



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

TESIS

**Evaluación de Instrumentos de Detección de
los Trastornos Psicosociales en el Trabajo**

PRESENTA

Paolo Gamaliel García Gómez

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jesús Alejandro Vera Jiménez

COMITÉ TUTORAL

Dra. María Elena Ávila Guerrero

Dr. Gabriel Dorantes Argandar

Dra. Esperanza López Vázquez

Dra. Berenice Pérez Amezcua

DICIEMBRE 2018

Índice

	Página
<u>Resumen</u>	4
<u>Introducción</u>	
<u>Antecedentes</u>	6
1. FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES	6
1.1 Factores psicosociales: Historia del concepto	6
1.2 Factores psicosociales organizacionales	8
1.3 Factores psicosociales de riesgo	9
1.4 Características de los factores psicosociales	10
1.5 Clasificaciones de factores de riesgo psicosociales	13
1.6 Efectos de la exposición a los riesgos psicosociales	15
1.7 Factores psicosociales en México	16
1.8 Dialéctica de la salud	18
1.9 Sindicalismo y salud laboral	18
1.10 Ejemplos de éxito de sindicatos en la prevención	20
1.11 Salud mental	22
1.12 Los trastornos psicosociales y su incidencia en la salud mental	23
1.13 La salud mental y los trastornos psicosociales en los centros de trabajo	24
1.14 La prevención en la salud	25
1.15 Prevención Primaria	26
1.16 Prevención secundaria	28
1.16.1 Programas de vigilancia y promoción de la salud	29
1.17 Prevención terciaria	29
1.17.1 Asesoramiento	30
1.2 MODELOS DE PREVENCIÓN PARA ABORDARLOS TRASTORNOS PSICOSOCIALES	31
1.2.1 <i>Modelo Transaccional</i>	31
1.2.2 <i>Modelo Interaccional</i>	31
1.2.3 <i>Modelo Demanda Control Apoyo Social</i>	32
1.2.4 <i>Modelo Demandas/ Control más la dimensión Apoyo Social</i>	33
1.2.5 <i>Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa</i>	33
1.2.6 <i>Modelo de Demandas Laborales y Recursos</i>	33
1.3 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN SALUD LABORAL	35
1.4 ISTAS, MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES	37
1.4.1 <i>Problemática de implementar la prevención</i>	39

2. BIENESTAR	42
2.1 Bienestar laboral	44
2.2 Factores psicosociales y su influencia en el bienestar laboral	47
2.3 PRONABET y SOLVE	48
2.4 Reglamento sobre los Factores Psicosociales en México	52
2.5 Salud y Bienestar	55
2.5.1 Definición de salud personal	57
2.6 Bienestar	57
2.7 Programas de Bienestar	64
2.8 Empresas con exitosos programas de bienestar	65
3. Material y Métodos	
3.1 Planteamiento del problema	69
3.2 Objetivos	69
3.3 Método	
3.3.1 Diseño	70
3.3.2 Procedimiento	70
3.3.3 Instrumento	71
3.3.4 Resultados estadísticos	72
3.3.4.1 Análisis de datos	73
3.3.4.2 Evaluación inicial del instrumento	73
3.3.5 Evaluación del instrumento	75
4. Resultados	83
5. Conclusión	85
6. Referencias	90
7. Anexos	98
7.1 Instrumento	98
7.2 Informe UAEM	102
7.3 Ejemplo de un Programa de intervención	110

Resumen

El presente proyecto de tesis se enfoca en la evaluación de un instrumento de prevención de los trastornos psicosociales, que muestre el estado de salud psicológica de los trabajadores mediante el abordaje de Salud Mental-Bienestar, con enfoque psicosocial del bienestar, compuesto principalmente por dos factores, el bienestar desde una autopercepción social y el bienestar desde la autopercepción. El primero consta de cinco dimensiones, Satisfacción con la Vida, Afectos Positivos, Afectos Negativos, Disfunción Social y Abuso de sustancias. Por otro lado, el segundo está compuesto por cuatro dimensiones, Depresión, Ansiedad, Trastornos de Sueño y Síntomas Somáticos. El diseño del instrumento se basó en 20 dimensiones evaluando distintos modelos y escalas en la literatura disponible. La muestra fue de 200 trabajadores de un rango de edad de 20 a 72 años. La evaluación se realizó mediante análisis estadístico con el enfoque de detectar factores de riesgo por rangos de edad, sexo, tipo de trabajo, tipo de empresa y nivel de puesto.

La evaluación de los trastornos psicosociales está en un estado incipiente, por múltiples razones, entre otras la dificultad de su evaluación y la implementación, no tener instrumentos que se adapten a los distintos contextos laborales, confusión de conceptos de las variables de riesgo, falta de una cultura de prevención y lo complejo en sí de la dimensión preventiva, además la lucha que donde pareciera se tiene que competir con los conceptos de factores de seguridad tan arraigados en nuestras organizaciones y que para tocar el tema psicosocial y sensibilizar al respecto es necesario para romper paradigmas. Por lo que tener herramientas que permitan la evaluación y la prevención de los factores y que puedan adaptarse a los diferentes sectores es esencial y el motivo de esta tesis, el evaluar un instrumento desarrollado por la UAEM (Universidad Autónoma del Estado de Morelos) en un proyecto de vinculación con una empresa y un centro de investigación. Así se concluyó que el instrumento puede utilizarse para un diagnóstico inicial de los factores de riesgo para promover acciones de vigilancia y control y generar planes de prevención.

El interés de conocer inicialmente el estado de salud psicológica permite introducir el tema de los factores psicosociales en la empresa, ya que existe una

falta de conocimiento de estos por parte tanto de los empresarios como de los trabajadores. Y que posteriormente pueda servir como la base integrante de un instrumento de tecnología de punta, como lo es un sistema experto, para su posterior desarrollo y aplicación derivando de este en una estrategia preventiva de salud laboral. Esto permitirá presentar los resultados globales del estado de salud psicológica y ofrecer el apoyo para la generación de un plan de bienestar mediante una vigilancia de los factores psicosociales.

Palabras Clave

Salud, trastornos psicosociales, prevención y evaluación de instrumento.

ANTECEDENTES

1. Factores y riesgos psicosociales

El Trabajo humano puede llevar a las personas a disfrutar plenamente o puede hacerle un daño a su salud, tanto física como psicológica y mentalmente; es algo que siempre se ha sabido. Históricamente, la atención sobre la amenaza a la salud proveniente del trabajo se ha centrado en los riesgos físicos, químicos y ambientales. Los daños directos más inmediatos a la salud suelen provenir de tales factores, causantes en su mayor parte de los accidentes y las enfermedades laborales o relacionadas con el trabajo. Sin embargo, en los últimos años se ha ido investigando otra dimensión la de los factores psicosociales y su afectación en los trabajadores y hasta donde pueden presentarse en las condiciones de trabajo afectando claramente a la salud y al rendimiento de los trabajadores.

En los últimos años ha crecido el conocimiento acerca de la influencia de estos factores en los individuos y ha generado conciencia respecto a la importancia de la prevención, detección, vigilancia y control de estos en las organizaciones. Debido a la amplitud del concepto, existen varias maneras de referirse a ellos: factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales. Aunque son términos muy parecidos sin embargo hay notorias diferencias entre ellos, nosotros nos abocaremos solamente a diferenciar solo dos, los factores psicosociales y factores de riesgo psicosocial.

1.1. Los factores psicosociales: Historia del concepto

Resulta de interés indagar el concepto de los factores psicosociales, los cuales forman parte de los indicadores para formar organizaciones que fomentan el bienestar, para evitar los riesgos a la salud y seguridad de los trabajadores. *Las organizaciones en estos tiempos están expuestas a factores sociales que afectan su entorno laboral. Se han realizado diversos estudios de los aspectos organizacionales y psicosociales con el interés de conocer su relación con la salud laboral. Esto lleva a la necesidad de identificar y evaluar los factores psicosociales*

para detectar la exposición que pone en riesgo a la salud y seguridad de los trabajadores (Houdmontet, 2010).

Para comprender el concepto se establecen las siguientes definiciones, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) propone la siguiente definición: *“Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo”* (OIT, 1986, p. 3). Esta propuesta explica que hay una relación entre el trabajador, las necesidades y capacidades con el ambiente, rendimiento y satisfacción. Lo cual resulta importante para generar un ambiente saludable y seguro.

En otra definición, se expone que los factores provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y todo esto está influenciado por diferentes y diversos factores generados en la organización *“son los riesgos para la salud mental, física y social generados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales, susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental, con impactos sobre la organización o empresa donde estos se desempeñan”* (Gollac, 2012, y Coutrot, 2013). Los riesgos de salud se deben identificar para garantizar un ambiente saludable y seguro para el buen funcionamiento de la organización o empresa.

En esta misma línea, la definición de Carayon et al., (2001), refiere que los factores psicosociales como las características percibidas del ambiente de trabajo que tienen una connotación emocional para los trabajadores y los gestores. Cox et al., (1996), los definen como los aspectos del trabajo, de la organización y de la gestión laboral, y sus contextos sociales y organizacionales. Martín-Daza et al., (1997) las definen como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar

tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo.

Otra definición hecha por Gollac, 2012, y Coutrot (2013), “son los riesgos para la salud mental, física y social generados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales, susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental, con impactos sobre la organización o empresa donde estos se desempeñan”. Entonces las empresas deben generar condiciones de empleo que fortalezca el apoyo social, trabajo en equipo y eliminar en mayor medida los eventos estresantes.

1.2 Factores psicosociales organizacionales

Derivados de estos, Roozeboom, et al., (2008) generan un modelo donde identifican los factores proponiendo una serie de indicadores organizacionales y laborales presentados en la siguiente Tabla.

<i>Relaciones Industriales</i>	Clima laboral Representación Sindical Convenios Colectivos
FACTORES LABORALES	
<i>Condiciones de empleo</i>	Tipo de contrato Salario Diseño de carreras
<i>Diseño del puesto</i>	Rotación de puestos Trabajo grupal
<i>Calidad en el trabajo</i>	Uso de habilidades personales Demandas laborales Autonomía y capacidad de control Seguridad física en el trabajo Apoyo social Horas de trabajo Teletrabajo

Listado de Factores Organizacionales

FACTORES ORGANIZACIONALES	
<i>Política y Filosofía de la Organización</i>	Relacion Trabajo-Familia Gestión de los Recursos Humanos Política de seguridad y salud Responsabilidad Social Corporativa Estrategia empresarial
<i>Cultura de la Organización</i>	Política de Relaciones Laborales Información Organizacional Comunicación organizacional Justicia Organizacional Supervisión/Liderazgo

Modificado de Roozeboom, et al., 2008.

1.3. Factores psicosociales de riesgo

Cuando en las empresas los factores organizacionales y psicosociales provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo, es decir cuando son factores con probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador son factores de riesgo (Benavides et al. 2002), cuando actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés laboral (Peiró, 1993). Desde este enfoque, los factores psicosociales de riesgo o de estrés se definirían como factores organizacionales con el riesgo de tener efectos negativos sobre la salud. Así como el número de los factores psicosociales es muy amplio, así también los de factores psicosociales de riesgo o de estrés.

Si vemos la categorización de Cox et al., (1996) podemos identificar esta situación, como cada una de las categorías principales puede dar lugar a innumerables factores psicosociales de riesgo.

FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL

Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido,, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo, y otros factores laborales..
Ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funciones	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales falta de apoyo social
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual, bajo
Relación Trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia Bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración

Modificado de Cox y Griffiths, 1996

De acuerdo a Cox et al., (1996), los efectos de los factores psicosociales de estrés pueden afectar tanto la salud psicológica como la salud física a través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés. Este relacionado con el trabajo (work-related stress) sería el agente psicofisiológico mediador entre los problemas laborales organizacionales y los problemas de salud, físicos y mentales (Cox et al., 2000).

1.4 Características de los factores psicosociales de riesgo

Hago mención directamente de lo escrito por Moreno et al., (2000) respecto a este tema. Los factores de riesgo psicosocial tienen características propias como a continuación se describe:

1.-Se extienden en el espacio y el tiempo. El resto de riesgos suelen estar de alguna manera delimitados espacial y temporalmente, se circunscriben a un espacio y habitualmente a un momento concreto. Los riesgos de seguridad están vinculados

a una actividad o espacio concreto, como un almacén o actividad de riesgo. Algo semejante ocurre con los riesgos de higiene y ergonómicos que suelen ser locales. Sin embargo, una característica muy común de los factores psicosociales es la no localización. Una cultura organizacional, un estilo de liderazgo o un clima psicosocial no están ubicados en ningún lugar ni es posible precisarlos en un momento especial (Rick et al., 2000), son características globales de la empresa u organización. Incluso otros factores laborales como la carga de trabajo, roles o capacidad de control no tienen un lugar y un momento propios, sino que son elementos del propio puesto de trabajo o la tarea, pero que no se circunscriben a los mismos.

2.- Dificultad de objetivación. El ruido, las vibraciones, la temperatura, la contaminación por gases y una posición o esfuerzo se pueden medir con unidades propias, pero el rol, la cohesión grupal, la supervisión, la comunicación no tienen unidades propias de medida. A pesar de los esfuerzos de los investigadores en la búsqueda de indicadores de tales variables (Roozeboom et al., 2008), frecuentemente el recurso más utilizado en la evaluación consiste en la apreciación de la experiencia colectiva. Uno de los grandes problemas de los factores psicosociales es la dificultad para encontrar unidades de medida objetiva. Por definición (OIT, 1986), se basan en “percepciones y experiencias” y en este caso, atendiendo al enfoque organizacional, a la experiencia intersubjetiva del colectivo organizacional.

3.- Afectan a los otros riesgos. El organismo humano, el trabajador, es una unidad funcional en la que todos los factores externos acaban afectando a la totalidad de la persona. Es el principio básico del funcionamiento de la persona, el tratamiento de la persona como una totalidad o sistema bio-psico-social (Engel, 1977). Pero este efecto se acentúa en los factores psicosociales de riesgo cuyo aumento supone habitualmente un aumento de los riesgos de seguridad, de higiene y de ergonomía. El efecto se produce también a la inversa, de forma que los factores de seguridad, higiene y ergonomía influyen los factores psicosociales. Los factores de riesgo no son compartimentos estancos, pero la mayor interacción se produce probablemente con los factores psicosociales. El aumento de los factores psicosociales de riesgo, el estrés y la tensión, suelen generar conductas precipitadas, alteradas y no adaptativas que propician los errores, todo tipo de

accidentes y una mayor vulnerabilidad de la persona. Por ejemplo, se ha estudiado abundantemente los efectos de los factores psicosociales y el estrés asociado sobre los trastornos musculoesqueléticos asociados a la ergonomía (Warren, 2010).

4.- Escasa cobertura legal. El nivel de ruido tiene una legislación que determina los niveles admitidos y rechazados, lo que facilita la misma acción de los empresarios y directivos. Se sabe a qué atenerse. Lo mismo ocurre con la gran mayoría de riesgos de seguridad, de higiene y ergonómicos, pero no ocurre así con los factores psicosociales. El desarrollo de la legislación sobre los riesgos laborales ha sido considerable, tanto en sus aspectos generales como globales, lo que ha permitido acciones precisas por parte de las inspecciones de trabajo. Sin embargo, el desarrollo de la legislación sobre aspectos psicosociales se ha trabajado de modo general relacionada con la prohibición de que puedan dañar a la salud, lo que suele ser inefectivo para los empresarios, para los trabajadores y para la misma inspección del estado.

5.- Están moderados por otros factores. Los factores psicosociales de riesgo afectan al trabajador a través de sus propias características contextuales y personales (Buunk, et al.,1998). Tal como se definen por la OIT (1986), los factores psicosociales de riesgo están mediados por la percepción, la experiencia y la biografía personal. La carga de trabajo, el conflicto de rol, la incertidumbre laboral no suele tener los mismos efectos sobre toda la población laboral de una empresa, sino que depende de las variables personales de cada uno de ellos, como el nivel de implicación, la confianza en sí mismo, el optimismo y la motivación de logro. Aunque los efectos directos de los factores psicosociales de riesgo sobre la población trabajadora suelen ser dominantes, los efectos moderadores de las variables personales son también habituales y factor importante en el resultado final que no puede ser obviado.

6.-Dificultad de intervención. No es lo mismo los problemas que tienen que ver con eventos de riesgo laboral donde casi siempre hay soluciones técnicas para la gran mayoría de los riesgos de seguridad, higiene y ergonomía, pero que no resulta tan claro cuando se trata de los factores psicosociales. Un clima laboral nefasto en la empresa afecta a la salud de los trabajadores, y también a su misma

productividad. Lo mismo ocurre con un liderazgo abusivo. Sin embargo, técnicamente la intervención no resulta tan clara y sus efectos a medio y largo plazo tampoco. Por su propia naturaleza, los factores psicosociales son factores organizacionales y están íntimamente entrelazados al diseño y concepción global de la empresa. La intervención psicosocial suele requerir plazos no inmediatos y resultados no asegurados (Rick et al., 2000), lo que aumenta la resistencia de los responsables a intervenciones costosas sin resultados asegurados. Con todo ello, la dificultad no disminuye la necesidad de la intervención, sino que la hace más importante. En el último apartado de este informe se recoge la experiencia en este campo y un conjunto de buenas prácticas”.

1.5 Clasificaciones de factores de riesgo psicosociales

Debido a esta complejidad existen diversas clasificaciones de los factores de riesgos psicosociales y cada método de evaluación de riesgos psicosociales adopta una diferente debido a su enfoque teórico, presentaremos dos de ellas. Con respecto a los riesgos que estos factores psicosociales generan en relación con el contenido de trabajo tenemos: la falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, etc.

Los factores relacionados con la sobrecarga y el ritmo de trabajo, son: Exceso de trabajo, ritmo elevado de trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización. Con respecto a la organización del tiempo de trabajo, son: el tipo de horario, trabajo por turnos y nocturno, horarios inflexibles, jornadas largas o sin tiempo para la interacción, trabajo a distancia. Los factores relacionados con el control sobre el trabajo son: baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo.

Con el ambiente y los equipos de trabajo los factores relacionados son los siguientes: malas condiciones de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido. Referente a los factores relacionados con la cultura organizacional existen los siguientes: mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.

Los factores de riesgo en las relaciones interpersonales son: aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social. Factores relacionados con el rol en la organización podemos encontrar entre otros: ambigüedad de rol, conflicto de rol, y responsabilidad sobre personas. Respecto a los factores relacionados con el desarrollo de carreras existen: incertidumbre o paralización de la carrera profesional, baja o excesiva promoción, pobre remuneración. Los factores referentes relacionados al Trabajo-Familia son: demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, bajo apoyo familiar. Y los relacionados con la seguridad contractual están los siguientes: trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral, insuficiente remuneración.

Otra clasificación de riesgos es la realizada por Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial (PRIMA). Los factores de contenido del trabajo son: monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de variedad, tareas desagradables, por las que se siente rechazo. Factores de carga y ritmo de trabajo: carga de trabajo excesivo o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos.

El tiempo de trabajo como factor de riesgo se presenta en: horarios muy largos o impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno. Los factores en la participación y control son: falta de participación en la toma de decisiones, falta de control (por ejemplo, sobre el método o el ritmo de trabajo, los horarios, el entorno, etc.)

En la cultura organizacional los factores de riesgo son: comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos. Los factores en las relaciones personales se encuentran en: aislamiento, relaciones insuficientes, malas relaciones, conflictos, conductas inadecuadas. Respecto a los factores en el rol de trabajo: ambigüedad de rol, conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.

En el desarrollo personal los factores de riesgo se presentan en: escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción. Los factores respecto a lo que denominan interacción casa-trabajo están presentes en: problemas de la doble presencia, conflicto de exigencias.

1.6 Efectos de la exposición a los riesgos psicosociales

De acuerdo a lo que hemos visto anteriormente vemos la diversidad de clasificaciones de los riesgos en el entorno laboral. Así como diversos efectos y consecuencias causados por estos factores de riesgo psicosocial, ya que interactúan entre sí y pueden llegar a potenciarse. Básicamente estos efectos se muestran tanto en la salud física y psicológica del trabajador como en la productividad y resultados de trabajo de la propia organización.

Enumerando algunos de los efectos en la salud física tenemos alteraciones nerviosas y hormonales, aumento en la presión arterial, cansancio, enfermedades cardiovasculares; tensión muscular, trastornos músculo esqueléticos; dificultades para dormir; trastornos psicosomáticos; trastornos médicos de diversos tipos (respiratorios, gastrointestinales, entre otras), entre otros. Con respecto a la salud psicológica de los trabajadores se puede ver depresión; ansiedad; irritabilidad; preocupaciones; tensión psíquica; insatisfacción; desánimo; disminución de la capacidad del procesamiento de información y de respuesta; burnout (síndrome de agotamiento profesional); dificultad para establecer relaciones interpersonales y de asociatividad (redes de apoyo social) dentro y fuera del trabajo; conductas relacionadas con la salud (fumar, consumo de alcohol y drogas lícitas o ilícitas, sedentarismo, entre otras); falta de participación social.

Sobre los efectos en la productividad y los resultados del trabajo de la organización se produce ausentismo laboral, principalmente por incapacidades; incremento de la siniestralidad o accidentes del trabajo, con los costos que ello significa para la organización; abusos y violencia laboral; presentismo, por personal con jornadas extensas sin productividad o personas físicamente presentes, pero sin producir; aumento de costos de producción, derivado de seguidas rotaciones de personal por despidos o por falta de fidelidad con la empresa, disminución en el rendimiento, productividad y calidad, entre otros; presencia de acciones hostiles contra la empresa o sabotaje; falta de cooperación.

1.7 Factores psicosociales en México

El tema de los factores psicosociales en México, ha cobrado mucha importancia por lo que se requiere de un comentario especial al respecto. Se ha establecido una norma y se han reglamentado los factores psicosociales como un tema de salud pública, hago referencia a uno de los principales especialistas y promotores en esta dimensión al Dr. Arturo Juárez García quien en un artículo comenta lo siguiente:

“En nuestro país, no ajeno a esta problemática conceptual y metodológica, publicaciones recientes identifican las distintas maneras de entender el fenómeno de los factores psicosociales del trabajo por distintos investigadores mexicanos de estos temas.

Existe una tendencia creciente de publicaciones con recientes modelos o variables considerados también “psicosociales”, tales como el Burnout o el Mobbing o acoso moral que hacen ver la importancia de estos factores y su urgente caracterización y atención en población laboral mexicana.

En nuestro país sigue pendiente la exploración e identificación de otros posibles factores psicosociales, que, sin modelos pre-elaborados de otros países, permitan identificar aquellos aspectos socio-psicológicos o incluso culturales que pudieran ser relevantes en términos de su influencia en la salud de trabajadores mexicanos. Ello puede marcar un inicio para una eficaz y permanente evaluación, prevención, control y reconocimiento institucional y normativo de los factores psicosociales del trabajo en México, lo cual, en la actualidad, es prácticamente nulo”

“Dada la amplitud del concepto “factores psicosociales” aún sólo en el contexto laboral, se hace necesaria una guía para su análisis exploratorio o su identificación. De esta forma, tomando como base la revisión documental realizada, se ubica que la mayoría de modelos coinciden en las siguientes dimensiones: 1) Una que tiene un carácter externo y que implica exigencias tensionantes o estresantes para el trabajador. Puede estar compuesta por múltiples factores del ambiente físico y psicosocial y bien pudiera llamarse “Factores psicosociales tensionantes” o simplemente “Estrésores Psicosociales”.

Tal es el caso de la demanda o carga de trabajo, la autonomía que ofrece el puesto, el apoyo o acoso del jefe. 2) Una dimensión que tiene que ver con el individuo y sus procesos internos y que va desde la particular percepción de esos “Estrésores Psicosociales”, hasta la manera específica de reaccionar ante éstos. El concepto más común para nombrar este proceso es “Afrontamiento”. 3) Una dimensión que se refiere a los resultados de salud en los individuos, ya sean alteraciones tempranas (a corto plazo) (e.g Burnout) o aquellas que su cronicidad ha afectado a la salud de manera importante (largo plazo) (e.g enfermedades crónicas).

4) Por último, una dimensión escasa o nulamente considerada pero que se incluye en la definición de factores psicosociales, es lo relativo a los aspectos extralaborales que pueden repercutir en la relación ambiente psicosocial laboral–salud. Definitivamente resalta por su importancia la dimensión de la relación Trabajo-Familia.

Aunque esta forma de estructurar modelos para el estudio y análisis de los factores psicosociales del trabajo y del proceso de estrés en relación con la salud es cada vez más universal, las variables que integran cada una de las tres dimensiones pueden variar de acuerdo al contexto sociocultural, incluso entre condiciones sociales particulares dentro del mismo contexto cultural, como por ejemplo, el tipo de profesión u ocupación que se tenga, el cual puede determinar la relevancia de unas variables psicosociales más que otras.

Actualmente hay diversos estudios que indican que las ocupaciones con mayor vulnerabilidad ante el estrés psicosocial son los trabajadores operativos o manuales (obreros), los mandos medios (técnicos y administrativos); así como las enfermeras y el personal de enseñanza (docentes). Sin embargo, sigue siendo poco claro cuál de entre las ocupaciones anteriores es la mayormente vulnerable” (Juárez-García et al., 2005).

1.8 Dialéctica de la salud

Es necesario analizar las enfermedades y los problemas de salud que aquejan a la población desde una visión materialista y dialéctica (Cruz-Rojo, 2013).

Es materialista porque no se debe olvidar que el cuerpo humano y el resto de los seres vivos y la naturaleza en su conjunto son materia que existe independientemente de nuestra mente o ideas. Aclarando que usamos la palabra materia como una categoría filosófica para referirnos a todo lo que nos rodea, al universo en su conjunto constituido por materia y anti-materia, por partículas con masa y por fuerzas gravitatorias y lumínicas (fotones) que la ciencia cada vez más está confirmando, pero también para referirnos a nuestra subjetividad personal, aparente y falsamente in-material.

Partimos, por tanto, de mirar, de observar y de estudiar críticamente qué ocurre en nuestro cerebro o corazón o vasos sanguíneos, y también en nuestra personalidad profunda, en nuestra estructura psíquica, que es parte de nuestro soma, por eso hablamos de unidad psicosomática, para entender de qué está compuesto, qué estructura y funciones tiene y cómo se altera, por qué se produce una lesión o patología determinada. En definitiva, cuáles son sus causas las que se producen en el interior del organismo a nivel del órgano, tejido, moléculas, genes y átomos, así como las causas e influencias del exterior, positivas y negativas, llámense éstas, contaminación atmosférica, humo del tabaco, agro tóxicos, pérdida del trabajo o estrés familiar. Conjuguar y relacionar en los diferentes contextos, en el interior y exterior del organismo humano, las posibles causas de la lesión o enfermedad necesita del método dialéctico para no caer ni en el determinismo mecanicista ni en el idealismo holístico (considerar el cuerpo como un todo confuso de relaciones y energías cósmicas) lo que en las ciencias de la salud se llama, respectivamente, modelo biomédico y modelo social.

1.9 Sindicalismo y salud laboral

De acuerdo con una de las definiciones que aparecen en diversos textos relativos al tema sindical, el sindicato representa a una “asociación integrada por trabajadores, ya sea de empresas públicas o privadas, que se agrupan en defensa y promoción de sus intereses sociales, económicos y profesionales relacionados con su actividad laboral o con respecto al centro de producción” donde prestan sus servicios (Lotito, 2016). En dicha definición no aparece especificado nada que diga

relación con el cuidado de la salud física y mental de los trabajadores afiliados a un sindicato.

Es por ello, que resulta ser muy relevante el hecho de poner atención a un aspecto crucial en la vida de todo trabajador en una organización: su salud. En este sentido, la participación activa del sindicato de una empresa y sus trabajadores en el cuidado y mejora de sus condiciones de trabajo representa un importante pilar y factor de influencia en relación, tanto con los efectos directos del trabajo en la salud de los colaboradores, como así también, en relación con la prevención de enfermedades, del tipo que éstas sean.

El sindicato y los trabajadores deben estar implicados, no sólo en: (a) la gestión activa de la prevención de riesgos laborales, (b) en el proceso de influir en sus condiciones de trabajo, (c) en el resguardo de sus intereses y mejoras económicas, sino que también (d) en la promoción e implementación de medidas de prevención de enfermedades, no sólo de tipo “profesional”, sino que de cualquier otro tipo, tales como: enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, entre otras.

Diversos estudios se han focalizado en sacar a la luz en qué consiste “el efecto positivo” en las condiciones laborales de los trabajadores a través de la presencia de representantes sindicales en las empresas. Es así por ejemplo, que se ha detectado que en aquellas organizaciones donde actúan los sindicatos, las condiciones de trabajo son mejores, los salarios –en promedio– son más altos, se respeta de mejor forma la normativa laboral y se produce una menor cantidad de accidentes laborales.

En las empresas donde existen sindicatos, la Inspección del Trabajo actúa con un mayor nivel de exigencia o severidad, y con una presencia más activa y frecuente. Asimismo, en aquellas empresas donde existe representación sindical, ello ayuda en el desarrollo y generación de una cultura preventiva más positiva en las organizaciones.

Sólo resta invitar a los sindicatos, a sus representantes, así como a los directivos de las empresas a cuidar y velar por la salud de sus trabajadores, más allá de sólo prevenir accidentes, sino que interesarse real y honestamente por hacer prevención primaria y evitar que muchos trabajadores se nos enfermen y mueran porque nadie les avisó a tiempo que existen enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial, los accidentes cardio y cerebro vasculares, la obesidad mórbida, etc., que en un 80% pueden ser prevenidas a tiempo. Pero eso requiere un trabajo conjunto, armónico y mancomunado, donde empresa y sindicato caminan de la mano en pro de un bien común: la salud integral de sus trabajadores.

1.10 Ejemplos de éxito de sindicatos en la prevención

Como se ha mencionado anteriormente, el estrés se deriva en gran medida de la manera en que está organizado el trabajo. Una forma de prevención se puede aplicar si los trabajadores procuran reorganizar el trabajo, haciéndolo de manera colectiva apoyados por sus sindicatos(O'Neill, 2002).

Como ejemplo, algunas organizaciones afiliadas de la Federación Internacional de Trabajadores de las Industrias Metalúrgicas (FITIM) han abierto nuevas vías y han comenzado a trabajar en enfoques innovadores. En los Países Bajos, la Confederación Sindical de este país (FNV) ha elaborado un instrumento denominado «detector rápido de estrés», consistente en un cuestionario y un programa informático vinculado al mismo que analiza los resultados. Eso ha permitido que los sindicatos establecieran cuáles son las causas del estrés e incorporaran la cuestión en el orden del día de la empresa. Cuando los sindicatos trabajan demostrando que el estrés no sólo origina problemas de salud para los trabajadores sino también distintos tipos de problemas de calidad del servicio (servicio de baja calidad, errores, mala imagen, etcétera), los empleadores se muestran más dispuestos a discutir y a emprender una estrategia de prevención.

En Alemania, el Sindicato de Trabajadores de Industrias Metálicas (IG Metall) lanzó en 1999 una iniciativa con la consigna «Arbeiten ohne Ende – meine Zeit ist mein Leben» (Trabajo interminable, mi vida es mi tiempo), y entabló un debate sobre esta cuestión en empresas y a través de la estructura sindical.

Esta iniciativa reforzó la cooperación con los médicos de medicina del trabajo y los investigadores, como un elemento clave del nuevo debate sobre el tipo de trabajo. En Suecia, la Unión Sueca de Empleados y Técnicos de la Industria (SIF) produjo un link con el nombre «Allthar sin tid»(Para cada cosa hay un tiempo oportuno)en el que se describe el equilibrio que se debe alcanzar entre trabajo/tiempo libre/descanso y las repercusiones en caso de que falte dicho equilibrio.

En Canadá, el sindicato de trabajadores de la industria del automóvil llevó a cabo un estudio en colaboración con personal médico e investigadores universitarios sobre la relación entre la organización del trabajo y los niveles de presión arterial de los trabajadores de la industria automovilística. En el Japón, Denki Rengo(sindicato japonés de trabajadores de la electricidad, electrónica e informática) creó en 1999 un centro denominado «heartful»,constituyendo una medida política concreta para suministrar atención médica psicológica. El centro ofrece consultas a los afiliados sindicales y a sus familias por teléfono (un número gratuito) sobre cuestiones relacionadas con la salud mental. El centro presta dichos servicios de manera estrictamente confidencial y anónima.

En el Reino Unido, la cuestión del estrés vinculado al trabajo ha adquirido un primer plano durante los últimos años y hay alentadoras indicaciones de que logrará ser regulado por ley. Se diría que el Gobierno ha reconocido el problema y los sindicatos están ejerciendo presión para que también se promulgue legislación al respecto.

Como lo demuestra la experiencia, un enfoque participativo es un factor crítico para el éxito de cualquier estrategia de prevención del estrés. Cualquier estrategia adoptada desde la dirección sin incluir la participación del empleado está condenada al fracaso. Para que tengan éxito, las políticas de prevención se deben planear, aplicar y evaluar con la participación activa de los trabajadores y de sus representantes sindicales.

Hacer frente a las negativas consecuencias de los cambios en el carácter del trabajo siempre ha sido una de las funciones clave de las relaciones laborales. El

cambio constante de la organización del trabajo y el consecuente estrés y fatiga son retos para los trabajadores sindicalizados y sus respectivas organizaciones. Se necesitan nuevas actitudes y estrategias para hacer frente a este nuevo ámbito de protección de los trabajadores.

Crear conciencia entre la afiliación sindicales un elemento importante al defenderlas medidas de prevención. Los sindicatos deben hacer que se conozca el síndrome del estrés, sus causas y los problemas que el mismo origina, así como explicar la necesidad de una rápida intervención. Asimismo, incorporar a sus actividades prácticas que refuercen la toma de conciencia a fin de permitir que sus miembros reclamen a sus empleadores que tomen las medidas necesarias y que la prevención se anteponga a la cura.

1.11 Salud mental

Innumerables estudios hacen alusión a los aspectos negativos que implican los efectos en la salud mental producidas en el entorno laboral. Al final del siglo XX la OMS declaró, que el estrés, la depresión y la ansiedad serán las principales causas de discapacidad laboral en los próximos 20 años. Y así es, la salud mental en la organización está en peligro (Sandoval et al., 2005).

Hoy, uno de cada 10 trabajadores sufre agotamiento, estrés, depresión, ansiedad o bajo estado de ánimo, lo que conlleva muchas veces al desempleo y a una situación que siempre se ha tachado de tabú, intentando convertirla en un secreto, y es la situación de enfermedad mental. Todo esto se traduce a nivel económico en descenso en los resultados, disminución de beneficios, aumento en la rotación de plantilla y situaciones la mayoría de las veces no deseadas.

Pero se ha obviado uno de los factores más importantes para el crecimiento tanto personal como profesional y es el de Salud Mental. Podemos incluir este concepto de Salud Mental como parte integrante de funciones como clima laboral, salud laboral o seguridad e higiene laboral, pero habría que preguntarse, ¿alguna empresa dedica algún minuto de su tan preciado “tiempo” a valorar, mejorar o

solamente pensar sobre la salud laboral de sus empleados? ¿es posible prevenir ese deterioro psicológico en el trabajador?

Es por esta razón que es prioritario establecer líneas que nos permitan ayudar a prevenir este trastorno.

1.12 Los trastornos psicosociales y su incidencia en la salud mental

Se entiende por trastornos psicosociales aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno (Bernardi, et al.,2007).

Por lo común los problemas psicosociales requieren un enfoque situacional global, no se limitan a problemas psicológicos o psiquiátricos internos de la persona, sino que abarcan también situaciones o contextos relacionales que pueden ser disfuncionales desde el punto de vista de la salud. Esto quiere decir que junto con el individuo que es el blanco de la acción médica, deben considerarse los distintos niveles del entorno (familiar, comunitario) a los cuales está relacionado. Estos factores contextuales no sólo juegan un papel en el desencadenamiento del problema o trastorno, sino que con frecuencia condicionan la eficacia de la intervención médica.

Enfermedad y trastorno mental: El término "trastorno mental" es más amplio que el de "enfermedad mental" y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No olvidemos que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

1.13 La Salud Mental y los trastornos psicosociales en los centros de trabajo

La salud mental y los trastornos psicosociales han condicionado múltiples complicaciones en el área de la calidad de vida del trabajador de la incidencia de

lesiones y accidentes laborales, así como ausentismo y retiro temprano por incapacidad, todos ellos con alto costo social y económico tanto para el trabajador como para los sistemas productivos en nuestro país (Sandoval et al., 2005).

El 20% del ausentismo laboral se ve ligado a aspectos de salud mental cuya sintomatología se traduce en procesos de depresión-compulsión. Condiciona salarios caídos o un recambio de personal en corto tiempo, tiene consecuencias económicas y de tiempo, requiere la inversión de recursos para la capacitación y la habilitación de nuevos trabajadores en el sistema productivo.

Por lo mismo es importante recalcar que la empresa son las personas y estas hacen que un proyecto se convierta en éxito. Son las personas con su cuerpo, sus ideas, sus criterios, su saber hacer, su fuerza y sobre todo su esfuerzo que hacen productiva y exitosa a una empresa. Si cuidamos a las personas, cuidamos la empresa. Al respecto nos cuestionamos ¿salud mental en la empresa?, ¿alguien se preocupa de la salud mental en un ámbito tan obsesionado por los resultados como es una empresa?, quizás tomamos conciencia de la salud mental cuando se pasan los límites, cuando hay un despido por medio, o simplemente cuando ya no hay remedio en una situación laboral.

Uno de cada 10 trabajadores sufre agotamiento, estrés, depresión, ansiedad o bajo estado de ánimo, lo que conlleva muchas veces al desempleo y a una situación que siempre se ha tachado de tabú, intentando convertirla en un secreto, y es la situación de enfermedad mental. Todo esto se traduce a nivel económico en descenso en los resultados, disminución de beneficios, aumento en la rotación de plantilla y situaciones la mayoría de las veces no deseadas.

Pero se ha obviado uno de los factores más importantes para el crecimiento tanto personal como profesional y es el de Salud Mental. Podemos incluir este concepto de Salud Mental como parte integrante de funciones como clima laboral, salud laboral o seguridad e higiene laboral, pero habría que preguntarse, ¿alguna empresa dedica algún minuto de su tan preciado “tiempo” a valorar, mejorar o solamente pensar sobre la salud laboral de sus empleados? ¿es posible prevenir ese deterioro psicológico en el trabajador.

Lamentablemente los empresarios no reconocen, en general, la existencia de factores de riesgo de tipo psicosocial o no lo consideran un problema relevante. Predomina en este colectivo un planteamiento economicista, en el que solo cabe el accidente como generador de costes y disfunciones en la marcha de la producción. Los trabajadores y sus representantes (Sandoval et al., 2005), difícilmente disponen de datos o de herramientas que les permitan hacer propuestas operativas sobre un problema que indudablemente sienten cada vez más como un serio atentado contra su salud y su calidad de vida.

1.14 La Prevención en la salud

Durante las últimas décadas, la prevención de las enfermedades que afectan al hombre ha constituido la meta de los sistemas de salud. Los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, que, en su mayoría, han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud y obviamente a mejorar la calidad de vida de la población.

En todas las épocas la práctica médica ha estado orientada a curar la enfermedad, lo cual ha hecho posible que el desarrollo tecnológico sea cada vez mayor en aras de salvar vidas ya enfermas; (Martínez-Pérez et al., 2010) pero también las acciones dirigidas a fomentar la salud requieren del concurso de varias disciplinas científicas, que ha obligado a las ciencias sociomédicas a involucrarse en el estudio de los estilos de vida para conocer cuáles son las prioridades para realizar campañas de promoción de salud y acciones educativas individuales y poblacionales, y así lograr que sean cada vez más los individuos sanos en la sociedad.

Tomando en cuenta lo anterior, toda organización que pretenda conseguir y mantener el máximo bienestar mental, físico y social de sus trabajadores necesitará disponer de políticas y procedimientos que adopten un enfoque integrado de la salud y la seguridad. Especialmente deberán disponer de una política de salud mental con procedimientos de gestión del estrés, basados en las necesidades de la

organización y de los trabajadores y sometidos periódicamente a revisión y evaluación.

Particularmente en el tema de la prevención, los riesgos psicosociales deben ser siempre evaluados en las organizaciones, establecerse medidas para prevenirlos o en todo caso minimizarlos. Por lo tanto, es absolutamente necesario un compromiso serio de la Dirección de la empresa y la participación activa de las personas trabajadoras y/o sus representantes.

La orientación de las empresas hacia un modelo de organización empresarial basado en valores como la confianza, transparencia y compromiso, mediante objetivos de comunicación interna, participación y productividad es el mejor camino para evitar estos riesgos y garantizar un ambiente laboral satisfactorio

Es por esto que para la prevención de los riesgos deben manejar las tres diferentes fases de la prevención, que pueden ser clasificadas como prevención primaria, secundaria o terciaria). A continuación, explicamos en que consiste cada fase mencionada con sugerencias de aplicación.

1.15 Prevención primaria

Comenzaremos mencionando las formas prácticas en que se puede aplicar la prevención de riesgos psicosociales en las diferentes fases, derivadas de lo publicado por Parra, Muñoz y Legarda (Parra-Osorio, et al., 2016). La fase primaria está definida por acciones que se implementan antes de que surja una enfermedad, con el objetivo, precisamente, de evitar que ocurra. Esta prevención puede alcanzarse no solo mediante la protección específica ante diversos patógenos, sino además con medidas de promoción de salud, un término que se confunde frecuentemente con el de prevención de enfermedades.

La forma más efectiva de combatir estos consiste en eliminar su causa. Para ello puede que sea necesario modificar la política del capital humano, mejorar los sistemas de comunicación, rediseñar los puestos de trabajo, permitir una mayor participación en la toma de decisiones o conceder una mayor autonomía en los niveles más bajos. Aunque estas medidas dependerán de cada organización según los tipos de factores psicosociales propios de cada una, todas las intervenciones deben basarse en un diagnóstico previo que permita identificar los factores de estrés

y las personas afectadas por él. Normalmente un diagnóstico se basa en cuestionarios auto aplicados entre los trabajadores de toda la organización.

Además de identificar las fuentes de riesgo en el trabajo y las personas más vulnerables al mismo, estos cuestionarios permiten evaluar los niveles de satisfacción con el trabajo, la capacidad de afrontamiento y la salud física y mental, en comparación con otros grupos e industrias similares. En las empresas más pequeñas, puede aplicarse celebrando reuniones con los trabajadores o preparando cuestionarios que se administren de una manera más informal. Abordándose los aspectos siguientes: contenido del trabajo y programa de trabajo; condiciones físicas del trabajo; condiciones de empleo y expectativas de los distintos grupos de trabajadores de la empresa; relaciones interpersonales en el trabajo, sistemas de comunicación y medidas de información.

Creación de entornos saludables y redes de apoyo es otro aspecto clave de la prevención primaria, el objetivo es la creación de un clima de apoyo que considere los riesgos psicosociales como una característica propia de la vida moderna y no como un signo de debilidad o incompetencia. Las organizaciones deben tomar medidas explícitas para erradicar el estigma asociado con tanta frecuencia a los problemas emocionales y para maximizar el apoyo prestado a sus trabajadores. Incorporar específicamente aspectos del desarrollo personal a los sistemas de valoración, ampliar y mejorar el estilo de liderazgo de los directivos y supervisores, para que adopten actitudes de apoyo y puedan enfrentarse con más facilidad a los problemas de los trabajadores.

Lo más importante es que tanto las empresas como los sindicatos demuestren su compromiso de lucha contra el estrés y de protección de la salud mental en el trabajo. Las organizaciones que deseen crear un clima de apoyo deberán asimismo intentar anticiparse a factores de estrés nuevos o adicionales que pueden aparecer como consecuencia de cambios como reestructuraciones o introducción de nuevas tecnologías. Estos factores de estrés nuevos pueden combatirse con programas de formación o una mayor participación de los trabajadores. La comunicación y la participación de los trabajadores tienen una importancia fundamental para reducir el estrés en el contexto de un cambio organizativo.

1.16 Prevención secundaria

Si antes nos referíamos a evitar el desarrollo de una enfermedad, desde los niveles de prevención secundaria las acciones van encaminadas a limitar el impacto de una enfermedad que ya existe en el individuo. Desde este nivel de prevención se persigue impedir el progreso de la enfermedad y prevenir el surgimiento de posibles complicaciones. Las iniciativas correspondientes a esta categoría se centran, en general, en la formación y en la educación y consisten en actividades de concienciación y programas de adquisición de destrezas.

Los cursos de educación y gestión del estrés son útiles para ayudar a las personas a reconocer los síntomas del estrés en sí mismas y en los demás, así como para ampliar y desarrollar las destrezas y aptitudes necesarias para afrontar el estrés. La forma y el contenido de estas actividades de formación son sumamente variables, desde simples técnicas de relajación, asesoramiento y planificación sobre la forma de vida o formación básica en técnicas de administración del tiempo, hasta la adquisición de destrezas para la resolución de problemas o el reforzamiento de la seguridad en uno mismo. Sus objetivos consisten en ayudar a los trabajadores a analizar los efectos psicológicos del estrés y a diseñar un plan personal para que puedan controlarlo.

Estos programas son muy beneficiosos para los trabajadores, cualquiera que sea su nivel, y resultan especialmente útiles para que los directivos sepan reconocer el estrés en sus subordinados y tomen conciencia de sus propias técnicas de gestión y de su impacto en los demás. Estos programas pueden ser de gran utilidad cuando se inician después de una evaluación del estrés.

1.16.1 *Programas de vigilancia y promoción de la salud*

Las organizaciones pueden también, (Parra-Osorio, et al., 2016) con la ayuda de los profesionales de la salud ocupacional, emprender iniciativas que promuevan directamente una conducta beneficiosa para la salud en el lugar de trabajo, como las siguientes: chequeos periódicos y exploraciones selectivas; diseño de menús saludables en los comedores de las empresas; disponibilidad de instalaciones deportivas y clases de educación física; descuentos en algún gimnasio o centro de

salud de la localidad; programas de protección cardiovascular, asesoramiento sobre el control del consumo de alcohol y la dieta (especialmente reducción del colesterol, la sal y los azúcares); programas para dejar de fumar, asesoramiento general sobre el estilo de vida.

Las organizaciones que no disponen de instalaciones para un departamento de salud ocupacional pueden recurrir a organismos externos para que organicen una serie de programas de promoción de la salud. Los programas de gestión del estrés y la forma de vida pueden ser especialmente útiles para ayudar a las personas a controlar los factores de estrés en el entorno que pueden haber sido identificados por la organización, pero que no pueden modificarse, p. ej., la inseguridad en el empleo.

1.17 Prevención terciaria

Si los niveles de prevención anteriores no impidieron que la enfermedad surgiese, tampoco se pudo frenar en las primeras fases y evitar daños mayores, entonces se activan medidas de prevención terciaria. Este nivel implica que ya la enfermedad ha provocado daños irreversibles y que hay que intentar llevar el impacto de estos en la vida del enfermo a su mínima expresión. Un componente importante de la promoción de la salud en el trabajo es la detección oportuna de los problemas de salud mental y la atención correspondiente al lugar especializado.

Casi todas las personas que desarrollan algún trastorno mental se recuperan por completo y pueden reincorporarse al trabajo. En general, es mucho más costosa la jubilación anticipada de una persona por causas médicas y la selección y formación de un sucesor que su recuperación y reincorporación al trabajo. Las organizaciones deben considerar dos aspectos especiales de la prevención terciaria.

1.17.1 Asesoramiento

Las organizaciones pueden proporcionar el acceso a servicios de asesoramiento profesional (regularmente estos servicios pueden ser apoyo psicológico, legal, espiritual, entre otros), para los trabajadores que tienen problemas en su lugar de trabajo o en su entorno familiar. Estos servicios pueden ser proporcionados por asesores internos o por organismos externos, bajo la forma

de un Programa de Asistencia a los Empleados (PAE). Los PAE proporcionan asesoramiento, información y/o remisión a los servicios de asesoramiento o tratamiento apropiados. Estos servicios son confidenciales y suelen disponer de una línea de contacto durante las 24 horas del día. La facturación suele hacerse per cápita, calculando el número total de trabajadores y el número de horas de asesoramiento prestadas por el programa. El asesoramiento es una actividad muy especializada que requiere una gran formación.

Es importante comprobar que los asesores dispongan de los conocimientos y las destrezas adecuadas y que tengan acceso a un entorno apropiado que les permita desarrollar sus actividades en un marco ético y en la más estricta intimidad (Garrosa et al.,2011). Una vez más, la prestación de servicios de asesoramiento resulta especialmente eficaz en la lucha contra el estrés causado por factores que existen en una organización y que no pueden ser modificados (p. ej., la pérdida del empleo) o por factores que no tienen relación con el trabajo (p. ej., pérdida de un ser querido, divorcio) pero que, no obstante, repercuten en la vida laboral. También resulta útil para orientar a los trabajadores.

1.2 Modelos de prevención para solucionar los trastornos psicosociales

La prevención de los trastornos es un tema esencial como hemos visto y es obviamente una de las formas más efectivas para reducir esta problemática tanto a nivel personal como social. Las pruebas o instrumentos validados forman parte de las metodologías que emplea la psicología para tener una buena evaluación de prevención, de manera que las herramientas, en su proceso de construcción y evaluación, están sustentadas en un modelo.

Han surgido varios modelos de prevención, mencionamos algunos de estos a continuación.

1.2.1 Modelo Transaccional

Existe una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno. El estrés se presenta cuando la interpretación por parte del individuo de su entorno es de amenaza y desborda sus recursos.

Se centra en factores cognitivos en torno a una situación. Los conceptos fundamentales de esta teoría son: evaluación y afrontamiento. La evaluación centrada en el estrés psicológico y realizada por el individuo pasa por tres estados: amenaza, daño-pérdida y desafío (Bucciet al., 2012).

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas.

Los trabajos realizados a partir del modelo de Lazarus et al., (1986) destacan una perspectiva de investigación básica en la que se estudian los procesos cognitivos relacionados con el estrés, donde el afrontamiento es la variable relevante, pero no la única que debe considerarse. Acerca del modelo se considera que: No existe una delimitación del término afrontamiento ni una definición única aceptada comúnmente, y no hay consenso para establecer un listado determinado de estrategias de afrontamiento.

1.2.2 Modelo Interaccional

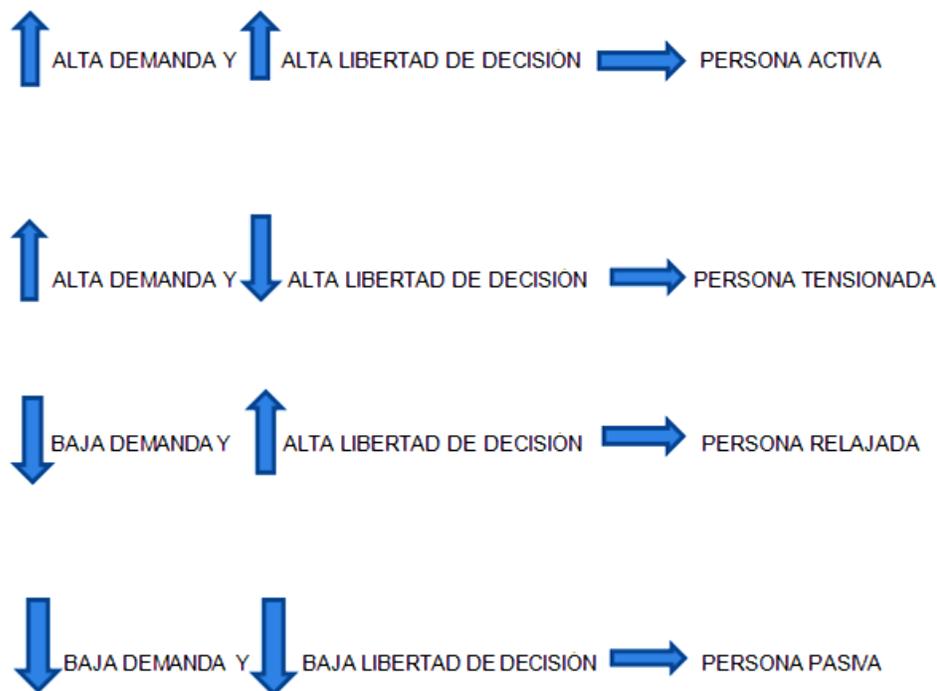
El modelo demanda-control-apoyo social, describe y analiza situaciones laborales en las que los estresores son crónicos, centrados en las características psicosociales del entorno de trabajo. Ha sido el modelo más influyente en la investigación sobre el entorno psicosocial de trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los '80, así como el que presenta mayor evidencia científica al explicar efectos en la salud. Los fundamentos de la definición de estrés según el modelo interaccional son: Existe una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno. Se basa en la tensión laboral, es decir, representa un modelo dedicado al estudio del trabajo.(Bucciet al., 2012) Se fundamenta en dos variables: demandas psicológicas del trabajo y nivel de control sobre éstas. Se establece una tensión

laboral alta cuando el trabajo entraña altas demandas psicológicas y bajo margen de decisión.

Establece la activación cuando el empleo combina una elevada demanda y un elevado control.

1.2.3 Modelo Demanda Control Apoyo Social

Figura explicativa del Modelo.



Cabe reseñar que a partir del modelo teórico de Karasek et al., (1990) varios estudiosos de la materia han generado modelos de evaluación de la tensión laboral mediante el aporte o la combinación de variables. Seguidamente se presenta una reseña de los mismos.

1.2.4 Modelo Demandas/ Control más la dimensión Apoyo Social

Jeffrey V. Johnson, (Johnson et al., 1986), amplía el modelo demandas-control introduciendo la dimensión de apoyo social. El objetivo de la función del

apoyo social es incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud. El apoyo social hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros como con los superiores. Tiene dos componentes: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental.

1.2.5 Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa

Siegrist et al., (1990) introdujo al modelo de Karasek, la dimensión compensaciones que el trabajador obtiene a cambio del trabajo, con el modelo denominado Esfuerzo-Recompensa, el modelo está basado en un principio de reciprocidad entre lo que invertimos en las actividades compartidas y las recompensas recibidas como contrapartida. Los fallos en la reciprocidad en términos de altos esfuerzos y bajas recompensas provocan fuertes emociones negativas y una respuesta asociada de estrés. El modelo —Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa-DER ha sido desarrollado para identificar condiciones de fallo de reciprocidad en los compromisos sociales —con especial atención al mundo laboral— y para predecir reducciones del bienestar y aumento de susceptibilidad a la enfermedad como consecuencias de tal exposición.

1.2.6 Modelo de Demandas Laborales y Recursos

Otro de los modelos desarrollados en la línea interaccional es el método de evaluación de riesgos psicosociales de Work&Organization NeTwork (WONT) el cual se fundamenta en la teoría de demanda control de Karasek y Theorell y posteriores extensiones, pero con la modificación de agrupar las variables de control y apoyo social como una sola dimensión. (Karasek, et al., 1990) Este modelo lo denominan Modelo Demandas Laborales y Recursos ("Job Demands -Resources JD-R)", y plantea que las condiciones de trabajo de los empleados pueden ser categorizadas en dos: "demandas laborales" y "recursos laborales", relacionadas de modo distinto con resultados específicos.

En el modelo propuesto para esta investigación se identifican tres conceptos claves:

(a). Los estresores o demandas laborales; (b) Los recursos tanto laborales como personales, que pueden convertirse también en estresores en caso de su

ausencia o insuficiencia y, finalmente, (c) Los efectos del estrés o daños tanto psicosociales como organizacionales. La alta tensión puede desencadenar enfermedad física e implica tensión psicológica. La activación produciría el desarrollo de nuevos patrones de comportamiento orientados al crecimiento personal y motivación al aprendizaje. Modelo Batería instrumentos para la Evaluación de factores de riesgo psicosocial

Otro de los modelos Interaccionales es el propuesto por el Ministerio de Protección Social de Colombia, en la que se establecen los parámetros para identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, dicho modelo retoma elementos de los modelos de Karasek y Johnson, del Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y del modelo dinámico de los factores de Riesgo Psicosocial de la Batería. Considera 3 factores de riesgo psicosocial: intralaboral: demandas del trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo, y recompensa.

Como veremos más adelante respecto a la implementación de estos programas de prevención, nos preguntamos ¿vale la pena implementar muchas de estos modelos, aún si la evidencia de su propia efectividad algunas veces no sea suficiente para la prevención de trastornos específicos? Aunque se previene y atiende la vulnerabilidad psicosocial en diversos frentes, comúnmente los programas institucionales lo hacen en sólo en alguna de sus facetas, es decir, se busca reducir los posibles efectos dañinos de los riesgos psicosociales en forma aislada de los diversos otros elementos que constituyen su complejidad. Además, de esta fragmentación los programas no siempre obedecen a los mejores enfoques teóricos y metodológicos, de acuerdo a los resultados derivados de la implementación de estos programas.

La respuesta de las empresas y organizaciones a una política de prevención de la vulnerabilidad psicosocial es una lamentable realidad en México. Lo cual mencionamos posteriormente al referirnos a los esfuerzos que al respecto se está haciendo en nuestro país.

1.3 La importancia de la Prevención en la Salud Laboral

La prevención en el campo de la salud además de ser un elemento científico de trabajo, es un modo de pensar, una actitud. Es un modo de organizar y de actuar, en la concepción de un sistema de salud, es la más eficaz en la medida que prevenga más que cure. (Castro-Sariñana, et al.,2009)Lo más importante es que es más eficaz porque, como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera.

Parece evidente que un sistema de salud coherente debe desarrollar hasta sus últimas consecuencias la cultura de la prevención.

De la misma manera, la detección temprana mejora el diagnóstico, aumentando claramente las posibilidades de curación o de normalización y rehabilitación del enfermo, economizando recursos. Es entonces indispensable establecer programas tendientes a la promoción de lo que es la salud mental, dentro de nuestras empresas, combatiendo la desinformación e ignorancia que existe al respecto.

Estas son algunas de las razones por la que la inversión en medios preventivos, en sus diferentes modalidades, nos ayuda a conservar nuestra integridad para seguir siendo productivos, evitar gastos en servicios médicos o en la conservación de nuestro bienestar. Al respecto la OMS dice sobre laprevención.

OMS "Prevención de los trastornos en la salud mental (2004)"

"La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia delas personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la

respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985). En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales (Ingram et al., 2001). Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionado con la familia, social, económico y ambiental. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente.

Resulta imperativo que los determinantes abordados en las intervenciones preventivas sean maleables y abarquen factores específicos de la enfermedad, así como también los factores genéricos de riesgo y protección. Los factores genéricos de riesgo y protección son aquellos que son comunes a varios problemas y trastornos de salud mental”.

1.4 ISTAS método de evaluación de los factores psicosociales

ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud) es una fundación de carácter técnico-sindical promovida por CCOO (Confederación Sindical de Comisiones Obreras) con el objetivo de impulsar actividades para la mejora de las condiciones de trabajo, la protección del medio ambiente y la promoción de la salud de los trabajadores y trabajadoras. Un instrumento internacional de prestigio.

El método COPSQ (Cuestionario Psicosocial de Copenhague) es un instrumento internacional para la investigación, la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales que tiene su origen en Dinamarca. La primera versión fue realizada por un grupo de investigadores de la metodología COPSQ (de la que COPSQ-Istas21 y PSQ CAT21- COPSQ forman parte) ha adquirido una importante dimensión internacional, siendo uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados en evaluación de riesgos e investigación. Disponible en más de 25 lenguas, puede encontrarse en más de 140 publicaciones en revistas científicas indexadas en Medline (PubMed). National Research Centre for the Working Environment en el año 2000.

El manual del método CoPsoQ-istas21(2014).*“Es un instrumento público y de acceso gratuito con el único límite de aceptación de las cláusulas de licencia de uso, basadas en su utilización para la prevención, en la participación del conjunto de los actores que intervienen en la prevención de riesgos, en la garantía de la confidencialidad y en la no modificación del instrumento.*

Tienen varias versiones: la Versión media (para evaluar empresas de 25 o más trabajadores/as), la Versión corta (para autoevaluación o para evaluar empresas de menos de 25 trabajadores/as). Las principales características que tiene el método son las siguientes.

Finalidad preventiva. Es un instrumento de evaluación orientado a la prevención. Identifica y localiza los riesgos psicosociales y facilita el diseño e implementación de medidas preventivas. Participación. La prevención es un proceso social y técnico. La participación de los representantes de la dirección y de los trabajadores - delegados y delegadas de prevención-, con el asesoramiento de

técnicos y técnicas de prevención, es de crucial importancia en la utilización del método. Anonimato y confidencialidad.

La participación de los trabajadores y trabajadoras a través de la respuesta al cuestionario ha de ser anónima y garantizarse la confidencialidad de los datos y en los resultados de los círculos de prevención ha de garantizarse el anonimato. No modificación. Algunas preguntas del cuestionario deben ser revisadas y adaptadas a la realidad específica de la empresa en la que va a ser usado, teniendo en cuenta los objetivos de prevención y la garantía de anonimato. Estas modificaciones deberán ser acordadas entre los representantes de la dirección y de los trabajadores y trabajadoras, con el asesoramiento de los y las técnicas de prevención.

Acuerdo de implementación del método. Como garantía de cumplimiento de las condiciones de utilización del método hasta aquí expuestas (finalidad preventiva, participación, anonimato, confidencialidad y no modificación) en el Comité de Seguridad y Salud (en las empresas de menos de 50 trabajadores y trabajadoras mediante acuerdo entre la representación de la empresa y los y las delegadas de prevención) se acordarán y plasmarán en un documento las cláusulas relativas a cada uno de estos aspectos. Este documento en forma de acuerdo se hará público al conjunto de la plantilla”.

Me parece oportuno tomarlos comentarios hechos por Fernando Rodrigo, director de ISTAS en el año 2002, sobre los resultados que ha tenido la implementación de este método y la experiencia en los resultados de este. Nos hacen reflexionar acerca de lo complejo de esta labor de prevención y las problemáticas a las que se enfrenta para ser tomadas en cuenta en el desarrollo de los instrumentos de prevención.

“El tema de prevención de riesgos laborales es más complejo de lo que a veces pensamos, en la evaluación de la calidad de la prevención de riesgos laborales, es frecuente la confusión entre los distintos componentes que forman parte del sistema de prevención. Esto es especialmente cierto cuando se miden procesos en salud, cuya principal característica es su naturaleza multicausal. “La salud, como señala Frenk (1993), es un cruce de caminos: es el lugar donde

convergen los factores biológicos y sociales, el individuo y la comunidad, la política social y la económica”.

En la prevención de los riesgos los objetivos de esta se pueden resumir en: reducir los accidentes y enfermedades laborales y potenciar la salud y el bienestar de los trabajadores, reduciendo o eliminando los riesgos que puedan afectar negativamente la salud de los trabajadores. *La evaluación de riesgos es un proceso habitual de la prevención, la fijación de objetivos en relación con los riesgos laborales identificados es un proceso necesario del sistema, y la evaluación periódica y sistemática de la prevalencia de tales riesgos en el lugar de trabajo se muestra como un indicador de resultados accesible y directo. Sin embargo, en este caso la relación con los objetivos de la prevención de riesgos laborales no es siempre en el mismo sentido; es decir, intervenciones adecuadas en materia de prevención de riesgos laborales en muchos casos no van a relacionarse necesariamente con una evolución favorable de los indicadores económicos a nivel de la empresa.*

1.4.1 Problemática de implementar la prevención

Insatisfacción y frustración generalizadas. Este es el sentimiento más compartido tras siete años de aplicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Y no es únicamente por la evolución negativa de la siniestralidad.

Son cuestiones de mayor calado y envergadura, referidas al modelo preventivo que se ha ido configurando a lo largo de estos años y cuyos rasgos esenciales pueden ser sintetizados de la siguiente manera: externalización de la acción preventiva en las empresas, baja calidad de las actividades que desarrollan los servicios de prevención y obstaculización a la participación efectiva de los trabajadores.

Es en el mundo técnico-profesional de la prevención, en las organizaciones sindicales y en los organismos encargados de controlar y vigilar el cumplimiento normativo, donde se ha ido gestando una mayor coincidencia en el diagnóstico anterior y donde hoy más se está reflexionando sobre las medidas y cambios que

habría que promover para cambiar un modelo preventivo que mayoritariamente catalogamos de ineficaz.

Existen tres indicadores muy definidos. Externalización de la acción preventiva. Una parte muy considerable de las empresas ha interpretado la opción de recurrir a un servicio de prevención ajeno como la posibilidad de "comprar prevención" sin que ello implique ningún cambio estructural, organizativo o de condiciones de trabajo. La prevención es considerada como un producto y como una actividad totalmente ajena a la empresa sin ningún compromiso ni implicación empresarial, concebida como un nuevo "impuesto" que nuestra pertenencia a la Unión Europea ha traído, pero que una vez hecho efectivo, a través de la obligación de contar con un servicio de prevención en alguna de las modalidades que la norma contempla, se considera saldado. A partir de ese momento, cuantas menos molestias ocasione su actividad, mucho mejor. Es el modelo denominado "sidecar": un nuevo artilugio (servicio de prevención) adosado al vehículo (empresa) y éste sigue funcionando como lo venía haciendo hasta ahora.

Baja calidad de la actividad preventiva. Es la consecuencia lógica del modelo "sidecar". Una acción preventiva no incardinada en la empresa, presupone escasa voluntad de "querer saber" para "actuar" y ninguna decisión de realizar los cambios necesarios en las condiciones de trabajo que mejoren la salud y la seguridad de los trabajadores. La experiencia indica que lo único que se busca es contar con una documentación que aparente el cumplimiento de las obligaciones normativas: evaluación de riesgos, plan de prevención, plan de emergencia.

La actividad preventiva se configura como una secuencia fija con un principio y un final. Nada que ver con la vida y actividad cotidianas de la empresa. Ello provoca una bajísima calidad en las actuaciones del servicio de prevención. No sólo por lo que éste no hace como asesor técnico de las partes –empresario y trabajadores para que puedan desarrollar sus funciones –y tomar decisiones- en las mejores condiciones posibles, sino también en las que sí hace en su función de asistencia técnica: falta de multidisciplinariedad, evaluaciones de riesgos limitadas a la seguridad, vigilancia de la salud ajena a la evaluación y a la planificación de la

prevención y reducida a reconocimientos médicos inespecíficos, formación prescriptiva y rutinaria, recomendaciones preventivas genéricas, etc.

Obstáculos a la participación e implicación de los trabajadores. Una acción preventiva como la descrita, percibe y concibe la participación de los trabajadores como uno más de los rituales que hay que cumplir formalmente cuando no como una complicación o incluso una amenaza que conviene impedir o limitar. La implementación de las obligaciones y derechos que la ley contempla, se realiza mediante la comunicación formal de las actividades que la empresa –o el servicio de prevención contratado– va llevando a cabo”.

2 BIENESTAR

La necesidad de “sentirse bien” o “vivir bien” es intrínseca al ser humano. Los filósofos griegos consideraban a “la buena vida” como una virtud. Aristóteles hablaba del “Sumo Bien” y de la “Felicidad Suma” como el objetivo o finalidad del transcurrir humano. Igualmente, los discípulos del filósofo chino Confucio referían a

una buena calidad de vida en términos de una sociedad ordenada en donde cada sujeto tendría roles y responsabilidades claramente delimitados que se puedan ejercer correctamente (Diener, Suh, 2000).

En psicología, estas inquietudes dieron lugar a conceptos más operativos como el de bienestar personal o de satisfacción con la vida (Zubieta et al., 2012). La introducción tardía de los mismos como objeto de interés para esta disciplina responde en parte a lo abstracto del concepto, así como a la orientación terapéutica vinculada al malestar o los estados psicopatológicos. El estudio acerca de la felicidad y el bienestar han sido y siguen siendo temas de debate filosófico y sociológico. Se sostenía que el sentirse satisfecho con la vida se relacionaba con aspectos como la inteligencia, la apariencia física o las buenas condiciones económicas de las personas. Actualmente se plantea que, además de aquellas variables, el bienestar psicológico está profundamente vinculado a la subjetividad individual (Casullo, 2002).

Las definiciones del bienestar en la literatura no resultan del todo explícitas y en general están ligadas a los instrumentos utilizados para su medición. Se las podría caracterizar a partir de tres elementos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (Diener, 1994).

Veenhoven (1991) define al bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida “como un todo” en términos positivos, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. Según este autor, el individuo utiliza dos componentes para realizar esta evaluación: sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, –la satisfacción con la vida–, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros; su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso. La principal característica del bienestar es ser estable, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos.

Andrews y Withey (1976) definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo comprende el plano

hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Es mucho más lábil, momentáneo y cambiante.

Ambos componentes se encuentran interrelacionados, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Igualmente, los sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción con la vida, en los que predomina una valoración positiva de sus circunstancias vitales; frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimentan emociones displacenteras como la tristeza. En cambio, los sujetos “infelices” serían aquellos que valoran la mayor parte de sus acontecimientos vitales como perjudiciales y negativos (Veenhoven, 1991, Diener, 1994).

En los últimos años se han incrementado los estudios sobre el bienestar y ha variado el tratamiento de este constructo. El estudio del bienestar en su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002): la hedónica, relacionada con la felicidad representada por una sólida línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la tradición «eudaemónica», ligada al desarrollo del potencial humano centrada en el bienestar psicológico. De esta manera, si el sujeto tiene una orientación más hedónica o hacia el placer, resultará hedónico. Mientras que si la orientación está en relación a una vida con significado, el logro de esta meta vital resultará en bienestar eudaemónico. Respecto a las dimensiones del bienestar psicológico, Ryff (1989), sugiere ampliar estas dimensiones; entendiendo por bienestar psicológico el resultado de una valoración por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital.

2.1 BIENESTAR LABORAL

Ya hemos visto la importancia de la salud laboral, su impacto, en lo individual, social, político, económico etc. Y por otra parte la falta de conocimiento que existe y la poca importancia que se le ha dado, derivando esto en una crisis a nivel mundial y en estado creciente, que necesitamos parar, primero tomando conciencia,

después creando alternativas de solución creativas, congruentes y modernas, para combatir esta gran problemática y por último asociarnos en una red de trabajo participativo.

La falta de salud mental impediría que las personas lleguen a ser lo que podrían ser, o superar los obstáculos cotidianos y avanzar con su proyecto de vida a nivel personal y laboralmente daría lugar a falta de productividad

Además, existen numerosos estudios que demuestran los diversos efectos negativos que puede tener el trabajo en las personas especialmente sobre su salud mental, como, por ejemplo: ansiedad, estrés, depresión, burnout, etc.

La salud y la calidad de vida de las personas son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida y con su forma de vivir. Desde mediados del siglo pasado se ha hecho un énfasis en la búsqueda de las causas de las enfermedades relacionadas con el individuo en el tema laboral (Palomino, Grande & Linares, 2014). En este contexto el bienestar laboral es uno de los factores que ha cobrado mucha importancia y que obedece hoy en día a una necesidad prioritaria de las empresas por tratar de que sus empleados estén más satisfechos y comprometidos.

Otros autores como Vélez & Mayorga (2015) establecen que es necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de los empleados, ya que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental tienen repercusiones sobre su desempeño laboral. También es importante el bienestar laboral de los empleados, ya que este se refleja en su compromiso y lealtad hacia la empresa.

Una organización saludable es aquella que fomenta el bienestar laboral creando un clima y condiciones favorables para que los empleados tengan un mejor desempeño en sus labores (Gómez, 2015).

La Organización Internacional del Trabajo (2010) define el Bienestar Laboral como una combinación de factores biológicos, psicológicos (pensamientos, emociones y comportamientos) y sociales (socioeconómicos, socio ambientales, y culturales). El bienestar laboral responde a la satisfacción de las necesidades tanto

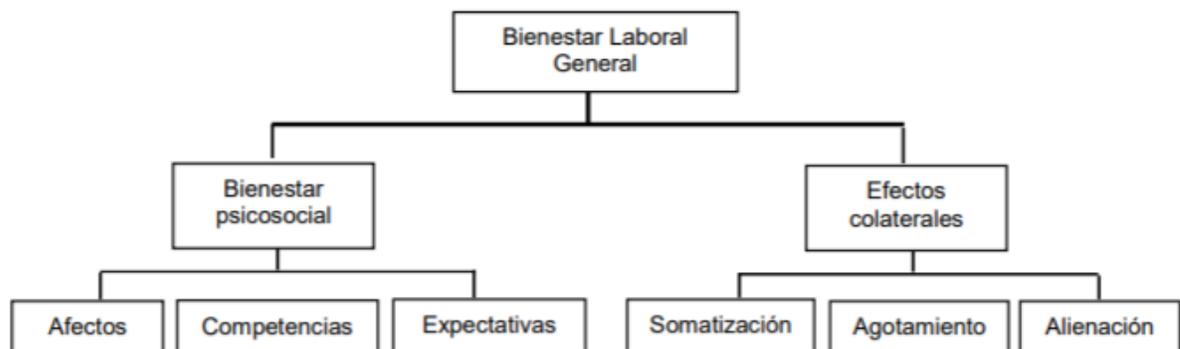
organizacionales, como individuales dentro del contexto laboral, asumiendo los nuevos retos de los cambios políticos y culturales, así como los que ocurren dentro de la propia organización (Estrada & Ramírez, 2010).

El bienestar laboral es el grado óptimo de satisfacción del trabajador, es un estado dinámico de la mente que se manifiesta conductualmente y que se caracteriza por las necesidades y las expectativas del trabajador (Restrepo & López, 2013). Viéndose de manera ideal como una de las metas más anheladas de las organizaciones, pues es un indicador positivo de las acciones que toma cualquier compañía en favor de sus colaboradores, con el fin de hacer una buena experiencia del trabajador en la organización, algo que ayude al buen desempeño y alcanzar mejores resultados (Gómez, 2015).

Valorando que, el activo más importante de una organización es su capital humano, se hace necesario, tomar medidas que velen por el bienestar laboral de los empleados, a fin de resguardar no sólo la integridad física y psicológica de éstos, sino también la rentabilidad de la empresa. Atender este componente de bienestar laboral es una responsabilidad ineludible de los líderes empresariales y del área de Capital Humano, pues se encuentra relacionado directamente con los resultados económicos y el logro de la eficiencia organizacional. Blanch, et al., (2010) desarrollaron un modelo teórico sobre el bienestar laboral general que incluye dos dimensiones principales: bienestar psicosocial (que abarca las facetas de afectos, competencias y expectativas) y efectos colaterales (somatización, desgastes y alienación).

El bienestar psicosocial en el trabajo representa el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador y abarca muchos aspectos. El bienestar psicosocial vislumbra la interacción de la percepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo en el que se está sumergido (Beleño et al., 2014). Algunos elementos que afectan el bienestar psicosocial del trabajador y que pueden producir resultados negativos lo son el estrés laboral, el burnout, el mobbing, el acoso sexual y la violencia física. El daño colateral puede implicar efectos positivos o negativos, si los efectos son positivos aumenta la satisfacción laboral del empleado (Beleño et. al., 2014). Los efectos colaterales representan la dimensión de malestar, que evalúa efectos negativos, como la somatización (trastornos digestivos, dolores de cabeza, tensiones musculares, dolores de espalda, etc.), la alienación (mal humor, baja realización profesional, trato despersonalizado, frustración) y el agotamiento (sobrecarga laboral, desgaste emocional, agotamiento físico, saturación mental). En la investigación de Blanch et. al., (2010) aplicaron y validaron el cuestionario de Bienestar Laboral General (qBLG). A continuación, presentamos en la gráfica los elementos utilizados en este instrumento.

Figura 1: Modelo Teórico de Bienestar Laboral General



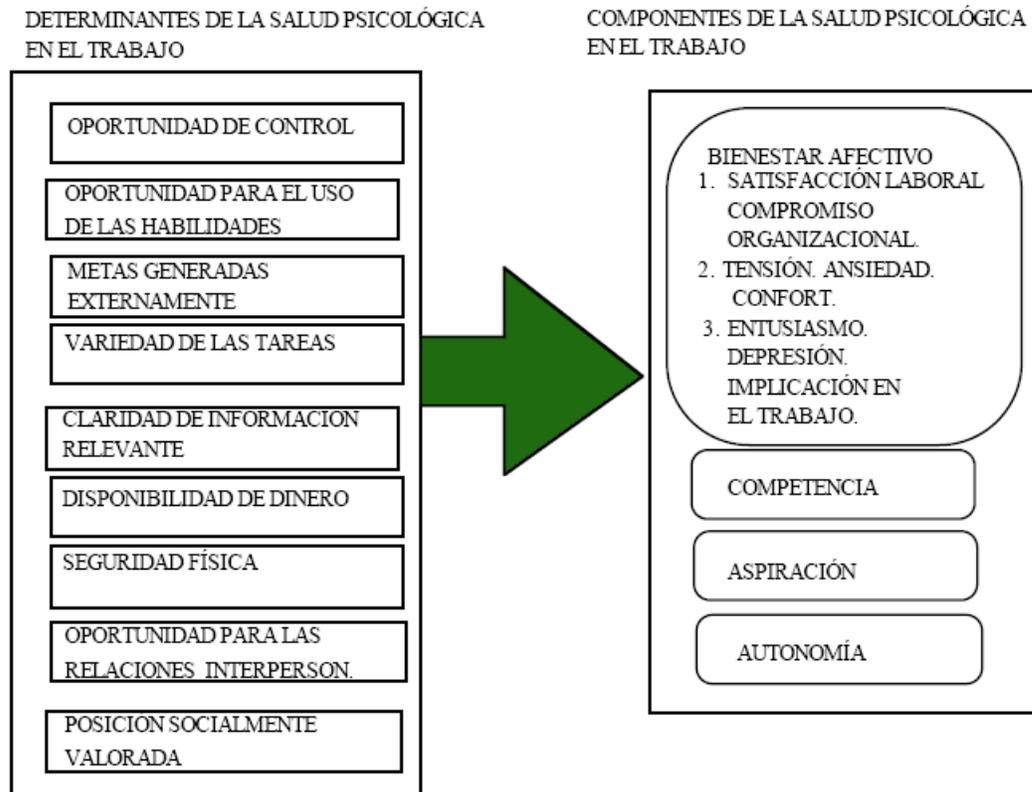
Fuente: Modelo teórico Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas de Blanch et. al., 2010.

2.2 Factores psicosociales y su influencia en el bienestar laboral

El trabajo bien orientado puede tener una repercusión profunda en el bienestar afectivo de los trabajadores. A su vez, la calidad del bienestar de éstos en el trabajo influye en su comportamiento, en su toma de decisiones y en su

interacción con los compañeros, y trasciende asimismo a la vida familiar y social. Es así como el modelo vitamínico (Warr, 1987) asume que la salud psicológica es un concepto multidimensional y complejo, identifica una serie de hipotéticos determinantes ambientales de la salud mental, y establece el modo en que esos determinantes influyen sobre dicha salud (Lloret et al., 1994).

FIGURA 1. MODELO DE LA SALUD PSICOLÓGICA EN CONTEXTOS LABORALES



Se presenta el concepto de bienestar en el trabajo como una actitud proactiva frente a la salud, sea física o psíquica ampliando la definición de salud más allá que la simple “ausencia de enfermedad”. De manera que además de proponer el “well-being at work” se amplían las políticas tradicionales centradas solo en el absentismo. Es decir, no se trata solamente de tener un buen sistema asistencial que trate las enfermedades derivadas del trabajo o de crear un entorno laboral seguro. El concepto de “bienestar en el trabajo” supone un cambio de paradigma. La propuesta es *pasar de una cultura reactiva o preventiva frente al riesgo a una*

cultura proactiva que “promueva un estado de satisfacción que permita que el empleado alcance su máximo potencial que le beneficie a él y a la organización.”

Se trata de que los empleados adopten e interioricen hábitos saludables de vida y relación, en y fuera del trabajo, y de que, al mismo tiempo, la organización desarrolle culturas organizativas saludables que ayuden a los empleados y que sean un ejemplo a seguir.

2.3 PRONABET Y SOLVE

Una acción de prevención muy importante dentro de nuestro país, aplica la STPS guía de OIT para prevenir estrés laboral y adicciones. Buscando disminuir las enfermedades y accidentes ocasionados por las actividades productivas, con base en una intervención paulatina para enfrentar los riesgos psicosociales.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) utiliza la metodología “SOLVE” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para generar acciones a favor del bienestar emocional de los trabajadores y es también su propósito prevenir factores de riesgo psicosocial como el estrés y las adicciones en los centros laborales. Está dirigida a sindicatos, organizaciones de empleadores, profesionales e instituciones responsables de la seguridad y salud en el trabajo, para atender también casos de estrés laboral y económico, violencia y VIH/Sida; además promueve la nutrición, la práctica de actividades físicas y el sueño saludable, asimismo, promueve la buena nutrición, la práctica de actividades físicas y el sueño saludable.

Con el Programa Nacional de Bienestar Emocional y Desarrollo Humano en el Trabajo (PRONABET), apoyado de esta metodología elaborada por el máximo organismo en materia laboral en el mundo, la STPS quiere acompañar a los centros de trabajo en la tarea de impulsar acciones que contribuyan a generar ambientes laborales favorables, de acuerdo a lo mencionado por el Subsecretario de Previsión Social de la STPS.

El estrés se deriva de entornos organizacionales inadecuados, donde el trabajador está sometido a una gran presión, lo que hace que se presenten

desequilibrios de orden emocional y busquen salida para tratar de sacar esta presión, como lo expuso Rubí Salazar:

“Esto se empieza a constituir en una bola de nieve, en la que alcohol, drogas, endeudamiento del propio trabajador, problemas que lo llevan a tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, que lo exponen a contagio de enfermedades venéreas, de VIH, de Sida, que también forman parte de esta cadena; lo que deriva en ausentismo y conflictos en la familia”(Salazar, 2017)

A tres años de su puesta en marcha, más del 64 por ciento de las empresas que se han incorporado al PRONABET corresponden a los sectores Industria, Construcción, Servicios y Comercio.

Los centros laborales del sector público representan más del 22 por ciento y las instituciones de educación superior el 10.22 por ciento, mientras que las organizaciones sindicales y patronales significan el 2.04 y 1.48 por ciento, respectivamente; por su parte, las asociaciones civiles significan el 0.68 por ciento. La reactivación física del trabajador (práctica de algún deporte), para que se involucre en actividades culturales y tenga posibilidades de descansar apropiadamente a efecto de estar en condiciones para desempeñar correctamente su actividad y con ello, incluso, evitar accidentes de trabajo.

Con base en la cultura de la prevención, el seguimiento de esta técnica busca disminuir las enfermedades y accidentes ocasionados por las actividades productivas, a través de una intervención paulatina para enfrentar los riesgos psicosociales identificados.

Como hemos mencionado las causas del estrés laboral están relacionadas con cargas y jornadas excesivas e inadecuado liderazgo, entre otros factores; y prevenir y corregir estas se traducen en consecuencias en la salud y en la organización, con impacto en la productividad. Es necesario generar que el personal de las empresas aprenda a identificar cuándo ellos o un compañero presenta algún

tipo de afección, a fin de establecer las acciones que puedan apoyarlo adecuadamente.

Con esto, el PRONABET contribuye a que los trabajadores realicen sus actividades en ambientes sanos, y les permita desarrollar un esquema de mayor pertenencia dentro de sus empresas, lo cual genera un incremento en la productividad de las mismas. “SOLVE” fue desarrollada en 2002 por el Programa Internacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork) de la OIT, en colaboración con el Centro Internacional de Formación de esa organización en 2002.

Este método de formación de SOLVE ha sido diseñado para abordar la prevención de los riesgos psicosociales y la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo a través del diseño de políticas y su aplicación en las empresas en favor de los trabajadores y por ende beneficiar a la empresa haciéndola un lugar sano y productivo. La OIT elaboró una nueva versión de SOLVE con el propósito de integrar la promoción de la salud en las políticas de seguridad y salud en el trabajo con la finalidad de abordar estos problemas. Esta nueva versión (2012) se basó en la experiencia adquirida a través de la implementación del programa SOLVE desde 2002.

Se revisaron los cinco temas originales, sobre la base de los avances científicos y las buenas prácticas necesarias para afrontar los nuevos desafíos de un mundo laboral cambiante. Por lo que cualquier cambio en la cultura organizacional y en la organización del trabajo necesita prioritariamente de la evaluación de los factores psicosociales para una gestión cuidadosa del estrés, orientada a su reducción. Además de nuevos elementos para ayudar a contribuir al combate del estrés económico.

El nuevo paquete de formación de SOLVE cubre ahora nueve temas de una manera altamente interactiva, buscando dar a los participantes el conocimiento y las aptitudes necesarios para integrar los temas en una política sobre seguridad y salud en el trabajo y en el diseño de un programa de acción para la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

SOLVE aboga por un sistema integral de gestión de la SST que deberían garantizar que las medidas de gestión de los riesgos incluyan la evaluación y control de los riesgos psicosociales para gestionar adecuadamente su impacto de la misma manera como se hace con otros peligros y riesgos en el trabajo, y que las medidas de promoción de la salud se incorporen a la política organizacional. SOLVE utiliza el enfoque de diálogo social para promover la aplicación de iniciativas exitosas en el lugar de trabajo y la comunidad con la participación de los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones, los gobiernos, los servicios públicos y las organizaciones no gubernamentales.

Este paquete de formación está dirigido a gerentes de recursos humanos, sindicatos, organizaciones de empleadores, profesionales de la SST y de las instituciones nacionales responsables de la salud y el bienestar de los trabajadores. Un programa de formación de formadores sobre SOLVE es parte de los planes de estudio del Centro de Formación Internacional de la OIT en Turín, Italia.

La metodología SOLVE incluye recomendaciones ligadas a cuatro áreas generales, que incluyen estas nueve dimensiones.

1. Bienestar emocional de trabajadores y empleadores. Generando estados de ánimo positivos mediante: el autocuidado de las emociones, la autogestión de las emociones, la comunicación asertiva.
2. Atención preventiva de factores psicosociales.
3. Generación de entornos organizacionales favorables. Ofrecer información para modernizar, esquemas de liderazgo, comunicación y clima organizacional, productividad y calidad en el servicio.
4. Desarrollo humano de los trabajadores y empleadores. Dar orientación a las empresas para: impulsar actividades artísticas y recreativas en los centros de trabajo, promover los valores éticos, cívicos y familiares, fortalecer los vínculos familiares y funciones parentales y cuidar el medio ambiente. Estas nueve dimensiones son los componentes de este programa: estrés laboral, consumo de alcohol y drogas, consumo de tabaco y humo de segunda mano, mala nutrición, poca actividad física, violencia, VIH-SIDA, estrés económico y falta de sueño saludable.

2.4 Reglamentación sobre los Factores Psicosociales en México la NOM-035

En México, legalmente se resguarda a los trabajadores en cuanto a los riesgos psicosociales en materia de Seguridad y Salud ocupacional. Por ejemplo, en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo (2014), el artículo 3 define los factores de riesgo psicosocial como aquéllos que pueden provocar trastornos de ansiedad, trastornos no orgánicos del ciclo sueño-vigilia, de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada laboral y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de Violencia Laboral. Todo ello a consecuencia del trabajo desarrollado por parte del empleado.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en ejercicio de sus atribuciones de normalización, elaboró el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-035-STPS-2016, Factores de riesgo psicosocial-Identificación y prevención, por medio del que se establecen disposiciones que deberán adoptarse en los centros de trabajo, a efecto de identificar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo

Los factores de riesgo psicosocial que tienen lugar en el mundo, y en particular en nuestro país, exigen un compromiso gubernamental para fortalecer la seguridad y la salud en el trabajo que permitan lograr un trabajo digno o decente, a través de políticas, líneas estratégicas de acción y proyectos con un enfoque preventivo, para que prevalezcan centros de trabajo con condiciones seguras y saludables.

Derivado de esto, el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 13 de noviembre de 2014, indica en el artículo 43 que los patrones deberán:

Identificar y analizar los puestos de trabajo con riesgo psicosocial por la naturaleza de sus funciones o el tipo de jornada laboral; Identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral, y valorarlos clínicamente; Adoptar las medidas preventivas pertinentes para mitigar los factores de riesgo psicosocial; Practicar exámenes o evaluaciones

clínicas al personal ocupacionalmente expuesto a factores de riesgo psicosocial, según se requiera; Informar a los trabajadores sobre las posibles alteraciones a la salud por la exposición a los factores de riesgo psicosocial, y llevar los registros sobre las medidas preventivas adoptadas y los resultados de los exámenes o evaluaciones clínicas.

De manera adicional, indica que son aspectos a considerar dentro de los factores de riesgo psicosocial, aquellos que derivan de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo: las condiciones peligrosas inherentes al mismo; cuando se realiza bajo condiciones inseguras; que carga alta responsabilidad, o requiere de una intensa concentración y atención por periodos prolongados.

Por otra parte, para la promoción de un entorno organizacional favorable y la prevención de la violencia laboral, el artículo 55 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo establece que los patrones deberán:

Definir políticas para la promoción de un entorno organizacional favorable y la prevención de la violencia laboral; Disponer de mecanismos seguros y confidenciales para la recepción de quejas por prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y para denunciar actos de violencia laboral; Realizar evaluaciones del entorno organizacional favorable, tratándose de centros de trabajo que tengan más de 50 trabajadores; Adoptar las medidas preventivas pertinentes para combatir las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y actos de violencia laboral; Difundir entre los trabajadores las políticas para la promoción de un entorno organizacional favorable y la prevención de la violencia laboral; los resultados de las evaluaciones del entorno organizacional, así como las medidas adoptadas para combatir las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y actos de violencia laboral, y llevar los registros sobre las medidas preventivas adoptadas y los resultados de las evaluaciones del entorno organizacional favorable.

Dicho enfoque requiere del compromiso de empleadores y trabajadores para cumplir con sus responsabilidades en la materia y fomentar el desarrollo de una cultura de prevención de riesgos de trabajo en la sociedad mexicana.

El Gobierno Federal señaló en el Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018, como una de las cinco metas nacionales, el alcanzar un México Próspero, a través del cual se promueva el crecimiento sostenido de la productividad en un clima de estabilidad económica y mediante la generación de igualdad de oportunidades.

Para lograrlo, señaló en el Objetivo 4.3 "Promover el empleo de calidad", la estrategia 4.3.2 "Promover el trabajo digno o decente", la cual tiene como una de sus líneas de acción, el impulso de acciones para la adopción de una cultura de trabajo digno o decente.

En congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018, se indicaron en el objetivo sectorial número 3 "Salvaguardar los derechos de los trabajadores y personas en situación de vulnerabilidad y vigilar el cumplimiento de la normatividad laboral", como acciones que deben realizarse: actualizar la regulación en seguridad y salud en el trabajo para la prevención de riesgos laborales, suministrar los medios para facilitar el conocimiento y la autogestión de la regulación en seguridad y salud en el trabajo, e impulsar el establecimiento de condiciones seguras y saludables en los centros de trabajo.

En este sentido, considerando que uno de los principales objetivos de la Secretaría del Trabajo y Prevención Social, es la prevención de riesgos de trabajo, y en consecuencia la protección de la seguridad y salud de todos los trabajadores, es imprescindible atender la problemática derivada de la presencia de los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo, ya que según expertos en la materia y publicaciones especializadas señalan el estrecho vínculo entre la prevalencia de este tipo de factores de riesgo y el deterioro de la salud, y en razón de que el primer paso en la solución de este tipo de problemas es la prevención, la Secretaría desarrolló este Proyecto de Norma.

No obstante, que en México desde hace quince años se regula de manera general el tema de los factores de riesgo psicosocial a través del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, las recientes reformas a la Ley Federal del Trabajo y la expedición del nuevo Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, han fortalecido el marco jurídico en esta materia.

En cuanto a la norma mexicana, esta tiene establecidas las obligaciones que deben cumplir los patrones de acuerdo al tamaño del centro de trabajo, en tres grupos: centros de trabajo de hasta 15 trabajadores, centros de trabajo de 16 a 50 trabajadores, y centros de trabajo de más de 50 trabajadores. "El centro de trabajo es una fuente importante de riesgos psicosociales y a la vez un lugar ideal para que se puedan tratar, protegiendo así la salud y el bienestar de los empleados."

2.5 SALUD Y BIENESTAR

El bienestar físico y mental es el estado de un individuo que le permite el buen funcionamiento de su actividad psíquica y somática. En otras palabras, que esté sano. No es de extrañar que el bienestar físico y mental se hayan identificado con la salud física y la salud mental, respectivamente, y con el estado de salud, a nivel general. Esta relación se hace más notoria en la propia definición de la salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), anteriormente mencionada. se puede afirmar, por lo tanto, que el bienestar físico y bienestar mental son dos conceptos que se identifican con la salud del individuo.

Por un lado, decimos que gozamos de una buena forma física y que tenemos, por lo tanto, un buen nivel de bienestar físico (o salud física), cuando contamos con fuerza muscular, vigor, energía y buen funcionamiento de nuestros órganos (como los pulmones y el corazón). Estos son signos evidentes de que cualquier individuo está en perfectas condiciones de salud.

Como hemos visto, la definición de salud de la OMS nos dice que es un estado donde nos debemos encontrar bien físicamente para que el cuerpo humano tenga la capacidad de satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Así, para mantener la salud física en óptimas condiciones, se recomienda realizar ejercicio de forma periódica y tener una dieta equilibrada y saludable. Sin embargo, dicho bienestar físico al mismo tiempo se vincula con los estados mentales y, que ambos combinados, nos ayudan a desarrollar una vida dinámica y positiva.

Por otro lado, y según la OMS, no existe una definición oficial de salud mental. Las diferencias culturales, las evaluaciones subjetivas, y la "competición"

entre distintas corrientes teóricas hacen difícil definirla. El diccionario Merriam-Webster (11ª edición, 2005) la define como: “el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria”. De esta manera, el bienestar mental (o salud mental) apunta a aglutinar todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar a todo ser humano y obligarlo a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver las eventuales demandas surgidas en el marco de la vida cotidiana.

Tradicionalmente Salud se definía como presencia o ausencia de enfermedad. F. Nightingale la consideraba como un estado de bienestar y de utilización de todas las potencias que un individuo posee.

Como hemos visto la OMS desde 1948 adopta una visión más holística de salud, definiéndola como un estado de bienestar físico, mental y social completo y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición: Refleja la preocupación por el individuo como persona total que funciona en los planos físicos, psicológicos y sociales. Los procesos mentales determinan la relación de las personas con sus entornos físicos y sociales, sus actitudes sobre la vida y su interacción con los demás. Coloca la salud en el concepto de entorno. La vida de las personas y por lo tanto su salud, se ven afectadas por todo aquello con lo que interactúan, no solo las influencias ambientales como clima, disponibilidad de alimentos, cobijo, aire limpio sino por las demás personas, familiares, amantes, patrones, compañeros de trabajo, amigos, socios, etc.

La salud se ha definido también en términos de rol y rendimiento. Talcott Parsons 1951, sociólogo estadounidense creador del concepto de rol del enfermo, concebía la salud como la capacidad para mantener los roles normales.

En 1953, la Comisión HEALTH Needs of the Nation del presidente de EEUU emitió el siguiente juicio sobre la salud” la salud no es una situación, sino un ajuste. No es un estado, sino un proceso. El proceso adapta al individuo no sólo a nuestro entorno físico, sino a nuestro entorno social”, esta definición insiste en que la salud es un proceso adaptativo en lugar de un estado.

En 1980, la American Nurses Association (ANA) definió la salud como “un estado dinámico del ser en el que el potencial del desarrollo y de conducta de un individuo se realiza en su extensión más amplia posible”. En esta definición, la salud es la tendencia a un funcionamiento óptimo.

En el año 2004, la ANA declaró también que la salud era “una experiencia que a menudo se expresa en términos de prosperidad y dolencia y puede ocurrir en presencia o ausencia de enfermedad o lesión”

2.5.1 Definición de salud personal

La salud es una percepción personal, muy individual. Muchas personas definen salud de la siguiente forma: Estar lo más libre de signos y síntomas de enfermedad y dolor. Ser capaz de permanecer activo y hacer lo que se quiera o se deba hacer. Estar de buen ánimo la mayor parte del tiempo. Estas características indican que la salud no es algo que una persona logre de repente en un momento concreto: Es un proceso continuo, una forma de vida, mediante el cual la persona desarrolla y estimula cada parte de su cuerpo, mente y sentimientos para interrelacionarse en la mayor medida posible de una forma armónica.

2.6 Bienestar

Dentro del bienestar se incluyen los conceptos de bienestar subjetivo y de bienestar psicológico. El primero, aborda, tal y como recoge Diener (1994), el cómo y porqué las personas experimentan su vida de forma positiva, por lo que los estudios se inscriben en un marco fundamentalmente emocional (felicidad, satisfacción con la vida y afectos positivos y negativos).

El término bienestar psicológico incluye también elementos cognitivos (reflexivos y valorativos), así como reacciones y estados emocionales que experimentamos en el curso cotidiano de nuestras vidas (Vázquez, 2009) y que estaría centrado en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir metas personales.

Los dos elementos diferenciados del bienestar, emoción y cognición, se relacionan de manera compleja y en ocasiones puede darse una discrepancia entre la vivencia afectiva y la valoración que el sujeto hace de su propia vida.

En primera instancia lo que la Real Academia Española define como bienestar es: Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien, vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad y/o Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

En términos menos académicos uno puede definir el bienestar personal como el estado en el que un individuo tiene todas sus necesidades, físicas o emocionales, tanto su estado fisiológico como su estado psicológico-emocional se encuentra bien equilibrados y uno se encuentra satisfecho con su persona. También tiene que ver con que el individuo cuente con los recursos para poder satisfacer estas necesidades, ya que sin ellos uno no puede alcanzarlo.

El desarrollo de los estudios sobre el bienestar en psicología ha dado lugar a dos líneas: la nombrada hedónica que habla de lo subjetivo del bienestar y otra eudaimónica que su orientación es psicológica (Keyes, et al., 2002). La primera, refiere a la medida en la que las personas experimentan su vida de forma positiva, de cuánto les gusta o están satisfechas con la vida que llevan. Esta perspectiva indaga en las causas de la satisfacción o insatisfacción a partir de los juicios cognitivos de los individuos y en sus reacciones afectivas (Diener, 1994). La segunda y la más reciente se enfoca en el desarrollo personal de los individuos y en el estilo o manera en que afrontan los retos de la vida; en el esfuerzo por conseguir las metas deseadas (Ryff et al., 1995).

El bienestar subjetivo tiene bases mucho más emocionales, y se lo ha evaluado a través de indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o la satisfacción vital (Blanco et al., 2005). El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes están relacionados ya que aquella persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Las

personas con un mayor bienestar subjetivo hacen una valoración más positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que las "infelices" evalúan la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales.

La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionar porque ambos elementos se hallan influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en las que se desarrolla su vida. Sin embargo, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan al evaluar cómo les ha ido en el transcurso de la vida -lo que representa un resumen o valoración global de ella como un todo-, el componente afectivo obedece más a las reacciones puntuales a eventos concretos que suceden en el curso de la vida del sujeto. La satisfacción con la vida entonces, al ser el resultado de un juicio cognitivo, resulta un constructo más estable a lo largo del tiempo (Castro-Solano, 2010).

El bienestar subjetivo refiere al balance global que las personas hacen de sus oportunidades vitales -recursos sociales y personales, aptitudes individuales-, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan -privación u opulencia, soledad o compañía- y de la experiencia emocional derivada de ello (Veenhoven, 1994). En cambio, los estudios sobre el bienestar psicológico enfatizan la consecución de aquellos valores que hacen a las personas sentirse vivas y auténticas, que las hace crecer como individuos y no tanto a las actividades que les dan placer o las alejan del dolor (Tomás-Miguel, et al., 2008).

Ryan et al., (2001), han clasificado los estudios en una línea fundamentalmente relacionada con la felicidad -bienestar hedónico- y otra ligada al desarrollo del potencial humano -bienestar eudaemónico. La diferencia entre ambos depende de la naturaleza de los objetivos vitales propuestos. Es decir, si el sujeto tiene una orientación hacia el placer resultará hedónico, mientras que si la orientación es hacia una vida con significado, el logro de esta meta vital resultará en bienestar eudaemónico. El constructo de Bienestar Subjetivo -subjective wellbeing, SWB-aparece como representante de la línea hedónica, mientras que el

de Bienestar Psicológico –psychological wellbeing, PWB-como representante de la tradición eudaemónica (Díaz et al., 2006).

La línea eudaemónica pone el énfasis en el bienestar psicosocial y se ha desarrollado a través de las investigaciones de Ryff (1989) sobre el Bienestar Psicológico y de Keyes (1998) sobre el Bienestar Social. El enfoque se ha centrado en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad. Incluye la percepción de sí mismo; la capacidad de manejar el medio y la propia vida de forma efectiva; la calidad de los vínculos; la creencia de que la vida tiene sentido y significado a través del proyecto vital. Derivado de esto, el bienestar significa la valoración que los individuos hacen de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

Ryff ha propuesto seis dimensiones que operan el Bienestar Psicológico (Ryff, 1989; Ryff et al., 1995): 1) Autoaceptación. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. 2) Relaciones positivas con otras personas. La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. 3) Autonomía. Para poder sostener su propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal. La autonomía se asocia a la resistencia a la presión social y a la autorregulación del comportamiento. 4) Dominio del entorno. La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de influencia sobre el contexto. 5) Propósito en la vida. Metas y objetivos que permiten dotar la vida de cierto sentido. 6) Crecimiento personal. Interés por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades.

Bilbao (2008) señala que las perspectivas subjetiva y psicológica del bienestar estudian el mismo proceso psicológico, aunque se sirven de indicadores diferentes para evaluarlo. La línea eudaimónica toma en consideración la dimensión individual y social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido. De

este modo, desde una mirada psicológica y social, el bienestar no consiste sólo en la ausencia de síntomas de ansiedad, depresión, o en que las emociones positivas sobrepasen a las emociones negativas, sino también que la persona se respete y valore a sí misma; que tenga relaciones positivas con otros o perciba un apoyo social satisfactorio; que crea que domina y controla su ambiente, que se sienta autónomo del entorno –aunque conectado con él-; que atribuya sentido y propósito a su vida, así como que crea que se está realizando como persona (Bilbao , 2008).

A la imagen de un sujeto aislado del medio, cuya satisfacción, felicidad o crecimiento se producen al margen del contexto en el que se inserta, se la debe completar considerando un tercer tipo de bienestar, el social, que se relaciona con las bases reales de las creencias implícitas positivas sobre el yo, el mundo y los otros y aporta los elementos sociales y culturales promotores de la salud mental (Blanco et al., 2005; Páez, et al.,2007).

El concepto de Bienestar Social desarrollado por Keyes (1998) recoge los aspectos interpersonales de la salud mental, y se compone de cinco dimensiones (Blanco et al., 2005):

1) Integración social. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.

2) Aceptación social. La presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.

3) Contribución social. Es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo. Es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.

4) Actualización social. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos -confianza en

el progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

5) Coherencia social. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de entender lo que sucede a nuestro alrededor.

Una nota importante respecto al Bienestar Subjetivo, diversos estudios demuestran que las mujeres tienen a reportar mayor afectividad negativa y mayor intensidad de afectos (Páez et al., 2001 en Barrientos 2005). Contrario *Javaloy (2007)* indica que en ciertos contextos los hombres reportan un mayor bienestar subjetivo que las mujeres. En este sentido, para Barrientos (2005) es importante referir que el rol tradicional adjudicado al género femenino incluye generalmente tareas de cuidado de otros, lo que puede estimular mayor responsabilidad emocional en las mujeres que en los hombres y por ende, a que estén más dispuestas a experimentar y a expresar sus emociones.

García (2002) señala el estudio de Hickson, et al., (1988) en el que se encontró que, en personas mayores el control que las personas perciben tener sobre sus vidas afecta el grado de satisfacción vital que experimentan. En este sentido, culturalmente, las mujeres pueden haber aprendido más actitudes de indefensión en edades más jóvenes que los hombres lo que explicaría en parte las puntuaciones más bajas por ellas obtenidas en comparación con los hombres. Sin embargo, se sostiene también que las diferencias observadas en estilos de personalidad entre hombres y mujeres en los estilos de personalidad no repercuten sobre su bienestar subjetivo (Cardenal et al., 2001, García 2002).

En relación al Bienestar Psicológico, son diversos los estudios que reportan diferencias en función del género de los sujetos. Por ejemplo, Yáñez et al., (2010), sobre, la base de una muestra de inmigrantes sudamericanos en Chile, observan que, si bien tanto los hombres como las mujeres reportan una valoración positiva de su bienestar psicológico, los hombres exhiben mejores niveles en la dimensión de propósito en la vida mientras que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en el crecimiento personal. Los hombres sienten que las metas y objetivos otorgan

sentido a su vida con más intensidad, a la vez que experimentan una mayor sensación de control sobre el contexto. Por su parte, las mujeres perciben mayores posibilidades de potenciar sus propias capacidades.

En la investigación realizada por Velásquez et al., (2008) con un grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Lima, Perú, las mujeres obtienen una puntuación mayor en promedio en los niveles de bienestar psicológico, lo que a su vez se asocia a mayor asertividad y mejor rendimiento académico.

En un primer estudio exploratorio realizado con estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires (Zubieta et al., 2010), se encontró que las mujeres mostraban mejores niveles que los hombres en dominio del entorno y propósito en la vida del bienestar psicológico y en integración y contribución del bienestar social.

Los estudios muestran que el bienestar social se relaciona positivamente con el asociacionismo cívico, el comportamiento pro-social, la salud cívica y el capital social; y que las sub-dimensiones de integración y contribución son altas entre los adultos que trabajan con otros vecinos para resolver problemas. Asimismo, todas las dimensiones, aunque especialmente la integración, aumentan conforme lo hace la percepción de seguridad en el barrio y de confianza entre los vecinos (Keyes et al., 2004).

Para Keyes (2005), la satisfacción con la vida, la balanza de afectos, el bienestar psicológico y el bienestar social conforman criterios de diagnósticos de la salud mental. Asimismo, los resultados de los estudios que asocian la satisfacción con la vida y el bienestar social muestran relaciones significativas de ésta con las dimensiones de integración, contribución y actualización, ratificando que el bienestar debe abordar también los lazos que nos unen a otras personas, los patrones de participación y la contribución social de los individuos. Se trata de un proceso bien asentado en las cinco dimensiones propuestas por Keyes (1998) pero que se apoya de manera especial en la integración y en la actualización social.

En el marco de distintos estudios que abordan los cambios sociales y culturales que produce el incremento de la presencia femenina en el mercado laboral y otras esferas y que afectan la cognición social, las actitudes y expectativas

en función de roles de género (Zubieta, et al., 2010), se desarrolló entonces un estudio empírico que busca responder si las mujeres reportan mejores niveles de bienestar psicológico y social en comparación con los hombres y si las diferencias eran mayores en la dimensión social que en la psicológica, es decir, si son más salientes en los indicadores eudaimónicos mientras que en los hedónicos tienden a desaparecer. La hipótesis de trabajo plantea que las mujeres experimentan mayor bienestar que los hombres cuando éste enfatiza las relaciones interpersonales, así como la relación con el entorno y el sentido de eficacia. Las diferencias de género se dan en los indicadores de bienestar psicológico y social, y no en los hedónicos o bienestar subjetivo.

2.7 PROGRAMAS DE BIENESTAR

En los últimos tiempos, en las organizaciones se habla y se llevan a cabo Programas de Bienestar Laboral. Se utilizan para promover la integración entre sectores, mantener un buen clima organizacional y mejorar la salud y la calidad de vida de los colaboradores. Estos programas ofrecen propuestas muy diversas, con incentivos monetarios o no: flexibilidad en horarios laborales y/o home office, celebración de fechas especiales (cumpleaños, día de profesiones/oficios, fiestas religiosas y familiares, etc.), recreación, programas de relajación y cuidado, capacitación o cursos sobre temas no laborales (idiomas, artes, gastronomía, ceremonial y protocolo, etc.), campañas, concursos; jornadas culturales, deportivas, solidarias, etc. Los trabajadores felices son más productivos, por ello es importante asegurarse de que los empleados estén “contentos”. Son más productivos y creativos; mejores líderes y negociadores; además de relacionarse mejor y generar apoyo social y mayor resistencia ante el stress.

2.8 EMPRESAS CON EXISTOSOS PROGRAMAS DE BIENESTAR

Cuando hablamos de una empresa preocupada por la felicidad de sus colaboradores, generalmente vienen a nuestra mente practicas relacionadas con promover el equilibrio entre la vida familiar y el desempeño profesional, creativos programas para incentivar viajes en vacaciones, un horario flexible, una oficina fabulosa, y si miramos un poco más a profundidad, las políticas de equidad de género, permisos de paternidad y otras prácticas responsables; pero el bienestar

corporativo está más íntimamente ligado a la forma en que las compañías eligen preocuparse por la salud y el bienestar de sus colaboradores, porque lo que persiguen es tener una mayor influencia en su productividad.

Esto es una razón de porque una cantidad cada vez mayor de organizaciones se suma a la implementación de acuerdos con espacios deportivos y la contratación de médicos para ofrecer servicios básicos de salud a sus colaboradores con la finalidad de reducir el índice de ausentismo. Pero en otras compañías los programas integrales de bienestar corporativo han logrado ir un paso más lejos convirtiéndose en verdaderos ejemplos a nivel global.

Pues más que imponer un estilo de vida saludable a quienes colaboran dentro de la organización, estos programas buscan generar una cultura en la que los trabajadores por si mismos elijan adoptar hábitos realmente saludables compartan sus experiencias formando redes de apoyo que les faciliten y motiven vivir este proceso.

El portal Mashable, ha generado una lista de compañías que destacan en programas de bienestar corporativo, destacando que esto ha contribuido a la reducción de costos médicos y la reducción de días libres por enfermedad. A continuación, mencionamos siete compañías que aplican esta cultura de bienestar.

La empresa Fitbit además de tener su propio programa interno de bienestar corporativo, esta compañía ayuda a otras compañías a crear sus propias iniciativas y gestionar sus programas. “Trabajamos con nuestros clientes para construir una solución que responda a sus necesidades”, señaló Amy McDonough, directora general de Fitbit Wellness. Colabora con treinta de las compañías de Fortune 500 en la creación de sus iniciativas de bienestar. Por su experiencia Fitbit, aseguran que una empresa no necesita un alto presupuesto para crear incentivos emocionantes, pequeñas recompensas pueden motivar a sus colaboradores a recorrer un largo camino. Ofrecer un día de vestimenta casual, o hacer una donación a la causa seleccionada por el ganador, puede resultar una gran estrategia. A nivel interno, la empresa ha implementado los miércoles de entrenamiento, un día dedicado a realizar distintos programas de entrenamiento y desde luego utiliza su producto a través de la creación de retos de pasos trimestrales.

Houston Methodist, como un centro médico conoce la importancia de mantener la salud de sus pacientes y colaboradores, se reunió con FitBit para crear retos de pasos y suministrar a sus trabajadores dispositivos de conteo de pasos, pulsos. Además de esta importante alianza, los empleados del centro pueden acceder a test biométricos con el fin de personalizar sus programas de bienestar y adaptarlos a las necesidades específicas de su cuerpo. Una plataforma creada por FitBit, permite a todo el personal del centro médico comunicarse y compartir los logros obtenidos con su equipo de trabajo y tener interacciones que estimulen la competitividad, por lo que además de mejorar la salud de los trabajadores, también contribuye a mejorar el clima organizacional.

La empresa Google ha generado ejemplares programas de bienestar al interior, su campus de Mountain View cuenta con resbaladilla, mesas de ping pong y estaciones de LEGO. Los colaboradores pueden ducharse, nadar e incluso recibir masajes en las instalaciones. Pero además de las atractivas comodidades que la compañía tecnológica ofrece a sus trabajadores, Google también ha invertido grandes cantidades de dinero en iniciativas para mejorar la salud de sus trabajadores partiendo de investigaciones especiales, a cuyos resultados debe la implementación de técnicas sustentables en el diseño de sus instalaciones. Los colaboradores, también tienen acceso a un sistema único de enseñanza aprendizaje llamado Googlers-to-Googlers, en el que los trabajadores de la compañía imparten clases a otros miembros del equipo en temas que van desde la gestión y el manejo del discurso en público, hasta deportes, artes y crianza.

La empresa MotleyFool da clases de spinning gratuitas, campamentos de entrenamiento, masajes y otros beneficios a favor de su salud y actividad física hacen de esta empresa un increíble lugar para trabajar. Una de las claves para conseguirlo, es lograr que los sistemas de bienestar trabajen a favor de la integración de los trabajadores tanto al interior de su equipo de trabajo, como interdepartamentalmente. Mes con mes, se crea un reto diferente para motivar a sus colaboradores como algo temático mensual. Se trata de hacer de cada mes algo distinto. Además, los trabajadores tienen acceso a sesiones de entrenamiento personalizado donde pueden discutir sus objetivos personales. En caso de elegir una carrera o competencia, Fool ofrece el 50% del costo como reembolso.

Como una compañía amigable con el medio ambiente, Earth Friendly Products se ha esforzado por comprometerse a profundidad con la responsabilidad social integrando programas de salud y preocupándose por el bienestar de sus colaboradores, quienes tienen acceso al jardín orgánico de las instalaciones para cultivar sus propias frutas y verduras. Además, la empresa ofrece incentivos económicos para los colaboradores que deseen cambiar su automóvil por uno más amigable con el medio ambiente, o busquen alternativas para reducir su huella de carbono. Por otro lado, a través de su iniciativa RE-Parts, los miembros del personal pueden intercambiar ropa y artículos para el hogar.

La tienda minorista de calzado en línea Zappos, se ha hecho muy popular alrededor del mundo gracias a su decisión de eliminar las jerarquías de su sistema organizacional. Pero además hacer que sus empleados se despidan de sus jefes no es el más grande éxito de la compañía en cuanto refiere a sus colaboradores; membresías en espacios deportivos, salas de siesta y reembolsos por maratones son algunos beneficios adicionales que evidencian su compromiso con el bienestar.

Este compromiso empresarial, significa incentivar hábitos saludables entre los trabajadores de la compañía, sin embargo, se trata de algo que ellos deben adoptar a voluntad. Los programas de ejercicio están orientados a romper el paradigma de que cumplir con los estereotipos es la única forma de sentirse bien.

La compañía Draper, Inc. Es considerado el lugar de trabajo más saludable en Estados Unidos por Healthiest Employers LLC, esta empresa con sede en Indiana se enorgullece de sus programas de bienestar; mismos que los llevaron a abrir su propio parque en 2008 con estaciones de entrenamiento, canchas de tenis y voleibol y la publicación de su boletín “Superhéroes de Bienestar”.

3. Material y Métodos

3.1 Planteamiento del Problema

Es indispensable remarcar la importancia que el capital humano tiene para las empresas u organizaciones, pues éstos dedican por lo menos un tercio de sus vidas a su trabajo. Sin embargo, si bien el trabajo es una actividad humana que permite al hombre satisfacer sus necesidades más básicas, también es necesario tener las condiciones de trabajo adecuadas para mantener la salud del trabajador. Entendiendo a la salud como un proceso dinámico en el que se mantiene un equilibrio óptimo entre las condiciones físicas, psicológicas y sociales en el individuo (Juárez-García, 2005). El propósito de la tesis es: evaluar un instrumento que ayude a identificar y a promocionar la salud (prevención), para ayudar a prevenir los trastornos psicosociales en los trabajadores.

3.2 Objetivos

Objetivo general

Aplicar y evaluar un instrumento de detección de factores psicosociales mediante análisis estadístico para detectar los niveles de riesgo en el ámbito laboral en la generación de programas de prevención.

Objetivos específicos

1. Aplicar de manera digital el instrumento en varios contextos organizacionales
2. Realizar con los datos obtenidos, los puntos de corte para cada dimensión del instrumento y el análisis de resultados
3. Identificar los factores de riesgo y la población más vulnerable de acuerdo a las variables género, edad, situación laboral, nivel de puesto y tipo de empresa

3.3 Método

3.3.1 Diseño

Utilizaremos el diseño no experimental, aplicativo

Transeccional correlacional-causal.

Exploratorio

Cuantitativo

3.3.2 Muestra

La muestra fue de 200 trabajadores de varias empresas de diferente giro, de servicio, de producción, educación.

Universidad Autónoma del estado de Morelos

- Sindicato de trabajadores
- Dirección de personal
- Dirección de tecnologías de información
- Dirección Infraestructura

- Dirección de planeación
- Policía Judicial
- Imprenta
- Fábrica de calzado
- Asociación civil
- Trabajadores varios

El 46.5% fueron hombres y el 53.5% mujeres, con una media de edad de 35.13 años en un rango de 20 – 72 años.

El único criterio de inclusión fue el de desear participar en el estudio de manera voluntaria y a sabiendas de que no habría retribución económica alguna.

3.3.2 Procedimiento

Instrumento

Se aplicó un instrumento diseñado en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, UAEM, resultado de un programa de vinculación. El instrumento cuenta con 9 dimensiones, las cuales miden una serie de variables psicosociales relacionados con el bienestar de los trabajadores.

El modelo se diseñó en 83 reactivos según el siguiente orden.- Depresión 10, Ansiedad 8, Trastornos del sueño 10, Síntomas Somáticos 9, Afectos Positivos 8, Afectos Negativos 9, Satisfacción con la vida 9, Disfunción Social 9 y finalmente Abuso de sustancias 11. Para la evaluación de cada uno de los reactivos, se utiliza una escala tipo Likert que explora los síntomas durante las últimas semanas, para cada reactivo se utilizan respuestas ordinales de cuatro opciones, según el contenido de la pregunta puede ser: *No, Como antes, Más que antes, Mucho más que antes; Nunca, Algunas veces, Frecuentemente, Siempre; Si, Frecuentemente, Pocas veces, Nunca; No, Pocos, Algunos, Muchos; Más que antes, Igual que antes, Menos que antes, Mucho menos que antes; Mejor que antes, Igual que antes, Menos que antes, Mucho menos que antes; Rara vez, Algunas veces,*

Frecuentemente, Siempre; Para todas las formas de puntuación, más puntos indican mayor número o severidad de los síntomas.

La administración del instrumento fue en su mayoría digital, en la aplicación participaron dos psicólogos y dos asistentes para orientar en el uso del instrumento. En los casos que se aplicó en papel, las respuestas fueron capturadas por los asistentes.

4. Resultados estadísticos

En la tabla 1, se describen las variables dependientes e independientes y los valores que toma en este estudio.

Tabla 1 Variables dependientes e independiente

<i>Variable</i>	<i>Valores que toma</i>
VARIABLES INDEPENDIENTES	
Edad	1 - de 20 a 27 años 2 - de 28 a 37 años 3 - de 38 a 48 años 4 - de 49 a 72 años
Sexo	1 - Masculino 2 - Femenino
Situación Laboral	1 Con trabajo 2 Sin trabajo (últimos 6 meses) 3 Sin trabajo (hace más de 6 meses) 4 Baja por enfermedad (< de 6 meses) 5 Jubilado u otro
Tipo Empresa	1 Empresa pública 2 Empresa privada 3 Otro
VARIABLES DEPENDIENTES	
Depresión	10 - 40
Ansiedad	8 - 32
Trastorno de sueño	10 - 40
Síntomas Somáticos	9 - 36
Satisfacción con la Vida	9 - 36
Afectos Positivos	8 - 32
Abuso de Sustancias	11 - 44
Afectos Negativos	9 - 36
Disfunción Social	9 - 36

4.1 Análisis de Datos

Para analizar los datos se utilizó el Statistical Program for Social Sciences (SPSS). Se realizó la aleatorización de los ítems para no generar algún sesgo en la

aplicación del instrumento, mismo que pueden encontrar en su versión final en anexo llamado Escala de Bienestar.

4.2.1 Evaluación Inicial del Instrumento

En el anexo se encuentra la información de la construcción de este instrumento, que como se mencionó al inicio, es el resultado de un proyecto de vinculación entre universidad-empresa. Es importante mencionar cómo se estableció la obtención de los puntajes para cada dimensión, así como explicar que al no existir baremos, ya que se trata de un instrumento de evaluación de reciente creación, se establecieron los puntos de corte, según la siguiente tabla.

Tabla 2. Elementos del instrumento y puntos de corte

Depresión	Sumar los ítems 1+23+24+26+27+44+45+70+75+79 y dividir entre 10	Promedios ≥ 2.5 Niveles Altos de Depresión <2.5 Niveles Bajos de Depresión
Ansiedad	Sumar los ítems 3+7+12+46+47+65+67+77 y dividir entre 8	Promedios ≥ 2.5 Niveles Altos de Ansiedad <2.5 Niveles Bajos de Ansiedad
Trastorno de sueño	Sumar los ítems 9+20+21+42+49+51+52+68+73+76 y dividir entre 10	Promedios ≥ 2.5 Trastorno de sueño alto <2.5 Trastorno de sueño bajos
Síntomas Somáticos	Sumar los ítems 37+41+53+58+63+72+74+80+82 y dividir entre 9	Promedios ≥ 2.5 Síntomas somáticos altos <2.5 Síntomas somáticos bajos
Satisfacción con la vida	Sumar los ítems 4+11+13+14+18+31+40+54+78 y dividir entre 9	Promedios ≥ 2.5 Baja satisfacción con la vida <2.5 Alta Satisfacción con la Vida
Afectos Positivos	Sumar los ítems 30+34+ 39+43+56+57+59+61 y dividir entre 8	Promedios ≥ 2.5 Afectos Positivos Bajos <2.5 Afectos Positivos Altos
Abuso de sustancias	Sumar los ítems 2+5+15+17+22+35+36+60+62+ 66+81 y dividir entre 11	Promedios ≥ 2.5 Abuso de sustancias alto <2.5 Abuso de sustancias bajo

Afectos Negativos	Sumar los ítems 6+10+28+29+32+33+38+55+64 y dividir entre 9	Promedios ≥ 2.5 Afectos negativos altos <2.5 Afectos negativos bajos
Disfunción Social	Sumar los ítems 8+16+19+25+48+50+69+71+83 y dividir entre 9	Promedios ≥ 2.5 Disfunción Social Alta <2.5 Disfunción Social Baja

La siguiente tabla muestra los porcentajes por dimensión para los niveles A, nivel sano, y B, dimensión de riesgo psicosocial.

Tabla 3. Valores por dimensión primera evaluación

Nivel	Depresión	Ansiedad	Trastorno de sueño	Síntomas Somáticos	Satisfacción con la Vida	Afectos Positivos	Abuso de Sustancias	Afectos Negativos	Disfunción Social	Porcentaje
A	199	199	200	196	194	196	200	200	199	99%
B	1	1	0	4	6	4	0	0	1	1%

Se observa que dichos puntos de corte, no muestran la variabilidad en las dimensiones por lo que se realizó el siguiente análisis del instrumento para este fin.

Una vez aplicado el instrumento a los n=200 participantes, se obtuvo lo siguiente:

Para la escala completa en estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.883, lo que se puede considerar un nivel muy bueno de fiabilidad de las dimensiones del instrumento. En la siguiente Tabla se pueden observar las alfas obtenidos encontrando que las nueve dimensiones obtuvieron puntajes alfa de Cronbach superiores a .80. En la siguiente tabla se puede observar la matriz de correlaciones entre todas las dimensiones del instrumento.

Tabla 4. Matriz de correlación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Depresión									
2 Ansiedad									
3 Trastorno sueño									

4 Síntomas Somáticos	.457**	.579**	.618**						
5 Satisfacción con la Vida	.212**	.228**	.192**	.165*					
6 Afectos Positivos	.406**	.350**	.418**	.510**	.390**				
7 Abuso Sustancias	.373**	.408**	.424**	.461**	0.05	.254**			
8 Afectos Negativos	.477**	.556**	.420**	.523**	.322**	.442**	.314**		
9 Disfunción Social	.483**	.459**	.402**	.633**	.367**	.606**	.284**	.465**	
Media	11.9	12.6	13.3	13.3	17.1	11.6	12.6	12.8	12.6
Desviación Típica	2.4	2.7	3.3	3.5	2.8	3.1	2.4	2.8	3.0
Fiabilidad (Alfa de Cronbach)	0.86	0.86	0.87	0.86	0.89	0.87	0.88	0.87	0.86

Correlación bivariadas, Estadísticos descriptivos e índices de fiabilidad de las dimensiones del instrumento - Grupo total (n=200)

4.3 Evaluación del instrumento

Una manera de obtener la tabla de baremos es mediante técnicas de aprendizaje automático (machine learning) para obtener los puntos de corte para cada dimensión (Eraña et al., en elaboración).

Aplicando esta técnica, se clasificaron por clúster, donde el clúster 1 indica sin riesgo, grupo A de factor alto de salud, el clúster 2 es MA, medio alto, el clúster 3 es MB, de medio bajo y por último el clúster B que implica Bajo nivel de salud en la dimensión evaluada.

Tabla 5. Clasificación por niveles de riesgo

PUNTOS DE CORTE		Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 41	
Dimen	Nombre	minA	maxA	minMA	maxMA	minMB	maxMB	minB	maxB
1	Depresion	10	12	12	13	14	16	17	25
2	Ansiedad	8	9	10	12	13	14	15	20
3	Trastorno de sueño	10	11	12	14	15	18	18	24
4	Síntomas Somáticos	9	11	12	14	15	20	21	27
5	Satisfacción con la Vida	11	16	14	17	18	20	20	26
6	Afectos Positivos	8	9	10	11	12	14	15	23
7	Abuso de Sustancias	11	11	12	13	14	17	18	25
8	Afectos Negativos	9	10	11	12	13	15	16	22
9	Disfuncion Social	9	10	11	12	13	15	16	24

Tabla 6. Porcentajes de participantes en cada clúster y dimensión

Cluster	Depresion	Ansiedad	Trastorno de sueño	Sintomas Somáticos	Satisfaccion con la Vida	Afectos Positivos	Abuso de Sustancias	Afectos Negativos	Disfuncion Social
A	71.0	27.0	40.0	38.0	28.0	32.0	42.0	20.0	29.5
MA	5.0	39.0	28.5	31.0	23.0	21.5	39.5	31.5	27.5
MB	18.5	21.5	22.0	27.5	31.0	28.5	11.5	33.0	25.5
B	5.5	12.5	9.5	3.5	18.0	18.0	7.0	15.5	17.5
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 7. Edad por categoría

Edad	Min	Max	Frecuencia
E1	20	27	62
E2	28	37	58
E3	38	48	53
E4	49	72	27
Total			200

Considerando esta clasificación, se obtuvieron las siguientes correlaciones.

Tabla 8. Correlaciones entre edad, genero, nivel de entre edad, género, nivel de puesto y situación laboral. Las significativas están en negrillas

		Correlaciones								
		Depresion	ansiedad	Trastorno_sueno_	Sintomas_Somaticos	Satisfaccion_con_Vida	afectos_Positivos	abuso_Sustancias	afectos_Negativos	Disfuncion_Social
d1_edad	Correlación de Pearson	-.047	-.113	-.051	.052	-.151*	.054	-.030	.070	.063
	Sig. (bilateral)	.513	.110	.476	.464	.033	.445	.669	.322	.373
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
d2_sexo	Correlación de Pearson	-.171*	-.163*	-.231**	-.183**	-.137	-.152*	-.252**	-.134	-.067
	Sig. (bilateral)	.015	.021	.001	.010	.053	.031	.000	.058	.347
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
d5_sit_laboral	Correlación de Pearson	.025	-.011	-.096	.048	.092	.070	.102	.192**	.132
	Sig. (bilateral)	.726	.882	.178	.502	.197	.324	.152	.007	.063
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199
d7_Nivel_Puesto	Correlación de Pearson	.127	.053	-.025	.122	.132	.102	.194**	.091	.216**
	Sig. (bilateral)	.072	.458	.722	.086	.063	.149	.006	.200	.002
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200
d8_Tipo_Empresa	Correlación de Pearson	.051	.005	-.042	.037	.157*	.078	.015	.127	.232**
	Sig. (bilateral)	.471	.941	.556	.601	.027	.270	.829	.073	.001
	N	200	200	200	200	200	200	200	200	200

Se realizaron las tablas cruzadas, pruebas Chi-cuadrado, entre las variables estructurales clasificadas y las nueve dimensiones. En la tabla 9, se observa que depresión, trastorno del sueño, presenta trastorno del sueño, síntomas somáticos,

satisfacción con la vida, afectos positivos, abuso de sustancias y afectos negativos. Hay diferencia entre los grupos (mujeres/hombres), siendo estadísticamente significativa

Tabla 9. Porcentaje de la población de las variables que se miden a través del instrumento en función de sexo.

Tabla cruzada y Chi-cuadrado de sexo y dimensiones del instrumento					
Dimensión y grupo	Sexo		Chi-cuadrado	Gl	Sig.
	1 Hombre	2 Mujer			
Depresión					
1 Sin depresión	41%(58)	59%(84)	7.177	3	.066
2 Leve	50%(5)	50%(5)			
3 Alerta	65%(24)	35%(13)			
4 Alta	55%(6)	45%(5)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Ansiedad					
1 Sin Ansiedad	31%(17)	69%(37)	7.031	3	.071
2 Leve	50%(39)	50%(39)			
3 Alerta	53%(23)	47%(20)			
4 Alta	56%(14)	44%(11)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Trastorno de Sueño					
1 Sin Trastorno	34%(27)	66%(53)	12.9	3	.005
2 Leve	46%(26)	54%(31)			
3 Alerta	66%(29)	34%(15)			
4 Alta	58%(11)	42%(8)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Sintomas Somáticos					
1 Sin síntomas	38%(29)	62%(47)	7.109	3	.069
2 Leve	44%(27)	56%(35)			
3 Alerta	58%(32)	42%(23)			
4 Alta	71%(5)	29%(2)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Satisfacción con la vida					
1 Alta satisfacción	38% (21)	63% (35)	13.605	3	.003
2 Satisfechos	45% (25)	38% (21)			
3 Poco Satisfechos	39% (22)	71% (40)			
4 Nada Satisfecho	45% (25)	20% (11)			
Total	47% (93)	54% (107)			
Afectos Positivos					
1 Altos Afectos	39%(25)	61%(39)	8.287	3	0.04
2 Medio Altos	35%(15)	65%(28)			
3 Pocos	60%(34)	40%(23)			
4 Malos	53%(19)	47%(17)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Abuso de Sustancias					
1 Sin abuso sust.	35%(29)	65%(55)	12.801	3	.005
2 Leve	49%(39)	51%(40)			
3 Alerta	61%(14)	39%(9)			
4 Alta	79%(11)	21%(3)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Afectos Negativos					
1 Sin Afectos Neg	48%(19)	53%(21)	9.386	3	.025
2 Medio Altos	32%(20)	68%(43)			
3 Pocos	53%(35)	47%(31)			
4 Malos	61%(19)	39%(12)			
Total	47%(93)	54%(107)			
Disfunción Social					
1 Sin Disfuncion	44%(26)	56%(33)	1.99	3	.575
2 Leve	45%(25)	55%(30)			
3 Alerta	43%(22)	57%(29)			
4 Alta	57%(20)	43%(15)			
Total	47%(93)	54%(107)			

En la tabla 10, se identifica que el 53 % en edades comprendidas entre los 38 y 48 años de edad presenta trastorno del sueño siendo estadísticamente significativa

Tabla 10. Porcentaje de la población de las variables que se miden a través del instrumento en función de edad.

Tabla cruzada y Chi-cuadrado de edad y dimensiones del instrumento							
Dimensión y grupo	Grupos Edades				Chi-cuadrado	Gf	Sig.
	E1 (años) 20-27	E2 28-37	E3 38-48	E4 49-72			
Depresión							
1 Sin depresión	29%(41)	30%(43)	26%(37)	15%(21)	10.179	9	.336
2 Leve	20%(2)	30%(3)	30%(3)	20%(2)			
3 Alerta	46%(17)	27%(10)	24%(9)	3%(1)			
4 Alta	18%(2)	18%(2)	36%(4)	27%(3)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Ansiedad							
1 Sin Ansiedad	26%(14)	31%(17)	24%(13)	19%(10)	7.97	9	.537
2 Leve	27%(21)	33%(26)	27%(21)	13%(10)			
3 Alerta	35%(15)	23%(10)	33%(14)	9%(4)			
4 Alta	48%(12)	20%(5)	20%(5)	12%(3)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Trastorno de Sueño							
1 Sin Trastorno	29%(23)	25%(20)	24%(19)	23%(18)	20.234	9	.017
2 Leve	37%(21)	32%(18)	23%(13)	9%(5)			
3 Alerta	39%(17)	30%(13)	25%(11)	7%(3)			
4 Alta	5%(1)	37%(7)	53%(10)	5%(1)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Síntomas Somáticos							
1 Sin síntomas	30%(23)	32%(24)	26%(20)	12%(9)	2.679	9	.976
2 Leve	34%(21)	29%(18)	23%(14)	15%(9)			
3 Alerta	31%(17)	25%(14)	29%(16)	15%(8)			
4 Alta	14%(1)	29%(2)	43%(3)	14%(1)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Satisfacción con la vida							
1 Alta satisfacción	23%(13)	30%(17)	27%(15)	20%(11)	8.771	9	.459
2 Satisfechos	28%(13)	24%(11)	35%(16)	13%(6)			
3 Poco Satisfechos	34%(21)	34%(21)	24%(15)	8%(5)			
4 Nada Satisfecho	42%(15)	25%(9)	19%(7)	14%(5)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Afectos Positivos							
1 Altos Afectos	30%(19)	33%(21)	27%(17)	11%(7)	8.771	9	.459
2 Medio Altos	40%(17)	26%(11)	23%(10)	12%(5)			
3 Pocos	26%(15)	26%(15)	32%(18)	16%(9)			
4 Malos	31%(11)	31%(11)	22%(8)	17%(6)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Abuso de Sustancias							
1 Sin abuso sust.	26%(22)	32%(27)	29%(24)	13%(11)	6.111	9	.729
2 Leve	32%(25)	30%(24)	25%(20)	13%(10)			
3 Alerta	48%(11)	17%(4)	17%(4)	17%(4)			
4 Alta	29%(4)	21%(3)	36%(5)	14%(2)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Afectos Negativos							
1 Sin Afectos Neg	28%(11)	35%(14)	25%(10)	13%(5)	6.524	9	.687
2 Medio Altos	32%(20)	32%(20)	25%(16)	11%(7)			
3 Pocos	38%(25)	23%(15)	27%(18)	12%(8)			
4 Malos	19%(6)	29%(9)	29%(9)	23%(7)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			
Disfunción Social							
1 Sin Disfuncion	31%(18)	34%(20)	22%(13)	14%(8)	8.408	9	.494
2 Leve	33%(18)	33%(18)	24%(13)	11%(6)			
3 Alerta	27%(14)	25%(13)	37%(19)	10%(5)			
4 Alta	34%(12)	20%(7)	23%(8)	23%(8)			
Total	31%(62)	29%(58)	27%(53)	14%(27)			

En la tabla 11, se observa que la variable disfunción social en función de la situación laboral es estadísticamente significativa.

Tabla 11. Porcentaje de la población de las variables que se miden a través del instrumento en función de su situación laboral.

Tabla cruzada y Chi-cuadrado de situación laboral y dimensiones del instrumento								
Situación Laboral								
Dimensión y grupo	Con Trabajo	Sin Trabajo (últimos 6 m)	Sin Trabajo (más 6 m)	Baja por Enfermedad	Jubilado u otro	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Depresión								
1 Sin depresión	87%(122)	5%(7)	0% (0)	1%(2)	7%(10)	6.722	9	.666
2 Leve	80%(8)	0%	0% (0)	10%(1)	10%(1)			
3 Alerta	84%(31)	5%(2)	0% (0)	3%(1)	8%(3)			
4 Alta	82%(9)	9%(1)	0% (0)	9%(1)	0%			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Ansiedad								
1 Sin Ansiedad	91%(48)	2%(1)	0% (0)	2%(1)	6%(3)	7.21	9	.615
2 Leve	82%(64)	5%(4)	0% (0)	3%(2)	10%(8)			
3 Alerta	86%(37)	5%(2)	0% (0)	5%(2)	5%(2)			
4 Alta	84%(21)	12%(3)	0% (0)	0%	4%(1)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Trastorno de Sueño								
1 Sin Trastorno	82%(65)	4%(3)	0% (0)	4%(3)	10%(8)	8.368	9	.498
2 Leve	89%(51)	4%(2)	0% (0)	2%(1)	5%(3)			
3 Alerta	82%(36)	11%(5)	0% (0)	2%(1)	5%(2)			
4 Alta	95%(18)	0%	0% (0)	0%	5%(1)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Síntomas Somáticos								
1 Sin síntomas	92%(69)	3%(2)	0% (0)	0%	5%(4)	8.474	9	.487
2 Leve	77%(48)	8%(5)	0% (0)	5%(3)	10%(6)			
3 Alerta	84%(46)	5%(3)	0% (0)	4%(2)	7%(4)			
4 Alta	100%(7)	0%	0% (0)	0%	0%			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Satisfacción con la vida								
1 Alta satisfaccio	89%(49)	4%(2)	0% (0)	2%(1)	5%(3)	9.207	9	.418
2 Satisfechos	89%(41)	2%(1)	0% (0)	4%(2)	4%(2)			
3 Poco Satisfechos	85%(53)	5%(3)	0% (0)	0%	10%(6)			
4 Nada Satisfecho	75%(27)	11%(4)	0% (0)	6%(2)	8%(3)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Afectos Positivos								
1 Altos Afectos	92%(58)	2%(1)	0% (0)	2%(1)	5%(3)	9.185	9	.420
2 Medio Altos	86%(37)	5%(2)	0% (0)	2%(1)	7%(3)			
3 Pocos	77%(44)	9%(5)	0% (0)	2%(1)	12%(7)			
4 Malos	86%(31)	6%(2)	0% (0)	6%(2)	3%(1)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Abuso de Sustancias								
1 Sin abuso sust.	87%(72)	7%(6)	0% (0)	1%(1)	5%(4)	16.066	9	.066
2 Leve	89%(70)	3%(2)	0% (0)	1%(1)	8%(6)			
3 Alerta	70%(16)	4%(1)	0% (0)	13%(3)	13%(3)			
4 Alta	86%(12)	7%(1)	0% (0)	0%	7%(1)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Afectos Negativos								
1 Sin Afectos Neg	100%(40)	0%	0% (0)	0%	0%	13.571	9	.138
2 Medio Altos	86%(54)	8%(5)	0% (0)	2%(1)	5%(3)			
3 Pocos	77%(50)	6%(4)	0% (0)	5%(3)	12%(8)			
4 Malos	84%(26)	3%(1)	0% (0)	3%(1)	10%(3)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			
Disfunción Social								
1 Sin Disfuncion	97%(56)	2%(1)	0% (0)	0%	2%(1)	19.376	9	.022
2 Leve	82%(45)	7%(4)	0% (0)	0%	11%(6)			
3 Alerta	80%(41)	2%(1)	0% (0)	6%(3)	12%(6)			
4 Alta	80%(28)	11%(4)	0% (0)	6%(2)	3%(1)			
Total	85%(170)	5%(10)	0% (0)	3%(5)	7%(14)			

El nivel de significancia entre situación laboral y la disfunción social es $p=0.022 < 0.05$, por lo que existen diferencias en las proporciones entre estas. Ya que el 85% de los participantes cuenta con trabajo, se obtuvo los porcentajes entre los grupos clasificados.

Disfunción Social		Con Trabajo
1 Sin Disfuncion		33%(56)
2 Leve		26%(45)
3 Alerta		24%(41)
4 Alta		16%(28)
Total		100%(170)

En la tabla 12, se observa que el 50% tiene un nivel de puesto de empleado operativo o el 43% trabajan por cuenta propia reportan alto abuso de sustancias en comparación con los cargos directivos o de gerencia (7%), siendo estadísticamente significativo ($p=.005$).

Tabla 12. Porcentaje de la población de las variables que se miden a través del instrumento en función del nivel de puesto.

Tabla cruzada y Chi-cuadrado de nivel de puesto y dimensiones del instrumento										
		Nivel de Puesto								
Dimensión y grupo		Cargo Directivo o Gerencial	Encargado, supervisor o jefe	Admitivo trabajo no manual	Empleado Operativo (trab.manual)	Por cuenta propia	Chi-cuadrado	Gl	Sig.	
Depresión										
	1 Sin depresión	7%(10)	15%(22)	38%(54)	17%(24)	23%(32)	20.246	12	.063	
	2 Leve	0%	0%	30%(3)	60%(6)	10%(1)				
	3 Alerta	3%(1)	16%(6)	30%(11)	32%(12)	19%(7)				
	4 Alta	0%	18%(2)	9%(1)	27%(3)	45%(5)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Ansiedad										
	1 Sin Ansiedad	4%(2)	20%(11)	41%(22)	20%(11)	15%(8)	15.117	12	.235	
	2 Leve	3%(2)	12%(9)	36%(28)	23%(18)	27%(21)				
	3 Alerta	12%(5)	16%(7)	35%(15)	16%(7)	21%(9)				
	4 Alta	8%(2)	12%(3)	16%(4)	36%(9)	28%(7)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Trastorno de Sueño										
	1 Sin Trastorno	5%(4)	14%(11)	39%(31)	16%(13)	26%(21)	16.196	12	.182	
	2 Leve	0%	19%(11)	39%(22)	23%(13)	19%(11)				
	3 Alerta	9%(4)	14%(6)	30%(13)	30%(13)	18%(8)				
	4 Alta	16%(3)	11%(2)	16%(3)	32%(6)	26%(5)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Sintomas Somáticos										
	1 Sin síntomas	5%(4)	16%(12)	41%(31)	22%(17)	16%(12)	15.731	12	.204	
	2 Leve	5%(3)	16%(10)	40%(25)	11%(7)	27%(17)				
	3 Alerta	7%(4)	13%(7)	22%(12)	33%(18)	25%(14)				
	4 Alta	0%	14%(1)	14%(1)	43%(3)	29%(2)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Satisfacción con la vida										
	1 Alta satisfacción	9%(5)	20%(11)	36%(20)	20%(11)	16%(9)	15.731	12	.204	
	2 Satisfechos	7%(3)	15%(7)	24%(11)	30%(14)	24%(11)				
	3 Poco Satisfechos	3%(2)	8%(5)	48%(30)	16%(10)	24%(15)				
	4 Nada Satisfecho	3%(1)	19%(7)	22%(8)	28%(10)	28%(10)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Afectos Positivos										
	1 Altos Afectos	2%(1)	23%(15)	42%(27)	9%(6)	23%(15)	18.705	12	.096	
	2 Medio Altos	9%(4)	12%(5)	37%(16)	26%(11)	16%(7)				
	3 Pocos	7%(4)	11%(6)	26%(15)	32%(18)	25%(14)				
	4 Malos	6%(2)	11%(4)	31%(11)	28%(10)	25%(9)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Abuso de Sustancias										
	1 Sin abuso sust.	5%(4)	18%(15)	39%(33)	14%(12)	24%(20)	28.367	12	.005	
	2 Leve	8%(6)	15%(12)	41%(32)	23%(18)	14%(11)				
	3 Alerta	0%	13%(3)	17%(4)	35%(8)	35%(8)				
	4 Alta	7%(1)	0%	0%	50%(7)	43%(6)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Afectos Negativos										
	1 Sin Afectos Neg	8%(3)	23%(9)	48%(19)	10%(4)	13%(5)	20.796	12	.053	
	2 Medio Altos	2%(1)	6%(4)	38%(24)	32%(20)	22%(14)				
	3 Pocos	6%(4)	20%(13)	27%(18)	20%(13)	27%(18)				
	4 Malos	10%(3)	13%(4)	26%(8)	26%(8)	26%(8)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				
Disfunción Social										
	1 Sin Disfuncion	7%(4)	19%(11)	49%(29)	14%(8)	12%(7)	19.121	12	.086	
	2 Leve	4%(2)	15%(8)	35%(19)	25%(14)	22%(12)				
	3 Alerta	6%(3)	14%(7)	27%(14)	29%(15)	24%(12)				
	4 Alta	6%(2)	11%(4)	20%(7)	23%(8)	40%(14)				
	Total	6%(11)	15%(30)	35%(69)	23%(45)	23%(45)				

En la tabla 13, se observa que el 45% reportan alta en la variable Trastorno de sueño y trabajan en una empresa privada en comparación con empresa privada

(30%). También hay diferencia entre los grupos con las variables síntomas somáticos y disfunción social, siendo estadísticamente significativo ($p=.005$)

Tabla 13. Porcentaje de la población de las variables que se miden a través del instrumento en función de tipo de empresa (pública, privada, otra).

Tabla cruzada y Chi-cuadrado de Tipo de empresa y dimensiones del instrumento						
Dimensión y grupo	Tipo de Empresa			Chi-cuadrado	Gl	Sig.
	Pública	Privada	Otro			
Depresión						
1 Sin depresión	62%(88)	23%(32)	15%(22)	7.95	6	.242
2 Leve	60%(6)	40%(4)	0%			
3 Alerta	54%(20)	38%(14)	8%(3)			
4 Alta	45%(5)	27%(3)	27%(3)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Ansiedad						
1 Sin Ansiedad	63%(34)	22%(12)	15%(8)	5.627	6	.466
2 Leve	58%(45)	26%(20)	17%(13)			
3 Alerta	65%(28)	23%(10)	12%(5)			
4 Alta	48%(12)	44%(11)	8%(2)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Trastorno de Sueño						
1 Sin Trastorno	63%(50)	15%(12)	23%(18)	15.144	6	.019
2 Leve	58%(33)	35%(20)	7%(4)			
3 Alerta	59%(26)	30%(13)	11%(5)			
4 Alta	53%(10)	42%(8)	5%(1)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Síntomas Somáticos						
1 Sin síntomas	61%(46)	29%(22)	11%(8)	14.42	6	.025
2 Leve	65%(40)	13%(8)	23%(14)			
3 Alerta	55%(30)	35%(19)	11%(6)			
4 Alta	43%(3)	57%(4)	0%			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Satisfacción con la vida						
1 Alta satisfacción	77%(43)	13%(7)	11%(6)	11.483	6	.075
2 Satisfechos	54%(25)	30%(14)	15%(7)			
3 Poco Satisfechos	55%(34)	29%(18)	16%(10)			
4 Nada Satisfecho	47%(17)	39%(14)	14%(5)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Afectos Positivos						
1 Altos Afectos	70%(45)	17%(11)	13%(8)	8.122	6	.229
2 Medio Altos	58%(25)	28%(12)	14%(6)			
3 Pocos	47%(27)	33%(19)	19%(11)			
4 Malos	61%(22)	31%(11)	8%(3)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Abuso de Sustancias						
1 Sin abuso sust.	57%(48)	25%(21)	18%(15)	11.453	6	.075
2 Leve	67%(53)	24%(19)	9%(7)			
3 Alerta	57%(13)	22%(5)	22%(5)			
4 Alta	36%(5)	57%(8)	7%(1)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Afectos Negativos						
1 Sin Afectos Neg	73%(29)	23%(9)	5%(2)	9.127	6	.167
2 Medio Altos	59%(37)	27%(17)	14%(9)			
3 Pocos	56%(37)	23%(15)	21%(14)			
4 Malos	52%(16)	39%(12)	10%(3)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			
Disfunción Social						
1 Sin Disfuncion	76%(45)	15%(9)	8%(5)	14.885	6	.021
2 Leve	56%(31)	31%(17)	13%(7)			
3 Alerta	59%(30)	25%(13)	16%(8)			
4 Alta	37%(13)	40%(14)	23%(8)			
Total	60%(119)	27%(53)	14%(28)			

5. Conclusión

El total de participantes, en esta fase del estudio fueron 200, de los cuales el 46.5% fueron hombres y el 53.5% mujeres, con una media de edad de 35.13 años en un rango de 16 – 72 años. El 46.5 % manifestó ser soltero y el 53.5% casado. EL 1.5% de los participantes sólo contaba con estudios de primaria, el 10.5% con estudios de secundaria, el 24% con bachillerato, el 54% con licenciatura o universidad terminada, el 7% con algún posgrado terminado y el 3% no proporcionó información.

Respecto a la situación laboral, el 62% de los encuestados manifestó trabajar en alguna empresa pública, el 29% en empresa privada y el 9% no contestaron. En relación al tipo de trabajo, el 5.5% manifestó se trata de un trabajo directivo o gerencial, el 15% mencionaron ser encargados, supervisores o jefes de área, el 34.5% trabajadores administrativos, el 22.5% empleados operativos y un porcentaje similar trabajar por cuenta propia.

Resultó una correlación significativa ($p < 0.5$) en la variable edad con la dimensión satisfacción con la vida. Entre la variable sexo y las dimensiones depresión, ansiedad, trastorno de sueño, síntomas somáticos, afectos positivos abusos de sustancia. En la variable situación laboral solo en la dimensión afectos negativos. En la variable nivel de puesto, significativo con abuso de sustancias y disfunción social y en la variable tipo de empresa, significativo con la dimensión de satisfacción con la vida y disfunción social.

Al aplicar la técnica mencionada para obtener los puntos de corte (aprendizaje automático), el resultado del análisis realizado con las pruebas Chi-cuadrado, entre el cruce de las variables estructurales y las nueve dimensiones, tenemos que hay diferencias significativas entre las diferentes edades y trastorno de sueño. Entre hombres y mujeres hay diferencias significativas en las dimensiones de trastornos de sueño, satisfacción con la vida, afectos positivos, abuso de sustancias y afectos negativos. El nivel de significancia entre situación laboral y la disfunción social es $p = 0.022$ y ya que el 85% de los participantes cuenta con trabajo, de este, el 33% está sin disfunción, y el 16% tiene disfunción social alta. Con respecto al nivel de puesto, hay diferencias significativas en las dimensiones

de abuso de sustancias y afectos negativos. Entre el tipo de empresa y las dimensiones trastorno de sueño, síntomas somáticos y disfunción social.

Así, el grupo 1 de edad entre 20 y 27 años presento mayor puntuación por lo que implica menos satisfacción con la vida: Al aplicar la prueba Chi-cuadrada, el nivel de significancia no es menor a 0.05, por lo que no existen diferencias en las proporciones de las edades con respecto a la satisfacción con la vida.

Entre hombres y mujeres hay correlación negativa con Depresión, Ansiedad, Trastorno Sueño, Síntomas Somáticos, Afectos Positivos y Abuso Sustancias: Los hombres presentaron mayor puntuación promedio en todas estas dimensiones.

Con respecto a la situación Laboral con Afectos Negativos: Los grupos Baja por enfermedad y Jubilados tienen un promedio de 3 (respuesta) por lo que cuentan con riesgo por afectos negativos

En el Tipo Empresa con Satisfacción con la vida: El grupo que trabaja en empresa privada presento mayor puntuación en esta dimensión. Y en Tipo Empresa con Disfunción Social: El grupo que trabaja por su cuenta tiene mayor puntuación en esta dimensión.

Luego de la revisión de los diferentes modelos teóricos antes expuestos, así como aquellos documentos de organismos nacionales e internacionales que se consideraron de importancia, se dio origen al Modelo de Bienestar como indicador de Salud Mental que intenta ser mayormente integrador de los contextos sociales, laborales en los que las personas pasan la mayor parte de su tiempo.

Inicialmente se desarrolló un modelo, basado en las aportaciones y áreas de oportunidad de los modelos sobre Salud Mental y Bienestar revisados anteriormente. El modelo evaluado, consta de 9 dimensiones divididas en dos factores, el primero de ellos refiere a las condiciones psicosociales relacionadas al bienestar y se compone de cinco dimensiones y el segundo factor está asociado a los aspectos de bienestar relacionados a la salud percibida y se compone de cuatro dimensiones.

En el primer factor encontramos las dimensiones de:

* *Satisfacción con la Vida*, que refiere a una evaluación positiva, de componentes afectivos y cognitivos, en relación a la estima propia y logro de metas.

* *Afectos Positivos*, referente al conjunto de sentimientos que se representan con alta energía, satisfacción y actitud optimista en las relaciones sociales y su propia vida.

* *Afectos Negativos*, es un estado emocional que puede caracterizarse en un conjunto de sentimientos como ira, culpa o temor en cuanto a la forma de querer generar y mantener relaciones sociales, así como a la percepción de su propia vida.

* *Disfunción Social*, es la percepción de desajuste, ineficacia de las personas ante sus propias metas, y papel que juega ante el resto del mundo.

* *Abuso de Sustancias*, son aquellas conductas de consumo y dependencia de una sustancia, que puede ser de las considerada "legal" o no pero que puede tener un efecto negativo en la salud. Generalmente, se inicia este tipo de conductas como una forma de afrontamiento no saludable - no efectiva - ante situaciones de tensión.

En el segundo factor, encontramos las dimensiones:

* *Depresión*, "situación permanente caracterizada por sentimientos de infelicidad o incapacidad para disfrutar del quehacer diario y los acontecimientos"

* *Ansiedad*, "conjunto de respuestas subjetivas y cognitivas que se presentan en la persona como sentimiento no definido"

* *Trastornos de sueño* "son aquellas situaciones que se presentan de manera crónica o muy frecuente en la cual la persona no logra tener un sueño reparador y restaurador"

* *Síntomas somáticos* "son aquellas expresiones de malestar físico que tiene un origen emocional"

Por tanto, debe estar claro que, a diferencia de otras herramientas de evaluación, el bienestar es considerado pensando y operacionalizado en este estudio, como algo integral y desde una perspectiva psicosocial.

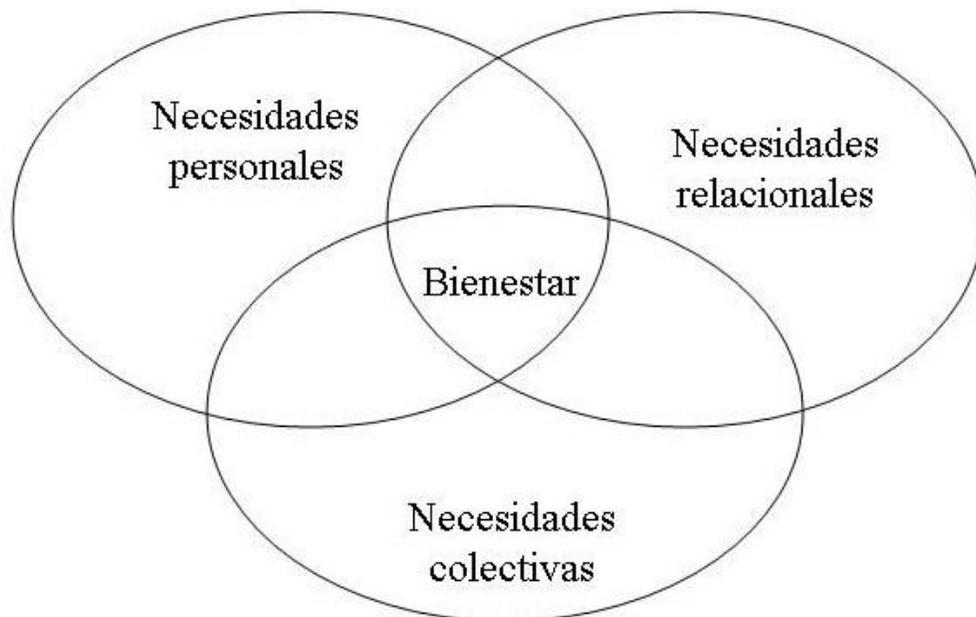
Los resultados obtenidos de la aplicación de este instrumento a la muestra de 200 trabajadores, mostraron que la realización de una clasificación con los puntos de corte acorde a la muestra, permite detectar los niveles de riesgo segmentados en cuatro categorías, tabla 5, siendo el grupo o cluster 1 el de menor riesgo, hasta el grupo 4 que es el grupo con mayor riesgo. Cabe notar que la técnica para obtener las tablas de baremos utilizada, proporciona puntos de corte acorde a la población evaluada. De la tabla 6 se observa que solo un 18% está en el grupo 4, es decir, con mayor riesgo en las dimensiones satisfacción con la vida y afectos negativos, lo que indica que menos del 20% podría ser considerado el grupo vulnerable. Mediante el análisis estadístico, se identificaron los factores de mayor riesgo, siendo las dimensiones de trastorno de sueño, satisfacción con la vida, afectos positivos, abuso de sustancias y afectos negativos, las que presentan en los hombres un mayor riesgo con respecto a las mujeres de esta muestra.

Dentro de la generación de programas de prevención, el modelo que Prilleltensky plantea sobre el Bienestar hace una presentación muy completa respecto al tema dialéctico del bienestar. El bienestar depende del reparto equitativo de los recursos en una sociedad", esto sin duda complica la posibilidad de alcanzar el bienestar en nuestro contexto, donde esto se vuelve inasequible. Al plantear tres tipos de necesidades (personales, relacionales y colectivas) se tiene un panorama integral de la existencia,

más allá del individualismo, las necesidades personales tienen que ver con el estado psicológico y con las relaciones interpersonales, al encontrarse en esta categoría aspectos como el control y la esperanza, nos deja entrever que estas necesidades no solo están relacionadas con el estado emocional, sino con las capacidades mismas que se perciben (autodeterminación) y la perspectiva de futuro que se tiene. (Montero, 2004).

En cuanto a las necesidades relacionales, podemos encontrar aspectos que son aún más complejos que una simple interacción, por ejemplo, la compasión, que alude a un sentimiento diferente a la empatía, la compasión está vinculada con la acción y la evidente praxis y no sólo se queda en el nivel de emoción. Otro término citado en cuestión de las necesidades relacionales es el apoyo social, que tiene que ver con el proceso que se emprende para ayudar a otro en la búsqueda de una meta y por lo tanto también implica el actuar.

Fig. Sinergia y balance entre necesidades personales, relacionales y colectivas en el bienestar



Esto explica que una abundancia de bienestar personal (por ejemplo, autoestima, dominio, control, esperanza) no puede reemplazar la falta de bienestar relacional (por ejemplo, sentido de comunidad, cuidado y compasión apoyo social) o colectivo (por ejemplo, acceso a servicios de salud, redes de seguridad, igualdad).

Los tres dominios del bienestar deben estar balanceados en su relativa seguridad y cada uno de ellos debe llenar ciertas necesidades básicas (Lustig, 2001; Macklin, 1993; Nelson, Lord y Ochocka, 2001).

Esta teoría del bienestar concibe el desarrollo humano en términos de propiedades mutuamente reforzadoras de las cualidades personales, relacionales y sociales. “Necesidades personales tales como salud, autodeterminación y oportunidades de crecimiento están íntimamente ligadas a la satisfacción de necesidades colectivas tales como la adecuada atención en salud, el acceso al agua potable, la justa y equitativa distribución de cargas y recursos y la igualdad económica (Carr y Sloan, 2003; Keating y Hertzman, 1999; Kim, Millen, Irwin, Gersham, 2000; Macklin, 1993; Marmot y Wilkinson; 1999; Wilkinson, 1996)”.

Los individuos alcanzan el bienestar cuando los tres conjuntos de necesidades primarias son atendidos: personales, relacionales y colectivas.

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción del bienestar emocional y deriva de la interacción entre múltiples factores - personales, familiares, relacionales, sociales, políticos, económicos, culturales, científicos y colectivos, que trabajan en sinergia y que influyen de una manera determinante en el proceso de salud de un individuo. Estos de acuerdo al modelo no son aislados ni independientes.

Es necesario para la salud y el bienestar que cada dominio deba obtener un nivel mínimo de satisfacción, desarrollando la capacidad de controlar la interacción entre estos factores buscando un equilibrio. De aquí, que la salud y el bienestar se derivan como un fenómeno social que solo puede ser explicado considerándose como una estructura altamente compleja.

Es por esto la importancia de realizar investigaciones en contextos organizacionales, ya que las dinámicas actuales están siendo afectadas tanto por fenómenos tecnológicos como las redes sociales, como por la inseguridad contractual y social. Además, el porcentaje de adultos mayores inscritos en la fuerza laboral se incrementa considerablemente por lo que realizar una intervención en ese contexto, permitirá la toma de conciencia para afrontar esa etapa con autonomía y bienestar, se incluye en el anexo, un ejemplo de un programa de intervención.

El concepto de salud también tiene que ver con el momento histórico, pues dependiendo de la visión de la sociedad en ese momento se generan modelos particulares que son diferentes a otros vividos en otras épocas, por las condiciones, costumbres, relaciones, necesidades, creencias, ideas, valores etc. Por lo que se entiende por salud y bienestar que es una construcción social, que tiene que ver tanto con las necesidades del individuo en lo interno como externo y su entorno y que interactúan dialécticamente en su condición de estar y permanecer sano. Dejar de prestar atención a cualquier esfera de estas necesidades, haría desaparecer todo el bienestar, de manera que, en la intersección de estas, se encuentra el bienestar.

Referencias Bibliográficas:

- Acosta M., Pando M., Aranda C y Aderete M. (2005). "Acoso Moral en el Trabajo en Empleados del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara." *Investigación en Salud*, 7:(1) 16-23.
- American Nurses Association. ANA (1980). *Nursing: A social policy statement*. Kansas.
- American Nurses Association. ANA (2004). *Nursing: A social policy statement*. Kansas.
- Andrews, F. y Withey, S. (1976). *Social Indicators of Well-Being: Americas' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum.
- Arita W., (1998). "La Tarea laboral y el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería." *Psicología y Salud*, 1998, 11, 13-22.
- Arita W., Arauz C., (2011). *Modelo para la Investigación del Proceso del Síndrome del Burnout*. *Psicología y Salud*. pp. 11, 75-80.
- Arogante-Maroto O. (S/A) *Estudio Del Bienestar En Personal Sanitario: Relaciones con Resiliencia, Apoyo Social, Estrés Laboral y Afrontamiento*, Tesis, Óscar Arogante Maroto pp 28-30
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de Vida. Bienestar subjetivo, una mirada Psicosocial*. Santiago: editorial Universidad Diego Portales
- Beleño Navarro, R., Crissien Borrero, J., Silvera Hernández, L. &Ucrós Campos, M. (2014). *Bienestar laboral de los docentes y administrativos de la universidad de la costa c.u.c. en el 2013 (Master'sthesis, Universidad de la Costa, Barranquilla)*. Retrieved from <http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/195/bienestar%20docentes%20y%20administrativos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beleño-Navarro, R., Crissien J., Silvera , L. Ucrós . M. (2014). *Bienestar laboral de los docentes y administrativos de la universidad de la costa c.u.c. en el 2013 (Master'sthesis, Universidad de la Costa, Barranquilla)*. Retrieved from <http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/195/bienestar%20docentes%20y%20administrativos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Benavides, F., Gimeno, D., Benach.J., Martinez, J. M., Jarque, S., & Berra, A. (2002). *Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas*. *Gaceta Sanitaria*, 16, 222-229.
- Bernardi, R. Ceretti, T. (2007). *Protocolo de factores psicosociales*. Universidad de Montevideo, Uruguay
- Bilbao Ramírez, M. (2008). *Creencias Sociales y Bienestar: valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.

- Blanch, J. M., Sahagún, M., Cantera, L., & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de bienestar laboral
- Blanch, J. M., Sahagún, M., Cantera, L., & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(2), 157 - 170. Retrieved from DOI: 10.5093/tr2010v26n2a7
- Blanco, A., Díaz, D., (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Bucci N, Luna M. (2012). Contrastación entre los modelos de estudio del estrés como soporte para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista digital de investigación y postgrado de la Universidad Nacional Experimental Politécnica.* —Antonio José de Sucrell, vicerrectorado Barquisimeto. 2012 abril, 2(1): 21-38. <http://redip.bqto.unexpo.edu.ve>.
- Buunk, B. P., de Jonge, J., Ybema, J. F., de Wolff, CH. J. (1998). Psychosocial aspects of Occupational Stress. In J.D.Drenth, H. Thierry, & CH. J. de Wolff (Eds.), *Work Psychology*. East Sussex: Psychology Press.
- Carayon, P., Haims, M. C., Yang, C. L. (2001). Psychosocial work factors and work organization. In W.Karwowski (Ed.), *The International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (pp. 111-121). London: Taylor y Francis.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptación social. *Psicothema*, 13(118-126).
- Castro-Sariñana, M. Llanes-Briceño, J. (2009). Prevención de la vulnerabilidad psicosocial, acción ciudadana. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. (Inepar, A.C.)
- Castro-Solano, A., (2010). La Psicología Positiva en América Latina. Desarrollos y Perspectiva. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol. 4, núm. 2, 2012, pp. 108-118 Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica Buenos Aires, Argentina
- Casullo, M (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cooper C, Cartwright S. (S/A). Estrategias generales de prevención y control. En: Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ y Levi L. *La enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. p. 34.75.
- Córdoba E., (S/A). Factores psicosociales y su influencia en el bienestar laboral. pp2
- Coutrot, T. (2013). "Riesgos psicosociales y precariedad laboral: el caso francés", Seminario organizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP, el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y el CEIL del CONICET, Septiembre.

- Cox, T. & Griffiths, A. J. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J.Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), Handbook of Work and Health Psychology. (pp. 127-146). Chichester: Wiley and Sons.
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work.
- Cruz-Rojo, C. (2013). Dialéctica y salud: reflexionando sobre las causas y actuaciones ante los problemas de salud. En lucha, anticapitalismo y revolución. España.
- Danna K., Griffin RW., (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. Journal of Management. 1999;25(3):357-384.
- Daza-Felix M., Pérez-Bilbao J. (S/A) Factores psicosociales: metodología de evaluación, CENTRO NACIONAL DE CONDICIONES DE TRABAJO (pp.1-2)
- Delgado-Padial A. Los riesgos psicosociales en el trabajo. Director de la Cátedra SABIO-Salud y Bienestar Organizacional Universidad de Granada España LAMINAS 14-18
- DIARIO OFICIAL martes 27 de octubre de (2015). SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-STPS-2015, Condiciones de seguridad para el acceso y desarrollo de actividades de trabajadores con discapacidad en los centros de trabajo. pp 1-15 <http://prevencionar.com.mx/2016/10/26/ultima-hora-se-publica-proyecto-nom-035-stps-2016/>
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención Psicosocial, 2, 67-113.
- Diener, E. y Suh, E. (2000) (Editores) Culture and Subjective Well-being. Cambridge:
- Echevarría E., Ortega R., Percepción del Bienestar Laboral de los Empleados: Estudio Comparativo según su Género. Universidad del Este, Puerto Rico.
- El paquete de formación de SOLVE (2010): Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. http://www.wilo.org/safework/info/ins.tr/WCMS_203117/lang--es/index.htm
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.
- Estrada Rodríguez, Y., & Ramírez Reyes, M. (2010). El bienestar laboral y su incidencia en la gestión exitosa de las empresas en el turismo. TURyDES, 3(8).
- Estrada Y., Ramírez M. (2010). El bienestar laboral y su incidencia en la gestión exitosa de las empresas en el turismo. TURyDES, 3(8). Retrieved from <http://www.eumed.net/rev/curydes/08/errr.htm>
- Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio, (2007). Vol. IX • Número 1 • abril Índice de Revistas Médicas Latinoamericanas Arturo Juárez García pp 2

- García M.A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el Bienestar subjetivo: un análisis conceptual. EF y Deportes. Revista Digital, nº 48, 4 Disponible en www.efdeportes.com Liberalesso A.
- Garrosa E. (2011). Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Giménez-Hernández M. La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico. pp 11-12
- Gollac, M. (2013) “Los riesgos psicosociales en el trabajo”, Seminario internacional. UNLP, CEIL, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires
- Gómez Correa, M. P. (2015). Las prácticas de recursos humanos y su incidencia en el bienestar laboral de los empleados (Master'sthesis, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia). Retrieved from <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11543/1019053215-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez-Correa M., (2015). Las prácticas de recursos humanos y su incidencia en el bienestar laboral de los empleados (Master'sthesis, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia). Retrieved from <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11543/1019053215-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gutiérrez M R. Diagnosis of Organizational Stress and mental Health in a “Sándwich” Population: Middle Level Managers and Supervisors. Referencia Proporcionada por el autor.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R (2004). Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Hickson, J., Housley, W., Boyle, C. (1988). The relationship of Locus of Control, Age and Sex to Life Satisfaction and Death Anxiety in Older Persons. International Journal of Aging and Human Development, 26 (3), 191-199.
- Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Retos políticos 2: salud mental. En: Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa. Bruselas, ECSC-EC-EAEC: 29-41
- Houdmont, J. &Leka, S. (2010). Contemporary Occupational Health Psychology. Oxford: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/3.pdf Pagina 48-50 tesis PG
- <http://prevencionar.com.mx/2016/03/29/conoce-pronabet-la-herramienta-la-stps-prevenir-factores-riesgo-psicosocial/>

- <http://www.eumed.net/rev/turydes/08/errr.htm>
- <http://www.observatoriorh.com/orh-posts/los-programas-bienestar-laboral-marco-buen-clima-laboral-propician-mejor-desempeno.html>
- <http://www.scielo.org.co/pdf/cuadm/v29n49/v29n49a07.pdf>
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698185.pdf>
- <https://www.expoknews.com/7-empresas-con-increibles-programas-de-bienestar/>
- https://www.researchgate.net/publication/28171848_NANDA_North_American_Nursing_Diagnosis_Association_Desde_su_nacimiento_hasta_nuestros_dias
- III Foro ISTAS de Salud Laboral La gestión de la salud y seguridad en el trabajo, Fernando Rodrigo, pp5-6 <http://www.istas.ccoo.es/descargas/IIIforo.pdf>
- Ingram, RE, y Price, J. (2001). (Eds.). Vulnerabilidad a la psicopatología: riesgo a lo largo de la vida . Nueva York: Guilford Press.
- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales: Factores de riesgo psicosocial <http://www.osalan.euskadi.eus/informacion/psikopreben-factores-de-riesgo-psicosocial/s94-contpsik/es/>
- Javaloy, F.(2007). Bienestar y felicidad de la juventud española. Madrid: INJUVE.
- Johnson J., Hall E. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population Am J Public Health, 1988; 78: 1336-1342
- Juárez-García A. y Ramírez J.A.Comps(2005). Estrés psicosocial en el Trabajo: Dónde y Quiénes Estamos en México. México, FES Iztacala, UNAM, 2005.
- Karasek R, Theorell T. (1990). Healthy Work: Stress, Productivity, and the reconstruction of Working Life. USA, Basic Books.
- Karasek, R. y T. Theorell. (1990). Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of the working life. Nueva York: Ed. Basic Books.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. Social Psychology Quarterly, 61, 121-140.
- Keyes, C., Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. En O. G. Brim, C. D. Ryff& R. C. Kessler (Eds.), How Healthy Are We?: A National Study of Well-Being at Midlife (pp. 350-372). University of Chicago Press.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 1007-1022.
- Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 1.007-1.022.

- La Salud Mental en México. DPS-ISS 03 05 Dr. Juan Martín Sandoval de Escurdia. Investigador Parlamentario en Política Social, Lic. María Paz Richard Muñoz Asistente de Investigador Servicio de Investigación y Análisis, División Política Social, Cámara de Diputados
- Lázarus R. y Folkman, S. 1986. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España.
- Lloret, S. y V. González-Romá (1994): «Salud, salud mental y bienestar psicológico» en GONZÁLEZ-ROMÁ, V. (ed.) (1994): La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental,. Monografías de la UIPOT, Universitat de Valencia
- Lotito, F. (2016). Sindicatos Impacto en la salud laboral. Universidad Autónoma de Chile – www.aurigaservicios.cl
- Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales pp5-8
- Manual Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales. Guía para el proceso de evaluación e intervención en RPSL en un lugar de trabajo, Gob. Chile Pagina 16 tesis PG
- Martín Daza, F., Pérez Bilbao, J. (1997). Factores psicosociales: metodología de evaluación. INSHT España.
- Martínez-Pérez M. Alba-Pérez L., Sanabria Ramos, L. (2010). Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010; 26(1)147-159
- Memorias del 1er foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Fac. Psicología, UAEMor, Cuernavaca, Morelos, México. Octubre 2006.
- Merriam-Webster (Ed.) (2005). The Merriam-Webster Dictionary (11ª ed.). Springfield, MA: MerriamWebster.
- Ministerio de la Protección social. (2010). Batería de Instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Bogotá D.C., Julio de 2010.
- Mireles A., Pando M., Aranda C., (2002). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil de Guadalajara México. Inv. Salud, 2002. 4(2):104-110. 17.
- Montero M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*, Argentina: Paidós.
- Moreno-Jiménez, B., Báez-León, C. (2000). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Tesis UAM, Universidad Autónoma de Madrid.
- Neffa, J. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio - 1a ed. ISBN 978-987-21579-9-9

- O'Neill, R.(2002). Seguridad y salud en el trabajo: una prioridad sindical Educación Obrera 2002/1 Número 126
- OIT (1986). Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT Pagina
- OIT. Guía del formador SOLVE Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Organización Internacional del Trabajo 2012
- OIT-OMS (1984). Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: Editorial OIT, Compendio de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo. 1984.
- OMS 2004. Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones Efectivas Y Opciones De Políticas pp 16-17
- OMS 2010. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS
- Páez, D., Bilbao, M., Javaloy, F. 2008. Del trauma a la felicidad. En M. Casullo (2008) Prácticas en Psicología Positiva (pp. 159-202). Buenos aires: Lugar Editorial.
- Páez, D; Morales, F & Fernández, I. (2007). Las creencias básicas sobre el mundo social y el yo. En JF.Morales; M.Moya; E.Gaviría y I.Cuadrado (Coords). Psicología Social (pp. 195-211). Tercera Edición. Madrid: Mc Graw Hill.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. 2014. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología, 72(Extra_1), 45-70. doi:10.3989/ris.2013.02.16
- Palomino P; Grande M; Linares M; La Salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI Universidad de Jaén. España
- Parra-Osorio, L. Muñoz Paz, I., Legarda Pardes, L. 2016. Estado del arte sobre criterios y modelos de prevención de riesgo psicosocial laboral en manuales, protocolos, guías y artículos científicos, publicados en el período 2004 AL 2016 pp 33 38
- PARSONS, Talcott. "Revisión de un enfoque analítico de la teoría de la estratificación social" en BENDIX, Reinhard y LIPSET, Seymour. "Class, Status and Power". The Free Press. Glencoe. 1953. Traducido por J.A. Napolitano para el Servicio de Documentación de Sociología de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, para uso exclusivo de los alumnos y circulación interna. Ficha N° 497
- Peiró, J. M. (1993). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema.
- Percepción del bienestar laboral de los empleados: estudio comparativo según su género Kyria E. Echevarría Alicea, Universidad del Este Rosaliz Santiago Ortega, Universidad del Este, Puerto Rico pp 2,
- PRONABET 2017. Rubi Salazar. Boletín No.980 Ciudad de México, a 24 de agosto de 2017. <https://www.gob.mx/stps/prensa/aplica-stps-guia-de-oit-para-prevenir-estres-laboral-y-adicciones?idiom=es>

- Restrepo Escobar, F.E. & López Velásquez, A.M. (2013), Percepciones del entorno laboral de los profesionales universitarios en un contexto de reorganización flexible del trabajo. Cuadernos de Administración, 29(49), 55-63. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuadm/v29n49/v29n49a07.pdf>
- Rick, J. & Briner, R. B. (2000). Psychosocial Risk Assessment: Problems and Prospects. Occupational Medicine, 50, 310-314.
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., & Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. I. En S. Leka & T. Cox (Eds.), The European Framework for psychosocial Risk management:
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, vol. 147, pp. 598-611.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. In S. Fiske (Ed.),
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 719-727.
- Salazar, R. (2017). Boletín No.980. Ciudad de México, de fecha 24 de agosto de 2017.
- Sandoval de Escurdia, J. Richard Muñoz, M. (2005). La Salud Mental en México. DGS-SIID-SIA La Salud Mental en México División de Política Social Seguridad y salud en el trabajo: una prioridad sindical Educación Obrera 2002/1 Número 126
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., Seidel, D., (1990). Low status control, high effort at work and heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. Social Science and Medicine 31, 1129±1136
- SOLVE (2015) <http://www.herramientasoit.org/solve/>
http://www.ilo.org/safework/info/instr/WCMS_203117/lang--es/index.htm
- The President's Commission on the Health Needs of the Nation. The Journal of the American Dental Association Volume 46, Issue 5, May 1953, Pages 547-575
- Tomás-Miguel, J., Meléndez-Moral, J. C., Navarro-Pardo, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. Psicothema, 20 (2), 304-310.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). El estudio científico del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Veenhoven, R. (1991). "Is Happiness Relative?". Social Indicators Research, 24: 1- 34.

- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Velasquez T., 2008. Brigadas psicológicas una experiencia en el camino hacia la reconstrucción. 1era. Edición, Lima, Departamento de Psicología Pontificia Universidad Católica del Sur, Lima, Perú.
- Vélez-Laguado, P., Mayorga-Ayala, L. (2013). Relación de los factores de riesgo psicosociales y el síndrome de burnout en docentes de planta de la Universidad Francisco de Paula Santander en el periodo del 2011-2012. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(2), 85 - 95. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4698185.pdf>
- Warr, P. (1987): *Work, Unemployment and Mental Health*, Oxford, Clarendon Press — (1996): «Employee Wellbeing» en WARR P.B. (ed): *Psychology at work* (4ªed.), Harmondsworth, Penguin, 224-253.
- Warren, N. (2010). Psychosocial and work organizational risk factors for work related musculo esqueletal disorders. En W. Karwowski (Ed.), *International Encyclopedia of Ergonomics and Human factors* (pp. 1299-1302). Oxford: CRC Press.
- Yañez, S., Cárdenas, M., (2010). Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. Universidad Católica del Norte, Chile.
- Zubieta E., Fernández O., Sosa F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, No. 106, noviembre 2012 pp 7-8
- Zubieta, E., Delfino, G., (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, Vol. 17, 277-283. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Zubieta, E., Muratori M., Fernández, O., (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género, , Universidad de Buenos Aires, Argentina *SALUD & SOCIEDAD* | V. 3 | No. 1 | pp. 066 – 076 | ENERO - ABRIL | 2012 | ISSN 0718-7475 |
- Zubieta, E; Beramendi, M; Sosa, F y Torres, A. (2010). Sexismo ambivalente, estereotipos y valores en el ámbito militar. *Revista de Psicología*, Vol. 29 (1), 101-130. Pontificia Universidad Católica de Perú. Perú.

ANEXOS Instrumento

INFORMACIÓN SOBRE EL CUESTIONARIO:

Muchas gracias por el tiempo que va a dedicar a responder a este cuestionario, le recordamos que es confidencial y la falta de llenado en alguna pregunta lo invalida totalmente, por lo que agradecemos su cooperación y sinceridad en TODAS las preguntas.

Folio No.

D1. Edad	Años	
D2. Sexo	Hombre	<input type="checkbox"/> 01
	Mujer	<input type="checkbox"/> 02
D3. Estado Civil	Soltero(a)	<input type="checkbox"/> 01
	Casado (a)	<input type="checkbox"/> 02
	Unión Libre	<input type="checkbox"/> 03
	Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> 04
	Viudo (a)	<input type="checkbox"/> 05
D4. Número de Hijos:	¿Cuántos hijos viven con usted?	
D5. ¿Cuál es su actual situación laboral?	Con trabajo	<input type="checkbox"/> 01
	Sin trabajo (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/> 02
	Sin trabajo (hace más de 6 meses)	<input type="checkbox"/> 03
	Baja por enfermedad (menos de 6 meses)	<input type="checkbox"/> 04
	Jubilado	<input type="checkbox"/> 05
	otra situación (Indíquese):	
D6. ¿Cuál es su actual profesión u ocupación?	Indíquese por favor: _____	
D7. ¿Qué tipo de trabajo desempeña?	Cargo directivo o gerencial	<input type="checkbox"/> 01
	Encargado, supervisor o jefe de área -CT-	<input type="checkbox"/> 02
	Administrativo (trabajo no manual) -IC-	<input type="checkbox"/> 03
	Empleado operativo (trabajo manual)	<input type="checkbox"/> 04
	Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> 05
D8. ¿Dónde trabaja?	Empresa pública	<input type="checkbox"/> 01
	Empresa privada	<input type="checkbox"/> 02
	Otro, Indíquese: _____	
D9. Tipo de Contrato		
D10. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en esta organización?	_____ años - _____ meses	
D11. ¿Cuánto tiempo ha trabajado en su actual puesto?	_____ años - _____ meses	
D12. ¿Desempeña otros trabajos además de su trabajo principal?	SI	<input type="checkbox"/> 01
	No	<input type="checkbox"/> 02
D13. ¿Cuántas horas remuneradas trabaja por semana?	_____ horas	
D14. ¿Está realizando trabajo por turnos?	SI, pero sin turno de noche	<input type="checkbox"/> 01
	SI, con turno de noche	<input type="checkbox"/> 02
	No	<input type="checkbox"/> 03
D15. ¿Escolaridad?	1. Primaria Inconclusa	<input type="checkbox"/> 01
	2. Primaria Terminada	<input type="checkbox"/> 02
	3. Secundaria terminada	<input type="checkbox"/> 03
	4. Bachillerato terminado	<input type="checkbox"/> 04
	5. Licenciatura/Universidad terminado	<input type="checkbox"/> 05
	6. Posgrado terminado	<input type="checkbox"/> 06
	7. Otro, Indíquese _____	<input type="checkbox"/> 07

Instrucciones: Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas que son de salud se refieren exclusivamente a las molestias en las últimas semanas.

1. Ha pensado que la vida ha dejado de tener sentido para usted	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
2. He tomado alguna sustancia prohibida para sentirme mejor	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
3. Tiene miedo	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
4. Tengo que hacer cambios importantes para mejorar mi vida	No	Pocas	Algunos	Muchos
5. He consumido anfetaminas	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
6. Siente "coraje" por cómo es su vida en general	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
7. Ha tenido ataques de pánico	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
8. Siento que no sé cómo afrontar mis problemas	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
9. Se ha quedado dormido repentinamente mientras realizaba otra actividad como manejar, trabajar, comer?	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
10. Cree que otros tienen cosas que usted merece	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Si
11. Considera que lo que tiene en su vida es bueno y lo merece	Si	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
12. Piensa que algo malo puede ocurrirle	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
13. Ha pensado en que tiene un buen trabajo y lo merece	Si	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
14. Me siento satisfecho con lo que consigo cada día	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
15. He consumido cocaína	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
16. Siento que contribuyo mucho al lugar donde estoy	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
17. El consumo de cigarrillos ha comenzado a dejarme estragos	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
18. Me siento agradecido por lo que la vida me ha dado	Si	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
19. Tengo problemas para tomar decisiones	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
20. Logra descansar lo necesario para comenzar el nuevo día	Si	Como Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
21. Ha tenido problemas para dormirse cuando se acuesta (conciliar sueño)	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
22. He consumido alguna sustancia psico-activa	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
23. Ha perdido el interés por todo	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
24. Lloro constantemente y por cualquier cosa	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
25. Me siento inútil	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
26. Ha pensado en quitarse la vida	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
27. Ha pensado que si usted muriera a nadie le importaría	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
28. Siente ira por las cosas que hace su entorno	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
29. Cree que su esfuerzo diario es en vano	No	Pocas veces	Frecuentemente	Siempre
30. La gente querida que me rodea es un motivo de felicidad en mi vida	Siempre	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca
31. Considera que su situación económica es	Si	Frecuentemente	Pocas veces	Nunca

buena		ente		
32. Siente culpa por cosas que ha hecho	No	Pocas veces	Frecuentemente	Siempre
33. Cree que todo lo que hace no tiene sentido	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
34. Cree que la gente que le rodea realmente lo quiere	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
35. Últimamente me han dicho que he bebido mucho	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
36. Tomo pastillas para dormir	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
37. Me siento mal, enfermo	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
38. Se enoja	No	Pocas veces	Frecuentemente	Siempre
39. Se siente alegre	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
40. Ha pensado en que si pudiera cambiaría su pasado	Si	Frecuentem ente	Pocas veces	Nunca
41. Siento que no puedo recobrar energías	Rara vez	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
42. Durante la noche se levanta de la cama dormido	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
43. Se siente alegre por cómo es su vida	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
44. Se siente inútil	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
45. Se siente solo	No	Algunas Veces	Frecuentem ente	Siempre
46. Se siente inquieto, incapaz de permanecer sentado o sin moverse durante mucho tiempo	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
47. Cuando algo le preocupa le es difícil concentrarse en algo más	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
48. Me he sentido al 100% de mis capacidades para realizar mis actividades cotidianas	Más que el 100%	Alrededor de 80%	Alrededor de 60%	Menos del 50%
49. Se despierta durante la noche y no puede volver a dormir	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
50. Me siento inseguro para hacer las cosas	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
51. Ha despertado gritando, llorando o con mucho miedo	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
52. Ha despertado sin poder moverse o hablar	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
53. Siento dolor en alguna parte del cuerpo	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
54. Estoy satisfecho con las relaciones que llevo con mis seres queridos	Si	Frecuentem ente	Pocas veces	Nunca
55. Siente que tuvo "mala suerte" por lo que le tocó en su vida	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Si
56. Se siente bien por la vida que tiene	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
57. Cree que es una persona segura de sí misma	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
58. Me siento muy bien y con buena salud	Mejor que Antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
59. Al finalizar del día, se siente satisfecho por lo que realizó	Siempre	Frecuentem ente	Pocas veces	Nunca
60. Ha fumado	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
61. Se siente eficiente en su quehacer diario	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
62. Ha fumado marihuana	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
63. Me siento débil aun para comer	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes

64. Siente ira por su forma de ser o hacer las cosas	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
65. Me siento desesperado (ansioso)	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
66. He bebido alcohol	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
67. Siente que su corazón se acelera constantemente	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
68. Mientras duerme le cuesta trabajo respirar	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
69. Me siento muy satisfecho con mi vida	Si	Frecuentem ente	Pocas veces	Nunca
70. Se siente triste	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
71. Disfruto mucho mis tareas cotidianas	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
72. Me ha dolido la cabeza	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
73. Considera que la calidad de su sueño es buena	Si	Como Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
74. Me siento cansado mentalmente	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
75. Sólo quisiera dormir y estar alejado de todo y de todos	No	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
76. Ha dejado de dormir varios días	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Siempre
77. Se siente nervioso	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
78. Otros creen que su vida no es buena	Si	Frecuentem ente	Pocas veces	Nunca
79. Ha perdido las esperanzas en el futuro	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
80. He sentido mareos	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
81. Tomo tranquilizantes	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes
82. Tengo mucha energía	Más que antes	Igual que Antes	Menos que Antes	Mucho menos que Antes
83. Siento que me cuesta más trabajo hacer las cosas	No	Como Antes	Más que Antes	Mucho más que Antes

EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN AGRADECE DE SOBREMANERA SU PARTICIPACIÓN



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIOS PSICOLÓGICOS (UNISEP)



**Proyecto “RED DE INNOVACION EMPRESARIAL PARA SALUD MENTAL COMO INDICADOR DE RESPONSABILIDAD SOCIAL MEDIANTE SISTEMA EXPERTO”.
No 178161**

Reporte técnico N° 1:
Resultados de la investigación, estudio y generación del marco conceptual de abordaje de Salud Mental.



El trabajo es una actividad humana que ha sido discutida desde hace siglos. Entre los pensadores que se dedicaron a reflexionar sobre el trabajo, se encuentran el filósofo alemán Frederick Engels (1969), quien considera que el trabajo es una de las formas en que el ser humano se diferencia de los animales, ya que la evolución de primates en homínidos presenta la liberación de la mano y la posición erecta, de esta manera se comienzan a fabricar herramientas que sirven para facilitar la caza de animales, lo cual implica las primeras formas de trabajo. Así el trabajo se convierte en un medio para cubrir ciertas necesidades biológicas básicas.

Frank Landy y Jeffrey Conte (2005), consideran que el trabajo es una forma de enriquecer al hombre, no sólo en el sentido monetario, sino también personalmente. El trabajo da la posibilidad de explorar el potencial humano que posee cada persona, además el trabajo es una característica definitoria de la forma en que las personas estiman su valor en la sociedad, en su familia y en sí mismos.

Pero esta actividad no siempre explora el potencial y se presenta como positiva, también existen condiciones o situaciones donde la salud del trabajador se ve debilitada o expuesta a sufrir riesgos que derivan en trastornos o enfermedades.

El trabajo se ha visto vinculado con la enfermedad a lo largo de la historia de la humanidad, comenzando en las cavernas utilizando instrumentos rudimentarios para forjar la piedra (Viesca, 1988).

Entre los esfuerzos médicos que se hicieron en pro de poder identificar las enfermedades y su etiología, se encuentran los escritos de médicos antiguos como los de Ramazzini (1700, como se cita en Viesca 1988) en el cual se escribe:



En casi todas las ciudades hay trabajadores que incurren en serias enfermedades derivadas del humo mortífero de los metales. Entre ellos están los alfareros, cuando ellos necesitan plomo calcinado para vidriar su loza vierten el plomo en vasos de mármol, cuelgan del techo un madero al que atan una piedra cuadrada en su extremo y le dan después vueltas y vueltas (sobre el plomo). Durante este proceso y nuevamente cuando recubren las vasijas con el plomo molido antes de meterlas al horno, sus bocas, narices y todo el cuerpo quedan contaminados con el veneno del plomo que ha sido molido y disuelto en agua. De aquí que ellos sean atacados por terribles enfermedades. Primero sus manos se van paralizando, luego ellos se vuelven paralíticos, esplénicos, letárgicos, caquéticos y pierden los dientes, de modo que rara vez puede uno ver a un alfarero cuya faz no sea cadavérica y del color del plomo (p. 2).

Pero no sólo son físicos los trastornos o enfermedades presentados en los trabajadores. Los trastornos mentales o afectivos tienen un fuerte impacto sobre la vida de los trabajadores, sus familias y la sociedad en general. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo (Ferguson, 2000).

En México, Frenk y colaboradores (1999) encontraron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, y se considera como indicador de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Entre las 10 enfermedades más incapacitantes, 4 de ellas son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.

Salud Mental

Para el diseño de las expresiones que servirían como base del conocimiento para el Sistema Experto, se realizó una revisión exhaustiva de los diferentes modelos teóricos relacionados al Bienestar Psicológico.



A continuación se presentan un resumen de los principales modelos que permitieron el desarrollo de un modelo propio del cual nacen los indicadores para el Sistema Experto.

El modelo Vitamínico de Peter Warr (1987) explica el bienestar psicológico a través de la comparación de la actuación de las vitaminas en el cuerpo, mientras exista aumento de las vitaminas existirá un mejoramiento en el organismo. Warr propone que la salud mental es un constructo multidimensional y complejo, con una serie de determinantes ambientales que influyen sobre la salud, distingue cinco componentes que determinan el nivel de salud mental del sujeto: el bienestar psicológico, la competencia, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado.

De esta manera, se pueden presentar dos posibles resultados: (1) un decremento en la salud (Decremento Adicional), que es lo que ocurre en el caso por ejemplo de las vitaminas A y D [resultados negativos a la salud por la sobreexposición o falta de estas vitaminas] y (2) una estabilidad (no mejora) en la salud (Efecto Constante) que es el caso de las vitaminas C y E, un efecto similar a éste puede ocurrir en relación con las características del trabajo (que actuarían como vitaminas en este caso) y el bienestar psicológico de los empleados. Así, algunas características pertenecerían al grupo de las vitaminas C y E (salario, seguridad y posición social valorada), mientras que el resto lo haría al de las vitaminas A y D (Cifré, Mateu y Salanova, 2000, p. 136).

Según estos autores existirá un momento de equilibrio donde no existirá una mejora en la salud, pero si la exposición a estas vitaminas o factores continua (autonomía, demanda laboral, apoyo social, uso de habilidades, variedad en el trabajo y retroalimentación) podrían tener resultados negativos para la salud de los trabajadores.

El bienestar general del trabajador, ha sido evaluado también por la Escala de Satisfacción con la vida propuesta por Edward Diener (1984), propone un modelo evaluado por la Escala de Satisfacción con la Vida, misma que destaca como su principal aporte el concepto de bienestar psicológico, este compuesto principalmente por tres características: la



subjetividad, la presencia de indicadores positivos y no ausencia de factores negativos, y una valoración global de la vida. La existencia de un alto bienestar dependerá de una apreciación positiva de la vida, la cual perdura en el tiempo; un bajo bienestar estará caracterizado por un desajuste entre expectativas y logros.

Carol Ryff (1989) también hace aportaciones importantes, define al bienestar psicológico como un constructo multidimensional, haciendo hincapié en componentes afectivos y cognoscitivos los cuales deben ser valorados en contextos como la familia o el trabajo. La aceptación y el crecimiento personal, la adaptación e integración a su ambiente social son aspecto también a valorar dentro de este concepto. Las dimensiones que son exploradas en esta escala son: auto-aceptación, crecimiento personal, sentido/propósito en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre el entorno.

El Cuestionario General de Salud (GHQ por sus siglas en inglés) es otra referencia teórica que fue utilizada como parte del sustente teórico. Este cuestionario auto-administrado propuesto por David Goldberg en 1972 busca reconocer aquellos problemas crónicos en los sujetos. Los aspectos valorados son síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

EL GHQ se ha desarrollado para monitorear los cambios recientes que ha experimentado la persona, no para medir el nivel absoluto. Si una persona reporta presentar un síntoma desde ya hace tiempo y este no ha sido modificado durante las últimas semanas, sus respuestas al cuestionario serán "no más de lo habitual".

La revisión bibliográfica también incluyó dos inventarios de síntomas, uno fue el SCL-90 (Symptom Checklist) elaborado por Leonard Derogatis en 1975 y revisado en 1994. Este inventario consta de 90 ítems en el que se busca evaluar el grado de malestar actual de una persona, este malestar es evaluado a través de nueve aspectos (Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el índice de



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIOS PSICOLÓGICOS (UNISEP)



Gravedad Global (Global Severity Index, GSI), el Índice de Malestar Positivo (Positive Symptom Distress, PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (Positive Symptom Total, PST). El segundo inventario revisado fue el Cuestionario de Salud SF-36. Este cuestionario elaborado en los años noventas, valora aspectos de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). La aportación que realiza este instrumento se encuentra en poder comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios producidos por tratamiento y valorar el estado de salud de pacientes. Las escalas que se presentan en este inventario son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Teniendo en cuenta las enfermedades y trastornos que con mayor frecuencia se reportan en los ambientes laborales, se decidió incorporar información del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) en su cuarta versión, una publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría que contiene una clasificación de los trastornos mentales y psiquiátricos. Se retomó también la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su décima versión, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta clasificación cuenta con una amplia variedad de signos, síntomas y hallazgos de todas las enfermedades reconocidas por la OMS. Sólo se evaluaron aquellas relacionadas con la salud mental en el trabajo.

Finalmente, la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (OMS, 2011) fue otro documento de aporte teórico para la elaboración de los constructos e ítems que forman parte de los indicadores para la base de conocimiento. La guía presenta una serie de intervenciones para los trastornos que la OMS define como prioritarios. Si bien la guía incluye depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente; para esta investigación sólo se hizo foco sobre aquellos que se presentan como mayor



frecuencia en los espacios de trabajo como depresión, trastornos por uso de drogas y alcohol así como síntomas emocionales significativos.

Luego de la revisión de los diferentes modelos teóricos antes expuestos, así como aquellos documentos de organismos nacionales e internacionales que se consideraron de importancia, se dio origen al Modelo de Bienestar como indicador de Salud Mental que intenta ser mayormente integrador de los contextos sociales, laborales en los que las personas pasan la mayor parte de su tiempo.

Inicialmente se desarrolló un modelo, basado en las aportaciones y áreas de oportunidad de los modelos sobre Salud Mental y Bienestar revisados anteriormente. Nuestro modelo consta de 9 dimensiones divididas en dos factores, el primero de ellos refiere a las condiciones psicosociales relacionadas al bienestar y se compone de cinco dimensiones y el segundo factor está asociado a los aspectos de bienestar relacionados a la salud percibida y se compone de cuatro dimensiones.

En el primer factor encontramos las dimensiones de.-

* *Satisfacción con la Vida*, que refiere a una evaluación positiva, de componentes afectivos y cognitivos, en relación a la estima propia y logro de metas.

* *Afectos Positivos*, referente al conjunto de sentimientos que se representan con alta energía, satisfacción y actitud optimista en las relaciones sociales y su propia vida.

* *Afectos Negativos*, es un estado emocional que puede caracterizarse en un conjunto de sentimientos como ira, culpa o temor en cuanto a la forma de querer generar y mantener relaciones sociales, así como a la percepción de su propia vida.

* *Disfunción Social*, es la percepción de desajuste, ineficacia de las personas ante sus propias metas, y papel que juega ante el resto del mundo.

* *Abuso de Sustancias*, son aquellas conductas de consumo y dependencia de una sustancia, que puede ser de las considerada "legal" o no pero que puede tener un efecto



negativo en la salud. Generalmente, se inicia este tipo de conductas como una forma de afrontamiento no saludable - no efectiva - ante situaciones de tensión.

En el segundo factor, encontramos las dimensiones:

- * *Depresión*, "situación permanente caracterizada por sentimientos de infelicidad o incapacidad para disfrutar del quehacer diario y los acontecimientos"
- * *Ansiedad*, "conjunto de respuestas subjetivas y cognitivas que se presentan en la persona como sentimiento no definido"
- * *Trastornos de sueño* "son aquellas situaciones que se presentan de manera crónica o muy frecuente en la cual la persona no logra tener un sueño reparador y restaurador"
- * *Síntomas somáticos* "son aquellas expresiones de malestar físico que tiene un origen emocional"

Por tanto, debe estar claro que, a diferencia de otras herramientas de evaluación, el bienestar es considerado pensando y operacionalizado en este estudio, como algo integral y desde una perspectiva psicosocial.

7.3 Ejemplo de un Programa de Intervención

Desarrollamos un programa de intervención de bienestar para personas que estuvieran cerca de jubilarse y aquellas ya jubiladas, cuya edad oscila entre los 40 y 55 años en el caso de los pre-jubilados y de 50 a 82 años en el caso de los jubilados, con la participación del sexo masculino de un 30% y un 70% del sexo femenino. Desarrollamos un curso de 20 sesiones divididas en cuatro módulos con el propósito de sensibilizar y gestionar el proceso de aceptación, disfrute y desarrollo de esta etapa tan valiosa en el ser humano. Se impartió el curso en tres ocasiones en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) con su personal activo. En la Asociación de jubilados de Universidad Autónoma del Estado de Morelos (AJUAEM) en dos ocasiones con sus asociados todos ellos ex-académicos de la institución. En una ocasión se impartió en la Comisión Federal de Electricidad (CFE) con jubilados de esta comisión.

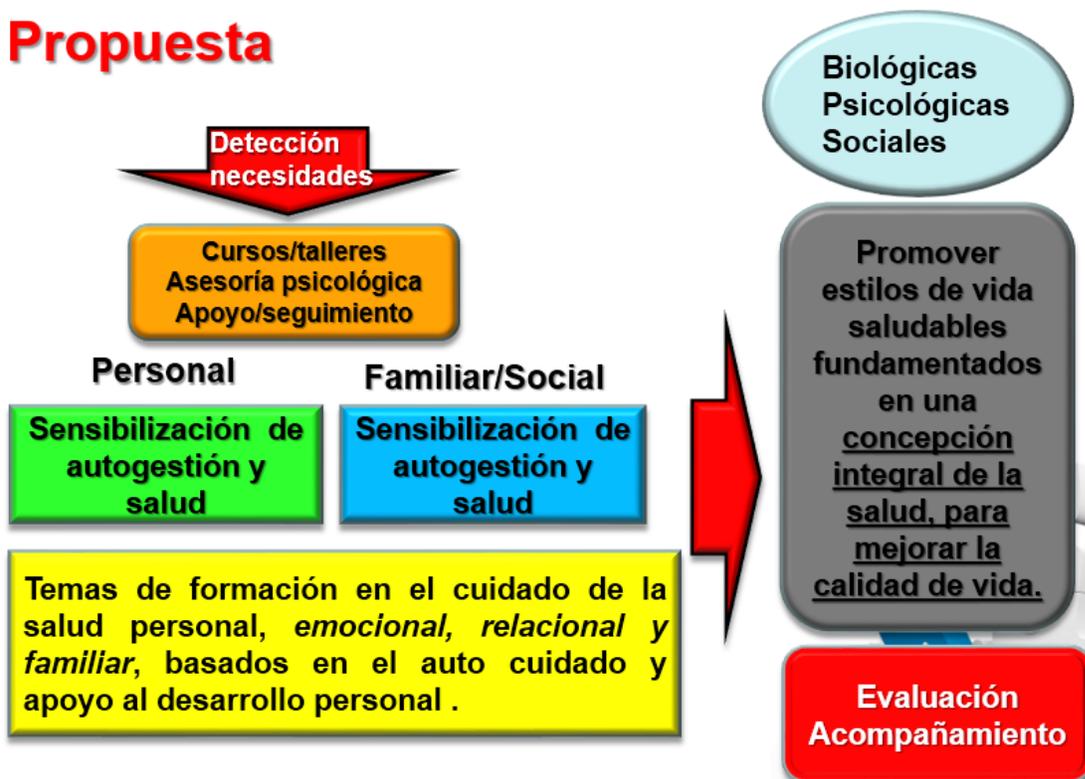
El programa de bienestar para personas jubiladas incluye un conjunto de actividades que se orientan al desarrollo y mantenimiento, físico, psico-afectivo, social y espiritual, para alcanzar un mayor grado de satisfacción personal y social, ayudando con ello a potenciar el desarrollo personal y la autogestión. Al implementar este programa se ayuda a un mejor enfoque de esta etapa, ofreciéndose apoyo y formación para facilitar el proceso de adaptación y disfrute a la nueva situación personal y social.

Con el propósito de propiciar el bienestar subjetivo en el adulto mayor desde el proceso de longevidad satisfactoria. Algunas necesidades que se presenta en esta etapa de vida son: 1. Un elevado porcentaje muestra insatisfacción en las diversas dimensiones de vida. 2. Insuficiente auto aceptación provocando una autoestima baja. 3. Dificultades en la satisfacción de su principal necesidad espiritual en esta etapa de la vida, la auto trascendencia. 4. Presencia de alteraciones en la esfera afectiva- motivacional que impiden el desarrollo pleno de su personalidad. 5. Insuficiente apoyo social que enriquezca la relación familia - institución-comunidad- adulto mayor. 6. Dificultades en la realización de actividades que favorecen su bienestar y calidad de vida.

Lamentablemente en todos los casos no se avanzó en la siguiente fase de la detección de necesidades, solo quedo en la etapa inicial.

Gráfica ejemplo de una propuesta de un programa de intervención con personas antes de jubilarse o ya jubiladas.

Propuesta





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dirección de Psicología

Jefatura de Maestría en Psicología

Cuernavaca Mor., a 14 de Diciembre de 2018

FPSIC/SPOSG/MAEST/2018/225

ASUNTO: Votos Aprobatorios

MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL
COORDINADORA ACADÉMICA
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: "EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO" trabajo que presenta el C. "Paolo Gamaliel García Gómez", quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS

Table with 4 columns: COMISIÓN REVISORA, APROBADO, CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*, SE RECHAZA*. Rows include names like DR. JESÚS ALEJANDRO VERA JIMÉNEZ, DRA. MARÍA ELENA ÁVILA GUERRERO, etc., with handwritten signatures in the 'APROBADO' column.

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo