigente relacionada con el tabaquismo; la empresa a través del Servicio de Salud Laboral:

- 8.1.- Proporcionará a los profesionales fumadores del Centro un programa de intervención multidisciplinar para la deshabituación tabáquica como medida de promoción de la salud al trabajador, dada la prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios.
- 8.2.- Esta intervención valorada como de apoyo y promoción de la salud utilizando como plataforma la propia empresa, ayudará a:
 - a/ Fomentar los espacios públicos sin humo y de forma muy especial los del ámbito laboral, llegando a consensuar una política satisfactoria de lugares de trabajo sin tabaco.
 - b/ Potenciar y mejorar el cumplimiento de la normativa reguladora del tabaco en los centros sanitarios.
 - c/ Reforzar el papel modélico, educador y profesional de los trabajadores.
 - d/ Formar y entrenar a los colectivos modélicos para que sus mensajes en materia de consumo de tabaco, gocen de una mayor credibilidad.