

Estudio de recursos personales en el trabajo emocional para el desarrollo de la salud ocupacional en centros de salud.

TESIS DE PREGRADO

ALUMNOS:

López, Rocío Luz.

SUPERVISORA:

MG. REDONDO, ANA ISABEL

CO-SUPERVISORA:

MG. ARRAIGADA, MARIANA

FECHA

08/10/2015



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
REPUBLICA ARGENTINA





Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Estudio de recursos personales en el trabajo emocional para el desarrollo de la salud ocupacional en centros de salud.

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S 143/89.

ALUMNOS:

López, Rocío Luz.

Mat. N° 08587/08

SUPERVISORA: MG. REDONDO, ANA ISABEL

CÁTEDRA O SEMINARIO DE ORIENTACIÓN: PSICOLOGÍA LABORAL.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos López, Rocío Luz. Mat. N° 08587/08, conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los XX días del mes XXX del año XXX.

Firma del supervisor

Aclaración

Informe de Evaluación del Supervisor

Por la presente certifico que la alumna, López Rocío Luz, realizó el trabajo de tesis Estudio de recursos personales en el trabajo emocional para el desarrollo de la salud ocupacional en centros de salud bajo mi dirección. Por consiguiente certifico su autenticidad, autoría y contenido del trabajo de investigación desarrollado.

REDONDO, ANA ISABEL

Mg. en Psicología

Página de presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos López, Rocío Luz Mat. N° 08587/08.

Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora

Fecha de aprobación

Estudio de recursos personales en el trabajo emocional para el desarrollo de la salud ocupacional en centros de salud.

ALUMNOS: LÓPEZ, ROCÍO LUZ.

Resumen: La psicología de la salud ocupacional se ocupa de la “aplicación de la psicología a la mejora de la calidad de vida laboral, y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores”. El Engagement en el trabajo es un concepto que alude a la implicancia emocional, en términos generales, que el trabajador tiene con su trabajo y se encuentra íntimamente ligado su estado, con la salud del individuo, con su crecimiento personal y desempeño laboral. Esta investigación realizará un relevamiento y análisis del nivel de engagement y por otro lado del optimismo y la resiliencia como algunos de los recursos personales de quienes trabajan en los centros primarios de salud de la ciudad de Tres Arroyos.

Palabras-clave: salud ocupacional- engagement – optimismo – resiliencia-trabajo emocional.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL
PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN
DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO***

REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNOS:

López, Rocío Luz.

Mat. N° 08587/08

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: Psicología Laboral

DIRECTORA: Mg. Redondo, Ana Isabel.

CO-DIRECTORA: Esp. Mariana Arraigada

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: SI.

TÍTULO DEL PROYECTO: *Estudio de recursos personales en el trabajo emocional para el desarrollo de la salud ocupacional en centros de salud.*

Descripción resumida:

La psicología de la salud ocupacional se ocupa de la “aplicación de la psicología a la mejora de la calidad de vida laboral, y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores”. El Engagement en el trabajo es un concepto que alude a la implicancia emocional, en términos generales, que el trabajador tiene con su trabajo y se encuentra íntimamente ligado su estado, con la salud del individuo, con su crecimiento personal y desempeño laboral. Esta investigación realizará un relevamiento y análisis del nivel de engagement y por otro lado del optimismo y la resiliencia como algunos de los recursos personales de quienes trabajan en los centros primarios de salud de la ciudad de Tres Arroyos.

PALABRAS CLAVE: salud ocupacional- engagement – optimismo – resiliencia-trabajo emocional

Descripción detallada:

Motivo y antecedentes:

Esta investigación es desarrollada con el fin de estudiar los recursos personales como el engagement en el trabajo, el optimismo y la resiliencia de trabajadores de unidades sanitarias. Resulta de interés científico dado que la salud ocupacional, campo en el que se enmarcan los recursos a estudiar, es un ámbito de investigación y aplicación reciente, novedoso e importante que apunta a mejorar la calidad de vida laboral. El

estudio de estos conceptos que forman parte de la psicología positiva brinda nuevas perspectivas de abordajes dentro de la psicología laboral.

Luego de una revisión exhaustiva de bibliografía académica relacionada con la temática se encontró: una investigación que data del año 2006 y alude a la investigación en cuidadores formales de ancianos la relación entre resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico (burnout-engagement) los autores son varios pertenecientes a la universidad de Brasil y de Salamanca. Se encontró una investigación del año 2009 que estudio la relación que existe entre la felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes, la autora fue Ana Cecilia Salgado Levano, de la universidad de Lima, Perú. En la búsqueda 14 artículos sobre engagement fueron hallados provenientes de España en su mayoría, del grupo WONT encabezado por Marisa Salanova (10), de la Universidad Nacional de Mar del Plata (2), una de Holanda, otra proveniente de Puerto Rico y de Quito, Ecuador. En general, las investigaciones son exploratorias, apuntando a descubrir nuevas cuestiones e ir asentando las bases del nuevo campo. Y las producciones datan del transcurso del año 2000 a la actualidad. Siete investigaciones pertenecen al optimismo y provienen de la universidad Colombiana, de Lima (Perú), de España (2) y de la universidad de Chile (2). Las mismas apuntan en general a estudiar niveles de optimismo, su estado actual y análisis preliminares. Y por último, 11 investigaciones aluden a la resiliencia y provienen de las universidades de Venezuela, España (8), USA y de varios autores de distintos países. En general estas investigaciones se enfocan en la revisión teórica del término, en su aplicación en el ámbito de la salud, en la construcción del constructo y en su solidificación, los alcances del mismo, su importancia para la creación de espacios saludables.

No se han encontrado investigaciones específicamente realizadas en relación al estudio a realizar en Argentina, los hallazgos provienen de distintos países con predominio de España, particularmente del grupo Wont. A grandes rasgos las investigaciones son de exploración, validación de los conceptos y aplicación en distintos ámbitos de la salud: laboral, educacional, clínica. Y fueron realizadas durante el año 2000 hasta la actualidad.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Estudiar los recursos personales en el trabajo emocional de centros sanitarios

Objetivos particulares:

- Relevar y analizar el nivel de engagement en el trabajo de los trabajadores de los centros primarios de salud
- Relevar y analizar el optimismo y la resiliencia de los trabajadores de algunos de los centros primarios de salud.
- Analizar la concordancia entre los niveles de recursos personales obtenidos y las demandas de tales recursos respecto del trabajo emocional desempeñado
- Realizar propuestas de mejora de la calidad de vida laboral y salud ocupacional del caso analizado.

METODOLOGÍA

Se propone una investigación de tipo Exploratorio - Descriptivo. La muestra será no probabilística intencional.

Participantes: Trabajadores de algunos de los centros primarios de salud de Tres Arroyos.

Instrumentos:

- Para determinar los niveles de engagement en el trabajo se utilizará la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES). Para la evaluación del nivel de engagement se utilizará el Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Este instrumento evalúa Vigor, Dedicación y Absorción como componentes del Engagement. Wilmar Schaufeli y Arnold Bakker (2003; 2006) desarrollan este test y lo presentan en varios idiomas; entre ellos Español, bajo el nombre de "Encuesta de Bienestar y Trabajo". Esta herramienta esta compuesta por 17 ítems distribuidos con una escala Likert de siete posiciones (desde 0 = «nunca», hasta 6 = «siempre»).
- Para medir el optimismo se utilizará la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) y el instrumento desarrollado por el GIEPSI (Grupo de investigación en evaluación psicológica de la facultad de psicología de la UNMDP)
- Escala RSA para la evaluación de la resiliencia: La *escala de Resiliencia para adultos (RSA)* de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2006) en su

versión adaptada a la Argentina por Castañeiras et. al. (2010) dentro del ámbito del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi) de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicha escala permite evaluar seis dimensiones resilientes: “Percepción del Self”, “Planeamiento del Futuro”, “Competencia Social”, “Recursos Sociales”, “Cohesión Familiar” y “Estilo Estructurado”.

- Se aplicarán entrevistas a informantes calificados para el relevamiento de cuestiones subjetivas y aquellos factores no evaluados por los instrumentos autoadministrados.

Análisis de los datos: Los datos obtenidos a través de estos instrumentos serán sometidos a análisis estadístico.

Población: 4 centros de atención primaria de la salud ubicados al norte (2) y al sur (2) de la ciudad de tres arroyos. Equidistantes del centro en sentido opuesto. Estas salas fueron elegidas por su ubicación y componentes. El seguro Municipal de Salud es el Programa Integral de Atención Primaria creado por el área de salud de la Municipalidad de Tres Arroyos, es un modelo de gestión centrado en la salud y su cuidado, cuenta con 8377 usuarios y 17 Centros de Atención Primaria en todo el Distrito

Cronograma y lugar de realización

Actividad	Mes	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
1. Búsqueda bibliográfica								
2. Elaboración marco teórico								
3. Aplicación pruebas								
4. Organización de resultados								
5. Análisis								
6. Reporte de resultados								
7. Redacción Informe Final								

Referencias Bibliográficas

- ACOSTA, H. SALANOVA, M y LLORENS, S (2011): “¿Cómo predicen las practicas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: el rol de la confianza organizacional, ciencia y trabajo 2011” n° 41, pp. 125-134.
- ARRAIGADA, M y REDONDO, A (2013): “El estudio del engagement como factor de capital psicológico positivo y su rol en la calidad de servicio, análisis de casos. Congreso nacional de estudios del trabajo 2013”
- CORDOBA, M. MENENDEZ, N Y PIROVANO GIL, M (2014): “Niveles de engagement y liderazgo en voluntarios universitarios de la UNMdP”
- FORES, A y GRANE, J (2008): “La resiliencia, crecer desde la adversidad. Plataforma editorial, Barcelona 2008”
- GARASSINI, M: “Resiliencia y familiares enfermos oncológicos, psicodebate 9 psicología, cultura y sociedad” pp 93-104.
- GONZALEZ, A. DE LA CORTE, C y RUBIO, J (2010): “Engagement: unj recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral, revista digital de prevención 2010” n°1.
- GROTBORG, E (2003): “Nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo propias fortalezas 2003, paidós”.
- HERNANDEZ VARGAS, C. LLORENS, S y SANCHEZ, A (2014): “Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. Anales de psicología 2014” vol 30, n°1, pp 247-258.
- HOLGADO, M (2011): “Estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud 2011”.
- JARAMILLO, D. MUÑOZ, DE IGLESIAS, G (2005): “Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas, revista salud publica 2005” vol 7, n°3, pp 281-292.
- LEVANO, A (2009): “Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. Liberabit 2009” vol 15, n°2.
- LIBRAN, E (2002): “Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento, psicothema 2002” vol 14, n°3, pp 544-550.
- MANTILLA, E (2013): “El compromiso laboral (engagement) en las áreas administrativas de un medio de comunicación escrito de la ciudad de Quito-Ecuador 2013”.
- MARTINEZ LUGO, M (2009): “La vinculación psicológica en el trabajo (engagement), el síndrome de quemarse por el trabajo y el clima organizacional en un grupo de empleados en Puerto Rico, revista interamericana de psicología ocupacional 2009” vol 28, n°1, pp 7-15.
- MARTINEZ MARTINEZ, I. SALANOVA, M (2003): “Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional, revista de educación 2003” n° 330, pp 361-384.
- MENEHEL, I: “La resiliencia en el desarrollo de la organización saludable. Proyecto de investigación” pp 506-517.
- MENEHEL, I. SALANOVA, M y MARTINEZ, I (2013): “El campo de la resiliencia organizacional una revisión teorica, revista de psicología ciencias del’ educacion’ de ‘esport 2013” vol 31, n°2, pp 13-24.
- MENEZES DE LUCENA CARUALHO, V y otros (2006): “Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos, psicothema 2006” vol 18, n° 4, pp 791-796.
- MUCHOTRIGO, M: “Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima, liberabit” pp 96-105.
- ORTIZ, J. RAMOS, N y VILLARROEL, N (2003): “ Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud, suma psicológica 2003” vol 10, n° 1, pp 119.134.

- PEREZ, C (2009): “Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria, acta colombiana de psicología 2009” vol 12, n°1, pp 95-107.
- POSECK, B. BAQUERO, B y JIMENEZ, M (2006): “La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático, papeles del psicólogo 2006” vol 27, n° 1, pp 40-49.
- QUEVEDO, R y ABELLA, M (2010): “El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo, salud mental 2010” vol 33, n° 1.
- REMOR, E. MONTSERRAT, A y CARROBLES, J (2006): “El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico, anales de psicología 2006” vol 22, n° 1, pp 37-44.
- RIOS RISQUEZ, M y otros (2012): “Resiliencia y síndrome de burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal, international journal of psychological research 2012” vol 5, n° 1, pp 88-95.
- SALANOVA, M (2009): “Organizaciones saludables, organizaciones resilientes, gestión practica de riesgos laborales 2009” n° 58, pp 18-23.
- SALANOVA, M. SHAUFELI, W. LORRENS, S. PEIRO, J y GRAU, R (2000): “Desde el burnout al engagement ¿una nueva perspectiva? Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones 2000” vol 16, n°2, pp 117-134.
- SALANOVA, M y otros (2001): “Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional, revista de psicología social aplicada 2001” vol 11, n°1, pp 69-90.
- SALANOVA, M y SHAUFELI, W (2004): “El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos, estudios financieros 2014” n°261, pp 109-138.
- SANCHEZ, A y DURAN DURAN, M: “Engagement en profesionales de la acción social, diferencias entre administración y tercer sector desde la perspectiva del modelo de demandas y recursos laborales, documentos de trabajo social” vol 51, pp 45-49.
- SARMENTO, M y otros: “Relación entre engagement y las creencias de autoeficacia en los trabajadores, ReiDoCrea” vol 2, pp 79-92.
- URIARTE, J (2006): “Construir la resiliencia en la escuela, revista de psicodidactica 2006” vol 11, n°1, pp 7-23.
- VILLAROEL, P. RUBIO, N y ATENAS, K (2008): “Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del life orientation test versión revisada en población chilena, univ. Psychol 2009” vol 8, n°1, pp 61-68.

Firma del Supervisor

Firma del / los alumnos

P/ Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha:

INDICE

1. fundamentación.....	8-10
1.1 antecedentes.....	11
1.2 riesgos psicosociales en el trabajo.....	12-18
1.2.1 trabajo emocional.....	18-19
1.3 recursos personales.....	19-20
1.3.1 optimismo.....	20-22
1.3.2 resiliencia.....	22-23
1.4 engagement.....	23-26
1.5 Sistema de salud pública y privada en Argentina.....	27-29
1.5.1 CAPS: Tres Arroyos.....	30-32
2. objetivos.....	33
2.1 objetivo general y particulares.....	33
3. metodología.....	34
3.1 participantes.....	34
3.2 instrumentos.....	34
3.2.1 UWES.....	34-37
3.2.2 RSA.....	37-40
3.2.3 Optimismo y SWLS.....	40-41
3.3 diseño de la investigación.....	41
3.4 procedimiento.....	41
3.5 Metodología para el análisis de datos.....	42
4. Presentación.....	de
resultados.....	43
4.1 perfil de cada CAPS y comparación de resultados.....	44-73
5. Discusión.....	y
conclusiones.....	74-82
6. referencias bibliográficas.....	83-87
7. anexos.....	88-134

1. fundamentación

Esta investigación es desarrollada con el fin de estudiar los recursos personales como el engagement en el trabajo, el optimismo y la resiliencia de trabajadores de unidades sanitarias. Resulta de interés científico dado que la salud ocupacional, campo en el que se enmarcan los recursos a estudiar, es un ámbito de investigación y aplicación reciente, novedoso e importante que apunta a mejorar la calidad de vida laboral. El estudio de estos conceptos que forman parte de la psicología positiva brinda nuevas perspectivas de abordajes dentro de la psicología laboral.

El análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de diversas técnicas se encuentra abordado, principalmente, desde el campo conceptual de la psicología de la salud ocupacional, la cual emerge en la década de 1990 como una especialidad de la psicología que se ocupa de la aplicación de la psicología a la mejora de la calidad de vida laboral, y a proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Con este objetivo se integra el conocimiento y la experiencia de diversas disciplinas tanto psicológicas como no, ya que la meta última es la aplicación de estos conocimientos científicos a la seguridad, salud y bienestar de los empleados. El término salud se utiliza como un concepto positivo que incluye recursos físicos, sociales y personales. Esto coincide con la definición de salud de la organización mundial de la salud entendida como un estado de bienestar total que incluye el bienestar físico, mental y social, y no como mera ausencia de enfermedad o trastornos. En esta línea, la psicología de la salud ocupacional utiliza una noción amplia de salud mental ocupacional que no solo incluye el bienestar afectivo de los empleados, sino también aspectos cognitivos, motivacionales y conductuales. Este campo disciplinar no solo se centra en el estudio de los empleados en grandes empresas sino que también se centra en el estudio del desempleo y la interferencia trabajo-familia. Es decir, que va más allá del estudio de los conceptos clásicos de la gestión de recursos humanos y se adentra en temas emergentes de las organizaciones modernas y el mundo laboral cambiante. La psicología de la

salud ocupacional estudia su objeto desde perspectivas múltiples: el empleado individual, el clima social de trabajo y el ambiente intra y extraorganizacional. Es una disciplina científica pero también una profesión con aplicaciones a la gestión de los recursos humanos. Intenta, por una parte, comprender los procesos psicológicos subyacentes y busca mejorar la salud ocupacional, la seguridad y el bienestar de los empleados, que a la vez redundara en una mayor eficacia organizacional. Esto hace que sea no solo debate de discurso científico sino también debate de discurso social, económico y político. En definitiva, actúa en la intersección de la ciencia y de la sociedad, lo cual implica que su futuro está orientado en ambos sentidos: hacia las dinámicas internas de la ciencia, así como hacia el desarrollo externo de la sociedad en su conjunto.

Dentro de la psicología de la salud ocupacional se encuentra la salud ocupacional positiva, derivada de la psicología positiva, la cual surge a finales de 1990 con un renovado énfasis en “lo que está bien” en las personas, en contraste con la preocupación que durante años ha mostrado la psicología en centrarse en aquello que “funciona mal” en la gente. Esta disciplina plantea un intento de adoptar un enfoque más amplio con respecto a las potencialidades humanas, a sus motivaciones y capacidades. La psicología de la salud ocupacional positiva es una vertiente de la psicología positiva. Los investigadores y las organizaciones están interesados en conocer las causas de la salud en el trabajo y las posibles consecuencias asociadas, en promover la salud en el trabajo y examinar como ciertos fenómenos positivos se pueden utilizar para protegerse contra los riesgos laborales, en síntesis, la psicología de la salud ocupacional positiva es la aplicación de la psicología para mejorar la calidad de vida laboral y la protección y promoción de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009, p.67-76).

El cambiante mundo laboral que conlleva de las organizaciones tradicionales a las organizaciones modernas, de la monocultura a la diversidad cultural, desde el contexto estable de la organización al cambio continuo, del trabajo para toda la vida al trabajo temporal, etc. (Salanova, 2009, p 54-63) produjo diversidad de impactos en la vida de los trabajadores en a nivel biopsicosocial. Puntualmente en esta investigación se apunta a indagar en los cambios de las demandas físicas a las demandas mentales y emocionales, y lo que ello implica para los

trabajadores sanitarios. El cambio del trabajo físico a las demandas emocionales y cognitivas significa que en lugar del cuerpo del empleado, ahora importa más su psique. Más concretamente, trabajar con personas en el sector servicios, como pacientes, clientes, estudiantes, exige el llamado trabajo emocional (Nogareda, García, Martínez y Salanova, 2007). Esta es una forma de regulación emocional y se espera que los trabajadores muestren ciertas emociones como parte de su trabajo. El trabajo emocional implica la gestión de las emociones de manera que sean compatibles con la organización o con las normas de la profesión, independientemente de que discrepen con los propios sentimientos. Esto requiere inteligencia emocional, empatía y habilidades sociales y de comunicación (Salanova, 2009, p. 62-63).

1.1 antecedentes

Luego de una revisión exhaustiva de bibliografía académica relacionada con la temática se encontró: una investigación que data del año 2006 y alude a la investigación en cuidadores formales de ancianos la relación entre resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico (burnout-engagement) los autores son varios pertenecientes a la universidad de Brasil y de salamanca (Carvalho, Fernandez, Hernandez, Campos, y Castillo) Se encontró una investigación del año 2009 que estudio la relación que existe entre la felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes, la autora fue Ana Cecilia Salgado Levano, de la universidad de Lima, Perú. En la búsqueda 14 artículos sobre engament fueron hallados provenientes de España en su mayoría, del grupo WONT encabezado por Marisa Salanova (10), de la Universidad Nacional de Mar del Plata (2), una de Holanda, otra proveniente de puerto rico y de quito, ecuador. En general, las investigaciones son exploratorias, apuntando a descubrir nuevas cuestiones e ir asentando las bases del nuevo campo. Y las producciones datan del transcurso del año 2000 a la actualidad. Siete investigaciones pertenecen al optimismo y provienen de la universidad Colombiana, de lima (Perú), de España (2) y de la universidad de chile (2). Las mismas apuntan en general a estudiar niveles de optimismo, su estado actual y análisis preliminares. Y por último, 11 investigaciones aluden a la resiliencia y provienen de las universidades de Venezuela, España (8), usa y de varios autores de distintos países. En general estas investigaciones se enfocan en la revisión teórica del término, en su aplicación en el ámbito de la salud, en la construcción del constructo y en su solidificación, los alcances del mismo, su importancia para la creación de espacios saludables.

No se han encontrado investigaciones específicamente realizadas en relación al estudio a realizar en Argentina, los hallazgos provienen de distintos países con predominio de España, particularmente del grupo Wont. A grandes rasgos las investigaciones son de exploración, validación de los conceptos y aplicación en distintos ámbitos de la salud: laboral, educacional, clínica. Y fueron realizadas durante el año 2000 hasta la actualidad.

1.2 riesgos psicosociales en el trabajo

La OMS define que el trabajo es un importante factor en el fomento de la salud; también por igual, puede ser una fuente de gran malestar, conllevado a enfermedades si es muy disfuncional. La OIT, a su vez, afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero no se sabe por qué no se los considera como trabajadores que necesiten una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general, la norma está dirigida a proteger a los pacientes y, en menor medida, al personal de salud. Esto significa que han de ser los profesionales de la salud mismos, quienes provean su autocuidado. En 1985, en una reunión paritaria sobre el empleo, se decidieron las condiciones de trabajo de servicios médicos y de salud. Se consideraron tres aspectos de protección a la salud en el trabajo: los riesgos físicos, el stress provocado por factores de riesgo y los actos de violencia relacionados con el trabajo.

Cada profesional debe conocer los factores de riesgo presentes en su trabajo y cómo manejarse en su salud ocupacional. En nuestra sociedad, el trabajo puede ser fuente de sufrimiento y afección en varios casos: cuando son condiciones crónicas las demandas percibidas por el sujeto más que los recursos, el sujeto va al burn-out, a la depresión o al accidente. Cuando el trabajo es inestable y existe amenaza de perderlo, el sujeto expresa prevalentemente su sufrimiento en síntomas somáticos, que, por supuesto, son psicosomáticos. Si ya perdió el trabajo, puede tener trastornos psiquiátricos francos y alcoholismo. A veces, los síntomas son la única forma de la que una persona dispone para comunicar un problema. El stress provocado por los riesgos del trabajo como tal, está sujeto a las consideraciones generales que definen su práctica. Cuando está bloqueada la relación hombre-trabajo- porque el sujeto ya no puede aportar a su trabajo según sus reacciones fisiológicas y sus deseos y necesidades psicológicas-, surge el sufrimiento, que toma distintas formas según las características del trabajo (D'avia 2005).

El trabajo tal como se lo considera hoy resulta imprescindible, afirma el doctor Héctor Nieto en su trabajo acerca de la salud laboral, para una vida saludable, tanto por la retribución económica que comporta, como por hecho social que contribuye a la realización de la persona y al progreso de la comunidad. Pero este

aspecto positivo puede acompañarse de otro negativo tal cual son las alteraciones del estado de salud derivadas de las condiciones y medio ambiente de trabajo en las que se desarrolla. El más alto grado posible de salud de los trabajadores sobre su calidad de vida, la de su familia y de la comunidad constituye éticamente el valor principal y la justificación social más trascendente para el desarrollo de la salud ocupacional, adquiriendo así el carácter de derecho humano. Desde el punto de vista económico, la salud de los trabajadores adquiere especial relevancia en el marco del progreso y desarrollo de la sociedad que componen. La buena salud del trabajador influye directamente en la capacidad de producción individual y nacional. Dado el hecho de que más de la mitad de los habitantes de los países dependen económicamente en forma directa de la población trabajadora un deterioro en la salud de estos daña también el bienestar familiar. Esta situación adquiere mayor relevancia en el caso de los trabajadores independientes o del sector informal ya que su capacidad de ingresos depende de su propia salud. Otro aspecto a considerar es el impacto que sobre la economía nacional tienen las secuelas de invalidez adquiridas por causa del trabajo, ya que estas personas deben recibir asistencia médica y financiera del estado, con lo cual se originan gastos en asistencia curativa, de rehabilitación e indemnizaciones generalmente cuantiosos que incrementan el costo del sistema de seguridad social. Todas estas razones, prosigue analizando el doctor, sustentan otra que tal vez resulta la más significativa desde el punto de vista médico, es decir, el sufrimiento humano que debe y puede disminuirse previniendo los daños a la salud potencialmente originados por el trabajo y utilizando el principio de equidad para asegurar no solo prestaciones curativas asistenciales iguales para los trabajadores que para otros grupos sino además acciones preventivas del mismo alcance (Nieto, H).

Los riesgos o "factores de riesgo" psicosociales se han definido por la OIT (1986) como: las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia. Los riesgos psicosociales perjudican la salud de los trabajadores, causando estrés y a largo plazo enfermedades cardiovasculares, respiratorias,

inmunitarias, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicas, musculoesqueléticas y mentales.

La evaluación de riesgos psicosociales debe realizarse utilizando métodos que apunten al origen de los problemas (principio de prevención en el origen), es decir, a las características de la organización del trabajo y no a las características de las personas. Se trata normalmente de una evaluación multifactorial que tiene en cuenta aspectos de la tarea, la organización del trabajo, el ambiente, el desempeño, etc.

Uno de los ejes principales de la evaluación de riesgos psicosociales es la participación de los trabajadores en todo el proceso. De hecho, los métodos con una mayor validez científica en este ámbito se basan en realizar preguntas a los trabajadores sobre su percepción de diversas situaciones laborales que pueden ser causa de problemas de índole psicosocial.

Se entienden como Riesgos Psicosociales: el estrés laboral, el burnout, el mobbing, el acoso sexual y la violencia física.

El estrés laboral y el burnout son efectos producidos por las exigencias psicológicas del entorno, mientras que el acoso psicológico, acoso moral o mobbing, el acoso sexual y la violencia física son causas de unas formas características de estrés laboral.

El estrés laboral se define como: el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas, y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo. Además de las condiciones presentes en el trabajo que puedan generar un posible riesgo psicosocial, como sería el estrés laboral, es necesario precisar que existen personas, que debido a su patrón de personalidad son más susceptibles de padecerlo. En consecuencia, han surgido nuevas patologías que han ido aumentando en los últimos años, como el workalcoholic (término anglosajón referente a la adicción al trabajo), o karoshi (en Japón se conoce con el nombre de «karoshi» una enfermedad neurovegetativa provocada por la adicción al trabajo y que, en ocasiones, degenera en suicidio).

El estrés es consecuencia de un desequilibrio percibido entre los recursos personales y organizacionales disponibles por el individuo y, por otro, las exigencias de la situación. El estrés siempre va unido a un riesgo percibido en la situación: ya sea un daño sufrido, ya sea una posible amenaza de daño, o incluso un reto; de lo contrario no existe estrés.

Las situaciones de estrés generan una serie de respuestas típicas en los sistemas:

- **Cognitivo:** Pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad; es decir, una serie de pensamientos recurrentes que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego, tensión, falta de concentración; además piensan que los demás intuyen sus problemas.
- **Fisiológico:** Palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tiritones, sudoración, tensión muscular, respiración agitada y ahogos, molestias de estómago, mareos, etc.
- **Motor:** Dificultad de expresión verbal, bloqueos o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida, aumento de la conducta de fumar, comer y beber, llanto, movimientos repetitivos de pies y/o manos y conductas poco ajustadas observables por otros.

El burnout o síndrome de estar quemado se define como la respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- **Psicosomáticos:** Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- **Conductuales:** Absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

- Emocionales: Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- En ambiente laboral: Descenso de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

El mobbing o acoso en el trabajo se puede definir como una situación en que una persona o grupo de personas ejercen violencia psicológica externa, de forma sistemática (definición estadística: al menos, una vez por semana), durante un tiempo prolongado (definición estadística: al menos durante seis meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo.

El mobbing podría considerarse como una forma característica de estrés laboral, no relacionada exclusivamente con causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con la organización; en el acoso aparecen además, las relaciones interpersonales establecidas en cualquier empresa entre los distintos individuos.

La situación se caracteriza por ser un conflicto asimétrico entre dos partes, donde la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior a la del trabajador hostigado. Así, el presunto agresor o agresores se valen, normalmente, de algún argumento o estatuto de poder como pueden ser la fuerza física, la antigüedad, la fuerza del grupo, la popularidad en el grupo o el nivel jerárquico para llevar a cabo estos hostigamientos.

La víctima percibe que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño, convirtiendo la situación en especialmente estresante. Además, el individuo interpreta las situaciones como una gran amenaza para su integridad, pues entorpece algunas de sus expectativas (como la de recibir un trato equitativo) y atenta contra sus necesidades básicas como la necesidad de afiliación (necesidad de estar asociado y de tener relaciones afectuosas con otras

personas) y de estatus (necesidad de una relación con los otros, establecida y respetada).

Por otra parte, en estas ocasiones el individuo no sabe cómo afrontar estas situaciones para modificar su entorno social, ni sabe cómo controlar las reacciones emocionales que le produce dicho proceso. El fracaso en el afrontamiento de las situaciones y en el control de la ansiedad desencadena una patología propia del estrés, que se va cronificando y agravando progresivamente.

Acoso sexual: Siguiendo la Recomendación de la Comunidad Europea 92/131 de Noviembre de 1991, se entiende por Acoso Sexual:

Toda conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de las mujeres y de los hombres en el trabajo, incluida la conducta de superiores y compañeros, que resulta inaceptable por:

- Ser indeseada, irrazonable y ofensiva para la persona que es objeto de la misma.
- Porque la negativa o el sometimiento de una persona a dicha conducta por parte del empresario o trabajadores se utiliza de forma explícita o implícita como base para una decisión que tenga efectos sobre el acceso de dicha persona a la formación profesional y al empleo, sobre la continuación en el mismo, el salario o cualquier otra decisión relativa al empleo.
- Por crear un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para la persona que es objeto de la misma.

La violencia física: El concepto de violencia física, es considerado como más amplio que el de la mera agresión física. La violencia física en el trabajo incluiría las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes relativas a la producción de un daño corporal más o menos inmediato.

MARCO NORMATIVO:

El marco normativo es el contexto legal y reglamentario adoptado frente a los riesgos del trabajo profesional, donde están establecidos los derechos del profesional, del empleador y el Estado, en sus derechos, deberes y responsabilidades.

La republica argentina fue uno de los primeros países del mundo en legislar sobre la materia (la salud de los trabajadores de la salud). Hacia 1914 la ley 9688 definía una serie de enfermedades que debían ser indemnizadas por el empleador y sienta las bases que definen al empleador como responsable por la salud de aquellos que emplea en lo referido al trabajo encomendado. Casi 60 años más tarde se promulga la ley de higiene y seguridad en el trabajo (19587) la que fija condiciones de higiene y seguridad para todos los lugares de trabajo. La reglamentación de esta ley fija las condiciones para asegurar la salud y seguridad de sus trabajadores. Esta ley continua vigente (con actualizaciones de su reglamentación) y si bien pudiera ser mejorada y no exenta de cuestionamientos, su aplicación es obligatoria para todos los empleadores y para los trabajadores de la salud un derecho a exigir su cumplimiento.

Hacia 1996 entra en vigencia la ley de riesgos del trabajo 24557 que plantea entre sus objetivos:

- Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo
- Reparar daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del damnificado
- Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados. Crea para ello la obligatoriedad del empleador de contratar un seguro, que puede tener las características de un autoseguro o contratar una aseguradora de riesgos del trabajo. Fija para el empleador la obligación de cumplir con la ley 19587. Define como contingencias cubiertas por ley a los accidentes de trabajo, accidentes in itinere y enfermedades profesionales (creando un listado).

1.2.1 trabajo emocional

Es el proceso de regular tanto sentimientos como expresiones personales en pos de alcanzar objetivos organizacionales (Grandey, 2000, p.97). El trabajo emocional puede tener consecuencias tanto positivas como negativas para las organizaciones y sus empleados. Es por eso que es tan importante para ellas

reconocer a sus trabajadores la contribución emocional que realizan a través del desarrollo de su trabajo.

Mann (1997) destaca que las emociones y su manifestación son, de hecho, controladas y manejadas en las organizaciones a través de una gran variedad de medios formales e informales, asegurando que ciertas emociones sean expresadas mientras que otras son reprimidas. Esto es particularmente cierto en el trabajo de prestación de servicios donde se espera que los empleados se atengan a estas condiciones de conducta emocional esperada aun cuando estén experimentando interiormente un conflicto. Cuando este conflicto tiene como resultado que los individuos repriman sus emociones genuinas o que expresen emociones simuladas, ese trabajo o esfuerzo se denomina trabajo emocional. Este término fue desarrollado por Hochschild en 1983 para referirse al desempeño de varias formas de emociones laborales en el contexto de empleo remunerado. El trabajo emocional puede y tiene tanto consecuencias funcionales como disfuncionales para el individuo y la organización. El autor propone que el manejo de las emociones perjudica a los empleados de servicios porque sus emociones son de dicha forma comandadas por la organización. Kim (2008) estima que el trabajo emocional tiene un efecto de doble implicancia: puede tener influencia positiva en el éxito organizacional pero impacto negativo en el bienestar de los empleados. Generalmente la influencia del trabajo emocional en los empleados se manifiesta en la salud física, bienestar psicológico y actitudes hacia el trabajo que generalmente son menos favorables.

1.3 Recursos personales

Las fortalezas y recursos psicológicos se podrían conceptualizar como características positivas de la personalidad que pueden actuar dirigiendo u organizando el comportamiento en diferentes situaciones. Son características disposicionales que se repiten a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, y que se desarrollan o se modifican a partir de las interacciones del individuo con otros individuos o con el entorno. Diferentes estudios han descrito las fortalezas y recursos psicológicos como factores de protección humana contra la adversidad y el infortunio. Las evidencias aportadas por los variados trabajos de investigación han abierto una vía para el desarrollo de intervenciones

psicológicas que intenten fomentar o entrenar a las personas en las más diversas fortalezas o recursos psicológicos, como una alternativa para la promoción del bienestar y la salud (Amorós, Carrobbles, Gómez, Remor, 2010) .

1.3.1 Optimismo

El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991; Scheier y Carver, 1993) han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva. El interés moderno por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces son muchos los estudios que muestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002). Desde un punto de vista evolucionista es considerado además como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, 1989).

El sentido común nos dice que es positivo mirar al futuro con optimismo y numerosos trabajos empíricos apoyan esta idea. Así por ejemplo, estudios con población general muestran una clara tendencia de las personas a sobreestimar el grado de control que tienen sobre las situaciones (Langer, 1975), mientras que las personas deprimidas estimarían de forma muy precisa su grado de control real (Alloy y Abramson, 1979). Esta ilusión de control, junto con otros mecanismos, contribuyen a explicar por qué unas personas no se deprimen y otras sí.

“¿Qué distingue a una persona optimista de una pesimista? ¿Es bueno ver la vida un poco mejor de lo que en realidad es? ¿Los pesimistas son realistas y los optimistas viven de ilusiones? Estas y otras preguntas son las que pretenden ser resueltas con el estudio científico de esta materia. Así, el optimismo promete ser

uno de los tópicos más importantes en la investigación en psicología positiva” (Poseck, 2006).

Podemos definir a la persona optimista como aquella que espera que le sucedan cosas buenas. La principal diferencia con los pesimistas se refiere a las expectativas futuras y fundamentalmente al sentimiento de confianza o duda sobre el grado en que las metas son asequibles (Carcer y Scheier, 2002). Los optimistas ante situaciones retadoras muestran una postura de confianza y persistencia en general. Los pesimistas se muestran dudosos y vacilantes. Esto puede ser también manifiesto en condiciones de adversidad. El optimista pensará que se puede manejar la adversidad con éxito de una forma u otra. El pesimista anticipará desastres. Como es de suponer, estas diferencias tienen consecuencias en la forma de afrontar los cambios, la adversidad y el estrés afectando a cómo las personas orientan sus vidas. Ante dificultades y situaciones inesperadas, los optimistas esperan obtener buenos resultados aunque la cosa se ponga difícil. Esta confianza general da lugar a sentimientos positivos. Mientras los pesimistas esperan resultados negativos y esto hace que experimenten con más frecuencia sentimientos negativos (ansiedad, enojo, tristeza, etc.). En relación a los procesos de estrés los optimistas y pesimistas utilizan estrategias de afrontamiento diferentes. Los optimistas usan estrategias centradas en el problema, especialmente cuando la situación es controlable. Pero ante situaciones incontrolables, sencillamente, las aceptan tal como son. El pesimista reacciona negándola o distanciándose de ella. En este sentido, los optimistas aceptan las nuevas situaciones y los problemas como reales (aunque no puedan resolverlos) y adoptan la mejor visión posible aunque la situación no pueda cambiarse. En cuanto a las estrategias de afrontamiento de estrés, los optimistas tienen un estilo de acercamiento y los pesimistas de evitación. Es importante la diferencia entre optimistas y pesimistas respecto a las situaciones incontrolables o irresolubles porque mientras unos las aceptan como reales, los otros tienen un sentimiento de rechazo. La aceptación supone la reestructuración de los datos y la experiencia tratando de integrarlos para el futuro. Sin embargo, el ser «excesivamente» optimista no es lo mejor, no podemos ver el mundo a través de unas «gafas de color rosa». El optimista utópico o el exceso de optimismo puede sobrestimar las capacidades de la persona para afrontar una

situación manifestando estrategias de afrontamientos débiles o insuficientes. O también es posible que las personas optimistas tengan menos resistencia a la frustración y se sientan peor ante los resultados negativos debido a la desconfirmación de sus expectativas. Por esto es fundamental desarrollar un optimismo «realista» que sería la tendencia a mantener expectativas positivas basándose en las capacidades y los recursos reales (Descals, 2004).

1.3.2 Resiliencia

Se considera que la resiliencia es un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad. Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990) definen la resiliencia como el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento. La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) que la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante. Otra semejante es la de Masten (2001) quien la ha definido como un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo. Y, para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. Esto implica que el sujeto, por una parte, va a ser expuesto a una amenaza significativa o a una adversidad severa y, por otra parte, lleva a cabo una adaptación positiva a pesar de las importantes agresiones sobre el proceso de desarrollo. Más recientemente, el propio Luthar (2003) define el término de resiliencia como la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida. De modo semejante, Masten y Powell (2003) indican que la resiliencia se refiere a patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas. Para ellos, la resiliencia sería la descripción de un patrón general más que un diagnóstico. Por ello considera que lo más apropiado sería decir «esta persona tiene un patrón resiliente», o «esta

persona muestra las características de la resiliencia». No la consideran como un rasgo de un individuo, ya que la misma puede variar a lo largo del tiempo y de las etapas de la vida, manifestada en conductas y patrones en la vida. Finalmente, en la revisión de Fergus y Zimmerman (2005) indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo. Para que aparezca la resiliencia tienen que estar presentes tanto factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo. (Becoña, 2006)

Emiliano Galende expone en “subjetividad y resiliencia” ¿Qué es la resiliencia? Se trata de un llamado a explorar y conocer a aquellos que tuvieron éxito frente a la adversidad o que se enriquecieron como personas con ella. Es pensar a un individuo no como víctima pasiva de sus circunstancias sino como sujeto activo de su experiencia. “Resiliencia” evoca desde el inicio la idea de complejidad e integración: complejidad de los procesos reales en que se desenvuelve la vida; integración de esos niveles que la ciencia separa para su conocimiento pero que solo tienen una existencia integrada en la experiencia del hombre, el de los mecanismos biológicos del cuerpo, la vida psíquica y la existencia social.

Resiliente es quien no se resigna a reproducir las condiciones existentes; su ambición crea el imaginario de un cambio posible, y esto ya lo cambia a él como individuo a la vez que impacta sobre el grupo inmediato y señala los comportamientos prácticos para enfrentar la adversidad y sus imposiciones. El sujeto resiliente no es un adaptado y menos aún un inadaptado, es un sujeto crítico de su situación existencial, capaz de apropiarse de los valores y significados de su cultura que mejor sirvan a la realización de su propio anhelo o ambición.

1.4 engagement

Salanova y Schaufeli en el 2009 afirmaron que las connotaciones diarias del engagement se refieren a la vinculación, la implicación, el compromiso, la pasión, el entusiasmo, el esfuerzo y la energía. Esto se refleja en el diccionario merriam-webster, que describe el engagement como “una implicación o compromiso emocional”. El origen del término engagement del empleado no está totalmente claro, pero se utilizó por primera vez a finales de los noventa por

la organización Gallup, una firma de consultoría líder en su sector (Buckingham y Coffman, 1999). Aunque las frases “engagement del empleado” y “engagement en el trabajo” se utilizan normalmente como sinónimos, nosotros preferimos la última por ser más específica. A saber, el engagement en el trabajo se refiere a la relación que tiene el trabajador con su trabajo, mientras que el engagement del empleado puede también incluir la relación existente con la organización.

El primer académico que conceptualizó el engagement en el trabajo fue Kahn (1990, p. 694), que describió-lo que él llamo- “engagement personal” como el (...) aprovechamiento de los miembros de la organización de sus propios roles de trabajo: en el engagement, las personas utilizan y se expresan a sí mismas física, cognitiva, emocional y mentalmente durante el desarrollo de sus roles. Kahn se centró en la forma en la que los trabajadores satisfacen sus roles de trabajo y asumió que los trabajadores engaged se esfuerzan mucho en su trabajo porque se identifican con él- se definen a sí mismos en los términos de sus roles de trabajo-. Kahn identificó tres condiciones psicológicas que se tienen que encontrar en los roles de trabajo de las personas que están engaged:

1-significación: el trabajo en sí mismo sería significativo y retador;

2-seguridad: el lugar de trabajo sería fiable, seguro y previsible;

3-disponibilidad: los recursos físicos y psicológicos necesarios estarían disponibles para mejorar el rol laboral.

Cuando el trabajo es significativo, el ambiente de trabajo es seguro, y los recursos personales están disponibles para el trabajador, el engagement personal en el rol de trabajo es más probable que se desarrolle. Un par de años después, Kahn diferenció su concepto de engagement desde la presencia psicológica o experiencia de “estar completamente inmerso”. Esto último hace referencia a cuando “...las personas sienten y están atentas, conectadas, integradas y centradas en su rol laboral” (p. 322). el engagement se entiende como un tipo especial de conducta-dedicando energía en el rol laboral de uno mismo- que está motivada por un estado mental esencial llamado presencia psicológica. A su vez, se asume que el engagement produce resultados positivos, tanto a nivel individual (crecimiento y desarrollo personal) como a nivel organizacional

(calidad del rendimiento). El concepto inicial de engagement en el rol laboral que propuso Kahn se ha diferenciado en un aspecto externo (la conducta) y uno interno (los aspectos psicológicos).

Una aproximación académica alternativa considera que el engagement en el trabajo es un estado psicológico de realización o la antítesis positiva del burnout (Schaufeli y Salanova, 2007). Se asume que contrariamente a aquellos que padecen burnout, los trabajadores engaged tienen un sentimiento de conexión energética y afectiva con su trabajo, en lugar de ver su trabajo como estresante y demandante lo perciben como retador. Para ellos, el trabajo es divertido y no una carga. En el engagement existe una sensación de realización en contraste con el vacío de vida que deja en la gente el sentimiento de pérdida característico del síndrome de burnout.

En entrevistas en profundidad realizadas con trabajadores engagement y trabajadores quemados se registraron diferencias importantes entre ambos grupos, diferencias que ilustraban la naturaleza opuesta de ambos fenómenos (Schaufeli et al., 2001). Por ejemplo, los trabajadores engaged son proactivos, buscan y aceptan responsabilidades relacionadas con su profesión. En el caso de que algo les moleste en su trabajo, expresan sus quejas, plantean alternativas o sugerencias para mejorar, o en última instancia dejan el puesto de trabajo si no hay nada que hacer para mejorar su situación, por su parte, los trabajadores quemados se quejan, se sienten frustrados y tratados injustamente pero se mantienen pasivos-han renunciado a pensar que pueden hacer algo para cambiar la situación-. Además, los trabajadores engaged tienen valores que coinciden con los que tiene la organización en la que trabajan, mientras que en los trabajadores quemados se observan valores más contrapuestos con los valores de la organización. Por último, los trabajadores engaged organizan su trabajo de tal manera que reciben retroalimentación positiva, por ejemplo debido a sus conductas amigables con los clientes. Los trabajadores quemados, sin embargo, son cínicos y se comportan de forma cruel y distante, por lo que en lugar de feedback positivo, suelen recibir retroalimentación negativa o-incluso peyorarse implicados en algún conflicto.

El engagement se define como “...un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción” (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma y Bakker, 2002^a, p. 74). El vigor se caracteriza por altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, por el deseo de esforzarse en el trabajo que se está realizando incluso cuando se presentan dificultades. La dedicación hace referencia a una alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significación. Entusiasmo, inspiración, orgullo y reto por el trabajo. Por último, la absorción se produce cuando la persona está totalmente concentrada en su trabajo, cuando el tiempo le pasa rápidamente y presenta dificultades a la hora de desconectar de lo que se está haciendo, debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentadas. Se asume que el vigor y la dedicación son los polos opuestos del agotamiento y del cinismo, respectivamente. Estos dos últimos se consideran como los síntomas centrales del burnout (Schaufeli y Taris. 2005).

El burnout se caracteriza por una combinación de poca energía (agotamiento) y poca identificación (cinismo), mientras que el engagement en el trabajo se caracteriza por el patrón opuesto: una combinación de alta energía (vigor) y una elevada identificación (dedicación).

Para Kahn (1990-1992) el aspecto clave del engagement es el rol laboral, mientras que para quienes definen el engagement como un estado de realización el concepto clave es la actividad del trabajador en su trabajo o el trabajo en sí mismo. A pesar de que las dos definiciones académicas han sido desarrolladas independientemente la una de la otra y se han originado desde distintos marcos teóricos ambas coinciden en que el engagement incluye un componente conductual-energético (vigor), un componente emocional (dedicación) y un componente cognitivo (absorción). Esto significa que viniendo de áreas distintas e independientes las dos aproximaciones han llegado a la misma conclusión respecto a las características básicas del engagement.

1.5 sistema de salud publica y privada en Argentina

Se entiende por sistema argentino de salud a la respuesta social organizada a los problemas de salud de la población del país. El mismo se organiza en tres subsectores o subsistemas; el público, el de la seguridad social y el privado.

El Subsector Público:

La Argentina tiene un amplio subsistema público de salud con cobertura en todo el territorio nacional. Por su carácter de país federal el subsistema público de salud opera en los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población, siendo la salud, una competencia no delegada por los gobiernos provinciales a la esfera nacional. Es decir, la responsabilidad por los servicios públicos de salud permanece en la esfera provincial y las autoridades sanitarias provinciales poseen competencias relativas a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y administración de las instituciones y establecimientos públicos, formación y capacitación de los recursos humanos en el sector, coordinación intersectorial, regulación de actividades vinculadas con la investigación, entre otras funciones, todas dentro de sus respectivas jurisdicciones. Por su parte la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. Esto se encuentra especificado en la Ley de Ministerios de cada provincia y de la Ciudad de Buenos Aires, que además de enunciar las competencias de regulación, fiscalización, información y prevención del Ministerio de Salud de la Nación, especifica sus funciones de coordinación y articulación incorporando la función de rectoría al señalar que: compete al Ministerio de Salud de la Nación “entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social”.

El Subsector Privado:

Está conformado por un conjunto de empresas de afiliación voluntaria que cobran una mensualidad (o prima) a sus afiliados y les brindan acceso a una red

de servicios médicos y al conjunto de prestaciones establecidas por regulación nacional a través del PMO (Programa Médico Obligatorio) y son las mismas que rigen para las OSN. Las mismas son denominadas Empresas de Medicina Prepaga, Y si bien existen y operan en todo el país, se registra una fuerte concentración de la demanda en Capital Federal y Conurbano Bonaerense. Sin embargo, el sector salud argentino está integrado también por un amplio mercado de prestadores médicos privados que venden servicios a los seguros médicos, sean estos sin fines de lucro (Obras sociales) o privados (prepagas) y en algunos casos cobran copagos a la población beneficiaria.

En conclusión, en el Sistema de Salud Argentino se distinguen tres subsistemas que desempeñan funciones diferenciadas y mantienen múltiples relaciones entre sí, además de existir diversos agentes que operan como financiadores y como prestadores.

El subsector público se financia con recursos provenientes de rentas generales que son fijados anualmente en los presupuestos públicos de cada jurisdicción. En el país existe recaudación de impuestos tanto en los niveles subnacionales (en cada provincia o municipio) como en el nivel nacional. Parte de lo recaudado a nivel subnacional debe ser consolidado con la recaudación nacional y luego coparticipado.

La fórmula de reparto de la coparticipación federal no considera variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector. Tampoco hay legislación que exija una determinada destinación específica para los recursos de salud. Es decir, cada provincia tiene la potestad de definir qué porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud. En consecuencia, una vez que recaudó sus impuestos locales y recibió su porción de rentas coparticipadas, cada provincia decide qué presupuesto asignar a la salud pública. Esto se traduce en fuertes diferencias en las ofertas de salud entre ellas (y a veces a su interior mismo).

La Constitución Nacional, sancionada en 1994, establece, en su artículo 75 inciso 22, el derecho de todos los ciudadanos a la salud. Es decir, en la Argentina el acceso a la salud es Universal y Gratuito. Sin Embargo, la población que se comporta como demanda natural y básica del Sector Público es la que carece de

cobertura de seguros asistenciales obligatorios (obras sociales) o voluntarios (prepagas) información extraída del Dossier nacional de atención primaria en salud, 2007.

El servicio público presupone usualmente una organización de elementos y actividades para un fin, una ordenación de medios materiales y personales, esto es, una empresa en sentido económico. La idea de organización es inseparable de la noción de servicio público. Es la actividad tomada como conjunto, consustanciada con la organización que efectúa tales acciones o prestaciones.

El objeto o finalidad de esta actividad es —siempre estando a la concepción tradicional— satisfacer una necesidad pública (colectiva, de interés público, etc.) Necesidad pública, o necesidad de interés público, significa la suma de las necesidades individuales; no presupone necesariamente que todos los individuos de la sociedad deban tenerla, sino sólo que una mayoría de ellos la tiene.

En razón de que trata de satisfacer una necesidad pública, el servicio público debe estar dotado, se afirma entonces, de “medios exorbitantes al derecho común,” es decir, de un régimen de derecho público que asegure la generalidad, uniformidad, regularidad y continuidad del mismo. El poder público se hace así presente a través de un régimen jurídico especial que subordina los intereses privados al interés público, fundamentalmente en razón de proteger la continuidad del servicio. En efecto, de estos cuatro caracteres que hacen al funcionamiento del servicio público, el más importante es el de la continuidad, el cual no significa que la actividad sea ininterrumpida, sino tan sólo que satisfaga la necesidad pública toda vez que ella se presente. La continuidad del servicio público reside, pues, en que se satisfaga oportunamente —sea en forma intermitente, sea en forma ininterrumpida, según el tipo de necesidad de que se trate— la necesidad pública.

La generalidad significa que todos los habitantes tienen derecho a gozar del servicio, y se comprende en una característica que a veces se menciona aisladamente: La igualdad o uniformidad, por imperio de la cual todos tienen derecho a exigir el servicio en igualdad de condiciones. Regularidad quiere decir conformidad a reglas y condiciones preestablecidas (Gordillo).

1.5.1 CAPS: Tres Arroyos

La Atención Primaria de la Salud se entiende como una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad en la atención de las personas y del conjunto social considerando, al mismo tiempo, la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. La política de APS busca que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia con acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas.

En las mayores provincias del país (Buenos Aires, Córdoba y en la Ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe) los municipios cuentan con servicios propios. En su mayoría se trata de centros que desarrollan la Atención Primaria de la Salud (CAPS), pero también hay hospitales municipales.

La asistencia desde Nación en cuanto a la implementación y formulación de la política de APS consiste en:

- Garantizar la accesibilidad de toda la población a los servicios de salud.
- Garantizar el acceso a los medicamentos esenciales de la población de bajos recursos.
- Garantizar el acceso a la provisión complementaria de leche.
- Garantizar el acceso a la provisión de vacunas.
- Formar RRHH especializados en Salud Social y Comunitaria

El Sistema de Salud actual, en todas las provincias, está integrado por centros de salud y hospitales de diferentes complejidad, generalmente están regionalizados por criterios geográficos, conforman redes formales de servicios y en algunos casos sistemas de referencia y contrarreferencia, usualmente enunciados solamente como procesos meramente administrativos.

En general existen Zonas de Salud que respetan estructuralmente los Departamentos. Cada Zona tiene Áreas Programáticas con cabeceras en Hospitales Bases Referenciados, del que dependen los CAPS.

Los Hospitales tienen Directores Asociados que tienen la función de Jefes de Área Programática y son responsables de la coordinación de los CAPS del área del Hospital (extraído del Dossier nacional de atención primaria en salud, 2007).

El seguro Municipal de Salud es el Programa Integral de Atención Primaria creado por el área de salud de la Municipalidad de Tres Arroyos, es un modelo de gestión centrado en la salud y su cuidado, cuenta con 8377 usuarios y 17 Centros de Atención Primaria en todo el Distrito, y sus lineamientos básicos son:

- Brindar atención y asistencia directa a la comunidad, mediante los equipos de salud, que tratan a la persona de manera integral, teniendo en cuenta su entorno social y sociosanitario. Asume la tarea de promover la salud y su derecho a la misma, diagnosticar y tratar a los usuarios que enferman mediante un seguimiento pormenorizado.
- Implementar Prácticas de Promoción y Prevención de la Salud, desde cada Centro de Atención Primaria de la Salud en enfermedades prevalentes, enfermedades endémicas, de salud mental, planificación familiar, adicciones, entre otras.
- Diagnosticar en cada barrio las principales problemáticas en salud de modo de implementar campañas de prevención y concientización.

En el trabajo con los equipos de salud de los Centros de Atención Primaria de la Salud (compuestos por médicos, enfermeros, promotores de salud, entre otros profesionales), se estructura un Proyecto de Trabajo Anual, basado en un abordaje territorial, y de acuerdo a las necesidades de cada barrio de la ciudad; se realiza el acompañamiento según las necesidades detectadas. Para lograr que los usuarios del Seguro Municipal de Salud, tenga a su disposición desde los Centros de Atención Primaria de la Salud: asistencia, gestión, visitas domiciliarias, trabajo con orientación comunitaria, difusión a la comunidad.

- Desarrollar Redes Locales: participación comunitaria en Mesas de Gestión, así como también trabajo en red con Organizaciones No Gubernamentales, Instituciones Educativas y de la comunidad.

El Seguro Municipal de Salud brinda todos sus servicios en forma gratuita a todos los usuarios que lo poseen, a fin de garantizar equidad e igualdad en atención a las familias sin cobertura social. Información extraída de la página web www.centrosdesaludtsas.com.ar/nivel-caps-descripcion.html.

2. objetivos

2.1 objetivo general y objetivos particulares

Objetivo general

Estudiar los recursos personales en el trabajo emocional de centros sanitarios de salud en la ciudad de Tres Arroyos, Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Relevar y analizar el nivel de engagement en el trabajo de los trabajadores de los centros primarios de salud
- Relevar y analizar el optimismo y la resiliencia de los trabajadores de algunos de los centros primarios de salud.
- Analizar la concordancia entre los niveles de recursos personales obtenidos y las demandas de tales recursos respecto del trabajo emocional desempeñado
- Realizar propuestas de mejora de la calidad de vida laboral y salud ocupacional del caso analizado.

3. metodología

Se propone una investigación de tipo Exploratorio - Descriptivo. Dado que no existen investigaciones previas acerca de esta temática en mi ciudad se requiere la exploración del fenómeno mediante la recolección de datos, a través de técnicas elegidas para lograr un acercamiento al mismo y realizar un análisis estadístico. De esta manera podrán surgir interrogantes o líneas de investigación futuras. Además de explorar, en esta investigación se pretende describir, es decir, medir las variables investigadas con la finalidad de analizarlas, de determinar cómo es o como se manifiesta el fenómeno estudiado.

3.1 participantes

La muestra de la investigación se compone de 24 profesionales del ámbito de la salud pública, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 25 y 70 años, de la ciudad de Tres Arroyos, provincia de Buenos Aires, Argentina. Los participantes fueron seleccionados por medio de un muestreo probabilístico intencional, incluyendo a la totalidad de los trabajadores de cada una de las 4 salas elegidas (2 ubicadas al norte y 2 ubicadas al sur de la ciudad, Equidistantes del centro en sentido opuesto) excluyendo al personal administrativo y auxiliar debido a que el objetivo de la investigación es estudiar los recursos personales de quienes están en contacto directo con las personas que demandan atención sanitaria. 4 centros de atención primaria de la salud ubicados al norte (2) y al sur (2) de la ciudad de tres arroyos. El seguro Municipal de Salud es el Programa Integral de Atención Primaria creado por el área de salud de la Municipalidad de Tres Arroyos, es un modelo de gestión centrado en la salud y su cuidado, cuenta con 8377 usuarios y 17 Centros de Atención Primaria en todo el Distrito.

3.2 instrumentos

3.2.1 UWES

Para determinar los niveles de engagement en el trabajo se utilizará la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES). Para la evaluación del nivel de engagement se utilizará el Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Este instrumento evalúa Vigor, Dedicación y Absorción como componentes del Engagement. Wilmar

Schaufeli y Arnold Bakker (2003; 2006) desarrollan este test y lo presentan en varios idiomas; entre ellos Español, bajo el nombre de “Encuesta de Bienestar y Trabajo”. Esta herramienta está compuesta por 17 ítems distribuidos con una escala Likert de siete posiciones (desde 0 = «nunca», hasta 6 = «siempre»).

El vigor se evalúa mediante los seis ítems siguientes, que se refieren a los altos niveles de energía y resiliencia, la voluntad de dedicar esfuerzos, no fatigarse con facilidad, y la persistencia frente a las dificultades: 1. En mi trabajo me siento lleno de energía. 2. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo. 3. Cuando me levanto por las mañanas, tengo ganas de ir a trabajar. 4. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo. 5. Soy muy persistente en mi trabajo. 6. Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando. Aquellos que presentan altos puntajes en vigor generalmente tienen mucha energía, entusiasmo y resistencia cuando trabajan, mientras aquellos que presentan bajos puntajes, tienen menos energía, entusiasmo y resistencia en lo que concierne a su trabajo. La dedicación se evalúa mediante cinco ítems que se refieren al sentido o significado del trabajo, a sentirse entusiasmado y orgulloso por su labor, y sentirse inspirado y retado por el trabajo. 1. Mi trabajo está lleno de significado y propósito. 2. Estoy entusiasmado con mi trabajo. 3. Mi trabajo me inspira. 4. Estoy orgulloso del trabajo que hago. 5. Mi trabajo es retador. Aquellos que presentan altos niveles en dedicación se identifican fuertemente con su trabajo porque la experiencia es significativa, inspiradora y desafiante. Por lo tanto, ellos generalmente se sienten entusiasmados y orgullosos en relación a su trabajo. Aquellos que presentan bajos puntajes, no se identifican con su trabajo porque ellos no consideran la experiencia como significativa, inspiradora o desafiante, y no se sienten ni entusiasmados, ni orgullosos, en relación a su trabajo. La absorción se evalúa mediante seis ítems que se refieren a estar felizmente inmerso en su trabajo y presentar dificultad para dejarlo, de tal forma que el tiempo pasa rápidamente y uno se olvida de todo a su alrededor. 1. El tiempo vuela cuando estoy trabajando. 2. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí. 3. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo. 4. Estoy inmerso en mi trabajo. 5. Me “dejo llevar” por mi trabajo. 6. Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo. Aquellos que presentan altos puntajes en absorción, están usualmente contentos de involucrarse en su trabajo, se sienten inmersos en él y presentan dificultad para dejarlo porque la actividad los

impulsa. Como consecuencia de ello, se olvidan de todo alrededor y el tiempo parece volar. Los que presentan bajos puntajes en absorción, no se sienten involucrados o inmersos en el trabajo, no presentan dificultad en dejarlo ni dejan de poner atención a su entorno ni al tiempo que transcurre.

Los resultados de los análisis psicométricos del UWES pueden resumirse de la siguiente manera:

- Validez factorial: los análisis factoriales confirmatorios muestran que la estructura hipotética del UWES de tres factores, es superior al modelo de un solo factor y se ajusta a los datos de las diversas muestras tomadas en Holanda, España y Portugal (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Schaufeli et al., 2002a; Schaufeli, Martínez, Márquez- Pinto, Salanova y Bakker, 2002b; Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2003). Sin embargo, hay una excepción. Sonnentag (2003), utilizando el análisis factorial exploratorio, no encontró una estructura trifactorial bien definida y decidió utilizar el puntaje total del UWES como medida del engagement en el trabajo.
- Correlación interna: Aún cuando el análisis factorial confirmatorio del UWES, define una estructura tridimensional, estas tres dimensiones están íntimamente relacionadas. Las correlaciones entre las tres escalas generalmente exceden el .65 (Demerouti et al. 2001; Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002a, 2002b), además de que la correlación entre las variables latentes presentan un intervalo entre .80 y .90 (Salanova et al., 2000; Schaufeli et al., 2002a, 2002b).
- Estabilidad transcultural: La estructura factorial de la versión corta del UWES, adaptada para estudiantes (ver apartado 4.9) es notablemente estable entre las muestras de España, Holanda y Portugal (Schaufeli et al., 2002b). Los análisis detallados muestran que solo tres ítems difieren significativamente entre las muestras de los tres países.
- Consistencia interna: La consistencia interna de las tres escalas del UWES es adecuada. Esto quiere decir que, en todos los casos, los valores α de Cronbach son iguales o superan el valor crítico de .70 (Nunnally y Bernstein, 1984). Usualmente, los valores α de Cronbach varían entre .80 y .90 (Salanova et al., 2000; Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli, 2001; Demerouti et al., 2001; Montgomery, Peeters, Schaufeli y Den Ouden, 2003; Salanova, Bresó y Schaufeli, 2003a; Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2003; Salanova, Carrero, Pinazo y Schaufeli, 2003b; Schaufeli y Bakker, en prensa).

- Estabilidad: Los puntajes del UWES son relativamente estables a través del tiempo, presentado una estabilidad promedio de dos años para los coeficientes de vigor, dedicación y absorción, que son .30, .36 y .46, respectivamente (Bakker, Euwema y Van Dierendonk, 2003)

Resumiendo: Estos resultados psicométricos confirman - como se esperaba - la validez factorial del UWES. El UWES consiste en tres escalas altamente relacionadas. Además, este patrón de correlación se replica en muestras de diferentes países, lo que confirma la validez a nivel transcultural del modelo de tres factores. Tomando en cuenta todo esto, podemos afirmar que el engagement es un constructo formado por tres factores íntimamente relacionados, que son medidos por tres escalas internamente consistentes (Valdez, et al, 2011).

3.2.2 RSA

Escala RSA para la evaluación de la resiliencia: La escala de Resiliencia para adultos (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen (2006) en su versión adaptada a la Argentina por Castañeiras et. al. (2010) dentro del ámbito del Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica (GIEPsi) de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicha escala permite evaluar seis dimensiones resilientes: “Percepción del Self”, “Planeamiento del Futuro”, “Competencia Social”, “Recursos Sociales”, “Cohesión Familiar” y “Estilo Estructurado”.

La Escala de Resiliencia para Adultos RSA publicada por Odin Hjemdal en 2007, consta de 33 reactivos que permiten evaluar las seis dimensiones de resiliencia en una escala de respuesta basada en diferencial semántico, un procedimiento utilizado para medir el significado que tienen ciertos objetos, hechos, situaciones o personas para los evaluados.

Las dimensiones propuestas son:

- Percepción del Self: hace referencia a la confianza en los propios recursos para hacer frente a las situaciones adversas.
- Planeamiento del Futuro: en cuanto a la posibilidad de alcanzar metas, objetivos y proyectos personales.

- **Competencia Social:** alude a la flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales.
- **Recursos Sociales:** en cuanto a la percepción que tiene el sujeto de su red social de apoyo.
- **Cohesión Familiar:** en términos de unión, lealtad y valores compartidos en el grupo familiar.
- **Estilo Estructurado:** entendido como la capacidad de anticipación y planificación para el logro de objetivos personales.

El proceso de traducción de un instrumento es una etapa fundamental para garantizar su validez en distintas culturas. En este sentido se ha realizado el proceso de traducción y adaptación cultural de la versión original de la escala RSA para la ciudad de mar del plata cumpliendo con los criterios establecidos para garantizar su equivalencia a nivel conceptual (implica garantizar que el constructo teórico evaluado sea el mismo en ambas culturas y que sea valorado del mismo modo), lingüística (asegurar que los términos empleados en la formulación de los ítems y consignas tengan significados equivalentes), métrica (se refiere a la revisión de la calidad métrica integral: ponderación de ítems, re-evaluación de la confiabilidad y validez de los resultados y adecuación de las normas) y de formato (alude a los aspectos formales del instrumento que pueden afectar la forma de responder de los sujetos).

No existe una guía estándar para realizar el proceso de adaptación transcultural a otro idioma. La mayoría de los estudios realizados de traducción y adaptación de instrumentos utilizan diferentes métodos. Los procedimientos más utilizados son: traducción lineal, traducción lineal con estudio piloto y traducción-retrotraducción con personas monolingües o bilingües. El método que se considera más completo y garantiza una mayor calidad en el proceso de traducción es la traducción retrotraducción por personas bilingües o monolingües. Este es el método que se utilizó para la versión argentina de la RSA. El GIEpsi emprendió este desarrollo tecnológico en el año 2010 al tomar conocimiento de la existencia de la versión original de la escala RSA proveniente de Noruega luego de una exhaustiva búsqueda de instrumentos que operacionalizarán y evaluarán lo que se ha dado en llamar en la comunidad científica resiliencia.

Esto dio lugar a una serie de etapas. Inicialmente se evaluó si el fenómeno que media el instrumento existía en nuestra cultura. Posteriormente, se realizaron varias traducciones de la versión original al castellano atendiendo a la especificidad del uso de la lengua en nuestro contexto. Las mismas estuvieron a cargo de traductores bilingües, con conocimiento acerca del constructo evaluado por la escala para garantizar la equivalencia conceptual. Este proceso de traducción incluyó un periodo de intercambio con el autor de la versión original (Hjemdal, 2007) que dio lugar a la depuración de una primera versión del instrumento. Sobre esta versión se realizó una retrotraducción a la lengua original a cargo de dos personas bilingües, una de ellas con formación específica en psicología. Esta se comparó con la versión original, con el objetivo de realizar las depuraciones finales, dando lugar a la versión final autorizada por Hjemdal para su utilización en contextos de habla hispana. Este procedimiento avala la aplicabilidad de la RSA en nuestra población y se considera como garantía de calidad del proceso de adaptación del instrumento.

La versión definitiva de la RSA fue sometida a un estudio piloto en población general y actualmente el GIEpsi está avanzando en el estudio psicométrico sobre la calidad técnica del instrumento para su publicación. Los análisis técnicos preliminares indican que si bien las seis dimensiones evalúan aspectos positivos asociados no aportan una medida unitaria del constructo por lo que se recomienda como más adecuada la interpretación de los resultados para cada dimensión por separado en lugar de una puntuación global (Hjemdal, 2007).

El instrumento es aplicable a sujetos adultos a partir de 18 años, de manera individual o colectiva, y debido a su complejidad y extensión puede considerarse de fácil y rápida administración. Para completar el instrumento el sujeto deberá responder a los 33 ítems teniendo en cuenta la siguiente consigna: “Piensa en cómo eres habitualmente o en cómo has estado en este último mes, en tus pensamientos y en tus sentimientos, tanto hacia ti mismo como hacia las personas que te rodean. Por favor, marca con una cruz para cada ítem la casilla que se encuentre más cerca de la afirmación que mejor te describa”.

Cada uno de los 33 ítems se puntúa con valores de 1 a 7 de izquierda a derecha de acuerdo a la casilla elegida por el sujeto a las opciones presentadas. Luego por sumatoria simple se arriba a la puntuación total directa de cada escala teniendo en cuenta los reactivos que la componen.

La interpretación de los resultados incluirá dos niveles. En primer lugar se compararán las puntuaciones totales obtenidas para cada dimensión con los valores de la muestra general y En segundo lugar, y dado que este tipo de constructos aumenta considerablemente su riqueza interpretativa al incorporar un análisis cualitativo que destaque la singularidad de las respuestas de cada sujeto, se incluirá un análisis de contenido de cada dimensión evaluada y de los ítems que la componen, con el fin de indagar el significado que el sujeto le atribuye a los recursos percibidos que actúan como factores protectores.

Dado que las dimensiones no incluyen la misma cantidad de ítems, para poder realizar la comparación de las puntuaciones relativas se deberá dividir la puntuación total directa por la cantidad de ítems que componen cada una de ellas (análisis intrasubjetivo).

3.2.3 Optimismo y SWLS

Para medir el optimismo se utilizará la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) y el instrumento desarrollado por el GIEPSI (Grupo de investigación en evaluación psicológica de la facultad de psicología de la UNMDP)

Instrumento GIEPSI

Instrumento diseñado por el grupo de investigación GIEPSI, de la Facultad de Psicología de la UNMDP, que es en un cuestionario autoadministrado que consiste en 10 oraciones propositivas con un una escala Likert de 6 puntos de Nunca a Siempre. Los resultados se interpretan a través de la escala Nulo, medio y máximo. La escala media se propone descomponerla en media-baja, media-media y media alta, dada la amplitud del intervalo que se genera.

SWLS (Satisfaction with life Scale)

Instrumento SWLS (Satisfaction with life Scale) de Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen and Sharon Griffin, se trata de un cuestionario autoadministrado que consiste en 5 oraciones propositivas con una escala Likert de 7 que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Los resultados se ordenan según la escala de satisfacción con la vida: muy alta, alta,

media, inferior, insatisfechas y muy insatisfechas. Información extraída de <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/SWLS.html>.

3.3 diseño de la investigación

Esta investigación presenta un diseño de investigación cuantitativo, el análisis de los datos recolectados es realizado a través de métodos estadísticos, a su vez, también se interpretan los resultados cualitativamente.

3.4 procedimiento

En primera instancia establecí contacto con la coordinadora general de los centros de atención primaria de la salud para solicitar el permiso de asistir a las salas con la investigación propuesta. La administración de las técnicas se sucedieron en el horario regular de trabajo de los participantes, de manera individual y anónima, con la entrega de consentimientos informados como certificado de la participación voluntaria de los profesionales en la investigación. Cabe destacar la ayuda del personal administrativo al brindarme los horarios de atención de cada profesional para poder organizarme y asistir a cada encuentro. En general fui atendida con amabilidad, respeto y muy buena disposición por parte de los trabajadores.

3.5 metodología para el análisis de datos

En primera instancia los resultados de los test fueron calculados en papel y posteriormente colocados en planillas de Excel para su mejor observación y análisis. Luego se tomaron los resultados de cada test, por sala y se realizó un perfil de análisis de los resultados totales de cada centro de salud. Posteriormente se realizaron las comparaciones de los resultados entre las salas, resultantes de la interpretación previa de los recursos personales de cada centro.

Los cuatro centros de salud aunque con variaciones, están compuestos por una nutricionista, un doc. Estimuladora, un doctor-a generalista, una enfermera-o, un pediatra, un obstetra, un trabajador-a social y un promotor de salud (la conformación detallada de la muestra se encuentra en las tablas 1 a 4 del anexo).

En relación a la edad, el rango predominante en los cuatro centros de salud oscila entre los 31 años hasta más de 50 años de edad. En la sala a, la franja etarea 31-50 representa el 66% de la muestra, en la sala b, esta misma franja de edad representa el 60 %. La sala c tiene en su mayoría trabajadores de mas de 50 años de edad, y en la sala d el 37,5 % de sus trabajadores tiene entre 41-50 años de edad y 37,5% tienen más de 50 años (ver gráfico 1, 4, 7 y 10 del anexo).

Con respecto a la antigüedad en los cargos, son significativamente más, en la muestra total de participantes (3/4 partes de la muestra total conformadas por la sala b, c y d) los profesionales que tienen menos de 5 años de permanencia en la institución representando el 60%, 62,5 % y 50 % de la muestra respectivamente. Por otra parte, en la sala a predominan los profesionales que tienen entre 5 y 10 años de antigüedad en el puesto, con un porcentaje de 44. (Datos observables en los gráficos 2, 5,8 y 11 del anexo).

En cuanto al género, se observa una constante en el predominio de un mayor porcentaje de profesionales femeninos en todas las salas, con respecto a los trabajadores masculinos (ver gráficos 3, 6, 9 y 12 del anexo).

4. Presentación de resultados

Generalmente se utiliza el término barrio para hacer referencia a una sección de la ciudad más o menos definida, que presenta algunas características distintivas sobre las demás. El barrio varía completamente en términos de tamaño, cantidad de población, de límites o número de espacios significativos. Por otra parte, la definición que se presenta a continuación añade un plus a lo que significa el barrio: es una subdivisión de una ciudad o pueblo, que suele tener identidad propia y cuyos habitantes cuentan con un sentido de pertenencia. Un barrio puede haber nacido por una decisión administrativa de las autoridades, por un desarrollo inmobiliario o por el simple devenir histórico. El sentido de pertenencia es lo que añade esta definición. Sintetizando: un barrio es un espacio físico delimitado dentro de una ciudad y conformado por una población heterogénea pero que va construyendo una identidad común, por distintos factores que los entrecruzan y los diferencian de otros sectores de la ciudad.

Al interrogar a los informantes clave de cada sala por las características del barrio respondieron acerca de como es la gente, si bien es acertado, (la población es la que conforma el sector), tal vez se esperaba una descripción física, de las inmediaciones o algo de historia. El centro de salud es un espacio físico concreto y los profesionales que allí trabajan, a excepción de las trabajadoras sociales que realizan visitas domiciliarias y las promotoras de salud, permanecen allí, no circulan. La gente lo hace, con sus demandas de salud y sus historias de vida también. Entonces, el barrio es más que el espacio físico, esta presente en los individuos que lo componen, y ellos transmiten su idiosincrasia. Y el vínculo entre el barrio-gente y los profesionales, se vuelve estrecho, porque las demandas se extienden y van más allá de sanar el cuerpo, hay necesidad de escucha, de comprensión, de sociabilidad.

En general se encontraron niveles engagement, optimismo, resiliencia y satisfacción con la vida entre medios y altos, con variaciones que se detallaran a continuación. El panorama global de los recursos personales de los profesionales de la salud que trabajan en los CAPS es positivo, pudiendo afirmar que hay recursos emocionales, psicológicos y laborales con los cuales estos trabajadores cuentan para desempeñarse día a día.

4.1 perfil de cada CAPS y comparación de resultados

sala a

Este centro de salud denominado “sala a” fue descrito como un lugar al que acude diariamente gente de clase media a atenderse, está conformado por 9 profesionales (1 nutricionista, 1 doctor generalista, 1 docente estimuladora, 1 enfermera, 1 doctora general, 1 pediatra, 1 obstetra, 1 trabajadora social y 1 promotora de salud), los cuales tienen en su mayoría entre 31 y 50 años, con una antigüedad promedio de entre 5 y 10 años de labor en la sala y principalmente pertenecen al género femenino.

Los profesionales trabajan independientemente con los pacientes y, cada 15 días se reúnen con la coordinadora de las salas barriales para dialogar acerca del funcionamiento del lugar. Además, como me comentaba uno de los profesionales estos encuentros sirven para poder relacionarse con los pares de manera más directa, con mayor tiempo, ya que durante los horarios de atención se dificulta.

La mayor parte del equipo de trabajo afirma sentirse a gusto en la sala, algunos casos particulares de profesionales prefieren otros sitios de trabajo por múltiples causas: porque les queda más cerca de su domicilio, por la forma en la que se trabaja, por el espacio físico, la disponibilidad de insumos, etc.

En relación a los test administrados en esta sala concluimos:

Engagement: en este centro de salud los niveles de engagement (gráfico 13 del anexo) son mayormente altos, analizando las 3 variables que componen el test observamos que, con respecto al vigor los profesionales obtuvieron principalmente niveles medios (67%). En relación a la dedicación el mayor porcentaje de profesionales obtuvo niveles muy altos (44%) y, acerca de la absorción vemos que mayormente los trabajadores poseen niveles altos y medios (con un 44% en cada nivel). Ver gráficos 14, 15 y 20 del anexo que muestran el comportamiento de las variables de engagement). Podríamos afirmar que en esta

sala en su mayoría los trabajadores se sienten comprometidos con su trabajo, conectados energéticamente y afectivamente con el mismo. De las variables que componen el engagement observamos que estos trabajadores poseen altos niveles de dedicación, es decir que se identifican fuertemente con su trabajo y altos niveles de absorción, lo que indica que cuando trabajan se involucran, se sienten inmersos en la actividad, ya que la misma los impulsa. Con respecto al vigor podríamos decir que entre los trabajadores predomina el entusiasmo y la resistencia al trabajar con niveles de energía y persistencia intermedia.

Esto puede reafirmarse las observaciones acerca de la sala, donde se percibió un ambiente de respeto, atención permanente, buena energía y amabilidad en el trato. A diario varía la cantidad de gente que concurre pero en general hay una alta demanda de atención primaria de la salud, las problemáticas que plantea la gente son muy diversas y van más allá del área sanitaria como son problemas de orden social, familiar, etc. Se hipotetiza que en un panorama muchas veces desalentador en cuanto a poder dar respuesta a la pluralidad de demandas del día a día el vigor o esfuerzo que los profesionales realizan pueda verse erosionado. Además de que cada uno de los trabajadores está inmerso en su propio contexto vital que si bien puede proveer sostén también genera otro tipo de demandas con las cuales lidiar. Esta hipótesis puede extenderse en relación a los cuatro centros de salud visitados.

Optimismo: los resultados develaron en los profesionales principalmente un alto nivel de optimismo (representado por el 55% de la muestra) lo que implica que estos trabajadores cuentan con una herramienta que promueve su bienestar y salud física, ya que una actitud positiva fomenta la confianza en uno mismo y en que se van a poder afrontar las situaciones que presente el entorno, en este caso el optimismo puede dotar de la energía necesaria al equipo profesional para continuar confiando en ellos mismos y su capacidad para ayudar a las personas que los requieren y confiar en el entorno, en el sistema de salud en sus totalidad teniendo presente la posibilidad de mejorarlo. (En gráfico 17 del anexo).

SWLS: La mayor parte de los profesionales de esta sala obtuvieron como resultado una alta satisfacción con la vida lo que implica que sienten que han

realizado hasta el momento logros importantes que se habían propuesto, que sus condiciones de vida son favorables en gran medida y que se encuentran a gusto con la experiencia vital transitada. (En gráfico 18 del anexo).

RSA

Percepción del self:

En esta variable de la resiliencia los profesionales obtuvieron mayormente una alta y medio alta percepción del self (representada por el 44% de la muestra en ambos casos). Podemos decir que estos resultados implican que este equipo profesional posee confianza individualmente en los propios recursos para afrontar situaciones adversas, fortaleza que puede sumarse al grupo de trabajo para resolver cuestiones de funcionamiento del centro de salud y apoyarse mutuamente en la labor. (Gráfico 19 del anexo).

Planeamiento del futuro:

En su mayoría los profesionales de este centro de salud obtuvieron niveles de planeamiento del futuro medio altos (55%) lo que significa que este equipo de trabajo puede componer proyectos personales, plantearse metas y objetivos a largo plazo. (Gráfico 20 del anexo).

Competencia social:

Con respecto a esta variable resiliente observamos que con el mayor porcentaje (66%), es decir que los profesionales de esta sala pueden ser flexibles y abiertos para establecer relaciones sociales. Esta competencia es muy importante a nivel individual y este caso con respecto al trabajo que realizan ya que establecen vínculos con la gente en el día a día y la capacidad de estar permeables a las demandas, ser empáticos y flexibles ante la diversidad les permite desenvolverse con seguridad y calidez en el vínculo con la gente que se presenta a diario. (Gráfico 21 del anexo)

Recursos sociales:

Los resultados obtenidos con respecto a los recursos sociales de este centro de salud arrojaron en primer lugar niveles muy altos y altos sumando ambos el

66%. En este sentido vemos que predominan aquellos profesionales que sienten que poseen una red social de apoyo y sostén. (Gráfico 22 del anexo).

Cohesión familiar:

Con respecto a este recurso personal se obtuvieron principalmente y con un porcentaje del 33% niveles altos de cohesión familiar y distribuidos en igual proporción (representados por el 22% de la muestra en cada nivel) niveles de cohesión muy altos, medio altos y medio bajos. Podemos observar variedad de resultados en relación a este factor, en general este equipo de trabajo a nivel personal y con respecto a sus familias se sienten unidos, sostenidos y comparten valores y también existen aquellos trabajadores que no comparten esta percepción y puede ser que estén en conflicto con su familia por diversidad de motivos, distanciados por situaciones puntuales o que estén cerca físicamente de sus allegados pero no sientan una unión significativa y sólida. (gráfico 23 del anexo).

Estilo estructurado:

Con respecto al estilo estructurado se obtuvo en igual proporción profesionales con altos niveles de estilo estructurado (33% de los profesionales) y por otra parte con estilo estructurado medio bajo (33%). (Gráfico 24 del anexo).

Esta variable está relacionada con la capacidad de anticiparse y planificar en pos del logro de objetivos personales y, agrego que se traslada esta capacidad al trabajo en equipo, por lo tanto aporta para el logro de objetivos compartidos-sociales. En este caso la mitad de los trabajadores tienen un estilo de planificación organizado y pensado para lograr las metas y la otra parte lo posee en menor medida. Esto puede estar relacionado con factores a nivel personal que van moldeando al sujeto y lo pienso puntualmente en relación al contexto actual, a la “modernidad líquida” término acuñado por Sigmund Bauman que define no solo una época sino una forma de vida: acelerada, vertiginosa, consumista, instantánea, superflua, etc. Una vida plagada de incertidumbres a nivel individual, social, económico, tecnológico, etc. y de individualismo. Si bien pienso que puede ser una visión extremista de la realidad actual, (ya que no todos

los vínculos son inciertos ni superfluos y creo que el futuro puede pensarse de manera más positiva) sirve esta concepción para pensar acerca de la visión a corto plazo que en general caracteriza a la época y que puede llegar a influir en las decisiones, metas y planteos personales. El lema “vive el hoy” tan vigente produce efectos de poder-saber y coarta intenciones de planificación a futuro. Un futuro que muchos presentan como apocalíptico en relación al exterminio de lo natural, el avance imponente de las tecnologías y la insensibilidad del hombre, entre otras descripciones. En el plano de lo cotidiano y particularmente en el campo laboral, los trabajos dejaron de ser hace tiempo el lugar de tránsito permanente del sujeto, una persona hoy ingresa al mercado laboral y no sabe con certeza por cuanto tiempo va a permanecer en el lugar de trabajo, por eso muchas veces no proyecta, sino que intenta sobrevivir, permanecer la mayor cantidad de tiempo posible en caso de necesitar con urgencia el empleo o buscar la manera de tener otros trabajos en la mira en caso de la pérdida, sentida muchas veces como inminente del trabajo actual. Si bien en este caso las personas que trabajan en este centro de salud tienen una antigüedad que data en años es un discurso que nos atraviesa a todos.

Sala b:

Este centro de salud está conformado por 5 personas en su mayoría de sexo femenino (1 doctor, 1 promotora de salud, 1 enfermera, 1 trabajadora social y 1 nutricionista) y fue descrito por uno de ellos como un lugar al que la gente se acerca cada vez más y que caracteriza a las personas que son atendidas allí como flexibles aunque no muy participativos en la convocatoria (por ejemplo, en esta sala se realizan talleres y no concurre mucha gente a ellos). Los profesionales de esta sala denominada “b” tienen en su mayoría entre 31 y 40 años y poseen una antigüedad promedio de menos de 5 años.

Los profesionales trabajan independientemente con los pacientes y, cada 15 días se reúnen con la coordinadora de las salas barriales para dialogar acerca del funcionamiento del lugar.

En relación a los test administrados:

UWES

En este centro de salud, con respecto a los resultados generales del test (gráfico 25 del anexo) predomina un nivel de engagement medio (80%) en los profesionales lo que indica entre otras cosas una implicancia emocional intermedia en relación al trabajo. Es decir, los profesionales se conectan energética y afectivamente con su trabajo de manera moderada, no están altamente involucrados pero no dejan de cumplir con sus tareas de modo favorable ni presentan signos de padecer el síndrome de burnout. Posiblemente no posean la sensación de realización plena en su trabajo. Es probable que esté relacionado con las expectativas laborales incumplidas en el plano vivencial o con un tiempo de permanencia en el centro de salud relativamente bajo que influye en la implicancia laboral, en el significado otorgado al trabajo y su proyección en el futuro. Con respecto al vigor observamos que los profesionales de este centro de salud obtuvieron niveles medios y bajos de vigor en su mayoría (con un porcentaje de 40% en cada nivel). Esto indica que no tienen mucha energía, entusiasmo y resistencia cuando trabajan. En relación a la dedicación predominan en este centro de salud los profesionales con una dedicación media y baja (representados por el 40% de la muestra en cada caso), lo cual implica que se identifican a medias con su trabajo o no lo hacen porque no consideran la experiencia como significativa, inspiradora o desafiante. con respecto a la absorción el mayor porcentaje de los profesionales obtuvo niveles medios (60%), indicando que los mismos se sienten involucrados en su trabajo y por momentos absorbidos por la actividad olvidándose de todo alrededor a un nivel moderado. Es decir, por momentos se encuentran inmersos en su labor y en otros no presentan dificultad de dejar la tarea y prestarle atención al entorno o al tiempo que transcurre. (Ver gráficos 26, 27 y 28 del anexo acerca de los resultados de las variables del engagement)

Optimismo

Los profesionales de este centro de salud poseen en su mayoría altos niveles de optimismo (60% de los profesionales lo obtuvieron), lo que muestra una postura de confianza y persistencia en general que da lugar a sentimientos positivos y a la mejor visión posible acerca del entorno. Esta actitud es lo que permite que a pesar de que en general no hay una vinculación fuerte con el trabajo, el mismo sea investido muchas veces de pensamientos positivos y dotado de un significado

superador, además de que pueda seguir afrontándose en el día a día con resultados favorables con la gente y, en retroalimentación se proyecte en cierta medida hacia un mayor nivel de compromiso. (Gráfico 29 del anexo).

SWLS

Los profesionales en su mayoría obtuvieron como resultado una alta satisfacción con la vida (representada por el 60% de los profesionales) lo que expresa la satisfacción de las personas con los logros obtenidos hasta el momento en las distintas esferas de su vida y la valoración positiva de sus condiciones de vida actuales.

Una porción menor pero no por ello no significativa obtuvo un nivel de satisfacción con la vida inferior que puede tener que ver con un momento psicossocial que la persona está atravesando, una crisis o conflicto que hace que su percepción de la vida sea insatisfactoria o, puede estar relacionada puntualmente en lo profesional con expectativas no cumplidas, mostrando en este caso ser el emergente de una situación que involucra a todos los trabajadores. (Gráfico 30 del anexo).

RSA: RESULTADOS POR VARIABLES

Percepción del self

Los profesionales obtuvieron en su mayoría niveles medio altos de percepción del self (60%), es decir que predomina en este equipo de trabajo la confianza en los propios recursos para hacer frente a las situaciones adversas. (Gráfico 31 del anexo)

Planeamiento del futuro

Con respecto a esta variable de la resiliencia evaluada observamos que los profesionales en su mayoría obtuvieron altos niveles de planeamiento del futuro (60%), indicando la capacidad para alcanzar metas, objetivos y proyectos personales. (Gráfico 32 del anexo).

Competencia social

Los resultados obtenidos develaron en relación a este recurso personal mayormente niveles altos y medio altos (40% de la muestra en cada caso) de competencia social, expresando flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales. (Gráfico 33 del anexo).

Recursos sociales

Predominan los profesionales que poseen altos niveles de recursos sociales (40%), señalando que los mismos perciben una buena red social de apoyo, es decir sienten que tienen personas en su entorno con las cuales pueden contar en momentos adversos y sentirse contenidos. (Gráfico 34 del anexo).

Cohesión familiar

Observamos como resultado en esta variable que predominan los profesionales con un nivel de cohesión familiar medio alta (80%), indicando sentirse unidos a sus familias y compartiendo valores en el grupo filial. (Gráfico 35 del anexo).

Estilo estructurado

Todos los profesionales se ubicaron dentro de los puntajes altos en relación al estilo estructurado (muy alto: 20%, alto: 60% y medio alto: 20%), implicando ser capaces de anticiparse y planificar para lograr objetivos personales. Hipotetizando que los altos niveles de estilo estructurado generalizados podrían atisbar personalidades con metas claras, definidas y también exigentes consigo mismos y con el entorno, lo que podría traer aparejado en consecuencia frustración cuando no se logran los objetivos que fueron meticulosamente trazados. (gráfico 36 del anexo).

El ser humano posee un amplio abanico de recursos, capacidades y habilidades como herramientas para afrontar la vida, tener un déficit o inconvenientes en alguno de los recursos no significa un problema generalizado, siempre y cuando otros recursos ayuden a la persona a continuar con sus actividades y proyectos de manera satisfactoria, sin caer en la inhibición, en la angustia o en el síntoma. Con respecto a esta sala podemos decir que si bien a nivel laboral se presenta un emergente de conflicto en relación al sentido de la actividad y que parece verse disminuido el sentido de realización en el trabajo los profesionales cuentan aún

con herramientas que les permiten continuar y estar motivados en la rutina diaria, con posibilidades de mejora de la calidad laboral.

Sala c

Este centro de salud está compuesto por 8 profesionales (1 doctor general, 1 promotora de salud, 1 enfermera, 1 pediatra, 1 trabajadora social, 1 psicóloga, 1 nutricionista y 1 docente estimuladora), en su mayoría son de sexo femenino y tienen más de 50 años. En relación a la antigüedad predominan los trabajadores con menos de 5 años labor en la sala. Uno de las personas pertenecientes a esta sala describió a la gente que concurre como “buena gente” y que no produce inconvenientes.

Los profesionales trabajan independientemente con los pacientes y, cada 15 días se reúnen con la coordinadora de las salas barriales para dialogar acerca del funcionamiento del lugar.

En relación a los test administrados en esta sala concluimos:

UWES

En este centro de salud predominan los profesionales con engagement medio (62,5%), es decir que poseen una implicancia laboral, una conexión energética y afectiva que se ubica entre la plena vinculación con el trabajo y el síndrome de burnout. Estos trabajadores están involucrados con su trabajo y se dedican a él, con un compromiso moderado. En general en relación a las variables del engagement los valores fluctúan entre la energía y la disminución de la misma, la identificación con el trabajo y la falta de entusiasmo por el mismo y entre la inmersión en la actividad y la dispersión. Resuena la descripción del informante clave de la sala acerca de la gente que concurre al lugar que, aunque no puede generalizarse podría ser una hipótesis acerca de uno de los factores de los niveles medios de engagement como lo es el sentir que el trabajo no es retador o desafiante, que se convierte en una rutina sin mayores inconvenientes, lo que produciría las fluctuaciones de entusiasmo, energía y dedicación. Es decir que el factor posible desencadenante sería la rutina laboral enraizada. (Resultados generales de engagement en gráfico 37 del anexo). Los resultados de la variable vigor (en gráfico 38 del anexo) indican un mayor porcentaje de profesionales

(50%) que obtuvieron niveles de vigor medios lo cual manifiesta energía, entusiasmo y resistencia moderados en el trabajo. Los resultados acerca de la variable dedicación (en gráfico 39 del anexo) muestran que los profesionales poseen en su mayoría altos niveles de dedicación (representados por el 37,5% de la muestra) y una porción menor de niveles de dedicación bajos (12,5%). Expresando que este equipo de trabajo principalmente se identifica con la actividad, la encuentra significativa, inspiradora y desafiante y que hay una parte de los trabajadores que no siente el mismo entusiasmo e inspiración por la labor realizada. En cuanto a la absorción (en gráfico 40 del anexo), la mayor parte de los profesionales obtuvo niveles medios (62,5%), es decir, que se sienten a veces inmersos en su trabajo con dificultades de dejarlo y otras no se involucran de igual modo.

Optimismo

Los profesionales de este centro de salud obtuvieron principalmente como resultado un alto nivel de optimismo (62,5%), indicando una confianza general y expectativas positivas que permiten tener una visión esperanzadora y a su vez realista del entorno. (En gráfico 41 del anexo).

SWLS

Principalmente los profesionales obtuvieron altos niveles de satisfacción con la vida (representados por el 62,5% de los profesionales). En este equipo de trabajo predominan las personas que sienten que sus condiciones de vida son buenas y que han podido lograr objetivos importantes hasta la actualidad. (En gráfico 42 del anexo).

RSA: análisis de variables

Percepción del self

En un porcentaje mayor los profesionales de esta sala presentan una percepción del self medio alta (50%) y en una proporción menor algunos profesionales obtuvieron niveles bajos de percepción del self (12,5%) que pueden deberse a factores personales y/o de interacción con el entorno circundante. (resultados en gráfico 43 del anexo).

Planeamiento del futuro

En su mayoría los profesionales presentan niveles medio altos de planeamiento del futuro (75%) con una porción menor pero significativa de profesionales que tienen niveles medio bajos y bajos de planeamiento del futuro. Siguiendo la línea de análisis de la sala a, podría estar relacionado con el impacto que genera sobre los individuos la subjetividad conformada por la época entre otros factores posibles. (resultados en gráfico 44 del anexo).

Competencia social

La mayoría de los profesionales obtuvo niveles altos de competencia social (50%) y algunos presentaron niveles medio bajos (12,5%). Indicando ante todo la presencia de flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales, condición que les permite a los trabajadores vincularse entre pares y con la gente que atienden en el día a día. Los niveles medio bajos de competencia social que surgieron en menor medida, podrían estar relacionados con factores internos al individuo y-o con factores contextuales. (Resultados en gráfico 45 del anexo).

Recursos sociales

La mayoría de los profesionales obtuvieron niveles medio altos de recursos sociales (50%) y en menor proporción (12,5%) niveles medio bajos. Expresando una percepción en general buena de la red social de apoyo que poseen y en algunos casos una percepción deficitaria de esta red de contención conformada por amistades y familiares. (Resultados en gráfico 46 del anexo).

Cohesión familiar

En su mayoría los profesionales obtuvieron altos niveles de cohesión familiar (37,5%) y en menor proporción (12,5%) niveles medio bajos. Una gran parte del equipo de trabajo se siente ligado fuertemente a su familia y comparte los valores de la misma y algunos trabajadores no poseen igual sentido de pertenencia filial. (Resultados en gráfico 47 del anexo).

Estilo estructurado

Los resultados obtenidos se distribuyen de la siguiente manera:

Los profesionales obtuvieron puntuaciones en mayor medida altas de estilo estructurado (37,5% de la muestra), con presencia de puntuaciones medias y algunas muy bajas. Esto muestra que existe en este equipo de trabajo en general la capacidad de anticipación y planificación para el logro de objetivos personales, algunos de los profesionales son más o menos estructurados en la consecución de sus objetivos, algunos trazan sus metas de forma más flexible y otros “dejan que los hechos se desarrollen y fluyan” . (ver gráfico 48 del anexo).

En general podemos decir que este centro de salud posee recursos personales y compartidos que les permiten a los profesionales desenvolverse en la labor diaria y a pesar de las adversidades mantenerse optimistas y satisfechos con la vida. La implicación laboral es moderada pero sigue siendo favorable en el logro de objetivos cotidianos, no es menor la edad que presentan en su mayoría estos profesionales (más de 50 años) que puede influir en el entusiasmo, energía e inspiración con el trabajo, ya que la mayoría está próximo a retirarse del campo laboral.

Sala d

Este centro de salud está conformado por 8 profesionales (1 enfermera, 1 trabajadora social, 1 docente estimuladora, 1 ginecólogo, 1 promotora de salud, 1 doctor generalista, pediatra y 1 psicóloga) que trabajan independientemente con los pacientes y, cada 15 días se reúnen con la coordinadora de las salas barriales para dialogar acerca del funcionamiento del lugar. El informante clave explicita que el barrio donde está ubicado este centro de salud está conformado por gente trabajadora, del sector rural. Afirma que no es un barrio problemático, que está bastante organizado. Lo que puntualiza es que existe mucho consumo de drogas y alcohol en menores, en la plaza del barrio, lo manifiesta con preocupación.

El equipo de trabajo está conformado mayormente por personas de entre 41 y más de 50 años de edad y de sexo femenino. En relación a la antigüedad en el cargo desempeñado, en mayor medida hay trabajadores que tienen menos de 5 años de antigüedad.

En relación a los test administrados en esta sala concluimos:

UWES

Los resultados (gráfico 49 del anexo) develaron la predominancia en los profesionales de un nivel alto de engagement (75%), es decir de una alta implicación laboral. Con fluctuaciones con respecto al vigor, la dedicación y la absorción que, hipotetizando que puedan relacionarse con la ubicación de la sala barrial, es una zona periférica, rural, con viviendas dispersadas. Concorre en promedio menos cantidad de gente que en el resto de las salas, lo que puede producir una falta de entusiasmo en los trabajadores, aburrimiento y desidentificación con la actividad realizada. En su mayoría en relación al vigor (en gráfico 50 del anexo) los profesionales presentaron niveles de vigor medios (50%) y en menor proporción niveles bajos (12,5%). En cuanto a la dedicación (en gráfico 51 del anexo) el mayor porcentaje de los profesionales obtuvo niveles altos (62,5%). En relación a la absorción (en gráfico 52 del anexo), el mayor porcentaje de los profesionales obtuvo resultados altos y medios (37,5% en cada caso).

OPTIMISMO

La mayoría de los profesionales obtuvo niveles muy altos y altos de optimismo (con el 50% de la muestra en cada nivel), es decir que poseen una postura de confianza y persistencia en general ante el entorno en el cual se desenvuelven con actitud positiva. (Resultados en gráfico 53 del anexo)

SWLS

Los profesionales principalmente obtuvieron niveles altos mayormente en relación a la satisfacción con la vida (representado por el 50% de los profesionales). Lo que implica que tienen una visión satisfactoria de sus logros hasta la fecha y de sus condiciones de vida en general. (En gráfico 54 del anexo).

RSA: resultados por variable, uno de los participantes no quiso realizar el test.

PERCEPCIÓN DEL SELF

Los profesionales de este centro de salud obtuvieron principalmente niveles medio altos de percepción del self (86%) que indican confianza moderada en los propios recursos para hacer frente a las situaciones de adversidad. (en gráfico 55 del anexo).

PLANEAMIENTO DEL FUTURO

En este caso los resultados muestran con un mayor porcentaje niveles altos y medio altos de planeamiento del futuro (43% en cada caso) y en menor proporción (14%) niveles medio bajos. Indica que en su mayoría los profesionales proyectan y organizan sus metas, objetivos y proyectos personales, es decir que tienen una visión clara de lo que desean y trabajan para conseguirlo. (en gráfico 56 del anexo).

COMPETENCIA SOCIAL

Los trabajadores de esta sala en su mayoría poseen niveles altos y medio altos de competencia social (43% de la muestra en cada caso) y en menor proporción niveles medio bajos (14%). Es decir que la mayoría de los profesionales poseen una alta flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales. Los niveles medio bajos de competencia social en algunos profesionales pueden deberse a factores internos y/o externos al sujeto. (En gráfico 57 del anexo).

RECURSOS SOCIALES

La mayor parte de los trabajadores poseen niveles medio altos de recursos sociales (71% de los profesionales). Indicando que la mayor parte del equipo percibe que posee una red consistente de apoyo social. (en gráfico 58 del anexo).

COHESIÓN FAMILIAR

Prevalecen en el equipo de trabajo los profesionales que poseen niveles altos y medio altos de cohesión familiar (43% en cada nivel) y en un porcentaje menor (14%), niveles medio bajos. Es decir que en términos generales los trabajadores sienten unión con sus familiares, lealtad y comparten valores comunes. (en gráfico 59 del anexo).

ESTILO ESTRUCTURADO

Los profesionales de esta sala presentan en mayor medida altos niveles de estilo estructurado (57% de los profesionales) y en menor proporción niveles bajos-medio bajos (14% en cada caso). Expresando alta capacidad de anticipación y planificación para el logro de objetivos personales y, en el caso de los puntajes bajos una anticipación y planificación prácticamente inexistente. (resultados en gráfico 60 del anexo).

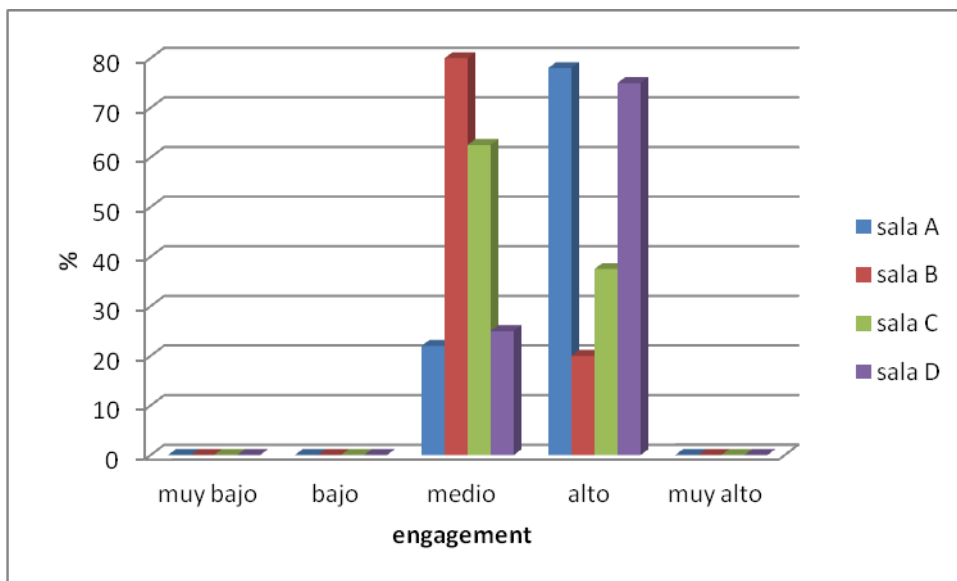
Comparación de resultados entre los CAPS

ENGAGEMENT

Tabla 1: *comparación de engagement entre salas*

sala		Muy bajo	bajo	medio	alto	Muy alto	total
A	c	0	0	2	7	0	9
	%	0	0	22	78	0	100
B	c	0	0	4	1	0	5
	%	0	0	80	20	0	100
C	c	0	0	5	3	0	8
	%	0	0	62,5	37,5	0	100
D	c	0	0	2	6	0	8
	%	0	0	25	75	0	100

Gráfico 1: *comparación de engagement entre salas*



La sala a posee los niveles mas altos de engagement en sus trabajadores (78%), seguida por la sala d (75%).

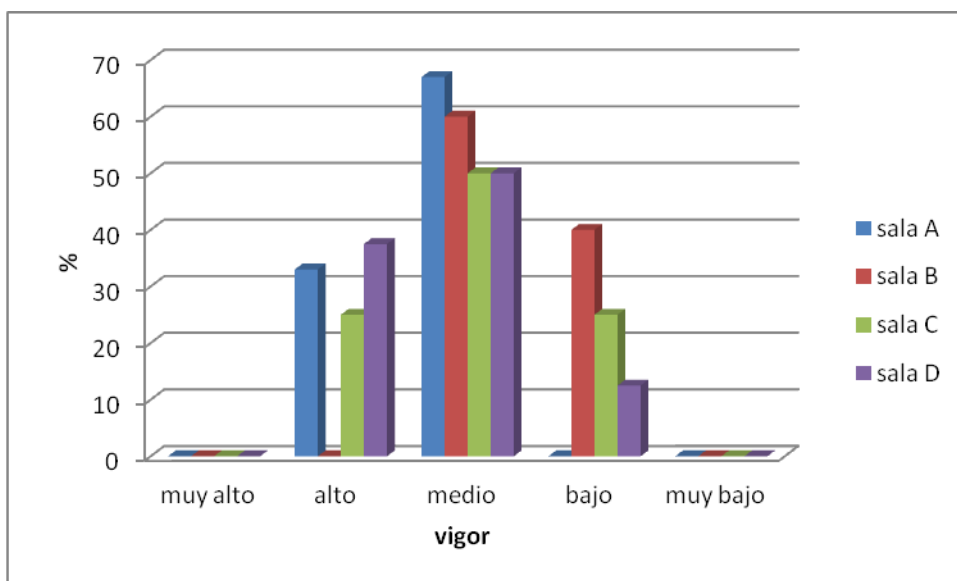
Los profesionales de la sala b por su parte obtuvieron el mas alto porcentaje de niveles medios de engagement (80%), seguida por la sala c 62,5%.

Comparación entre salas con respecto a las variables del engagement:

Tabla 2: comparación de vigor entre salas

sala		Muy alto	alto	medio	bajo	Muy bajo	total
A	c	0	3	6	0	0	9
	%	0	33	67	0	0	100
B	c	0	0	3	2	0	5
	%	0	0	60	40	0	100
C	c	0	2	4	2	0	8
	%	0	25	50	25	0	100
D	c	0	3	4	1	0	8
	%	0	37,5	50	12,5	0	100

Gráfico 2: comparación de vigor entre salas

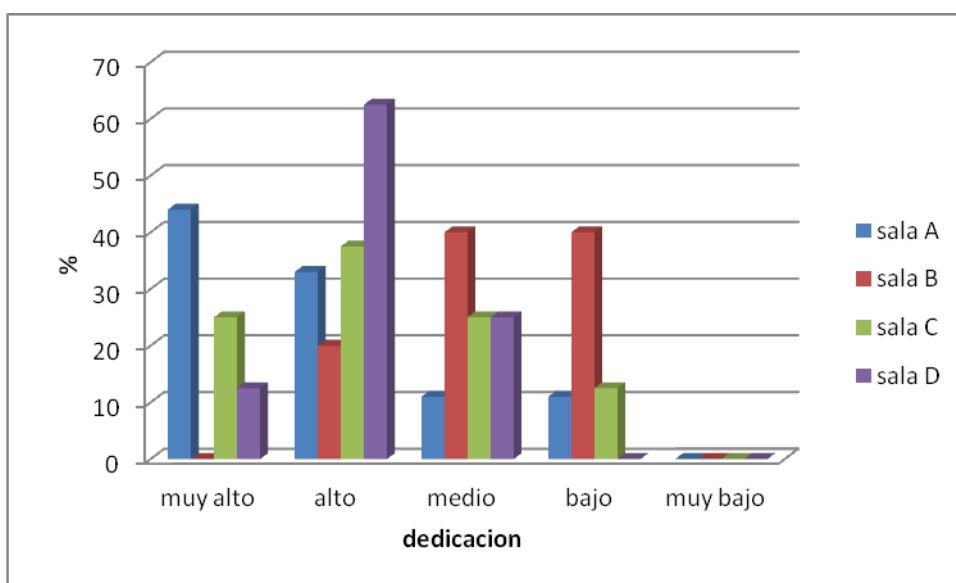


Con respecto a la variable vigor predominan en las 4 salas los niveles medios, en primer lugar obtenidos en su mayoría por la sala a (67%), seguida por la sala b (60%) y por ultimo por las salas c y d que obtuvieron niveles medios en igual proporción (50% cada una).

Tabla 3: comparación de dedicación entre salas

sala		Muy alto	alto	medio	bajo	Muy bajo	total
A	c	4	3	1	1	0	9
	%	44	33	11	11	0	100
B	c	0	1	2	2	0	5
	%	0	20	40	40	0	100
C	c	2	3	2	1	0	8
	%	25	37,5	25	12,5	0	100
D	c	1	5	2	0	0	8
	%	12,5	62,5	25	0	0	100

Grafico 3: comparación de dedicación entre salas



Con respecto a la dedicación observamos que los resultados de las 4 salas se distribuyen entre los niveles muy alto, alto, medio y bajo. En el nivel alto de dedicación se manifiesta un porcentaje sobresaliente resultante en los trabajadores de la sala d (62,5%). en la sala b predominan los niveles de dedicación medios y bajos con igual porcentaje (40% en cada nivel).

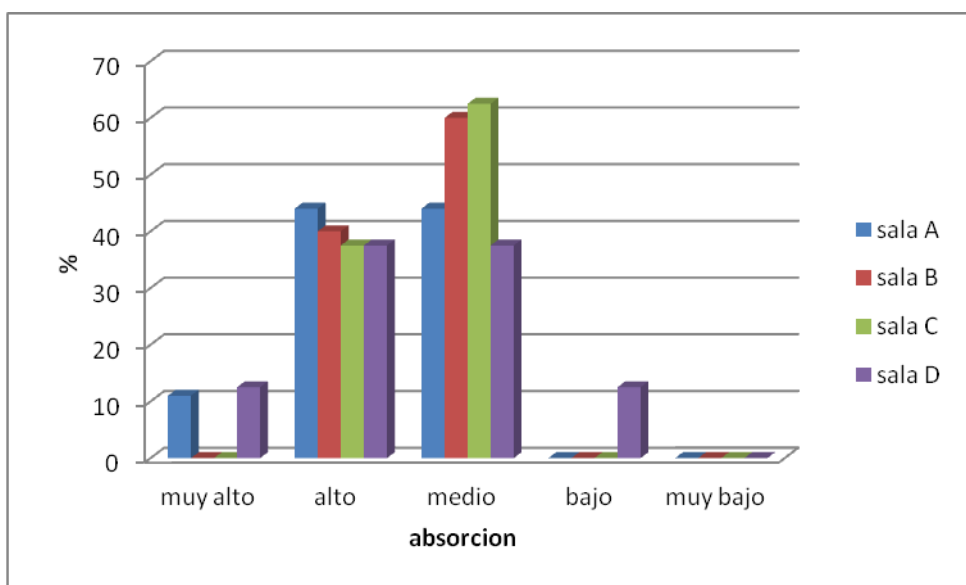
La sala a presento la mayor cantidad de profesionales con muy alta dedicación laboral con el 44% y la sala c presento un mayor porcentaje de niveles altos de dedicación aunque en mucha menor proporción que la sala d (37,5%).

Tabla 4: comparación de absorción entre salas

Sala		Muy alto	alto	medio	bajo	Muy bajo	total
A	c	1	4	4	0	0	9
	%	11	44	44	0	0	99
B	c	0	2	3	0	0	5
	%	0	40	60	0	0	100
C	c	0	3	5	0	0	8

	%	0	37,5	62,5	0	0	100
D	c	1	3	3	1	0	8
	%	12,5	37,5	37,5	12,5	0	100

Gráfico 4: comparación de absorción entre salas



En el nivel de absorción medio se encuentra en primer lugar la sala c (62,5%), seguida por la sala b 60% con altos porcentajes.

La sala a posee niveles de absorción altos y medios en igual proporción (44% en cada nivel).

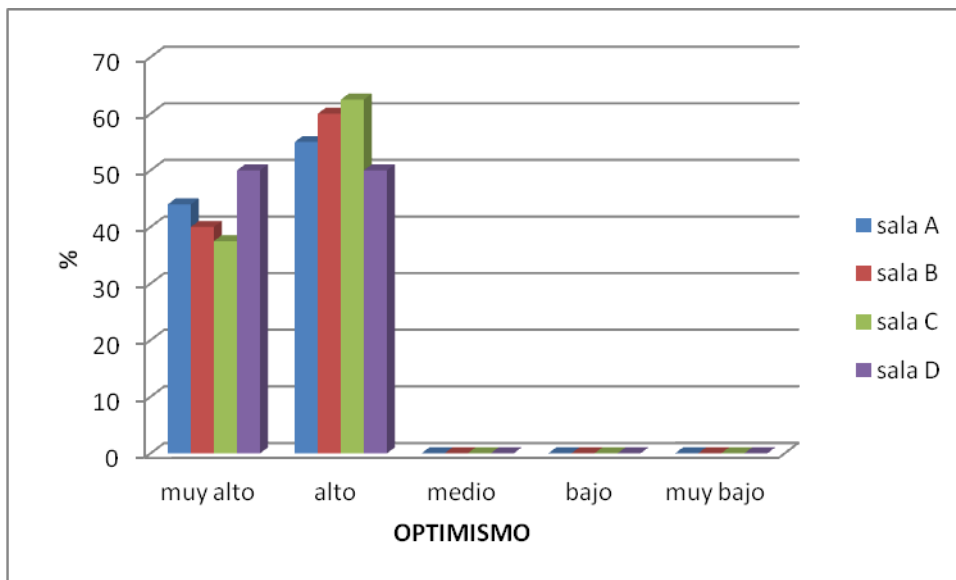
En la sala d los niveles mayores se obtuvieron en medio y alto con 37,5% en ambos niveles.

Tabla 5: comparación de optimismo entre salas

sala		Muy alto	alto	medio	bajo	Muy bajo	total
A	c	4	5	0	0	0	9
	%	44	55	0	0	0	100

B	c	2	3	0	0	0	5
	%	40	60	0	0	0	100
C	c	3	5	0	0	0	8
	%	37,5	62,5	0	0	0	100
D	c	4	4	0	0	0	8
	%	50	50	0	0	0	100

Gráfico 5: comparación de optimismo entre salas



Comparando los resultados de optimismo revelados en los 4 centros de salud observamos que los mismos se agrupan en los niveles de optimismo muy alto y alto. En el nivel muy alto se encuentra con el mayor porcentaje la sala d 50% y en el nivel alto la sala c 62,5%.

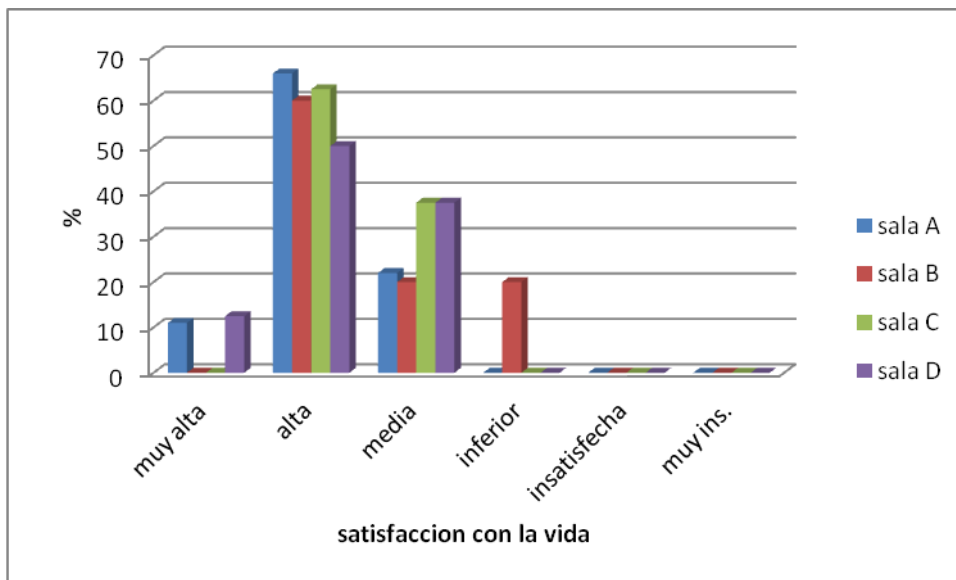
La sala a obtuvo mayores proporciones en el nivel alto de optimismo (55% ubicandose 3era) y la sala b se ubica en los mayores porcentajes de optimismo alto en 2do lugar (60%).

SWLS

Tabla 6: comparacion de SWLS entre salas

Sala		Muy alta	alta	media	inferior	insatisfecha	Muy insatisfecha	total
A	c	1	6	2	0	0	0	9
	%	11	66	22	0	0	0	99
B	C	0	3	1	1	0	0	5
	%	0	60	20	20	0	0	100
C	C	0	5	3	0	0	0	8
	%	0	62,5	37,5	0	0	0	100
D	C	1	4	3	0	0	0	8
	%	12,5	50	37,5	0	0	0	100

Gráfico 6: comparacion de SWLS entre salas



Comparando los resultados generales de los cuatro centros de salud en relación al SWLS podemos decir que: a escala global los mismos se agrupan en los

valores altos y medios principalmente, con un porcentaje menor en los valores muy alto e inferior.

En relacion a las puntuaciones que arrojaron una alta satisfaccion con la vida se posiciona en primer lugar la sala a 66%, seguida por la sala c 62,5%, luego se encuentra la sala b (60%) y, por ultimo la sala d 50%. la sala b es la unica que obtuvo una swls inferior con 20%.

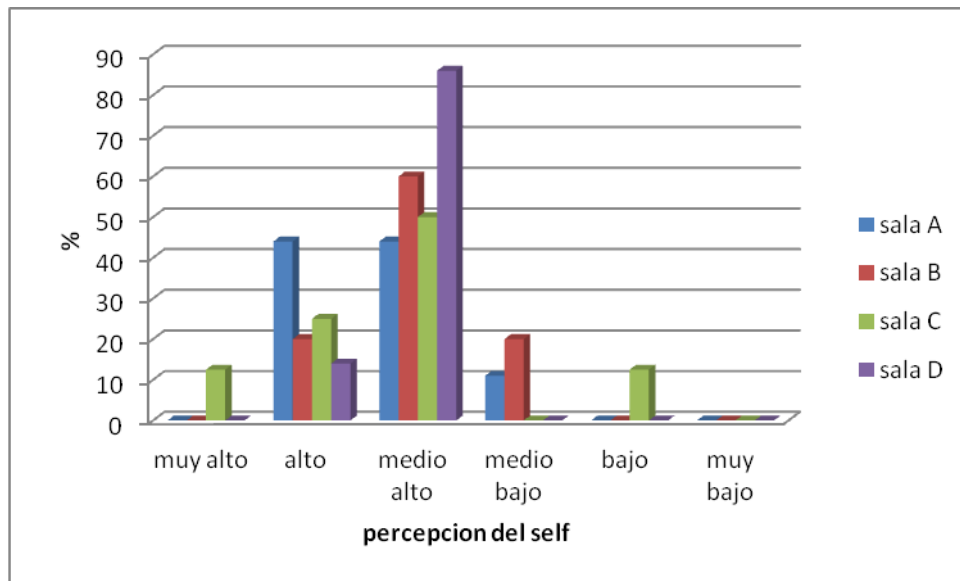
RSA

Percepción del self

Tabla 7: *comparación entre salas de percepción del self*

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	0	4	4	1	0	0	9
	%	0	44	44	11	0	0	99
B	C	0	1	3	1	0	0	5
	%	0	20	60	20	0	0	100
C	C	1	2	4	0	1	0	8
	%	12,5	25	50	0	12,5	0	100
D	C	0	1	6	0	0	0	7
	%	0	14	86	0	0	0	100

Gráfico 7: *comparación entre salas de percepción del self*



Comparando los resultados de los 4 centros de salud con respecto a la variable percepcion del self podemos decir que los mismos se distribuyen principalmente en los niveles medio alto y alto. Seguidos en menos proporcion por niveles medio bajos, muy altos y bajos.

El nivel medio alto el mayor porcentaje lo obtuvo la sala d (86%), seguida por la sala b 60%.

La sala a obtuvo el mayor porcentaje de nivel alto de percepcion del self 44% y la sala c obtuvo el mayor porcentaje de nivel medio alto en 3 lugar 50% (1ero sala d, segunda sala b)

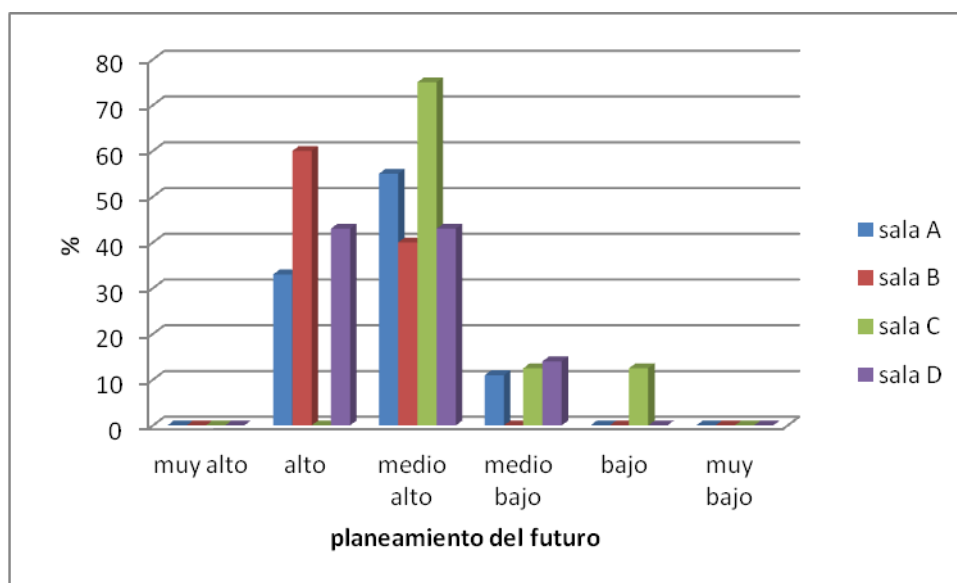
Planeamiento del futuro

Tabla 8: comparación de planeamiento del futuro entre salas

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	0	3	5	1	0	0	9
	%	0	33	55	11	0	0	99
B	C	0	3	2	0	0	0	5
	%	0	60	40	0	0	0	100
C	C	0	0	6	1	1	0	8

	%	0	0	75	12,5	12,5	0	100
D	C	0	3	3	1	0	0	7
	%	0	43	43	14	0	0	100

Grafico 8: comparación de planeamiento del futuro entre salas



Los resultados obtenidos en esta variable en los 4 centros de salud evaluados muestran que los mismos se agrupan en los niveles medio alto y alto de planeamiento de futuro, seguidos en menor proporción por los niveles medio bajo y bajo.

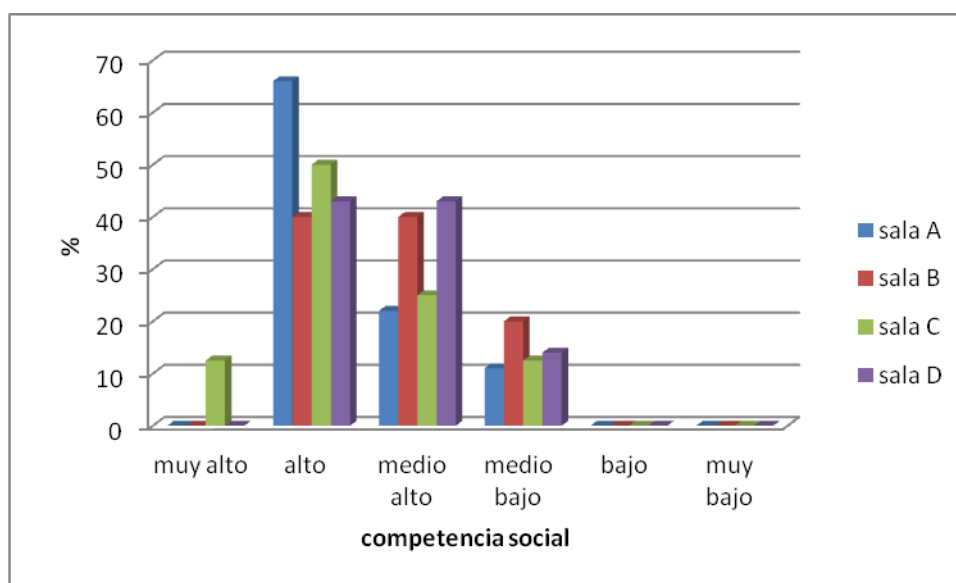
El porcentaje más alto globalmente es el de la sala c en el nivel medio alto (75%). La sala b obtuvo el porcentaje mayor en el nivel alto (60%). La sala a 55% continúa en el nivel medio alto a la sala c. La sala d obtuvo sus mayores porcentajes en el nivel alto y medio alto posicionándose en el nivel alto (43%) en segundo lugar y en el medio alto (43%) en tercer lugar.

Competencia social

Tabla 9: comparación de competencia social entre salas

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	0	6	2	1	0	0	9
	%	0	66	22	11	0	0	99
B	C	0	2	2	1	0	0	5
	%	0	40	40	20	0	0	100
C	C	1	4	2	1	0	0	8
	%	12,5	50	25	12,5	0	0	100
D	C	0	3	3	1	0	0	7
	%	0	43	43	14	0	0	100

Gráfico 9: comparación competencia social entre salas



Comparando los resultados obtenidos en esta variable por los cuatro centros de salud podemos observar que los mismos se agrupan principalmente en los niveles muy alto, alto, medio alto y medio bajo de la variable.

En el nivel alto y con gran porcentaje se ubica primero la sala a (66%), seguida por la sala c (50%).

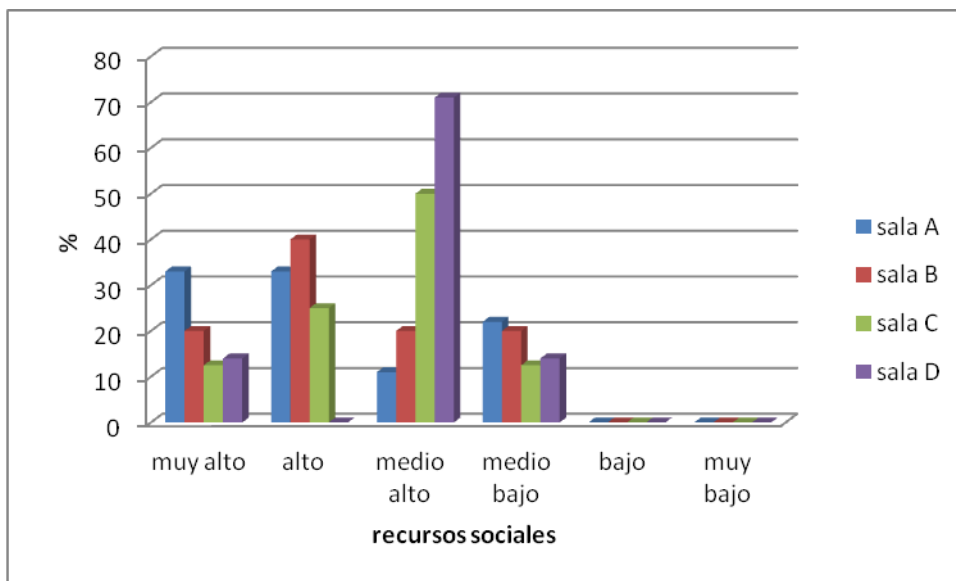
La sala b posee igual proporción de niveles altos y medio altos (40% en ambas) en el nivel alto se posiciona 4ta y en el nivel medio alto 2da. La sala d tiene mayores porcentajes altos y medio altos (43% en ambos niveles), posicionandose en el nivel alto 3era y en el medio alto primera.

Recursos sociales

Tabla 10: *comparación de recursos sociales entre salas*

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	3	3	1	2	0	0	9
	%	33	33	11	22	0	0	99
B	C	1	2	1	1	0	0	5
	%	20	40	20	20	0	0	100
C	C	1	2	4	1	0	0	8
	%	12,5	25	50	12,5	0	0	100
D	C	1	0	5	1	0	0	7
	%	14	0	71	14	0	0	99

Grafico 10: *comparación de recursos sociales entre salas*



Observando los resultados en relacion a la variable recursos sociales podemos decir que los mismos se distribuyen entre los niveles muy alto, alto, medio alto y medio bajo principalmente.

El mayor pico de porcentaje lo obtuvo la sala d en el nivel medio alto (71%). La sala a se distribuyo principalmente en el nivel muy alto 33% (1era) y alto 33% (2da).

La sala b obtuvo su mayor porcentaje 40% en el nivel alto posicionandose primera.

La sala c obtuvo el mayor numero de profesionales con recursos sociales medio alto 50% en segundo lugar.

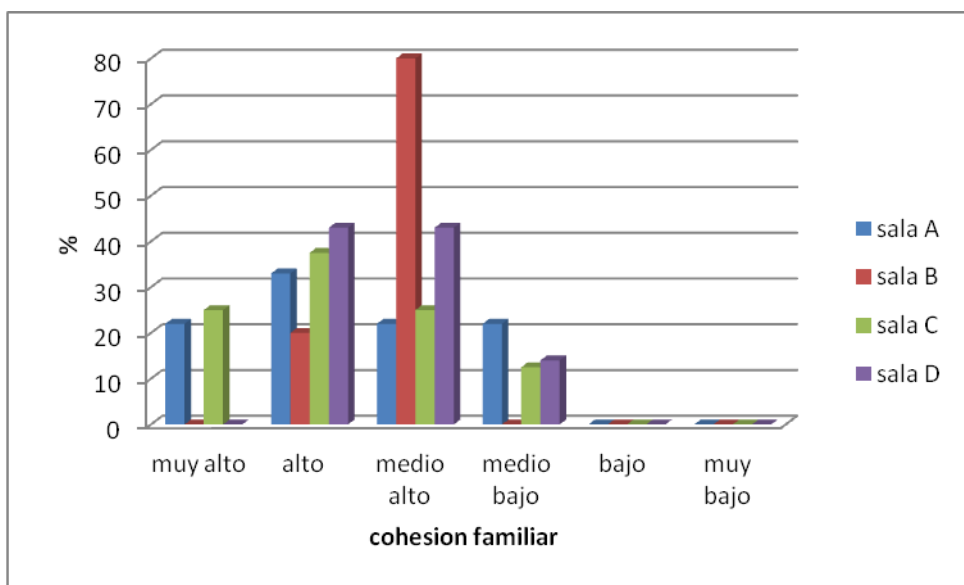
Cohesión familiar

Tabla 11: *comparación de cohesión familiar entre salas*

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	2	3	2	2	0	0	9
	%	22	33	22	22	0	0	99
B	C	0	1	4	0	0	0	5
	%	0	20	80	0	0	0	100

C	C	2	3	2	1	0	0	8
	%	25	37,5	25	12,5	0	0	100
D	C	0	3	3	1	0	0	7
	%	0	43	43	14	0	0	100

Grafico 11: *comparación de cohesión familiar entre salas*



Observando el grafico de resultados de la variable resiliente cohesion familiar podemos afirmar que los mismos se distribuyen principalmente en los niveles muy alto, alto, medio alto y medio bajo.

El pico de mayor porcentaje lo tiene la sala b 80% con niveles de cohesion familiar medio altos.

La sala a tuvo su mayor porcentaje de cohesion fiar alta ubicandose en 3er lugar en este nivel con 33%.

La sala c mayor porcentaje en nivel alto en segundo lugar 37,5%.

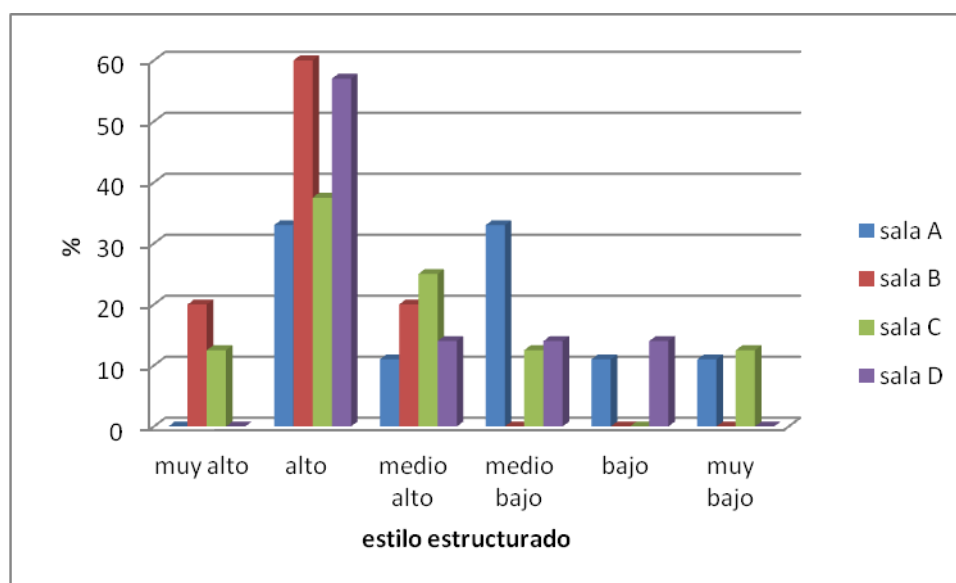
La sala d en igual proporcion nivel alto 43% en primer lugar y medio alto en segundo lugar con 43%.

Estilo estructurado

Tabla 12: comparación de estilo estructurado entre salas

Sala		Muy alto	alto	Medio alto	Medio bajo	bajo	Muy bajo	total
A	c	0	3	1	3	1	1	9
	%	0	33	11	33	11	11	99
B	C	1	3	1	0	0	0	5
	%	20	60	20		0	0	100
C	C	1	3	2	1	0	1	8
	%	12,5	37,5	25	12,5	0	12,5	100
D	C	0	4	1	1	1	0	7
	%	0	57	14	14	14	0	100

Gráfico 12: comparación de estilo estructurado entre salas



Observando el gráfico comparativo de las 4 salas en relación a la variable estilo estructurado vemos que los resultados se agrupan en todos los niveles de las

puntuaciones: muy alto, alto, medio alto, medio bajo, bajo, muy bajo. En cada uno de ellos se obtuvo resultados. La mayor cantidad de resultados obtenidos a nivel global se ubica en el nivel alto de la variable.

En primer lugar con el mayor porcentaje se ubica la sala b 60% seguida por la sala d 57% que obtuvo su mayor porcentaje en niveles de estilo estructurado altos.

La sala a estilo estructurado principalmente alto 33% (4to lugar) y medio bajo 33% (1er lugar)

La sala c mayormente niveles altos (3er lugar) con 37,5%.

5. Discusión y conclusiones

Respondiendo a los objetivos propuestos y luego de relevar y analizar el nivel de engagement de los trabajadores de algunos de los centros primarios de salud de la ciudad de tres arroyos observamos que: La sala a posee los niveles más altos de engagement en sus trabajadores conformado por el 78% de los profesionales, seguida por la sala d que obtuvo en un 75% niveles altos de compromiso laboral. Esto podría deberse en la sala a, vinculado a cómo se sienten la mayoría de los profesionales en el ambiente de trabajo, al valor que le otorgan a las reuniones de equipo y como esto los impulsa para realizar con dedicación su labor y otorgándole significado. La sala d también tiene una alta implicación laboral con fluctuaciones con respecto al vigor, la dedicación y la absorción, que se hipotetiza que puedan relacionarse con la ubicación de la sala barrial (es una zona rural, con viviendas dispersadas). Concorre en promedio menos cantidad de gente que en el resto de las salas, lo que puede producir por momentos una falta de entusiasmo en los trabajadores, aburrimiento y desidentificación con la actividad realizada.

Los profesionales de la sala b por su parte obtuvieron con el más alto porcentaje (80%) niveles medios de engagement, expresando que se conectan energéticamente y afectivamente con su trabajo de manera moderada, no están altamente involucrados pero no dejan de cumplir con sus tareas de modo favorable ni presentan signos de padecer el síndrome de burnout. Posiblemente no posean la sensación de realización plena en su trabajo. Es probable que esté relacionado con las expectativas laborales incumplidas en el plano vivencial o con un tiempo de permanencia en el centro de salud relativamente bajo que influye en la implicancia laboral, en el significado otorgado al trabajo y su proyección en el futuro. Por último y en segundo lugar, la sala c obtuvo con el 62,5% de la muestra niveles de engagement medio, la implicación laboral en este caso es moderada pero sigue siendo favorable en el logro de objetivos cotidianos, no es menor el hecho de las edades que presentan en su mayoría estos profesionales (más de 50 años) que posiblemente influyan en el entusiasmo, energía e inspiración con el trabajo, ya que la mayoría está próximo a retirarse del campo laboral.

Con respecto a las variables del UWES observamos: en relación al vigor predominan en las 4 salas los niveles medios, en primer lugar obtenidos en su mayoría por la sala a (67%), seguida por la sala b (60%) y por último por las salas c y d que obtuvieron niveles medios en igual proporción (50% cada una). En general en todos los centros de salud observamos una alta tendencia a la energía, el entusiasmo y la resistencia en el trabajo moderados. Posiblemente este relacionado, entre diversos factores, con las múltiples actividades en las que se encuentran inmersas las personas actualmente, teniendo que rendir física, psicológica y socialmente en pluralidad de campos, lo que conlleva muchas veces al agotamiento, al desgaste emocional y, por lo tanto a la baja en la energía y la motivación, en este caso, en lo que respecta al ámbito laboral.

Con respecto a la dedicación observamos: En el nivel alto de dedicación con un porcentaje sobresaliente compuesto por el 62,5% de los trabajadores se ubica en primer término la sala d, manifestando que se sienten fuertemente identificados con su trabajo porque asumen la experiencia como significativa.

En la sala b predominan los niveles de dedicación medios y bajos con igual porcentaje (40% en cada nivel) en este caso ocurre lo opuesto a los profesionales de la sala d, expresando una identificación “a medias” con su trabajo o sin lograr conectarse fuertemente con el mismo porque no consideran la experiencia como significativa, inspiradora o desafiante.

La sala a por su parte, presentó la mayor cantidad de profesionales con muy alta dedicación laboral con el 44%, indicando un muy alto sentido otorgado al trabajo y sentimientos de orgullo. La sala c presentó un mayor porcentaje de niveles altos de dedicación aunque en menor proporción que la sala d (37,5%). Luego de analizar los resultados de la variable absorción concluimos que los mayores porcentajes se obtuvieron en el nivel de absorción medio, en primer lugar manifestados por la sala c con un 62,5% de profesionales con este valor, seguida por la sala b que obtuvo el 60%. Es decir que la mayor parte de los profesionales de ambas salas se sienten a veces inmersos en su trabajo con dificultades de dejarlo y otras no se involucran de igual modo.

La sala a posee niveles de absorción altos y medios en igual proporción 44% en cada nivel, podrían estar aparejados los altos niveles con la muy alta dedicación

que hace que los trabajadores se encuentren felizmente inmersos en su trabajo y presenten dificultades para desconectarse por el impulso que les provoca la actividad y los niveles medios con la disminución del vigor, produciendo un desgaste en la dedicación y una desconexión con el trabajo.

En la sala d los resultados con mayor porcentaje fueron absorción media y alta con el 37,5% en ambos niveles, puede estar relacionado en el mismo sentido que la sala a, ya que los profesionales de este centro de salud también poseen altos niveles de dedicación que fluctúan en relación a la disminución del Vigor que posiblemente este vinculado en este caso con las escasas demandas en algunos periodos de tiempo que producen en los trabajadores lapsos de aburrimiento y sinsentido en la jornada laboral.

Con respecto al optimismo evaluado en los trabajadores de los centros de salud se obtuvieron principalmente niveles muy altos y altos. En el nivel muy alto se encuentra con el mayor porcentaje la sala d (50%) manifestando una postura de confianza y persistencia en general ante el entorno en el cual se desenvuelven con actitud positiva y en la sala c con el 62,5% de los trabajadores se posiciona primera en altos niveles de optimismo. La sala a obtuvo mayores proporciones en el nivel alto de optimismo (55% de los profesionales) ubicandose en tercer lugar y la sala b se posiciona con su mayor porcentaje (60%) de optimismo alto en segundo lugar.

Podríamos decir que en todos los centros de salud los profesionales poseen una actitud positiva ante la vida y sus adversidades en mayor o menor medida. Esta es importante porque significa que cuentan con una visión esperanzadora del entorno, que confían en sí mismos y en la posibilidad de modificación y afrontamiento de los problemas. En el día a día se enfrentan con demandas de todo tipo, que exceden los límites de la mera demanda de atención de la salud primaria y tener una actitud de perseverancia manteniendo expectativas positivas acerca de su entorno de trabajo promueve el bienestar propio y de quienes concurren en busca de los mejores resultados posibles.

Comparando los resultados generales de los cuatro centros de salud en relación al SWLS podemos decir que: En relación a las puntuaciones que arrojaron una alta satisfacción con la vida se posiciona en primer lugar la sala a con el 66% de

los profesionales , seguida por la sala c (62,5%), luego se encuentra la sala b con un porcentaje de 60% y, por ultimo la sala d con el 50% de los trabajadores que obtuvieron una alta satisfaccion con la vida. El 20% de la sala b obtuvo una satisfaccion con la vida inferior, si bien es una porcion menor no por ello deja de ser significativa. Podemos resumir en este caso que los profesionales de los cuatro centros de salud analizados poseen en su mayoria altos niveles de satisfaccion con la vida, es decir, que estan complacidos con sus condiciones de vida actuales y que sienten que han logrado objetivos importantes hasta el momento. Esto es reafirmado y acompañado por la actitud optimista con la cual en general este grupo de profesionales tiene una mirada sobre su experiencia vital.

En relación al relevo de la resiliencia de los profesionales de 4 centros de salud primaria de la ciudad podemos decir, descomponiendo el análisis con respecto a sus variables:

En primer lugar, Comparando los resultados de los cuatro centros de salud con respecto a la percepcion del self observamos que: En el nivel medio alto el mayor porcentaje lo obtuvo la sala d (86% de los profesionales), seguida por la sala b con el 60%.

La sala a obtuvo el mayor porcentaje de nivel alto de percepcion del self 44% y la sala c obtuvo el mayor porcentaje de nivel medio alto en 3 lugar con el 50% (primero se ubica la sala d y en segundo lugar la sala b). En general podemos decir que los profesionales de las 4 salas poseen en mayor o menor medida confianza en los propios recursos para hacer frente a las situaciones adversas.

En segundo lugar, con respecto al planeamiento del futuro los resultados obtenidos muestran que: El porcentaje mas alto globalmente es el de la sala c en el nivel medio alto (75%). La sala b obtuvo el porcentaje mayor en el nivel alto (60%). La sala a representada por el 55% de los profesionales continua en el nivel medio alto a la sala c. la sala d obtuvo sus mayores porcentajes en el nivel alto y medio alto posicionandose en el nivel alto con el 43% en segundo lugar y en el medio alto con el 43% en tercer lugar. En sintesis en la gran parte de los profesionales de los centros de salud evaluados se manifiesta la posibilidad de alcanzar metas, objetivos y proyectos personales.

En tercer lugar en relación a la competencia social observamos que: En el nivel alto y con gran porcentaje se ubica primero la sala a (66%), seguida por la sala c con el 50%. La sala b posee igual proporción de niveles altos y medio altos (40% en ambos) en el nivel alto se posiciona 4ta y en el nivel medio alto 2da. La sala d tiene mayores porcentajes altos y medio altos (43% en ambos niveles), posicionándose en el nivel alto 3era y en el medio alto primera. Es decir que en términos generales los profesionales de las cuatro salas barriales poseen flexibilidad y apertura para establecer relaciones sociales.

En cuarto lugar con respecto a la variable recursos sociales podemos decir que: El mayor porcentaje lo obtuvo la sala d en el nivel medio alto (71%). La sala a se distribuyó principalmente en el nivel muy alto 33% (1era) y alto 33% (2da). La sala b obtuvo su mayor porcentaje (40% de los profesionales) en el nivel alto posicionándose primera. La sala c obtuvo el mayor número de profesionales con recursos sociales medio alto con el 50% de los trabajadores, ubicándose en segundo lugar. En síntesis, la mayoría de los profesionales en mayor o menor medida perciben que poseen una red social con la cual contar, apoyarse y sentirse contenidos.

En quinto lugar los resultados de la variable resiliente cohesión familiar muestran que: El “pico” de mayor porcentaje de profesionales lo tiene la sala b (80% de los trabajadores) con niveles de cohesión familiar medio altos. La sala a tuvo su mayor porcentaje de resultados de cohesión familiar alta ubicándose en 3er lugar en este nivel con el 33%. La sala c obtuvo el mayor porcentaje en el nivel alto de cohesión familiar, posicionándose en segundo lugar con el 37,5%. La sala d en igual proporción se ubica en el nivel alto de cohesión familiar con el 43% de los profesionales que los obtuvieron en primer lugar y en el nivel medio alto de cohesión familiar en segundo lugar con el 43% de sus trabajadores. En relación a esta variable podemos afirmar que en mayor o menor medida casi todos los profesionales de los cuatro centros de salud se sienten unidos afectivamente a sus familias y con valores compartidos, reforzando así su red social de apoyo.

En sexto lugar y por último analizando la variable estilo estructurado observamos que: La mayor cantidad de resultados obtenidos a nivel global se ubica en el nivel alto de la variable. En primer lugar con el mayor porcentaje se ubica la sala b, representada por el 60% de los profesionales, seguida por la sala d (57%). La sala a manifestó un estilo estructurado principalmente alto representada por el 33% de los trabajadores ubicándose en el 4to lugar y en igual proporción obtuvo niveles medio bajos de estilo estructurado (33% , posicionándose en primer lugar). La sala c mayormente obtuvo niveles de estilo estructurados altos (37,5% , ubicándose en 3er lugar).

Sintetizando, en mayor o menor medida casi la totalidad de los profesionales poseen capacidad de anticipación y planificación para el logro de objetivos personales. En este caso la sala que posee el estilo estructurado más alto es la b con lo cual hipotetizamos en este caso que los altos niveles de estilo estructurado generalizados podrían atisbar personalidades con metas claras y definidas pero también exigentes consigo mismos y con el entorno, lo que podría traer aparejado en consecuencia frustración cuando no se logran los objetivos que fueron meticulosamente trazados, esto permite pensar en el nivel de engagement medio obtenido en este centro de salud.

Con respecto a la resiliencia y luego de evaluar por separado cada variable comparando los resultados de las 4 salas concluimos que los profesionales en un alto porcentaje cuentan con la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa a pesar de los desafíos y adversidades de la vida cotidiana. Es decir que poseen los recursos necesarios (confianza en sí mismos, proyección a futuro, apertura social, red social de apoyo, planificación en pos del logro de objetivos) para sobreponerse a las dificultades que se presenten en la atención de la salud día a día.

Analizando la concordancia entre los niveles de recursos personales obtenidos y las demandas de tales recursos respecto del trabajo emocional desempeñado podemos afirmar que por un lado, los recursos personales evaluados (optimismo, satisfacción con la vida y resiliencia) expresaron en general en la mayoría de los profesionales de los cuatro centros de salud analizados un potencial positivo, en el sentido de que los trabajadores poseen actitudes optimistas, se encuentran

satisfechos con las condiciones de vida actuales y cuentan con un abanico amplio de capacidades resilientes, lo cual permite que puedan afrontar las dificultades diarias de sus vidas valiéndose de herramientas que les son funcionales a sus propósitos pero, por sobre todas las cosas que los impulsan hacia la realización personal y el bienestar biopsicosocial. Por otra parte, y puntualmente en relación al trabajo desempeñado en el ámbito de la salud pública observamos que el 50% de la muestra total de profesionales posee un engagement alto, es decir que se encuentran altamente implicados en la labor, conectados energéticamente y afectivamente con la misma y el otro 50% de los trabajadores obtuvo niveles de engagement medios, es decir que en este caso la implicación laboral es moderada pero sigue siendo favorable en el logro de objetivos cotidianos. Puntualmente señalo los resultados de la variable vigor del engagement, los cuales reflejan en todos los profesionales niveles medios hipotetizando una alta tendencia a la energía, el entusiasmo y la resistencia en el trabajo moderados. Posiblemente este relacionado, entre diversos factores, con las múltiples actividades en las que se encuentran inmersas las personas actualmente, teniendo que rendir física, psicológica y socialmente en pluralidad de campos, lo que conlleva muchas veces al agotamiento, al desgaste emocional y, por lo tanto a la baja en la energía y la motivación, en este caso, en lo que respecta al ámbito laboral. Esto puede ser producido como hemos pensado, en algunos casos por una demanda externa fluctuante y muchas veces baja de gente que concurre al servicio de salud lo cual produciría desgano al momento de concurrir al ámbito de trabajo y permanecer en el mismo, en otros por expectativas previas al trabajo altas que no se correspondieron con la situación real y generan sentimientos de frustración o por una desconexión con el equipo de trabajo y, por lo tanto, con el significado compartido del mismo.

En síntesis, los recursos personales se encuentran a disposición de los profesionales quienes poseen las herramientas para el trabajo diario, lo que ocurre es en cierta medida un erosionamiento de las energías, del entusiasmo por el trabajo que no llega a convertirse en un padecimiento organizacional sino que se destaca como una posible causa de malestar biopsicosocial por parte de los trabajadores a futuro.

Propuesta de mejora de la calidad de vida laboral y salud ocupacional del caso analizado:

Se apunta en este sentido desde el análisis de los niveles de engagement y, particularmente de los resultados acerca del vigor de la totalidad de los trabajadores (en su mayoría puntuaciones medias) a proponer posibles practicas que apunten a fortalecer a los equipos de trabajo y retroalimentarse entre los profesionales para continuar motivados en la tarea y en sus proyectos individuales. Se sugiere principalmente la creación de espacios habilitados fuera del horario laboral (las reuniones de equipo se realizan dentro de la jornada laboral) dirigidos por un coordinador de grupos y compartidos por todos los profesionales de cada sala para que los mismos puedan expresar sus malestares, frustraciones y sentimientos hostiles con respecto al trabajo. Los encuentros serian programados según la posibilidad horaria del equipo de profesionales y apuntarían a compartir las emociones que surjan con respecto al trabajo para que tengan un lugar donde ser escuchados, conformando un grupo de apoyo laboral y reforzando los vínculos con sus pares. Posiblemente los sentimientos o actitudes positivas altas que poseen los trabajadores puedan encubrir o negar emociones negativas con las cuales es necesario conectar para tomar conciencia de ellas, procesarlas y aliviar las cargas emocionales al sentir que son compartidas y que pueden adquirir una postura distinta y genuina.

El dispositivo propuesto tendría las características de un grupo de reflexión que “pretende el reconocimiento de lo singular y la construcción de resignificaciones propias y nuevos sentidos producidos colectivamente de aquello que es vivido y compartido, ofreciendo un lugar donde ser mirado, escuchado y poder poner en movimiento las ideas, emociones y pensamientos hasta el momento no trabajados” (cuaderno de catedra psicología de los grupos, “dispositivos grupales”). Se haría uso de la palabra como herramienta y podría incluirse recursos técnicos, operando en situación, con lo que ocurra en el momento del encuentro entre los presentes. El objetivo primordial seria la búsqueda colectiva de mecanismos de apuntalamiento grupal que puedan llegar a restaurar la pertenencia a un” nosotros” ante los interrogantes de la época fundamentalmente producidos por los cambios y las nuevas demandas en el mundo actual del trabajo. “el cambio del trabajo físico a las demandas emocionales y cognitivas

significa que en lugar del cuerpo del empleado, ahora importa más su psique. Más concretamente, trabajar con personas en el sector servicios, como pacientes, clientes, estudiantes, exige el llamado trabajo emocional (Nogareda, García, Martínez y Salanova, 2007) Esta es una forma de regulación emocional y se espera que los trabajadores muestren ciertas emociones como parte de su trabajo. (...) el trabajo emocional implica la gestión de las emociones de manera que sean compatibles con la organización o con las normas de la profesión, independientemente de que discrepen con los propios sentimientos. Esto requiere inteligencia emocional, empatía, y habilidades sociales y de comunicación”. Estos recursos nombrados están presentes en los centros de salud investigados, pero es conveniente e importante un trabajo de las emociones concomitantes a este desempeño laboral requerido, como un modo de fortalecer los y recuperar aquellos sentimientos, ideas, concepciones, etc, rechazados por no compatibilizar con la profesión y que podrían generar un conflicto interno y-o externo al profesional que se vea reflejado en su vida personal y en la actividad laboral.

Referencias bibliográficas

- ACOSTA, H. SALANOVA, M Y LLORENS, S (2011): “¿Cómo predicen las practicas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: el rol de la confianza organizacional, ciencia y trabajo 2011” nº 41, pp. 125-134.
- Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo: “Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo”.
- ARRAIGADA, M y REDONDO, A (2013): “el estudio del engagement como factor de capital psicológico positivo y su rol en la calidad de servicio, análisis de casos. Congreso nacional de estudios del trabajo. 2013”
- BECOÑA, E: “Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Facultad de psicología, universidad de Santiago de Compostela. Asociación española de psicología clínica y sicopatología. Revista de sicopatología y psicología clínica” vol 11 n3.pp 125-146, 2006.
- Confederación de empresarios de Málaga:” guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Octubre 2013”.
- CORDOBA, M. MENENDEZ, N y PIROVANO GIL, M (2014): “niveles de engagement y liderazgo en voluntarios universitarios de la UNMdp”
- D’AVIA, R (2005): “calidad de vida. La relación psicosocial del sujeto”.
- DESCALS, F: “psicología de la organización, 2004”.
- Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención. Republica de argentina. Intercambio 3. 2/1/2007. “fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención”.
- FLORES, A y GRANE, J (2008): “la resiliencia, crecer desde la adversidad. Plataforma editorial, Barcelona 2008”
- GALENDE, E: “Subjetividad y resilliencia: del azar y la complejidad” cap 1. Resiliencia y subjetividad, primera parte.

- GARASSINI, M: “resiliencia y familiares enfermos oncológicos, psicodebate 9, psicología, cultura y sociedad” pp 93-104.
- GONZALEZ, A. DE LA CORTE, C y RUBIO, J (2010): “engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral, revista digital de prevención 2010” nº1.
- GORDILLO, A: “Teoría general del derecho administrativo cap 21: servicios públicos”.
- GROTBORG, E (2003): “nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo propias fortalezas 2003, paidós”.
- HERNANDEZ VARGAS, C. LLORENS, S y SANCHEZ, A (2014): “empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. Anales de psicología 2014” vol 30, nº1, pp 247-258.
- HOLGADO, M (2011): “estudio del estrés, engagement y rendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud 2011”.
- JARAMILLO, D. MUÑOZ, DE IGLESIAS, G. (2005): “resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas, revista salud publica 2005” vol 7, nº3, pp 281-292.
- LEVANO, A (2009): “felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de lima. Liberabit 2009” vol 15, nº2.
- LIBRAN, E (2002): “optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento, psicothema 2002” vol 14, nº3, pp 544-550.
- MANTILLA, E (2013): “El compromiso laboral (engagement) en las áreas administrativas de un medio de comunicación escrito de la ciudad de quito-ecuador 2013”.
- MARTINEZ LUGO, M (2009): “la vinculación psicológica en el trabajo (engagement), el síndrome de quemarse por el trabajo y el clima organizacional en un grupo de empleados en puerto rico, revista interamericana de psicología ocupacional 2009” vol 28, nº1, pp 7-15.

- MARTINEZ MARTINEZ, I. SALANOVA, M (2003): “niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional, revista de educación 2003” n° 330, pp 361-384.
- MENEHEL, I: “la resiliencia en el desarrollo de la organización saludable. Proyecto de investigación” pp 506-517.
- MENEHEL, I. SALANOVA, M y MARTINEZ, I (2013): “el campo de la resiliencia organizacional una revisión teórica, revista de psicología ciencias de la educación de esport 2013” vol 31, n °2, pp 13-24.
- MENEZES DE LUCENA CARUALHO, V y otros (2006): “resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos, psicothema 2006” vol 18, n°4, pp 791-796.
- MUCHOTRIGO, M: “niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de lima, liberabit” pp 96-105.
- NIETO, H: “Salud laboral: la salud de los trabajadores de la salud”.
- ORTIZ, J. RAMOS, N y VILLAROEL, N (2003): “optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud, suma psicológica 2003” vol 10, n° 1, pp 119.134.
- PEREZ, C (2009): “optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria, acta colombiana de psicología 2009” vol 12, n° 1, pp 95-107.
- POSECK, B: “psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología, 2006”. Papeles del psicólogo, n° 1, vol-27, 2006.
- POSECK, B. BAQUERO, B y JIMENEZ, M (2006): “la experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático, papeles del psicólogo 2006” vol 27, n° 1, pp 40-49.
- QUEVEDO, R y ABELLA, M (2010): “el papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo, salud mental 2010” vol 33, n° 1.

- REMOR, E. GOMEZ, A y CARBOLES, J.: “eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. Universidad autónoma de Madrid. Anales de psicología 2010” vol 26, nº 1 (enero), 49-57.
- REMOR, E. MONTSERRAT, A y CARROBLES, J (2006): “el optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico, anales de psicología 2006” vol 22, nº 1, pp 37-44.
- RIOS RISQUEZ, M y otros (2012): “resiliencia y síndrome de burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal, international journal of psychological research 2012” vol 5, nº1, pp 88-95.
- SALANOVA, M (2009): “organizaciones saludables, organizaciones resilientes, gestión practica de riesgos laborales 2009” nº 58, pp 18-23.
- SALANOVA, M y SCHAUFELI, W: “El engagement en el trabajo”. Alianza editorial. 2009.
- SALANOVA, M. SHAUFELI, W. LORRENS, S. PEIRO, J y GRAU, R (2000): “desde el burnout al engagement ¿una nueva perspectiva? Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones 2000” vol 16, nº2, pp 117-134.
- SALANOVA, M y otros (2001): “exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia profesional, revista de psicología social aplicada 2001” vol 11, nº 1, pp 69-90.
- SALANOVA, M y SCHAUFELI, W (2004): “el engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos, estudios financieros 2014” nº261, pp 109-138.
- SANCHEZ, A y DURAN DURAN, M: “engagement en profesionales de la acción social, diferencias entre administración y tercer sector desde la perspectiva del modelo de demandas y recursos laborales, documentos de trabajo social” vol 51, pp 45-49.

- SARMENTO, M y otros: “relación entre engagement y las creencias de autoeficacia en los trabajadores, ReiDoCrea” vol 2, pp 79-92.
- URIARTE, J (206): “construir la resiliencia en la escuela, revista de psicodidáctica 2006” vol 11, n°1, pp 7-23.
- VILLAROEL, P. RUBIO, N y ATENAS, K (2008): “evaluación del optimismo: un análisis preliminar del life orientation test versión revisada en población chilena, univ. Psychol 2009” vol 8, n°1, pp 61-68.
- www.centrosdesaludtsas.com.ar/1nivel-caps-descripcion.html
- www.conectapyme.com/gabinete/p3/guia/nivel1apartado1.html (herramienta multimedia para la detección y control de riesgos psicosociales en la pyme).
- www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/psicosociales

6. anexos

Tabla 1: *composición de sala a*

sala a

Sujeto	EDAD	SEXO	ANTIGÜEDAD	OCUPACIÓN
1	37	Fem.	4 años	Nutricionista
2	46	masc.	6 años	Dr. General
3	45	Fem.	10 años	Estimuladora
4	59	Fem.	22 años	Enfermera
5	40	Fem.	9 años	Dra. General
6	57	Fem.	15 años	Pediatra
7	44	Fem.	3 años	Obstetra
8	30	Fem.	3 años y 3 meses	Trab. Social
9	32	Fem.	7 años	Prom.salud

Tabla 2: *composición de sala b*

sala b

S	EDAD	SEXO	ANTIGÜEDAD	OCUPACION		
1	49	masc.	4 años	Doctor		
2	31	Fem.	5 años	Prom. Salud		
3	52	Fem.	15 años	Enfermera		
4	36	Fem.	10 meses	Trab. Social		
5	37	Fem.	4 años	Nutricionista	idem s1 sala a	

Tabla 3: *composición de sala c*

sala c

S	EDAD	SEXO	ANTIGÜEDAD	OCUPACION		
1	70	masc.	2 meses	Dr. General		
2	51	fem.	5 años	Prom. Salud		
3	52	fem.	3 años y medio	Enfermera		
4	47	masc.	5 años	Pediatra		
5	28	fem.	2 años	Trab. Social		
6	25	fem.	1 mes	Psicologa		
7	37	fem.	6 meses	Nutricionista	idem s1 sala a	
8	45	fem.	6 años	Estimuladora	idem s3 sala a	

Tabla 4: *composición de sala d*

sala d

S	EDAD	SEXO	ANTIGÜEDAD	OCUPACION		
1	42	fem.	2 años	Enfermera		
2	36	fem.	11 años	Trab. Social		
3	49	fem.	4 meses	Estimuladora		
4	50	masc.	10 años	Ginecologo		
5	57	fem.	5 años	Prom. Salud		
6	70	masc.	3 años	Dr. General	idem s1 sala c	
7	57	fem.	25 años	Pediatra	idem s6 sala a	
8	25	fem.	1 mes	Psicóloga	idem s6 sala c	

Tabla 5: *distribución de sala a según edad*

edad	Cantidad de personas	%
18-30	1	11
31-40	3	33
41-50	3	33
>50	2	22
total	9	99

Gráfico 1: *distribución de sala a según la edad*

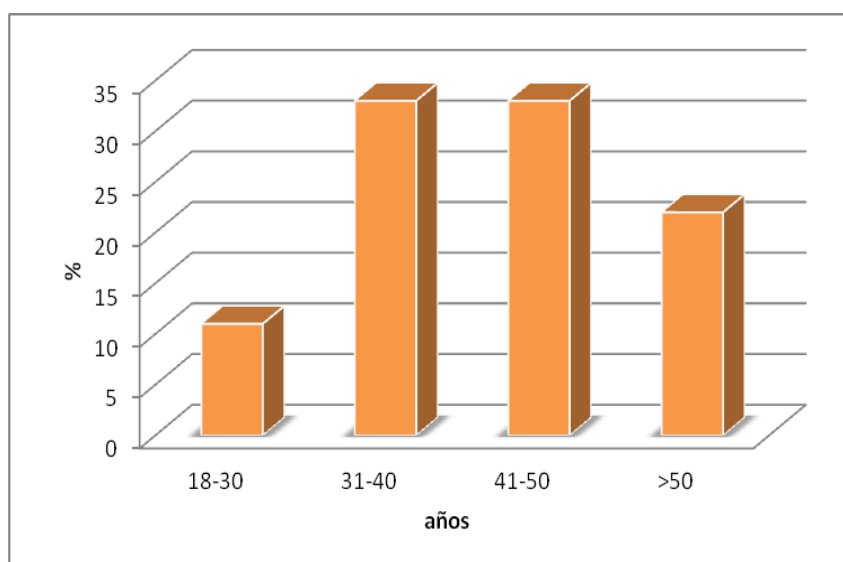


Tabla 6: *distribución de la sala a según antigüedad en el cargo*

Antigüedad (años)	Cantidad de personas	%
<5	3	33
5-10	4	44
11-20	1	11
>20	1	11
total	9	99

Gráfico 2: *distribución de sala a según antigüedad en el cargo*

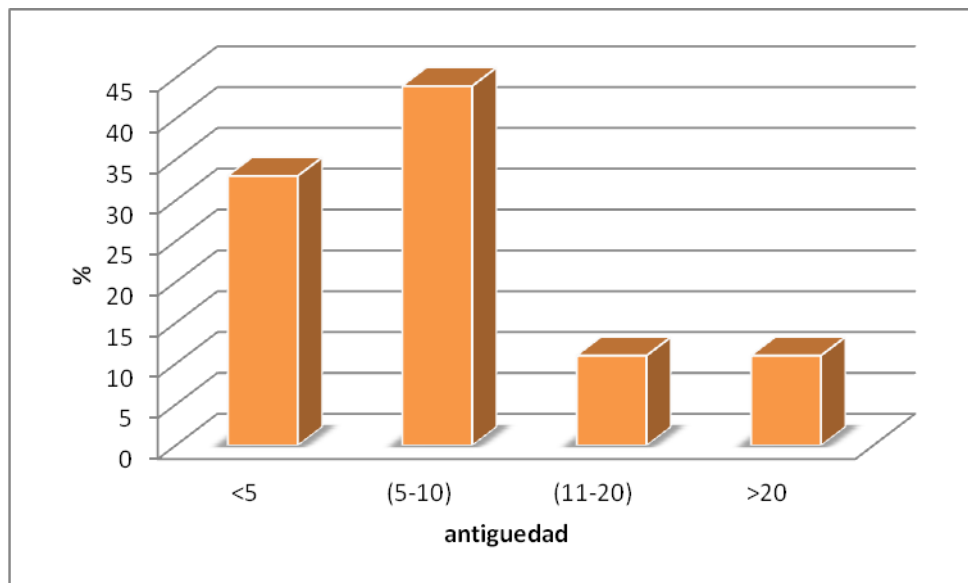


Tabla 7: *distribución de la sala a según género*

sexo	Cantidad de personas	%
femenino	8	89
masculino	1	11
total	9	100

Gráfico 3: *distribución de sala a según el género*

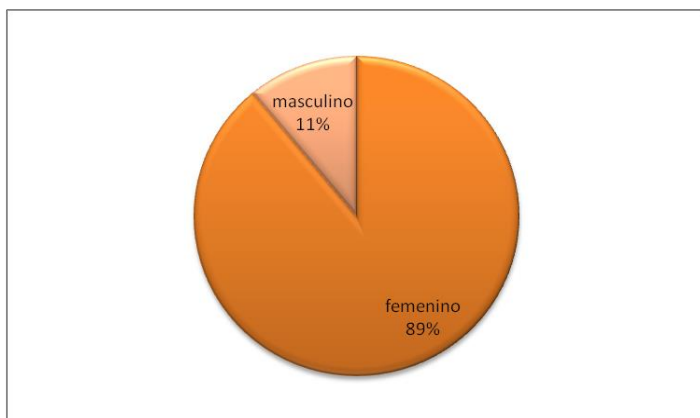


Tabla 8: *distribución de sala b según la edad*

edad	Cantidad de personas	%
18-30	0	0
31-40	3	60
41-50	1	20
>50	1	20
total	5	100

Gráfico 4: *distribución de la sala b según la edad*

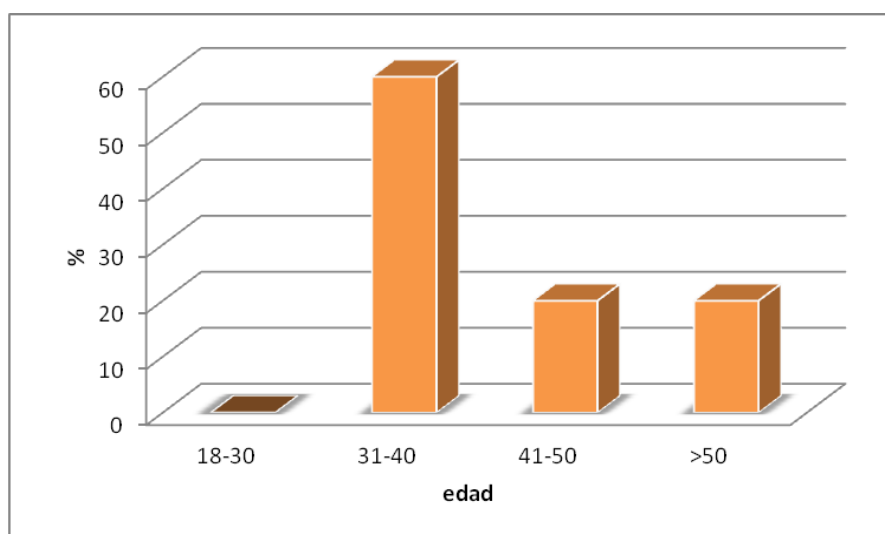


Tabla 9: *distribución de la sala b según antigüedad*

Antigüedad (años)	Cantidad de personas	%
<5	3	60
5-10	1	20
11-20	1	20
>20	0	0

total	5	100
-------	---	-----

Grafico 5: *distribución de sala b según antigüedad*

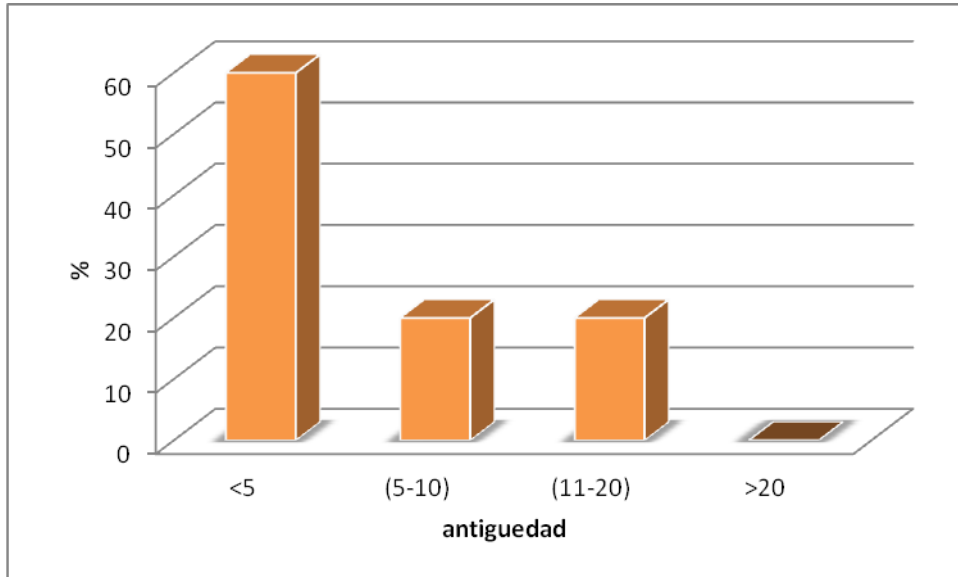


Tabla 10: *distribución de sala b según el género*

sexo	Cantidad de personas	%
femenino	4	80
masculino	1	20
total	5	100

Grafico 6: *distribución de sala b según el género*

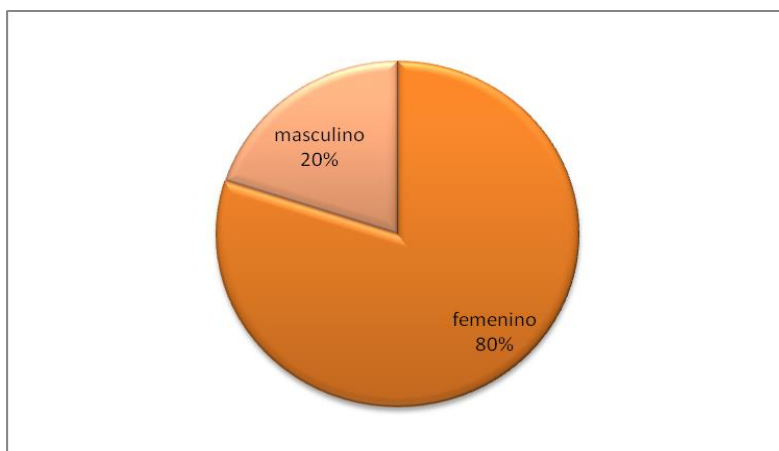


Tabla 11: *distribución de sala c según la edad*

edad	Cantidad de personas	%
18-30	2	25
31-40	1	12,5
41-50	2	25
>50	3	37,5
total	8	100

Gráfico 7: *distribución de sala c según la edad*

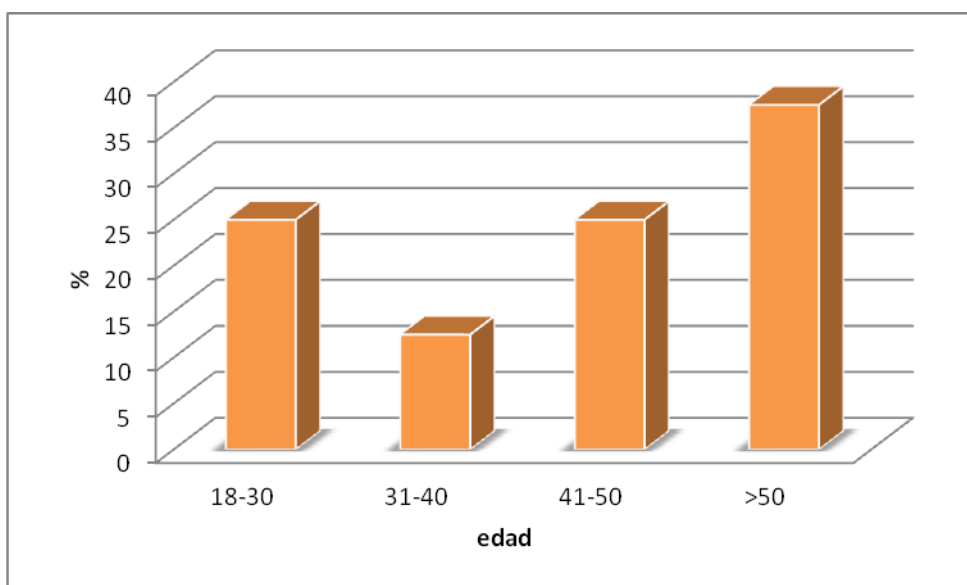


Tabla 12: *distribución de sala c según antigüedad*

Antigüedad (años)	Cantidad de personas	%
<5	5	62,5
5-10	3	37,5
11-20	0	0
>20	0	0
total	8	100

Gráfico 8: *distribución de sala c según antigüedad*

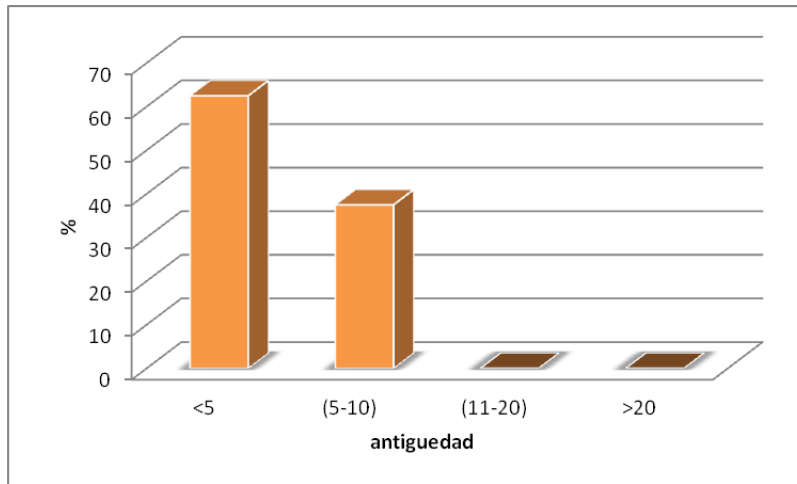


Tabla 13: *distribución de sala c según género*

sexo	Cantidad de personas	%
femenino	6	75
masculino	2	25
total	8	100

Grafico 9: *distribución de sala c según género*

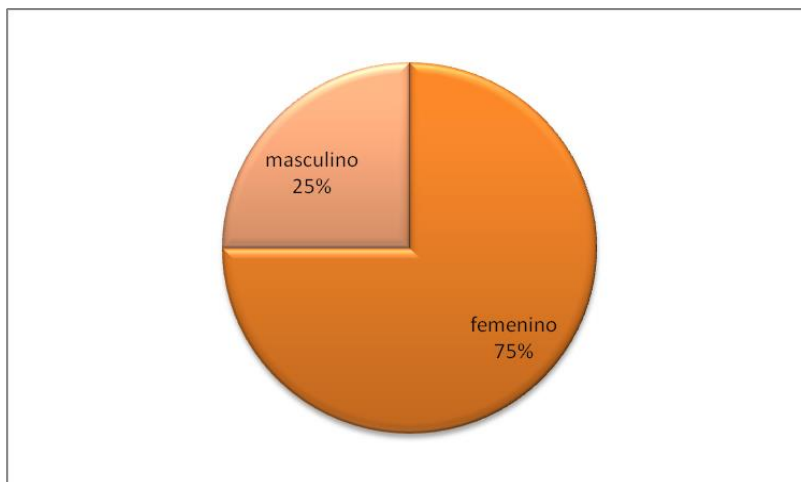


Tabla 14: *distribución de sala d según edad*

edad	Cantidad de personas	%
18-30	1	12,5
31-40	1	12,5
41-50	3	37,5
>50	3	37,5

total	8	100
-------	---	-----

Gráfico 10: *distribución de sala d según edad*

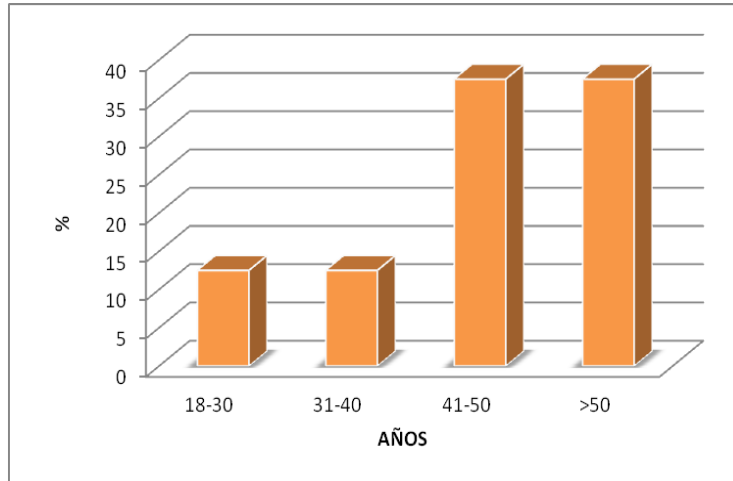


Tabla 15: *distribución de sala d según antigüedad*

Antigüedad (años)	Cantidad de personas	%
<5	4	50
5-10	2	25
11-20	1	12,5
>20	1	12,5
total	8	100

Gráfico 11: *distribución de sala d según antigüedad*

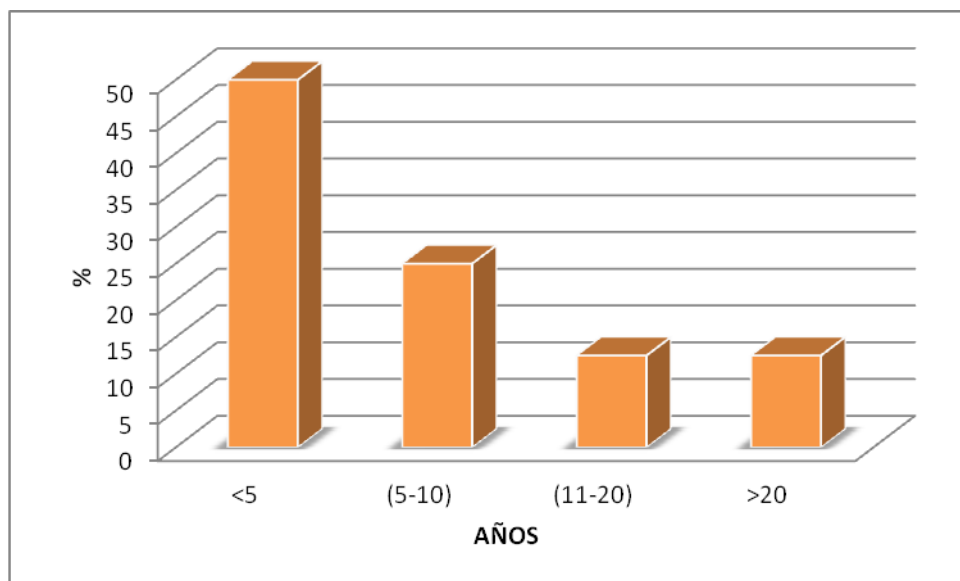


Tabla 16: *distribución de sala d según género*

sexo	Cantidad de personas	%
femenino	6	75
masculino	2	25
total	8	100

Grafico 12: *distribución de sala d según género*

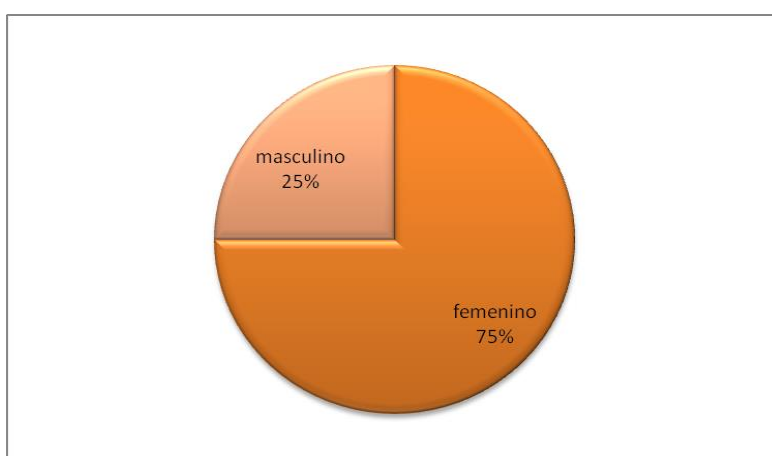


Tabla 17: *resultados generales engament sala a*

engagement	Cantidad de personas	%
Muy bajo	0	0
bajo	0	0
medio	2	22
alto	7	78
Muy alto	0	0
total	9	100

Grafico 13: *resultados de engament sala a*

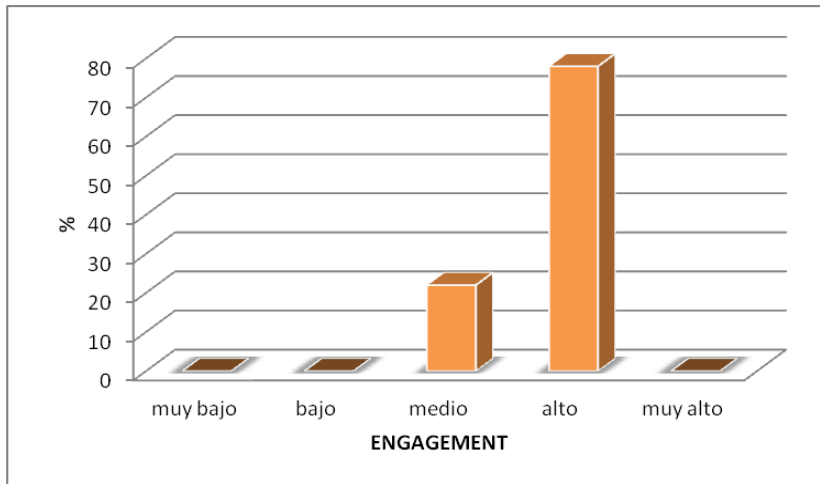


Tabla 18: *resultados de vigor sala a*

vigor	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
alto	3	33
medio	6	67
bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	9	100

Gráfico 14: *distribución de vigor sala a*

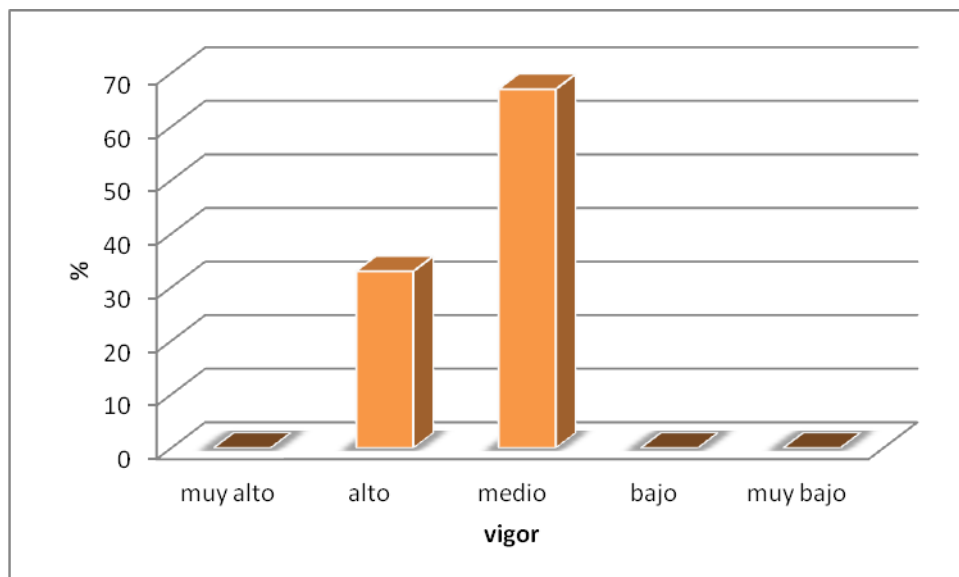


Tabla 19: *resultados de dedicación sala a*

dedicación	Cantidad de personas	%
Muy alto	4	44
alto	3	33
medio	1	11
bajo	1	11
Muy bajo	0	0
total	9	99

Gráfico 15: *distribución de dedicación sala a*

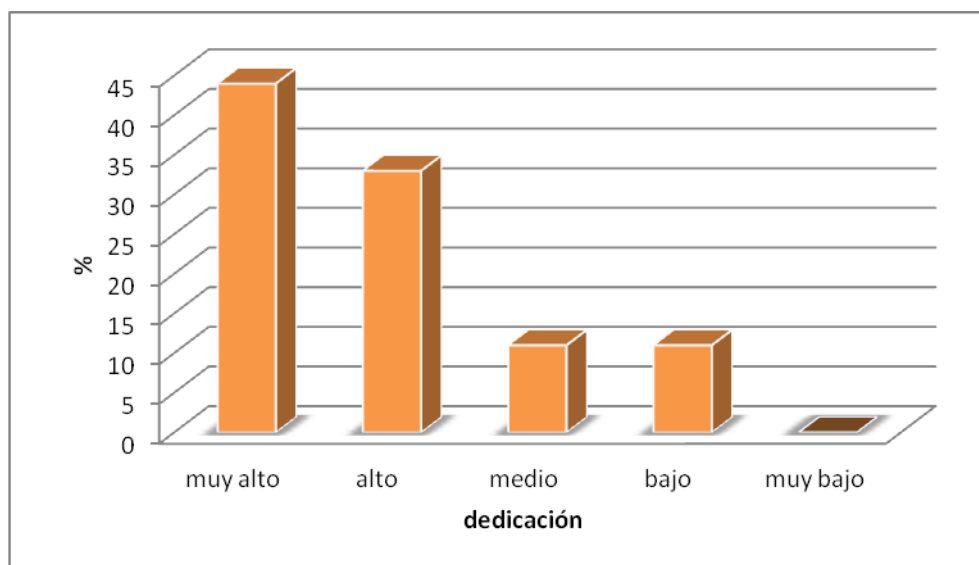


Tabla 20: *resultados de absorción sala a*

absorción	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	11
alto	4	44
medio	4	44
bajo	0	0
muybajo	0	0

total	9	99
-------	---	----

Gráfico 16: *distribución de absorción sala a*

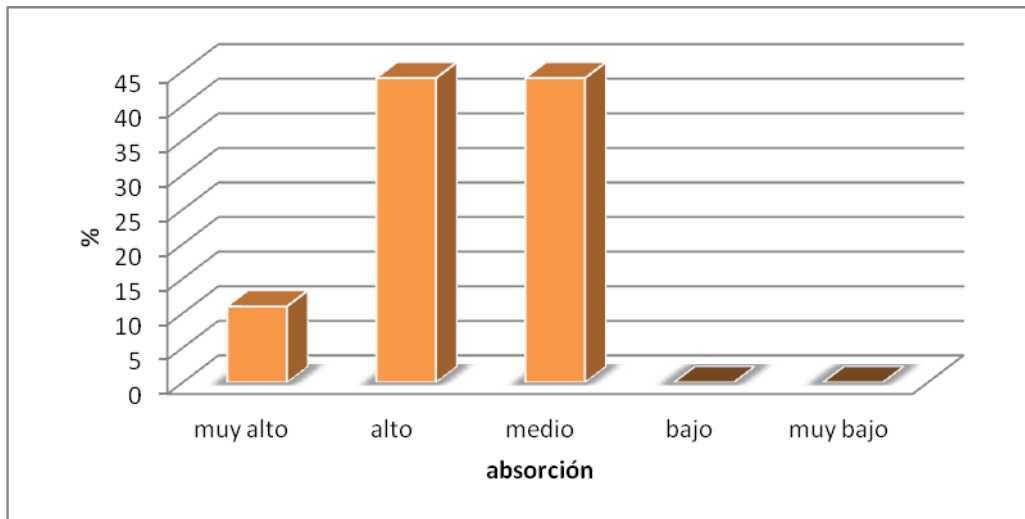


Tabla 21 : *resultados de optimismo sala a*

optimismo	Cantidad personas	de	%
Muy alto	4		44
alto	5		55
medio	0		0
bajo	0		0
Muy bajo	0		0
total	9		100

Gráfico 17: resultados de optimismo sala a

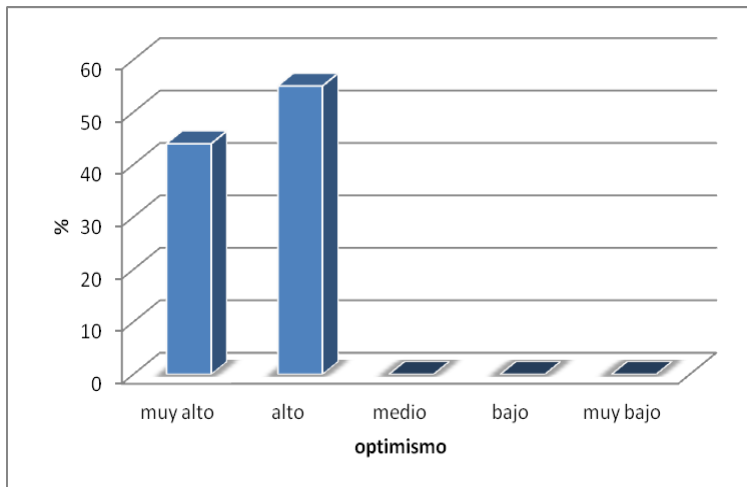


Tabla 22: resultados de SWLS sala a

SWLS	Cantidad de personas	%
Muy alta	1	11
Alta	6	66
Media	2	22
Inferior	0	0
Insatisfecha	0	0
Muy insatisfecha	0	0
total	9	100

Gráfico 18: resultados de SWLS sala a

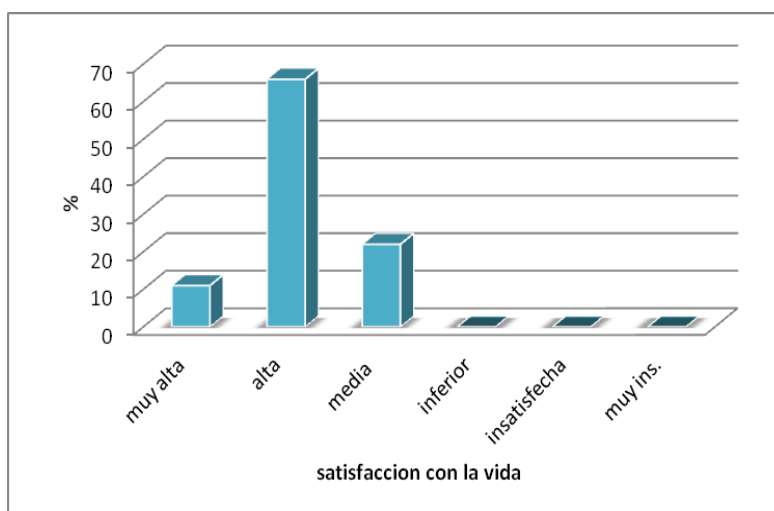


Tabla 23: resultados percepción del self sala a

Percepción del self	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	4	44
Medio alto	4	44
Medio bajo	1	11
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	9	100

Gráfico 19: resultados percepción del self sala a

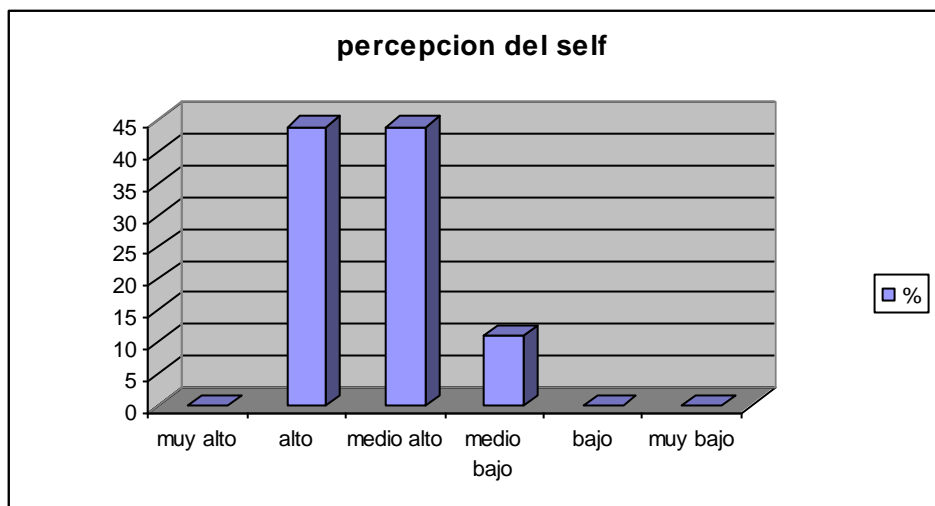


Tabla 24: resultados planeamiento del futuro sala a

Planeamiento de futuro	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0

Alto	3	33
Medio alto	5	55
Medio bajo	1	11
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	9	100

Gráfico 20: resultados planeamiento del futuro sala a

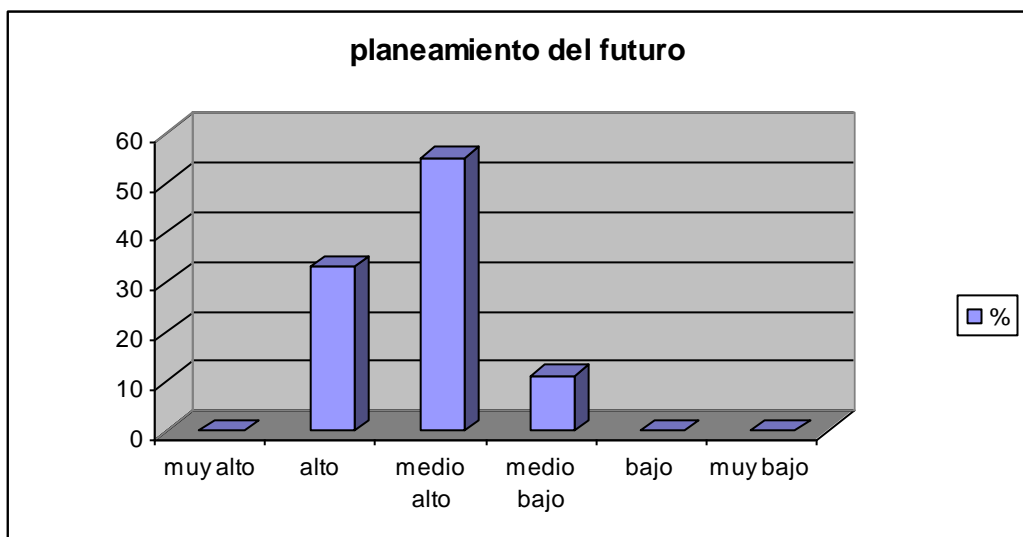


Tabla 25: resultados competencia social sala a

Competencia social	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	6	66
Medio alto	2	22
Medio bajo	1	11
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0

total	9	100
-------	---	-----

Gráfico 21: resultados competencia social sala a

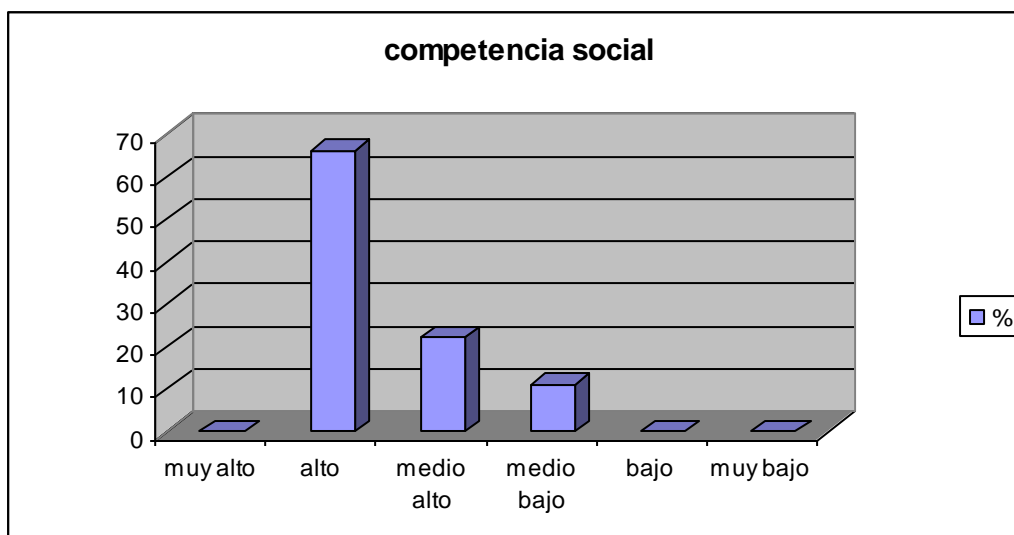


Tabla 26: resultados recursos sociales sala a

Recursos sociales	Cantidad de personas	%
Muy alto	3	33
Alto	3	33
Medio alto	1	11
Medio bajo	2	22
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	9	100

Gráfico 22: resultados recursos sociales sala a

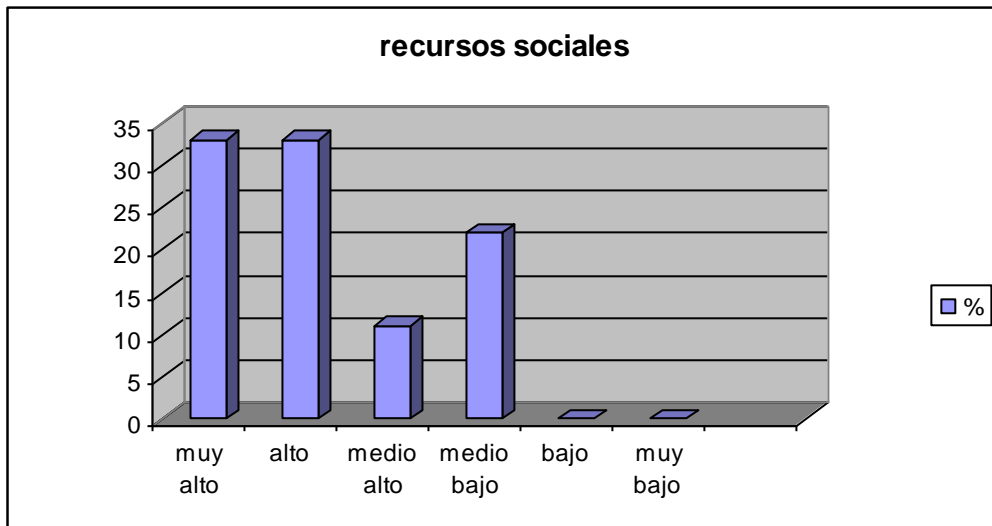


Tabla 27: resultados cohesión familiar sala a

Cohesión familiar	Cantidad de personas	%
Muy alto	2	22
Alto	3	33
Medio alto	2	22
Medio bajo	2	22
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	9	100

Gráfico 23: resultados cohesión familiar sala a

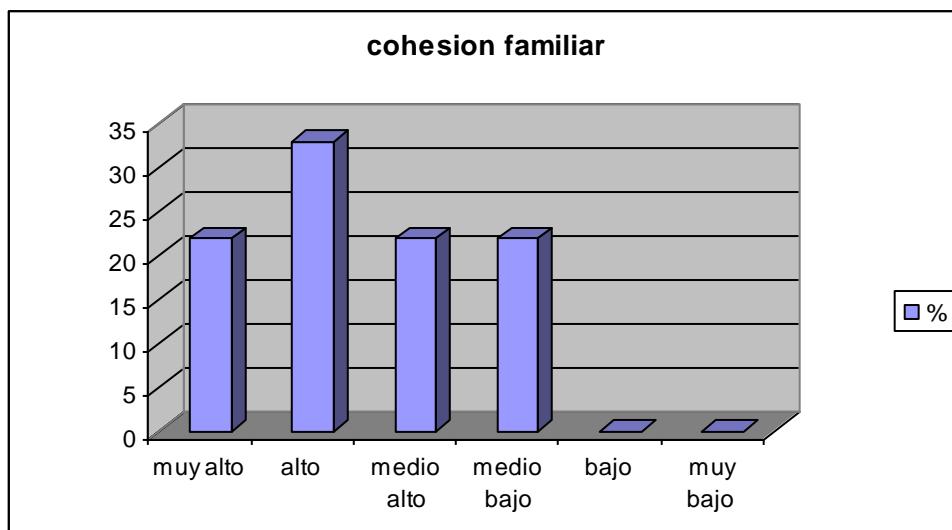


Tabla 28 : *resultados estilo estructurado sala a*

Estilo estructurado	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	33
Medio alto	1	11
Medio bajo	3	33
Bajo	1	11
Muy bajo	1	11
total	9	100

Gráfico 24: *resultados estilo estructurado sala a*

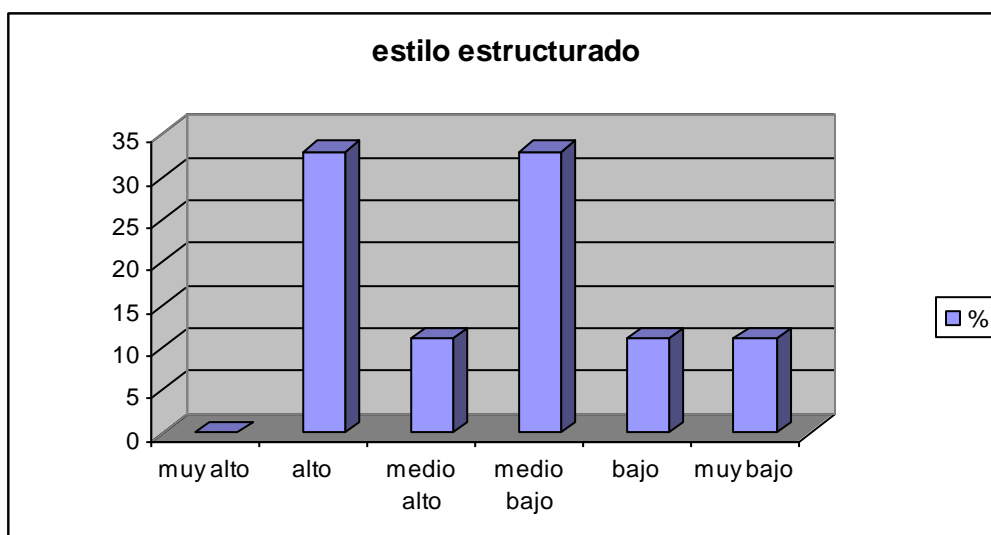


Tabla 29 : *resultados engagement sala b*

engagement	Cantidad	%
Muy bajo	0	0
bajo	0	0
medio	4	80

alto	1	20
Muy alto	0	0
total	5	100

Gráfico 25: *Distribución de resultados engagement sala b*

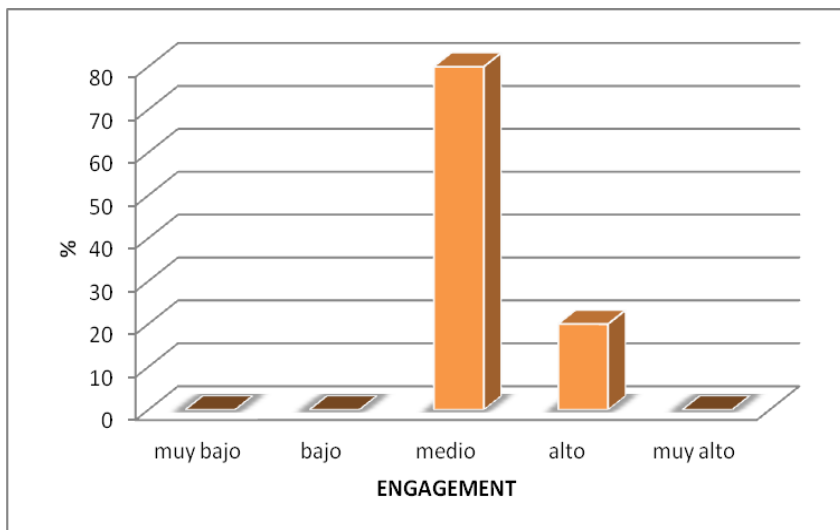


Tabla 30: *Resultados de vigor sala b*

vigor	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
alto	0	0
medio	3	60
bajo	2	40
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 26: *Distribución de resultados de vigor sala b*

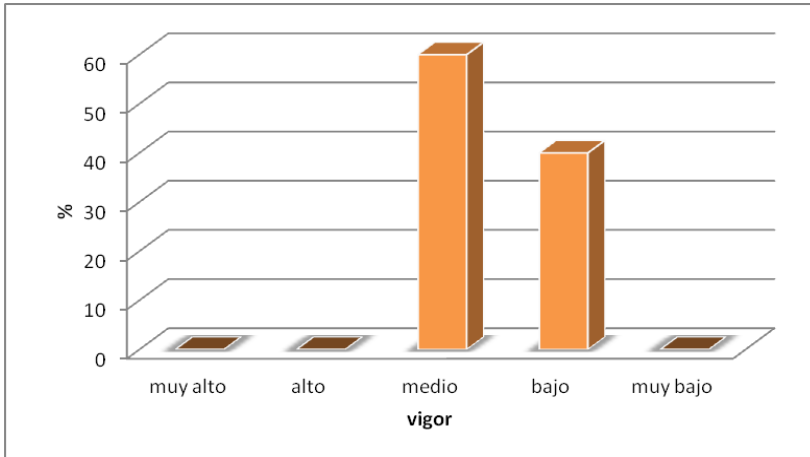


Tabla 31: resultados de dedicación sala b

dedicación	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
alto	1	20
medio	2	40
bajo	2	40
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 27: distribución de resultados de dedicación sala b

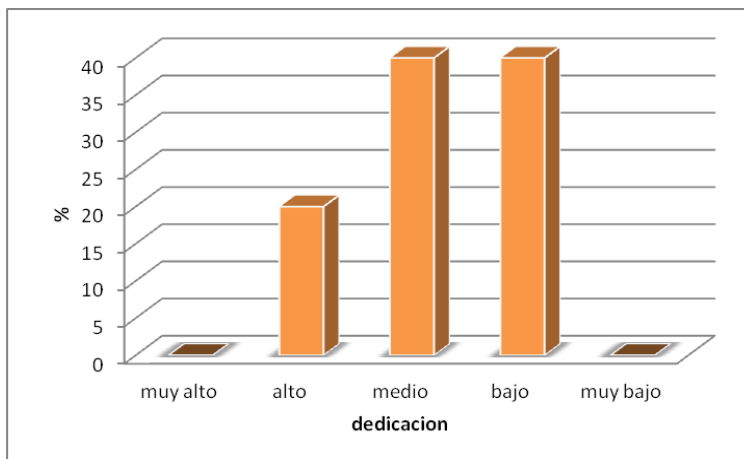


Tabla 32: *resultados de absorción sala b*

absorción	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
alto	2	40
medio	3	60
bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 28: *distribución de resultados de absorción sala b*

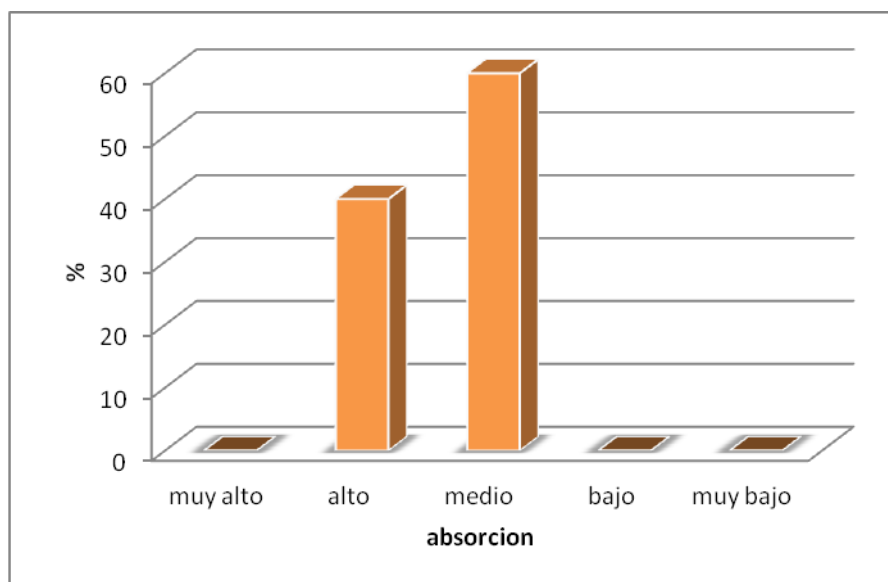


Tabla 32: *resultados de optimismo sala b*

Optimismo	Cantidad de personas	%
Muy alto	2	40

Alto	3	60
Medio	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
Total	5	100

Gráfico 29: *distribución de resultados optimismo sala b*

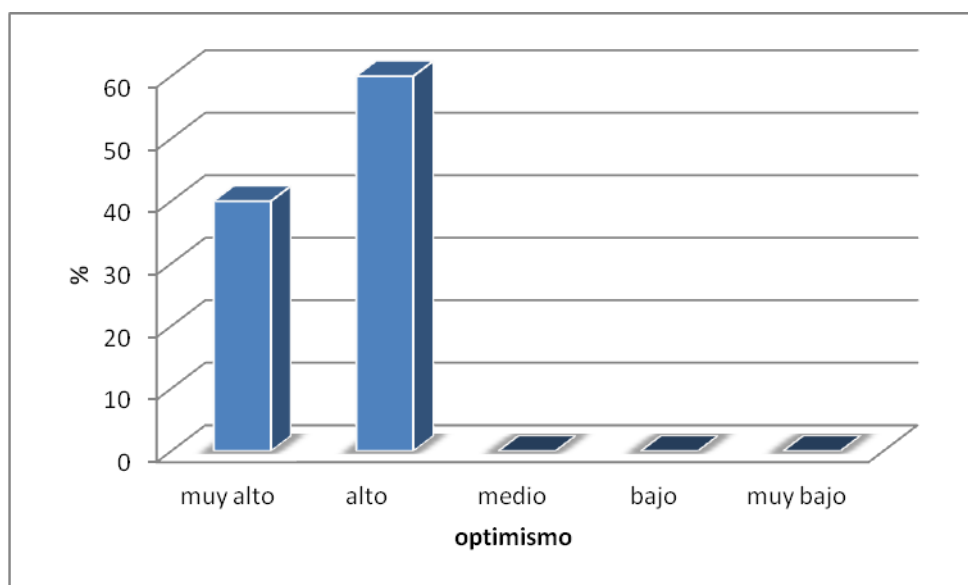


Tabla 33 : *resultados SWLS sala b*

SWLS	Cantidad de personas	%
Muy alta	0	0
Alta	3	60
Media	1	20
Inferior	1	20
Insatisfecha	0	0
Muy insatisfecha	0	0
total	5	100

Gráfico 30: *distribucion de resultados SWLS sala b*

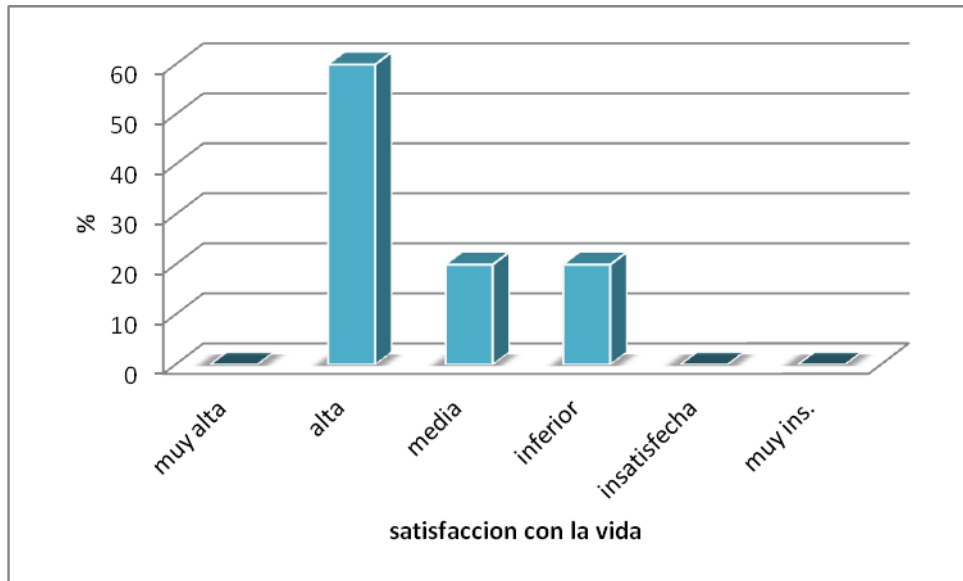


Tabla 34: *resultados percepción del self sala b*

Percepción del self	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	1	20
Medio alto	3	60
Medio bajo	1	20
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 31: *resultados percepción del self sala b*

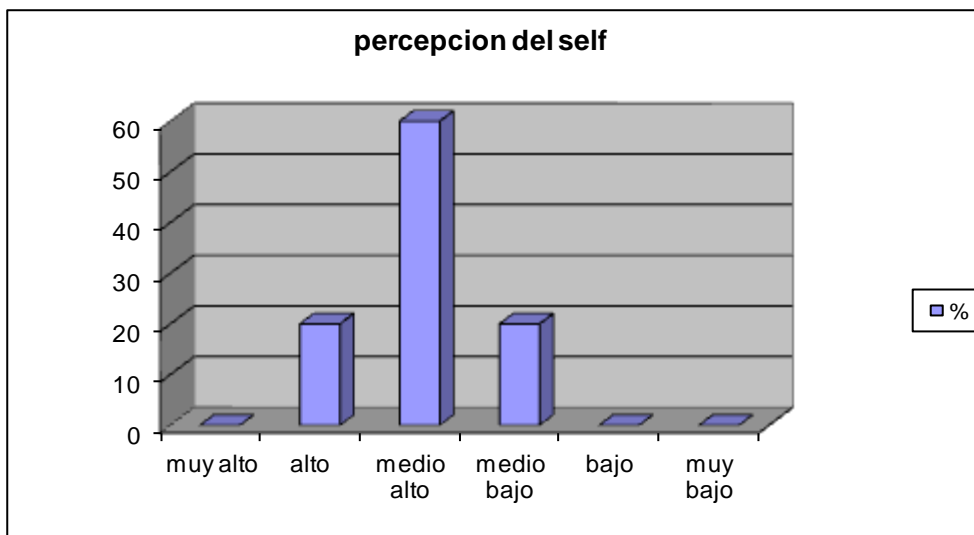


Tabla 35: resultados planeamiento del futuro sala b

Planeamiento del futuro	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	60
Medio alto	2	40
Medio bajo	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 32: resultados planeamiento del futuro sala b

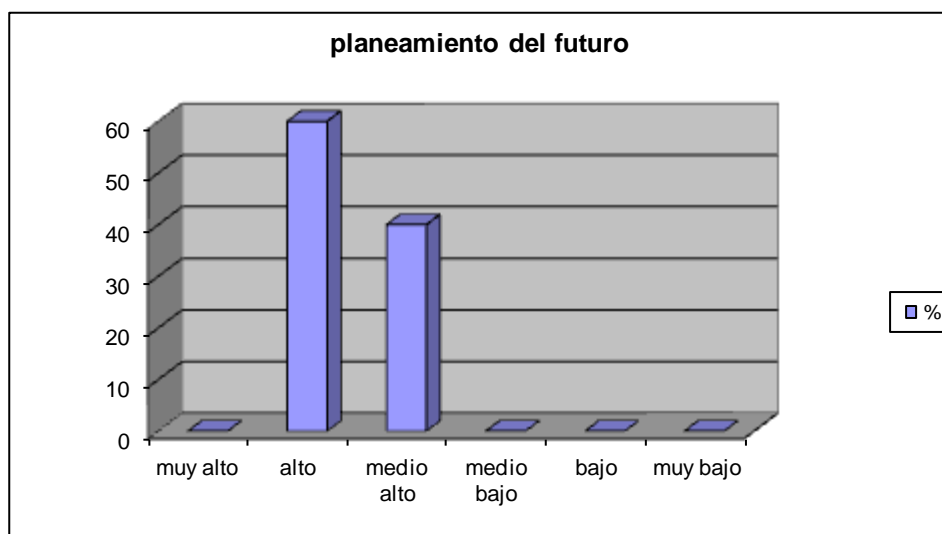


Tabla 36: resultados competencia social sala b

Competencia social	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	2	40
Medio alto	2	40
Medio bajo	1	20
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 33: resultados competencia social sala b

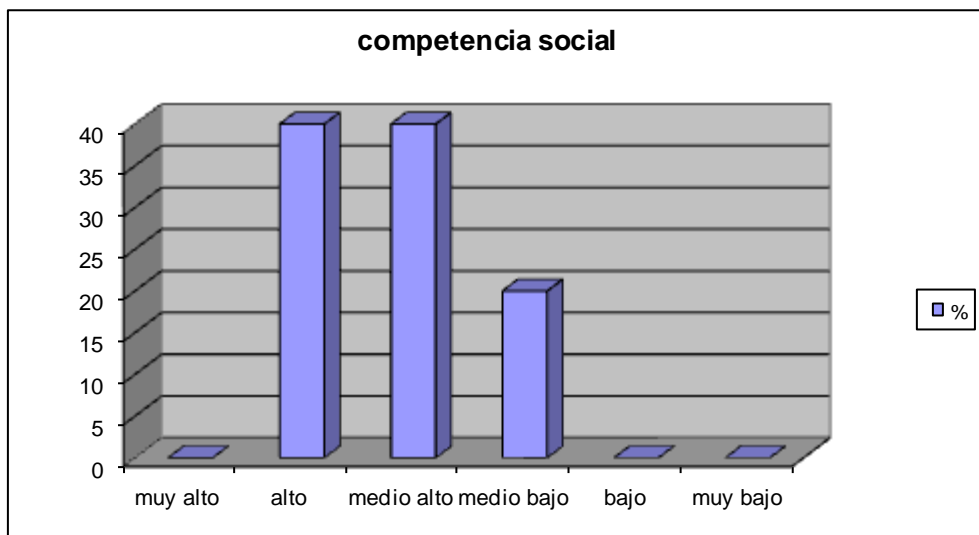


Tabla 37: resultados recursos sociales sala b

Recursos sociales	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	20
Alto	2	40
Medio alto	1	20
Medio bajo	1	20

Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 34: *resultados recursos sociales sala b*

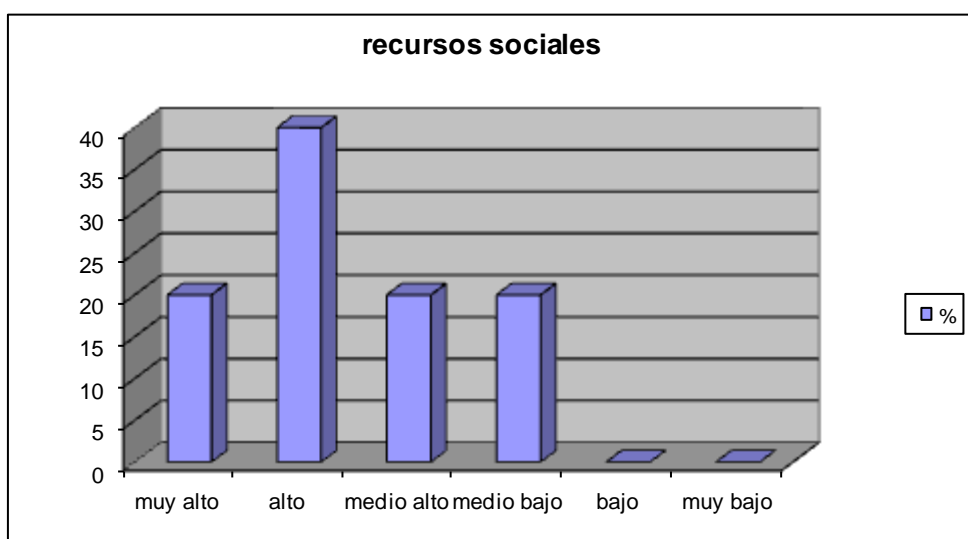


Tabla 38: *resultados cohesión familiar sala b*

Cohesión familiar	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	1	20
Medio alto	4	80
Medio bajo	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 35: resultados cohesión familiar sala b

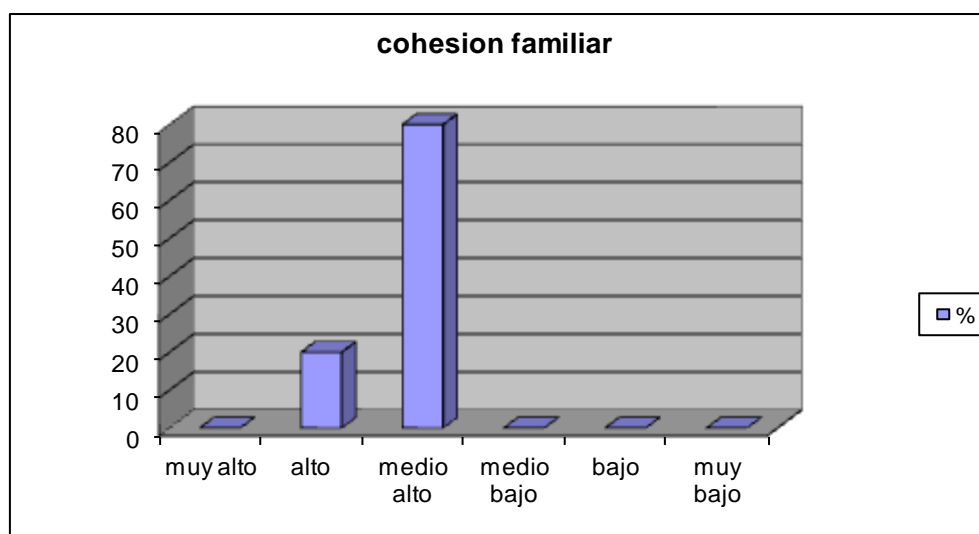


Tabla 39: resultados estilo estructurado sala b

Estilo estructurado	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	20
Alto	3	60
Medio alto	1	20
Medio bajo	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	5	100

Gráfico 36: resultados estilo estructurado sala b

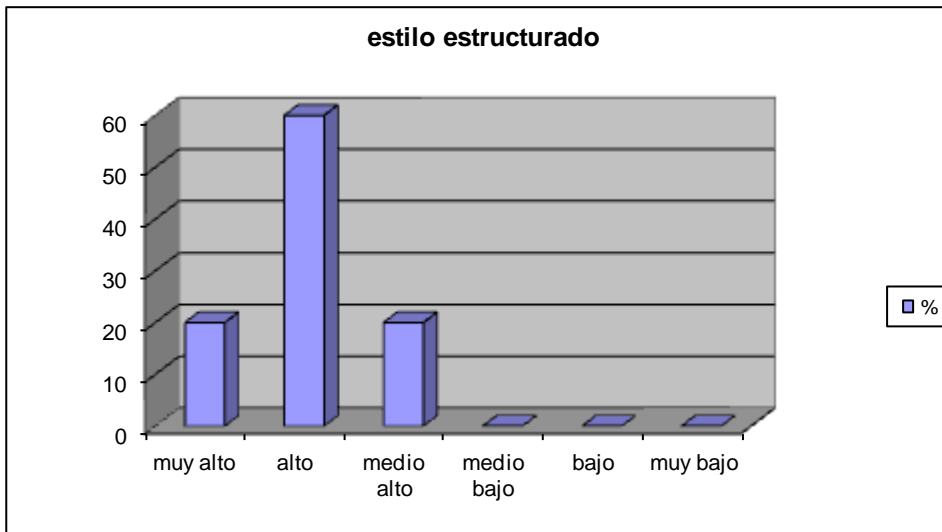


Tabla 40: resultados engagement sala c

engagement	cantidad	%
Muy bajo	0	0
bajo	0	0
medio	5	62,5
alto	3	37,5
Muy alto	0	0
total	8	100

Gráfico 37: resultados engagement sala c

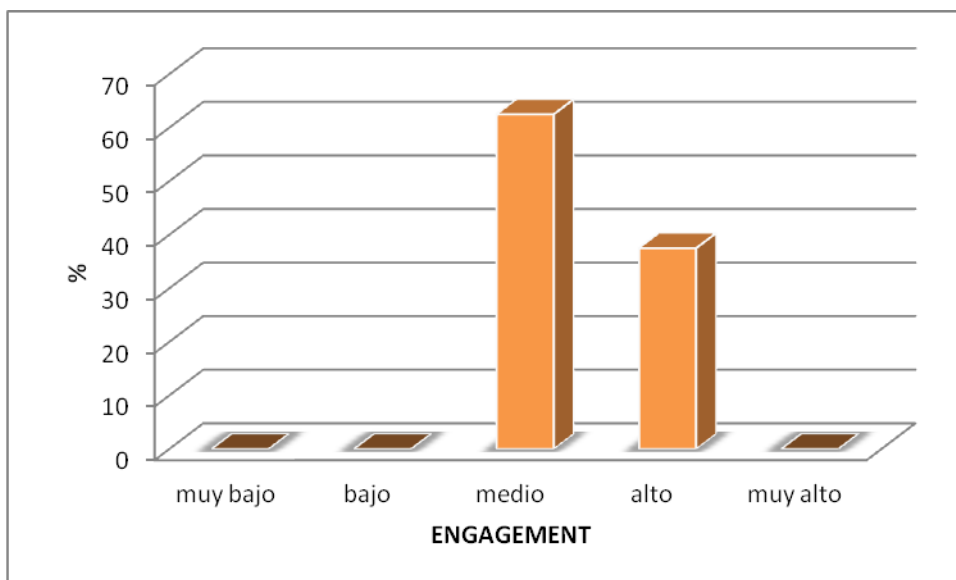


Tabla 41: resultados de vigor sala c

vigor	Cantidad de personas	%

Muy alto	0	0
Alto	2	25
medio	4	50
Bajo	2	25
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 38: *distribución resultados de vigor sala c*

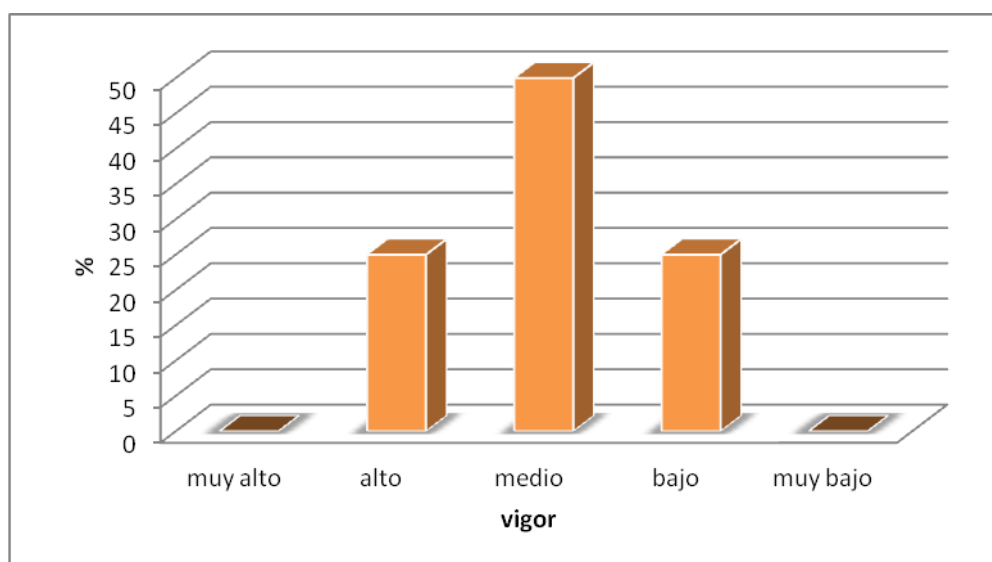


Tabla 42: *resultados dedicación sala c*

dedicación	Cantidad de personas	%
Muy alto	2	25
Alto	3	37,5
Medio	2	25
Bajo	1	12,5

Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 39: *distribución de resultados de dedicación sala c*

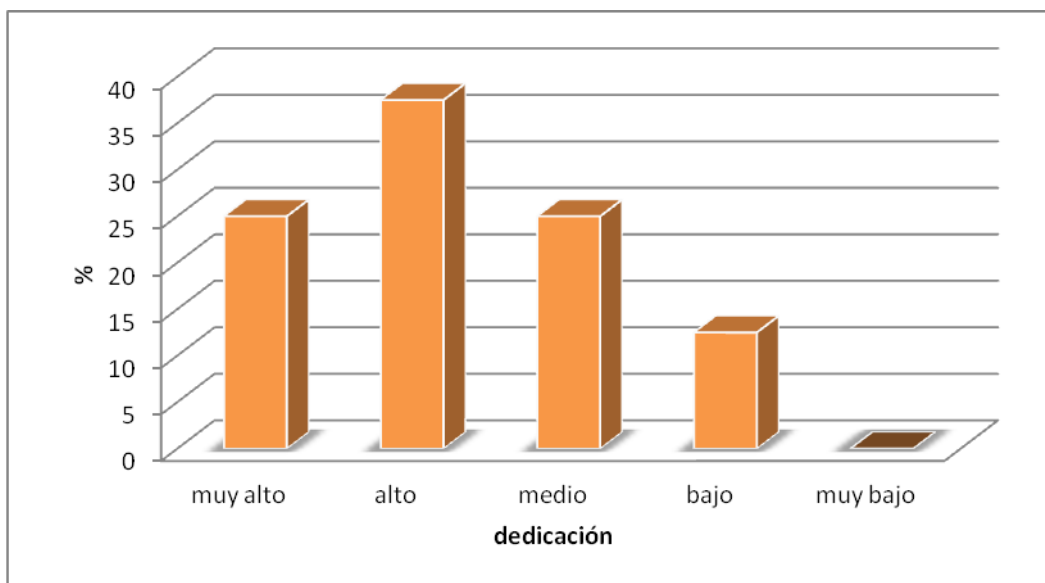


Tabla 43: *resultados de absorción sala c*

absorción	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	37,5
Medio	5	62,5
bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 40: *distribución de resultados de absorción sala c*

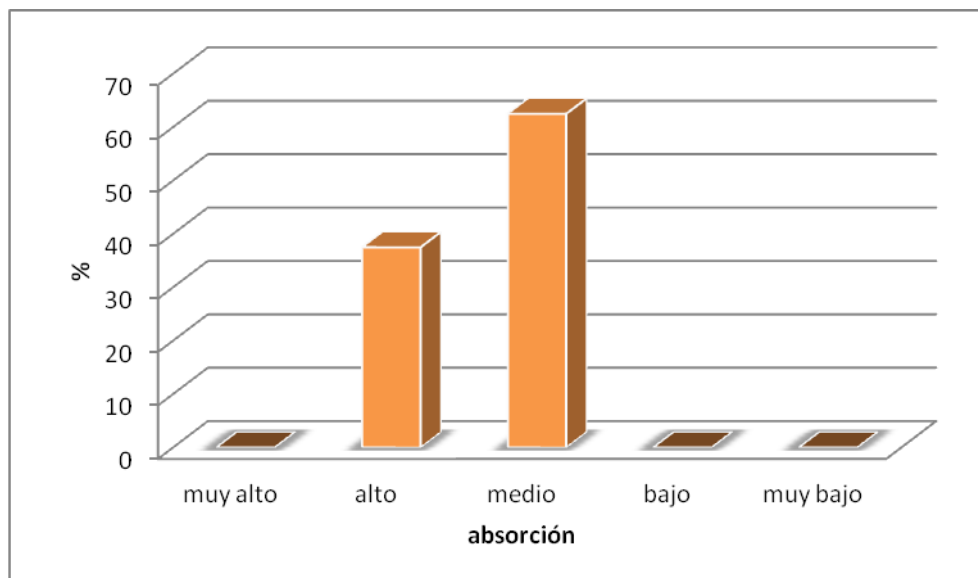


Tabla 44: *resultados de optimismo sala c*

optimismo	Cantidad de personas	%
Muy alto	3	37,5
Alto	5	62,5
Medio	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
Total	8	100

Gráfico 41: *distribución de resultados optimismo sala c*

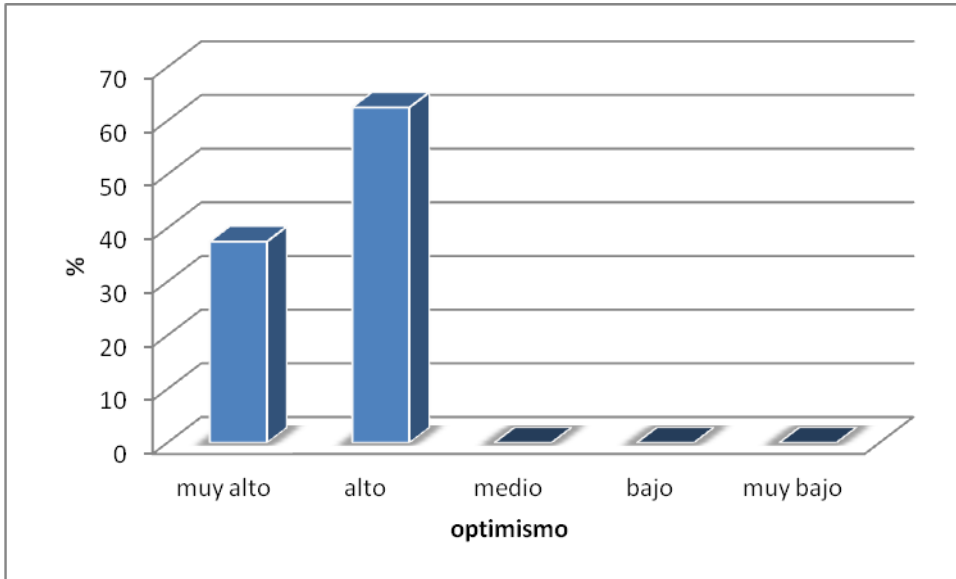


Tabla 45: resultados de SWLS sala c

SWLS	Cantidad de personas	%
Muy alta	0	0
Alta	5	62,5
Media	3	37,5
Inferior	0	0
Insatisfecha	0	0
Muy insatisfecha	0	0
total	8	100

Gráfico 42: distribución de SWLS sala c

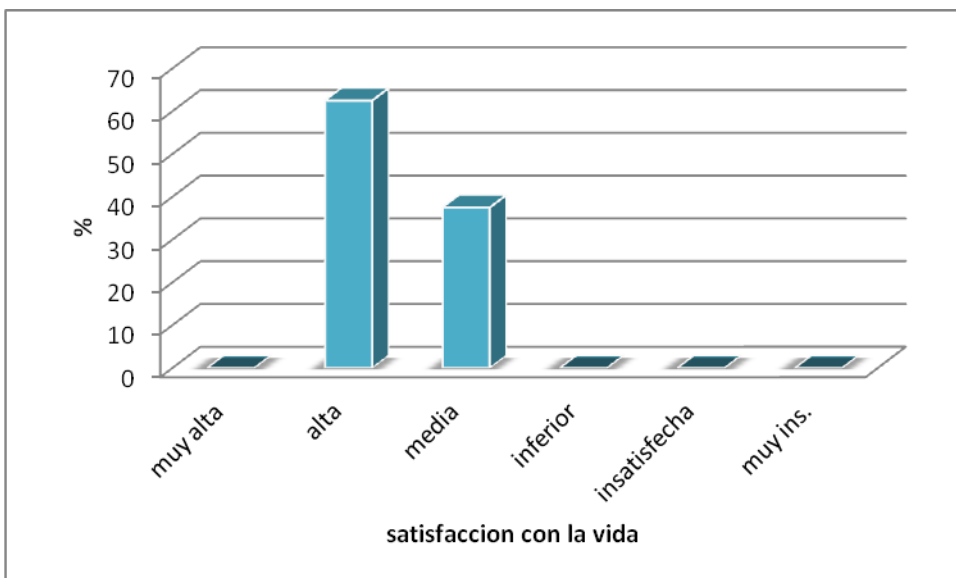


Tabla 46: *resultados percepción del self sala c*

Percepción del self	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
Alto	2	25
Medio alto	4	50
Medio bajo	0	0
Bajo	1	12,5
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 43: *distribucion de resultados percepcion del self sala c*

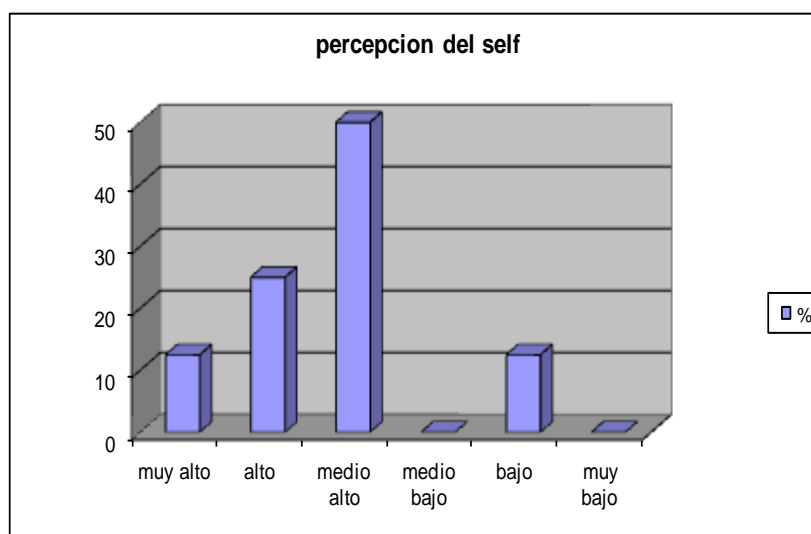


Tabla 47: *resultados planeamiento del futuro sala c*

Planeamiento del futuro	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	0	0
Medio alto	6	75
Medio bajo	1	12,5
Bajo	1	12,5
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 44: *distribucion de planeamiento del futuro sala c*

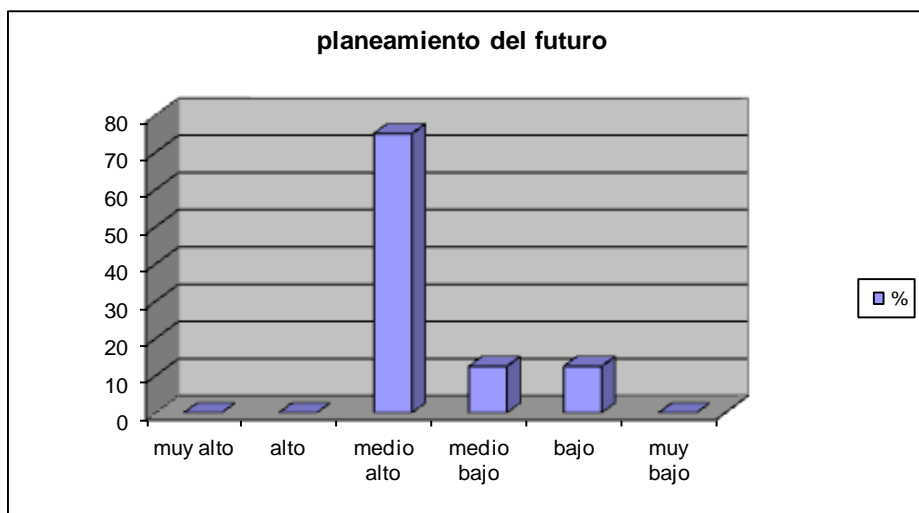


Tabla 48: *resultados competencia social sala c*

Competencia social	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
alto	4	50
Medio alto	2	25
Medio bajo	1	12,5

bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 45: *distribución de competencia social sala c*

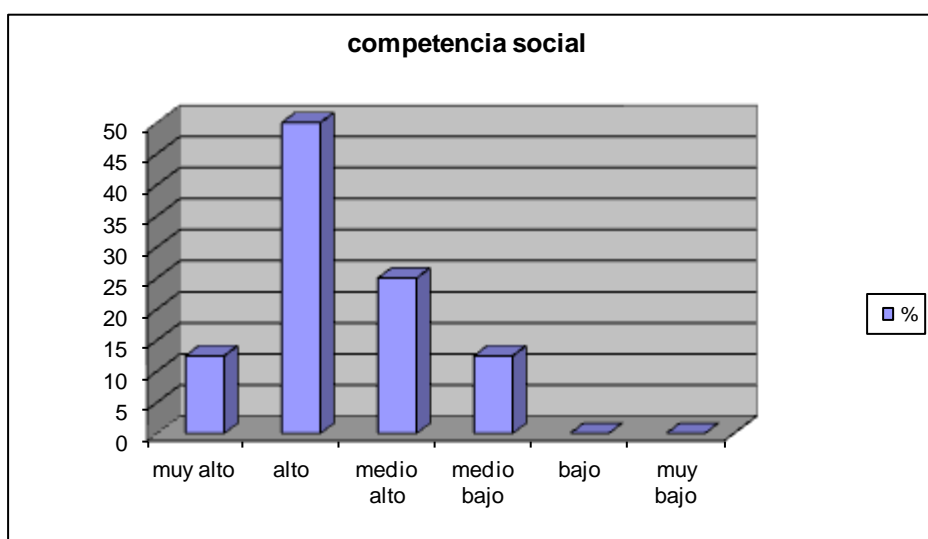


Tabla 49: *resultados recursos sociales sala c*

Recursos sociales	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
Alto	2	25
Medio alto	4	50
Medio bajo	1	12,5
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0

total	8	100
-------	---	-----

Gráfico 46: *distribucion de recursos sociales sala c*

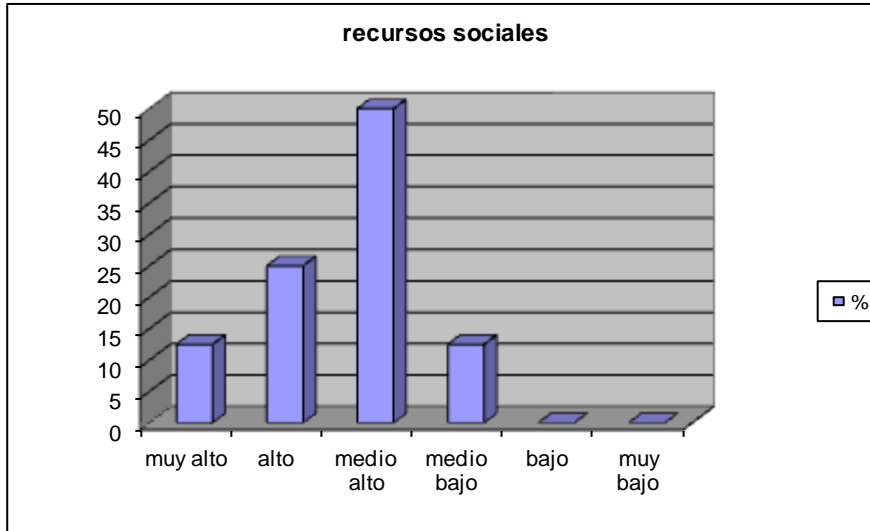


Tabla 50: *resultados cohesion familiar sala c*

Cohesion familiar	Cantidad de personas	%
Muy alto	2	25
Alto	3	37,5
Medio alto	2	25
Medio bajo	1	12,5
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 47: *distribución cohesion familiar sala c*

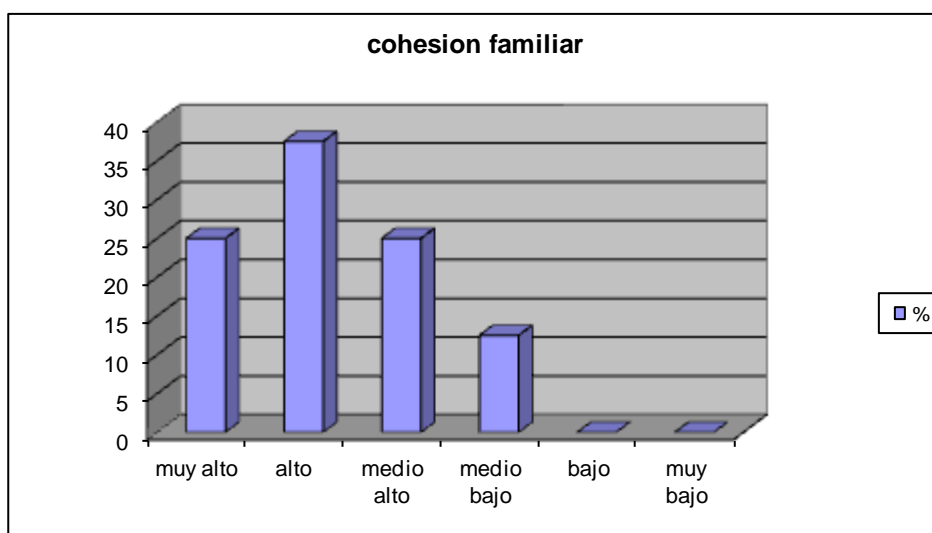


Tabla 51: resultados estilo estructurado sala c

Estilo estructurado	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
alto	3	37,5
Medio alto	2	25
Medio bajo	1	12,5
Bajo	0	0
Muy bajo	1	12,5
total	8	100

Gráfico 48: *distribución de estilo estructurado sala c*

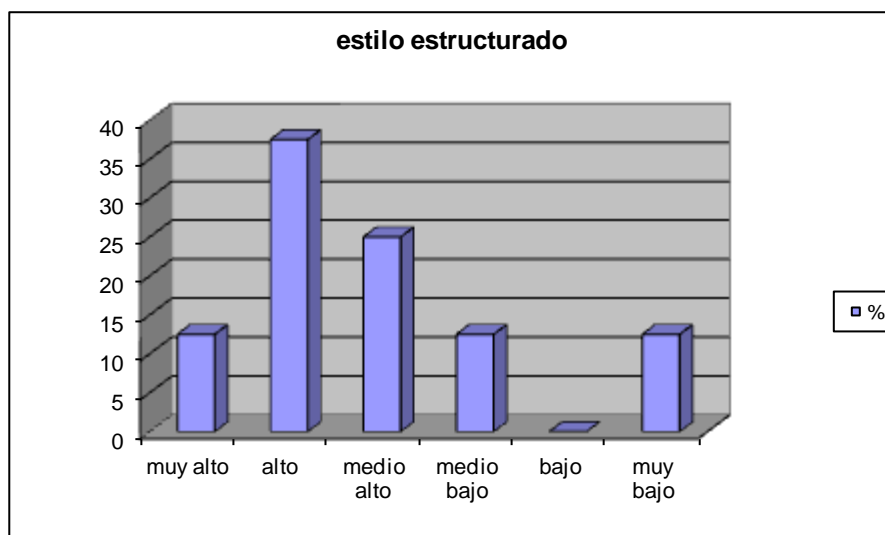


Tabla 52: resultados UWES sala d

engagement	cantidad	%
Muy bajo	0	0
bajo	0	0
medio	2	25
alto	6	75
Muy alto	0	0
total	8	100

Gráfico 49: distribución resultados UWES sala d

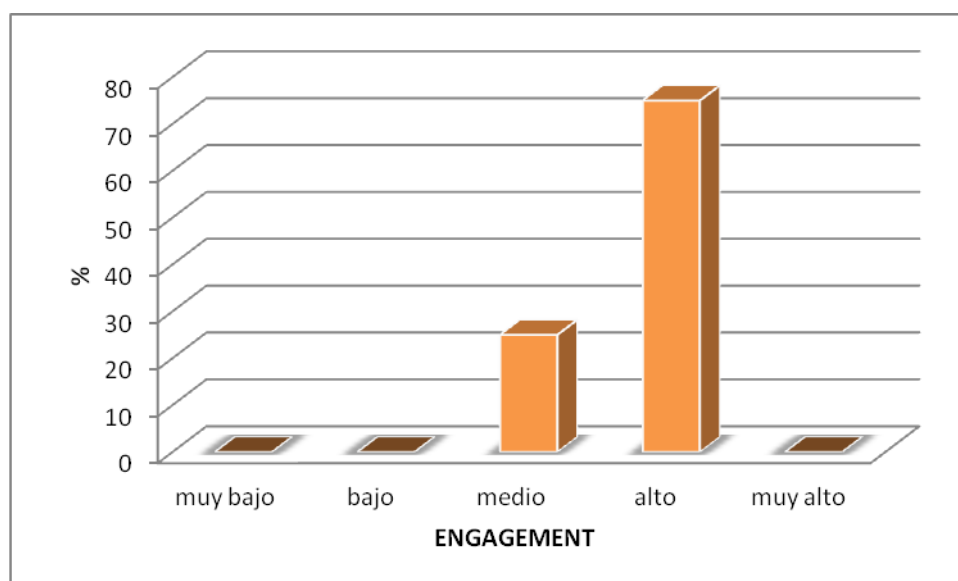


Tabla 53: resultados de vigor sala d

vigor	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	37,5

Medio	4	50
Bajo	1	12,5
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 50: *distribución de vigor sala d*

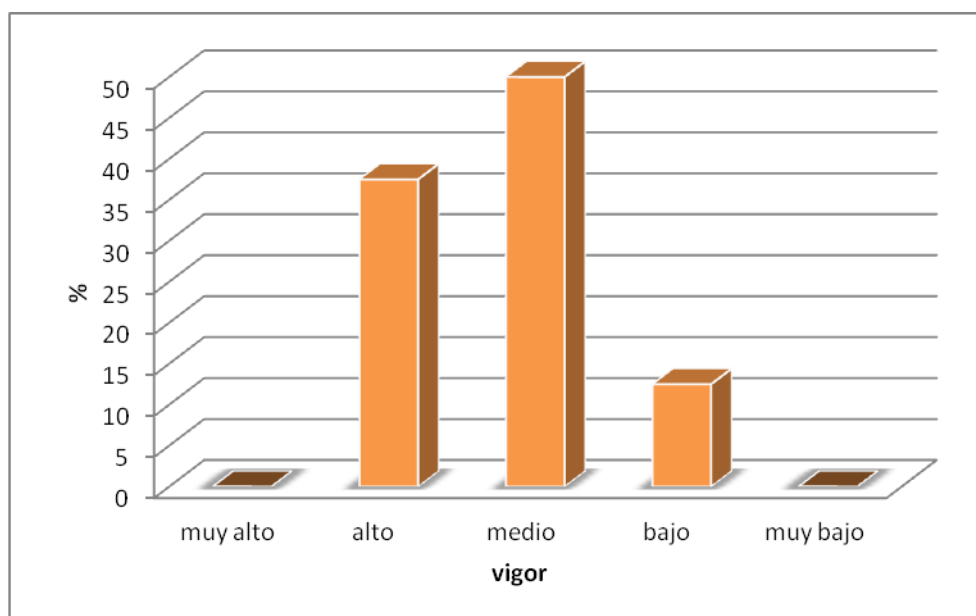


Tabla 54: *resultados de dedicación sala d*

dedicación	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
Alto	5	62,5
medio	2	25
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0

total	8	100
-------	---	-----

Gráfico 51: *distribución de dedicación sala d*

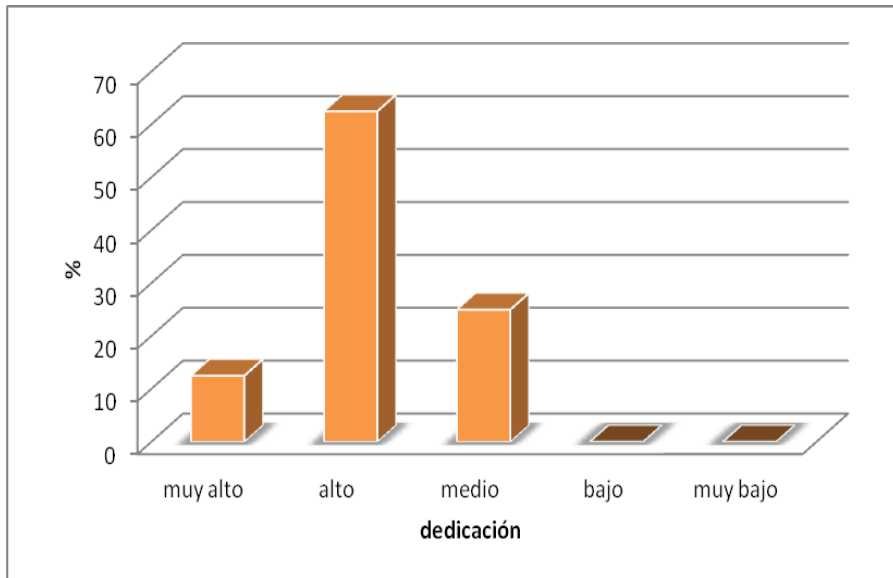


Tabla 55: *resultados de absorción sala d*

absorción	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	12,5
alto	3	37,5
medio	3	37,5
bajo	1	12,5
Muy bajo	0	0
total	8	100

Gráfico 52: *distribución de absorción sala d*

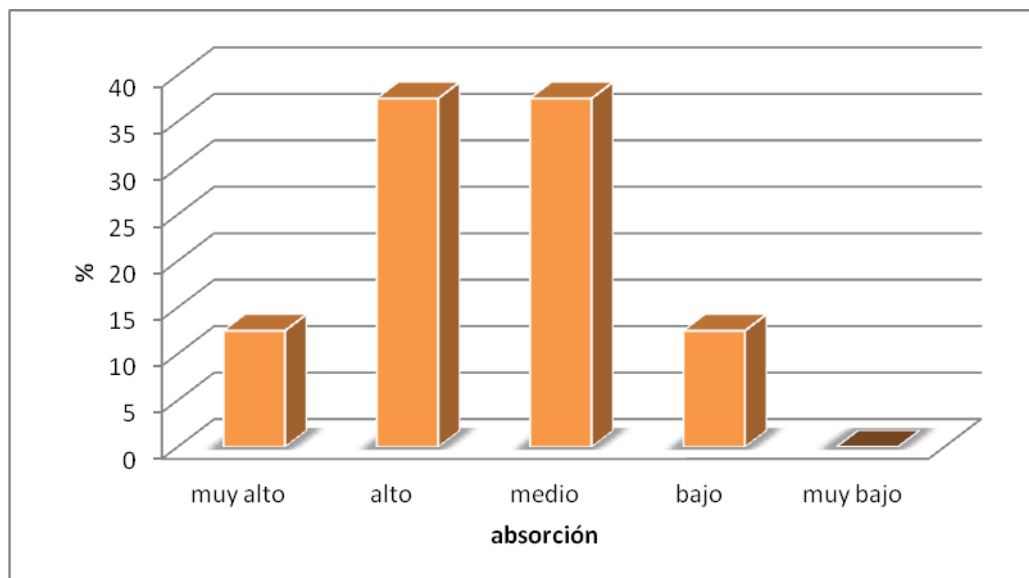


Tabla 56: resultados de optimismo sala d

optimismo	Cantidad de personas	%
Muy alto	4	50
Alto	4	50
Medio	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
Total	8	100

Gráfico 53: distribución de optimismo sala d

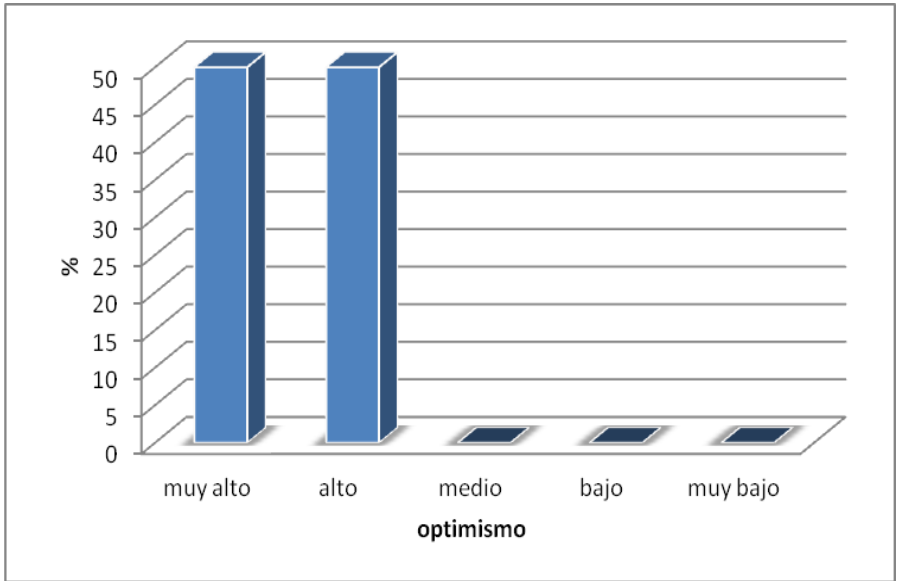


Tabla 57: resultados SWLS sala d

SWLS	Cantidad de personas	%
Muy alta	1	12,5
Alta	4	50
Media	3	37,5
inferior	0	0
Insatisfechas	0	0
Muy insatisfechas	0	0
total	8	100

Gráfico 54: distribución resultados SWLS sala d

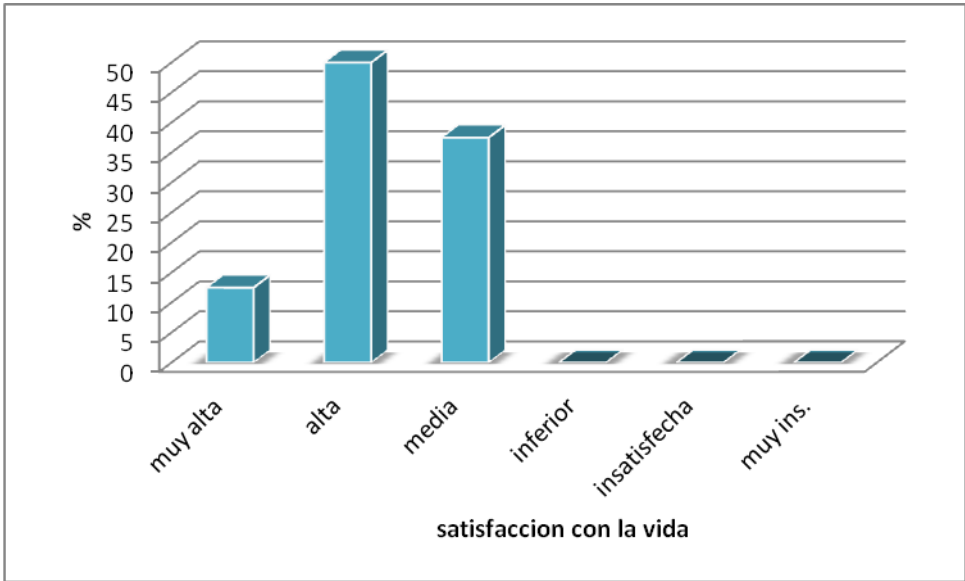


Tabla 58: resultados percepción del self sala d

Percepción del self	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	1	14
Medio alto	6	86
Medio bajo	0	0
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 55: distribución percepción del self sala d

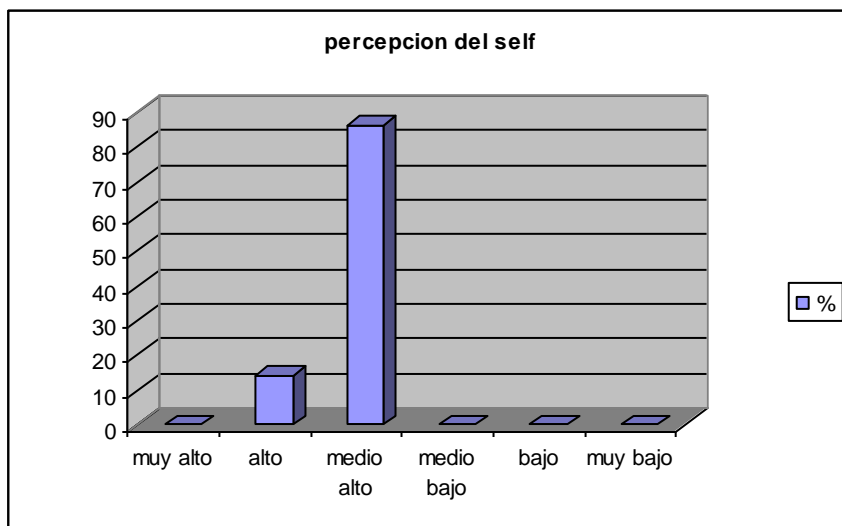


Tabla 59: resultados planeamiento del futuro sala d

Planeamiento del futuro	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	43
Medio alto	3	43
Medio bajo	1	14

Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 56: *distribución de planeamiento del futuro sala d*

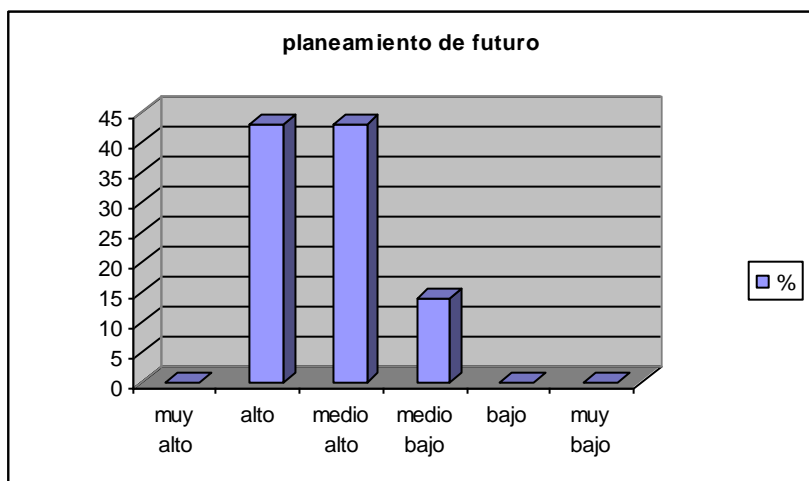


Tabla 60: *resultados competencia social sala d*

Competencia social	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
alto	3	43
Medio alto	3	43
Medio bajo	1	14
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 57: *distribución de competencia social sala d*

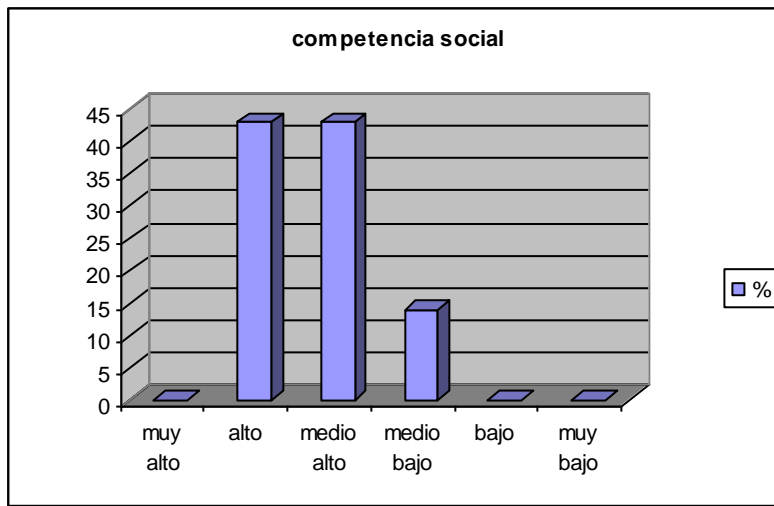


Tabla 61: *resultados recursos sociales sala d*

Recursos sociales	Cantidad de personas	%
Muy alto	1	14
Alto	0	0
Medio alto	5	71
Medio bajo	1	14
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 58: *distribución de recursos sociales sala d*

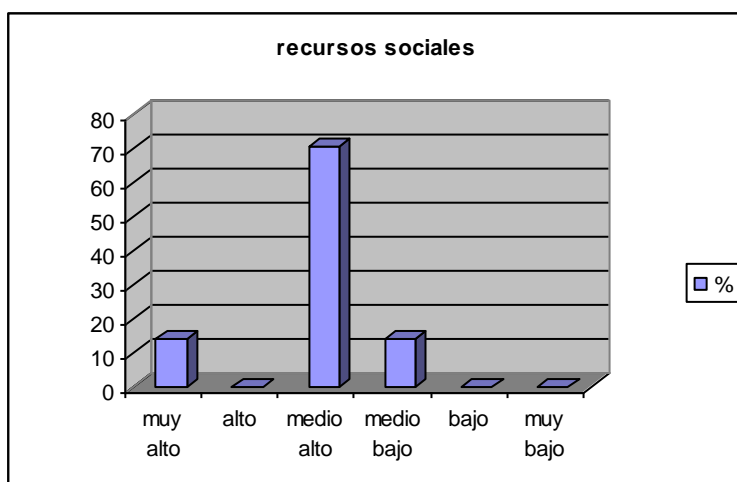


Tabla 62: resultados cohesion familiar sala d

Cohesion familiar	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	3	43
Medio alto	3	43
Medio bajo	1	14
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 59: distribución cohesión familiar sala d

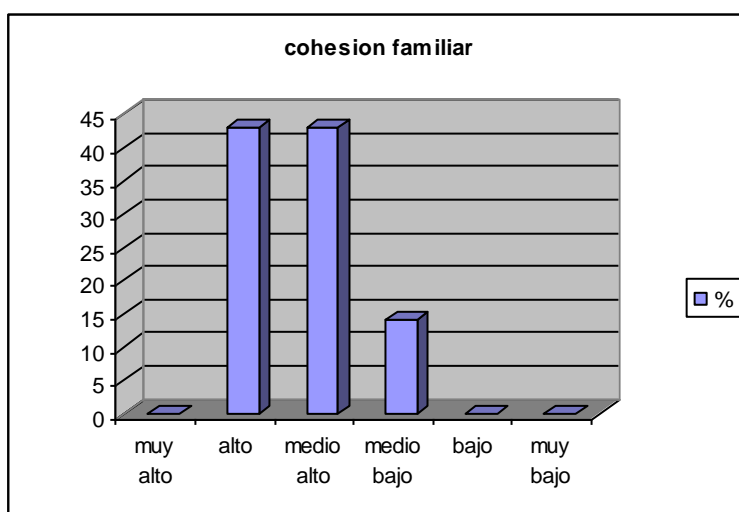
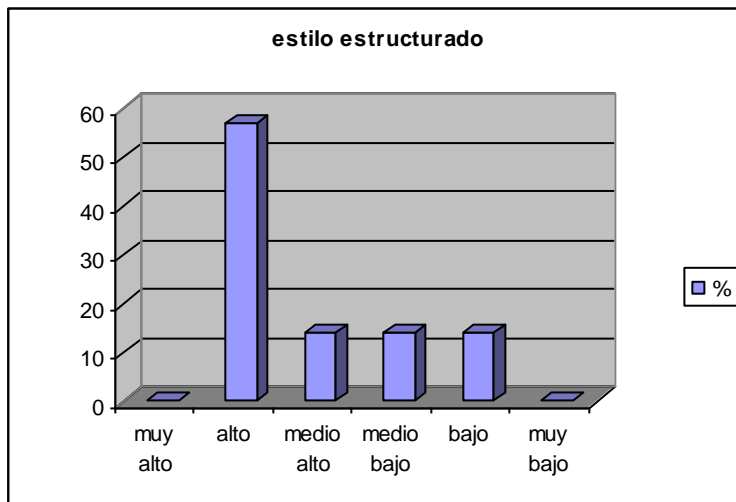


Tabla 63: resultados estilo estructurado sala d

Estilo estructurado	Cantidad de personas	%
Muy alto	0	0
Alto	4	57
Medio alto	1	14

Medio bajo	1	14
Bajo	1	14
Muy bajo	0	0
total	7	100

Gráfico 60: *distribución de estilo estructurado sala d*



Firma del Supervisor

Firma de los alumnos

P/Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

