

# Intervención y control de los factores psicosociales del estrés laboral:

experiencias  
latinoamericanas

Arturo Juárez García  
(coordinador)



Universidad Autónoma  
del Estado de Morelos





Investigación 5

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

# Intervención y control de los factores psicosociales del estrés laboral



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



# Intervención y control de los factores psicosociales del estrés laboral: experiencias latinoamericanas

Arturo Juárez García  
(coordinador)



BONILLA  
ARTIGAS  
EDITORES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Intervención y control de los factores psicosociales del estrés laboral : experiencias latinoamericanas / Arturo Juárez García, (coordinador). -- Primera edición. -- México : Universidad Autónoma del Estado de Morelos : Bonilla Artigas Editores, 2022.

447 páginas.- (Pública Investigación ; 5)  
ISBN 978-607-8784-58-5 UAEM  
ISBN 978-607-8838-04-2 Bonilla Artigas Editores  
DOI: 10.30973/2021/intervencion-control-estres

1. Estrés laboral – Investigaciones
2. Trabajo – Aspectos psicológicos
3. Trabajo – Aspectos sociales
4. Promoción de la salud en el trabajo

LCC HF548.85                      DC 158.7

Esta publicación fue dictaminada por pares académicos bajo la modalidad doble ciego.

Los derechos exclusivos de la presente edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Queda prohibida su reproducción, parcial o total, por cualquier medio conocido o por conocerse sin el consentimiento por escrito de los legítimos poseedores de derechos.

Primera edición: marzo 2022

D. R. © 2022  
Arturo Juárez García (coordinador)

D. R. © 2022  
Bonilla Distribución y Edición, S.A. de C.V.,  
Hermenegildo Galeana #111  
Barrio del Niño Jesús, Tlalpan, 14080, Ciudad de México  
editorial@bonillaartigaseditores.com.mx  
www.bonillaartigaseditores.com

D. R. © 2022 Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
Av. Universidad 1001, Col. Chamilpa  
C.P. 62209 Cuernavaca, Morelos  
publicaciones@uaem.mx  
libros.uaem.mx

Cuidado de la edición: Lorena Murillo S.  
Coordinación editorial: Bonilla Artigas Editores  
Formación de interiores: D.C.G. Saúl Marcos Castillejos  
Diseño de portada: D.C.G. Jocelyn G. Medina

ISBN: 978-607-8838-04-2 (Bonilla Distribución y Edición)  
ISBN: 978-607-8784-58-5 (UAEM)  
DOI: 10.30973/2021/intervencion-control-estres

Impreso y hecho en México

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

# Contenido

Agradecimientos.....	9
<b>Prólogo</b>	
<i>Paul Landsbergis</i> .....	11
<b>Presentación de la obra</b>	
<i>Arturo Juárez García</i> .....	15
<b>I. REFLEXIONES TEÓRICAS Y REVISIONES SISTEMÁTICAS</b>	
1. Intervención sobre factores psicosociales del trabajo. Una propuesta desde la planeación estratégica <i>Arturo Juárez García</i> .....	21
2. Aportes de la psicología positiva para promover el bienestar en el contexto laboral <i>Ramón Rodríguez Montalbán, Isabella Meneghel, Valeria Cruz Ortiz y Clara Ivette Hernández Vargas</i> .....	53
3. Intervenciones del estrés laboral en Perú. Una revisión sistemática <i>Manuel Fernández Arata, Jhonatan Navarro Loli, Gustavo Calderón De la Cruz, César Merino Soto y Arturo Juárez García</i> .....	75
4. Meta-análisis de intervenciones con <i>mindfulness</i> para el mejoramiento de la salud psicológica en trabajadores latinoamericanos <i>Arturo Juárez García, Cinthya Anamía Flores Jiménez y César Merino Soto</i> .....	97
<b>II. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE INDIVIDUAL</b>	
5. Capacitación sobre el control del estrés en el personal de ventas de la industria farmacéutica en Brasil: su impacto en la calidad de vida <i>Marilda E. Novaes Lipp y Louis Mario Novaes Lipp</i> .....	131
6. Intervención cognitivo-conductual para disminuir el <i>burnout</i> en cuidadores <i>Karina Reyes-Jarquín, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel y Rebeca María Elena Guzmán Saldaña</i> .....	147
7. Intervención con <i>biofeedback</i> para la disminución de estrés y bienestar psicológico en personal de emergencia <i>Miriam Penagos Rivera y Arturo Juárez García</i> .....	175
8. Intervención cognitivo-conductual para disminuir los efectos psicológicos derivados de presenciar un accidente laboral en mineros <i>Estefany Vianey González Tapia e Hilda Liz Alfaro Juantorena</i> .....	207



9. Intervención cognitivo-conductual para disminuir sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en desempleados de Cuernavaca, Morelos, México <i>Hilda Liz Alfaro Juantorena, Arturo Juárez García, Estefany Vianey González Tapia y Claudio Barrales Díaz</i> .....	225
10. Entrenamiento sobre técnicas de manejo del estrés laboral y su influencia en el indicador <i>Trato digno</i> en enfermeras <i>José Félix Brito Ortiz, Martha Eugenia Nava Gómez, César Merino Soto, Estefanía Brito Nava, Omar Esquivel Lagunas y Arturo Juárez García</i> .....	245
11. Intervención para reducir el impacto psicológico del <i>mobbing</i> en instituciones de asistencia privada (IAP) en la Ciudad de México <i>Alfonso Rigoberto Millán García y César Merino Soto</i> .....	263
<b>III. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN CON ENFOQUE ORGANIZACIONAL O GRUPAL</b>	
12. Una intervención ocupacional de cargos multifuncionales en una cadena de tiendas de supermercados en Venezuela <i>Acran Salmen Navarro y Arturo Juárez García</i> .....	289
13. Experiencias de intervención sobre el bienestar laboral en una empresa mediana en México: una propuesta de control <i>Enrique Pintor Prado y César Merino-Soto</i> .....	307
14. Clínica psicosocial del trabajo en Chile: acuerdos técnicos y éticos sobre la organización del trabajo <i>Elisa Ansoleaga Moreno, Felipe Pérez, Magdalena Ahumada y José Antonio Gutiérrez</i> .....	327
15. Grupos de reflexión: intervención psicosocial para mitigar secuelas psicológicas después de un sismo en una organización educativa <i>Bruma Palacios Hernández, Luis Pérez Álvarez, Bernarda Téllez Alanís y Manuel Nava Mancio</i> .....	349
Anexo 1. Escala de secuelas psicológicas después de un sismo (ESP-S).....	371
16. Intervención investigación-acción en la gestión de empresas sociales. Un enfoque de capacidades en la calidad de vida de mujeres rurales <i>Patricia Mercado Salgado, Daniel Arturo Cernas Ortiz, Elizabeth Vilchis Pérez y Manuel González Ronquillo</i> .....	373
17. Retos de la intervención psicosocial en entornos de trabajo en Colombia <i>Gloria H. Villalobos Fajardo</i> .....	397
Epílogo: cuando el camino iniciado señala un camino más largo <i>Arturo Juárez García y César Merino Soto</i> .....	431
Sobre los autores.....	435

## Agradecimientos

Es muy difícil citar a todos y cada uno los que directa o indirectamente contribuyeron para que la publicación de esta obra fuera una realidad. Sin embargo, quiero agradecer en particular a mi estimada compañera, la maestra Cinthya Flores, por su invaluable apoyo y asesoría en cuestiones de formato, revisión de referencias y sus comentarios en todos los capítulos. También al maestro César Merino, por sus múltiples sugerencias de mejora a lo largo del libro y, sobre todo, por su contribución directa en varios capítulos para reforzar el enfoque científico de sus contenidos.

Agradezco profundamente a todos los autores por su contribución y paciencia incondicional durante el largo tiempo que tomó terminar esta obra, a Bonilla Artigas Editores y a Conacyt (programa PROINNOVA), por su apoyo para hacer posible su publicación. No quiero dejar de mencionar a mis alumnos, Hilda Liz Alfaro, Kimberly Santana, Paola Rodríguez y Belem Jiménez, a quienes doy las gracias por su apoyo en la gestión de referencias y comunicación con los autores.

Quiero agradecer también al Dr. Paul Landsbergis, por ser una inspiración y guía en mi formación en estos temas y por sus palabras en el prólogo de este libro. Por supuesto, a mi familia, por el tiempo que siempre ceden para hacer realidad estos proyectos.

**Arturo Juárez García**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Este nuevo e importante trabajo del Dr. Juárez García y colegas representa un avance significativo en los métodos de investigación para reducir y prevenir las fuentes del estrés psicosocial en el trabajo y mejorar la salud de los trabajadores. En el pasado, la investigación en estos temas había sido efectuada principalmente en países desarrollados de Norteamérica, Europa y Asia. Sin embargo, este libro es un testimonio de los importantes esfuerzos que se han hecho en Latinoamérica para reducir y prevenir los estresores en el trabajo y documentar la efectividad de dichos esfuerzos.

Los estresores psicosociales en el trabajo están asociados con una amplia variedad de condiciones de salud, incluyendo la enfermedad cardiovascular (y sus factores de riesgo, tales como: presión arterial elevada, consumo de tabaco, diabetes e inactividad física), desórdenes psicológicos (como depresión, ansiedad y *burnout*), desórdenes musculoesqueléticos (dolor de espalda baja y tendinitis, entre otros) y lesiones traumáticas agudas. Por lo tanto, los esfuerzos para reducir el estrés laboral son esenciales.

Esta obra incluye estudios y visiones de una variedad de países latinos, incluyendo Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela, lo que indica la preocupación generalizada sobre el estrés laboral y la necesidad de reducir y prevenir su prevalencia en América Latina. Los estudios mostraron que en algunos casos las intervenciones propuestas fueron efectivas, pero en otros casos no, lo cual deja ver el gran valor de realizar investigación con una variedad de intervenciones. Podemos aprender mucho de las intervenciones que fueron efectivas, pero también de las que no lo fueron. Debido a que los estresores laborales son comunes en muchas industrias, también resulta valioso que los estudios descritos en este libro fueran llevados a cabo en una amplia variedad de industrias.

Los capítulos en esta obra también evalúan las fortalezas y limitaciones de varios estudios realizados. Llevar a cabo estudios de intervención sobre estrés ocupacional puede ser muy difícil y puede tomar mucho tiempo. Una característica importante que ayuda a que este tipo de estudios sean considerados “cuasi-experimentales” es el uso de un grupo control, que, junto con el grupo de intervención, son evaluados antes y después de la intervención. Debido a la dificultad de encontrar un grupo control apropiado, este no siempre se incorpora en los estudios de intervención, como es el caso de algunos de los que se presentan en este volumen. Sin embargo, incluir un grupo control puede mejorar de forma importante la validez interna de un estudio y así ampliar su valor para los investigadores y los profesionales. Cuando es posible, otra fortaleza metodológica es incluir medi-

das fisiológicas relacionadas con la respuesta del estrés, tales como la presión arterial, la frecuencia cardiaca y el nivel de cortisol, en complemento a las medidas de auto-reporte de sintomatología. No obstante, utilizar tales medidas puede ser también muy costoso y tomar mucho tiempo.

De la misma forma que en la investigación realizada en otras partes del mundo, la mayoría de los estudios incluidos en este libro tratan sobre programas de control de estrés diseñados para proveer a los empleados de estrategias personales para afrontar el estrés laboral. Se pueden diseñar también programas similares enfocados en el individuo, para ayudarle a reducir conductas no saludables (por ejemplo, consumo de tabaco, falta de ejercicio, dietas inadecuadas), que pueden ser generadas o mantenidas por trabajos estresantes. Sin embargo, una limitación que tiene tal aproximación y que se ha visto en otros estudios es la tendencia a que haya una menor participación en estos programas de los empleados de más alto riesgo, esto es, aquellos que tienen menores niveles de ingresos o de educación.

Pese a lo anterior, este libro contiene también estudios de intervención organizacional, es decir, estrategias de cambio en los programas, procedimientos o políticas del trabajo diseñadas para reducir las fuentes del estrés y, por consiguiente, mejorar la salud del empleado. Dichos cambios pueden hacerse a nivel del puesto del trabajo, a nivel de la organización o incluso en ámbitos fuera de la organización, mediante leyes y regulaciones normativas. Dentro de cada uno de estos niveles, las intervenciones pueden considerarse de prevención primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria se refiere a los esfuerzos para proteger la salud de las personas que no se han enfermado todavía. La prevención secundaria involucra una detección temprana y esfuerzos efectivos y expeditos para corregir las etapas tempranas de la enfermedad (por ejemplo, revertir la presión arterial elevada, la placa de las arterias o el insomnio crónico, antes de que ocurra un ataque al corazón). La prevención terciaria consiste en medidas para reducir o eliminar incapacidades y discapacidades a largo plazo y minimizar el sufrimiento después de que la enfermedad ha ocurrido (por ejemplo, la rehabilitación para regresar a trabajar después de un ataque al corazón).

Las intervenciones a nivel del puesto/tarea se enfocan en el rediseño del trabajo, el enriquecimiento del mismo o el incremento del control laboral o la participación del empleado en la toma de decisiones, y puede ser el resultado de métodos tales como la investigación-acción (IA), comités laborales u otras iniciativas. La IA implica una colaboración estrecha entre expertos externos y miembros de la organización que buscan alcanzar las metas conjuntas de intervención e investigación. Los empleados se involucran en un proceso de empoderamiento que incluye la definición de problemas, el desarrollo de tácticas de intervención,

la introducción de cambios benéficos y la medición de los efectos de dichos cambios. La IA enfatiza la influencia del empleado, su aporte potencial y su control sobre el cambio organizacional. Esto es consistente con el énfasis de la investigación de estrés laboral acerca de incrementar los niveles de control en el trabajo a los empleados para mejorar su salud.

Las intervenciones a nivel organizacional por empleadores pueden dirigirse a las políticas de la organización (por ejemplo, programas de equilibrio trabajo-familia o de promoción de la salud) o el mejoramiento del clima organizacional (como generar un clima de mayor apoyo en el lugar de trabajo). Estos quizá impliquen programas de investigación de rediseño del trabajo por parte del empleador o pueden derivarse de contratos colectivos de trabajo entre patrones y sindicatos. La salud y seguridad ocupacional y los programas de vigilancia en el lugar de trabajo para monitorear la salud de los empleados y las características de la organización del trabajo también son apropiadas en este nivel.

Los académicos de Latinoamérica y de otros países sugieren una serie de áreas importantes para la investigación futura. Primero, ¿en qué medida necesitamos diferentes métodos para reducir o prevenir el estrés traumático agudo comparado con el estrés crónico de la vida diaria? Segundo, ¿en qué medida los métodos de producción flexible, incluyendo los sistemas flexibles de servicios de salud y los nuevos modelos gerenciales en el sector público, pueden ser implementados en Latinoamérica y cuál es su efecto en las características del trabajo y la salud de los trabajadores? Tercero, ¿con qué frecuencia se implementan en Latinoamérica organizaciones cooperativas de trabajadores o empresas cuyos propietarios son los mismos trabajadores y cuál es su efecto en las características del trabajo y la salud de los trabajadores? Cuarto, ¿hasta qué punto los contratos colectivos laborales, la legislación y las regulaciones gubernamentales son efectivos para reducir las características estresantes del trabajo? Quinto, ¿qué papel pueden jugar los gremios sindicalizados en los programas para reducir las fuentes de estrés en el trabajo? Sexto, ¿existen tipos de intervenciones en el lugar de trabajo que puedan reducir las características estresantes del trabajo, mejorar la salud del trabajador y permitir a las empresas ser más creativas y responder mejor a las condiciones del mercado?

La investigación existente sugiere que las intervenciones más efectivas implican una participación significativa de los empleados, el incremento de su control laboral y que se asegure el apoyo de la alta gerencia. Necesitamos continuar siendo persistentes y creativos en el desarrollo, realización y evaluación de cambios en el lugar de trabajo diseñados para mejorar la salud de los trabajadores. También necesitamos elaborar programas de control de estrés que sean accesibles a los trabajadores y se ajusten sus necesidades y sus horarios. Escuchar



a los empleados acerca de sus preocupaciones, sus malestares y las soluciones que ellos recomiendan son un principio clave de estos esfuerzos. Los siguientes capítulos presentan algunos excelentes y detallados ejemplos de intervenciones llevadas a cabo para reducir el estrés y crear trabajos –y trabajadores– más saludables.

**Paul Landsbergis, PhD, MPH**

Escuela de Salud Pública de SUNY Downstate  
Brooklyn, Nueva York  
Estados Unidos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## Presentación de la obra

Hace ya casi treinta años que por primera vez conocí el tema de los factores psicosociales del trabajo y su potencial influencia en la salud física y mental de los trabajadores, gracias a la cátedra impresionante de un excelente profesor. Desde entonces quedé atrapado por tan fascinante tema y luego bastaron unas conferencias, a las que asistí como estudiante, y las dinámicas que de primera mano observé en mis incipientes experiencias laborales para darme cuenta de que sería una línea que adoptaría para trabajar de por vida. En mi apasionada decisión de elegir estos temas para mis tesis de grado en licenciatura y posgrado, recuerdo que algunos intentaron persuadirme de cambiarlos, bajo el argumento de que eran temas “de moda” y de poco interés o utilidad en ámbitos laborales y de la psicología en general. Al pasar estas décadas he confirmado mi acertada decisión y lo equívoco de aquellas predicciones.

El tema de los factores psicosociales del trabajo resulta que sigue siendo una “moda” para muchos hasta hoy (y lo seguirá siendo), ya que el interés e impacto que ha generado en ámbitos laborales y en distintas disciplinas profesionales adicionales a la psicología están marcados por una evolución de tal magnitud que resulta difícil describirla en tan breve espacio. Baste decir que organizaciones tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas y la Unión Europea, entre otras, han considerado el tema de los factores psicosociales en el trabajo entre aquellos de más alta prioridad de atención, por distintas razones, que van desde su vínculo con los principales problemas de salud pública, hasta el desarrollo sostenible de los países.

A pesar de ello, existe una gran área de oportunidad en la generación, investigación y aplicación de intervenciones efectivas para el control de factores psicosociales negativos, lo que sigue estando en etapa inicial o en desarrollo temprano en el ámbito global. En Latinoamérica, las incipientes legislaciones existentes se centran más en obligaciones en torno a la evaluación de estos factores y poco norman sobre medidas específicas que deban ser adoptadas o la eficacia de estas. Por otro lado, los esfuerzos de intervención aislados en algunas organizaciones (sobre todo en las grandes transnacionales) son guardados como secretos industriales de los que se desconoce su validez científica en muchos casos, sin mencionar la charlatanería que lamentablemente existe en muchos escenarios, demeritando y desprestigiando la importancia del tema y su valor para la calidad de vida y la toma de decisiones en las organizaciones.

En este contexto surge la iniciativa de esta obra, cuyo propósito es dar a conocer el estado del arte en temas selectos de intervención psicosocial en el ámbito laboral, desde varios países latinoamericanos, y sobre todo, compartir experien-



cias de intervención aplicadas y muy concretas en distintos ámbitos organizacionales, que incluyen el sector público, centros de salud, centros educativos, centros de asistencia, empresas privadas de la industria farmacéutica, del sector minero, supermercados, museos y organizaciones de economía solidaria, entre otros. Las reflexiones y pesquisas mostradas en el texto abarcan autores y/o muestras de ocho naciones latinoamericanas: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela, aunque también en un capítulo participan colegas de España.

Esta obra se caracteriza por una orientación que luchó por combinar la amplia experiencia profesional práctica de unos autores y el rigor metodológico científico de otros, documentando así, en varios capítulos, experiencias sinérgicas únicas con horizontes metodológicos diversos. Todo lo anterior pretende servir de referencia para identificar las mejores prácticas de control de factores de riesgo psicosocial, con base en la experiencia práctica y la ciencia, o por otro lado, ubicar en su justa dimensión a técnicas o procedimientos de intervención que por su evidencia necesitan ser más estudiadas, evitando idolatrías o apuestas en su utilidad por simple dogma o buena fe. El texto no es un manual de recetas ni tiene todas las respuestas sobre el tema de intervención, pero pretende contribuir con un grano de arena inicial a las necesidades que existen al respecto y motivar más iniciativas futuras en el tema.

Este libro, al enfocarse de lleno en el tema de *intervención* de factores psicosociales del trabajo, implicó una ardua y compleja labor para la identificación, realización o recolección de experiencias serias, que tomó varios años y enfrentó muchas dificultades, las cuales no pudieron haber sido sorteadas sin apoyo de todos los autores. Empero, estas dificultades confirmaron que la intervención es aún un área fértil y presenta diversos retos que se vislumbran para el futuro en el tema.

En cuanto a su estructura, la obra se divide en tres secciones: I) reflexiones teóricas y revisiones sistemáticas, II) experiencias de intervención con enfoque individual y, III) experiencias de intervención con enfoque organizacional o grupal. Cabe aclarar que, en esta última, por grupal se entienden aquellas experiencias cuyo enfoque es participativo, el grupo tiene un carácter activo en el proceso y existe un empoderamiento en todo el diseño de intervención, y no es pasiva, como suele ser en las terapias grupales o programas psicoeducativos. Así, en la primera sección se propone, en el primer capítulo, un modelo de planeación estratégica como guía para intervenciones psicosociales, el cual puede ser de gran utilidad en distintos escenarios; en el segundo capítulo, se muestran las virtudes de la psicología positiva y herramientas potenciales para su uso en las intervenciones psicosociales, desde la visión de colegas de Puerto Rico, Argentina, España y México. En los capítulos tres y cuatro se dibuja el estado del arte mediante revisiones sistemáticas de investigaciones de intervención sobre estrés laboral en Perú, así como de las intervenciones de *mindfulness* en Latinoamérica, respectivamente, las que dibujan claramente

los retos para mejorar la investigación sobre intervenciones. La segunda sección inicia con el capítulo cinco, el cual describe una intervención psicoeducativa exitosa para el control de estrés en una industria farmacéutica en Brasil y, luego, en el capítulo seis, se comparte una intervención cognitivo-conductual para disminuir el *burnout* en cuidadores de adultos mayores mexicanos, con resultados muy favorables. En el capítulo siete se comparte la experiencia del uso de la técnica de *bio-feedback* en personal de emergencia con resultados no esperados en la eficacia de la técnica, mientras que en los capítulos ocho y nueve se abordan intervenciones cognitivo-conductuales que resultaron muy exitosas para disminuir consecuencias psicológicas negativas en mineros y desempleados, respectivamente. Después, el capítulo diez presenta un entrenamiento psicoeducativo en enfermeras para disminuir el estrés, con resultados positivos, y la sección termina con el capítulo 11, el cual trata de una intervención psicoeducativa para disminuir el acoso psicológico laboral en instituciones de asistencia privada, con resultados menos favorables a lo esperado. Todas estas últimas experiencias realizadas en México.

Finalmente, en la sección tres, los capítulos doce y trece presentan intervenciones organizacionales destacadas: en una cadena de supermercados venezolana y en una empresa mediana de manufactura mexicana, respectivamente, intervenciones que, por su alcance de cambio organizacional, son escasas y poco documentadas. Asimismo, los capítulos catorce y quince proponen dos diferentes aproximaciones grupales muy efectivas y relevantes para la intervención de factores de riesgo psicosocial en el contexto de un parque-museo en Chile y en un centro educativo tras el sismo padecido en México, respectivamente. El capítulo dieciséis comparte una interesante experiencia de intervención desde el modelo de intervención-acción en una iniciativa colectiva de mujeres rurales en el Estado de México y, finalmente, en el capítulo diecisiete se describe un modelo integral de intervención psicosocial y sus aplicaciones exitosas en varios centros de trabajo en Colombia. El lector encontrará al final del texto, un epílogo con reflexiones finales y perspectivas futuras.

Como coordinador de la obra deseo que el lector disfrute al máximo todas las reflexiones, revisiones y experiencias alrededor del tema de intervención de factores psicosociales compartidas apasionadamente por todos los autores de esta obra, esperando la encuentren significativa, útil y motivante para seguir abonando conjuntamente al bienestar, la salud y la calidad de vida de los trabajadores latinoamericanos.

**Dr. Arturo Juárez García**

Coordinador de la obra

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Cuernavaca, Morelos, México, enero de 2020





I

**REFLEXIONES TEÓRICAS  
Y REVISIONES SISTEMÁTICAS**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS**



# 1. Intervención sobre factores psicosociales del trabajo. Una propuesta desde la planeación estratégica

**Arturo Juárez García\***

Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

*Es más importante hacer lo estratégicamente correcto  
que lo inmediatamente rentable*

Philip Kotler

## Resumen

La planeación estratégica ha demostrado ser una herramienta de gran potencial para el desarrollo exitoso de las organizaciones en su perspectiva económica. Sin embargo, poco se han explotado sus virtudes y sus principios en la práctica de evaluaciones e intervenciones sobre factores psicosociales (FPS) en el trabajo en Latinoamérica. En este capítulo se propone una metodología de planeación estratégica enfocada a proyectos de factores psicosociales en el trabajo como instrumento para asegurar sus metas y maximizar sus logros en contextos organizacionales. Se proponen 4 rubros de planeación y 14 pasos para la ejecución de proyectos cuya estrategia medular se basa en la alineación de la aproximación científica y la salud psicosocial a las estrategias de crecimiento competitivo en las organizaciones, lo que puede incrementar sustancialmente los beneficios a trabajadores, organizaciones y sociedad en general. Se discuten potencialidades y limitaciones de la metodología propuesta, así como retos y perspectivas futuras.

**Palabras clave:** planeación estratégica, factores psicosociales, proyectos, diagnóstico, intervención

\* Agradezco a Paty Mercado, Javier García, Anabel Camacho, Javier Neri y Martín Fajardo por sus valiosas observaciones para la mejora de este capítulo.

## Antecedentes

Los sucesos que ocurren en nuestro planeta en el ámbito socioeconómico, político, tecnológico, legal, ambiental y de la salud, son actualmente de tal velocidad y magnitud que la transformación y la metamorfosis de adaptación se han convertido en una constante forma de existir. Basta comparar la cantidad, ritmo y alcance de todos los cambios en las formas de vida de los últimos 50 años con aquellos ocurridos a lo largo de siglos completos de historia de la humanidad para comprobar que aquellos fueron en definitiva más pequeños, lentos y digeribles. Entornos conocidos bajo el acrónimo VUCA por su nombre en inglés (volátiles, inciertos, complejos y ambiguos), son típicos y característicos hoy en día y han sido ampliamente reconocidos en los nuevos enfoques de la economía digital y del conocimiento (Seow, Pan y Koh, 2019).

Los cambios en los sistemas, dinámicas y lógicas de la actividad laboral en los ambientes organizacionales actuales han respondido inevitablemente a un entorno VUCA globalizado, lo cual ha impactado profundamente en el funcionamiento tradicional de las organizaciones, en distintas esferas, forzándolas a buscar o construir nuevos paradigmas sobre su forma de producir, de interactuar con el entorno, de moverse en su mercado y, también, de relacionarse con sus trabajadores. Algunos ejemplos de dichas transformaciones son la transición de la mecanización de procesos al “Internet de las cosas”, el cambio de valores uniculturales a filosofías multiculturales, los progresos del ambiente de violencia a la convivencia basada en los derechos humanos, las tendencias del autoritarismo al *empowerment* y las prácticas de prestaciones tangibles a recompensas intangibles para los empleados, entre otros ejemplos. Asimismo, es importante señalar que dichas tendencias suceden en el contexto de una marcada y profunda brecha de inequidad en el acceso a condiciones de trabajo decentes (International Labour Organization [ILO], 1999), por la cual amplios grupos de personas, organizaciones o regiones completas se ven desfavorecidos en un sistema socioeconómico que por definición es altamente competitivo, lo que agrava los impactos de los entornos VUCA, adicionando factores de precariedad laboral: largas jornadas laborales, salarios bajos y estancados, condiciones de trabajo peligrosas, falta de seguridad y protección social, supervisión abusiva y limitaciones de diálogo social de los trabajadores, entre otros (Martin, 2006).

Todas estas transformaciones han sido el caldo de cultivo para la emergencia de factores psicosociales (FPS) del trabajo (European Agency of Safety Health at Work, 2020; OIT-OMS, 1984), los cuales son estudiados en el marco disciplinar de la psicología de la salud ocupacional (Quick y Tetrick, 2003). Aunque definidos en una amplia variedad de formas, frecuentemente se omite un elemento omni-



presente: el estrés, mecanismo mediante el cual los factores psicosociales tienen su efecto en la salud. Por ello, una definición de los factores psicosociales del trabajo más exacta sería: “hechos sociales de la actividad laboral, que en interacción con el individuo y mediante los mecanismos salutogénicos o patogénicos del estrés, influyen en el proceso salud-enfermedad” (Juárez y Camacho, 2011: 202). Entre los factores negativos o estresores psicosociales más comunes se encuentran la sobrecarga de trabajo, la falta de control, la mala utilización de habilidades, el conflicto de autoridad o falta de apoyo del jefe, problemas en relaciones laborales o falta de apoyo de compañeros, la desigualdad de salario o recompensas inadecuadas, la falta de seguridad en el trabajo, jornadas por turnos y el peligro físico, entre otros (OIT-OMS, 1984). En conjunto, los factores psicosociales negativos del trabajo influyen en diversos problemas de salud mental y física de los empleados, lo que afecta no solo en el desempeño organizacional, sino también repercute en inevitables pérdidas económicas en los negocios (Burton, 2010; Leka y Jain, 2010).

Aunque la emergencia de los factores de riesgo psicosocial ha sido creciente en todo el planeta (aun en los países más avanzados), la inequidad global de trabajo decente y la matizada precariedad de los sistemas laborales en Latinoamérica han permitido mostrar que nuestra región es particularmente vulnerable ante los factores de riesgo psicosocial (Gómez y Juárez, 2016; Houtman, Jettin-ghof y Cedillo, 2008; Juárez, Vera, Merino, Gómez, Feldman y Hernández, 2014; Juárez, Vera, Blanco, Gómez, Hernández, Jacinto y Choi, 2015). Pese a lo anterior, el desarrollo de sistemas de vigilancia nacionales y, sobre todo, el monitoreo regional de programas de prevención e intervención de dichos factores, siguen estando ausentes.

Particularmente, la prevención e intervención de factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral ha padecido en tres esferas muy importantes: en la investigación, en la implementación y práctica en centros de trabajo, y en la legislación. En la investigación, la cantidad de publicaciones es realmente escasa en relación con la magnitud del problema, debido a lo cual no existen conclusiones sobre las mejores “prácticas” de control de factores psicosociales basadas en la evidencia científica en nuestras culturas latinoamericanas. Respecto a la implementación y práctica en los centros de trabajo, se sabe que la mayoría de las organizaciones en la región, al ser micro o pequeñas, difícilmente dedican tiempo o presupuesto para acciones en materia de riesgos psicosociales o estrés y solo algunas compañías grandes o con cierto nivel de infraestructura las implementan, aunque frecuentemente bajo enfoques del “*stress management*”, “*wellness*” o “*coaching*”, los que no necesariamente están vinculados a las recomendaciones de prevención psicosocial de organismos internacionales y no siempre tienen respaldo científ-



fico. En el tema de legislación, existe en Latinoamérica un afortunado reconocimiento y despliegue de normas y leyes en diversos países que reconocen los factores de riesgo psicosocial (véase Gómez y Juárez, 2016), sin embargo, su énfasis se centra en la identificación y evaluación de estos factores, mientras que en la esfera de la prevención e intervención se ofrecen recomendaciones demasiado generales y se sufre de la gran ausencia de estándares o guías más específicas que permitan efectuar programas que puedan asegurar un impacto y efectividad aceptables en la salud psicosocial de los trabajadores.

Langenhan, Leka y Jain (2013) encontraron en Europa que la mayoría de las organizaciones no entienden de manera suficiente (o absoluta) la importancia de incorporar los riesgos psicosociales en la dinámica de las organizaciones, entre otras cosas por el amplio desconocimiento de los tomadores de decisiones sobre el tema y su importancia en los planes estratégicos de la organización, lo que explica muchos fracasos en la implementación o alcance de políticas en el tema.

En este sentido, es importante dar cuenta que las herramientas y aplicaciones de la planeación estratégica han sido ampliamente ignoradas desde las teorías de los factores psicosociales en el trabajo, quizá por el aparente marco epistemológico diferencial que encuadran ambos temas (sociopsicología de riesgos de enfermedad de trabajadores *versus* la eficacia de la productividad de las empresas). Sin embargo, al menos teóricamente, los valores del desarrollo organizacional y la planeación y administración estratégica reflejan los principios de la humanización del trabajo y la capitalización de la fuerza de las organizaciones mediante el mejoramiento de ambientes de trabajo, el empoderamiento y el desarrollo de potencial del capital humano, entre otros (Guízar, 2004), lo que se vincula directamente a los principios de la psicología de la salud ocupacional. De esta forma, una visión transdisciplinar en la práctica implicaría aprovechar los recursos ofrecidos por la planeación estratégica para la vigilancia y control de los factores psicosociales del trabajo y tal sinergia de herramientas de los distintos ámbitos disciplinares parece no solo facilitar las intervenciones psicosociales por contar con un estándar procedimental, sino que hace promisorio un mayor éxito y eficacia de las medidas implementadas.

Dado todo lo anterior, el objetivo del presente escrito es describir y proponer una metodología de planeación estratégica enfocada a proyectos o procesos de evaluación e intervención de factores psicosociales en el trabajo, como herramienta para asegurar las metas y maximizar los logros de estos proyectos en distintos contextos organizacionales.

## ¿Qué es la planeación estratégica?

De acuerdo con Sierra (2013), toda organización necesita tener un norte, directrices, políticas, metas y objetivos, que puedan reconocerse a la luz de un profundo análisis interno y externo y que permitan aclarar lo que realmente se desea en el futuro, el alcance, lo que se quiere ser y establecer entonces la forma de conseguirlo; es allí cuando surge la planeación estratégica. Con base en las definiciones de “plan” y “estratégico” del diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2020), podemos entender a la planeación estratégica como un modelo de organización y operación sistemática que se elabora anticipadamente y que, bajo ciertas reglas, asegura la mejor decisión en las acciones a tomar y ofrece un margen de certeza en el cumplimiento de las metas trazadas.

Cada estrategia elegida tiene su base en las necesidades de cada organización y las aspiraciones de sus directivos, aunque en las empresas privadas se suele buscar la satisfacción de los consumidores, la capitalización de fuerzas de la compañía o el logro de una ventaja competitiva (Reyes, 2012). Sin embargo, en muchos casos, la estrategia es una apuesta en un mundo globalizado en el que las empresas luchan por conseguir mantenerse en el mercado utilizando todas las herramientas que poseen, mediante el uso de políticas de gestión que les permitan posicionarse y tener continuidad en el futuro (Sierra, 2013).

Para Chiavenato y Shapiro (2017) la planeación estratégica tiene tres características: 1) está proyectada a largo plazo en términos de sus consecuencias; 2) está orientada hacia la incertidumbre entre las relaciones de la empresa y su ambiente y, 3) incluye a la organización como totalidad, abarcando todos sus recursos y capacidades de forma sistémica. De esa forma, la planeación estratégica implica la determinación de las metas y objetivos de una organización a largo plazo, las acciones que se han de emprender y la asignación de recursos necesarios para el logro de dichas metas en un entorno de incertidumbre.

En Latinoamérica existen evidencias de la influencia de la planeación estratégica en los incrementos de productividad y mayor logro de las organizaciones (Aguirre, 2014; Mayurí, 2012; Santos, 2012) y, por su estrecho vínculo con la eficiencia operativa, sus elementos son recogidos análogamente en los modelos de gestión de aseguramiento de calidad y estándares internacionales de la familia ISO 9000 (García, Quispe y Ráez, 2003; International Standards Organization [ISO], 2003).

La planeación estratégica como modelo de previsión, adaptación y crecimiento hacia el futuro es un ejercicio que no debe ser exclusivo de ejecutivos de alta dirección de grandes corporativos, sino que puede ser útil en distintos contextos organizativos que buscan mejorar los productos y servicios requeridos por la

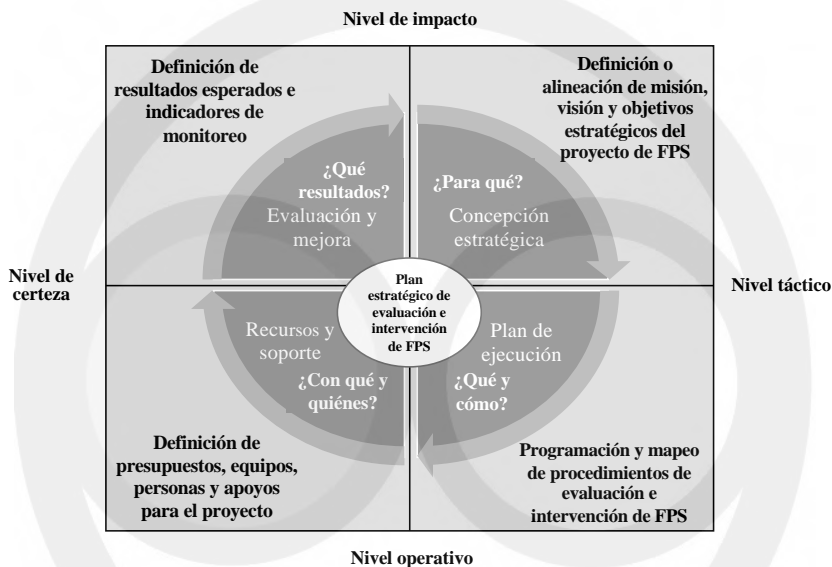
sociedad, empleando de mejor forma sus recursos, sean organizaciones micro o grandes, del sector de manufactura o de servicios, o del ámbito formal o informal. Incluso, es un modelo útil para microproyectos o para individuos que buscan definir su razón de ser y metas de vida, que, por cierto, es la estrategia didáctica educativa más común en el tema. En esta línea de pensamiento, la planeación estratégica es importante en este escrito en dos vertientes diferentes: la primera, como elemento preexistente de direccionamiento estratégico y global de una organización al que la intervención psicosocial debe integrarse y, la segunda, la intervención psicosocial como proyecto que debe planearse y organizarse estratégicamente, aunque ambas están intrínsecamente relacionadas, como se aborda en el siguiente modelo propuesto.

### *Propuesta de planeación estratégica para un proyecto de evaluación e intervención psicosocial*

Los modelos de planeación estratégica tienen una base potencialmente ligada a los pasos universales del proceso administrativo (planeación, organización, dirección y control), de aspectos propios del ciclo de la calidad (e.g., ciclo Deming: planear, hacer, verificar y actuar) y otros de sistemas de gestión basado en procesos (García, Quispe y Ráez, 2003; Hellriegel y Slocum, 1998; iso, 2003). Con base en estos paradigmas y con algunos potenciales ajustes personalizados al tema, un modelo o esquema idóneo para la planeación estratégica de un proyecto para la evaluación e intervención psicosocial en el trabajo puede tener cuatro niveles de robustez y cuatro componentes, como se muestra a continuación (ver figura 1).

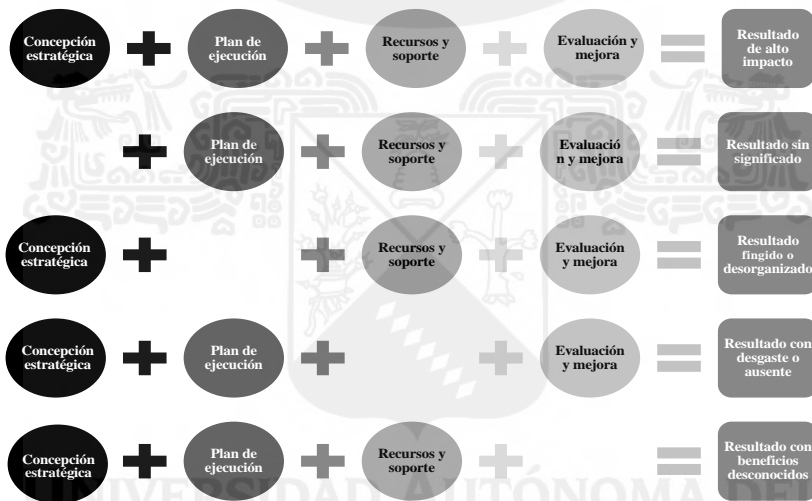
Antes de describir con detalle cada uno de los componentes mencionados en los cuadrantes de la figura 1, vale la pena comentar que los niveles de robustez son solo elementos teóricos que dan luz sobre el alcance, trascendencia, capacidad y eficacia que el proyecto puede lograr con base en la sinergia o combinación de componentes del modelo, habiendo una interdependencia entre ellos: el *nivel de impacto* engloba los resultados a los que se aspiraron analíticamente, el *nivel táctico* aborda el sentido estratégico del “cómo”, el *nivel operativo* se enfoca en los matices de la ejecución y, por último, el *nivel de certeza* expresa el equilibrio entre lo que se quiere lograr y lo que se tiene para hacerlo. Si analizamos los componentes por separado, podemos identificar potenciales riesgos, déficits o ausencias de resultados según sus combinaciones, por lo que todos los componentes son esenciales para resultados de alto impacto (ver figura 2).

Figura 1. Modelo de planeación estratégica para la evaluación e intervención de factores psicosociales (FPS) en el trabajo (CoPREM: concepción-plan-recursos-mejora)



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Tipos de resultado por déficits o ausencias de componentes del plan estratégico CoPREM



Fuente: elaboración propia con base en Knoster (1991).

A continuación se presenta una descripción específica de los cuatro componentes del plan estratégico para la implementación de un proyecto de factores psicosociales en el trabajo.

### **Concepción estratégica**

La concepción estratégica implica la parte más filosófica y social del modelo, pues incluye el examen cuidadoso de lo que se quiere ser y a dónde se quiere llegar mediante el análisis de la visión, misión, objetivos, valores, fortalezas y debilidades, y de la madurez y cultura de aspectos psicosociales en la organización. Como antes se mencionó, existen dos niveles posibles de análisis en este rubro: el de la organización, donde se pretende implementar el proyecto psicosocial, por un lado, y por otro, el del proyecto de intervención psicosocial propiamente. En el nivel de la organización se trata de identificar minuciosamente los elementos de concepción estratégica preexistentes (misión, visión, etc.) y entonces determinar el potencial de alineación del proyecto a estos, mientras que, en el caso del proyecto psicosocial propiamente, se pueden generar sus propios elementos que contesten y den sentido al “para qué” (cuyo trasfondo estratégico es el enfoque científico y el tema, propiamente). A continuación, primero una descripción del análisis a nivel de organización.

Inicialmente, cabe aclarar que las definiciones y usos de los términos de visión y misión no son uniformes en la actualidad, pero de acuerdo con Reyes (2012), la visión representa “la imagen idealizada de lo que se proyecta ser en el futuro”, mientras que la misión es “la razón de ser”. Esta última expresa una orientación del esfuerzo de la organización hacia su mercado, su producto o servicio, su intención de crecimiento, su propósito social y la calidad que se desea, con un carácter estable y permanente. La misión y visión pueden reflejar en su declaración la estrategia misma. Por otro lado, los objetivos y metas no son lo mismo que la visión o misión, pues estos más bien concretan las acciones y tareas que contribuyen al logro de la misión y visión. Finalmente, los valores son reglas y principios que enmarcan la filosofía de la organización. Un buen esquema que muestra la lógica y relación de estos términos se muestra en la figura 3.



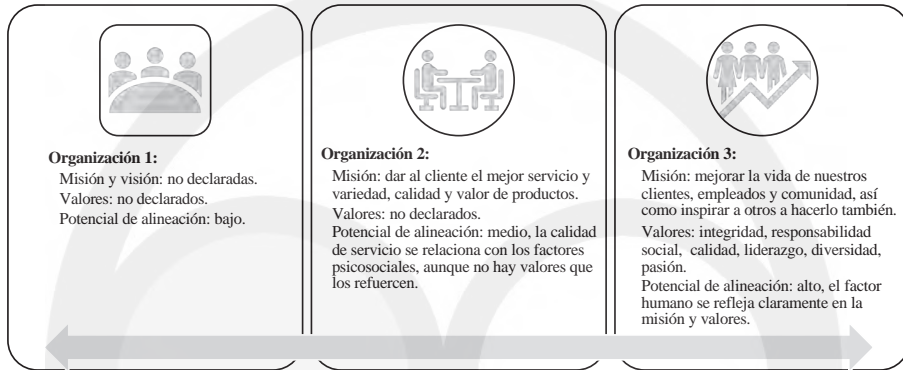
Figura 3. Representación de términos estratégicos de una organización



Fuente: elaboración propia con base en De la Puente (2016).

Existen diversas propuestas de clasificaciones o niveles estratégicos cuya alineación es una estrategia en sí misma, y una posibilidad de alineación es vincular la estrategia del área del factor humano (área funcional) con la estrategia corporativa o financiera (e.g., administración estratégica de recursos humanos). Sin embargo, es usual el enfoque centrado en la capacitación o el aprendizaje con más sentido práctico, pero es prácticamente ausente el enfoque centrado en la salud psicosocial y con sentido científico, que es el que se asume en este análisis y cobra sentido específicamente en lo que aquí se llama “el proyecto psicosocial”. De esta forma, un análisis minucioso de la presencia de aspectos psicosociales o elementos de la salud humana en la misión, visión, valores, políticas, reglamentos y otros declarados por la organización pueden reflejar el potencial de alineación estratégica que tenga un proyecto de intervención psicosocial, el cual puede tener varios niveles (figura 4).

Figura 4. Ejemplos de potencial de alineación estratégica de un proyecto de intervención psicosocial



Fuente: elaboración propia.

Una vez identificados los elementos estratégicos a los que puede sumarse la iniciativa de un proyecto de factores psicosociales, debe entonces proseguirse con su alineación. Esta última consiste en agregar los objetivos o metas del proyecto de intervención psicosocial a los indicadores estratégicos ya establecidos por la organización, incluyendo sus políticas y procedimientos. Una obviedad de este proceder es el involucramiento de la alta dirección y que se cuente previamente con un plan estratégico (misión, visión, etc.), que refleje claramente la importancia de su factor humano. Sin embargo, existe la posibilidad de que estos aspectos estén ausentes, lo que pone en riesgo el fruto de un proyecto psicosocial; se trata aquí, también, de la escasa madurez de la organización y de su baja cultura sobre los factores psicosociales, aspecto que debe analizarse dentro de esta etapa de concepción estratégica en el modelo propuesto.

La madurez de la organización y la cultura que posea sobre los factores psicosociales son elementos centrales para la implementación de un proyecto en este tema, pues permite visualizar previamente el alcance, el impacto o incluso la viabilidad que puede tener. Su análisis hace posible disminuir en alguna medida las incertidumbres o frustraciones sobre el destino del proyecto y el resultado de dicho análisis es en sí mismo una contribución que genera información sobre áreas de oportunidad y ayuda en la toma de decisiones a las organizaciones. El resultado de este examen también puede llevar a la decisión de transformar un proyecto planeado para la evaluación o intervención psicosocial por otro dedicado solo a la sensibilización e información masiva, dada la escasa madurez de una empresa. No obstante, la ventaja es que se busca que nunca se suspenda o se anule, sino

que más bien se transforme y apege a las necesidades específicas que tiene la organización, cumpliendo así el propósito de este modelo de planeación y coadyuvando en la madurez psicosocial de la organización. Aun en los escenarios más negativos, que impliquen la cancelación definitiva de estos proyectos en empresas inmaduras, se obtiene un beneficio: no hubo esfuerzos de tiempos, personas y recursos desperdiciados. En el otro extremo, se encontrarán organizaciones maduras, que ya incluyen proyectos psicosociales en sus indicadores estratégicos; en estos casos, no solo los proyectos serán más fáciles de realizar, sino que, mediante su liderazgo e innovación, su impacto positivo desbordará a la sociedad en general, siendo empresas exportadoras de “buenas prácticas”.

Aproximaciones análogas existen para explorar los supuestos y valores de la organización en miras a implementar proyectos de administración de la calidad total (Hellriegel y Slocum, 1998), para proyectos de ergonomía (Rodríguez, Pérez y Montero, 2012) o incluso existen modelos específicos para valorar el clima y cultura de seguridad psicosocial, que se refiere a las percepciones compartidas respecto a políticas, prácticas y procedimientos para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores (Dollard y Bakker, 2010). Un análisis de esta naturaleza podrá derivar en distintos niveles de madurez, como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Ejemplo de niveles de madurez y cultura de FPS en una organización



Fuente: elaboración propia.



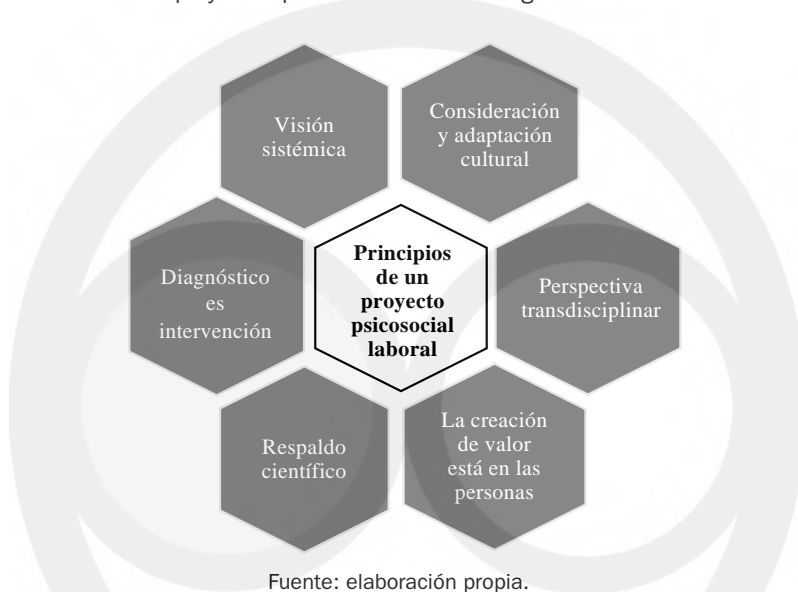
Por otro lado, la concepción estratégica a nivel del proyecto psicosocial, propiamente dicho, implica definir y establecer también sus elementos:

1. La misión, visión y valores aplicados al proyecto de factores psicosociales (adicionales a los que pueda tener la empresa en su enfoque de negocio). El establecimiento de una misión específica para el proyecto refuerza su sentido social y continuidad (Reyes, 2012; Sierra, 2013).
2. Los objetivos, estrategias y direccionamiento de los esfuerzos. Como principal estrategia aquí se sugiere la creación de valor mediante la mejora psicosocial del factor humano, con un marco basado en la evidencia científica, que implica la alineación del proyecto a los objetivos propios de la organización, pero podría haber otros adicionales enfocados en la sustentabilidad, la ecología, otros aspectos sociales, etcétera (Sierra, 2013). En cuanto a los objetivos, es recomendable la metodología SMART, la cual es muy útil y se refiere a que sean específicos (S, *specific*), medibles (M, *measurable*), aceptables (A, *acceptable*), realistas (R, *realistic*) y temporales en sus límites (T, *time-based*) (Rubin, 2002).
3. Desglosar las fortalezas, oportunidades, debilidades o amenazas del proyecto (análisis FODA) (Chiavenato y Sapiro, 2017).
4. Es recomendable un plan de contingencias o “plan B”, en caso de suspensiones forzosas o cancelaciones súbitas, que incluya no solo el destino del proyecto, sino también flexibilidades para orientarse a emergencias de atención psicosocial en caso de crisis sociales, desastres naturales u otras similares.
5. No menos importante, conviene establecer una guía de valores para el equipo de participantes y algunos principios generales que guíen u orienten el proyecto. Como ejemplo, en la figura 6 se sugieren seis principios o consideraciones primordiales en la realización de un proyecto psicosocial.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Figura 6. Seis principios o consideraciones básicas en la implementación de proyectos psicosociales en las organizaciones



La visión sistémica implica reconocer a la teoría de los sistemas como fundamento para comprender la dinámica psicosocial-organizacional; por ejemplo, entender que si alguna parte del sistema tiene un problema, aun cuando otras partes funcionen bien, tarde o temprano el problema repercutirá en todo el sistema, o que el resultado de la sinergia de ciertos subsistemas es más grande que la suma de sus partes, o que hay factores o determinantes psicosociales (*input*) y consecuencias psicosociales (*output*) (Juárez y Camacho, 2011). En este mismo sentido, es importante reconocer el principio de que “no hay mejor intervención que la que inicia con un buen diagnóstico” (principio de diagnóstico es intervención), ya que la efectividad de la intervención depende total y absolutamente de un diagnóstico acertado, como cuando se debe elegir el medicamento preciso para una enfermedad médica, asegurando su utilidad. Es innegable que la práctica común en organizaciones (que padecen de problemas psicosociales) es la realización de diagnósticos sin intervención, o intervenciones sin diagnósticos, lo que puede explicar el fracaso de beneficios tangibles de muchos proyectos y la consecuente problemática psicosocial creciente que existe actualmente en el ámbito organizacional. Aunque la separación de diagnóstico e intervención dentro de la implementación de un proyecto psicosocial puede ser conveniente por cuestiones administrativas o de presupuesto, siempre debiera concebirse como proyecto completo (aunque con distintas fases), en consonancia con la visión sistémica y a riesgo de no obtener los beneficios debidos. Asimismo, la prác-

tica de metodologías o procedimientos de diagnóstico e intervención con base en creencias, dogmas, buena fe o simple “recomendación”, sin conocimiento de su validez científica, puede demeritar la autenticidad de los efectos que se la atribuyen (véase, por ejemplo, Arias, 1999), por lo que no debe soslayarse el principio de respaldo científico en todos los aspectos metodológicos de un proyecto psicosocial. Algunas consideraciones particulares de la validez científica del diagnóstico e intervención son abordadas específicamente en el apartado siguiente (plan de ejecución).

Por otro lado, un proyecto psicosocial debe tener implícita la concepción de un ejercicio ético, en particular, que la creación de valor de una organización está en el bienestar de sus trabajadores, lo que de hecho no es solo un principio fundamentado en la mera responsabilidad social y la necesidad de humanizar los trabajos, sino también en la garantía de sustentabilidad y crecimiento de la organización, una lógica que aplica igualmente al desarrollo de las naciones de acuerdo con los paradigmas vigentes de economía del conocimiento (Becker, Murphy y Tamura, 1990).

Adicionalmente, debe notarse que un proyecto psicosocial involucra no solo aspectos psicológicos de la organización, sino que se vincula también a elementos médicos, administrativos, económicos, ingenieriles, socioculturales, financieros, ambientales y legales, entre otros, por lo que la visión transdisciplinar es un principio ineludible en las acciones del control de estrés y promoción de la salud y bienestar de los trabajadores. Una visión transdisciplinar implica poseer un marco para entender distintos niveles de realidad del objeto de estudio y adoptar un pensamiento complejo e integrador de todas las disciplinas, lo que implica que el saber sinérgico de distintos profesionales con disciplinas diferentes será mucho más amplio que el de una sola disciplina o el simple intercambio entre ellas, en la lógica de una “ciencia de equipos” (Stokols *et al.*, 2008), modelo que también se sugiere en las nuevas perspectivas de salud y gerenciales (González, 2007; Puerta, 2009).

Por último, el principio de la adaptación y consideración cultural implica reconocer particularidades idiosincráticas de cada escenario laboral, que son muy propias de su contexto, evitando asumir la universalidad de paradigmas, metodologías o modelos extranjeros o de culturas ajenas que se utilizan inmoderadamente, sin tropicalizarlos, adaptarlos o siquiera analizar su idoneidad. Este es particularmente importante para variables psicosociales, pues se relacionan intrínsecamente con costumbres, creencias, hábitos, usos de lenguaje, interpretaciones y otras aristas culturales que pueden terminar por definir por sí solas el éxito o fracaso de un proyecto psicosocial. La OMS ha señalado que, aunque los países en desarrollo se vinculan frecuentemente a los procesos socioeconómicos de la globalización y a las prácticas de salud ocupacional que se llevan a cabo en países altamente industrializados, son necesarias aproximaciones diferentes, aquellas más adecuadas a su contexto (Kortum y Leka, 2014).

En México (como quizá en otros países latinos), el principio de consideración cultural es particularmente relevante desde los primeros pasos de la concepción estratégica de un proyecto psicosocial, pues la madurez de cultura psicosocial a menudo es muy pobre, y de acuerdo con Hernández, Gallarzo y Espinoza (2011), ante proyectos de cambio organizacional, los tomadores de decisiones en las organizaciones latinas buscan soluciones rápidas, que sean aplicables a solo una parte de la organización, que resuelvan deficiencias de la producción a corto plazo y que no sean muy costosas, entre otras recetas “mágicas”; sin mencionar que en muchas empresas las culturas son muy cerradas, con estilos autoritarios, jerarquías piramidales y resistencias a sistemas participativos. Esto refuerza la idea de la poca importancia que se le da al trabajador, a pesar de tendencias contemporáneas de principios humanistas en la administración. Usualmente es necesario demostrar el costo-beneficio de los proyectos psicosociales para justificar su implementación, lo que no es imposible y de hecho es recomendable (como se abordará adelante en el paso diagnóstico). De esta forma, corresponde al consultor interno, externo o líder del proyecto analizar y trabajar su propia cultura y madurez psicosocial respecto a todos estos principios y, si es alta, le tocará transmitirla a los demás tomadores de decisiones, en los lenguajes, formas y estrategias culturalmente efectivas o adecuadas al contexto, tratando de asegurar el impacto y beneficios que se esperan del proyecto psicosocial.

## Plan de ejecución

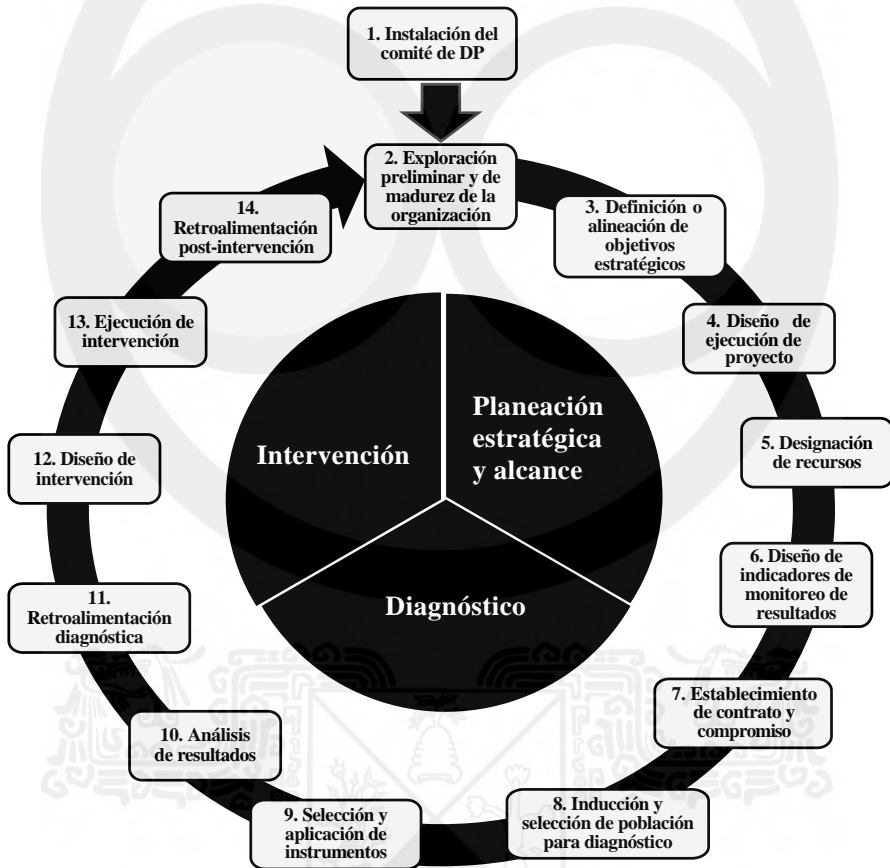
El plan de ejecución corresponde enteramente al diseño de la parte operativa en el proceso de planeación y para responder a las preguntas del ¿qué? y ¿cómo? debe ahondar en las actividades específicas, la programación, secuencia y mapeo de procedimientos. Muchos aspectos del diseño de planeación operativa dependen del contexto específico de cada organización o sus necesidades, y la diversidad hace difícil concebir diagramas de procesos universales. Sin embargo, existen circunstancias y pasos generales que pueden ser aplicables a contextos organizacionales formales o, al menos, pueden servir de guía o marco general.

Con base en la experiencia científica y en la consultoría desarrollada en diversas organizaciones por el autor del presente, aquí se propone un modelo estándar de 14 pasos para la implementación o ejecución de un proyecto de factores psicosociales en organizaciones pequeñas, medianas o grandes (al menos 30 trabajadores), el cual incluye tres fases generales: el proceso mismo de planeación estratégica, el diagnóstico y la intervención (figura 7).

Cabe mencionar que, aunque este modelo operativo aborda en su primera fase nuevamente el proceso de planeación estratégica (pasos 2-7), no se trata de una

redundancia del modelo de planeación antes propuesto (COPREM) (figura 1), puesto que aquí se refiere al diseño de las acciones operativas específicas en un sentido de implementación e implica un mapa estándar de procedimientos, el cual se propone en 14 pasos, como se muestra en la figura 7.

Figura 7. Modelo estándar de 14 pasos en la ejecución de un proyecto de factores psicosociales



Fuente: elaboración propia.

A continuación, algunas descripciones y consideraciones de cada paso:

*Paso 1.* En principio, es imprescindible establecer y nombrar un comité (e.g., “comité de desarrollo psicosocial”), que tenga no más de cinco personas, quienes serían el equipo de trabajo clave a cargo del proyecto, con las siguientes funciones:

ESTADO DE MORELOS



- a) Líder estratégico o patrocinador: preferentemente, el director, gerente o coordinador general de la organización, alguien de la más alta dirección que pueda contribuir con la alineación estratégica del proyecto y el patrocinio o gestión de los recursos necesarios.
- b) Líder operativo o secretario general: asumido por el director, gerente o encargado de las áreas de personal y/o salud ocupacional en la organización. Usualmente, es la persona más ligada al origen del proyecto; su contribución es esencial en términos de proveer información de salud y desempeño de los trabajadores y de diversa índole, así como otras gestiones imprescindibles del proyecto.
- c) Representante de producción, calidad, ventas, o responsable de operaciones (dependiendo la organización): su participación es relevante para la planificación de actividades logísticas del proyecto, pues asegura que se dé el menor impacto posible en los procesos operativos habituales de la organización y ayuda a identificar la viabilidad y factibilidad de medidas recomendadas y asociadas a los procesos.
- d) Representante de los trabajadores: su participación debe favorecer el involucramiento de la fuerza laboral y la eficacia de las medidas, al cuidar que se aproveche el “saber” de los trabajadores y asegurar la transparencia y transmisión de información del proyecto, para permitir que los trabajadores asuman también su responsabilidad en el control de su propia salud psicosocial en beneficio colectivo (empresa y trabajadores).
- e) Consultor externo: se trata del experto que asesora técnicamente el proyecto y proporciona la mirada objetiva y científica. Es deseable que tenga experiencia en proyectos de factores psicosociales de estrés en el trabajo (diferentes de aquellos enfocados solo en *coaching*, programas de *wellness*, meditación u otros parecidos) y en metodología científica y estadística. Muchos académicos de universidades con este perfil tienen interés en este tipo de proyectos, por el sentido social de la investigación y no por la aspiración comercial, lo que puede dar oportunidad a que se establezcan convenios estratégicos.

Un proyecto que carezca de este comité o de algunos de sus miembros enfrentará diversos problemas, los obstáculos serán mayores y su alcance será limitado, aunque siempre dependerá del tipo de organización y su tamaño, pues una persona puede representar varias funciones, en el caso de organizaciones pequeñas. Este comité puede ser el mismo para atender casos de violencia laboral, como se sugiere en protocolos internacionales y por autoridades mexicanas (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2020). En cualquier caso, debe existir al menos un líder-consultor (in-

terno o externo a la organización) que asuma la planeación estratégica del modelo y las exploraciones preliminares que se abordan en los pasos 1 a 7 de este modelo operativo, considerando su responsabilidad ante los retos de transmisión y cambio cultural señalados antes, en el principio de adaptación y consideración cultural (figura 6).

*Paso 2.* La exploración preliminar y de madurez psicosocial de la organización se ha abordado en alguna medida en el apartado previo, sobre concepción estratégica, donde se ha dicho de manera global que se examinan las declaraciones de misión y visión y se identifica la madurez de la organización. Ahora deben diseñarse las acciones más específicas que se han de llevar a cabo en este paso, que entre otras podrían ser: analizar el hecho movilizador o problemas generadores del proyecto, indagar las expectativas de involucrados, realizar un recorrido de instalaciones y espacios, revisar todo el diseño y estructura de la organización, así como examinar los sistemas de reconocimientos, criterios de promoción, políticas de recursos humanos, el flujo operativo, canales de comunicación, balance de cumplimiento en productividad, estadísticas de desempeño e indicadores de salud y de seguridad de los trabajadores, etcétera. Vale la pena también identificar los aspectos culturales (historias, leyendas, anécdotas, creencias y costumbres de líderes y trabajadores). Es importante también indagar sobre proyectos previos relacionados con la salud psicosocial, sus logros, fracasos y posibles explicaciones de ello. Todo lo anterior con el apoyo de entrevistas clave, observaciones participantes y no participantes, y otras estrategias cualitativas, que permitirán obtener información preliminar suficiente para determinar la madurez de la cultura psicosocial de la empresa y la brecha que se deba trabajar, o en todo caso, el alcance al que puede aspirar el proyecto. Al cierre de este paso, esta información puede ser analizada en las primeras reuniones del comité de desarrollo psicosocial como insumo para el siguiente paso.

*Paso 3.* Este paso consta de las tareas o acciones derivadas del paso anterior e implican integrar los objetivos o metas del proyecto de intervención psicosocial a los indicadores estratégicos o políticas y procedimientos preexistentes en la organización, o, por otro lado, desarrollar la misión y los objetivos estratégicos del proyecto. En ambos casos, es necesario definir concretamente fechas, acciones y responsables.

*Paso 4.* Este es propiamente el que se refiere a este apartado (plan de ejecución) y en la lógica de que también es necesario describir la ejecución de la planeación, este paso abarca todo el proceso (planeación, diagnóstico e intervención) y puede personalizarse teniendo este modelo de 14 pasos propuesto como marco general.

*Paso 5.* Una vez definido el “qué y cómo se hará”, aquí se deben definir los recursos materiales y humanos necesarios para el proyecto. Este paso se aborda con mayor detalle en el apartado siguiente del plan estratégico (Recursos y soporte).



*Paso 6.* En este paso se diseñan los indicadores de monitoreo de resultados. Se aborda con detalle adelante en su apartado correspondiente (Evaluación y mejora).

*Paso 7.* El establecimiento del contrato, convenio o compromiso formal de los involucrados es un punto muy importante en dos sentidos: en su sentido psicológico y en la definición del alcance del proyecto. En el sentido psicológico, más allá de los términos legales o formales que implican un contrato con instituciones o participantes externos (e.g., consultor), se sugiere generar adicionalmente una carta o acta de compromiso entre los miembros del comité de desarrollo psicosocial, que representa la formalidad de su colaboración y el contrato psicológico simbólico. En cuanto al alcance del proyecto, el compromiso formal después del análisis estratégico puede derivar en que se hagan cambios a los 14 pasos sugeridos, determinando que son viables solo algunos de ellos, lo que a todas luces requiere de flexibilidad en el modelo; sin embargo, su fortaleza es que se aterriza en un compromiso psicológico y formal de las partes. Aun en estos casos de flexibilidad, se entiende que el alcance del proyecto decidido fue definido con base en una valoración y planeación estratégica previa, de acuerdo con las necesidades, intereses o madurez de la organización, aunque debe considerarse que el modelo propuesto implícitamente sugiere un proyecto integral acorde con los principios expresados previamente y que, al ejecutarlo de manera completa (planeación, diagnóstico e intervención), su impacto será holístico, armónico y sistémico.

*Paso 8.* El inicio del diagnóstico debe comenzar con una campaña informativa y de comunicación en toda la organización sobre el proyecto que se va a realizar (inducción), lo que ayudará a disminuir naturales resistencias. La estrategia de selección de la muestra/población de trabajadores que participarán es un aspecto central debido a su peso en la validez o incluso utilidad de la información generada. Es común que se obtengan resultados no representativos de la organización o que haya departamentos sub o sobrerrepresentados. Desde el ángulo científico, el muestreo y el sesgo de selección son aspectos que deben ser cuidadosamente controlados. El sesgo de selección se refiere a “errores sistemáticos que se introducen durante la selección o el seguimiento de la población en estudio y que propician una conclusión equivocada sobre la hipótesis en la evaluación” (Hernández, 2007: 440). Un ejemplo es que solo participen en el proyecto trabajadores con mucho ánimo y tiempo (muy satisfechos y sin cargas de trabajo), lo que provoca subestimación de los riesgos psicosociales y conclusiones falsas, fenómeno que se conoce también como “efecto del trabajador sano” (Shah, 2009). La mejor forma de evitar este sesgo es evaluar a toda la población de la organización (censo), en la medida de lo posible, tarea que algunas legislaciones latinoamericanas de todas formas requieren. Sin embargo, dependerá de cada caso.

*Paso 9.* Respecto a la logística de evaluación diagnóstica, hay organizaciones que siguen optando por encuestas a lápiz y papel, en lugar de plataformas digitales, a pesar de que las primeras implican mayor costo, tiempo y usualmente tienen más respuestas faltantes. En cualquier caso, es recomendable que las encuestas se diseñen considerando la edad y escolaridad de los respondientes, y que estas sean aplicadas en el centro de trabajo bajo supervisión y en circunstancias propicias (sin ruido, en un lugar cómodo, etc.), pero siempre salvaguardando la privacidad y anonimato de los respondientes.

En la parte instrumental del diagnóstico, en consonancia con el principio del respaldo científico antes sugerido, es necesario asegurar que los cuestionarios que se van a utilizar cuenten con las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad requeridas en el contexto en el que se aplicarán o, en todo caso, deben estimarse por el consultor o experto técnico del proyecto. Se dice que una medición es válida si evalúa realmente el atributo que se pretende medir y no otro, aunque sea parecido, y que es confiable si es precisa, estable, consistente y libre de error (Juárez, 2015). La subestimación de estos aspectos puede llevar a sesgos de medición y, por tanto, a potenciales afectaciones en la certeza del diagnóstico y su utilidad. Otros sesgos de medición son: las condiciones de aplicación del instrumento, el uso diferencial de distintos formatos o versiones, el efecto de la fatiga, entre otros. De acuerdo con el diseño, contexto y alcance definido estratégicamente para el proyecto psicosocial, existen diversas metodologías cualitativas y cuantitativas útiles para la recolección de la información, para lo que se sugieren consultar referencias al respecto (véase, por ejemplo, Arias, 1999; Hernández, 2007; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Otro elemento importante para considerarse en este paso referente al diagnóstico es que, en algunos casos, puede haber factores de gran frecuencia de exposición (experimentación reiterada según reporte de los trabajadores), pero inocuos o con consecuencias no sustanciales para la persona o la organización y, por otro lado, puede haber factores de baja exposición (poca frecuencia de experimentación), pero potencialmente nocivos para la salud y altamente amenazantes para las metas y costos de la organización, lo que merece un distinguo en las estrategias de intervención, pero, sobre todo, deja ver la necesidad de incluir en el diagnóstico aspectos relacionados con los efectos y las consecuencias de estos factores psicosociales. En sentido estricto, esta sería la estimación correcta de riesgo psicosocial de acuerdo con la definición de riesgo (sinergia entre la exposición y magnitud de daño) (Last *et al.*, 2001). En los proyectos psicosociales frecuentemente son incluidos aspectos relacionados con la sintomatología de salud física y mental de los trabajadores, aunque pueden agregarse datos objetivos relativos a las visitas médicas, resultados de pruebas sanguíneas, accidentes, incapacida-

des, faltas, retardos, indicadores de desempeño y otros registros que usualmente las organizaciones poseen como parte de sus controles, los que deben utilizarse de acuerdo con los estándares éticos, de confidencialidad y de protección de datos personales establecidos en la ley vigente y aquellos señalados en los campos disciplinares, por ejemplo la ley de protección de datos personales en México (*Diario Oficial de la Federación* [DOF], 2010) o el Código de Ética de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH, 2014).

Finalmente, dos cuestiones adicionales que se deben considerar en este paso son: la inclusión de aspectos positivos en la evaluación (e.g., entorno organizacional favorable, factores salutogénicos, efectos positivos) que salen de las visiones tradicionales de “riesgo” y la opción de una profundización cualitativa en factores que fueron identificados cuantitativamente (e.g., significado o tareas específicas ligadas a la percepción de “carga de trabajo”). Todo ello permitirá un diagnóstico integral y mejor comprensión de los fenómenos para una intervención y toma de decisión más apropiada.

*Paso 10.* En el marco del principio del respaldo científico, la estrategia de análisis de resultados merece su propio paso y, en complemento con el anterior, es primordial entender la diferencia entre un marco descriptivo y uno correlacional (o analítico). Por ejemplo, muchos proyectos frecuentemente hacen una valoración de sintomatología de alteraciones mentales, por un lado, y por otro, evalúan los factores de riesgo psicosocial, pero en ningún momento estiman la asociación o relación entre ellos, y, por tanto, al ser descriptivos queda en desconocimiento la nocividad de tales factores y su riesgo potencial en el contexto específico de cada organización. Existen distintas pruebas estadísticas de asociación entre variables o estimación de riesgo que pueden ser útiles para dimensionar la nocividad, las cuales están disponibles en textos metodológicos y estadísticos (Arias, 1999; Hernández, 2007; Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2010; Juárez, 2015).

Asimismo, adentrados en la estrategia de asociación entre variables en los análisis de resultados, se debe considerar el “sesgo de confusión”, el cual se refiere a la conclusión de la asociación espuria entre un factor de exposición y su efecto, que está distorsionada o realmente explicada por una tercera variable, a la que se llama “variable confusora” (Hernández, 2007). Esto es muy importante para la identificación de la auténtica nocividad de factores psicosociales laborales y la dirección que deben tomar las intervenciones. El control de variables confusoras puede hacerse por medio de estrategias de análisis multivariado y otros controles metodológicos comunes en el ámbito científico (tareas de las que también debe ocuparse el consultor experto), aunque en principio es necesario considerar factores potenciales, empezando con los aspectos sociodemográficos usuales en las encuestas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, etc.) y después con los facto-

res psicosociales extralaborales y otros de personalidad, como se contempla en algunos modelos (Juárez y Flores, 2021).

*Paso 11.* La retroalimentación diagnóstica es uno de los pasos más esperados del proyecto, y es importante una transmisión lo más clara posible a todos los involucrados, así como su difusión en todo el centro de trabajo. Algunas recomendaciones iniciales deben realizarse e incluso pueden demandar atenciones prontas y expeditas, como es el caso de la NOM-035-STPS en México, la cual requiere canalizar a trabajadores que fueron identificados con exposición a acontecimientos traumáticos severos y alta exposición psicosocial, para descartar o confirmar la necesidad de ayuda profesional inmediata.

*Paso 12.* El diseño de intervención en principio considera dos aspectos: las vulnerabilidades diagnósticas (factores, áreas o personas) y los recursos disponibles. El equilibrio entre estos se busca eligiendo prioridades y por ello la necesidad de un diagnóstico lo más acertado y exhaustivo posible. Existen tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria (tabla 1), los que no son propiamente un menú, sino elementos que se deben integrar para una intervención integral acorde con las recomendaciones internacionales (Hassard y Cox, 2011; World Health Organization, 2008).

Tabla 1. Niveles de intervención sobre factores psicosociales del estrés

Nivel de intervención/prevenición	Meta	Elementos de cambio	Ejemplos	Aplicación
Primaria (preventiva y proactiva)	Reducir los factores de riesgo potenciales o alterar la naturaleza de los estresores antes de que los trabajadores presenten síntomas de estrés o enfermedad.	La fuente de los estresores psicosociales en la organización del trabajo, contenido y condiciones de trabajo en general.	Cambio organizacional, rediseño de procesos y políticas, reducción de carga laboral, jornadas, mejoramiento de la comunicación, recompensas, etcétera.	Organizacional



(continuación)

Nivel de intervención/prevenición	Meta	Elementos de cambio	Ejemplos	Aplicación
Secundaria (meliorativo)	Dotar a los trabajadores con conocimiento, habilidades y recursos para afrontar con condiciones estresantes.	Respuesta de trabajadores a estresores.	Terapia cognitivo conductual, retroalimentación biológica, entrenamiento en afrontamiento, relajación, meditación, control emocional, administración del tiempo, etcétera.	Grupal-Individual.
Terciaria (reactiva-curativa)	Curar, compensar y/o rehabilitar a trabajadores con síntomas de estrés graves o enfermedades clínicas.	Efectos adversos en la salud debido a factores psicosociales en el trabajo.	Programas de rehabilitación para retorno al trabajo, tratamientos médicos y psicológicos.	Individual.

Fuente: adaptada de Hassard y Cox (2011).

Asimismo, se reitera en este paso el principio del respaldo científico, pues es altamente recomendable optar únicamente por intervenciones que tengan sustento en la evidencia científica disponible y, por otro lado, considerar los conocidos sesgos metodológicos en las intervenciones. Entre los sesgos más frecuentes se encuentran el sesgo de realización (e.g., la falta de un grupo control, el efecto Hawthorne, la exposición a factores diferentes a la intervención no controlados, etc.), el sesgo de selección (e.g., efecto por características iniciales de los participantes o autoselección, etc.) y el sesgo de desgaste, conocido también como “deserción experimental” (e.g., abandono de participantes) (Higgins y Green, 2011). Aunque es imposible controlar minuciosa y sustancialmente todos los sesgos, su consideración permitirá conclusiones más justas respecto a las intervenciones realizadas.

*Paso 13.* Se lleva a cabo la ejecución de la intervención propiamente, la que debe seguirse cuidadosamente de acuerdo con lo planeado o diseñado previamente, aunque en algunos casos puede durar varios años.

*Paso 14.* Se hace la valoración y retroalimentación general de los resultados de todo el proyecto y se comienza un proceso de mejora continua, aunque vale la pena aclarar que esto sucede en dos aspectos: el primero es en términos del control alcanzado en los factores psicosociales en el trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores y el bienestar organizacional (e.g., evaluación de la intervención), mientras que el segundo se enfoca enteramente en la evaluación del plan estratégico seleccionado y los pasos ejecutados en el proyecto, mediante los resultados ofrecidos por indicadores de monitoreo que se llevaron a cabo durante todo el proyecto, aspectos que se abordarán en el último apartado (evaluación y mejora).

### **Recursos y soporte**

Este apartado busca planear el “¿con qué y quiénes?” para la realización del proyecto psicosocial; incluye la definición de presupuestos, equipos, materiales, insumos y personas necesarias para llevarlo a cabo. Tres aspectos son ineludibles en esta definición: 1) el balance costo-beneficio como justificación del proyecto, 2) la definición de prioridades o etapas y, 3) la decisión de servicios externos.

En cuanto al análisis de costo-beneficio, es conveniente recolectar información adicional que permita confirmar y demostrar a tomadores de decisiones que la implementación del proyecto no implica un gasto, sino una inversión. Las estimaciones financieras sobre la implementación de programas de bienestar y salud organizacional señalan un retorno promedio de inversión de 1:5, es decir que por cada peso que se invierte se recuperan 5 (Burton, 2010). No existe una metodología universal para una estimación de costo-beneficio en estos proyectos; sin embargo, se sugiere considerar los costos directos e indirectos que la organización asume por problemas que resulten asociados a los factores psicosociales en el diagnóstico, tales como ausentismo, visitas médicas, accidentes, incapacidades, presentismo, etcétera, y dependiendo de la magnitud de su relación con los factores psicosociales, se calcula indirectamente un costo aproximado y se priorizan de acuerdo con las necesidades de cada organización.

En cuanto a la definición de prioridades, es seguro que algunos departamentos, áreas o personas requerirán de atención más urgente que otras, por lo que un presupuesto de recursos puede darse por etapas, en atención a las prioridades. Asimismo, debe considerarse que un presupuesto para el diagnóstico puede estimarse con mayor certeza que el de una intervención, puesto que la última depende de los resultados de la primera y se desconoce *a priori* la cantidad y magnitud de necesidades psicosociales, de manera que cualquier presupuesto de intervención siempre tiene mayor inexactitud.



Algo que no debe subestimarse, es que, aunque se opte por no designar algún monto financiero para servicios externos del proyecto, existen costos asociados que de todas formas se asumen, tales como el costo hora/hombre de las personas que realizarán las tareas del proyecto, aunado a los costos por retrasos en tareas propias de sus puestos originales, los materiales, espacios y costos por equipos tecnológicos del activo fijo que se emplean, entre otros. Asimismo, es necesario considerar que los conocimientos técnicos para un proyecto de esta naturaleza son altamente especializados y se requerirá, en cualquier caso, de un experto consultor (interno o externo) cuya elección debe basarse en las recomendaciones emitidas en el paso 1.

En general, el ajuste entre recursos requeridos y necesidades por cubrir debe ser lo más exacto posible para consolidar no solo su viabilidad y factibilidad, sino también su efectividad e impacto. Aunque no hay una regla general, en la tabla 2 se muestran algunos de los recursos básicos que se deben considerar en el presupuesto estándar para implementar un proyecto dentro de una organización.

*Tabla 2.* Recursos básicos que se deben considerar para el presupuesto de un proyecto de factores psicosociales en el trabajo

	<b>Planeación</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervención</b>
Recursos financieros	Honorarios de consultor, en su caso.	Honorarios de consultor, en su caso.	Honorarios de consultores o instructores
Recursos humanos	Horas/hombre de miembros de la comisión.	Horas/hombre de personal en inducción, aplicación de cuestionarios (y horas de producción tomadas).	Horas/hombre de personal para organizar cursos o capacitación.
Recursos materiales	Papelería, agua y materiales necesarios para presentaciones.	Papelería, impresión de cuestionarios (si es el caso), y otros necesarios	Materiales para entregar a los asistentes, agua, etc.
Recursos tecnológicos	Computadoras, uso de red, displays, cañón, etc. (adquisición o costo por hora).	Computadoras, uso de red, displays, cañón, etc. (adquisición o costo por hora).	Computadoras, uso de red, displays, cañón, etc. (adquisición o costo por hora).
Recursos de infraestructura	Sala de juntas, o espacios designados para reuniones del comité.	Espacios designados para la contestación de cuestionarios.	Espacios designados para los cursos o sesiones de intervención.

Fuente: elaboración propia.

## Evaluación y mejora

El último pero no menos importante aspecto en la planeación estratégica es el proceso de evaluación y mejora, el cual engloba la función de control de todo el proyecto, mediante un sistema de información con indicadores de monitoreo bien establecidos para todos los pasos que se llevaron a cabo. Dichos indicadores deberán contar con un estándar de cumplimiento que ayudará a comprender la brecha entre los resultados que se esperaban y lo que realmente se cumplen. Se trata del monitoreo de avances en los procesos estratégicos, operativos y de soporte utilizados a lo largo del proyecto e independientemente de los modelos estratégicos elegidos. Se utiliza un cuadro de indicadores de gestión, conocidos como KPI (*key performance indicators*) o indicadores clave de desempeño, que reflejan implícitamente las estrategias y la “creación de valor” en cada paso. Los KPI se ubican en dichos cuadros de mando o tableros de control (*dashboards*) para informar el avance del proyecto y requieren de alinearse a los objetivos (los que debieron desarrollarse con la metodología SMART, sugerida previamente) y contar con métricas que logren reflejar el alcance logrado. Entre sus principales atributos se encuentra que deben ser predecibles (permiten pronosticar tendencias), medibles (cuantitativamente), relevantes (se relacionan con el éxito del proyecto) y no deben ser muchos (Montero, 2016). Un ejemplo de un tablero de control con un objetivo en cada una de las principales fases del proyecto se muestra en la figura 8.

## Conclusiones y perspectivas futuras

La planeación estratégica es una metodología con gran potencial para orientar, organizar y gestionar de manera inteligente los esfuerzos e iniciativas hacia la consecución efectiva de metas, objetivos y logros que organizaciones, proyectos y personas se proponen día con día. Una de sus virtudes principales es que se trata de una herramienta que considera un nivel abstracto (lo que se quiere), un nivel operativo (lo que se puede) y un nivel táctico (el “cómo” para la combinación de lo que se puede y se quiere), teniendo implícita la estrategia medular de alinear estos componentes de manera coherente y funcional, con las consecuencias conocidas de creación de valor, ventaja competitiva, efectividad y otros indicadores de crecimiento de las organizaciones (Reyes, 2012; Sierra, 2013).

En esta medida, la planeación estratégica aplicada minuciosamente a los proyectos de evaluación e intervención de procesos psicosociales permite asegurar no solo su efectiva realización, sino también un mayor impacto de las metas a las que aspira (salud y bienestar psicosocial) y, más aún, de su sustentabilidad a lo

Figura 8. Cuadro de mando con ejemplo de objetivos en distintas fases del proyecto psicosocial

	Objetivo (SMART)	Indicador de desempeño (KPI)	Periodicidad de monitoreo	Criterios	Metas	Responsables	Avances
Planeación estratégica	Generar 3 objetivos del proyecto alineados a la misión al 15 de diciembre	Núm. de objetivos alineados y autorizados por la comisión antes del 15 de diciembre	Semana a partir de 1 de diciembre	Terminados = bien Sin autorización = regular incompletos = mal	Objetivos terminados al 15 de diciembre	Juan Pérez (líder de la comisión)	
Diagnóstico	Asegurar 30 computadoras para la evaluación diagnóstica al 7 de febrero	Número de computadoras disponibles antes del 7 de febrero	Cada tercer día a partir de 1 de diciembre	100 de computadoras = bien 51-70 = regular < 50 = mal	100 computadoras al 7 de febrero	Martín (RH)	
Intervención	Completar plan de intervención en todo el departamento de producción al 21 de diciembre	Porcentaje de personas del departamento capacitadas antes del 21 de diciembre	Semana a partir del 7 de septiembre	100 % = bien 41-60% = regular < 40% = mal	100% de personal capacitado al 21 de diciembre	Hilda (RH)	
Monitoreo y análisis	Desarrollar indicadores de desempeño (KPI) para el proceso de diagnóstico al 30 de diciembre	Número de KPI con V o Bo antes del 30 de diciembre	Semana a partir del 1 de diciembre	5 KPI terminados = bien 5 KPI sin autorización = regular Incompletos o sin autorización = mal	KPI del proceso diagnóstico al 30 de diciembre	Francisco (producción)	

Fuente: elaboración propia.

largo del tiempo, introduciéndose como parte de la cultura organizacional asumida por directivos y trabajadores. Si bien esta argumentación pueda parecer obvia y sin aporte alguno, vale la pena reiterar que, en la práctica o implementación de proyectos de factores psicosociales en las organizaciones latinoamericanas, su uso parece ser nulo o, al menos nualmente documentado, y la gestión tradicional de estos proyectos se inspira más en normativas y recomendaciones nacionales e internacionales que poseen marcos generales basados en planeación administrativa de proyectos (que no estratégica), o basados en marcos desde los pasos de la metodología científica académica, que no incluyen explícitamente las bondades de la planeación estratégica previamente señaladas.

En este capítulo se propuso una metodología de cuatro rubros de planeación y 14 pasos en la ejecución de proyectos psicosociales, la cual, aunque pudiera parecer poco novedosa u original, contiene matices particulares que son resultado único de la experiencia formativa, científica y de consultoría del autor del presente, destacándose, en particular, la reiterada visión de alinear la aproximación científica y la salud psicosocial a las estrategias de crecimiento competitivo de las organizaciones. Cada paso en los modelos propuestos, al ser visualizados estratégicamente, son propuestas de valor que deben traer ventajas competitivas basadas en el factor humano a la organización, pero también permitirá posicionar a quien las ponga en práctica de manera sustentable, en el nivel más alto de madurez y liderazgo de las buenas prácticas de implementación de proyectos psicosociales y sus logros, lo que deberá incrementar también el conocimiento científico en beneficio de la sociedad. De esta forma, aunque pareciera que la consolidación de la validez de la metodología estratégica propuesta pudiera quedar pendiente a probar en experiencias futuras, la creación de valor en la combinación de la gestión estratégica y científica propuesta, lo valida implícitamente.

Asimismo, el sentido abstracto del “ser” que se refleja en la definición de principios en todo proceso estratégico, se retoma en la propuesta de seis principios genéricos que tienen como eje medular la concepción y comprensión holística de la relación entre el ser humano y su trabajo, lo que se hace en un marco social no solo de la humanización del trabajo, sino también de la responsabilidad compartida de generar un progreso colectivo por medio de la productividad y el desarrollo del potencial humano en su actividad laboral.

Conviene señalar al menos dos limitaciones principales que pueden tener los modelos propuestos en este escrito; en principio dar cuenta que fueron pensados en el contexto de cierto tipo de organizaciones (organizaciones formales en culturas latinoamericanas con un funcionamiento marcadamente jerárquico), lo que implica, por un lado, la necesidad de adaptación de dichos modelos o la generación de nuevos modelos más apropiados a escenarios u organizaciones con ca-

racterísticas o necesidades diferentes y, por otro lado, el reconocimiento de un enfoque en el que el papel de los trabajadores sigue siendo muy receptivo o pasivo en los proyectos psicosociales y lejos de los modelos participativos más maduros, situación motivada por la realidad de las culturas organizacionales latinas ya descritas, que tendrán que aspirar a niveles de madurez mayores, teniendo quizá primero que conseguir éxitos con los modelos propuestos en una perspectiva evolutiva. Los modelos de intervención participativos que han sido exitosos en escenarios laborales de otras culturas (Mikkelsen, Saksvik y Landsbergis, 2000), pudieran ser más adecuados para organizaciones y ámbitos diferentes de la empresa privada tradicional, con fines comerciales, tales como las organizaciones de la sociedad civil, cooperativas, grupos comunitarios con proyectos de economía solidaria, o incluso grupos del comercio o del trabajo informal, en general, donde la cultura participativa es más viable y se conforman como una buena proporción de la fuerza laboral latinoamericana.

Como retos y perspectivas futuras, además de generar iniciativas y modelos de evaluación e intervención psicosocial en los ámbitos del trabajo informal, así como ideas para fomentar la madurez psicosocial de empresas latinas, conviene no perder de vista el contexto de la economía digital y de conocimiento, donde el *big data*, el *machine learning* y la inteligencia artificial, entre otros, son paradigmas de la toma de decisiones basadas en la información en la que los factores psicosociales del trabajo y su impacto en la salud y la calidad de vida no deben quedar excluidos, siempre en beneficio, de los trabajadores, organizaciones y sociedad en general.

## Referencias bibliográficas

- AGUIRRE, H. (2014). *Planeación estratégica y productividad laboral (estudio realizado en Hotel del Campo, Quetzaltenango)* (tesis de licenciatura). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- ARIAS, F. (1999). *Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento*. México: Trillas.
- BECKER, G. S., Murphy, K. M. y Tamura, R. (1990). Human capital, fertility, and economic growth. *Journal of Political Economy*, 98(5, Part 2), pp. S12-S37.
- BURTON, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model. Background and Supporting Literature and Practice*. Ginebra, Suiza: World Health Organisation.
- CHIAVENATO, I. y Sapiro, A. (2017). *Planeación estratégica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- DE LA PUENTE, S.M (2016). *Planeamiento estratégico* [en línea]. Recuperado de <https://www.slideshare.net/manueldelapuate/02-visin-misinvalores-2016>
- Diario Oficial de la Federación* [DOF] (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Cámara de Diputados. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>



- DOLLARD, M. F. y Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), pp. 579-599. DOI: /10.1348/096317909X470690
- EUROPEAN AGENCY of Safety and Health at Work (2020). *Psychosocial risks and stress at work*. Recuperado de <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>.
- GARCÍA, M., Quispe, C. y Ráez, L. (2003). Mejora continua de la calidad en los procesos. *Industrial Data*, 6(1), pp. 89-94.
- GÓMEZ ORTIZ, V. y Juárez García, A. (2016). Condiciones de trabajo, exigencias psicosociales y salud en población latinoamericana. En *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: de la negación al derecho* (pp. 473-503). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- GONZÁLEZ, E. R. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), pp. 71-77.
- GUÍZAR, R. (2004). Factores organizacionales críticos. En *Desarrollo organizacional. Principios y aplicaciones* (pp. ¿?). México: McGraw.
- HASSARD, J. y Cox, T. (2011). Work-related stress: Nature and management. *EU-OSHA Website*. Recuperado de [https://oshwiki.eu/wiki/Work-related\\_stress:\\_Nature\\_and\\_management#Managing\\_and\\_preventing\\_work-related\\_stress](https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management#Managing_and_preventing_work-related_stress)
- HELLRIEGEL, D. y Slocum, J. (1998). *Administración* (7ª ed.). México: Thomson.
- HERNÁNDEZ Ávila, M. (2007). *Epidemiología: Diseño y análisis de estudios*. México: Médica Panamericana.
- HERNÁNDEZ, J., Gallarzo, M. y Espinoza, J. (2011). *Desarrollo organizacional: un enfoque latinoamericano*. México: Pearson Educación de México, SA de CV.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (vol. 6). México: Mcgraw-Hill.
- HIGGINS, J. P. T. y Green, S. (2011). *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. The Cochrane Collaboration, pp. 1-639.
- HOUTMAN, I., Jettinghof, K., Cedillo, L., y World Health Organization (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores (Protección de la Salud de los Trabajadores; núm. 6). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION [ILO] (1999). *Decent Work. Report of the Director-General. International Labour Conference. 87th Session 1999*. Ginebra: International Labour Organization.
- INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION [ISO] (2003). *Orientación sobre el concepto y uso del "Enfoque basado en procesos" para los sistemas de gestión* (TC 176/SC 2/N 544R2). Recuperado de [revistas.upagu.edu.pe/index.php/NG/article/download/275/207](http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/NG/article/download/275/207)
- INTERNATIONAL COMMISSION OF OCCUPATIONAL HEALTH [ICOH] (2014). *Code of Ethics*. Recuperado de [http://www.icohweb.org/site/multimedia/core\\_documents/pdf/code\\_ethics\\_spa.pdf](http://www.icohweb.org/site/multimedia/core_documents/pdf/code_ethics_spa.pdf)
- JUÁREZ GARCÍA, A. (2015). *Investigaciones psicométricas de escalas psicosociales en trabajadores mexicanos*. México: Plaza y Valdés/Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- JUÁREZ GARCÍA, A., Vera Calzaretta, A., Blanco Gómez, G., Gómez Ortiz, V., Hernández-Mendoza, E., Jacinto-Ubillus, J., y Choi, B. (2015). Validity of the effort/reward imbalance questionnaire in health professionals from six Latin-American countries. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(6), pp. 636-649. DOI: /10.1002/ajim.22432



- JUÁREZ GARCÍA, A., Vera Calzaretta, A., Merino Soto, C., Gómez Ortiz, V., Feldman, L. y Hernández, E. (2014). Demanda/control y la salud mental en profesionales de la salud: Un estudio en seis países latinoamericanos. *Información Psicológica* (108), pp. 2-18. doi: /10.14635/IPSIC.2014.108.1
- JUÁREZ, A. y Flores, C. (2021). Estructura factorial de un instrumento para la evaluación de procesos psicosociales en el trabajo en México. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales* (en proceso de publicación).
- JUÁREZ, A. y Camacho, A. (2011). *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicosocial en el trabajo* (1ª ed.). México: Juan Pablos / Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- KNOSTER, T. (1991). *Model for Managing Complex Change*. Recuperado de <https://practices.learnin-gaccelerator.org/strategies/tool-knoster-model-for-managing-complex-change>
- KORTUM, E. y Leka, S. (2014). Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: The need for a multilevel intervention framework. *International Journal of Stress Management*, 21(1), pp. 7-26.
- LANGENHAN, M. K., Leka, S. y Jain, A. (2013). Psychosocial risks: Is risk management strategic enough in business and policy making? *Safety and Health at Work*, 4(2), pp. 87-94. doi: 10.1016/j.shaw.2013.04.003
- LAST, J. M., Harris, S. S., Thuriaux, M. C. y Spasoff, R. A. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. Nueva York: International Epidemiological Association, Inc.
- LEKA, S., y Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Polonia: World Health Organization.
- MARTIN, S. B. (2006). *Global Sourcing Dynamics, Inequality, and "Decent Work" in Auto Parts: Mexico Through the Brazilian Looking Glass*. The New School. International Affairs Working Paper, 8.
- MAYURÍ BARRÓN, J. V. (2012). La planeación estratégica como herramienta para mejorar la productividad en las agencias de viajes y turismo de Arequipa. *Gestión en el Tercer Milenio*, 15(30), pp. 95-105. doi: 10.15381/gtm.v15i30.8812
- MIKKELSEN, A., Saksvik, P. Ø. y Landsbergis, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work y Stress*, 14(2), pp. 156-170. doi: /10.1080/026783700750051667
- MONTERO, G. (2016). *Diseño de indicadores para la gestión de proyectos* (tesis de doctorado). Valladolid, España: Escuela de Ingenierías Industriales, Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/22086/Tesis1183-170112.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OIT-OMS, Comité Mixto (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. (Núm. 56, 9ª Reunión). Ginebra: Medicina del Trabajo.
- PUERTA, J. (2009). Del gerente al decisor transdisciplinario. *RET. Revista de Estudios Transdisciplinarios*, 1(1), pp. 30-51.
- QUICK, J. C. E. y Tetrick, L. E. (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley Library. doi: /10.1002/0471264385.wei0924
- RAE (Real Academia Española) (2020). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://www.rae.es/>
- REYES, O. (2012). *Planeación estratégica para alta dirección*. Indiana: Palibrio.
- RODRÍGUEZ RUÍZ, Y., Pérez Mergarejo, E. y Montero Martínez, R. (2012). Modelo de Madurez de Ergonomía para Empresas (MME). *El Hombre y la Máquina* (40), pp. 22-30. doi: <http://red.uao.edu.co/bitstream/10614/10828/1/A0108.pdf>

- RUBIN, R. S. (2002). Will the real SMART goals please stand up. *The Industrial-Organizational Psychologist*, 39(4), pp. 26-27.
- SANTOS, A. C. (2012). Evaluando desempeños: alineamiento estratégico y productividad. *Forum Empresarial*, 17(1), pp. 1-30.
- SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (STPS) (2020). *Protocolo de actuación frente a casos de violencia laboral, hostigamiento y acoso sexual, dirigido a las empresas de la República Mexicana*. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/documentos/protocolo-de-actuacion-frente-a-casos-de-violencia-laboral-hostigamiento-y-acoso-sexual-dirigido-a-las-empresas-de-la-republica-mexicana>
- SEOW, P. S., Pan, G. y Koh, G. (2019). Examining an experiential learning approach to prepare students for the volatile, uncertain, complex and ambiguous (VUCA) work environment. *The International Journal of Management Education*, 17(1), pp. 62-76. Recuperado de [https://ink.library.smu.edu.sg/soa\\_research/1760](https://ink.library.smu.edu.sg/soa_research/1760)
- SHAH, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13(2), pp. 77-79.
- SIERRA, E. R. C. (2013). El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. *Pensamiento y gestión* (35), pp. 152-181. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64629832007>
- STOKOLS, D., Hall, K. L., Taylor, B. K. y Moser, R. P. (2008). The science of team science: Overview of the field and introduction to the supplement. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), pp. S77-S89.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: A resource for employer and worker representatives* (núm. 9). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43966>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## 2. Aportes de la psicología positiva para promover el bienestar en el contexto laboral

Ramón Rodríguez Montalbán,<sup>1</sup>  
Isabella Meneghel,<sup>2</sup> Valeria Cruz Ortiz<sup>3</sup>  
y Clara Ivette Hernández Vargas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Carlos Albizu, Puerto Rico

<sup>2</sup>Universitat Internacional de Catalunya, España

<sup>3</sup>Universitat Jaume I, España

<sup>4</sup>Universidad Nacional Autónoma de México

*La riqueza de las empresas depende  
de la salud de los trabajadores*

María Neira, directora del  
Departamento de Salud Pública y Ambiente,  
Organización Mundial de la Salud

### Resumen

La psicología positiva surge como movimiento que estudia fortalezas, cualidades y emociones positivas en los individuos y, a su vez, promueve el funcionamiento óptimo y la salud psicosocial de los individuos. Esta corriente es la base de la psicología organizacional positiva (POP) que busca desarrollar organizaciones con bienestar psicosocial, así como la gestión efectiva en el trabajo (individuos, grupos y organizaciones). En este capítulo, proponemos un método de intervención de psicología positiva (IPP) basado en un modelo de consultoría relacional y diseñando las intervenciones partiendo de la gerencia basada en la evidencia (GBE). Esto con el propósito de promover los factores positivos (i.e., experiencia subjetiva y resultados organizacionales positivos) a tres niveles: individual (micro), grupos y equipos de trabajo (meso) y organizacional (macro). Presentamos algunos de los conceptos que la evidencia científica destaca como importantes y necesarios a incluirse en el diseño de una propuesta de IPP. Nuestra propuesta tiene como objetivo de promover la salud de los trabajadores, mejorar el desempeño organizacional y por ende fomentar la calidad de vida laboral y organizacional.

**Palabras clave:** psicología organizacional positiva, intervenciones en psicología positiva, gerencia basada en la evidencia.

## Introducción

Cada día hay mayor conciencia de la importancia de la salud mental en las organizaciones. Ante esto, ha aumentado el interés de los empleadores y trabajadores de los sectores públicos y privados, así como de los académicos, por tener claro cuáles son los factores que influyen para mejorar la salud mental en el lugar de trabajo y, a partir de eso, poder realizar acciones conducentes a esos fines (White *et al.*, 2020). Tradicionalmente, la psicología ha conceptualizado a la salud mental como la ausencia de signos y síntomas negativos, ya que gran parte de las investigaciones e intervenciones se han enfocado en los déficits y las disfunciones. Aunque estas aportaciones representan un aporte invaluable para la psicología, se comienzan a abrir nuevos espacios de investigación e intervención, partiendo de la psicología positiva. Esta ofrece una mirada complementaria al enfoque tradicional, al centrar su estudio en la comprensión e incremento del bienestar, definido como el funcionamiento y experiencia psicológica óptimos (Ryan y Deci, 2000). Esto incluye, dentro del concepto de bienestar, las fortalezas, la satisfacción con la vida, la felicidad y los comportamientos positivos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002).

Ambos enfoques de la psicología (tradicional y positiva) proporcionan una amplia visión sobre la comprensión de los comportamientos humanos, que van en consonancia con la noción de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de la enfermedad”. Sin embargo, encontramos un vacío en la literatura científica sobre cómo hacer la traslación de los hallazgos investigativos a las intervenciones que promuevan el bienestar de los trabajadores. ¿Cómo podemos utilizar la evidencia para diseñar intervenciones psicológicas positivas? ¿Qué papel juega la psicología positiva en el desarrollo de espacios de trabajo que promueven el bienestar? ¿Cómo podemos diseñar e implementar intervenciones psicológicas positivas?

Para atender estos cuestionamientos presentamos una propuesta que parte del enfoque de la psicología positiva aplicada a los entornos laborales. Una propuesta en la que se integran los saberes producto de la investigación y la práctica de la consultoría. El objetivo de este capítulo no es realizar una descripción extensa de las posibles intervenciones psicológicas positivas ni entrar en un debate *ad nauseam* de los pros y los contras de cada una de ellas. Lo que pretendemos es recalcar la importancia de invertir en la salud psicosocial de las personas, así como subrayar la relevancia de crear espacios de trabajo saludables. Presentamos lo que a nuestro entender es importante tener en cuenta antes, durante y después de la implementación de las intervenciones psicológicas positivas (IPP). A conti-

nuación, resumiremos brevemente varios conceptos que se pueden incorporar al implementar intervenciones para promover la salud psicosocial en las organizaciones. Esperamos que este sea un primer acercamiento a la psicología organizacional positiva (POP), como una herramienta que aporta a la psicología del trabajo y de la salud ocupacional.

### **La psicología positiva**

El movimiento de la psicología positiva fue impulsado en el año 2000 por Martin Seligman, quien dio un giro radical del estudio de los déficits y patologías, hacia la investigación de lo que él llamó fortalezas y virtudes humanas. La psicología positiva se define como la ciencia de la experiencia subjetiva que estudia los procesos que van de la mano con las cualidades y emociones positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). El punto de partida de la psicología positiva incluye tres aspectos: 1) una crítica a las insuficiencias del modelo médico actual de la salud; 2) un acercamiento a los resultados positivos; 3) la firme creencia de que tales resultados podrán, a largo plazo, ser más eficaces en la reducción de los problemas psicosociales. Cabe destacar que, desde sus orígenes hasta el presente, la psicología positiva ha realizado hallazgos significativos en diferentes ramas (e.g., clínica, educativa, trabajo, organizaciones, entre otras) (Vázquez y Hervás, 2009).

El enfoque presentado por la psicología positiva amplía el campo de investigación dentro del ámbito organizacional. Hasta ahora, en la práctica y la investigación de la psicología de la salud ocupacional predominaba el modelo tradicional centrado en la reducción de síntomas negativos, la disminución del malestar de los empleados, la enfermedad profesional y los procesos psicológicos que subyacen al estrés, por mencionar algunos. Sin embargo, entendemos que esta propuesta no es (ni fue) suficiente para promover y alcanzar el bienestar, así como la mejora en la salud laboral. Por esta razón, destacamos la importancia de prestar atención al desarrollo de espacios saludables, donde la meta sea potenciar el bienestar psicosocial en el trabajo. Por tanto, la psicología de salud ocupacional puede moverse hacia un enfoque más integral, centrándose en estrategias de prevención e intervención que construyan y promuevan el bienestar (White, Uttl y Holder, 2019). Este nuevo reto, sin lugar a duda, lo puede asumir la *psicología organizacional positiva*.



Uno de los aportes más importantes de la psicología positiva es el cambio de paradigma que destaca la psicología organizacional positiva (POP), dado su enfoque en estudiar el bienestar de los trabajadores y explicar los estados psicológicos y afectivos de las personas cuando están en el trabajo. La POP se define como “el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de organizaciones para que sean más saludables” (Salanova, Llorens y Martínez, 2016: 177). Desde esta perspectiva, se considera que el principal objetivo que persigue la POP es el estudio de aquellos factores que caracterizan a los empleados y las organizaciones positivas, para así favorecer e incrementar el bienestar psicosocial y la calidad de vida laboral.

El enfoque de la POP se propone como estrategia complementaria para evaluar *ambas caras de la moneda*. Partiendo del análisis integral, además de entender los factores que afectan a los trabajadores, es pertinente tomar en cuenta los predictores que, por mencionar algunos, promueven su resiliencia, entusiasmo y compromiso, entre otros. A su vez, la POP pretende tener otra perspectiva de trabajo, con un enfoque complementario para la gestión de las organizaciones y los recursos humanos. Por consiguiente, la POP busca entender y promover los antecedentes y las consecuencias de los patrones organizacionales positivos. Todo esto con el propósito de gestar un cuerpo de conocimiento que permita llevar a cabo intervenciones psicológicas positivas para transformar los entornos laborales, contribuyendo al desarrollo de ciertos aspectos psicológicos de los empleados (i.e. autoeficacia, resiliencia, bienestar, compromiso, compasión, entre otros).

Teniendo en cuenta esta perspectiva, consideramos que la POP aporta, con la herramienta de la intervención psicológica positiva, a la gestión de recursos humanos, con el objetivo de promover el desempeño organizacional, así como mejorar la calidad de vida laboral y organizacional. Sin duda, esto representa una importante contribución de la POP a la promoción de la salud psicosocial, así como la creación de espacios de trabajo saludables.

### *Intervenciones psicológicas positivas*

Las intervenciones psicológicas positivas (IPP) se definen como aquellas actividades o métodos que identifican, construyen y/o amplían cualquier aspecto positivo (i.e. experiencia subjetiva y aspectos positivos organizacionales), en tres niveles: individual, grupos y equipos de trabajo y organizacional (Meyers, Van Woerkom



y Bakker, 2013). Por tanto, incluyen actividades que tienen sus bases en las teorías de la psicología positiva y que están diseñadas para promover estados positivos (e.g., felicidad, compromiso organizacional y *engagement*), rasgos positivos (e.g., fortalezas de carácter) y conductas positivas (e.g., comportamientos de ciudadanía organizacional).

Este enfoque positivo permite identificar aquellos recursos laborales que inciden en los estados psicológicos de los trabajadores. Los *recursos laborales* son aquellos aspectos físicos, personales, psicológicos, organizacionales y sociales del trabajo que permiten alcanzar las metas laborales, así como reducir las exigencias, costes fisiológicos y psicológicos laborales (Bakker y Demerouti, 2013). Podríamos ejemplificar con varias prácticas y niveles para desarrollar los recursos laborales; por mencionar algunas: el rediseño del puesto (tareas) que realiza la persona, la gestión de los grupos y equipos de trabajo y la gestión del clima organizacional. La evidencia demuestra que las características de los puestos de trabajo *bien diseñados* (e.g., variedad de tareas) promueven la felicidad (Oerlemans y Bakker, 2018), la satisfacción y la motivación (Hackman y Oldham, 1976), el *engagement* y el desempeño (Kim, Park y Headrik, 2018). De igual forma, se ha evidenciado que los recursos personales, como la *autoeficacia*, también fomentan el *engagement* y el desempeño de los trabajadores (Lorente *et al.*, 2014; Van Wingerden, Derks y Bakker, 2017), así como las experiencias psicológicas óptimas de disfrute, como el *flow* (Salanova, Bakker y Llorens, 2006). Por su parte, los recursos organizacionales (las prácticas de gestión humana que ponen en marcha la organización), como la *autonomía*, promueven estados psicológicos positivos tales como la pasión por el trabajo (Rodríguez *et al.*, 2017). Mientras que las prácticas de *justicia organizacional* (Rodríguez, Martínez y Salanova, 2014) y el *liderazgo transformacional* (Cruz-Ortiz, Salanova y Martínez, 2013), promueven los comportamientos de ciudadanía organizacional y el desempeño de los equipos de trabajo, respectivamente. Cabe destacar que la evidencia demuestra que los *recursos extra-organizacionales*, que son aquellos factores fuera del entorno del trabajo (e.g., interacción positiva trabajo-vida privada) también promueven el bienestar psicológico de los trabajadores (Rodríguez, Vélez y Meléndez, 2012). En este sentido, se demuestra que el bienestar de los trabajadores incide en la calidad del servicio a los clientes y/o productos, así como en las relaciones sociales hacia los compañeros de trabajo y los supervisores (Fredrickson, 2001; Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau y Rodríguez-Sánchez, 2014). En conclusión, todo este cuerpo de conocimiento pone de manifiesto que la salud psicosocial de los trabajadores tiene consecuencias positivas para las organizaciones. Pero, ¿cómo podemos promover estos estados de bienestar en los trabajadores? ¿Cuáles son las mejores estrategias?

## Consideraciones preliminares

A pesar de que existe evidencia de la eficacia de diferentes IPP en el contexto laboral, estas no deben tomarse como “recetas mágicas” que se apliquen a todo contexto organizacional. A continuación, integrando nuestra experiencia en la implementación de IPP, así como la evidencia científica (White *et al.*, 2020), describimos algunos aspectos importantes que se deben tomar en cuenta para potenciar el éxito en la implementación de estas intervenciones.

### *Entender el contexto organizacional*

Antes de realizar cualquier intervención, es imprescindible entender las necesidades y las dinámicas organizacionales que pueden promover o entorpecer las intervenciones que se van a implementar. Un excelente modelo para entender el contexto organizacional es el planteado por Bolman y Deal (2017), quienes señalan que los contextos y las dinámicas organizacionales se pueden abordar a partir de cuatro marcos: 1) estructural, 2) recurso humano, 3) político y, 4) simbólico. El *marco estructural* se enfoca en las funciones de las personas, las metas organizacionales, las tecnologías, las reglas y el ambiente de la organización. Este marco se fundamenta en la metáfora de la máquina o fábrica (elementos que funcionan de forma mecánica del entorno organizacional). El *marco del recurso humano* comprende las necesidades de las personas, las habilidades y las relaciones, partiendo de las necesidades, actitudes, competencias y limitaciones de los miembros de la organización. El *marco político* se ocupa de las dinámicas de poder, conflicto, competencia y políticas organizacionales. Este marco se fundamenta en entender dónde se crean alianzas y se cimienta en el poder. El *marco simbólico* se enfoca en la cultura organizacional, los significados, las metáforas, las historias y los rituales de la organización. Este marco se basa en entender dónde emergen los significados del entorno organizacional.

Cada uno de estos marcos están interrelacionados y no hay uno más importante que el otro. Al analizar el contexto organizacional desde cada uno de estos marcos se pueden establecer las pautas en cuanto al tipo de intervención (e.g., capacitación, *coaching*, reingeniería de procesos, manejo de conflicto, entre otras), las pautas de implementación (i.e., un solo momento o continua a lo largo del tiempo), así como las teorías para fundamentarlas (e.g., individuales, grupales y organizacionales).

## Analizar las necesidades

Además de entender el contexto, antes de diseñar una intervención y partiendo de nuestra experiencia en la consultoría organizacional, es imprescindible distinguir entre *el pedido de la organización* (necesidad percibida) y la *necesidad real de la organización* (necesidad evidenciada). El *pedido de la organización* puede ser una aspiración (e.g., meta propuesta), un sueño (e.g., el legado que quiere dejar la organización en el futuro), un problema, un conflicto (e.g., intra-organizacional) o un obstáculo, por mencionar algunos. La *necesidad real de la organización* se deriva de los datos que se obtienen de diferentes fuentes de información, los cuales nos presentan un panorama de lo que puede estar ocurriendo en la organización. Para entender la necesidad real de la organización es necesario identificar los factores psicosociales que están presentes en el contexto organizacional, para conocer lo que ocurre (o no ocurre) en dicho entorno. Tal como propone la POP, es importante evaluar tanto factores negativos como positivos para poder diseñar adecuadamente la intervención. Para ello recomendamos que se utilicen evaluaciones que integren metodologías mixtas (datos cuantitativos y cualitativos), con el fin de tener un entendimiento complementario y abarcador de los diferentes aspectos a atender.

## Enfoque de consultoría participativa y colaborativa

Cuando intervenimos en el entorno organizacional, podemos hacerlo como *consultores internos* (empleados de la organización) o *consultores externos* (especialistas externos contratados para realizar la intervención). En ambos casos, recalamos la *naturaleza relacional* del proceso de consultoría, es decir, vamos a gestar un vínculo relacional entre consultor y cliente, y esta relación debe fundamentarse en la colaboración, la participación, el respeto a los diferentes saberes (consultor y cliente), así como el consentimiento. Este enfoque de consultoría relacional permite: 1) entender el contexto organizacional, así como el momento histórico en el que se realiza la intervención; 2) gestar una agenda en común para atender las necesidades percibidas y reales; 3) clarificar las expectativas y el alcance de la intervención; 4) identificar y atender los posibles obstáculos con los que nos podemos enfrentar en el proceso; 5) identificar los factores clave que pueden incidir en el éxito o fracaso de la intervención y, 6) empoderar al cliente de la consultoría, lo que permite generar compromiso con el proceso (Block, 2011). Este enfoque incluye en el proceso a los agentes clave del entorno organizacio-

nal (e.g., trabajadores, equipos, líderes y clientes) para permitir la implementación integral y exitosa de las IPP.

### *Establecimiento de acuerdos y plan de trabajo*

Para la implementación exitosa de cualquier proceso de consultoría e intervención es necesario llegar a acuerdos que propicien la vinculación de las partes al proceso. Utilizamos el concepto de *acuerdo* (en vez de metas), porque supone el aspecto vinculante y de compromiso de las partes con el proceso de consultoría e intervención. Tener claro cuáles son los acuerdos que regirán el proceso hace posible generar un plan de trabajo integral, que delimite las fases de la intervención, los objetivos, las actividades, el tiempo y los responsables. Al dividir el plan de trabajo por fases se puede planificar la intervención de forma que sea posible ver el avance del proceso, así como atender los posibles retos que se vayan presentando. Recomendamos, al momento de establecer los objetivos de cada fase de la IPP, establecer objetivos SMART (Drucker, 1955), es decir, que sean *Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes* y definidos en el *Tiempo*. Este acercamiento nos permite seleccionar el grupo *target*, las metodologías de se deban utilizar, así como los indicadores de éxito de la intervención.

### *Diseño de la intervención*

Al momento de diseñar las intervenciones en los entornos organizacionales, sugerimos utilizar el acercamiento de la gerencia basada en la evidencia (GBE), que promueve el uso de la mejor y más actualizada evidencia para la toma de decisiones en los entornos organizacionales (Barends, Rousseau y Briener, 2014). Barends y Rousseau (2018) establecen seis pasos para implementar la GBE: 1) *Preguntar*: convertir el problema identificado en una pregunta que se pueda responder; 2) *Adquirir*: buscar sistemáticamente la mejor evidencia disponible; 3) *Valorar*: juzgar críticamente la veracidad y relevancia de la evidencia; 4) *Agregar*: componer y ponderar la evidencia; 5) *Aplicar*: incorporar la evidencia en el proceso de toma de decisiones y, 6) *Evaluar*: valorar los resultados de la decisión tomada.

Barends, Rousseau y Briener (2014) señalan cuatro fuentes de evidencia en las que se fundamenta el proceso de GBE: 1) *Literatura científica*: se enfoca en la evidencia derivada de estudios empíricos que han estudiado los fenómenos que se busca atender en la organización; 2) *Experiencia de los consultores*: comprende el peritaje de los profesionales del campo organizacional sobre los asuntos a tra-



bajar en las organizaciones; 3) *Datos organizacionales*: se refiere a los datos que se obtienen dentro de la organización, los cuales cuantifican y/o describen la necesidad que se va a atender; 4) *Stakeholders* (grupos de interés): son los valores y preocupaciones de los individuos o grupos que pueden estar afectados por las decisiones organizacionales y sus consecuencias. De acuerdo con los autores, no hay una fuente de evidencia que sea más importante que las otras; al contrario, son complementarias y permiten tomar decisiones y diseñar intervenciones con base en lo que está respaldado por datos.

Al integrar las diferentes formas de evidencia tomando en consideración el contexto organizacional, así como el vínculo relacional del proceso de consultoría, es posible diseñar intervenciones no solo con robustez teórica, sino también que estén apoyadas por datos. Asimismo, al incorporar la experiencia práctica de expertos se pueden trasladar los hallazgos investigativos a la *praxis*. De igual forma, esta propuesta no se da en un vacío, ya que permite la participación y colaboración de aquellas personas que puedan incidir en el éxito de las intervenciones, así como de los individuos y grupos afectados por la intervención.

### *Implementación de la intervención*

En la medida de lo posible, es importante realizar una IPP que incida en los diferentes niveles de la organización, desde los puestos más operativos hasta los directivos, para conseguir un efecto integrado, así como la mejora general de la organización. Por ejemplo, no tiene sentido realizar una IPP con los puestos de trabajo de menor rango (e.g., rediseño del trabajo), si las políticas y prácticas organizacionales (i.e., marco estructural) no son impulsadas por líderes y directivos, que permitan (i.e., marco político) la implementación real y efectiva de los cambios en la organización.

### *Evaluación de la intervención*

Para evidenciar la efectividad de las IPP resulta imprescindible su evaluación. Este componente puede incorporar los resultados de la evaluación sumativa, el proceso de la evaluación formativa, así como de los lazos relacionales que emergen del proceso de la evaluación relacional. La *evaluación sumativa* responderá a la pregunta: *¿Se alcanzaron los objetivos propuestos?* De acuerdo con los objetivos que se pretenda alcanzar, se determinará cuándo es el momento preciso para evaluar la efectividad de la IPP. Esto dependerá de lo que se quiera alcanzar con la IPP. Uti-

lizar la GBE en la fase de diseño del programa permite tomar decisiones para realizar una evaluación adecuada de la IPP (i.e., bases teóricas, evidencia empírica, opinión de expertos y datos organizacionales), teniendo en cuenta sus resultados, así como su sostenibilidad a largo plazo. La *evaluación formativa* responderá a la pregunta: *¿Qué cambios durante el proceso de la implementación de la intervención hay que realizar?* Dado que las organizaciones son dinámicas, es importante contar con flexibilidad para reevaluar y ajustar (de ser necesario) los objetivos y actividades de la intervención, ante los imprevistos que puedan surgir en la implementación de cualquier IPP. Esto puede requerir de revisar los acuerdos pactados al comienzo de la relación de consultoría.

### *Realizar un cierre con presentación de resultado*

En la fase final de las IPP es importante establecer un momento de cierre formal, que incluya la presentación de los resultados obtenidos, mediante un diálogo constructivo. Esto permite clarificar la consecución de los acuerdos establecidos, así como el análisis entre los resultados esperados y los alcanzados. Esta fase sirve para lo que llamamos la *evaluación relacional* del proceso de consultoría. La evaluación relacional responde a las preguntas: *¿Cuál es el resultado de la relación que hemos desarrollado como consultores con las partes vinculantes del proceso (individuos, grupos y organización)? ¿Qué han aprendido las partes vinculantes, así como los consultores del proceso de consultoría?* En nuestra experiencia, la evaluación relacional es obviada en muchas ocasiones al momento del cierre de la intervención. Llevar a cabo esta reflexión de forma concertada entre el cliente y el consultor permite validar los aprendizajes adquiridos durante el proceso de implementación de la IPP. Esto no solo empodera al cliente del proceso, sino que también permite el espacio para hacer explícito su grado de satisfacción con los resultados de la intervención y el proceso de consultoría. Más allá de ofrecer una “receta” de vías para acciones futuras, este esfuerzo permite auscultar posibles colaboraciones futuras entre el cliente y el consultor.

A partir de este punto, abordaremos algunas IPP que han demostrado su efectividad a la hora de mejorar la salud laboral de los empleados, con base en el paradigma de la psicología positiva en Europa. Entendemos que estas IPP se pueden implementar en México y América Latina, a partir de comprender el contexto organizacional, utilizar un modelo de consultoría relacional y diseñar las intervenciones de acuerdo con la GBE.



## Evidencias de intervención psicológica positiva en el lugar de trabajo

Los empleados son activos internos importantes dentro de la organización. Invertir en las personas es considerarles un recurso crucial de un próspero panorama organizacional. Si bien son varias las IPP que se pueden realizar en el lugar de trabajo, a continuación, presentamos algunas que han mostrado mayor éxito en su implementación y han evidenciado que funcionan.

La atención plena (*mindfulness*) se define como una forma de conciencia que surge al atender el momento presente, sin prejuicios y con aceptación (Bishop *et al.*, 2004). Es un estado mental que implica la focalización intencional de la atención mientras se observan sensaciones del cuerpo, emociones y pensamientos tal como estos emergen en el instante mismo (Cebolla *et al.*, 2017). El *mindfulness* se ha tomado como una herramienta de la psicología positiva debido a que comparte el mismo objetivo, a saber, ambas buscan superar el sufrimiento a partir de desarrollar e incrementar habilidades y fortalezas para promover el bienestar y el funcionamiento óptimo de la vida humana (Coo y Salanova, 2018) y cultivar estados mentales tales como gratitud, compasión, autoconciencia, entre otros.

Estudios en el campo de la neurociencia han demostrado que la práctica del *mindfulness* genera cambios estructurales en las regiones del cerebro asociadas con el procesamiento de la información ejecutiva, la atención y la autorregulación (Tang, Hölzel y Posner, 2015). Además, las IPP basadas en *mindfulness* tienen un efecto positivo en la salud de los trabajadores, ya que muestran una mejora significativa sobre el estrés percibido, la ansiedad, el *burnout* y los problemas del sueño, así como un incremento del bienestar, el *engagement* en el trabajo, la productividad y el desempeño laboral (Bartlett *et al.*, 2019).

Las IPP basadas en *mindfulness* buscan que las personas puedan observar sus pensamientos, acciones y estados emocionales con mayor claridad por medio de un entrenamiento específico. El protocolo de intervención en *mindfulness* más utilizado es el de “Reducción del estrés basado en *mindfulness* (MBSR, por sus siglas en inglés). Este protocolo se origina en los principios de las tradiciones meditativas y filosóficas orientales y tiene una duración de ocho semanas, con clases semanales de 2.5 horas, un retiro de un día y tareas de actividades diarias, que incluyen alrededor de 40 minutos de meditación. A partir del MBSR han surgido una variedad de programas basados en *mindfulness* para satisfacer necesidades específicas, indicando una colección heterogénea de IPP diseñadas para entrenar estas habilidades (Bartlett *et al.*, 2019).

Otro objetivo importante que se contempla en las IPP es generar *emociones positivas*. Fredrickson (2001, 2009) pone en evidencia que las emociones positivas contribuyen a que las personas amplíen su campo de pensamiento-acción, lo

que les permite aprender mejor, experimentar, crear y construir. Las emociones positivas funcionan independientemente de las emociones negativas para contribuir al bienestar (Fredrickson, 2013), promueven una mentalidad más amplia y, a medida que se van acumulando en el tiempo, permiten a las personas construir recursos personales duraderos (i.e., optimismo, resiliencia, relaciones sociales cercanas) (Fredrickson, 2013; Garland *et al.*, 2010). Para un mejor registro y seguimiento se sugiere implementar la metodología de estudios de diario; con ello se pueden capturar las dinámicas y fluctuaciones de las emociones a corto plazo y efectuar análisis diferentes del mismo trabajador. Es una forma de recabar información de los pensamientos, sentimientos y conductas en el contexto natural de trabajo. Se hace muestreo de eventos (interacciones con colegas o un evento estresante) o de experiencias que implican el recuerdo *in situ* de pensamientos o sentimientos (Nebot, Monteagudo y Cifre, 2017).

La investigación ha respaldado la idea del “trabajador feliz y productivo”, mostrando que en general los trabajadores más felices tienen mejor desempeño que los menos felices (Wright y Cropanzano, 2007). Diferentes investigaciones evidencian que, cuando se comparte el contagio emocional positivo con un equipo de trabajo, se incrementa la cooperación y disminuye el conflicto, y también mejora el desempeño de la persona y del equipo de trabajo (Barsade, 2002; Goleman, Boyatzis y McKee, 2002). Asimismo, se ha demostrado que estas interacciones positivas hacen que las personas sientan que dentro de su entorno laboral se les está abriendo espacio a nuevas posibilidades, lo que les da un sentido de esperanza y enfoque positivo hacia su contexto laboral (Sekerka, Vacharkulksem-suk y Fredrickson, 2012).

Otra de las técnicas investigadas para incrementar las emociones positivas es el *saboreo (savoring)*, un mecanismo mediante el cual las personas toman conciencia de emociones y afecto positivo de una experiencia que está ocurriendo en el momento, lo que implica responder a esa experiencia positiva con pensamientos y comportamientos destinados a incrementar y prolongar el disfrute (Bryant y Smith, 2015). Se ha demostrado que saborear el momento presente durante dos o tres minutos diarios conduce a mejorar los niveles de bienestar después de una semana (Schueller, 2010). Otra vía relacionada propone trabajar la *inteligencia emocional*, que tiene que ver con el manejo adecuado de las emociones. Este tipo de intervención está dirigida a: 1) promover el conocimiento de uno mismo, para que la persona pueda identificar y comprender sus emociones, sus reacciones emocionales, autorregularlas y también conocer sus limitaciones y, 2) enseñar a los trabajadores a comprender las emociones de otros y poder autorregularse para poder responder de forma adecuada. Es especialmente relevante para las personas que ocupan puestos de liderazgo y dirección, quienes pueden desarrollar

la capacidad de generar en ellos y, en otros más, autoconfianza (*conciencia de sí mismos*), gestión de sí mismo (*autocontrol*), orientación al logro (*motivación*), empatía (*comprensión social*) y trabajo en equipo (*habilidades sociales*) (Berrocal y Ramos, 2005).

Otra línea de desarrollo de las IPP es la que se refiere a la implementación del *coaching*, el cual puede entenderse como una metodología colaborativa, centrada en la solución sistemática diseñada para mejorar el bienestar, facilitar el logro de objetivos y fomentar un cambio positivo y con propósito (Grant *et al.*, 2010). El proceso de *coaching* se realiza a través de los siguientes pasos: 1) determinar los resultados deseados; 2) establecer metas específicas; 3) aumentar la motivación identificando las fortalezas; 4) identificar recursos y formular planes de acción; 5) revisar el progreso; 6) evaluar y modificar los planes de acción de acuerdo con dicha evaluación (Grant, 2013).

Hay un creciente cuerpo de investigación sobre los efectos positivos del *coaching*, principalmente entre ejecutivos, en el bienestar psicológico y laboral, el logro de objetivos y el desempeño de los empleados en las organizaciones (Grant, 2013). Resultados más recientes evidencian la utilidad del *coaching* también en empleados no ejecutivos, confirmando su efecto positivo sobre el *engagement* en el trabajo y desempeño laboral (Peláez, Coe y Salanova, 2019).

Algunas IPP específicas han unido el desarrollo del *coaching* con el liderazgo, basadas en la idea de líder-coach. Estas intervenciones buscan formar al líder-coach para brindar apoyo a los colaboradores, ayudándoles a identificar oportunidades para alcanzar objetivos de desarrollo individual (Berg y Karlsen, 2016). Los resultados de estas intervenciones muestran un incremento en capital psicológico, el *engagement* en el trabajo y el desempeño laboral (Peláez, Salanova y Martínez, 2020).

La siguiente propuesta de intervención es el *capital psicológico* (Luthans, Youssef-Morgan y Avolio, 2015). El capital psicológico ha tenido fuerte respaldo de la comunidad científica, debido a que se puede medir, desarrollar y gestionar para mejorar el rendimiento laboral. El capital psicológico lo integran la eficacia, el optimismo, la esperanza y la resiliencia. La *eficacia* se refiere a la confianza del individuo en que tiene las habilidades necesarias para ejecutar con éxito una tarea desafiante. El *optimismo* es un estilo explicativo positivo, que le permite visualizar resultados exitosos en el presente y en el futuro. La *esperanza* se define como la perseverancia hacia las metas para tener éxito en las mismas. Por último, la *resiliencia* es la capacidad para afrontar y recuperarse de adversidades o fracasos para hacerlo con éxito también el futuro (Luthans Youssef-Morgan y Avolio, 2015).

Las IPP dirigidas al desarrollo de capital psicológico han mostrado contribuir a la mejora del desempeño, las actitudes positivas (i.e., asertividad, inteligencia

cultural y preparación para el cambio) y el bienestar de los empleados (i.e., *engagement* en el trabajo, satisfacción laboral, emociones positivas y felicidad en el trabajo) (Le Blanc y Oerlemans, 2016; Salanova y Ortega-Maldonado, 2019). Luthans *et al.* (2006) desarrollaron una micro-intervención enfocada en cada una de las dimensiones del capital psicológico (eficacia, optimismo, esperanza y resiliencia). En su intervención (de 1 a 3 horas para cada dimensión) se utilizaron ejercicios y videos en los que se establecían objetivos de desarrollo del capital psicológico. Cabe destacar que esta intervención tenía como propósito modificar las percepciones y procesos cognitivos, afectivos y conductuales de los participantes. La evidencia ha demostrado la efectividad de estas intervenciones para promover el capital psicológico de las personas.

Otra vía de intervención es trabajar con las *fortalezas y virtudes*. Desde la psicología positiva se intenta trabajar desde las fortalezas para convertirlas en activos psicológicos que puedan ayudar a las personas y organizaciones a prosperar (Seligman, 2002). Las fortalezas son particularmente importantes en el área de desempeño y compromiso en el trabajo, ya que el funcionamiento óptimo es posible solo cuando los retos que se persiguen se cruzan con las fortalezas y habilidades para poder hacerles frente (Csikszentmihalyi, 1990). El autoconocimiento es clave para aprovechar las fortalezas propias y, en última instancia, desarrollar un sentido de competencia y dominio (Harter, Schmidt y Hayes, 2002; Stander, Mostert y De Beer, 2014; Van Woerkom, Oerlemans y Bakker, 2016). Peterson y Seligman (2004) crearon un cuestionario de autoevaluación de fortalezas (*Values-In-Action Inventory of Strengths* o VIA-IS), que resalta seis virtudes (sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia), las cuales se operacionalizan en 24 fortalezas de carácter; este cuestionario es de acceso gratuito y está traducido a varios idiomas. Dentro de las IPP se solicita a la persona que realice el cuestionario, disponible en línea, y los resultados se utilizan en las intervenciones individuales para detectar las fortalezas de las personas y también puede utilizarse para que las propias personas se den cuentas de sus posibles fortalezas. A nivel individual, se ha descubierto que las fortalezas de *gratitud, esperanza, entusiasmo, curiosidad* y, lo más importante, el *amor*, benefician la colaboración y una cultura saludable de cooperación dentro de una organización (Park y Peterson, 2009). Los beneficios de usar las fortalezas en el trabajo y sus resultados individuales se han demostrado en varios estudios, con consecuencias tales como: incremento de la felicidad y el bienestar (Seligman *et al.*, 2005; Govindji y Linley, 2007), experiencias positivas en el trabajo (Harzer y Ruch, 2013), progreso de objetivos (Linley *et al.*, 2010) y desempeño laboral (Dubreuil, Forest y Courcy, 2014).

El enfoque basado en las fortalezas se puede implementar también en las organizaciones mediante el uso del proceso de *indagación apreciativa* en la gestión



de las organizaciones (Stavros y Wooten, 2011). Este proceso consta de cuatro fases: 1) la primera etapa consiste en explorar las mejores prácticas que se desarrollan en la organización, se profundiza mediante entrevistas y se identifica lo que no ha funcionado en el pasado y las respuestas que se dan permiten la construcción de un núcleo positivo, esto resulta importante porque es lo que finalmente motiva al personal para tener buenos resultados en su desempeño; 2) la segunda etapa tiene que ver con la generación de deseos individuales y compartidos, todas aquellas ideas que sugieran cosas acerca de la organización que se puedan efectuar en el futuro; 3) en la tercera etapa se diseña a partir de ideas innovadoras en relación con lo que es mejor para los empleados y la empresa; 4) en la cuarta etapa finalmente se pone en práctica el diseño planificado hasta realizar una transformación positiva (Arzola *et al.*, 2016).

Entre las diversas evidencias de IPP aplicadas al contexto laboral, nos gustaría destacar algunas de manera especial. En primer lugar, la técnica de escribir sobre el “mejor yo posible” (*best possible self*), que consiste en pedir a la persona que se visualice en el futuro y se observe de manera positiva, con base en todo lo que ha logrado; a partir de esto, se le solicita que escriba cómo se ve, qué objetivos ha conseguido y cómo se siente habiendo logrado esos objetivos. Esta técnica puede contribuir a incrementar el afecto positivo (Peterson y Seligman, 2004; Sheldon y Lyubomirsky, 2006) y a reorientar la motivación de las personas hacia nuevas metas que las conduzcan a una vida más plena (Layous, Nelson y Lyubomirsky, 2013; Seligman *et al.*, 2005). En segundo lugar, es interesante destacar los resultados de las IPP basadas en la *gratitud*. Wood, Froh y Greaghty (2010) han definido la gratitud en el lugar de trabajo como darse cuenta y apreciar lo positivo en la vida laboral. Por tanto, se pueden considerar intervenciones en gratitud en el trabajo aquellas actividades diseñadas para aumentar la práctica de la gratitud entre los trabajadores. Una revisión sistemática reciente (Donaldson, Lee y Donaldson, 2019) sugiere que las intervenciones de gratitud son una estrategia efectiva para mejorar el bienestar laboral de los empleados (e.g., afecto positivo, felicidad en el trabajo), así como su felicidad en el trabajo, *engagement* y desempeño laboral.

## Conclusiones

El objetivo primordial de las IPP es mejorar la salud psicosocial de las personas, los equipos de trabajo, las relaciones intergrupales y las organizaciones. La creación de organizaciones saludables puede ser un punto focal para mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores. Sin lugar a duda, queda evidenciada la importancia y las consecuencias positivas de promover la salud de los trabajadores, po-



tenciar su satisfacción con el trabajo, así como invertir en su bienestar personal y de la organización (Gong *et al.*, 2020).

Aquí mostramos algunas opciones que se pueden integrar a un programa de intervención, aunque sin duda todavía hay más opciones por explorar e incorporar. Para que las IPP sean exitosas proponemos una hoja de ruta que destaca la importancia de: 1) entender el contexto organizacional desde sus diferentes marcos; 2) analizar las necesidades; 3) promover un enfoque de consultoría participativa y colaborativa; 4) establecer acuerdos y el plan de trabajo; 5) diseñar la intervención basándonos en la evidencia disponible; 6) implementar la intervención; 7) evaluar la intervención y, 8) hacer un cierre con presentación de los hallazgos de la intervención.

Entendemos que esta propuesta trata de unir los hallazgos de la investigación y las necesidades en las organizaciones bajo los acordes de la psicología positiva, con la finalidad de promover la salud psicosocial de las personas, los grupos y las organizaciones. Nuestra aportación no pretende ser una receta mágica, sino una propuesta que busca cerrar las brechas entre los hallazgos de la investigación y la práctica, mediante el uso de la gerencia basada en la evidencia, que ha mostrado buenos resultados en el entorno laboral. Es por ello que buscamos armonizar dos mundos a veces inconexos (la ciencia y la práctica), desde una mirada complementaria y abarcadora.

Invitamos a nuestros lectores a profundizar en esta nueva mirada desde la psicología positiva, que, si bien es reciente, tiene apoyo de la comunidad científica alrededor del mundo. No debemos olvidar que una intervención en una organización la puede hacer florecer, mientras que en otra organización la puede dañar. Esta propuesta es una invitación a realizar cosas diferentes para obtener resultados distintos. Sin duda lo importante es que las personas sientan que vale la pena trabajar... no que trabajar es una pena.

## Referencias bibliográficas

- ARZOLA, C. R., Silva, G., Yammin, S., Nardi, R. y Guzmán, I. (2016). Indagación apreciativa: Un enfoque para descubrir aspectos positivos organizacionales. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 16(2), pp. 119-141.
- BAKKER, A. B. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), pp. 107-115. doi: /10.5093/tr2013a16
- BARENDSE, E., Rousseau, D. M. y Briener, R. B. (2014). *Evidence-Based Management: The Basic Principles*. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management.
- BARENDSE, E. y Rousseau, D. M. (2018). *Evidence-Based Management: How to use Evidence to Make Better Organizational Decisions*. Londres: Kogan Page.

- BARSADE, S.G. (2002). The ripple effect: emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative Science Quarterly*, 47(4), pp. 644-675. DOI: /10.2307/3094912
- BARTLETT, L., Martin, A., Neil, A. L., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M. y Sanderson, K. (2019). A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 108-126. DOI: /10.1037/ocp0000146
- BERG, M. E. y Karlsen, J. T. (2016). A study of coaching leadership style practice in projects. *Management Research Review* (39), pp. 1122-1142. doi: /10.1108/MRR-07-2015-0157
- BERROCAL, F. P. y Ramos, D. N. (2005). *Corazones inteligentes*. Barcelona: Kairos.
- BISHOP, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Zindel, V., Segal, S. A, Specia, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), pp. 230-241. doi: /10.1093/clipsy.bph077
- BLOCK, P. (2011). *Flawless Consulting: A Guide to Getting Your Expertise Used* [3ª ed.]. San Francisco: Pfeiffer.
- BOLMAN, L. G. y Deal, T. E. (2017). *Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership* [6ª ed.]. Hoboken: Jossey-Bass.
- BRYANT, F. B. y Smith, J. L. (2015). Appreciating life in the midst of adversity: Savoring in relation to mindfulness, reappraisal, and meaning. *Psychological Inquiry*, 26, pp. 315-321. DOI: /10.1080/1047840X.2015.1075351
- CEBOLLA, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler, J., y García-Campayo, J. (2017). Psicología positiva contemplativa: integrando *mindfulness* en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), pp. 12-18. doi: /23923/pap.psicol2017.2816
- COO C. y Salanova M. (2018). Mindfulness can make you happy-and-productive: A mindfulness-controlled trial and its effects on happiness, work engagement and performance. *Journal of Happiness Studies*, 19(6), pp. 1691-1711. DOI: /10.1007/s10902-017-9892-8
- CRUZ-ORTIZ, V., Salanova, M. y Martínez, I. M. (2013). Liderazgo transformacional y desempeño grupal: Unidos por el engagement grupal. *Revista de Psicología Social*, 28(2), pp. 183-196. DOI: /10.1174/021347413806196762
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Nueva York: Harper and Row.
- DONALDSON, S. I., Lee, J. Y. y Donaldson, S. I. (2019). Evaluating positive psychology interventions at work: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Applied Positive Psychology* (4), pp. 113-134. DOI: /10.1007/s41042-019-00021-8
- DUBREUIL, P., Forest, J. y Courcy, F. (2014). From strengths use to work performance: The role of harmonious passion, subjective vitality, and concentration. *The Journal of Positive Psychology*, 9(4), pp. 335-349. DOI: /10.1080/17439760.2014.898318
- DRUCKER, P. F. (1955). *The Practice of Management*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- FREDRICKSON, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), pp. 218-226. DOI: /10.1037/0003-066X.56.3.218
- FREDRICKSON, B. L. (2009). *Positivity*. Nueva York: Crown Publishers.
- FREDRICKSON, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, pp. 1-53. DOI: 10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2
- GARLAND, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S. y Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the

- broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), pp. 849-864. DOI: /10.1016/j.cpr.2010.03.002
- GOLEMAN, D., Boyatzis, R. y McKee, A. (2002). La realidad emocional de los equipos. *Revista de Experiencia Organizacional*, 21(2), pp. 55-65.
- GONG, Y., Wu, Y., Huang, P., Yan, X. y Luo, Z. (2020). Psychological empowerment and work engagement as mediating roles between trait emotional intelligence and job satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 11, p. 232. DOI: /10.3389/fpsyg.2020.00232
- GOVINDJI, R., y Linley, P. A. (2007). Strengths use, self-concordance and well-being: Implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2(2), pp. 143-153.
- GRANT, A.M. (2013). The efficacy of coaching, en J. Passmore, D.B. Peterson y T. Freire (eds.) *Handbook of the Psychology of Coaching and Mentoring*. Hoboken: John Wiley & Sons, pp. 15-39.
- GRANT, A. M., Passmore, J., Cavanagh, M. J. y Parker, H. M. (2010). The state of play in coaching today: A comprehensive review of the field. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 25(1), pp. 125-167. DOI: /10.1002/9780470661628.ch4
- HACKMAN, J. R. y Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior y Human Performance*, 16(2), pp. 250-279. DOI: /10.1016/0030-5073(76)90016-7
- HARTER, J. K., Schmidt, F. L., y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), pp. 268-279. DOI: /10.1037/0021-9010.87.2.268
- HARZER, C., y Ruch, W. (2013). The application of signature character strengths and positive experiences at work. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 14(3), pp. 965-983. DOI: /10.1007/s10902-012-9364-0
- HERNÁNDEZ-VARGAS, C. I., Llorens-Gumbau, S. y Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), pp. 247-258. DOI: /10.6018/analesps.30.1.143631
- KIM, S., Park, Y. y Headrick, L. (2018). Daily micro-breaks and job performance: General work engagement as a cross-level moderator. *Journal of Applied Psychology*, 103(7), pp. 772-786. DOI: /10.1037/apl0000308
- LAYOUS, K., Nelson, K., y Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal Happiness Study*, 14(14), pp. 635-654. DOI: /10.1007/s10902-012-9346-2
- LE BLANC, P. M., y Oerlemans, W. G. M. (2016). Amplificación en el trabajo: Construyendo una fuerza de trabajo sostenible a través de intervenciones individuales de psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), pp. 185-191.
- LINLEY, P. A., Nielsen, K. M., Gillett, R., y Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 5(1), pp. 6-15.
- LORENTE, L., Salanova, M., Martínez, I. M. y Vera, M. (2014). How personal resources predict work engagement and self-rated performance among construction workers: A social cognitive perspective. *International Journal of Psychology*, 49(3), pp. 200-207. DOI: 10.1002/ijop.12049

- LUTHANS, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M. y Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, 27(3), pp. 387-393. DOI: /10.1002/job.373
- LUTHANS, F., Youssef-Morgan, C.M., y Avolio, B.J. (2015). *Psychological Capital and Beyond*. Nueva York: Oxford University Press.
- MEYERS, M., Van Woerkom, M. y Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), pp. 618-632. DOI: /10.1080/1359432X.2012.694689
- NEBOT, U., Monteagudo, Y. y Cifre, E. (2017). Estudios de diario en la investigación sobre emociones, empleo, desempleo y género: estado de la cuestión. *Àgora de salut, IV*, pp. 257-265. DOI: /10.6035/AgoraSalut.2017.4.27
- OERLEMANS, W. G. M. y Bakker, A. B. (2018). Motivating job characteristics and happiness at work: A multilevel perspective. *The Journal of Applied Psychology*, 103(11), pp. 1230-1241. DOI: /10.1037/apl0000318
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) [consultado en junio de 2020].
- PARK, N. y Peterson, C. (2009). Character strengths: Research and practice. *Journal of College and Character*, 10(4). DOI: /10.2202/1940-1639.1042
- PELÁEZ, M. J., Coó, C. y Salanova, M. (2019). Intervenciones en micro-coaching basado en fortalezas para el desarrollo de los recursos humanos. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF* (440), pp. 231-256.
- PELÁEZ ZUBERBUHLER. M. J., Salanova M. y Martínez I. M. (2020). Coaching-based leadership intervention program: A controlled trial study. *Frontiers Psychology* (10), pp. 1-22. DOI: /10.3389/fpsyg.2019.03066
- PETERSON, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Nueva York: Oxford University Press y Washington: American Psychological Association.
- RODRÍGUEZ MONTALBÁN, R., Martínez Lugo, M., Ortega, C., del Valle, A., Rosario Rodríguez, A., Gómez Caicedo, C., Vázquez, M., González, J. y Serrano, R. (2017). Amando lo que hago en mi trabajo: Centralidad, autonomía, pasión y desempeño. *Ciencias de la Conducta*, 32(1), pp. 174-200.
- RODRÍGUEZ MONTALBÁN, R., Martínez Lugo, M. y Salanova, M. (2014). La justicia organizacional, el *engagement* en el trabajo y los comportamientos de ciudadanía organizacional: Una combinación ganadora. *Universitas Psychologica*, 13(3), pp. 961-974. DOI: /10.11144/Javeriana.UPS13-3-joet
- RODRÍGUEZ MONTALBÁN, R., Vélez Pastrana, M. y Meléndez, M. (2012). El *engagement* en el trabajo y la interacción familia-trabajo: Un estudio exploratorio. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31(2), pp. 73-84.
- RYAN, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), pp. 68-78. DOI: /10.1037/0003-066X.55.1.68
- SALANOVA, M., Bakker, A. y Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for a gain spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), pp. 1-22. DOI: /10.1007/s10902-005-8854-8



- SALANOVA, M., Llorens, S. y Martínez, I. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), pp. 177-184.
- SALANOVA, M., y Ortega-Maldonado, A. (2019). Psychological capital development in organizations: An integrative review of evidence-based intervention programs. En L. E. Van Zyl y S. Rothmann Sr. (eds.), *Positive Psychological Intervention Design and Protocols for Multi-Cultural Contexts*. Cham: Springer International, pp. 81-102.
- SCHUELLER, S. M. (2010). Preferences for positive psychology exercises. *The Journal of Positive Psychology*, 5(3), pp. 192-203. doi: /10.1080/17439761003790948
- SEKERKA, L. E., Vacharkulksemsuk, T. y Fredrickson, B. L. (2012). Positive emotions: Broadening and building upward spirals of sustainable enterprise. En K. Cameron y G. Spreitzer (eds.), *Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: Oxford University Press, pp. 168-177.
- SELIGMAN, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Baidén.
- SELIGMAN, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), pp. 5-14. doi: /10.1037/0003-066X.55.1.5
- SELIGMAN, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), pp. 410-421. doi: /10.1037/0003-066X.60.5.410
- SHELDON, K. M. y Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), pp. 73-82. doi: /10.1080/17439760500510676
- STANDER, F. W., Mostert, K. y De Beer, L. T. (2014). Organisational and individual strengths use as predictors of engagement and productivity. *Journal of Psychology in Africa*, 24(5), pp. 403-409. doi: /10.1080/14330237.2014.997007
- STAVROS, J. M., y Wooten, L. P. (2011). Positive strategy: Creating and sustaining strengths-based strategy that soars and performs. En K. S. Cameron y G. M. Spreitzer (eds.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: University Press, pp. 825-839.
- TANG, Y., Hölzel, B. y Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, pp. 213-225. doi: /10.1038/nrn3916
- VAN WINGERDEN, J., Derks, D. y Bakker, A. B. (2017). The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. *Human Resources Management*, 56(1), pp. 51-56. doi: /10.1002/hrm.21758
- VAN WOERKOM, M., Oerlemans, W. G. M., y Bakker, A. B. (2016). Strengths use and work engagement: A weekly diary study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25(3), pp. 384-397. doi:/10.1080/1359432X.2015.1089862
- VÁZQUEZ, C. y Hervás, G. (2009). *Psicología positiva aplicada* [2ª ed.]. España: Desclée de Brouwer (Biblioteca de Psicología).
- WHITE, C.A., Uttl, B. y Holder, M. D. (2019). Metanalyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *PLoS ONE*, 14(5), pp. 1-48. doi: /10.1371/journal.pone.0216588
- WHITE, M.I., Williams-Whitt, K., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Dionne, C. E., Pomaki, G., Loughlin, C., Tjulin, Å., Runte, M., Gilbert, M., Nellutla, M., Szymanski, T., Horvath, S., Brown, L., Hansen, N., Daring, D., Sprague, S., Riml, S., Nagy, L., Skeath, K. y Spinks, N. (2020). *Planning, Implementing and Evaluating Successful Workplace Interventions for Psychologically Health*



*and Productive Workplaces: A Pattern Analysis of 57 Systematic Reviews*. Vancouver: Work Wellness and Disability Prevention Institute. Recuperado de <https://workwellnessinstitute.org/research/978-1-988875-02-6>

WOOD, A., Froh, J. y Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(7), pp. 890-905. DOI: /10.1016/j.cpr.2010.03.005

WRIGHT, T. A. y Cropanzano, R. (2007). The happy/productive worker thesis revisited. En J. J. Martocchio (ed.), *Research in Personnel and Human Resources Management*, Vol. 26. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, pp. 269-307. DOI: /10.1016/S0742-7301(07)26006-2



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



### 3. Intervenciones del estrés laboral en Perú. Una revisión sistemática

Manuel Fernández Arata,<sup>1</sup> Jhonatan Navarro Loli,<sup>1</sup>  
Gustavo Calderón De la Cruz,<sup>1</sup> César Merino Soto,<sup>1,2</sup>  
y Arturo Juárez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de San Martín de Porres, Perú

<sup>2</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

#### Resumen

Se elaboró una revisión sistemática de los estudios de intervención en el estrés laboral y el síndrome de *burnout* en trabajadores peruanos realizados entre los años 2000 y 2017. La búsqueda se llevó a cabo a inicios del mes de enero y finales del mes de febrero del año 2018 en las bases de datos de Scielo, Redalyc, Dialnet, Pubmed, Scopus, ALICIA (CONCYTEC) y Google. Considerando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron un total de siete estudios (cuatro artículos de investigación y tres tesis de grado). Los resultados dan a conocer limitaciones teóricas y metodológicas sobre los procedimientos elaborados en las intervenciones existentes en población peruana. Se discuten las implicancias de los resultados, las limitaciones y recomendaciones.

**Palabras clave:** revisión sistemática, estrés laboral, *burnout*, intervención, trabajadores peruanos.

#### Introducción

El estrés laboral es un fenómeno psicosocial producido por la interacción entre las elevadas demandas laborales y los escasos recursos del trabajador para satisfacerlas (Olmedo y Santed, 1999). Cuando el estrés laboral es crónico, recibe el nombre de “síndrome de *burnout*” (Gil-Monte, 2003; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), una respuesta psicosocial que hace alusión a “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (Maslach y Jackson, 1981: 1). Las demandas laborales que aportan a la presencia del estrés laboral y el *burnout* pueden ser el *mobbing*, las largas jornadas laborales (Orga-

nización Internacional del Trabajo [OIT], 2016), la escasa recompensa recibida por las tareas realizadas (Siegrist, 1996) y el poco apoyo social (Johnson y Hall, 1988). La identificación de estas demandas es necesaria en particular para elaborar medidas de prevención para su reducción y, con ello, aminorar el estrés laboral y, consecuentemente, el *burnout*.

Los efectos derivados del estrés laboral se exploran habitualmente desde la perspectiva del *burnout*, encontrando una afección negativa en la salud del trabajador, como son los problemas psicosomáticos, alteraciones cardio-respiratorias, dolores de cabeza y desórdenes psicopatológicos (e. g., depresión) (Gil-Monte, 2003; 2005), además de perjuicios laborales expresados en un deterioro del rendimiento, absentismo, rotación, abandono del trabajo (Maslach, 2009; Salanova y Llorens, 2008) y pérdidas económicas cuantificables (Hassard *et al.*, 2018; Rezagholi, 2016). En ese sentido, la literatura conduce a no dudar sobre el malestar que desencadena el estrés laboral y el *burnout* (Deligkaris *et al.*, 2014; Hassard *et al.*, 2018; Hauke *et al.*, 2011) y, considerando su proceso explicativo, existen motivos éticos y sociales para que los programas de investigación o las normativas de una empresa se orienten hacia la identificación de los factores que reducen o incrementan su fenomenología y hacia el desarrollo de estrategias de intervención efectivas y, mejor aún, basadas en la evidencia científica.

La intervención en el estrés laboral puede ejecutarse a nivel *primario*, *secundario* y *terciario* (Lamontagne *et al.*, 2007; Londoño, Cardona y Vargas, 2015; Schaufeli y Enzmann, 1998). Esta diferenciación permite identificar la relación entre la intervención elegida y el tipo de efecto potencial. En el nivel *primario*, la intervención se centra en la modificación de las fuentes plausibles de estrés en el propio lugar de trabajo, reduciendo la aparición de los factores de riesgo psicosocial; por ejemplo, se pueden rediseñar aspectos estructurales o de funcionamiento del ambiente laboral para desarrollar la autonomía en los trabajadores o la creación de redes de apoyo entre los compañeros (Murphy y Sauter, 2003). Por otro lado, el nivel *secundario* se focaliza en reducir los efectos una vez que el estrés ocurre (Perski *et al.*, 2017), incrementando la comunicación y calidad de la misma, el desarrollo de habilidades para manejar conflictos o afrontar el estrés, siendo también posible generar el desarrollo de recursos centrados en el individuo. Finalmente, el nivel *terciario* se realiza cuando el trabajador presenta criterios diagnósticos de trastornos derivados del estrés (Ahola, Toppinin-Tanner y Seppanen, 2017). Cabe mencionar que estos niveles no son excluyentes entre sí, aunque es el *secundario* de mayor aplicación (Londoño, Cardona y Vargas, 2015; Richardson y Rothstein, 2008).

El proceso de intervención también se clasifica en *estrategia individual* y *estrategia organizacional*. La primera usualmente es aplicada con temáticas de in-

tervención heterogéneas, como la meditación-relajación y respiración, ejercicios físicos diarios, registro de eventos estresores y planes de acción para su reducción, gestión de tiempo y fijación de objetivos, entrenamiento de *biofeedback* con electromiograma, tratamiento cognitivo conductual (Richardson y Rothstein, 2008) y *mindfulness* (Luberto *et al.*, 2017; Suyi, Meredith y Khan, 2017). Por su parte, las *estrategias organizacionales* se enfocan en el rediseño del trabajo y otras medidas de cambio organizacional. Finalmente, puede darse también una combinación de las estrategias *personal* y *organizacional* (Blonk *et al.*, 2006), que es lo más recomendado porque produce resultados más efectivos tanto en la persona como en el lugar de trabajo (Alwa, Plaumann y Walter, 2010); no obstante, es lo que se realiza con menos frecuencia por la dificultad que implica su manejo y la evaluación de los resultados (Walter, Plaumann y Krugmann, 2014). Estas perspectivas de intervención son otra manera habitual de comprender las intervenciones en los factores psicosociales del trabajo (FPST; e.g., Caicoya, 2004) y pueden implementarse en interacción con los niveles anteriormente descritos (primario, secundario y terciario).

Respecto a la estructura de la intervención, su aplicación puede ser a nivel grupal o individual, en un ambiente específico o un lugar externo. La enseñanza y/o aplicación de métodos y técnicas dependen de las temáticas de intervención; además, el número de sesiones y las horas por sesión varían, incluyendo periodos breves de descanso y el seguimiento postintervención para conocer si los efectos perduran (Richardson y Rothstein, 2008). Es probable que estos componentes operativos de la implementación de las intervenciones estén determinados por el tipo de organización en las que se aplicarán, lo que incluye sus recursos, disponibilidad y relación contractual establecida.

En Perú, los estudios relacionados con el estrés laboral y el *burnout* son escasos y los pocos existentes presentan problemas metodológicos debido al enfoque univariado de sus análisis, la desvinculación con alguna teoría relevante de FPST, así como la ausencia de análisis mediacionales o de moderación (Fernández-Arta, Merino-Soto y Navarro-Loli, en revisión), por lo que se requiere tomar con cautela la interpretación de sus resultados. Sin embargo, estos estudios realizados logran revelar pistas que pueden guiar hipótesis de trabajo que, desde una valoración amplia, tienden a coincidir con los resultados de la literatura internacional.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del presente capítulo es caracterizar el estado actual de los estudios de intervención en el estrés laboral y el *burnout* en trabajadores peruanos, mediante la revisión sistemática de lo publicado entre los años 2000 y 2017.



## Método

### Selección de los estudios

La búsqueda se realizó a inicios del mes de enero y finales del mes febrero de 2018, en las bases de datos de SciELO (Scientific Electronic Library Online), Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), Dialnet, Pubmed, Scopus, ALICIA (Acceso Libre a Información Científica para la Innovación) y en el buscador de Google, considerando el título y el *abstract*. Los autores eligieron estas bases de datos por varios motivos. Primero, son aquellas bases en las que las revistas peruanas se hallan registradas con más frecuencia; segundo, una mayor cantidad de estudios peruanos sobre estrés laboral y *burnout* se encuentran en estas revistas y, tercero, ALICIA es un repositorio peruano que registra también tesis de pregrado y posgrado. Los criterios de inclusión fueron tesis de pregrado, de posgrado y artículos científicos en muestras de trabajadores peruanos, en idioma castellano e inglés, que se encuentren publicados en revistas científicas o en repositorios institucionales desde el año 2000 hasta 2017. Cabe destacar que los estudios sobre estrés laboral y el síndrome de *burnout* aparecen publicados a partir de 2000. Los criterios de exclusión fueron que se tratara de estudios cuya versión en línea esté incompleta y no permita su análisis y estudios de diseños no experimentales.

Las palabras clave utilizadas fueron agrupadas en cuatro categorías: proceso de intervención (intervención, programa, prevención, *intervention, program, prevention*), muestra (trabajadores peruanos, empleados peruanos, *Peruvian workers*) y variable (estrés laboral, *burnout, stress, work-stress*). Esta clasificación fue elaborada en consenso entre los tres primeros autores y fue aplicada al formulario de búsqueda de las bases de datos mencionadas.

### Codificación

El proceso de codificación de los estudios seleccionados fue realizado independientemente por dos coautores del manuscrito, interviniendo un tercero cuando existían discrepancias. Se recopiló información referente al *diseño de investigación*, considerando la clasificación propuesta por Montero y León (2007); *elección de los participantes*, tomando en cuenta los procedimientos reportados en Fontes de Gracia *et al.* (2010) y Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006) (probabilístico, no probabilístico, consentimiento informado, edad promedio, rango de edad, ocupación, tiempo de servicio, horas de trabajo semanal, número de participantes); *carac-*

*terísticas de la intervención* (modelo teórico de las variables, fundamento teórico de la intervención, tipo de variables o temas abordados en la intervención, número de sesiones y tiempo de duración –criterios propuestos por los autores); *procedimiento de la intervención* (validez de conclusión estadística, validez de constructo, validez externa, validez interna), con los criterios de Cook y Campbell (1979), Fontes de Gracia *et al.* (2010) y Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006); y *evaluación* (instrumentos cuantitativos, instrumentos cualitativos, seguimiento), con base en las recomendaciones de American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement Education (AERA, APA y NCME, 2014), Nunnally y Bernstein (1994) y Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena (2006). Todos los criterios arriba mencionados fueron elegidos y/o desarrollados en consenso entre los investigadores del presente estudio para fortalecer la consistencia interna del procedimiento.

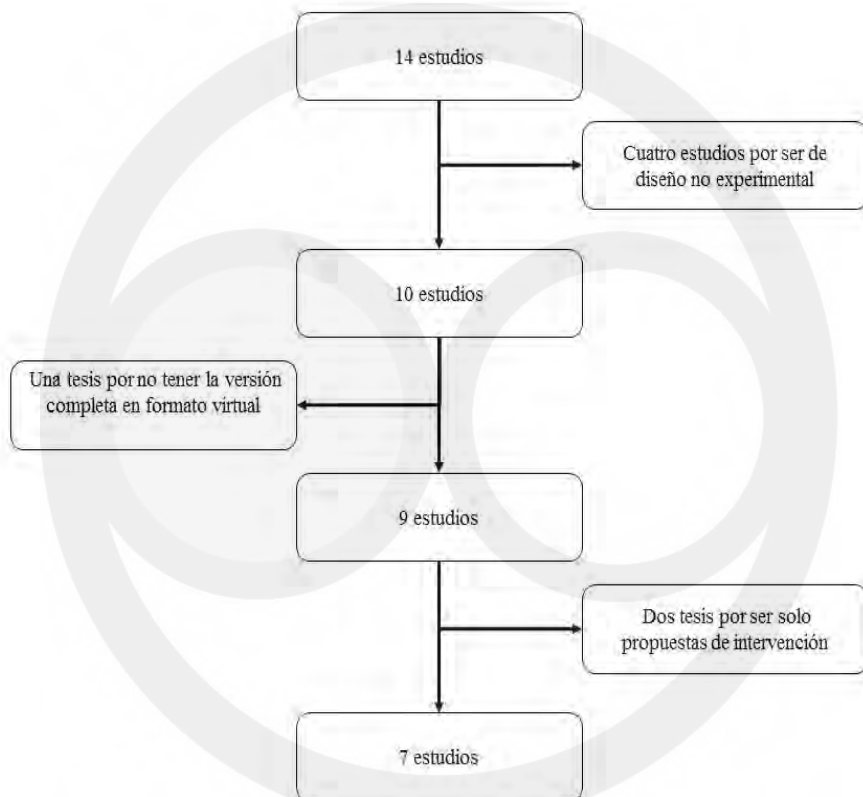
## Resultados

Las palabras clave fueron aplicadas a la búsqueda por título y *abstract*; se identificaron un total de 16 estudios, cumpliendo siete de ellos los criterios de inclusión (figura 1): cuatro artículos científicos, dos tesis de posgrado y una tesis de pregrado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Figura 1. Selección de los estudios



Fuente: elaboración propia.

### Características de los estudios recopilados

De las siete publicaciones, tres fueron identificadas en la base de datos de ALICIA, uno en Redalyc y cuatro en la búsqueda con Google. Cinco estudios reportaron intervenir sobre el estrés laboral y dos sobre el *burnout*, siendo el diseño cuasiexperimental el utilizado en mayor número. Los medios en los que se publicaron estos trabajos fueron: cuatro artículos en revistas médica, psicológica, educación y multidisciplinaria, respectivamente, dos tesis de posgrado y una tesis de pregrado. Fue homogénea la filiación de los autores en cada uno de los estudios recopilados y, con respecto a la aprobación de un Comité Ético, solo un estudio lo reportó (tabla 1).

Tabla 1. Características de los estudios recopilados

Autor	Profesión	Variable	Diseño	Tipo de investigación	Aprobación de Comité Ético
Yslado, Nuñez y Norabuena (2010)	Medicina	<i>Burnout</i>	Pre-experimental	Cuantitativa	No reporta
Niño (2012)	Enfermería	<i>Burnout</i>	Cuasiexperimental	Cuantitativa	No reporta
Bernui (2013)	No especificado	Estrés laboral	Cuasiexperimental	Cuantitativa	No reporta
Cajachagua, Salinas y Carranza (2014)	No especificado	Estrés laboral	Pre-experimental	Cuantitativa	No reporta
Alarcón y Gutiérrez (2016)	Enfermería	Estrés laboral	Cuasiexperimental	Cuantitativa	No reporta
Rivera-Encinas (2016)	Medicina	Estrés laboral	Experimental	Cuantitativa	Reportó
Uracahua (2017)	Enfermería	Estrés laboral	Cuasiexperimental	Cuantitativa	No reporta

Fuente: elaboración propia.

### Características de los participantes

Los estudios fueron realizados predominantemente en enfermeras(os) y docentes de educación básica. Sobre la elección de los participantes, cuatro estudios reportaron procedimientos no probabilísticos, tres no indicaron el procedimiento y solo en dos estudios se incluyen a personas con niveles altos de estrés y/o *burnout*. En seis de los estudios los participantes pertenecían a una sola institución de salud o el ámbito educativo y la coincidencia entre la filiación del autor y la filiación de la muestra se da entre los estudios. Asimismo, de los estudios seleccionados solo uno reportó grupo control. La cantidad de participantes por estudio varía entre 8 y 71 personas, 83.61% de las cuales fueron mujeres (considerando únicamente los estudios que diferenciaron esta característica), con edad de 20 años o más. En

cuanto a aspectos éticos, cinco estudios mencionan el llenado del consentimiento informado por parte de los participantes (tabla 2).

Tabla 2. Características de la muestra

Autor	Muestreo	Grupo control	Consentimiento informado	Participantes	Sexo	Rango de edad	Ocupación	Años de trabajo
Yslado, Nuñez y Norabuena (2010)	No	No	No	8	No especificó	25-55 años	Docentes escolares	17 - 27 años
Niño (2012)	No probabilístico	No	Sí	20	No especificó	30 a 60 años	Enfermeros	0 años a más
Bernui (2013)	No probabilístico	No	No	71	Mujeres (70.42%), Varones (29.58%)	20-65 años	Trabajadores en general	No
Cajachagua, Salinas y Carranza (2014)	No	No	Sí	51	No especificó	20 a 60 años	Docentes, administradores, trabajadores y familiares	No
Alarcón y Gutiérrez (2016)	No probabilístico	No	Sí	62	Mujeres	25 a 69 años	Enfermeros	1 - 40 años
Rivera-Encinas (2016)	No	Sí	Sí	20	Mujeres (55%), Varones (45%)	20 años a más	Administradores	5 años en adelante
Uracahua (2017)	No probabilístico	No	Sí	30	Mujeres	22-63 años	Enfermeros	31 años en adelante

Fuente: elaboración propia.



### *Características de la intervención y evaluación*

En la tabla 3 se observa que la estrategia de intervención más utilizada fue la enfocada en el individuo, es decir, aquella que fortalece los recursos individuales. Los estudios muestreados se enfocaron en técnicas para afrontar el estrés, técnicas de relajación y actividades como el ejercicio físico y la gimnasia. Por número de sesiones, de dos a nueve con periodicidad semanal (tres estudios no lo reportaron); ningún estudio reportó el tiempo de duración de las sesiones, solo dos indicaron el tiempo de duración del programa y ninguno mencionó que hubiese hecho seguimiento de los participantes postintervención. Asimismo, ningún estudio describió el tipo de nivel de intervención (primario, secundario y/o terciario).

En cuanto a los instrumentos de evaluación, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), en sus versiones, *Maslach Burnout Inventory Educator Survey* (MBI-ED) y *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* (MBI-HSS) fueron frecuentemente utilizados. No obstante, un estudio utilizó el MBI en su versión original, que es equivalente al MBI-HSS y consta de un total de 22 ítems orientados al personal de servicios sociales y la salud (aplicado en una muestra de trabajadores de una empresa cuyas funciones no correspondían con las ciencias de la salud). El reporte de las adaptaciones psicométricas o del contenido de los instrumentos ocurrió en solo un estudio. Referente a la confiabilidad de las puntuaciones, solo dos estudios reportan la estimación de la confiabilidad en la propia muestra, mientras que el resto no hizo mención alguna al método ni al valor de la confiabilidad.

### *Procedimiento de la intervención*

En la tabla 4 se observa que en todos los estudios están presentes las amenazas relacionadas con la *validez de conclusión estadística*, siendo una de las más importantes que no se han considerado los supuestos estadísticos para la utilización de pruebas estadísticas, como la *t* de Student para muestras relacionadas, wilcoxon o la chi-cuadrada. Además, no hay estimaciones del efecto de las intervenciones con medidas objetivas, esto es, una medida de la magnitud de la diferencia.

En lo referido a las amenazas de *validez de constructo*, cuatro estudios desarrollan un modelo teórico sobre la variable y solo dos elaboraron un marco conceptual sobre los procedimientos de la intervención. No obstante, en todos los estudios se evidencia una inadecuada comprensión y medición de los modelos teóricos.

Tabla 3. Característica de la evaluación, del método y de la intervención del estrés laboral y el *burnout*

Autor	Características de la evaluación				Características de la intervención								
	Instrumento	Año	Adaptación peruana	Validez	Fiabilidad	Tipo de análisis	Estrategia de intervención	Nivel de intervención	Temas	Núm. de sesiones	Intervalo de tiempo	Tiempo de intervención	Seguimiento
Yslado, Nuñez y Norabuena (2010)	MBI-ED	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	<i>Burnout</i> , afrontamiento, control de activación y relajación	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Niño (2012)	MBI-HSS	1986	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	<i>Burnout</i> , control de activación y relajación, técnicas cognitivo conductual y humanistas	5	N.R.	N.R.	N.R.
Bernui (2013)	Cuestionario sobre estrés laboral	1993	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	Gimnasia	9	N.R.	3 meses	N.R.
Cajachagua, Salinas y Carranza (2014)	MBI-HSS	1986	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
Alarcón y Gutiérrez (2016)	Escala de estrés de la vida profesional	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	Vida saludable, estrés laboral, relajación	4	N.R.	N.R.	N.R.
Rivera-Encinas (2016)	Cuestionario del estrés laboral de la OIT	2013	Sí	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	31 días	N.R.
Urachua (2017)	SWS Survey – Apoyo en trabajo	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	Univariado	Personal	N.R.	Estrés, afrontamiento y relajación	2	N.R.	N.R.	N.R.

N.R. = No reportado.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Criterios de evaluación sobre el procedimiento de intervención en el estrés laboral y burnout (1)

Autor	Amenaza en el procedimiento de la intervención									
	Validez de conclusión estadística					Validez de constructo				
	Infraestimación del valor de la co-varianza	Sobrestimación del valor de la co-varianza	Fiabilidad de la administración	Violación de los supuestos del modelo estadístico	Varianza del error en el contexto de la investigación	Estimación precisa de la magnitud del efecto	Inadecuada comprensión del modelo teórico	Inadecuada medición de los constructos	Adivinación de hipótesis	Expectativas del experimentador
Yslado, Nuñez y Norbuena (2010)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Niño (2012)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Bermui (2013)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Cajachagua, Salinas y Carranza (2014)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Alarcón y Gutiérrez (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Rivera-Encinas (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Uracahua (2017)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Criterios de evaluación sobre el procedimiento de intervención en el estrés laboral y burnout (2)

Autor	Amenaza del procedimiento de la intervención									
	Validez interna					Validez externa				
Ambigüedad de la contingencia temporal entre la VD y VI	Historia	Maduración	Administración de pruebas o tratamiento	Instrumentación	Selección diferencial	Mortalidad experimental	Represión estadística	Selección por tratamiento	Situación del tratamiento	Historia por tratamiento
Yslado, Nuñez y Norabuena (2010)	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
Niño (2012)	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Bermui (2013)	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No
Cajachagua, Salinas y Carranza (2014)	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Alarcón y Gutiérrez (2016)	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Rivera-Encinas (2016)	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No
Uracahua (2017)	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las amenazas relacionadas a la *validez interna* de los estudios, los relativos a historia, maduración, administración de pruebas o tratamientos, amenazas de la instrumentación y regresión estadística están presentes en todos los estudios, debido a que no fueron discutidos o explicitados en el procedimiento y en los límites de la investigación. La mortalidad o abandono experimental estuvo presente en cinco estudios (tabla 5)

## Discusión

El presente estudio tuvo por finalidad realizar una revisión sistemática de las intervenciones sobre el estrés laboral y el *burnout* en trabajadores peruanos, mediante la evaluación de estudios reportados en revistas científicas, encontrados en bases de datos en Internet, y de tesis que se hallan en repositorios virtuales peruanos. El principal hallazgo identificado en los estudios reportados fueron las dificultades teóricas, metodológicas y logísticas para llevar a cabo el proceso de intervención para lograr la reducción de los niveles de estrés laboral y el *burnout*, situación que se torna sensible debido a que se trata de un fenómeno que se encuentra latente en la población laboral peruana (Fernández-Arata, Merino-Soto y Navarro-Loli, en revisión).

Los estudios de intervención reportados estuvieron orientados a la aplicación de estrategias individuales y no consideraron aspectos que la literatura científica recomienda para el diseño de programas de intervención para reducir el estrés laboral y el *burnout* a nivel personal, los mismos que son elaborados con base en una teoría psicológica o tipo de terapia específica cuyo contenido comprende información teórica, ejercicios y tareas para la casa, que son desarrollados a lo largo de un determinado número de sesiones, cada una con un tiempo específico de duración.

De acuerdo con Lamontagne *et al.* (2007), los estudios de intervención centrados en estrategias personales presentan un aporte parcialmente estable en la regulación del estrés laboral, ya que resultados más efectivos se obtienen de intervenciones que involucran a la institución o una combinación de ambas. En ese sentido, los estudios de intervención sobre el estrés laboral y el *burnout* requieren de un mayor fortalecimiento en el contexto peruano, de tal manera que puedan dar evidencia del impacto de las estrategias organizacionales o que planteen una propuesta mixta (factores personales y organizacionales). Igualmente, la evaluación del efecto de los programas antes e inmediatamente después de haber concluido el programa, tres meses, seis meses y un año después (seguimiento), brindan información acerca de su efectividad en la población intervenida.



Respecto a la unidad de análisis, el diseño de mayor frecuencia fue el cuasiexperimental (DCE), que se diferencia de los diseños experimentales (DE) porque no realizan una asignación aleatoria de los participantes, lo que afecta al establecimiento de la relación causa-efecto (Ato, López y Benavente, 2013). Una forma de minimizar esta diferenciación para favorecer la rigurosidad es considerar como supuestos que las variables de tratamiento y resultado tienen que covariar, además se tiene que identificar que esta covariación no sea espuria y para ello es importante minimizar la influencia del error de medición y, sobre todo, que la causa deba proceder al efecto. Estos aspectos obligan a que el investigador focalice su atención, antes del proceso de intervención, sobre las posibles amenazas que puedan afectar la validez de la investigación (Fernández-García *et al.*, 2014).

Propio de los diseños cuasiexperimentales es la identificación de la línea base, que sirve para obtener el diagnóstico previo al proceso de intervención. Este proceso no es preciso ni coherente, pues algunos estudios integraron participantes con niveles elevados, moderados, leves y/o sin experiencia en la problemática del estrés laboral o el *burnout*, incluso no reportaron el proceso de selección. Estos procedimientos de inclusión aleatoria no son acordes con los procedimientos de inclusión en los diseños cuasiexperimentales porque se requiere que estén alineados con los objetivos de la investigación. La unidad de análisis debe estar de acuerdo con el nivel de la variable dependiente a fin de asegurar que se obtendrán beneficios como consecuencia de la intervención, proceso que solo se realizó en dos de los estudios que incluyeron participantes, previa evaluación, donde obtuvieron niveles altos de estrés o *burnout* (Fontes de Gracia *et al.*, 2010). De la misma forma, solo un estudio incluyó el grupo control, siendo este aspecto relevante, pues la ausencia del grupo control o placebo no permite minimizar el efecto de las amenazas de validez interna y contrastar adecuadamente la evaluación de los resultados.

Otro aspecto importante relacionado con los participantes es la administración del consentimiento informado. Se identificaron dos estudios que no realizan dicho reporte, lo que lleva a preguntarse si están incumpliendo con los principios éticos relativos al trato con personas y cuya aplicación está claramente descrita en documentos formales en el ámbito de la psicología (AERA, APA y NCME, 2014; American Psychological Association, 2017) y de la salud (Hall, Prochazka y Fink, 2012). En estos documentos se señala que, en todo proceso de investigación, el reporte del llenado del consentimiento informado es obligatorio y que se debe asegurar que la información y el proceso de la intervención hayan sido comprendidos y aceptados voluntariamente por el participante. Por otro lado, seis estudios no informaron sobre la aprobación del protocolo de investigación por parte de un Comité de Ética, en la institución del investigador o por una entidad externa. La planeación y ejecución de investigaciones con sujetos humanos requie-

re que este tipo de aprobaciones sea inherente y no opcional (Aulisio y Arnold, 2008; Newson y Lipworth, 2015).

Asimismo, se evidencia que existen vacíos en el reporte de la información en cuanto al número de sesiones, intervalo de tiempo entre las sesiones y duración del programa de intervención, información necesaria que se encuentra requerida en las guías de evaluación de estudios experimentales (Ramos-Álvarez y Catena, 2004; Ramos-Álvarez, Valdés-Conroy y Catena, 2006). El reporte de dicha información es importante porque podría permitir replicar el estudio con el fin de identificar si los resultados se pueden generalizar con muestras de otros puntos geográficos (Marczyk, DeMatteo y Festinger, 2005). En el caso de que este proceso de replicación se realice, se convierte en evidencia científica que el psicólogo profesional tiene que evaluar a la hora de optar por la ejecución de un determinado programa de intervención. Igualmente, es pertinente que se realice el seguimiento posterior a la aplicación de la intervención con el propósito de evaluar la estabilidad de sus resultados sin el refuerzo provisto del programa, sobre todo en intervenciones de tipo personal, pues sus resultados han sido poco satisfactorios (McKinley, Boland y Mahan, 2017), en comparación con las intervenciones que elaboran propuestas basadas en el cambio individual y organizacional, siendo esta última la de mayor efectividad (Walter, Plaumann y Kurgmann, 2014).

La evaluación del efecto de los programas de intervención se realizó utilizando la metodología cuantitativa, específicamente con la aplicación de instrumentos de medición. En ese sentido, se identificó que solo un estudio reportó la fuente de adaptación del instrumento y uno estimó la confiabilidad de las puntuaciones en la propia muestra. Este punto está muy relacionado con las amenazas de la *validez de conclusión estadística* de la investigación, porque se omitió el reporte de información crítica a considerar en todo proceso de medición (Alwin, 2015). Además, aplicar instrumentos que no cuenten con evidencias de validez que respalden las inferencias realizadas con base en las puntuaciones de un *test* es una falta ética grave porque no se siguen las recomendaciones de *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA y NCME, 2014), que es considerada una guía importante para el desarrollo y uso de instrumentos psicológicos (Plake y Wise, 2014). Este hecho incrementa la probabilidad de que aparezcan las amenazas relacionadas con la fiabilidad de la administración, lo cual aumenta el porcentaje de varianza del error en el contexto de la investigación e influye en el proceso de inferencia de los resultados.

Los estudios rigurosos de validación de instrumentos sobre el estrés laboral y el *burnout* publicados en Perú y en muestras peruanas son escasos (Fernández-Arata, Merino-Soto y Navarro-Loli, en revisión; Fernández y Merino, 2014; Fernández-Arata, Juárez-García y Merino, 2015; Suárez, 2013) y aportan algunas evidencias de va-

lidez; no obstante, aún son insuficientes para asegurar una adecuada interpretación de los puntajes obtenidos de la utilización de dichos instrumentos. Más aún, los métodos de evaluación basados en la evidencia requieren de información clínica adjunta a la información psicométrica de las medidas utilizadas, la cual es desarrollada en un campo actualmente avanzado y definido, llamado *clinimetría* (de Vet, Terwee y Bouter, 2003; Fava, Tomba y Sonino, 2012; Tomba y Bech, 2012). En general, estas limitaciones pueden poner en tela de juicio la obtención de categorías para señalar el nivel de estrés laboral o *burnout* que experimenta un trabajador.

Adicional a ello, todos los estudios utilizan estadística univariada y basan el procedimiento de inferencia estadística en las pruebas de significancia estadística (PSE). Se han reportado las limitaciones de las PSE y una de las principales es que no brinda información suficiente para determinar si la diferencia entre las puntuaciones de dos grupos (e. g., grupo control y experimental) tiene significancia práctica (Ferguson, 2009). No obstante, los autores de los estudios parecen atribuir a las PSE la capacidad suficiente para decidir sobre la efectividad de las intervenciones. Desde hace años, se recomienda que las PSE sean complementadas o reemplazadas por la estimación de la magnitud del efecto (Cohen, 1994; Fritz, Morris y Richler, 2012), que es definida como un procedimiento para obtener información respecto a la diferencia entre grupos (Coe y Merino, 2003).

Referente a las amenazas de *validez relacionadas al constructo*, aun cuando en cuatro estudios existe fundamentación teórica sobre la variable (estrés laboral o *burnout*), la información presentada no parece identificar a un modelo teórico en particular (e. g., modelo Demandas-Recursos; Bakker y Demerouti, 2007) y más bien tiende a describir hallazgos con poca estructura y comunalidad para, al menos, aproximarse a un modelo teórico.

El presente estudio concluye que:

1. El número de estudios publicados se puede considerar insuficiente para afrontar una problemática que se encuentra latente en la población laboral peruana, aun considerando la importancia de su abordaje porque es un factor de riesgo de interés en los temas de salud pública.
2. Los estudios revisados se encuentran apenas en un estado emergente y adolecen de fundamentos científicos en el contenido del reporte, en el programa de intervención y en los aspectos metodológicos y procedimentales del manuscrito.
3. Las intervenciones reportadas abordan los factores personales de los trabajadores en relación al estrés laboral o el *burnout*, sin considerar los factores organizacionales o una combinación de ambas.
4. La totalidad de los estudios presentan amenazas a la validez de conclusión estadística, de constructo y validez interna.

Finalmente, se recomienda:

1. La necesidad de incentivar los estudios del estrés laboral y el *burnout* desde la perspectiva de la psicología de la salud ocupacional, que orienta la actividad del psicólogo al logro del bienestar y la salud del trabajador. Como se trata de una especialidad que aún no figura en los planes de estudios de las carreras de Psicología ni en los programas de posgrado, resulta importante que la academia incorpore estos estudios en las diversas modalidades de enseñanza. De esta manera se podría incrementar los estudios de intervención en los trabajadores peruanos con el conocimiento teórico y metodológico adecuado.
2. Considerar una fundamentación teórica previa a la determinación del proceso de intervención del estrés laboral y el *burnout*.
3. Es necesario que los investigadores prioricen, en el diseño de la investigación, la inclusión de los factores organizacionales y/o personales en el programa de intervención. Igualmente, es importante ilustrar la aplicación de los programas de intervención considerando los fundamentos teóricos metodológicos y aplicativos que muestran los trabajos que se publican en revistas científicas.
4. Previo a la intervención, es indispensable obtener las evidencias de validez de los instrumentos de medición utilizados para medir el efecto de la intervención y la obtención de baremos especificados a la población de estudio. Esto con la finalidad de disminuir el impacto de los factores relacionados con la validez de conclusión estadística de la investigación.
5. En el reporte se deben precisar las estrategias de intervención y el nivel de abordaje a fin de dar evidencia sobre la efectividad de su tratamiento. Esto es importante porque, de acuerdo con el nivel de intervención y abordaje, se esperan ciertos resultados, además brindan una línea base para identificar los alcances de la intervención.

## Referencias bibliográficas

- AHOLA, K., Toppinin-Tanner, S. y Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, pp. 1-11. DOI: 10.1016/j.burn.2017.02.001
- \*ALARCÓN, M. S. y Gutiérrez, C. M. (2016). *Aplicación del Modelo de Sistemas de Betty Neuman para disminuir el estrés laboral en enfermeras. HNCASE ESSALUD, Arequipa 2016* (tesis para obtener el título profesional de Enfermería). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín.
- ALWA, W. L., Plaumann, M. y Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), pp. 184-190. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.008



- ALWIN, D. (2015). Reliability and validity assessment: New approaches. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2(20), pp. 239-247.
- AMERICAN EDUCATION Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (AERA, APA y NCME) (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington: American Educational Research Association.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2017) *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*. Recuperado de [www.apa.org/ethics/code](http://www.apa.org/ethics/code)
- ATO, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), pp. 1038- 1059. DOI: 10.6018/analesps29.3.178511
- AULISIO, M. P. y Arnold, R. M. (2008). Role of the ethics committee: helping to address value conflicts or uncertainties. *CHEST*, 134(2), pp. 417-424. DOI: 10.1378/chest.08-0136
- BAKKER, A. B., y Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model. State of art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, pp. 309-328. DOI: 10.1108/02683940710733115
- \*BERNUI, M. (2013). Programa “pausa activa” para fortalecimiento del personal no docente de la Universidad Peruana Unión, año 2012. *Estrategias para el Cumplimiento de la Misión*, 10(2), pp. 8-25.
- BLONK, W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. y Houtman, I. L. D (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural intervention in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), pp. 129-144. DOI: 10.1080/02678370600856615
- CAICOYA, M. (2004). Dilemas en la evaluación de riesgos psicosociales. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 7(3), pp. 109-118.
- \*CAJACHAGUA, M., Salinas, S, y Carranza, R. (2014). Efectividad del programa de ejercicios físicos “Muévase por su salud” sobre las medidas antropométricas y el estrés laboral del personal de la UPEU filial Tarapoto, 2014. *Revista de Investigación Universitaria*, 3(2), pp. 46-51.
- COE, R. y Merino, C. (2003) Magnitud del efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología – PUCP*, 21(1), pp. 147-177.
- COHEN, J. (1994). The earth is round ( $p < 05$ ). *American Psychologist*, 49(12), pp. 997-1003.
- COOK, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally.
- DE VET, H. C., Terwee, C. B. y Bouter, L. M. (2003). Current challenges in clinimetrics. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(12), pp. 1137-1141.
- DELIGKARIS, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J. y Masoura, E. (2014) Job burnout and cognitive functioning: A systematic review, *Work & Stress*, 28(2), pp. 107-123. DOI: 10.1080/02678373.2014.909545
- FAVA, G. A., Tomba, E. y Sonino, N. (2012). Clinimetrics: the science of clinical measurements. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), pp. 11-15. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2011.02825.x
- FERGUSON, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology, Research and Practice*, 40, pp. 279-282. DOI: 10.1037/a0015808
- FERNÁNDEZ-ARATA, M. y Merino-Soto, C. (2014). Error de medición alrededor de los puntos de corte en el MBI-GS. *Liberabit*, 20(2), pp. 209-218.
- FERNÁNDEZ-ARATA, M., Juárez-García, A. y Merino-Soto, C. (2015). Invarianza de medición y estructural del MBI-GS en una muestra multiocupacional peruana. *Liberabit*, 21, pp. 9-20.
- FERNÁNDEZ-ARATA, M., Merino-Soto y Navarro-Loli, J. (en revisión). El síndrome de burnout en el Perú: Una revisión sistemática. *Revista Cubana de Salud Pública*.



- FERNÁNDEZ-GARCÍA, P., Vallejo-Seco, G., Livacic-Roas, P. E. y Tuero-Herrero, E. (2014). Validez estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de Psicología*, 30(2), pp. 756-771. DOI: 10.6018/analesps.30.2.166911
- FONTES DE GRACIA, S., García-Gallego, C., Quintanilla, L., Rodríguez, R., Rubio de Lemus, P. y Sarriá, E. (2010). *Fundamentos de investigación en Psicología*. Madrid: UNED.
- FRTZ, C. O., Morris, P. E. y Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), pp. 2-18. DOI: 10.1037/a0024338
- GIL-MONTE, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), pp. 181-197.
- GIL-MONTE, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- HALL, D. E., Prochazka, A. V. y Fink, A. S. (2012). Informed consent for clinical treatment. *CMAJ-JAMC*, 184(5), pp. 533-540. DOI: 10.1503/cmaj.112120
- HASSARD, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P. y Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), pp. 1-17. DOI: 10.1037/ocp0000069
- HAUKE, A., Flintrop, J., Brun, E. y Rugulies, R. (2011). The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and metaanalysis of 54 longitudinal studies. *Work & Stress*, 25(3), pp. 243-256.
- JOHNSON, J. V. y Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A crosssectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, pp. 1336-1342.
- LAMONTAGNE, A. D., Keegle, T., Louie, A. M., Ostry, A. y Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), pp. 268-280. DOI:10.1179/oe.2007.13.3.268
- LONDOÑO, M., Cardona, H. y Vargas, M. (2015). Intervenciones para la prevención primaria de factores de riesgo psicosocial intralaboral: revisión sistemática de la literatura. *Revista interamericana de Psicología Ocupacional*, 34(2), pp. 120-150.
- LUBERTO, C. M., Wasson, R. S., Kraemer, K. M., Sears, R. W., Hueber, C. y Cotton, S. (2017). Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of a 4-week mindfulness-based cognitive therapy protocol for hospital employees. *Mindfulness*, 8(6), pp. 1522-1531. DOI: 10.1007/s12671-017-0718-x
- MARCZYK, G., DeMatteo, D. y Festinger, D. (2005). *Essentials of Research Design and Methodology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- MASLACH, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo* (32), pp. 37-43.
- MASLACH, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto: Consulting Psychology Press.
- MASLACH, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3ª ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 57, pp. 397-442. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

- McKINLEY, T. F., Boland, K. A. y Mahan, J. D. (2017). Burnout intervention in pediatric residency: A literature review. *Burnout Research*, 6, pp. 9-17. doi: 10.1016/j.burn.2017.02.003
- MONTERO, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), pp. 847-862.
- MURPHY, L. R. y Sauter, S. L. (2003). The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38(2), 151-157. doi: 10.1080/00050060310001707157
- NEWSON, A. J. y Lipworth, W. (2015). Why should ethics approval be required prior to publication of health promotion research? *Health Promotion Journal of Australia*, 26(3), 170-157. doi: 10.1071/HE15034
- \*NIÑO, T. L. (2012). *Efecto de un programa educativo-terapéutico en la prevención y control del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital II Essalud-Huánuco 2012* (tesis para optar el grado académico de Magister). Perú: Universidad de Huánuco.
- NUNNALLY, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3ª ed.). Nueva York: McGrawHill.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*. Ginebra: OIT. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms\\_466549.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_466549.pdf)
- OLMEDO, M. y Santed, M. (1999). *El estrés laboral*. Madrid: Klinik.
- PERSKI, O., Grossi, G., Perski, A. y Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), pp. 551-561. doi: 10.1111/sjop.12398
- PLAKE, B. S. y Wise, L. L. (2014). What is the role and importance of the Revised AERA, APA, NCME Standards for Educational and Psychological Testing? *Educational Measurement: Issues and Practice*, 33(4), pp. 4-12. doi: 10.1111/emip.12045
- RAMOS-ÁLVAREZ, M. M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos experimentales en ciencias del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), pp. 173-189.
- RAMOS-ÁLVAREZ, M. M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2006). Criterios para el proceso de revisión de cara a la publicación de investigaciones experimentales y cuasi-experimentales en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), pp. 773-787.
- REZAGHOLI, M. (2016). Differential socio-economic effects of work environmental risk factors. *Journal of Health & Medical Economics*, 2(2). Recuperado de <http://health-medical-economics.imedpub.com/differential-socioeconomic-effects-of-work-environmental-risk-factors.pdf>
- RICHARDSON, K. M. y Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, pp. 69-93. doi:10.1037/1076-8998.13.1.69
- \*RIVERA-ENCINAS, M. T. (2016). Efectividad del uso del mate de coca en la reducción del estrés laboral en administrativos de una universidad. *Horizonte Médico*, 16(3), pp. 20-28.
- SALANOVA, M. y Llorens, G. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), pp. 59-67.
- SCHAUFELI, W. B., y Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Londres: Taylor & Francis.
- SIEGRIST, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), pp. 27-43. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27

- SUÁREZ, A. S. (2013). Adaptación de la escala de estrés laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un contact center de Lima. *Revista PsiqueMag*, 2(1), pp. 33-50.
- SUYI, Y., Meredith, P. y Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 13(5), pp. 319-326. DOI: 10.1016/j.explore.2017.06.001
- TOMBA, E. y Bech, P. (2012). Clinimetrics and clinical psychometrics: macro- and micro-analysis. *Psychotherapy Psychosomatic*, 81(6), pp. 333-343. doi: 10.1159/000341757
- \*URACAHUA, D. M. (2017). *Aplicación de un programa de intervención para disminuir el estrés laboral en enfermeras de centro quirúrgico. Clínica San Juan de Dios* (tesis para obtener el título de Enfermería con Mención en Centro Quirúrgico). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín.
- WALTER, U., Plaumann, M. y Krugmann, C. (2014). Burnout intervention. En S. Bahrer-Kohler (ed.), *Burnout for Experts*. Suiza: Springer, pp. 223-246.
- \*YSLADO, R., Nuñez, L. y Norabuena, R. (2010). Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de *burnout* en profesores de educación primaria de distritos de Huaraz e Independencia (2009). *Revista IIPSI*, 13(1), pp. 151-162.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## 4. Meta-análisis de intervenciones con *mindfulness* para el mejoramiento de la salud psicológica en trabajadores latinoamericanos

Arturo Juárez García,<sup>1</sup>  
Cintha Anamía Flores Jiménez<sup>2</sup> y César Merino Soto<sup>3\*</sup>

<sup>1,2,3</sup> Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología,  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

<sup>3</sup> Universidad de San Martín de Porres, Perú

### Resumen

*Antecedentes:* Las intervenciones con *mindfulness* para el control de estrés y la salud psicológica han suscitado mucho interés y ganado popularidad; sin embargo, se desconoce el estado del arte en la literatura sobre la eficacia de estas intervenciones en la población laboral latinoamericana, objetivo del presente capítulo. *Método:* Se llevó a cabo una revisión sistemática considerando bases de datos internacionales y latinoamericanas, hasta enero de 2020, y se realizaron análisis de sesgos y estimaciones meta-analíticas con la metodología Cochrane y mediante el software RevMan5.3. *Resultados:* 13 estudios con un total de 444 trabajadores fueron incluidos en el análisis y se encontró una tendencia estadísticamente significativa y con tamaños de efecto grandes (0.95-3.21) hacia la eficacia del *mindfulness* en variables como ansiedad, depresión, estrés, síntomas psiquiátricos y calidad de vida. No obstante, se observaron índices de heterogeneidad muy altos y serias limitaciones metodológicas derivadas de los riesgos de sesgos analizados. *Conclusiones:* Aunque el *mindfulness* parece ser una intervención prometedora para el bienestar y salud psicológica de los empleados latinoamericanos, son necesarios más estudios y con mejor calidad metodológica para confirmar los beneficios señalados.

**Palabras clave:** *mindfulness*, intervención, salud mental, Latinoamérica.

\* Agradecemos a los estudiantes Hilda Liz Alfaro, Kimberly Sánchez y Jorge Santiaguillo por su apoyo en la búsqueda de artículos y al Mtro. Germán Guerra por sus observaciones para mejorar este capítulo.



## Introducción

Quizá ninguna técnica de intervención psicológica para el control del estrés y el mejoramiento de la salud psicológica haya suscitado tanto interés y popularidad en la literatura reciente como las intervenciones con la técnica de *mindfulness* o “atención plena” (Moñivas, García-Diex y García-De-Silva, 2012). El *mindfulness* es un tipo de práctica meditativa que se ha definido como “la conciencia que emerge por medio de fijar la atención, de forma deliberada y sin prejuicios, en la experiencia que ocurre momento a momento” (Kabat-Zinn, 2003: 145). Desde el punto de vista cognitivo, es una forma de monitoreo metacognitivo que se enfoca en la experiencia del momento actual (Lutz *et al.*, 2008), implica autorregulación de la atención, de manera que es mantenida en la experiencia inmediata y está caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación (Bishop *et al.*, 2004).

La práctica del *mindfulness* tiene principios basados en los valores budistas y en varias tradiciones contemplativas, esotéricas y filosóficas, pero actualmente se puede adoptar un entrenamiento práctico sin tales tradiciones o lenguajes, sobre todo en el advenimiento de la integración de esta técnica en varias terapias psicológicas por grupos grandes de profesionales (Academic Mindfulness Interest Group, 2006). Entre las subtécnicas o programas de entrenamiento específicos de mayor impacto se encuentran el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), que se combina con herramientas de la terapia cognitivo-conductual, y el *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), que se enfoca en la reducción de estrés (Kabat-Zinn, 2003b; Gu, Strauss, Bond y Cavanagh, 2015); sin embargo, independientemente del tipo de programa particular de entrenamiento, prácticamente todas las técnicas de *mindfulness* implican la ejercitación de la atención plena mediante el entrenamiento del monitoreo de la experiencia del momento presente, siendo la conciencia del cuerpo y la autorregulación el mecanismo principal (Cebolla *et al.*, 2018).

Varios estudios señalan que la intervención del *mindfulness* ha sido generalmente efectiva en el tratamiento de un amplio rango de problemas físicos, psicosomáticos y de salud mental, entre ellos: ansiedad (Evans *et al.*, 2008), síndrome de *burnout* (Luken y Sammons, 2016), depresión (Segal y Teasdale, 2018), fatiga (Decker *et al.*, 2015), trastornos de sueño (Black *et al.*, 2015), dolor crónico (Day *et al.*, 2014), consumo de alcohol y abuso de sustancias (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005) y salud mental y bienestar en general (Gu *et al.*, 2015; Grossman *et al.*, 2004). También, el entrenamiento en *mindfulness* ha mostrado impactos positivos en procesos cognitivos tales como mejoras en la memoria, la atención y diversas funciones ejecutivas (Chiesa, Calati y Serretti, 2011).

Pese a lo anterior, varias revisiones sistemáticas sugieren ser cautos en cuanto a estos hallazgos debido a diversas deficiencias metodológicas de los estudios realizados hasta hoy, los cuales solo son preliminares (Van Dam *et al.*, 2018; Winbush, Gross y Kreitzer, 2007; Chiesa y Serretti, 2010; Fjorback *et al.*, 2011). Asimismo, algunos estudios muestran que el *mindfulness* no tiene beneficios adicionales a los que puede dar cualquier otro tratamiento o técnica de meditación (Goyal *et al.*, 2014; Kreplin, Farias y Brazil, 2018; Schoormans y Nyklíček, 2011), mientras que otras investigaciones han encontrado que los estudios que demuestran beneficios del *mindfulness* padecen del sesgo de publicación (Coronado-Montoya *et al.*, 2016).

Vale la pena señalar que aún son pocos los estudios realizados en poblaciones no clínicas, específicamente en el sector productivo, donde el impacto de dicha intervención no solo se espera que sea relevante por sus posibles beneficios implícitos a la salud, sino que ha generado mucho interés también por los efectos esperados directos o indirectos sobre el rendimiento y productividad de los empleados, las empresas, y la economía en general (Kersemakers *et al.*, 2018; Hunter, 2013). En este ámbito, un estudio nacional representativo de toda la fuerza laboral de Estados Unidos encontró que las prácticas de meditación, en general, han aumentado hasta al doble, aunque es más frecuente entre los grupos más favorecidos: raza blanca, mayor escolaridad y trabajadores “de cuello blanco” o de mayor estatus (Kachan *et al.*, 2017). Del mismo modo, la investigación sobre el *mindfulness* en general se ha realizado principalmente en países desarrollados y poco se sabe sobre el estado del arte de este tema en países menos desarrollados, particularmente en Latinoamérica.

El buscador Google arroja 550 000 documentos relacionados con la palabra “*mindfulness*”, con clara presencia en países avanzados, pero, al combinarlo con la palabra “Latinoamérica”, se reduce drásticamente, a 2 580. Las revisiones sistemáticas publicadas actualmente en bases de datos indizadas difícilmente representan la realidad de los países no desarrollados, en principio porque en sus búsquedas descartan por “criterio de rigor” las bases de datos no indizadas o de la literatura gris (aquella no controlada comercialmente) y descarta también con gran frecuencia lo que no está publicado en idioma inglés, excluyendo así contribuciones que muchos investigadores deciden publicar en bases latinoamericanas no indizadas, ya sea por el público al que quieren dirigir sus hallazgos o por simple convicción, lo que de cualquier forma aumenta el sesgo de publicación en estas revisiones sistemáticas (Páez, 2017).

Poco se sabe el impacto del *mindfulness* en la salud y el bienestar de las poblaciones laborales en la región latinoamericana, así como la calidad de la investigación realizada hasta hoy con esta estrategia de intervención. Dado lo anterior, el

propósito general del presente capítulo es conocer el estado del arte de la investigación del *mindfulness* en Latinoamérica y evaluar los efectos de la intervención con esta técnica en indicadores de salud psicológica y mental en trabajadores de países latinoamericanos.

## Método

### *Búsqueda y elegibilidad de estudios*

La presente revisión sistemática se realizó de acuerdo con lo sugerido en la metodología Cochrane para revisiones sistemáticas en estudios de intervención (Higgins y Green, 2011). En consistencia con el enfoque y objetivo del estudio, los criterios de elegibilidad de los estudios se definieron con base en lo siguiente:

- Participantes: estudios con muestras de personas adultas con carácter de empleados o trabajadores en cualquier país latinoamericano (e.g., no estudiantes o pacientes).
- Intervención: estudios de intervención utilizando cualquier programa de *mindfulness* (definido así por los autores), excluyendo intervenciones con cualquier otro tipo de meditación.
- Comparación y diseño: estudios con al menos una medida de evaluación pre y post-intervención, con o sin grupo de comparación, pudiendo ser: preexperimentales (un solo grupo), cuasi y experimentales o ensayos aleatorizados (con grupo control).
- Observaciones o desenlaces: cualquier variable psicológica o de salud mental, tales como: ansiedad, depresión, síntomas psiquiátricos, síntomas somáticos o de salud percibida, aspectos emocionales, *burnout*, bienestar psicológico y calidad de vida. No se consideraron estudios que contemplaron solo dominios propios del *mindfulness* (conciencia, observación, juicio, etc.) como desenlaces, ya que estos aspectos serían redundantes al mismo entrenamiento recibido.
- Estudios publicados en revistas arbitradas (no tesis, conferencias, ponencias, blogs, etc.), hasta enero de 2020.
- Estudios de campo empíricos (no teóricos, de reflexión o solo propuestas o protocolos de intervención).
- Idioma: español, inglés o portugués.

Dado que se pretendió una búsqueda que considerara espacios de publicación latinoamericanos, además de las bases internacionales indizadas más conocidas,

tales como la Biblioteca Cochrane, PubMed, Scopus e ISI-WEB of Science, se realizó también una búsqueda en las bases latinas: Medigraphic, Imbiomed, Redalyc, Dialnet, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (LILACS), Índice de revistas Conacyt y Google Académico. La búsqueda abarcó, como periodo temporal, todos los artículos publicados existentes hasta enero de 2020.

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes combinaciones de palabras y términos booleanos: “*mindfulness*, atención plena” AND “intervención (*intervention*), programa (*program*)” AND “trabajadores, empleados, trabajo, laboral (*workers, work employees*)” AND “Argentina OR Bolivia OR Brasil OR Chile OR Colombia OR Costa Rica OR Cuba OR Ecuador OR El Salvador OR Guatemala OR Honduras OR México OR Nicaragua OR Panamá OR Paraguay OR Perú OR Puerto Rico OR República Dominicana OR Uruguay OR Venezuela”.

La búsqueda y tamizaje inicial se hizo de forma independiente por dos grupos de dos personas cada uno, quienes verificaron el cumplimiento de los criterios de inclusión antes referidos. Los artículos que cumplieron dichos criterios fueron extraídos en una hoja de Excel. Se resolvieron discrepancias y se evaluó la calidad metodológica de los artículos de forma independiente, hasta alcanzar consensos.

La literatura identificada fue codificada por diseño de estudio y grupos de intervención, país o ciudad, tipo (ocupación) y tamaño de muestra (N=), perfil de participantes (sexo, edad), comparación, duración del programa o sesiones, variables de resultado y principales hallazgos reportados (tabla 1).

### Análisis de sesgos

La calidad metodológica de los estudios fue valorada considerando las guías RoB 2 (*risk of bias in randomised trials interventions*) y ROBINS-1 (*risk of bias in non-randomised studies of interventions*) del centro de colaboración Cochrane (Sterne *et al.*, 2019). Dicha metodología se enfoca en la valoración de sesgos de los estudios incluidos y no en una asignación de puntuación de la calidad de estos, lo que permite centrarse en la certeza y validez empírica de las intervenciones, más que en los esfuerzos de los autores en sus estudios y la estructura de los informes (Higgins *et al.*, 2019).

Aunque los criterios para valorar los ensayos aleatorizados son considerados “la regla de oro” por su estricta valoración metodológica (Higgins y Green, 2011), se tomaron en cuenta criterios adicionales de estudios no aleatorizados, a sabiendas de que podría haber varios estudios latinoamericanos con este diseño. De esta forma, se evaluaron siete sesgos en los estudios respectivos: 1) sesgo de selección de participantes; 2) sesgo de realización o cegamiento de participantes;



3) sesgo de detección o por medición de resultados; 4) sesgo por datos faltantes; 5) sesgo por reporte selectivo de resultados; 6) sesgo por confusores y, 7) sesgo por cambios en la intervención. De acuerdo con la metodología Cochrane, estos tienen un balance cualitativo y no cuantitativo que se puede observar en semaforizaciones para cada sesgo dentro de una gráfica de tres colores (verde = *low bias*, amarillo = *unclear bias* y rojo = *high bias*). No se evaluó el sesgo de publicación, debido a que no es recomendable cuando hay pequeña cantidad de estudios (< 10 en cada variable psicológica) y a la heterogeneidad de estos.

### *Estimaciones meta-analíticas*

Para realizar los meta-análisis respectivos, los estudios se hicieron y clasificaron de forma independiente para cada variable psicológica cuando hubo al menos tres investigaciones, ello para buscar una ponderación lo más representativa posible. Dado que todos los estudios tuvieron datos previos y posteriores a la intervención, y solo tres tuvieron grupo control, se optó por estimar únicamente las diferencias de medias estandarizadas pre-post como tamaño de efecto, utilizando un modelo de efectos aleatorios de varianza inversa (DerSimonian y Laird, 1986). En casos en los que no hubo datos específicos (dos estudios), se hicieron estimaciones ponderadas considerando la variabilidad de los demás estudios y los tamaños de efecto informados por los autores. En conformidad con la propuesta de Cohen (1992), magnitudes de alrededor de 0.2 representan un efecto bajo, 0.5 un efecto moderado y 0.8 un efecto grande. Asimismo, se calculó el índice  $I^2$  como medida de heterogeneidad en los estudios, siendo alrededor de  $I^2=25%$  baja,  $I^2=50%$  moderada e  $I^2=75%$  alta. Todos los análisis anteriores se realizaron con el software RevMan versión 5.3 (Cochrane Collaboration, 2014).

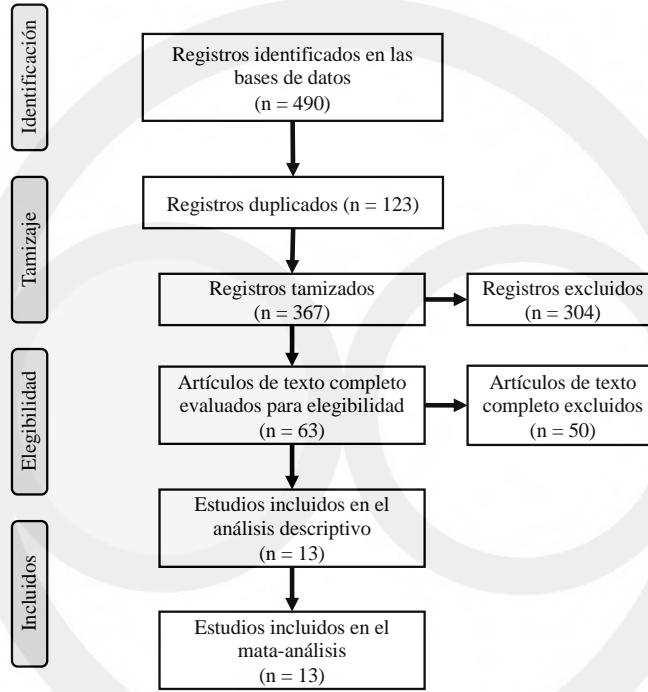
## **Resultados**

### *Estudios elegidos*

La figura 1 muestra el diagrama de flujo propuesto por la guía PRISMA (Moher *et al.*, 2019) para la selección de artículos. De 490 artículos identificados en las bases de datos elegidas, solo fueron 13 los artículos incluidos en el análisis descriptivo y el meta-análisis.



Figura 1. Diagrama de flujo de artículos seleccionados



Fuente: elaboración propia.

La tabla 1 muestra el desglose de los estudios seleccionados. Se discute lo más relevante de cada característica a continuación.

**Diseño de estudios.** La gran mayoría fueron estudios que tuvieron diseño de un solo grupo no aleatorio pre-post intervención (10), a cuatro de los cuales se les dio seguimiento (*follow-up*) para verificar la permanencia de los efectos obtenidos en la intervención. Solo hubo tres controlados, de diseño cuasi-experimental, con grupo control de comparación, de los cuales solo uno fue ensayo totalmente aleatorizado, de carácter mixto con evaluaciones adicionales pre-post y de seguimiento, que pudiera ser el diseño más robusto (Lacerda, Little y Koza, 2018). Cabe mencionar que cuatro estudios tuvieron valoraciones cualitativas adicionales, que comprendieron entrevistas entre los participantes.

**País o región.** La mayoría de los estudios fueron de Brasil (5), seguidos por Chile (4), mientras que Colombia, Perú, Puerto Rico y Argentina presentaron uno cada uno, respectivamente, siendo la mayoría en sus ciudades principales, como São Paulo, Santiago, Lima, etcétera. Hubo notables ausencias de estudios de otros países latinoamericanos (de México y Venezuela, por ejemplo).

*Tipo de muestra (ocupación) y tamaño.* Seis estudios se realizaron en trabajadores o profesionales del sector salud (enfermeras la mayoría), cuatro en trabajadores universitarios (principalmente docentes) y tres en empleados de empresas, aunque no se especifica el tipo de cargo que tenían. Los tamaños de muestra fueron en general pequeños, con un promedio de  $N = 27$  y un rango en el que hubo estudios desde ocho participantes hasta 64 (por grupo de intervención).

*Perfil de participantes.* La participación de las mujeres fue más frecuente en los estudios, pues en 11 de ellos fueron mayoría; solo en uno el número de hombres fue mayor (Roselló, Zayas y Lora, 2016) y en otro más la distribución fue de 50% exacta (Oblitas *et al.*, 2019). La edad de la mayoría de los participantes fue de alrededor de 40 años, con rangos promedio de 26 a 49 años, reportados por los autores.

*Duración del programa.* La mayoría de los estudios dijeron basarse en el programa conocido como *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat Zinn, 2003b), con un estándar de ocho sesiones y promedio de dos horas semanales, aunque también hubo muchas variaciones con rangos entre una y tres horas. El más largo fue de 24 sesiones, con duración de una hora (Dos Santos *et al.*, 2016) y el más corto, de cuatro sesiones de 1.5 horas (Solari, Bravo y Zitko, 2017).

*Variables de salud psicológicas.* Varias investigaciones abordaron diversas variables de manera simultánea, aunque en términos de frecuencia, los dominios propios de *mindfulness* fueron los más comunes (conciencia, atención, juicio, etc.). Aunque estos fueron descritos más adelante, no fueron considerados para el meta-análisis, dada la redundancia esperada del efecto por el propio entrenamiento recibido en esos dominios. Después, las variables psicológicas más frecuentemente estudiadas fueron: estrés, depresión, ansiedad y síntomas psiquiátricos, seguidos por calidad de vida y satisfacción (laboral o con la vida) y solo algunos con bienestar psicológico, *burnout*, afectividad negativa/positiva, dolor subjetivo u otros, incluyendo pocos casos (3) variables objetivas, como velocidad de procesamiento de información, registro de objetivos de meditación o indicadores fisiológicos. En general, hubo bastante heterogeneidad en los instrumentos de medición, siendo depresión y estrés percibido donde hubo un poco más coincidencias en las pruebas utilizadas (inventario de Beck y escala de estrés percibido, respectivamente).

*Hallazgos reportados por autores.* La tendencia general entre todos los autores y estudios fue el reporte de resultados favorables para la mayoría de las variables: depresión, ansiedad, estrés, síntomas diversos, calidad de vida y bienestar en general, los que respaldaron con análisis estadísticos y, algunos, con narraciones cualitativas adicionales por sus entrevistados. Solo cinco estudios (38%) estimaron estadísticos de tamaño de efecto, los que variaron de magnitud “moderada” a

“grande” en la mayoría de las variables. Vale la pena señalar que no todos los estudios tuvieron diferencias estadísticamente significativas en la totalidad de las variables (ocho estudios tuvieron  $\leq 70\%$  o menos de significancia en sus pruebas), habiendo incluso un caso en el que solo tres de sus 13 variables intervenidas tuvieron cambios significativos ( $p < .05$ ), sin mencionar que muchas de las variables que resultaron significativas se refirieron justo a dimensiones de escalas de *mindfulness*.

### Sesgos metodológicos de los estudios

Se encontraron problemas importantes por riesgos de sesgos metodológicos en la mayoría de los estudios, lo que es previsible por el diseño empleado en la mayoría de ellos (pre-post con un solo grupo no aleatorio). Uno de los aspectos más importantes que se puede comentar es que la mayoría de los estudios tiene limitaciones por la no aleatorización en la selección o asignación de participantes (A en las figuras), lo que se agrava en varios casos dado que los análisis no distinguieron entre las personas que tenían trastornos clínicos y las que no, o, por otro lado, la distinción analítica de quienes ya tenían algún entrenamiento previo en *mindfulness* o meditación, a pesar de haber sido identificados en muchos casos, sin mencionar que las formas de reclutamiento y el muestreo realizados en estos estudios (carteles de invitación abiertos) pueden atraer a personas con cierto perfil que difiere del resto; por ejemplo, personas con más disposición y ánimo a implementar cambios en su vida. El cegamiento de participantes y evaluadores (sesgo de realización y detección: -B y C en las figuras) estuvo también presente en casi todos los estudios por la naturaleza de intervención (psicosocial), lo que no exime de las expectativas que se pueden crear, tanto entre los participantes como en los evaluadores, con potenciales efectos de sesgo en la investigación. Asimismo, la deserción experimental (D en las figuras) se observó prácticamente en todos los estudios, sin un análisis que permitiera comprobar que tal deserción afectara los resultados. En cuanto al sesgo por reporte selectivo (E en las figuras), varios estudios tuvieron claramente tendencias a seleccionar o enfatizar ciertas variables o resultados que eran favorables a la intervención, omitiendo otras variables o análisis, sin alguna justificación. El sesgo de confusión (F en las figuras) fue la opción alternativa para diseños sin grupo control y que por su naturaleza no cumplen con la selección aleatoria; sin embargo, ningún estudio consideró variables potencialmente confusoras en sus análisis. Finalmente, otra opción alternativa para diseños de un solo grupo fue el sesgo de desviaciones de intervención (por cambios, logística o acarreo; letra G), que pueden ser evitadas con el cegamiento de

participantes; empero, se hizo extensivo este dominio también a los ensayos o estudios con grupo control, considerando efectos de la logística de los estudios que pudieron tener impacto en los resultados (por ejemplo, diferencias en la estructura de intervención), y, en este caso, la mayoría de los estudios tuvo la valoración de “Riesgo de sesgo confuso” (?), ya que no se explicaron con suficiente detalle los procedimientos de intervención empleados para poder determinar la magnitud de dicho sesgo.

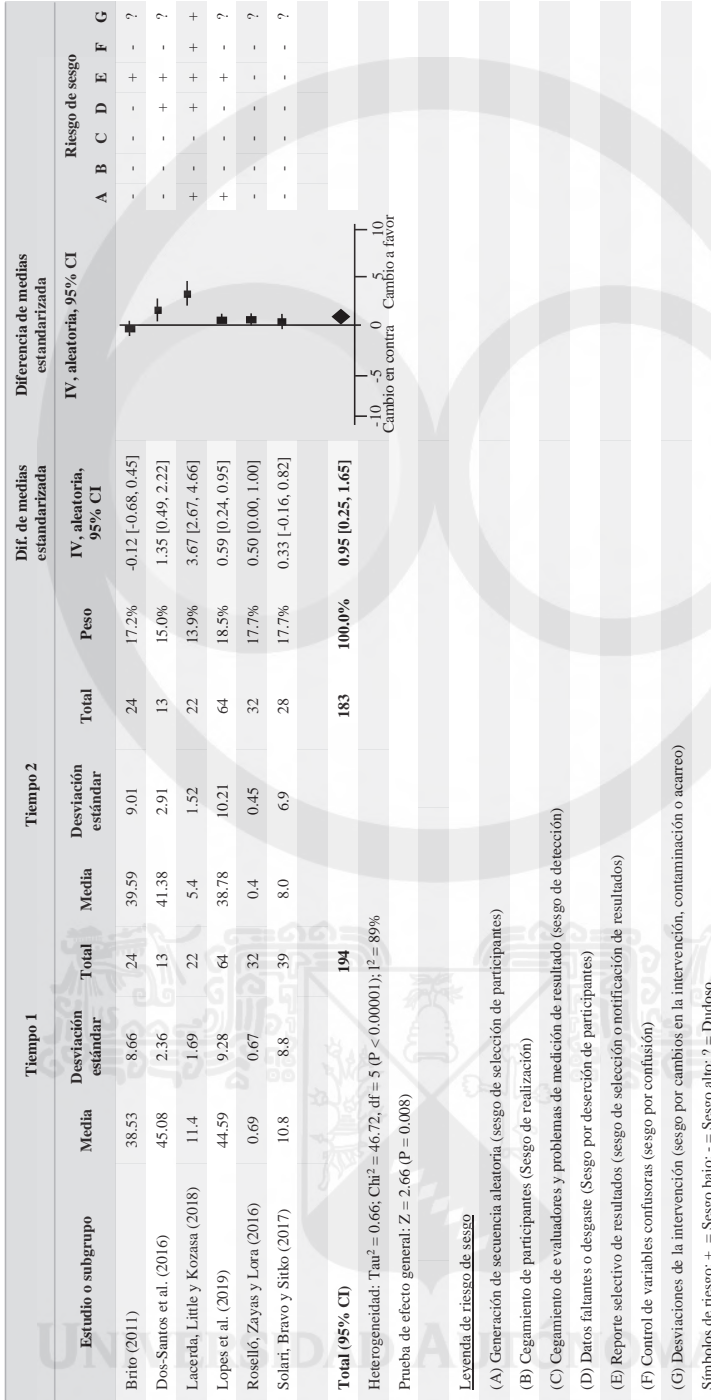
### Estimaciones meta-analíticas

Se realizaron meta-análisis independientes para las variables de ansiedad (6 estudios), depresión (6), estrés (7), síntomas psiquiátricos (3) y calidad de vida (3). Para ansiedad (figura 2) el tamaño de efecto ponderado fue de .95 (IC = 0.25-2.65), para depresión (figura 3) fue de 2.27 (IC = 1.09-3.45), para estrés percibido (figura 4) fue de 1.46 (IC = 0.38-2.55), para síntomas psiquiátricos (figura 5) fue de 3.21 (IC = 0.64-5.78) y para calidad de vida (figura 6) fue de -1.13 (IC = -2.72-0.46). Todas estas magnitudes de efecto son consideradas “grandes” (Cohen, 1992). No obstante, los índices de heterogeneidad fueron muy altos para todos los casos ( $I^2 = 89\%-95\%$ ), indicando la variación y falta de homogeneidad entre los efectos estimados de los estudios.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

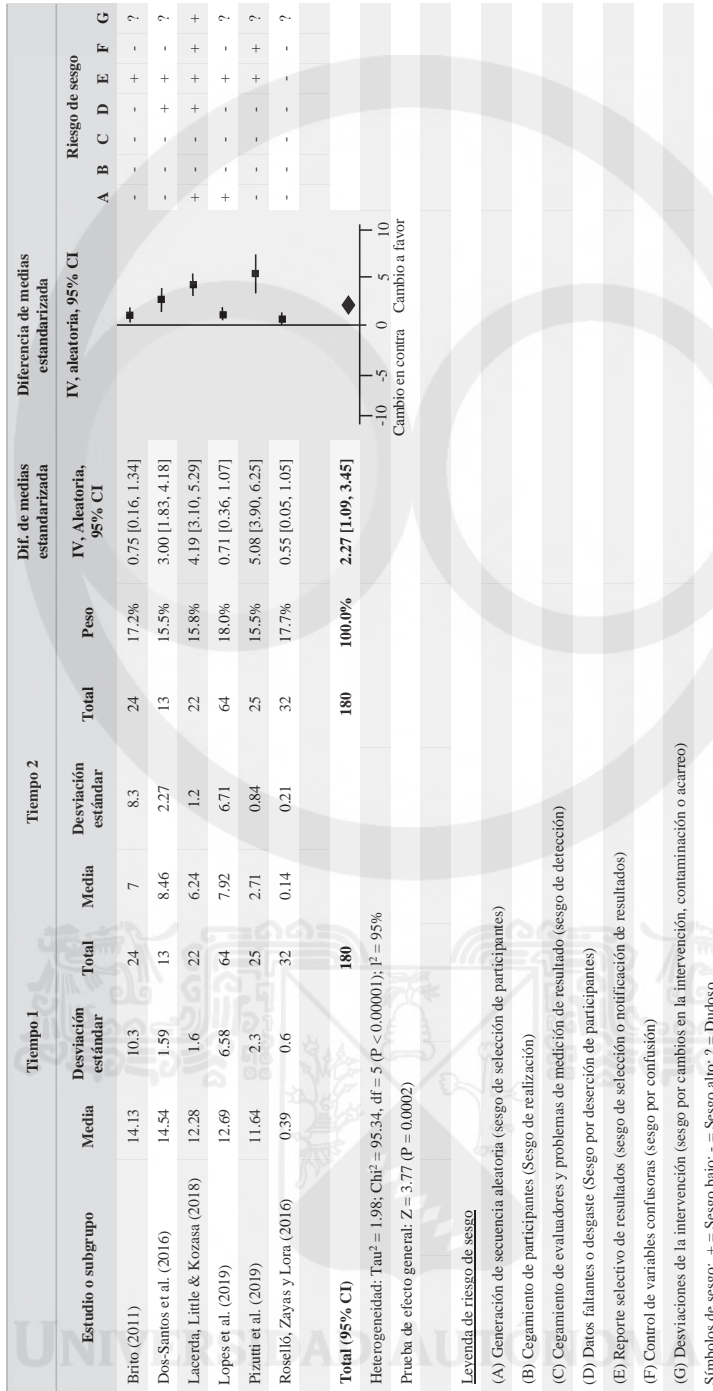
Figura 2. Meta-análisis de los efectos de *mindfulness* en síntomas de ansiedad en trabajadores latinoamericanos



Fuente: elaboración propia.

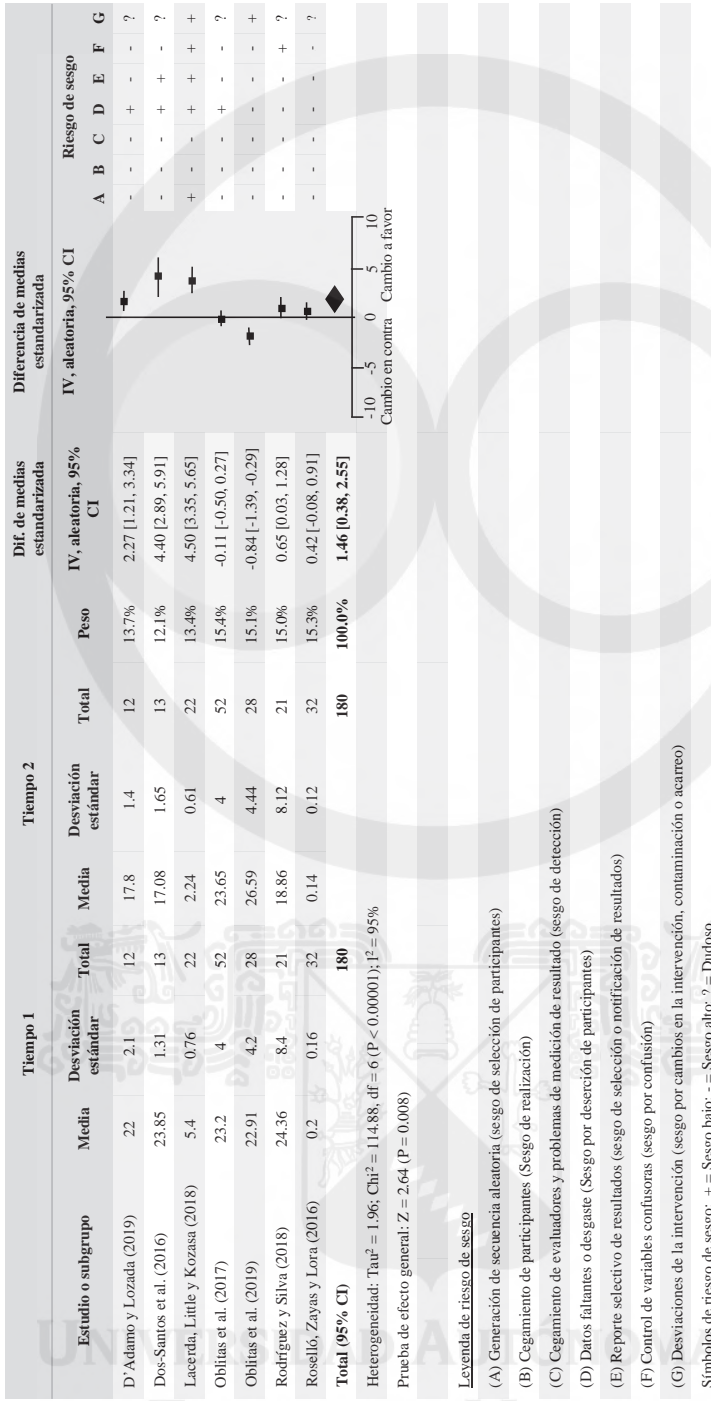


Figura 3. Meta-análisis de los efectos de *mindfulness* en síntomas de depresión en trabajadores latinoamericanos



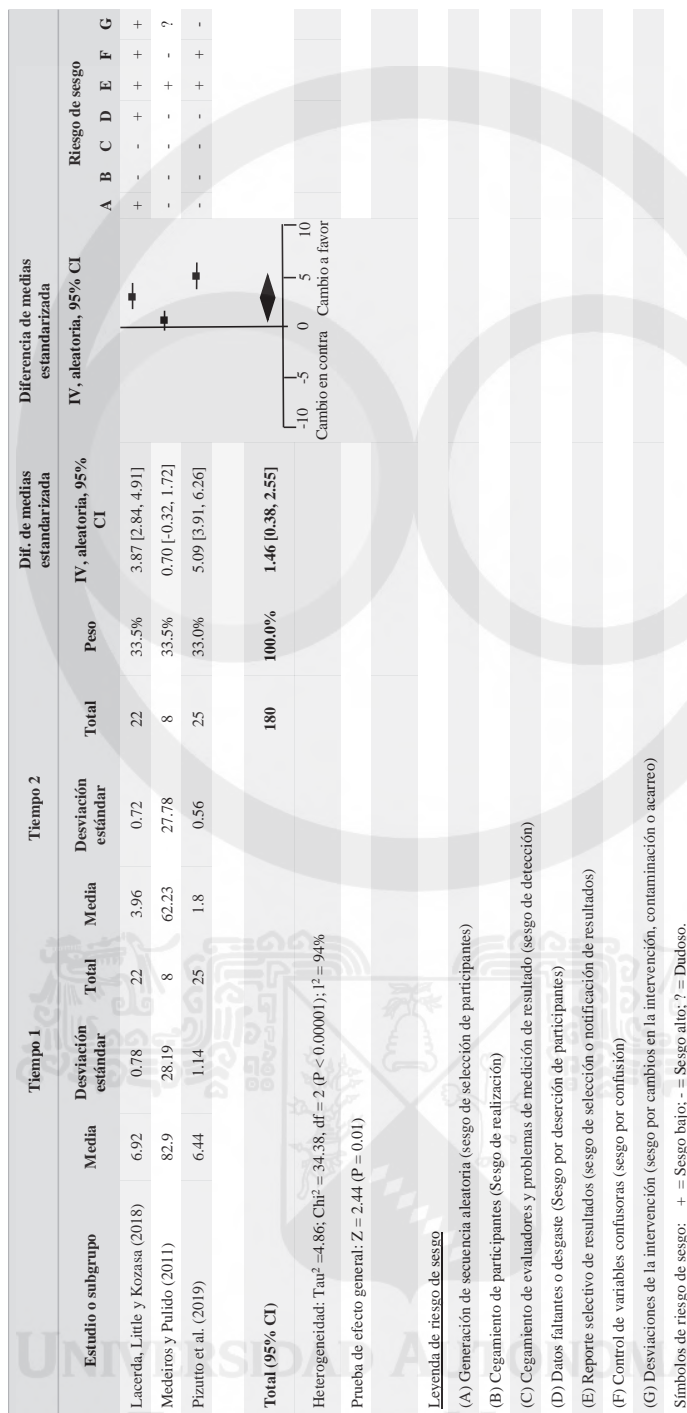
Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Meta-análisis de los efectos de *mindfulness* en estrés percibido en trabajadores latinoamericanos



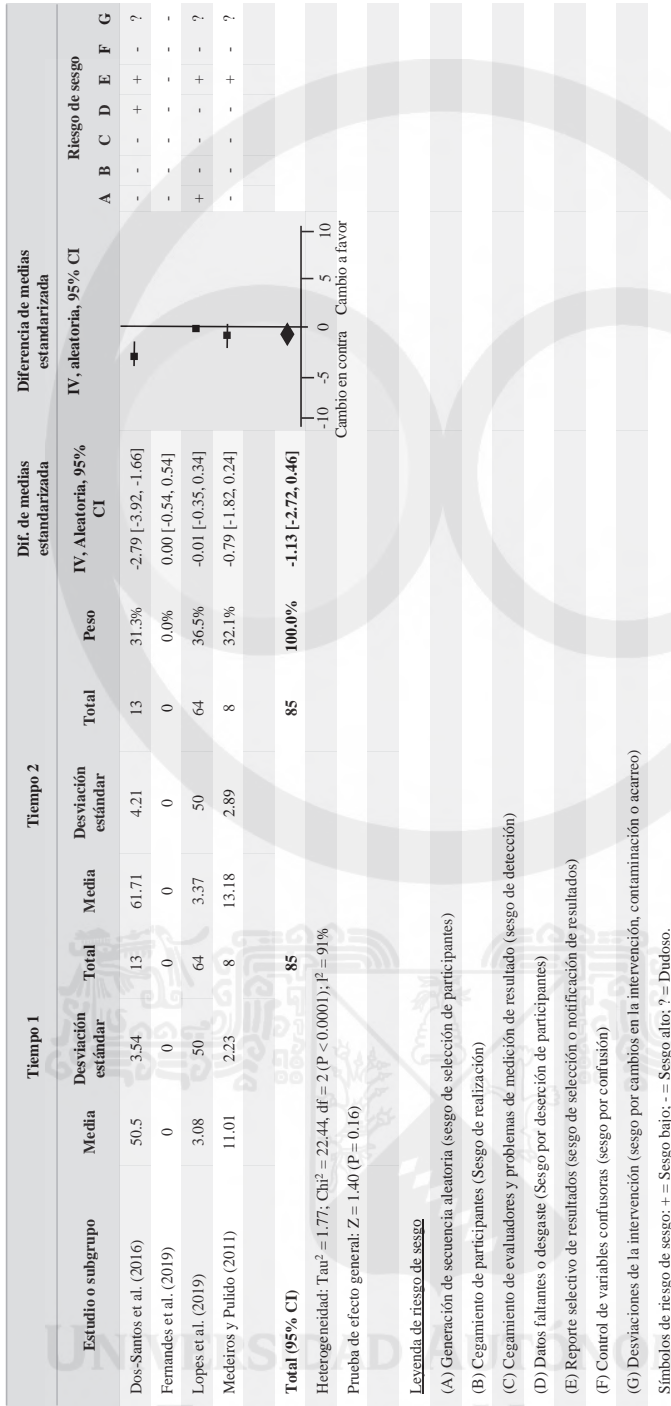
Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Meta-análisis de los efectos de *mindfulness* en síntomas psiquiátricos en trabajadores latinoamericanos



Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Meta-análisis de los efectos de *mindfulness* en calidad de vida en trabajadores latinoamericanos



Fuente: elaboración propia.

## Conclusiones y discusión

El propósito general del presente capítulo fue evaluar los efectos de la intervención de *mindfulness* en indicadores de salud psicológica y mental en investigaciones con trabajadores de países latinoamericanos, lo que permitiría hacer un balance del estado del arte. En principio, vale la pena comentar que se observó un número de investigaciones aún muy escaso en la región, pues la presente revisión se realizó con apenas 13 estudios que cumplieron los criterios establecidos, a pesar de ser una estrategia de intervención con varias décadas de estudio en otros países (Kabat Zinn, 2003b). En la búsqueda del presente estudio se notaron ausencias de investigación de otros países latinos (e.g., México y Venezuela) y muestras de otro tipo de ocupaciones más frecuentes en la región (e.g., trabajadores manuales, vendedores, etc.). La gran mayoría de los estudios se cargó más hacia el sexo femenino, con edades alrededor de 40 años, lo que deja interrogantes sobre estas intervenciones en poblaciones latinas de trabajadores más jóvenes del sexo masculino.

Todos los autores enfatizaron los hallazgos positivos en sus conclusiones, respecto a la eficacia de intervenciones con *mindfulness* en diversas variables psicológicas y de bienestar. Muchos interpretaron el éxito de sus intervenciones con base en la significancia estadística de sus análisis (aun aquellos con diferencias estadísticamente significativas solo en una parte de las variables analizadas) y una minoría con base en los tamaños de efecto que sí fueron estimados en sus investigaciones (5 estudios, 38.4%), cuya magnitud fue de “moderada” a “grande”, y tuvieron como marco recomendaciones heurísticas para indicar qué tan grande fue el efecto.

Las estimaciones meta-analíticas realizadas coincidieron con lo informado por los autores respecto al efecto de la intervención de *mindfulness* en la salud psicológica, con tamaños de efecto ponderados favorablemente altos (rango 0.95-3.21) para las variables de ansiedad, depresión, estrés, síntomas psiquiátricos y calidad de vida (figuras 2, 3, 4, 5 y 6). Esto concuerda parcialmente con otras revisiones sistemáticas realizadas en contextos laborales (Bartlett *et al.*, 2019; Pérez-Fuentes *et al.*, 2020; Virgili, 2015), en las que los tamaños de efecto tuvieron magnitudes más bien moderadas. Un hallazgo notable en las estimaciones meta-analíticas es que los dos estudios con menores sesgos (ensayos aleatorizados con grupo control) mostraron los tamaños de efecto más grandes, lo que contrasta notablemente con otros estudios en los que dichas magnitudes fueron más grandes en los estudios con menor calidad, y viceversa (De Vibe *et al.*, 2017).

A pesar lo anterior, la calidad observada en la mayoría de los estudios de la presente revisión es baja, en principio por lo señalado previamente en cuanto a los



alcances del diseño mismo (pre-post con un solo grupo) utilizado en la mayoría (77%), lo que deja espacio a riesgo de diferentes tipos de sesgo. De acuerdo con Higgins y Green (2011) y Higgins *et al.* (2019), este tipo de diseños usualmente es juzgado con riesgos de sesgo graves o críticos debido a que es imposible determinar si los cambios se debieron a la intervención más que a otros factores. La lista de posibles sesgos incluye: problemas de selección/asignación aleatoria, historia, regresión a la media, acarreo, maduración, por cegamiento de participantes y evaluadores, instrumentación, deserción, etcétera, lo que prácticamente los hace los menos recomendables para estudios de intervención (Ho *et al.*, 2018). Los análisis de sesgos realizados en la presente revisión coinciden con estas observaciones, al obtener signos negativos predominantes en la mayoría de los siete sesgos evaluados en el balance general de los estudios (figuras 2 a 7).

Solo un estudio fue de lo más riguroso que puede esperarse en la investigación psicosocial (ensayo aleatorizado, dos grupos con diseño cruzado pre-post con seguimiento); sin embargo, este también reconoció un posible efecto “Hawthorne”, el cual ha sido encontrado aún en investigaciones clínicas (McCarney *et al.*, 2007). En consecuencia, existe al parecer la necesidad de incluir adicionalmente grupos “placebo” en este tipo de diseños.

Un sesgo recurrente en la mayoría de los estudios fue no considerar o analizar por separado la experiencia previa de entrenamiento en *mindfulness* o algún tipo de meditación, a pesar de que existe evidencia de ese impacto en los estudios (Soler *et al.*, 2014). Asimismo, un aspecto notable respecto al sesgo de reporte selectivo de resultados se observó en tres estudios que evaluaron variables objetivas tales como indicadores fisiológicos, minutos de meditación o desempeño en pruebas de dígitos, en los que se omitieron análisis o discusiones respecto a la ausencia o inconsistencia de efecto del *mindfulness* en estos indicadores, lo que resulta necesario en virtud del sesgo subjetivo por uso de autoinformes. Esto es relevante ya que la investigación del efecto de *mindfulness* en indicadores objetivos de salud aún es contradictoria (Chiesa y Serreti, 2010; Chiesa, Calati y Serreti, 2011; Sanada *et al.*, 2017; Black y Slavich, 2016).

Vale la pena destacar que solo un estudio analizó la eficacia del *mindfulness* comparada con una intervención de relajación, aunque presentó sesgo de realización, ya que la estructura logística y temporal fue distinta en ambas intervenciones. Sigue pendiente que se lleven a cabo más estudios que permitan analizar la efectividad del *mindfulness* sobre otro tipo de intervenciones terapéuticas para la salud psicológica de los empleados, lo que no se ha demostrado hasta ahora (Virgili, 2015).

En general, la calidad de la evidencia en los estudios de intervención con *mindfulness* no es solo una cuestión científica o purista, sino también de ética y moral,

dadas las malas prácticas centradas en abusos comerciales de los que cualquier intervención psicosocial debe diferenciarse. Además, es necesario considerar la inequidad de intervención en grupos ocupacionales (ausentes en trabajos manuales), así como las diferencias culturales, que para el caso de Latinoamérica se han sugerido marcos de intervención más adaptados (García Campayo *et al.*, 2017).

Otra de las características metodológicas que pudo identificarse como debilidad es la ausencia de verificación de las propiedades de validez y confiabilidad de los puntajes de las medidas utilizadas. Aunque es difícil obtener información sólida de las propiedades psicométricas cuando el tamaño muestral es pequeño (como es habitual en las intervenciones), un poco de información seguramente es mejor que nada. Por ejemplo, la estimación de la confiabilidad de los puntajes obtenidos en la propia muestra estuvo ausente y, en su lugar, ocurrió la práctica de *inducción de la confiabilidad* (Thompson y Vacha-Haase, 2000; Vacha-Haase, Kogan y Thompson, 2000). Este concepto describe la creencia de que la estimación de la confiabilidad está representada por un valor constante y que es una propiedad intrínseca al instrumento, por lo que no está condicionada por la muestra. Tomar el valor prestado de otro estudio u omitir su reporte son síntomas característicos de este tipo de problema (Shields y Caruso, 2004). Asociado con este problema está la omisión o desconocimiento de la confiabilidad por estabilidad de los puntajes, algo que puede derivarse cuando se incluye un grupo de control. Este tipo de confiabilidad es más crítico que la consistencia interna (habitualmente estimado por el coeficiente  $\alpha$ ) en intervenciones pretest-postest.

En conclusión, dadas las limitaciones expresadas por la calidad metodológica de los estudios encontrados, la heterogeneidad de los efectos estimados, la escasa cantidad de estudios, los reducidos tamaños de muestra, la falta de sectores y los perfiles sociodemográficos poco representativos, las ponderaciones de efecto meta-analíticas calculadas que mostraron una tendencia predominantemente alta no parecen ser concluyentes sino tener más bien una función orientativa, por lo que, en concordancia con las conclusiones de otras revisiones sistemáticas internacionales (Chiesa y Sereti, 2010; Chiesa *et al.*, 2011; De Vibe *et al.*, 2017; Zenner, Herrnleben-Kurz y Walach, 2014), son necesarios más estudios, con mejor calidad metodológica, que demuestren la eficacia del *mindfulness* en la salud psicológica de trabajadores y empleados latinoamericanos.

Tabla 1. Características de estudios de *mindfulness* en la salud psicológica de empleados latinoamericanos

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Brito Pons (2011)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio.	Chile	n = 24; 65% médicos y 35% pacientes.	79% mujeres; 21% hombres; 41 años promedio (DS = 13.2).	Mismo grupo	8 sesiones semanales.	Depresión (BDI-II de Beck) y ansiedad (Sas de Zung).	Disminuyeron síntomas y hubo valoraciones cualitativas favorables de la intervención.
Medeiros y Puli-do (2011)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio.	Chile	n = 8 funcionarias de servicios de salud.	100% mujeres, 49 años promedio (rango 29-60).	Mismo grupo	8 sesiones de 2.5 hrs. semanales.	Resultados psicoterapéuticos (OQ-45), calidad de vida (WHOS-QOL brief), <i>mindfulness</i> (FFMQ).	Reportan una disminución de sintomatología ansiosa, depresiva y somática y mejoras en los dominios psicológicos, ambientales, de calidad de vida y habilidades MF.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Oblitas-Gualupe <i>et al.</i> (2017)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio.	Colombia	n = 52 trabajadores universitarios.	57.8% mujeres, 32 años promedio.	Mismo grupo	2 sesiones semanales de 4 hrs. cada una.	Escala de bienestar psicológico, salud (SF-11), escala numérica de estrés laboral, escala de satisfacción vital.	Mejorías en salud general, energía, eficiencia, actividades domésticas y disminución del dolor, bienestar psicológico, adaptación, confianza, claridad, excepto en estrés laboral y apoyo social; apertura y autoestima, y mejoramiento de la satisfacción vital, salud y productividad.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Oblitas <i>et al.</i> (2019)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio.	Perú	n = 28 trabajadores universitarios.	50% mujeres, 39 años promedio.	Mismo grupo	6 sesiones de 2 hrs.	Inventario de estrés emocional, estrés percibido, estrés laboral e indicadores fisiológicos de <i>biofeedback</i> .	Cambios en volumen sanguíneo en la piel, pulso sanguíneo, frecuencia de la respiración abdominal (no cambios en el resto de indicadores fisiológicos), estrés emocional y estrés percibido; y el estrés laboral ( $d = 0.6$ ).
Andaur-Rodríguez y Berger-Silva (2018)	Cuasi-experimental mixto y una parte cualitativa.	Chile	n = 22 participantes y 21 en grupo control, docentes.	Sin información.	Grupo control	8 sesiones de 1.5 hrs.	Síndrome de quemarse (CES-QT), estrés percibido (EEP), satisfacción vital y bienestar psicológico (Ryff).	Aumento en los niveles de satisfacción vital y una disminución en los niveles de estrés, no encontrándose resultados en los niveles de bienestar y <i>burnout</i> .



(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Roselló, Zayas, G., y Lora, V. (2016)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio.	Puerto Rico	n = 32 adultos, casi 80% "empleados".	24.77% mujeres; edad promedio de 45.34 (DT=13.83).	Mismo grupo	4 sesiones de 4 hrs. por semana.	Consciencia y presencia mental (MAAS), pensamientos automáticos (ATQ), propensión y manejo de la ira (EPYMI), depresión (DASS) y estrés ( <i>anxiety and stress scale-21</i> ), señales de alerta de estrés (SWS) y registro de minutos de meditación.	Disminución significativa entre las medidas de ansiedad, depresión, ira, estrés y un aumento significativo en consciencia plena. Hubo problemas para el registro de minutos de dedicación práctica diaria.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Lopes <i>et al.</i> (2019)	Pre-post y seguimiento adicional en un solo grupo aleatorio.	Brasil	n = 64 técnicas en enfermería.	100% mujeres, 47.01 ± 9.50 años.	Mismo grupo	8 sesiones semanales de 1 hr.	Síntomas musculoesqueléticos (NMQ), dolor catastrófico (PCS), ansiedad (STAI), depresión (Beck-BDI), <i>mindfulness</i> (MAAS), autocompasión (SEL-FCS), calidad de vida (WHOQoL, Bref).	Reducción de síntomas musculoesqueléticos, ansiedad, depresión y dolor, así como incremento en autocompasión y en calidad de vida (solo dominios físicos y psicológicos), los que permanecieron hasta el seguimiento.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Lacerda, Little y Kozasa (2018)	Ensayo controlado aleatorizado con seguimiento.	Brasil	n = 44 empleados de dos compañías.	45,5% hombres y 54,5% mujeres; edad: 35,68 ± 2,14 años, grupo experimental, 37,55 ± 2,06 años grupo control.	Grupo control	8 sesiones de 1 hr., más 1 hr. introductoria.	Síntomas psiquiátricos (SRQ-20), depresión (BDI), ansiedad (BAI), <i>mindfulness</i> (MAAS), estrés ( <i>Lipp stress inventory</i> ) y velocidad de procesamiento y atención (DS WAIS-III).	Se hallaron mejoras en los niveles de síntomas psiquiátricos, ansiedad, depresión, estrés, <i>mindfulness</i> y velocidad de atención y procesamiento, los que se mantuvieron en el seguimiento del grupo I.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Dos Santos <i>et al.</i> (2016)	Pre-post y seguimiento adicional en un solo grupo no aleatorio con evaluaciones cualitativas.	Brasil	n = 13 enfermeras, técnicas y asistentes en enfermería de un hospital.	92.3% mujeres, 47.38 ± 8.25 años.	Mismo grupo	24 sesiones de 1 hr., 4 sesiones por semana.	Estrés percibido (EEP), Burnout (MBI), depresión (BDI), ansiedad (STAI), satisfacción con la vida (SWLS), autocompasión (SCS), calidad de vida (WHOQoL brief), y estrés laboral (WSS).	Disminución significativa de estrés, <i>burnout</i> , depresión y ansiedad y mejoras solo en dimensiones físicas y psicológicas de calidad de vida. Información cualitativa reveló mejoras diversas.
Fernandes <i>et al.</i> (2019)	Pre-post y seguimiento en un solo grupo no aleatorio.	Brasil	n = 26 profesionales de la salud.	37.9 ± 12.5 años, 84.6% mujeres.	Mismo grupo	8 sesiones semanales de 2 hrs.	<i>Mindfulness</i> (MAAS), calidad de vida (COOP).	Se hallaron diferencias significativas en las facetas de <i>mindfulness</i> , en puntajes de salud y calidad de vida.

(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región	Tipo y tamaño de muestra (ocupación) (n=)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
Solari, Bravo y Zitzko (2017)	Pre-post y seguimiento en un solo grupo no aleatorio.	Chile	n = 33 empleados de una organización financiera.	58% mujeres, 40 ± 9,9 años.	Mismo grupo	4 sesiones semanales de 1,5 hrs. cada una.	<i>Mindfulness</i> (FFMQ), felicidad subjetiva (SHS), satisfacción con la vida, afectividad (PANAS), ansiedad (Beck), <i>engagement</i> (UWS), satisfacción con el trabajo (OJS).	Incrementó los niveles de <i>mindfulness</i> y disminuyó las emociones negativas y la ansiedad de los participantes. Menos concluyente fue el aumento de la felicidad subjetiva observado y no se encontraron diferencias significativas en las emociones positivas y satisfacción con la vida, ni en los niveles de compromiso y satisfacción laboral.



(continuación)

Autores	Diseño de estudio y grupos	País, ciudad o región (n=)	Tipo y tamaño de muestra (ocupación)	Perfil de participantes	Comparación	Duración del programa y número de sesiones	Variable de resultado (salud mental, bienestar, etc.)	Hallazgos reportados
D'Adamo y Lozada (2019)	Pre-post en un solo grupo no aleatorio con evaluaciones cualitativas.	Argentina	n =12 profesores de escuelas públicas.	100% mujeres, de 26 a 53 años de edad (promedio 46.58, DS = 7.39).	Mismo grupo	8 sesiones semanales de 3 hrs.	Estrés percibido (EEP), afecto positivo y negativo (PANAS).	Luego de la intervención, disminuyó el estrés, aumentó el afecto positivo y disminuyó el afecto negativo significativamente y se reportaron cualitativamente cambios emocionales favorables.
Pizutti <i>et al.</i> (2019)	Cuasi-experimental antes y después con 3 grupos.	Brasil	n = 86 profesionales de la salud (25 = <i>mindfulness</i> , 38 relajación, 13 controles).	95.2% mujeres, 41.60 ± 10.63 años.	Contra grupo control y grupo con entrenamiento en relajación.	8 sesiones semanales de 2 hrs. de <i>mindfulness</i> y 4 sesiones bisemanales de 2 hrs. de relajación.	Depresión (BDI), síntomas psiquiátricos (SRQ), afecto ( <i>PANAS</i> ), <i>mindfulness</i> (FFMQ).	Disminución de síntomas depresivos y psiquiátricos y afectos negativos, así como mejoras en dominios de <i>mindfulness</i> .

Fuente: elaboración propia.

## Referencias bibliográficas

- ACADEMIC MINDFULNESS INTEREST GROUP, M. y Academic Mindfulness Interest Group, M. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), pp. 285-294. DOI: /10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x
- ANDAUR-RODRÍGUEZ, A. y Berger-Silva, C. (2018). Implementación e impacto de un taller de autocuidado basado en mindfulness en profesionales de la educación, *Estudios sobre Educación*, 38. DOI: /10.15581/004.34.239-261
- BARTLETT, L., Martin, A., Neil, A. L., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M. y Sanderson, K. (2019). A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), pp. 108-126. DOI: /10.1037/ocp0000146
- BISHOP, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and Practice*, 11, pp. 230-241. DOI: /10.1093/clipsy.bph077
- BLACK, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C. e Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), pp. 494-501. DOI: /10.1001/jamainternmed.2014.8081
- BLACK, D. S. y Slavich, G. M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), pp. 13-24. DOI: /10.1111/nyas.12998
- BRITO PONS, Gonzalo. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (*mindfulness*): Sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 10(1), pp. 221-242. DOI: /10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue1-fulltext-121
- CEBOLLA, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M. y García-Campayo, J. (2018). How does mindfulness work? Exploring a theoretical model using samples of meditators and non-meditators. *Mindfulness*, 9(3), pp. 860-870. DOI: /10.1007/s12671-017-0826-7
- CHIESA, A. y Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), pp. 1239-1252. DOI: /10.1017/S0033291709991747
- CHIESA, A., Calati, R. y Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), pp. 449-464. DOI: /10.1016/j.cpr.2010.11.003
- COCHRANE COLLABORATION (2014). *RevMan 5.3 User Guide*. The Cochrane Collaboration, 5.
- COHEN, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), pp. 98-101. DOI: /10.1111/1467-8721.ep10768783
- CORONADO-MONTOYA, S., Levis, A. W., Kwakkenbos, L., Steele, R. J., Turner, E. H. y Thombs, B. D. (2016). Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *PLoS One*, 11(4), p. e0153220. DOI: /10.1371/journal.pone.0153220

- D'ADAMO, P. y Lozada, M. (2019). Una intervención centrada en prácticas de atención plena (*mindfulness*) promueve la regulación emocional y la reducción del estrés en profesores. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), pp. 66-71.
- DAY, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M. y Thorn, B. E. (2014). Toward a theoretical model for mindfulness-based pain management. *The Journal of Pain*, 15(7), pp. 691-703. DOI: /10.1016/j.jpain.2014.03.003
- DECKER, J. T., Brown, J. L. C., Ong, J. y Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, compassion fatigue, and compassion satisfaction among social work interns. *Social Work and Christianity*, 42(1), p. 28.
- DE VIBE, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E. y Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), pp. 1-264. DOI: /10.4073/csr.2017.11
- DERSIMONIAN, R. y Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7, 177-188. DOI: /10.1016/0197-2456(86)90046-2
- DOS SANTOS, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S. y Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explore*, 12(2), pp. 90-99.
- EVANS, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), pp. 716-721. DOI: /10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- FERNANDES, M., Souza, J. P., Gherardi-Donato, E. C. D. S., Marques, J., De Azevedo, M. J., Souza, H. C. C. D. y Braga, G. C. (2019). Effects of a mindfulness-based intervention on the functional status and mindfulness of primary health care professionals: A before and after study. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46(5), pp. 115-119.
- FJORBACK, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P. y Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), pp. 102-119. DOI: /10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- GARCÍA-CAMPAYO, J., Demarzo, M., Shonin, E. y Van Gordon, W. (2017). How do cultural factors influence the teaching and practice of mindfulness and compassion in Latin countries? *Frontiers in Psychology*, 8, p. 1161. DOI: /10.3389/fpsyg.2017.0116
- GOYAL, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... y Ranasinghe, P. D. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), pp. 357-368. DOI: /10.1001/jamainternmed.2013.13018
- GROSSMAN, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), pp. 35-43. DOI: /10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- GU, J., Strauss, C., Bond, R. y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, pp. 1-12. DOI: /10.1016/j.cpr.2016.09.011

- HIGGINS, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J. y Welch, V. A. (eds.) (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6.0* (updated July 2019). Hoboken: The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons, 2019. Recuperado de [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)
- HIGGINS, J. P. y Green, S. (eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (vol. 4). Hoboken: John Wiley & Sons.
- HO, A. M., Phelan, R., Mizubuti, G. B., Murdoch, J. A., Wickett, S., Ho, A. K., ... y Gilron, I. (2018). Bias in before–after studies: narrative overview for anesthesiologists. *Anesthesia & Analgesia*, *126*(5), pp. 1755-1762. DOI: /10.1213/ANE.0000000000002705
- HUNTER, J. (2013). Is mindfulness good for business. *Mindful Magazine*, pp. 52-59.
- KABAT-ZINN, J. (2003a). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, pp. 144-156. DOI: /10.1093/clipsy.bpg016
- KABAT-ZINN, J. (2003b). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, *8*(2), pp. 73-107.
- KACHAN, D., Olano, H., Tannenbaum, S. L., Annane, D. W., Mehta, A., Arheart, K. L., ... y Lee, D. J. (2017). Prevalence of mindfulness practices in the US workforce: National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, *14*, 160034. DOI: /10.5888/pcd14.160034
- KERSEMAEKERS, W., Rupperecht, S., Wittmann, M., Tamdjidi, C., Falke, P., Donders, R., ... y Kohls, N. (2018). A workplace mindfulness intervention may be associated with improved psychological well-being and productivity. A preliminary field study in a company setting. *Frontiers in Psychology*, *9*, p. 195. DOI: /10.3389/fpsyg.2018.00195
- KREPLIN, U., Farias, M. y Brazil, I. A. (2018). The limited prosocial effects of meditation: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, *8*(1), p. 2403. DOI: /10.1038/s41598-018-20299-z
- LACERDA, S. S., Little, S. W. y Kozasa, E. H. (2018). A stress reduction program adapted for the work environment: A randomized controlled trial with a follow-up. *Frontiers in Psychology*, *9*, p. 668. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00668
- LOPES, S. A., Vannucchi, B. P., Demarzo, M., Cunha, Â. G. J. y Nunes, M. D. P. T. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based intervention in the management of musculoskeletal pain in nursing workers. *Pain Management Nursing*, *20*(1), pp. 32-38.
- LUKEN, M. y Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burn-out. *American Journal of Occupational Therapy*, *70*(2), 7002250020p1-7002250020p10. DOI: /10.5014/ajot.2016.016956
- LUTZ, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, *12*, pp. 163-169. DOI: /10.1016/j.tics.2008.01.005
- MCCARNEY, R., Warner, J., Iliffe, S., Van Haselen, R., Griffin, M. y Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: A randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, *7*(1), p. 30. DOI: /10.1186/1471-2288-7-30
- MEDEIROS U., S. y Pulido M., R. (2011). Programa de reducción de estrés basado en mindfulness para funcionarios de la salud: Experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, *49*(3), pp. 251-257. DOI: /10.4067/S0717-92272011000300005
- MOHER, D., Liberati A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, *6*(7), p. e1000097. DOI: /10.1371/journal.pmed1000097

- MOÑIVAS, A., García-Diex, G. y García-De-Silva, R. (2012). *Mindfulness* (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, pp. 83-89. DOI: /10.5218/Prts.2012.0009
- OBLITAS-GUADALUPE, L. A., Turbay-Miranda, R., Soto-Prada, K. J., Crissien-Borrero, T., Cortes-Peña, O. F., Puello-Scarpati, M. y Ucrós-Campo, M. M. (2017). Incidencia de *mindfulness* y *qi gong* sobre el estado de salud, bienestar psicológico, satisfacción vital y estrés laboral. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), pp. 99-DOI: /10.15446/rcp.v26n1.54371
- OBLITAS-GUADALUPE, L. A., Anicama Gómez, J. C., Ballona Oré, L. S., Bazán Navarro, C. E., Ferrel Ortega, F. R. y Núñez Gómez, N. A. (2019). Impacto del *mindfulness* en la salud y el estrés laboral en trabajadores de una universidad de Lima sur, Perú. *Revista Científica Salud Uninorte*, 35(2).
- PAEZ, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), pp. 233-240. DOI: /10.1111/jebm.12266
- PÉREZ-FUENTES, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Mercader Rubio, I., Soriano Sánchez, J. G. y Gázquez Linares, J. J. (2020). Mindfulness for preventing psychosocial risks in the workplace: a systematic review and meta-Analysis. *Applied Sciences*, 10(5), p. 1851. DOI: /10.3390/app10051851
- PIZUTTI, L. T., Carissimi, A., Valdivia, L. J., Ilgenfritz, C. A. V., Freitas, J. J., Sopecki, D., ... e Hidalgo, M. P. (2019). Evaluation of breathworks' mindfulness for stress 8-week course: Effects on depressive symptoms, psychiatric symptoms, affects, self-compassion, and mindfulness facets in Brazilian health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), pp. 970-984.
- ROSSELLÓ, J., Zayas, G. y Lora, V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (*mindfulness*) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), pp. 62-78.
- SANADA, K., Díez, M. A., Valero, M. S., Pérez-Yus, M. C., Demarzo, M. M., Montero-Marín, J., ... y García-Campayo, J. (2017). Effects of mindfulness-based interventions on biomarkers in healthy and cancer populations: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), p. 125. DOI: /10.1186/s12906-017-1638-y
- SCHOORMANS, D. y Nyklíček, I. (2011). Mindfulness and psychologic well-being: Are they related to type of meditation technique practiced? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(7), 629-634. DOI: /10.1089/acm.2010.0332
- SEGAL, Z. V. y Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Nueva York: Guilford Publications.
- SHIELDS, A. L. y Caruso, J. C. (2004). A reliability induction and reliability generalization study of the Cage Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 64(2), pp. 254-270. DOI: /10.1177/0013164403261814
- SOLARI, B., Bravo, R. y Zitko, P. (2017). Estudio piloto del impacto de una intervención de *mindfulness* en una organización financiera en Chile. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), pp. 17-25.
- SOLER, J., Cebolla, A., Feliu-Soler, A., Demarzo, M. M., Pascual, J. C., Baños, R. y García-Campayo, J. (2014). Relationship between meditative practice and self-reported mindfulness: the MINDSENS composite index. *PloS ONE*, 9(1).
- STERNE, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I... y Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *The BMJ*, 14898. DOI: 10.1136/bmj.14898



- THOMPSON, B. y Vacha-Haase, T. (2000). Psychometrics is datametrics: The test is not reliable. *Educational and Psychological Measurement*, 60, pp. 174-195.
- VACHA-HAASE, T., Kogan, L.R. y Thompson, B. (2000). Sample compositions and variabilities in published studies *versus* those in test manuals: Validity of score reliability inductions. *Educational and Psychological Measurement*, 60, pp. 509-522
- VAN DAM, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olenzki, A., ... y Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), pp. 36-61. DOI: /10.1177/1745691617709589
- VIRGILI, M. (2015). Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness*, 6(2), pp. 326-337. DOI: /10.1007/s12671-013-0264-0
- WINBUSH, N. Y., Gross, C. R. y Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 3(6), pp. 585-591. DOI: /10.1016/j.explore.2007.08.003
- WITKIEWITZ, K., Marlatt, G. A. y Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), pp. 211-228. DOI: /10.1891/jcop.2005.19.3.211
- ZENNER, C., Herrnleben-Kurz, S. y Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in P-psychology*, 5, p. 603. DOI: /10.3389/fpsyg.2014.00603



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



II

EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN  
CON ENFOQUE INDIVIDUAL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## 5. Capacitación sobre el control del estrés en el personal de ventas de la industria farmacéutica en Brasil: su impacto en la calidad de vida

**Marilda E. Novaes Lipp y Louis Mario Novaes Lipp**  
Instituto de Psicología y Control de Estrés (IPCS), Campiñas, Brasil

### Resumen

El presente trabajo pretendió, en una primera fase, realizar un estudio de prevalencia de estrés y niveles de calidad de vida en 379 trabajadores de la industria farmacéutica, y en la segunda fase, evaluar la eficacia transformadora de un modelo de tratamiento del estrés denominado Entrenamiento Psicológico para el Control del Estrés (TCS) en trabajadores con diagnóstico de estrés. El TCS es un modelo psicoeducativo basado en la teoría cognitivo-conductual cuyo objetivo es capacitar a las personas para poder lidiar mejor con el estrés. Para la evaluación se utilizó el Inventario de Stress para Adultos de Lipp y se encontró que 47% de los trabajadores de una industria farmacéutica brasileña tenían elevados síntomas de estrés. La calidad de vida fue evaluada mediante el *Lipp Inventario de Qualidade de Vida*. En la intervención participaron 47 trabajadores y se encontró que aumentó el porcentaje de personas sin estrés, de 2.12% a 34.15%. 36.59% mostró cambios favorables y exitosos en los hábitos de calidad de vida referentes a la salud. Los resultados nos permiten concluir que el TCS es eficaz como modelo terapéutico del estrés, con el consecuente impacto positivo en la calidad de vida de los trabajadores.

**Palabras clave:** gestión del estrés, industria farmacéutica, calidad de vida.

### Introducción

El trabajo, en términos generales, es gratificante, aporta felicidad, genera una sensación de plenitud y contribuye positivamente a la calidad de vida de las personas, según destaca el Ministerio Federal de Trabajo y Asuntos Sociales (Federal Ministry of Labour and Social Affairs [FMLSA], 2017). Sin embargo, en ciertas circunstancias, llega a ser negativo y puede incluso desencadenar enfermedades

físicas y mentales (Duxbury y Higgins, 2012; International Labour Organization [ILO], 2016). Entre los factores que determinan el valor positivo o negativo del trabajo se encuentra el estrés emocional provocado por la actividad laboral (Hansen *et al.*, 2015). En los últimos años, el estrés ocupacional se ha convertido en una preocupación significativa de gobiernos y científicos. La Organización Internacional del Trabajo OIT (International Labour Organization [ILO], 2016) hizo una encuesta con 324 especialistas de 54 naciones, concluyendo que el estrés es un problema global, ya que más de 90% de los participantes indicó que el estrés es una preocupación real en su país de origen. Cuando una condición como esa comienza a prevalecer, la búsqueda para identificar sus causas cobra relevancia y, en ese sentido, el efecto de la actividad profesional que se ejerce se convierte en un punto central.

El interés por el estudio del estrés ocupacional viene aumentando desde la década de 1990, principalmente en lo que se refiere al impacto que tiene en la salud de los trabajadores (World Health Organization [WHO], 2011). Eso ha permitido dar una mayor atención a los efectos de los riesgos psicosociales del estrés ocupacional y a establecer políticas y normas en diversos países, como Canadá (Duxbury y Higgins, 2012), Luxemburgo (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2009), países nórdicos (Hansen *et al.*, 2015), Japón, Suecia, Singapur y España, entre otros (ILO, 2016). El estrés ocupacional no solo tiene efectos nocivos en el organismo humano, sino que también puede afectar, de forma negativa, la eficiencia del trabajador y su satisfacción en el trabajo (WHO, 2011; Santana y Santana, 2011).

### **Factores que generan estrés**

Los eventos, hechos o agentes que desencadenan el proceso de estrés pueden ser clasificados en endógenos y exógenos (Everly y Lating, 2013; Lipp y Malagris, 2001; Lipp, 2017). Los primeros son constituidos por las percepciones, pensamientos, interpretaciones, convicciones y valores de cada uno de nosotros, es decir, son personales (Holroyd y Lazarus, 1986). Los externos son eventos o condiciones que no dependen de nuestra propia voluntad, como, por ejemplo, un cambio de jefe en el trabajo, cambios políticos en el país, un accidente o cualquier otra situación que suceda fuera de nuestro cuerpo y mente. También existen los factores psicosociales, que adquieren capacidad de provocar estrés en una persona debido a su historia de vida. Complementario y también de gran importancia son los estresores ocupacionales, familiares e interpersonales, entre otros.



## *Estrés ocupacional*

Diversos estudios muestran que las condiciones de trabajo pueden tener un impacto negativo directo en el bienestar de los trabajadores, porque conllevan estilos de vida perjudiciales, tales como consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, drogadicción y sedentarismo, lo que, gradualmente, afecta la salud del ser humano (Santana y Santana, 2011; Hansen *et al.*, 2015; ILO, 2016).

Entre las condiciones de trabajo identificadas como generadoras de estrés ocupacional se encuentran el miedo a ser despedido, poca autonomía en el cargo, exigencias excesivas sin reconocimiento del jefe y de compañeros de trabajo, falta de preparación personal para la función que se ejerce, desequilibrio entre el esfuerzo que el trabajo exige y el beneficio que recibe, falta de apoyo de los compañeros, jefe sin metas claras, énfasis en la importancia de límites personales, entre otros (Duxbury y Higgins, 2012).

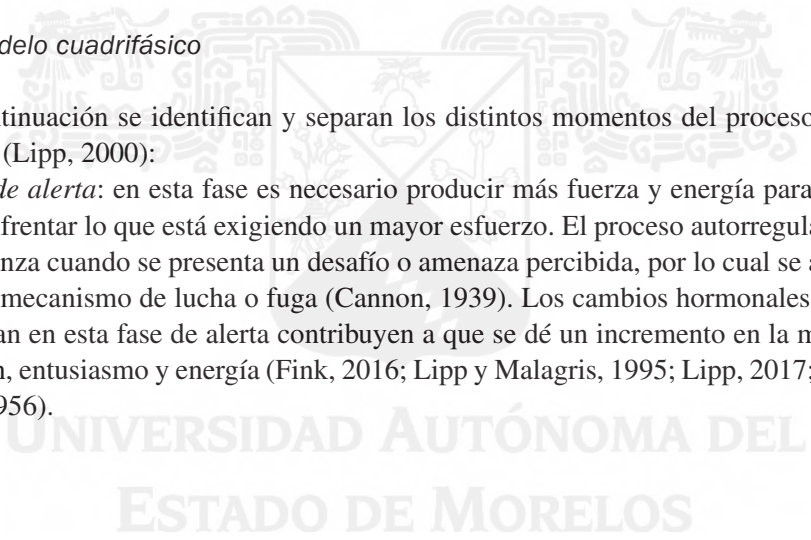
El estrés es un estado de desequilibrio del funcionamiento, desarrollado frente a situaciones desafiantes que hacen que el organismo utilice sus recursos psicobiológicos para enfrentar situaciones que le exigen una acción movilizadora (Lipp, 2017). La reacción del estrés es un proceso complejo, con componentes psicobioquímicos, genéticamente ya programados en el ser humano desde su nacimiento para ayudarlo a preservar la vida.

Para prevenir el estrés es importante identificar sus síntomas y su gravedad. Un instrumento que permite diagnosticar la gravedad del cuadro sintomatológico del estrés en adultos es el Inventario de Síntomas del Estrés, creado por Lipp (2000), que consta de un modelo de cuatro fases.

### *El modelo cuadrifásico*

A continuación se identifican y separan los distintos momentos del proceso del estrés (Lipp, 2000):

*Fase de alerta:* en esta fase es necesario producir más fuerza y energía para poder enfrentar lo que está exigiendo un mayor esfuerzo. El proceso autorregulador comienza cuando se presenta un desafío o amenaza percibida, por lo cual se activa un mecanismo de lucha o fuga (Cannon, 1939). Los cambios hormonales que resultan en esta fase de alerta contribuyen a que se dé un incremento en la motivación, entusiasmo y energía (Fink, 2016; Lipp y Malagris, 1995; Lipp, 2017; Selye, 1956).



*Fase de resistencia:* en esta fase ocurre un aumento en la capacidad de resistencia mayor a la normal (Selye, 1956). En caso de no lograr un equilibrio, el organismo avanzará a la fase de cuasi-agotamiento (Lipp, 2000; 2017).

*Fase de cuasi-agotamiento:* sucede cuando las defensas del organismo comienzan a ceder y no se consigue resistir a las tensiones, restableciendo la homeostasis interior (Lipp, 2000; 2017).

*Fase de agotamiento:* en esta fase ocurre un quiebre total de la resistencia y algunos de los síntomas que surgen son semejantes a los de la fase de alarma, aunque su magnitud es mucho mayor (Cotton, 1990; Selye, 1956).

### **Atención clínica: entrenamiento psicológico para el control del estrés**

El modelo de tratamiento conocido por "entrenamiento psicológico para el control del estrés" (TCS) surgió como un desarrollo de modelo de terapia cognitivo-comportamental, de la misma forma como otros modelos han surgido con el pasar de los años.

Su origen tiene fecha de 1984, cuando el primer artículo sobre TCS fue publicado, en el que se daba énfasis a componentes y procedimientos para el tratamiento específico del estrés, con base en la terapia cognitivo-comportamental (Lipp, 1984). Existen otras publicaciones que explican el TCS desde entonces, el cual ha sido utilizado incluso en el ambiente clínico y en diversos estudios y pacientes, tales como mujeres embarazadas (Torrezan, 1999), pacientes que padecen colitis ulcerosa inespecífica (Brasio, 2000), niños (Bignotto, 2010), con hipertensos (Novaes, 2004; Novaes *et al.*, 2009), mujeres con síndrome metabólico (Novaes y Lipp, 2014), madres de niños autistas (Moxotó y Malagris, 2015), así como pacientes con hepatitis (Barros, 2015), entre otros.

El TCS es un modelo psicoeducativo que pretende enseñar a las personas diversas maneras de tratar o administrar mejor el estrés y, con eso, evitar que llegue a un nivel alto y que perjudique su salud y su vida en general. Para enfrentar los desafíos que surgen es necesario tener un repertorio de estrategias de "coping", es decir, técnicas para reducir la cantidad de energía gastada y poder resolver mejor los desafíos y dificultades de la vida. Esas estrategias utilizadas, tanto en prevención como en situaciones de estrés excesivo, pueden fortalecer a la persona, ayudarla para que se mantenga saludable y mejorar su calidad de vida.

No se trata de una técnica o un procedimiento aislado, sino más bien de un conjunto de procedimientos que consisten en un análisis funcional de los factores

de estrés y de la respuesta objetiva y directa, en lo que se ha designado como los cuatro pilares del control del estrés: relajamiento, alimentación, ejercicio físico y equilibrio emocional (o sea entrenamiento cognitivo-comportamental). Es un tratamiento centrado que dura más o menos 15 semanas y permite a la persona identificar cómo su forma típica de percibir el mundo y los conocimientos derivados de esa percepción pueden constituir poderosas fuentes de tensión emocional. El participante es motivado a asumir una postura activa en su tratamiento. De esta forma, las técnicas y procedimientos cognitivo-comportamentales son utilizados para proceder a una restauración cognitiva, eliminando las fuentes internas de estrés. El entrenamiento en prácticas eficaces para enfrentar los factores de exógenos de estrés, sean estos ocupacionales, sociales o familiares, es hecho mediante la instrucción en asertividad, habilidad social, solución de problemas, control de ansiedad, control del tiempo y de la prisa, relajamiento, ejercicios de visualización, identificación y cambio de pensamientos, los que actúan como estímulos discriminativos para que la respuesta de estrés se desarrolle.

Estudios hechos en Brasil, con personas que ejercen distintas profesiones, refieren que entre tres y cuatro brasileños de cada diez sufren síntomas de estrés (prevalencia de 35%) y que algunas profesiones muestran una prevalencia de estrés mayor (véase tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de estrés en algunas clases profesionales en Brasil

Clase ocupacional	Prevalencia de estrés (%)
Policía criminal	61.76
Policía civil	56.83
Policía militar	50
Bomberos	41.67
Gestores de empresas privadas	40

Fuente: Lipp, Costa y Nunes (2017).

Otra investigación se llevó a cabo con estudiantes universitarios, que también presentaban elevados niveles de estrés (57%) (Chaves *et al.*, 2016) y, a partir de este, se encontró que una parte considerable del pueblo brasileño se halla en un estado significativo de vulnerabilidad frente al estrés.

Aunque muchas profesiones fueron foco de estudio respecto al tema del estrés (Zanelli, 2009), incluso sobre los farmacéuticos y asistentes de farmacia (Lapane y Hughes, 2004; Johnson *et al.*, 2013; Chui, Look y Mott, 2014; Vilela *et al.*,

2015), en la literatura de Brasil no se encontraron estudios sobre la prevalencia de estrés entre promotores y vendedores de la industria farmacéutica.

Estos últimos se dedican a promover y vender los medicamentos de su empresa a médicos, farmacias y profesionales del área de la salud para cubrir los requerimientos de prescripción, demanda y participación de mercado. Las demandas a las que están expuestos son: ausencia de estabilidad ocupacional, equipos y recursos inadecuados y falta de control sobre el trabajo. Un factor de estrés para este grupo ocupacional está en el hecho de que no existe negociación de precios en los productos, ya que ellos obedecen a una tabla fijada por el gobierno.

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue, en una primera etapa, identificar la prevalencia y gravedad del estrés en trabajadores del área farmacéutica y evaluar su calidad de vida. En la segunda etapa se presenta la implementación de una modalidad de tratamiento denominada “entrenamiento psicológico para el control del estrés” (Lipp, 2017) en 50 promotores y vendedores, con la finalidad de reducir el nivel de estrés detectado.

## Método

### *Etapa 1*

*Participantes:* quienes participaron en la primera parte de este estudio fueron 379 trabajadores de una industria farmacéutica de Río de Janeiro, Brasil, siendo 60% del sexo masculino y 40% del sexo femenino; 58% casados, 42% solteros, con edad media de 35.5 años y desviación estándar de 8.0. La primera etapa pretende identificar la prevalencia de estrés y el nivel de calidad de vida de los participantes en cuatro áreas: social, afectiva, profesional y de salud.

*Instrumentos:* además de la declaración y firma del consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Campinas, se utilizó el Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos (ISSL) (Lipp, 2000). Para evaluar el nivel de calidad de vida se utilizó el *Lipp Inventario de Calidad de Vida* (LIQV) (Lipp y Rocha, 1995) y para el tratamiento del estrés se utilizó el entrenamiento psicológico para el control del estrés (Lipp, 2017).

*Medición del estrés:* el ISSL es un test psicológico aprobado por el Consejo Federal de Psicología de Brasil y ampliamente utilizado para evaluar la presencia de estrés, su gravedad y la mayor vulnerabilidad del encuestado en la parte psicológica o física. Está compuesto por diferentes conjuntos de síntomas, de acuerdo con el modelo cuadrifásico del estrés (Lipp, 2000), que incluye las fases de alerta, resistencia, quasi-agotamiento y agotamiento. El entrevistado debe indicar si

percibió o no el síntoma en las últimas 24 horas, en la última semana o en el último mes. Cada cuadro se refiere a una de las fases del estrés. La evaluación es hecha en términos de tablas de porcentaje. El estudio de validación y estandarización del ISSL se realizó con 1 849 adultos, con base en la estructura interna del instrumento y fue calculado *el alfa de Cronbach*, donde se obtuvo un coeficiente de 0.91.

### **Evaluación de calidad de vida**

En el presente estudio fue aplicado el *Lipp Inventário da Qualidade de Vida* (LIQV) (Lipp y Rocha, 1995), el cual tiene respuestas dicotómicas del tipo “sí o no” y es fácil de ser utilizado en todos los niveles educacionales. El LIQV comprende cuatro dimensiones: social, afectiva, profesional y salud. Las respuestas indican la calidad de vida de la persona de acuerdo con la presencia de hábitos (in)adecuados en esas áreas de la vida humana. A fin de entender adecuadamente los resultados es necesario percibir que el LIQV, usado en esta evaluación, pretende verificar cómo está la calidad de vida del participante en las cuatro áreas fundamentales para el bienestar general. Cuando el test indica “fracaso” en uno de los cuadros, esto significa que la calidad de vida en esa área no es la deseada. Los datos deben ser utilizados para el planeamiento de medidas preventivas. El estudio original de la consistencia interna mostró un coeficiente alfa de Cronbach/ $\kappa$ 20 de 0.70 (Lipp, 2009).

### *Procedimiento*

Los trabajadores de una industria farmacéutica, de todos los niveles, fueron invitados a participar en un programa de calidad de vida y administración o control del estrés durante la semana de prevención de accidentes laborales. Después de que los trabajadores asistieron a una conferencia sobre el estrés y sus consecuencias, firmaron el consentimiento libre e informado y la autora aplicó los test ISSL y LIQV en cuatro grupos, de aproximadamente de 90 personas cada uno. Los horarios de las conferencias y aplicación de los test fueron planificados para facilitar que turnos distintos pudiesen participar.



## Resultados y discusión (etapa 1)

### Etapa 1. Evaluación de estrés y calidad de vida

**Estrés:** 48% de los participantes obtuvo el diagnóstico de estrés. La tabla 2 muestra la distribución de los entrevistados en cuanto a la gravedad del estrés.

**Síntomas más frecuentes de estrés:** los trabajadores marcaron más síntomas psicológicos (irritabilidad, angustia diaria, pensar incesantemente en un mismo asunto, dificultad para memorizar) que físicos (tensión muscular, constante sensación de cansancio) y pocos tenían las dos sintomatologías, al mismo tiempo. El porcentaje de personas que tuvieron síntomas psicológicos fue de 69%, contra 26% de los físicos y 5% en las dos áreas.

Tabla 2. Las fases del estrés encontradas en los participantes

Fases del estrés	Prevalencia del estrés	Porcentaje
Sin estrés	197	51.90
Alerta	2	0.5
Resistencia	148	39
Cuasi-agotamiento	24	6.23
Agotamiento	9	2.37
Total	379	100

Fuente: elaboración propia.

El ISSL reveló que un número significativo de trabajadores estaba en la fase de resistencia, que es aquella en la cual la persona todavía es productiva, pero con dificultades.

**Nivel de calidad de vida:** fue constatado que 81% de los evaluados tenía buena calidad de vida en el área social y 71% tenía éxito en el cuadrante afectivo. En el área profesional, 52% dio respuestas que indicaban la sensación de éxito. En lo que se refiere a la salud, la tasa de éxito cayó dramáticamente en 16% de los participantes. La tabla 3 permite ver los porcentajes de trabajadores con dificultades en las áreas evaluadas.

Tabla 3. Porcentajes de los trabajadores afectados en la calidad de vida, por área

Áreas de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje de fracaso
Social	32	19
Afectiva	109	29
Profesional	182	48
Salud	318	84

Fuente: elaboración propia.

*Análisis de la asociación entre estrés y calidad de vida:* el test del Ji Cuadrado fue aplicado para analizar si existía asociación entre el nivel de estrés de los entrevistados y sus índices de calidad de vida. Se encontró una asociación significativa entre la presencia de estrés y el nivel de calidad de vida en todas las áreas, incluyendo la social ( $\chi^2=7.37$ ;  $GL=1$ ;  $p=0.007$ ), afectiva ( $\chi^2=4.61$ ;  $GL=1$ ;  $p=0.032$ ), profesional ( $\chi^2=10.57$ ;  $GL=1$ ;  $p=0.001$ ) y salud ( $\chi^2=23.87$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.001$ ). Los resultados muestran que cuanto más estrés tiene la persona peor es su calidad de vida en las cuatro áreas verificadas. Las implicaciones de estos hallazgos son diversas, pues no solo la salud del trabajador puede ser perjudicada por su nivel de estrés, sino también su calidad de vida.

## Etapa 2. Estudio de intervención

*Participantes:* en esta segunda parte del estudio se abrió una convocatoria de inscripción en línea con 50 vacantes para un trabajo de intervención o entrenamiento para el control del estrés. Se inscribieron 51 promotores y vendedores para participar en el entrenamiento para control del estrés, pero cuatro de ellos desistieron cuando fueron informados que el TCS demoraría 15 semanas. Así, el grupo final fue de TCS 47 promotores y vendedores. La edad media del grupo era de 36 años ( $DT= 7.2$  años), 58% del sexo masculino y 42% del sexo femenino.

*Instrumentos:* para la evaluación de niveles de estrés y de calidad de vida fueron usados los mismos instrumentos de la etapa 1: el ISSL y el LIQV.

*Atención clínica:* se utilizó el modelo de entrenamiento psicológico para control del estrés ya descrito en la introducción.

*Procedimiento:* los 47 participantes de la etapa 2 habían sido evaluados en la etapa anterior en cuanto a su nivel de estrés y de calidad de vida. El TCS se llevó a cabo en 15 sesiones semanales, no consecutivas, presenciales e individuales, con una duración de 60 minutos, por un equipo de cuatro psicólogos especialistas en estrés. Cada terapeuta fue responsable del tratamiento de 11 o 12 participantes,

que le fueron asignados según la conveniencia del horario de los trabajadores y la disponibilidad del terapeuta. Esta parte del estudio tuvo la duración de seis meses, con interrupciones de días festivos, vacaciones de los participantes y fines de semana. Al final de las 15 sesiones, todos fueron evaluados nuevamente con los mismos instrumentos utilizados en la etapa 1 (estrés y calidad de vida). El rcs fue hecho individualmente, de acuerdo con su protocolo, por ello no se controló el efecto del instructor en la intervención.

*Análisis de datos:* para comparar las variables categóricas entre las evaluaciones pre y post-entrenamiento fue utilizado el test de MacNemar (para dos categorías) y el test de simetría de Bowker (para tres o más categorías). El nivel de significancia adoptado para los test estadísticos fue de  $p < 0.05$ .

## Resultados y discusión

### *Pre-intervención*

La tabla 4 muestra los números y porcentajes de los 47 participantes, con y sin estrés, por fase del proceso. Podemos observar que, de la muestra global, 97 (87%) tenían acentuados síntomas de estrés. Este resultado refleja la autoselección sucedida, donde los que se inscribieron para participar del entrenamiento se sentían estresados. Solo un participante no presentó síntomas significativos de estrés.

El porcentaje de personas con estrés en el grupo antes de la intervención clínica se distribuyó en las cuatro fases: alerta, resistencia, cuasi-agotamiento y agotamiento. La fase de alerta no es de importancia clínica, pues es de corta duración e indica solamente que en el momento de la evaluación el entrevistado estaba en estado de prontitud, lo que no es anormal en situaciones de aplicación de un test. La fase de la resistencia del estrés surge cuando el organismo está pasando por un desgaste excesivo y está utilizando las reservas de energía adaptativa que ha acumulado a lo largo de los años. En esta fase es común que la productividad tenga alguna caída y que el desánimo y apatía sucedan; 15 funcionarios se encontraban en la fase de cuasi-agotamiento y cinco en la fase de agotamiento del estrés, las cuales son caracterizadas por enfermedades, caída significativa de productividad, depresión, angustia y desánimo.

Tabla 4. Fases del estrés identificadas en los entrevistados

Fases del estrés	Prevalencia del estrés	Porcentaje
Sin estrés	1	2.12
Alerta	4	8.51
Resistencia	22	46.80
Cuasi-agotamiento	15	31.97
Agotamiento	5	10.6
Total	47	100

Fuente: elaboración propia.

### Sintomatología del estrés antes del TCS

Se analizó la naturaleza preponderante de la sintomatología del estrés encontrada, y se identificó que 78.26% tenía síntomas psicológicos predominantemente, 13.05% tenía síntomas físicos y el resto, 8.69%, tenían síntomas mixtos (físicos y psicológicos). Un entrevistado no tuvo síntomas de estrés.

### Nivel de calidad de vida antes del TCS

Fue constatado que en 71% de los evaluados la calidad de vida en el área social era buena y el mismo porcentaje de participantes tenía éxito en el ámbito afectivo. En el área profesional, 55% dio respuestas que mostraron la sensación de éxito. En lo que se refiere a la salud, la tasa de éxito cayó dramáticamente en 9% de la muestra, revelando que el grupo tiene probabilidad futura de desarrollar enfermedades. La tabla 5 permite ver los porcentajes de los trabajadores con dificultades en las cuatro áreas evaluadas.

Tabla 5. Porcentajes de los trabajadores con fracaso en la calidad de vida, por área antes del TCS

Áreas de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje de fracaso
Social	14	29
Afectiva	14	29
Profesional	21	45
Salud	43	91

Fuente: elaboración propia.

## Análisis comparativo entre evaluaciones pre y pos-TCS

*Estrés:* los índices de estrés en los momentos pre y pos-TCS pueden verse en la tabla 6. Fue constatado que el porcentaje de personas sin estrés pasó de 2.12% a 34.15% después del TCS, revelando la eficacia transformadora del TCS para el control de los factores de estrés diario. La diferencia entre los dos momentos fue significativa (test de MacNemar:  $s=13.00$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.001$ ). Es importante notar que el aumento de participantes verificado en la fase de resistencia sucedió debido al hecho de que muchos de los que estaban en cuasi-agotamiento y agotamiento mejoraron, pasando de las fases más críticas a las menos graves.

Tabla 6. Comparación de las fases de estrés pre y pos-TCS, en porcentajes

Fase del estrés	Pre-TCS	Pos-TCS
Sin estrés	2.12	34.15
Alerta	8.51	4.88
Resistencia	46.80	53.66
Cuasi-agotamiento	31.97	4.88
Agotamiento	10.60	2.44

Fuente: elaboración propia.

Cuando se compara la gravedad del estrés en términos de fase, se verifica también una diferencia significativa con mejora pos-TCS (test de simetría:  $s=19.45$ ;  $GL=10$ ;  $p=0.035$ ). La tabla 6 muestra los cambios, donde podemos ver que antes del TCS 31.97% y 10.60% de los participantes estaban en cuasi-agotamiento y agotamiento, respectivamente, dándose una reducción significativa, de 4.88% y 2.44%, después del TCS.

En cuanto al tipo de sintomatología encontrada en el pos-tratamiento, hubo una marcada disminución de los síntomas psicológicos (test de simetría:  $s=21.80$ ;  $GL=6$ ;  $p=0.0010$ ), siendo antes 70.73% y, después, apenas 21.95% los que mostraban este tipo de síntomas.

*Calidad de vida:* aunque los participantes refrieron durante las sesiones terapéuticas sentirse más felices y realizados, los análisis mostraron que no había diferencia estadística significativa antes y después del TCS en las áreas profesional, social y afectiva. Este no fue un dato inesperado, porque la duración del TCS fue de solamente 12 semanas y no se podrían esperar cambios profesionales, sociales y afectivos en tan poco tiempo. Es probable que los conceptos repasados mientras se hacía el tratamiento puedan tener efecto algún tiempo después, como se vio en



grupos con enfermedad de las arterias coronarias, quienes mostraron cambios interesantes seis meses después del término del tratamiento (Lipp, Pinho, Castelli, Santos y Fujita, 2009).

En cuanto al factor salud, se registró una diferencia significativa: antes del TCS, 91% del grupo tenía fracaso en esta área, mientras que, después del TCS, 36.59% mostró tener éxito en los hábitos de vida referentes a la salud (test de McNemar:  $s=10.29$ ;  $GL=1$ ;  $p=0.001$ ). Es importante destacar que el IQV no mide salud o enfermedad en sí, sino hábitos de vida que podrían estar afectando la salud en general. Asimismo, muestra los autocuidados y la importancia que el entrevistado está dando a su calidad de vida en lo que se refiere a la salud.

### *Asociación entre nivel de estrés y calidad de vida*

Considerando la importancia que la calidad de vida tiene para el funcionamiento humano en general, se hizo un análisis estadístico de la asociación entre estrés y calidad de vida. Los resultados indicaron una asociación significativa en los cuatro dominios: área social ( $x^2=3.98$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.046$ ), afectiva ( $x^2=9.09$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.003$ ), profesional ( $x^2=17.05$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.001$ ) y de la salud ( $x^2=11.33$ ;  $GL=1$ ;  $p<0.001$ ), lo que confirma que las personas con estrés normalmente tienen una calidad de vida perjudicada. Esta influencia negativa del estrés abarca desde el área social, en la cual el impacto es menor, aumenta en las áreas afectiva y profesional y se muestra mayor en el área de la salud.

La alta prevalencia del estrés detectada y, especialmente, el número de personas en fase avanzada de estrés antes del tratamiento, exigió no solo acciones inmediatas de carácter preventivo, sino también de naturaleza clínica. Los datos revelan que algunos están trabajando bajo la fase de cuasi-agotamiento, que es aquella en la cual la persona tiene mucha dificultad de concentración y, sobre todo, en la toma de decisiones. Eso significa que están haciendo un esfuerzo mayor que el promedio para tratar con factores de estrés presentes en sus vidas. Son personas que no han conseguido sobrellevar tanta tensión, evolucionando a las fases de cuasi-agotamiento y agotamiento. Es previsible que, si el nivel de estrés es elevado, sucederá una caída en la productividad y un aumento en el índice de errores, ya que el estrés excesivo reduce substancialmente la capacidad del ser humano para producir, crear y decidir. Además, existe la probabilidad de que licencias médicas sucedan como consecuencia segura en el futuro.

## Conclusión

Los resultados de la fase 2 del estudio mostraron la eficacia de la intervención del TCS para reducir los factores emocionales y estimular cambios hacia hábitos de vida saludables. Mediante el abordaje educativo y la intervención psicológica se produjo una modificación en el estilo de vida de los participantes tendiente a reducir el nivel de estrés presente. La estrategia adoptada se basó en los conceptos del abordaje cognitivo-comportamental de grupo. La identificación de los aspectos emocionales que influyen en la resistencia del participante al cambio del estilo de vida fue un elemento importante para el direccionamiento de las sesiones psicoterapéuticas. La intervención hecha en las variables psicológicas permitió que la transmisión de múltiples informaciones se transformara en acciones, propiciando cambios de los hábitos relevantes para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida.

Este trabajo destaca la importancia del entrenamiento para control del estrés con el propósito de reformular el estilo de vida y las cogniciones que pueden generar tensión en el organismo. Considerando los criterios preestablecidos para verificar si el entrenamiento para el control del estrés sería un factor significativo en la mejora del cuadro clínico de los entrevistados, se puede decir que la reducción del nivel de estrés evidenciada en los resultados comprueba la eficacia del TCS como medida adecuada para disminuir variables consideradas factores de riesgo para la enfermedad física y mental. Estudios con muestras mayores necesitan realizarse en el futuro para verificar si estos datos se confirman.

### *Limitaciones del estudio*

Una de las limitaciones de un estudio como este es el hecho de que el entrevistado necesita acudir varias veces al tratamiento, incluyendo la evaluación psicológica antes y después del mismo, así como las 12 sesiones terapéuticas para el entrenamiento del control del estrés. El compromiso para seguir un tratamiento prolongado siempre es una dificultad por vencer, pero este problema fue resuelto trabajando la adhesión al mismo. Desde la fase inicial del proyecto hubo una buena aceptación del tratamiento psicológico. Otra limitación, siempre existente, con el uso de horarios y el test de autoinforme (cuestionarios) es que las respuestas dependen de la autopercepción del entrevistado, en la cual pueden intervenir interferencias situacionales, cognitivas y emocionales. Sin embargo, aunque haya limitaciones, se considera que este estudio puede contribuir a la prevención y tratamiento del estrés en promotores y vendedores.

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- BARROS, J. C. (2015). *Stress e hepátite C: Eficácia do treino de controle do stress em pacientes com terapia com inibidores de protease* (tesis de doctorado). Brasil: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- BIGNOTTO, M. M. (2010). *A eficácia do treino de controle do stress infantil* (tesis de doctorado). Brasil: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- BRASIO, K. M. (2000). *Eficácia do treino de controle de stress na retocolite ulcerativa inespecífica* (tesis de doctorado). Brasil: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Campinas.
- CANNON, W. B. (1939). *The Wisdom of the Body*. Nova Iorque: Norton.
- CHAVES, L.C., Souza, T. F.; Silva, M. V. C.; Oliveira, C. F., Lipp, M. E. N. y Pinto, M. L. (2016). Estresse em universitários: análise sanguínea e qualidade de vida, *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(1), pp. 20-26.
- CHUI, M. A.; Look, K. A. y Mott, D. A. (2014). The association of subjective workload dimensions on quality of care and pharmacist quality of work life, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), pp. 328-340.
- COTTON, D. H. G. (1990). *Stress Management*. Nueva York: Brunner/Mazel Publisher.
- DUXBURY, L. y Higgins, C. (2012). *Revisiting Work-Life Issues in Canada: The 2012 National Study on Balancing*. Ottawa: Carleton University/The University of Western Ontario.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK [EU-OSHA] (2009). *OSH in Figures: Stress at Work – Facts and Figures*. Luxemburgo: Office of the European Union.
- EVERLY, G. S. y Lating, J. M. (2013) *The Clinical Guide to the Stress Response* (3ª ed.). Nueva York: Springer.
- FEDERAL MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS [FMLS] (2017). *Joint Declaration on Mental Health in the Workplace*. Recuperado de <https://www.bmas.de/EN/Services/Publications/a449e-joint-declaration.html>
- FINK, G. (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behaviour*. Nueva York: Elsevier
- HANSEN, T., Lidsmoes, L. C., Laursen, P. y Mathiassen, L. (2015). *Psychosocial Working Environment: Workplace Inspection of the Psychosocial Working Environment in the Nordic Countries*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- HOLROYD, K. A. y Lazarus, R. S. (1986) Stress, coping, and somatic adaptation, en L. Goldberger y S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Nueva York: The Free Press.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION [ILO] (2016). *Workplace Stress: A Collective Challenge*. Suiza: International Labour Office. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_466547.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf).
- JOHNSON, S. J., O'Connor, E. M., Jacobs, S.; Hassel, K. y Ashcroft, D. M. (2013). The relationships among work stress, strain and self-reported errors in UK community pharmacy, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(6), pp. 885-895.
- LAPANE, K. y Hughes, C. (2004). Baseline job satisfaction and stress among pharmacists and pharmacy technicians participating in the Fleetwood Phase III Study, *The Consultant Pharmacist*, 19(11), pp. 1029-1037.

- LIPP, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1(3), pp. 5-19.
- LIPP, M. E. N. (2000). *O inventário de sintomas de stress para adultos*. Sao Paulo: Casa do Psicólogo.
- LIPP, M. E. N. (2009). Stress and quality of life in Brazilian police officers: Differences in gender, *Spanish Journal of Psychology*, 12(2), pp. 593-603.
- LIPP, M. E. N. (2017). O treino de controle do stress em grupo: um modelo da TCC. En C. B. Neufeld y B. Rangé (eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: ArtMed, pp. 301-318.
- LIPP, M. E. N., Costa, K.R.S.N. y Nunes, V.O. (2017). Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes, *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho (RPOT)*, 17(1), pp. 1-8.
- LIPP, M. E. N. y Malagris, L. E. N. (1995). Manejo do estresse. En B. Range (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Ed. Psy II, pp. 279-292.
- LIPP, M. E. N. y Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. En B. Range (org.), *Terapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: ArtMed, pp. 475-489.
- LIPP, M. E. N. y Rocha, J. C. (1995). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas: Papirus.
- LIPP, M. E. N., Pinho, C., Castelli, A. C., Santos, M. G. y Fujita, A. T. (2009). Anger control: The effectiveness of cognitive anger control training in coronary artery disease. *Estudo de Psicologia*, 26(4), pp. 505-513.
- MOXOTÓ, G. F. A. y Malagris, L. E. N. (2015). Avaliação de treino de controle do stress para mães de crianças com transtornos do espectro autista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), pp. 772-779. DOI: 10.1590/1678-7153.201528415
- NOVAES, M. L. E. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica* (tesis de doctorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- NOVAES, M. L. E. y Lipp, M. E. N. (2014). Stress control training for women with metabolic syndrome, *Pinnacle Psychology*, (1), pp. 266-276.
- NOVAES, M. L. E., Brunini, T. M. C., Moss, M. B., Silva, P. J. A., Espósito, B. R. y Ribeiro, A. C. M. (2009). Evidências biológicas do treino de controle do stress em pacientes com hipertensão, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), pp. 1-9.
- SANTANA, V. y Santana, M. (2011). *Costs and Impact on Productivity in Brazilian Industry: Leave of Absence Due to Accidents and Work-Related Diseases*. Brasília: SESI.
- SELYE, H. (1956). *Stress of Life*. Nueva York. Toronto: McGraw-Hill Book Company.
- TORREZAN, E. A. (1999). *O efeito do controle de stress no resultado da gravidez* (tesis de doctorado). Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Campinas.
- VILELA, E. C. S., Soares, L. R., Gusmão, A. S., Torres, R. A. T. y Sá, E. C. (2015). Fatores de risco para estresse e transtornos mentais em farmacêuticos e auxiliares de farmácia, *Saúde, Ética & Justiça*, 20(2), pp. 77-83.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Ginebra: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. Copenhague: WHO Regional Office for Europe.
- ZANELLI, J. C. (2009). *Estresse nas organizações de trabalho: Compreensão e intervenção baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

## 6. Intervención cognitivo-conductual para disminuir el *burnout* en cuidadores\*

Karina Reyes Jarquín,<sup>1</sup> Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel<sup>1</sup>  
y Rebeca María Elena Guzmán Saldaña<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, México

### Resumen

El *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico que se presenta en quienes tienen trato constante con pacientes, como es el caso de los cuidadores formales de adultos mayores asilados (diada cuidador-receptor del cuidado), y genera consecuencias negativas en ambos componentes de la diada. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual (ICC) dirigida a cuidadores formales de adultos mayores asilados, sobre *burnout*, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud del cuidador, así como la calidad de vida, bienestar subjetivo e independencia en los adultos mayores asilados. El diseño de la investigación fue pretest-postest con dos seguimientos; participaron 15 cuidadores formales y 26 adultos mayores asilados. Los resultados indican mejoría estadísticamente significativa para ambos componentes de la diada. Los cuidadores disminuyeron su nivel de *burnout* e incrementaron su calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud, mientras que, los adultos mayores asilados incrementaron su calidad de vida, bienestar subjetivo e independencia. Lo anterior pone de manifiesto la eficacia de una ICC tanto en los cuidadores que la reciben como en los adultos mayores, quienes manifiestan efectos positivos como una respuesta al cambio que manifestaban sus cuidadores.

**Palabras clave:** *burnout*, cuidadores, adultos mayores, intervención, diada.

### Introducción

El *burnout* se define como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organi-

\* Resultados parciales de esta investigación fueron publicados en Reyes-Jarquín y González-Celis (2016).



zaciones de servicios que trabajan en contacto con clientes o usuarios (Gil-Monte, 2005; 2008a).

Los síntomas que caracterizan al *burnout* son: pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal, lo que hace referencia a un deterioro cognitivo; agotamiento emocional y físico, que indica un deterioro afectivo o emocional; la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios o pacientes y hacia la institución, manifestadas en forma de comportamientos indiferentes, fríos y distantes, que constituyen una estrategia de afrontamiento para el manejo de los síntomas anteriores (Gil-Monte, 2005; 2008a).

Adicionalmente, existe un cuarto síntoma, la culpa, el cual parece ser útil a los individuos, pues les permite afrontar de manera adecuada las fuentes de estrés laboral, en especial el trato con las personas a las que atienden, aunque tenga una connotación disfuncional para el usuario y para la organización (Gil-Monte, 2005). Estos individuos no sentirán culpa por tratar a los clientes de manera desconsiderada o agresiva, o por no ajustarse a las expectativas que corresponden a su función; son profesionistas que pueden seguir laborando por años sin desarrollar problemas individuales vinculados al estrés laboral, pero sí deterioran la calidad del servicio y dan lugar a quejas acerca del trato (Gil-Monte, 2008b).

En el segundo perfil, las personas sienten remordimientos por no cumplir de manera efectiva con las prescripciones de su función y por tratar de manera negativa e impersonal a los usuarios. En este segundo caso, el *burnout* es más destructivo para el individuo (Gil-Monte, 2005). Es más frecuente que estas personas experimenten sentimientos de culpa hasta el punto de pedir su baja laboral, tendrán más consultas médicas, manifestarán mayores problemas psicosomáticos e incluso pueden llegar a desarrollar patologías como ansiedad y depresión (Gil-Monte, 2008b).

Se han llevado a cabo estudios que evalúan la incidencia del *burnout* en diversos profesionistas sanitarios, tales como enfermeras (Vinaccia y Alvaran, 2004; Arias-Gallegos y Muñoz del Carpio, 2016; Cañadas-De la Fuente *et al.*, 2016), enfermeras del área de urgencias (Albendín *et al.*, 2016), médicos internos (Athié *et al.*, 2016) y profesores (Hermosa, 2006).

No obstante, una de las ocupaciones en la que no se ha estudiado a profundidad el *burnout* es en los cuidadores, quienes forman una diada con la persona a la que cuidan. El servicio de cuidado es requerido cuando una persona tiene dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD), es decir, aquellas necesarias para vivir autónomamente y que permiten integrarse en su entorno habitual y cumplir con su función social (Imsero, 2005).

Respecto a los cuidadores, se identifican dos tipos (Köther y Gnamm, 2003; Centeno, 2004; Rogero-García, Prieto-Flores, y Rosenberg, 2008; Rogero-García, 2009):

- a) Cuidadores informales: son personas que forman parte de la red social de la persona dependiente; el cuidado se provee de forma voluntaria.
- b) Cuidadores formales: se trata de profesionales que ofrecen el servicio de cuidado de manera especializada. El cuidado como trabajo profesional es una prestación retribuida y forma parte de las profesiones relacionadas con el servicio.

Un grupo poblacional que en condiciones particulares requerirá de un cuidador es el de los adultos mayores. Con el envejecimiento se encuentra implícita la disminución en la funcionalidad de la persona, de tal manera que el adulto mayor requerirá de otros para cubrir las funciones y necesidades básicas y otras actividades que contribuyen al bienestar integral (De Valle-Alonso *et al.*, 2015).

La mayor parte de la producción científica referente al *burnout* en México se ha enfocado al cálculo de propiedades psicométricas de instrumentos que evalúan el fenómeno, o bien, a la evaluación e incidencia del síndrome en diversos profesionistas, dejando de lado las intervenciones o estudios experimentales (Juárez-García *et al.*, 2014). Por lo tanto, el objetivo general de la investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual (ICC) dirigida a cuidadores formales de adultos mayores asilados, sobre *burnout*, calidad de vida, habilidades sociales y percepción de salud del cuidador, así como la calidad de vida, bienestar subjetivo e independencia en los adultos mayores asilados.

## Método

### Diseño

Se utilizó un diseño de evaluación pretest-postest y seguimientos a uno y tres meses, con grupo control en lista de espera (Kazdin, 1996).

### Muestreo

El muestreo fue no probabilístico, intencional y por cuotas, cumpliendo los criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión para los cuidadores formales:

- Tener al menos un año de antigüedad en la institución.
- Al menos un síntoma de *burnout*, medido con el Cuestionario para Evaluar el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Es decir, puntaje medio, alto o crítico en alguna dimensión, excluida la dimensión de culpa (tabla 1).
- Firmar el consentimiento informado.

Tabla 1. Puntaje en las subescalas del CESQT (Gil-Monte 2005)

	Subescalas		
	(Des) Ilusión por el trabajo	Desgaste físico y psíquico	Indolencia
Bajo	0-24	0-24	0-24
Medio	25-49	25-49	25-49
Alto	50-74	50-74	50-74
Crítico	75-100	75-100	75-100

Fuente: Gil-Monte (2005).

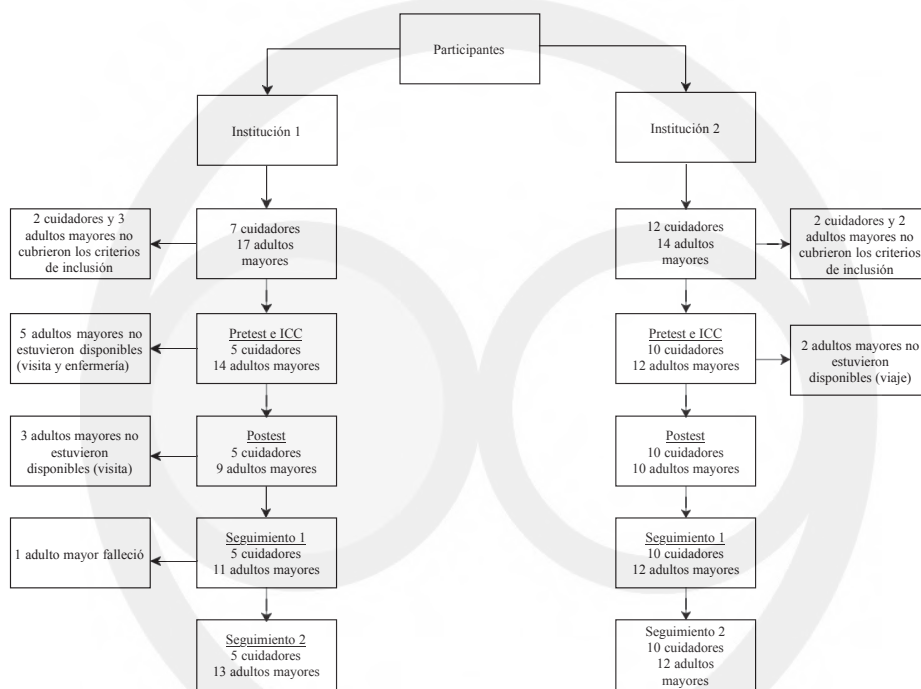
### Criterios de inclusión para adultos mayores asilados:

- Tener al menos un año residiendo en la institución.
- Recibir el servicio de cuidado de alguno de los cuidadores participantes.
- Reportar un estado de dependencia de medio a moderado (puntaje entre 20 y 80), medido con la Escala de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965).
- Reportar un estado cognitivo normal (puntaje superior a 30), medido con la prueba de Estado Mental Minimental (Folstein, Folstein y McHugh, 1975; Gutiérrez, 1996).
- Firmar el consentimiento informado.

### Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por 15 cuidadores formales (5 cuidadores en la institución número 1 y 10 cuidadores en la institución número 2) y 26 adultos mayores asilados (14 de la institución número 1 y 12 de la institución número 2), mediante el procedimiento que se describe en la figura 1. Su participación fue voluntaria, consentida e informada.

Figura 1. Participantes y deserción experimental



Fuente: elaboración propia.

## Variables e instrumentos

### Cuidadores formales

- a) Intervención cognitivo-conductual (ICC): “Combina técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva [...] con técnicas más conductuales como el entrenamiento en relajación, el entrenamiento asertivo, y las técnicas de auto-control mediante auto-registros y auto-reforzamiento” (Sank y Shaffer, 1993: 29). Constó de seis módulos, dirigidos exclusivamente a los cuidadores formales, en un formato de taller con sesiones individuales, en el centro de trabajo donde laboraban, y con una duración de 9 a 15 sesiones diseñadas de la siguiente manera:

*Relajación* (dos sesiones): se incluyeron procedimientos de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno en relajación, empleándose un CD con las instrucciones específicas para cada procedimiento.

*Reestructuración cognitiva* (tres sesiones), con el objetivo de que los cuidadores identificaran y modificaran sus pensamientos irracionales referentes al cuidado de personas dependientes, mediante la enseñanza del modelo ABCDE. *Habilidades sociales* (una sesión), con la finalidad de que los participantes aprendieran a expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de manera adecuada en el contexto laboral (contemplando la relación con compañeros y adultos mayores), mediante la técnica de juego de roles.

*Reforzamiento positivo* (una sesión), *moldeamiento* (una sesión) y *modelamiento* (una sesión): mediante la técnica de juego de roles se enseñaba a los cuidadores las tres técnicas de modificación conductual con la finalidad de que las emplearan en su labor diaria de cuidado, promoviendo la independencia de los adultos mayores con actividades como comer por sí solos o caminar sin ayuda.

Al finalizar cada uno de los componentes, se aplicaba una lista de verificación de la técnica revisada; si su puntaje era menor a 7 se le impartía una sesión extra del módulo evaluado, si su puntaje era igual o mayor a 7 se pasaba al siguiente módulo de la ICC.

- b) *Burnout*: respuesta psicológica al estrés laboral crónico, que aparece con mayor frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con clientes, usuarios o pacientes (Gil-Monte, 2005; 2008a). Se midió a través de la puntuación obtenida en el CESQT (Gil-Monte, 2005), que contiene 20 reactivos y proporciona un puntaje global y una puntuación para cada una de las cuatro dimensiones evaluadas. Se encontraron valores de alfa de Cronbach de .809 para la puntuación total; además de calcularse la validez mediante jueceo obteniéndose un acuerdo independiente total de 93.53%.
- c) Calidad de vida: “Es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998: 551). Se evaluó mediante el puntaje obtenido en el cuestionario WHOQOL-Bref, de 26 reactivos, con el que se obtiene una medición de la percepción de calidad de vida y estado de salud y un puntaje para cada una de las cuatro dimensiones que la componen: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Se encontraron valores alfa de Cronbach en ancianos mexicanos de .66 a .82, con lo que se deduce que cuenta con una consistencia interna de moderada a buena (González-Celis, Tron y Chávez, 2009).
- d) Habilidades sociales: “Conductas emitidas [...] que expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos [...] de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven



los problemas inmediatos [...] mientras minimizan la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1991). Evaluadas mediante la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) de 64 reactivos, que proporciona un puntaje global de habilidades sociales y uno específico para cada una de sus 12 dimensiones: inicio de interacciones, enfrentarse con superiores, defensa de derechos, expresión de molestia, expresión de sentimientos positivos, expresión de molestia familiar, rechazo de peticiones, recibir cumplidos, iniciativa en relaciones, hacer cumplidos, preocupación por sentimientos de los demás y expresión de cariño. Esta escala tiene una consistencia interna de .92 y confiabilidad test-retest de .92 (Caballo, 1993).

- e) Percepción de salud: valoración del participante respecto a su estado de salud. Evaluada mediante una Escala Visual Analógica creada exprofeso para la investigación (adaptación de Gould *et al.*, 2001).

### Adultos mayores

- a) Calidad de vida: se define conceptualmente de la misma manera que en el caso de los cuidadores formales. Se evaluó mediante el puntaje obtenido en el cuestionario WHOQOL-Old (Harper y Power, 1998) de 24 reactivos, con el que se obtiene una medición global y un puntaje para cada una de las seis dimensiones que la componen: capacidad sensorial, autonomía, actividades, participación social, temor a la muerte y agonía e intimidad. Se encontraron niveles aceptables de confiabilidad, con valores alfa de Cronbach entre .70 y .90 para la calidad de vida en general y todos los dominios excepto por la autonomía, en el que el valor alfa fue bajo. El WHOQOL-Old mostró validez de criterio y validez concurrente con respecto al Inventario de Depresión de Beck ( $r = -.516$ ,  $p = .034$ ) y la Escala de Depresión Geriátrica ( $r = -.336$ ,  $p = .002$ ).
- b) Bienestar psicológico: es una medida multidimensional del bienestar global, reflejado en la satisfacción por la vida, felicidad, paz o logro percibido por el individuo (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002). Se midió con la Escala de Bienestar Subjetivo (Lawton, 1975), que contiene un total de 23 reactivos que evalúan tres factores: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad-insatisfacción. Se tienen datos de coeficientes alfa de Cronbach de .85 para la subescala de soledad-insatisfacción; .81 para la subescala de agitación; y .85 para la subescala de actitud hacia su propia vejez (González-Celis, 2002). Adicionalmente, se mantuvo la estructura del instrumento: agitación (v.e. = 12.57; alfa = .65), actitud hacia su propio envejecimien-

to (v.E. = 10.33; alfa = .71) y soledad/insatisfacción (v.E. = 8.28; alfa = .71) (Acuña, 2012).

- c) Independencia: se considera independiente a una persona que realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana (Rodríguez, 1999). La independencia fue evaluada con la Escala de Barthel de ABVD (Mahoney y Barthel, 1965), que hace referencia a diez actividades básicas de la vida diaria: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.

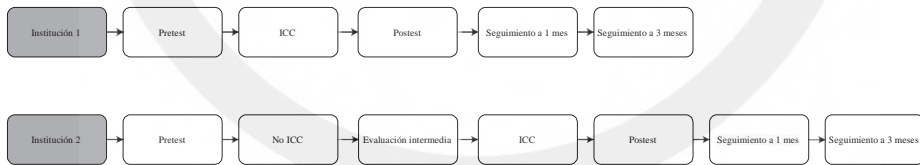
### *Procedimiento*

- a) Se diseñó la ICC de seis componentes dirigida a los cuidadores formales de adultos mayores con el objetivo de disminuir el *burnout* y evaluar los efectos en ambos componentes de la diada (cuidadores-adultos mayores).
- b) Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- c) Se solicitaron los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación en ambas instituciones, designándose aleatoriamente qué institución recibiría la ICC de manera inmediata y cuál quedaría en lista de espera.
- d) Se proporcionó a los cuidadores un consentimiento informado general para la aplicación del instrumento CESQT, con la finalidad de seleccionar a aquellos que cumplieran los criterios de inclusión.
- e) Se explicó el proyecto a los cuidadores formales que satisfacían los criterios de inclusión, pidiéndoles que leyeran un consentimiento informado específico, expresaran las dudas que pudieran tener y, si estaban de acuerdo, lo firmaran para ser participantes de la investigación.
- f) Se invitó a los adultos mayores que estaban bajo el cuidado de los cuidadores participantes a firmar el consentimiento informado general para ser evaluados y determinar quiénes cumplían los criterios de inclusión.
- g) Se explicó el proyecto a los adultos mayores que satisfacían los criterios de inclusión, pidiéndoles que leyeran un consentimiento informado específico, expresaran las dudas que pudieran tener y, si estaban de acuerdo, lo firmaran para ser participantes de la investigación.
- h) Se aplicaron los instrumentos restantes a los participantes para conformar la evaluación pretest.
- i) Los cuidadores formales de la institución 1 recibieron la ICC de manera individual; se llevaron a cabo dos sesiones por semana, con una duración aproxi-

mada de una hora cada una. Ninguno de los cuidadores requirió de una sesión extra de los componentes de la ICC, por lo que se impartieron nueve sesiones a cada participante. Mientras tanto, los cuidadores de la institución 2 (grupo control en lista de espera) no recibieron en ese momento ningún programa de intervención.

- j) Al término de la ICC en la institución 1, se llevó a cabo una evaluación intermedia en la institución 2 y la evaluación posttest en la institución 1.
- k) Los cuidadores formales de la institución 2 recibieron la ICC de manera individual; se llevaron a cabo dos sesiones por semana, con una duración aproximada de una hora cada una. Ninguno de los cuidadores requirió de una sesión extra de los componentes de la ICC, por lo que se impartieron nueve sesiones a cada participante.
- l) Al término de la ICC en la institución 2 se aplicó la evaluación posttest.
- m) Se dio seguimiento un y tres meses después de la conclusión de la ICC en cada institución, aplicándose la batería de instrumentos a los participantes (figura 2).
- n) Se efectuaron los análisis estadísticos correspondientes.

Figura 2. Diagrama de diseño de investigaciones



Fuente: elaboración propia.

## Resultados

### *Análisis intergrupales*

Con el propósito de comprobar la homogeneidad de las variables evaluadas en los participantes, se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

### **Comparación de las evaluaciones pretest de ambas instituciones**

Por cada variable evaluada en los cuidadores y adultos mayores asilados, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y la comparación entre las evaluaciones pretest de ambas instituciones. En la tabla 2 se muestra que no existieron diferencias estadísticamente significativas

( $p > .05$ ) entre los cuidadores, en ninguna de las 26 variables evaluadas durante la evaluación pretest. Asimismo, en la tabla 3 se señala que no existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre los adultos mayores asilados, en ninguna de las 16 variables evaluadas durante la evaluación pretest.

### **Comparación de las evaluaciones pretest de la institución 1 y evaluación intermedia de la institución 2**

Por cada variable evaluada en los cuidadores y adultos mayores asilados, se obtuvieron estadísticos descriptivos, intervalos de confianza al 95%, prueba de Levene y la comparación entre las evaluaciones pretest de la institución 1 e intermedia de la institución 2. En la tabla 4 se muestra que solo en el factor “desgaste físico y psíquico” de la variable *burnout* existieron diferencias estadísticamente significativas ( $z = 2.395$ ;  $p = .013$ ) entre ambas mediciones, siendo mayor la puntuación media de la institución 1. Mientras que en la tabla 5 se señala que no existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) entre los adultos mayores asilados en ninguna de las 13 variables evaluadas.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Tabla 2. Medidas descriptivas y comparación de medianas para variables evaluadas en el pretest para los cuidadores formales de ambas instituciones

	Pretest institución 1					Pretest institución 2					Prueba estadística				
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%	Superior	Inferior	Min	Max	M	DE	Inferior	Superior	z	gl1, gl2
Edad (años)	44	58	49.2	5.54	42.32	56.08	29	61	45.1	10.2	37.8	52.4	.920	5, 10	NS
Tiempo laborando (años)	19.3	25	22.05	2.76	18.61	25.48	8.4	28	17.84	7.64	12.37	23.3	.553	5, 10	NS
<b>Total Burnout</b>	15	48	31.67	13.33	15.11	48.22	10	33	20.50	7.78	14.93	26.07	1.598	5, 10	NS
Desilusión por el trabajo	5	30	14	10.84	.54	27.46	0	70	16	20.66	1.22	30.78	.311	5, 10	NS
Desgaste físico y psíquico	25	100	67.50	27.74	33.06	101.9	13	75	38.13	22.33	22.15	54.10	1.909	5, 10	NS
Indolencia	13	42	22.50	12.71	6.72	38.28	0	33	12.50	10.94	4.68	20.32	1.305	5, 10	NS
Culpa	15	55	37	17.89	14.79	59.21	0	40	17.50	13.59	7.78	27.22	1.859	5, 10	NS
<b>Total Calidad de vida</b>	55	76	62.22	8.06	52.21	72.23	55	93	69.35	12.33	60.53	78.17	.980	5, 10	NS
Salud física	50	79	59.29	11.46	45.05	73.52	43	93	66.79	15.89	55.42	78.15	.986	5, 10	NS
Salud psicológica	50	83	67.50	11.93	52.69	82.31	50	96	71.25	15.40	60.24	82.26	.246	5, 10	NS
Relaciones sociales	50	83	63.33	12.64	47.64	79.03	42	100	72.50	16.69	60.56	84.44	1.133	5, 10	NS
Medio ambiente	41	84	58.75	16	38.89	78.61	50	84	66.88	11.04	58.97	74.78	1.229	5, 10	NS
<b>Total Habilidades sociales</b>	30	63	45.23	12.19	30.11	60.36	8	81	50.78	23.85	33.72	67.84	1.102	5, 10	NS
Inicio de interacciones	25	75	41	20.20	15.92	66.08	3	88	50	28.19	29.84	70.16	.857	5, 10	NS
Enfrentarse con superiores	25	65	43	16.05	23.08	62.92	8	83	46.50	23.96	29.36	63.64	.614	5, 10	NS
Defensa de derechos	25	69	47.50	16.30	27.26	67.74	6	75	48.75	22.78	32.45	65.05	.435	5, 10	NS
Expresión de molestia	45	85	64	14.75	45.69	82.31	5	90	59.50	29.10	38.68	80.32	.371	5, 10	NS
Expresión de sentimientos positivos	25	60	39	12.94	22.93	55.07	0	100	54	32.04	31.08	76.92	1.171	5, 10	NS



(continuación)

	Pretest institución 1					Pretest institución 2					Prueba estadística				
	Intervalos de confianza 95%					Intervalos de confianza 95%					z	gl1, gl2	p		
	Min	Max	M	DE	Inferior	Superior	Min	Max	M	DE				Inferior	Superior
Expresión de molestia familiar	31	94	62.50	25	31.46	93.53	13	88	55	26.48	36.05	73.95	.370	5, 10	NS
Rechazo de peticiones	8	100	50	34.86	6.71	93.29	0	83	45	29.97	23.56	66.44	.185	5, 10	NS
Recibir cumplidos	13	50	31.25	13.98	13.90	48.60	6	88	45.63	26.69	26.53	64.72	1.048	5, 10	NS
Iniciativa en relaciones	8	58	40	19	16.40	63.60	0	75	41.67	25.76	23.24	60.09	.185	5, 10	NS
Hacer cumplidos	33	67	50	13.18	33.64	66.36	8	83	50	22.91	33.61	66.39	0	5, 10	NS
Preocupación por sentimientos	13	75	45	30.10	7.62	82.38	0	88	45	30.73	23.02	66.98	0	5, 10	NS
Expresión de cariño	75	100	85	13.69	68	102	25	100	72.50	32.17	49.49	95.51	.457	5, 10	NS
<b>Percepción de salud</b>	3	9	6.40	2.70	3.05	9.75	5	9	7.10	1.52	6.01	8.19	.324	5, 10	NS

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Medidas descriptivas y comparación de medianas para variables evaluadas en el pretest para los adultos mayores aislados de ambas instituciones

	Pretest institución 1						Pretest institución 2						Prueba estadística		
	Min	Max	M	DE	Inf-rior	Superior	Min	Max	M	DE	Inf-rior	Superior	z	gl1, gl2	p
Edad (años)	65	91	79.57	7.58	75.19	83.95	64	87	76.6	9.41	69.86	83.34	.557	14,12	NS
Tiempo en institución (años)	.9	19	5.30	6.11	1.77	8.83	1	20	4.92	5.65	.88	8.96	.516	14,12	NS
Deterioro cognitivo	10	29	22.14	4.78	19.38	24.91	10	29	21.5	5.55	17.97	25.03	.465	14,12	NS
<b>Total Calidad de vida</b>	32	92	58.04	21.71	45.50	70.57	26	91	61.89	20.18	49.08	74.71	.514	14,12	NS
Capacidad sensorial	25	94	73.66	20.82	61.64	85.69	25	94	73.96	19.37	61.65	86.27	.104	14,12	NS
Autonomía	0	94	56.25	25.83	41.34	71.16	0	94	56.25	27.57	38.73	73.77	.155	14,12	NS
Actividades	0	100	48.66	34.51	28.73	68.59	13	94	55.73	28.01	37.93	73.53	.413	14,12	NS
Participación social	0	88	46.88	30	29.55	64.20	19	100	57.81	25.16	41.83	73.80	1.09	14,12	NS
Temor muerte y agonía	25	100	76.34	27.10	60.69	91.98	0	100	83.33	32.46	62.71	103.9	1.08	14,12	NS
Intimidad	0	100	46.43	37.24	24.93	67.93	0	100	44.27	34.18	22.56	65.99	.078	14,12	NS
<b>Total Bienestar subjetivo</b>	16	100	64.57	27.17	48.88	80.26	28	96	65	19.90	52.36	77.64	.155	14,12	NS
Agitación	13	100	75	29.42	58.01	91.99	25	100	67.71	26.36	50.96	84.46	.893	14,12	NS
Actitud al envejecimiento	0	100	55.10	32.60	36.28	73.93	29	100	58.33	26.17	41.71	74.96	.078	14,12	NS
Soledad-insatisfacción	10	100	62.86	27.01	47.26	78.45	30	100	67.50	24.17	52.14	82.86	.338	14,12	NS
<b>Independencia</b>	55	100	79.29	13.71	71.37	87.20	45	100	76.67	21.36	63.10	90.24	.104	14,12	NS
<b>Satisfacción con el cuidado</b>	18	95	65.77	24.36	50.29	81.25	21	93	61.69	24.77	45.04	78.33	.525	14,12	NS

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Medidas descriptivas y comparación de medianas para variables entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los cuidadores formales

	Pretest institución 1					Intermedia institución 2					Prueba estadística		
	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%	Min	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%	z	gl1, gl2	P
<b>Total Burnout</b>	15	48	31.67	13.33	15.11 - 48.22	13	37	23.67	6.88	18.74 - 28.59	1.166	5, 10	NS
Desilusión por el trabajo	5	30	14	10.84	.54 - 27.46	0	80	19.50	22.78	3.20 - 35.80	.311	5, 10	NS
Desgaste físico y psíquico	25	100	67.50	27.74	33.06 - 101.9	5	60	31.50	17.80	18.76 - 44.24	2.395	5, 10	.013
Indolencia	13	42	22.50	12.71	6.72 - 38.28	0	35	20	11.30	11.91 - 28.09	.247	5, 10	NS
Culpa	15	55	37	17.89	14.79 - 59.21	0	45	22.50	13.17	13.07 - 31.93	1.421	5, 10	NS
<b>Total Calidad de vida</b>	55	76	62.22	8.06	52.21 - 72.23	56	89	69.42	11.04	61.52 - 77.32	1.347	5, 10	NS
Salud física	50	79	59.29	11.46	45.05 - 73.52	46	89	66.43	13.80	56.56 - 76.30	1.109	5, 10	NS
Salud psicológica	50	83	67.50	11.93	52.69 - 82.31	46	92	70	15.68	58.78 - 81.22	.370	5, 10	NS
Relaciones sociales	50	83	63.33	12.64	47.64 - 79.03	50	92	72.50	13.63	62.74 - 82.26	1.307	5, 10	NS
Medio ambiente	41	84	58.75	16	38.89 - 78.61	50	84	68.75	10.82	61.01 - 76.49	1.417	5, 10	NS
<b>Total Habilidades sociales</b>	30	63	45.23	12.19	30.11 - 60.36	10	78	49.73	21.89	34.07 - 65.39	.857	5, 10	NS
Inicio de interacciones	25	75	41	20.20	15.92 - 66.08	5	85	56.25	26.68	31.41 - 69.59	.858	5, 10	NS
Enfrentarse con superiores	25	65	43	16.05	23.08 - 62.92	10	83	46	22.18	30.13 - 61.87	.246	5, 10	NS
Defensa de derechos	25	69	47.50	16.30	27.26 - 67.74	6	75	46.25	21.69	30.73 - 61.77	.000	5, 10	NS
Expresión de molestia	45	85	64	14.75	45.69 - 82.31	5	85	57.50	28.21	37.32 - 77.68	.000	5, 10	NS
Expresión de sentimientos positivos	25	60	39	12.94	22.93 - 55.07	0	95	52.50	30.75	30.50 - 74.50	.985	5, 10	NS
Expresión de molestia familiar	31	94	62.50	25	31.46 - 93.53	13	81	53.13	23.24	36.50 - 69.75	.679	5, 10	NS
Rechazo de peticiones	8	100	50	34.86	6.71 - 93.29	8	92	47.50	28.34	27.23 - 67.77	.124	5, 10	NS
Recibir cumplidos	13	50	31.25	13.98	13.90 - 48.60	6	88	46.88	26.88	27.64 - 66.11	1.238	5, 10	NS
Iniciativa en relaciones	8	58	40	19	16.40 - 63.60	0	75	44.17	24.86	26.38 - 61.95	.434	5, 10	NS
Hacer cumplidos	33	67	50	13.18	33.64 - 66.36	17	83	50.83	21.67	35.33 - 66.34	.000	5, 10	NS
Preocupación por sentimientos	13	75	45	30.10	7.62 - 82.38	13	100	52.50	26.22	33.74 - 71.26	.372	5, 10	NS
Expresión de cariño	75	100	85	13.69	68 - 102	25	100	75	28.86	54.35 - 95.65	.458	5, 10	NS
<b>Percepción de salud</b>	3	9	6.40	2.70	3.05 - 9.75	5	8	7.10	1.10	6.31 - 7.89	.000	5, 10	NS

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Medidas descriptivas y comparación de medianas para variables entre la evaluación pretest en la institución 1 y la evaluación intermedia de la institución 2 para los adultos mayores aislados

	Pretest institución 1					Intermedia institución 2					Prueba estadística		
	Mín	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%	Mín	Max	M	DE	Intervalos de confianza 95%	z	gl1, gl2	p
<b>Total Calidad de vida</b>	32	92	58.04	21.71	45.50 - 70.57	33	82	64.81	14.95	53.32 - 76.31	.850	10, 14	NS
Capacidad sensorial	25	94	73.66	20.82	61.64 - 85.69	38	100	74.31	19.12	59.61 - 89	.206	10, 14	NS
Autonomía	0	94	56.25	25.83	41.34 - 71.16	6	88	60.42	24.40	41.66 - 79.18	.265	10, 14	NS
Actividades	0	100	48.66	34.51	28.73 - 68.59	50	100	65.28	16.27	52.77 - 77.79	1.24	10, 14	NS
Participación social	0	88	46.88	30	29.55 - 64.20	25	88	55.56	22.63	38.16 - 72.95	.797	10, 14	NS
Temor muerte y agonía	25	100	76.34	27.10	60.69 - 91.98	25	100	81.94	23.26	64.06 - 99.83	.333	10, 14	NS
Intimidad	0	100	46.43	37.24	24.93 - 67.93	13	88	51.39	28.43	29.53 - 73.24	.352	10, 14	NS
<b>Total Bienestar subjetivo</b>	16	100	64.57	27.17	48.88 - 80.26	32	80	64	16.61	51.23 - 76.77	.441	10, 14	NS
Agitación	13	100	75	29.42	58.01 - 91.99	25	100	68.06	28.02	46.51 - 89.60	.808	10, 14	NS
Actitud al envejecimiento	0	100	55.10	32.60	36.28 - 73.93	29	86	55.56	19.48	40.58 - 70.54	.030	10, 14	NS
Soledad-insatisfacción	10	100	62.86	27.01	47.26 - 78.45	30	90	66.67	16.58	53.92 - 79.41	.326	10, 14	NS
<b>Independencia</b>	55	100	79.29	13.71	71.37 - 87.20	45	100	76.11	20.58	60.29 - 91.93	.157	10, 14	NS
<b>Satisfacción con el cuidado</b>	18	95	65.77	24.36	50.29 - 81.25	27	88	62.50	24.38	43.75 - 81.25	.321	10, 14	NS

Fuente: elaboración propia.

## Análisis intragrupal

Una vez que se comprobó la homogeneidad en las variables evaluadas, el tratamiento de los participantes fue como un solo grupo, tanto de cuidadores formales (conformado por 15 participantes) como de adultos mayores (conformado por 26 participantes).

Se llevaron a cabo análisis de varianza de un factor para medidas repetidas con la finalidad de comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2; verificándose si las comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 fueron estadísticamente significativas.

Asimismo, se calculó el tamaño del efecto mediante la “d” de Cohen para cada comparación entre las mediciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2.

### Variables evaluadas en cuidadores formales

En la tabla 6 se muestran los resultados para las variables evaluadas en los cuidadores formales.

*Burnout*: en el Total de *Burnout* ( $F = 35.02$ ;  $p = .0001$ ), así como sus dimensiones Desilusión por el trabajo ( $F = 7.36$ ;  $p = .0001$ ), Desgaste físico y psíquico ( $F = 34.46$ ;  $p = .0001$ ) y Culpa ( $F = 7.45$ ;  $p = .0001$ ), existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

Para la variable Total de *Burnout* y la dimensión Desgaste físico y psíquico se aprecia una disminución en los puntajes a partir de la comparación pretest-postest, la cual es estadísticamente significativa y se mantuvo al seguimiento 2 ( $p = .0001$ ). Para las dimensiones Desilusión por el trabajo y Culpa las puntuaciones disminuyeron, siendo estadísticamente significativas a partir de la comparación pretest-seguimiento 1 ( $p = .041$  y  $.027$ ). En la dimensión Indolencia no se reportaron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones ( $p > .05$ ).

En las comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 se registraron tamaños grandes del efecto de la intervención en la variable Total de *Burnout* ( $d = 1.47$ ,  $2.26$  y  $2.50$ ) y en las dimensiones Desilusión por el trabajo ( $d = 1.77$ ,  $3.41$  y  $1.82$ ) y Desgaste físico y psíquico ( $d = 1.40$ ,  $1.68$  y  $2.27$ ). Para las dimensiones Indolencia y Culpa dicho efecto se presentó en las comparaciones pretest-seguimiento 1 ( $d = 0.66$  y  $0.97$ ) y pretest-seguimiento 2 ( $d = 0.97$  y  $1.30$ ).



*Calidad de vida:* en la variable Calidad de vida y sus dimensiones Salud física ( $F = 10.92$ ;  $p = .0001$ ), Salud psicológica ( $F = 7.83$ ;  $p = .0001$ ) y Relaciones sociales ( $F = 6.72$ ;  $p = .001$ ) se presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

Las comparaciones múltiples resultaron ser estadísticamente significativas en las comparaciones pretest-postest, pretest-seguimiento 1 y pretest-seguimiento 2 para la variable Calidad de vida ( $p = .005$ ,  $.010$  y  $.017$ ) y su dimensión Salud física ( $p = .001$ ,  $.032$  y  $.029$ ); mientras que, para la dimensión Salud Psicológica las comparaciones entre pretest-postest y pretest-seguimiento 2 fueron estadísticamente significativas ( $p = .012$  y  $.036$ ). Caso contrario de la dimensión Relaciones sociales en la que se reportó incremento estadísticamente significativo en la comparación pretest-seguimiento 1 ( $p = .049$ ); y en la dimensión Medio ambiente no hubo mejoría ( $p > .05$ ).

Respecto al tamaño del efecto, éste fue grande a partir de la comparación pretest-postest hasta el seguimiento 2 en la variable Calidad de vida ( $d = 1.15$ ,  $1.28$  y  $1.76$ ) y sus dimensiones Salud física ( $d = 1.36$ ,  $1.06$  y  $1.45$ ), Salud psicológica ( $d = 0.98$ ,  $0.86$  y  $1.38$ ) y Relaciones sociales ( $d = 0.67$ ,  $1.34$  y  $1.38$ ).

*Percepción de salud:* para la variable Percepción de salud se observaron diferencias estadísticamente significativas mediante el análisis de varianza de un factor ( $F = 8.86$ ;  $p = .0001$ ). Específicamente, en las comparaciones múltiples se observó un incremento estadísticamente significativo en los puntajes en la comparación pretest-postest ( $p = .002$ ). Mientras que el tamaño del efecto de la intervención fue de moderado a grande desde la comparación pretest-postest hasta el seguimiento 2 ( $d = 1.69$ ,  $0.69$  y  $1.03$ ).

*Habilidades sociales:* se observó que, en el Total de Habilidades sociales, así como sus 12 dimensiones, hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ( $p < .05$ ).

En la variable Total Habilidades sociales ( $p = .009$ ,  $.005$  y  $.003$ ) y las dimensiones Inicio de interacciones ( $p = .042$ ,  $.005$  y  $.004$ ), Enfrentarse con superiores ( $p = .003$ ,  $.008$  y  $.004$ ), Defensa de derechos ( $p = .010$ ,  $.003$  y  $.002$ ) y Recibir cumplidos ( $p = .023$ ,  $.008$  y  $.003$ ), se observó un incremento en las puntuaciones a partir de la comparación pretest-postest, el cual resultó estadísticamente significativo y se mantuvo hasta el seguimiento 2. Para las dimensiones Expresión de sentimientos positivos ( $p = .016$  y  $.014$ ), Expresión de molestia familiar ( $p = .023$  y  $.014$ ), Rechazo de peticiones ( $p = .007$  y  $.004$ ), Iniciativa en relaciones ( $p = .0001$  y  $.0001$ ) y Preocupación por sentimientos ( $p = .051$  y  $.041$ ) el incremento estadísticamente significativo se hizo evidente a partir de la comparación pre-

test-seguimiento 1. En las dimensiones Expresión de molestia, Hacer cumplidos y Expresión de cariño no hubo significancia estadística, a pesar de que las puntuaciones incrementaron ( $p < .05$ ).

En la variable Total Habilidades sociales y 11 de sus dimensiones (excepto Expresión de cariño) se observó un tamaño del efecto de la intervención de moderado a grande a partir de la comparación pretest-postest ( $d > .050$ ). Finalmente, para la dimensión Expresión de cariño el tamaño del efecto fue moderado a partir de la comparación pretest-seguimiento 1 hasta el seguimiento 2 ( $d = 0.59$ ).

### **Variables evaluadas en adultos mayores asilados**

En la tabla 7 se muestran los resultados para las variables evaluadas en los adultos mayores asilados.

*Calidad de vida:* se observó que en el Total de Calidad de vida ( $F = 8.44$ ;  $p = .0001$ ), así como sus dimensiones Actividades ( $F = 10.77$ ;  $p = .0001$ ) y Participación social ( $F = 21.97$ ;  $p = .0001$ ), existieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

En ninguna de las comparaciones múltiples se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la comparación pretest-postest. En la variable Total Calidad de vida ( $p = .016$  y  $.006$ ) y las dimensiones Actividades ( $p = .003$  y  $.002$ ) y Participación social ( $p = .002$  y  $.0001$ ) se aprecia un incremento en los puntajes a partir de la comparación pretest-seguimiento 1, el cual es estadísticamente significativo y se mantuvo al seguimiento 2. En las dimensiones Capacidad sensorial, Autonomía, Temor muerte y agonía e Intimidad no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación ( $p > .05$ ).

Asimismo, en las dimensiones Actividades ( $d = 0.83$  y  $1.17$ ) y Participación social ( $d = 0.84$  y  $1.32$ ), se observó un tamaño grande del efecto de la intervención a partir de la comparación pretest-seguimiento 1. Para la variable Total Calidad de vida se presentó un tamaño del efecto moderado a partir de la comparación pretest-seguimiento 2 ( $d = 0.62$ ).

*Bienestar subjetivo:* en la variable Total Bienestar subjetivo ( $F = 7.91$ ;  $p = .0001$ ) y sus dimensiones Actitud al envejecimiento ( $F = 8.27$ ;  $p = .0001$ ) y Soledad-insatisfacción ( $F = 3.09$ ;  $p = .036$ ), se presentaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las mediciones pretest, postest, seguimiento 1 y seguimiento 2.

El incremento en las puntuaciones resultó ser estadísticamente significativo en la comparación pretest-seguimiento 1 para la variable Total Bienestar subjetivo ( $p = .008$ ) y su dimensión Actitud al envejecimiento ( $p = .001$ ). Caso contrario de las dimensiones Agitación y Soledad-insatisfacción donde no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna comparación ( $p > .05$ ).

Respecto al tamaño del efecto, éste fue de moderado a grande en la comparación pretest-seguimiento 1 para la variable Total Bienestar subjetivo ( $d = 0.51$ ) y su dimensión Actitud al envejecimiento ( $d = 0.86$ ).

*Independencia:* para la variable Independencia se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las mediciones pretest, posttest, seguimiento 1 y seguimiento 2 ( $F = 2.77$ ;  $p = .048$ ). No se observó efecto de la intervención pues las puntuaciones fueron similares en todas las mediciones, lo que habla de una estabilidad en la independencia de los adultos mayores asilados.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Tabla 6. Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen en las variables de los cuidadores formales

Variables	Pretest (n=15) M, DE	Postest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15) M, DE	Seg 2 (n=15) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones significativas	d de Cohen
<b>Total Burnout</b>	24.22 ± 10.92	13.33 ± 7.43	11.11 ± 5.8	10.89 ± 5.34	F = 35.02 p = .0001	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2**	Pretest > Postest (d = 1.47) Pretest > Seg1 (d = 2.26) Pretest > Seg2 (d = 2.50)
Desilusión por el trabajo	15.33 ± 17.57	4.33 ± 6.23	2.67 ± 3.72	5.33 ± 5.5	F = 7.36 p = .0001	Pretest > Seg1*	Pretest > Postest (d = 1.77) Pretest > Seg1 (d = 3.41) Pretest > Seg2 (d = 1.82)
Desgaste físico y psíquico	47.92 ± 27.31	24.17 ± 17.01	20.83 ± 16.14	18.33 ± 13.04	F = 34.46 p = .0001	Pretest > Postest** Pretest > Seg1** Pretest > Seg2**	Pretest > Postest (d = 1.40) Pretest > Seg1 (d = 1.68) Pretest > Seg2 (d = 2.27)
Indolencia	15.83 ± 12.11	13.61 ± 7.12	11.67 ± 6.34	10.56 ± 5.43	F = 2.58 NS	Ninguna	Pretest > Seg1 (d = 0.66) Pretest > Seg2 (d = 0.97)
Culpa	24 ± 17.34	17.67 ± 13.07	13.75 ± 10.62	12.5 ± 8.84	F = 7.45 p = .0001	Pretest > Seg1* Pretest > Seg2*	Pretest > Seg1 (d = 0.97) Pretest > Seg2 (d = 1.30)
<b>Total Calidad de vida</b>	66.97 ± 11.33	76.48 ± 8.24	76.96 ± 7.8	76.77 ± 5.57	F = 11.90 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.15) Pretest < Seg1 (d = 1.28) Pretest < Seg2 (d = 1.76)
Salud física	64.29 ± 14.6	80 ± 11.52	76.67 ± 11.68	77.62 ± 9.2	F = 10.92 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.36) Pretest < Seg1 (d = 1.06) Pretest < Seg2 (d = 1.45)
Salud psicológica	70 ± 14.01	79.72 ± 9.94	78.33 ± 9.73	80 ± 7.25	F = 7.83 p = .0001	Pretest < Postest* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.98) Pretest < Seg1 (d = 0.86) Pretest < Seg2 (d = 1.38)
Relaciones sociales	69.44 ± 15.64	78.89 ± 14.04	85.56 ± 11.98	84.44 ± 10.85	F = 6.72 p = .001	Pretest < Seg1*	Pretest < Postest (d = 0.67) Pretest < Seg1 (d = 1.34) Pretest < Seg2 (d = 1.38)
Medio ambiente	64.17 ± 12.93	67.29 ± 10.29	67.29 ± 10.29	65 ± 8.11	F = 803 NS	Ninguna	Ninguna
<b>Percepción de salud</b>	6.87 ± 1.92	8.8 ± 1.15	8.07 ± 1.75	7.93 ± 1.03	F = 8.86 p = .0001	Pretest < Postest**	Pretest < Postest (d = 1.69) Pretest < Seg1 (d = 0.69) Pretest < Seg2 (d = 1.03)

Nota: \* Comparaciones significativas  $p \leq .05$ ; \*\* Comparaciones significativas  $p \leq .01$ ; Efecto moderado  $.50 \leq d < .80$ ; Efecto grande  $d \geq 0.80$ .  
Fuente: elaboración propia.

(continuación)

Variables	Pretest (n=15) M, DE	Postest (n=15) M, DE	Seg 1 (n=15)		Seg 2 (n=15)		F p de ANOVA	Comparaciones significativas	d de Cohen
			M, DE	M, DE	M, DE	M, DE			
<b>Total Habilidades sociales</b>	48.93 ± 20.37	68.62 ± 10.42	70.52 ± 8.52	72.19 ± 7.55			F = 15.86 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.89) Pretest < Seg1 (d = 2.53) Pretest < Seg2 (d = 3.08)
Inicio de interacciones	47 ± 25.42	65.17 ± 14.19	72.33 ± 11.86	73.17 ± 11.16			F = 13.75 p = .0001	Pretest < Postest* Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.28) Pretest < Seg1 (d = 2.14) Pretest < Seg2 (d = 2.34)
Enfrentarse con superiores	45.33 ± 21.1	69.5 ± 11.46	70.33 ± 15.61	71.67 ± 14.23			F = 15.42 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 2.11) Pretest < Seg1 (d = 1.60) Pretest < Seg2 (d = 1.85)
Defensa de derechos	48.33 ± 20.24	63 ± 9.96	75 ± 17.36	76.25 ± 15.35			F = 17.79 p = .0001	Pretest < Postest** Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.47) Pretest < Seg1 (d = 1.54) Pretest < Seg2 (d = 1.82)
Expresión de molestia	61 ± 24.72	77 ± 10.32	72.67 ± 16.99	75 ± 16.04			F = 2.83 p = .050	Ninguna	Pretest < Postest (d = 1.55) Pretest < Seg1 (d = 0.69) Pretest < Seg2 (d = 0.87)
Expresión de sentimientos positivos	49 ± 27.59	64 ± 13.12	77.67 ± 12.23	78.33 ± 10.8			F = 11.77 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.14) Pretest < Seg1 (d = 2.34) Pretest < Seg2 (d = 2.72)
Expresión de molestia familiar	57.50 ± 25.35	76.67 ± 18.37	82.92 ± 13.87	83.75 ± 13.32			F = 9.17 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 1.04) Pretest < Seg1 (d = 1.83) Pretest < Seg2 (d = 1.97)
Rechazo de peticiones	46.67 ± 30.5	60.56 ± 25.68	72.22 ± 22.86	73.89 ± 16.02			F = 11.68 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.54) Pretest < Seg1 (d = 1.12) Pretest < Seg2 (d = 1.70)
Recibir cumplidos	40.83 ± 23.72	62.50 ± 17.36	67.08 ± 18.37	69.17 ± 16.45			F = 13.83 p = .0001	Pretest < Postest* Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 1.25) Pretest < Seg1 (d = 1.43) Pretest < Seg2 (d = 1.72)
Iniciativa en relaciones	41.11 ± 23.03	62.78 ± 31.48	75 ± 19.42	77.22 ± 15.26			F = 21.43 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Postest (d = 0.69) Pretest < Seg1 (d = 1.75) Pretest < Seg2 (d = 2.37)



(continuación)

Variables	Pretest	Postest	Seg 1	Seg 2	F	Comparaciones significativas	d de Cohen
	(n=15) M, DE	(n=15) M, DE	(n=15) M, DE	(n=15) M, DE			
Hacer cumplidos	50 ± 19.67	58.89 ± 14.93	61.11 ± 18.28	63.89 ± 17.16	F = 3.70 p = .019	Ninguna	Pretest < Postest (d = 0.60) Pretest < Seg1 (d = 0.61) Pretest < Seg2 (d = 0.81)
Preocupación por sentimientos	45 ± 29.42	61.67 ± 20.3	65 ± 24.18	66.67 ± 24.40	F = 6.32 p = .001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2*	Pretest < Postest (d = 0.82) Pretest < Seg1 (d = 0.83) Pretest < Seg2 (d = 0.89)
Expresión de cariño	76.67 ± 27.49	86.67 ± 24.76	90 ± 22.76	90 ± 22.76	F = 3.60 p = .021	Ninguna	Pretest < Seg1 (d = 0.59) Pretest < Seg2 (d = 0.59)

Nota: \*Comparaciones significativas  $p \leq .05$ ; \*\*Comparaciones significativas  $p \leq .01$ ; Efecto moderado  $.50 \leq d < .80$ ; Efecto grande  $d \geq 0.80$ .  
Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Análisis de varianza para medidas repetidas y “d” de Cohen en las variables de los adultos mayores asilados

Variables	Pretest (n=26) M, DE	Postest (n=19) M, DE	Seg 1 (n=23) M, DE	Seg 2 (n=25) M, DE	F p de ANOVA	Comparaciones significativas	d de Cohen
<b>Calidad de vida</b>	59.82 ± 20.68	64.14 ± 19.07	66.44 ± 17.29	69.67 ± 15.76	F = 8.44 p = .0001	Pretest < Seg1* Pretest < Seg2**	Pretest < Seg2 (d = 0.62)
Capacidad sensorial	73.8 ± 19.76	79.61 ± 15	73.64 ± 17.97	74 ± 16.89	F = .38 NS	Ninguna	Ninguna
Autonomía	56.25 ± 26.1	55.92 ± 23.24	59.24 ± 24.92	61 ± 24.62	F = 1.67 NS	Ninguna	Ninguna
Actividades	51.92 ± 31.26	61.84 ± 28.86	69.02 ± 20.51	73.25 ± 18.17	F = 10.77 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Seg1 (d = 0.83) Pretest < Seg2 (d = 1.17)
Participación social	51.92 ± 27.88	51.32 ± 23.43	68.21 ± 19.32	74.25 ± 16.86	F = 21.97 p = .0001	Pretest < Seg1** Pretest < Seg2**	Pretest < Seg1 (d = 0.84) Pretest < Seg2 (d = 1.32)
Temor muerte y agonía	79.57 ± 29.29	86.51 ± 25.02	82.34 ± 30.36	85.25 ± 21.26	F = .583 NS	Ninguna	Ninguna
Intimidad	45.43 ± 35.15	80 ± 11.52	46.20 ± 34.68	50.25 ± 32.29	F = 1.019 NS	Ninguna	Ninguna
<b>Bienestar Subjetivo</b>	64.77 ± 23.62	67.37 ± 20.23	73.74 ± 17.47	69.76 ± 15.83	F = 7.91 p = .0001	Pretest < Seg1**	Pretest < Seg1 (d = 0.51)
Agitación	71.63 ± 27.73	75 ± 25.34	76.09 ± 21.94	69 ± 19.8	F = 1.24 NS	Ninguna	Ninguna
Actitud al envejecimiento	56.59 ± 29.27	59.4 ± 27.87	73.91 ± 20.04	62.29 ± 16.94	F = 8.27 p = .0001	Pretest < Seg1**	Pretest < Seg1 (d = 0.86)
Soledad-insatisfacción	65 ± 25.33	66.84 ± 20.29	71.74 ± 21.66	70.4 ± 21.3	F = 3.09 p = .036	Ninguna	Ninguna
<b>Independencia</b>	78.08 ± 17.32	78.65 ± 16.58	78.46 ± 15.79	76.60 ± 15.92	F = 2.77 p = .048	Ninguna	Ninguna

Nota: \* Comparaciones significativas  $p \leq .05$ ; \*\* Comparaciones significativas  $p \leq .01$ ; Efecto moderado  $.50 \leq d < .80$ ; Efecto grande  $d \geq 0.80$ .

Fuente: elaboración propia.

## Discusión y conclusiones

La falta de conocimiento respecto a las necesidades de los cuidadores hace que persista una situación en la que el cuidador se convierte en un paciente oculto (Domínguez *et al.*, 2013), lo cual en nada beneficia a resolver los problemas de índole psicológico que llegan a presentar como consecuencia de su labor.

Dentro de estas problemáticas se encuentra el *burnout*, del cual en estudios previos solo se había estudiado su prevalencia en trabajadores que se encuentran en constante contacto con pacientes o clientes. No obstante, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el *burnout* en variables evaluadas en cuidadores formales y en adultos mayores asilados.

Lo anterior en correspondencia con lo propuesto por Sánchez, Chaparro y Carrillo (2016), quienes indican que en las relaciones de cuidado y dependencia se presenta la conformación de diadas cuidador y receptor de cuidado. Esto había sido antes propuesto por Ejem, Drentea y Clay (2015), al señalar la importancia de estudiar a cuidadores y receptores de cuidado como diadas, puesto que los hallazgos de su investigación indican que altos niveles de estrés emocional reportados por los cuidadores están asociados con una mayor probabilidad de que el receptor del cuidado informe síntomas depresivos, lo cual pone en evidencia la estrecha relación que existe en la diada y que el malestar en un componente de esta puede afectar severamente al otro componente.

Inclusive, algunos autores han sugerido que existe la necesidad de intervenciones dirigidas a las diadas como un método para prevenir las condiciones adversas de salud mental que resultan de la prestación de cuidados. Estas intervenciones deben centrarse en mejorar las habilidades de resolución de problemas y la comunicación entre el cuidador y el receptor del cuidado (Ejem, Drentea y Clay, 2015).

Por lo tanto, la presente investigación responde a las necesidades que existen en el ámbito del cuidado al cuidador, considerando a las diadas conformadas por cuidadores y receptores del cuidado (en este caso, adultos mayores institucionalizados), con el propósito de generar evidencia empírica de aquellas intervenciones que logren un efecto positivo en la diada.

Se esperaba que la ICC que se implementó en esta investigación tuviera un efecto directo en los cuidadores formales, quienes eran los receptores, sin embargo, los adultos mayores residentes también mostraron mejoría estadística y clínicamente significativa, a pesar de no haber recibido ninguna intervención directa; sino como una respuesta al cambio que experimentaron sus cuidadores.

La mejoría manifestada por los cuidadores fue en las variables *Burnout* (en todas sus dimensiones, excepto indolencia), Calidad de vida (en todas sus di-

mensiones, excepto medio ambiente), Habilidades sociales (en todas sus dimensiones) y Percepción de salud.

Parece ser que la explicación a la disminución del *burnout* es el enfoque de la intervención que reciben los participantes, dado que estudios previos que han mostrado efectos similares comparten componentes cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva (Marine *et al.*, 2006; Isaksson *et al.*, 2010; Van-Wyk y Pillay-Van, 2010; Salyers *et al.*, 2011; Korczak, Wastian y Schneider, 2012; Ruwaard *et al.*, 2012) y entrenamiento en habilidades sociales y relajación (Van-Wik y Pillay-Van, 2010; Ruwaard *et al.*, 2012), de tal forma que la reducción de las respuestas fisiológicas del *burnout*, la de pensamientos irracionales referidos al cuidado de adultos mayores asilados y el incremento de las habilidades sociales contribuyen a reducir el desgaste físico y psíquico. Asimismo, los resultados sugieren que al disminuir el *burnout* también mejora la calidad de vida a nivel personal, además de la calidad de vida laboral que ya ha sido estudiada por otros autores (Van der Klink *et al.*, 2001; Brattberg, 2006; Boekhorst *et al.*, 2008; Isaksson *et al.*, 2010; Salyers *et al.*, 2011).

Respecto al incremento en las habilidades sociales, confirma lo reportado por Boekhorst *et al.* (2008), Hullett, McMillan y Rogan (2000) y Vitaliano, Young y Zhang (2004), quienes indican que un paliativo sustancial para el *burnout* es que los trabajadores establezcan relaciones sociales de calidad con sus compañeros y jefes, más que numerosas interacciones sociales. Así pues, la ICC implementada dotó de las habilidades necesarias a los cuidadores formales para que mejoraran las interacciones sociales en gran parte del equipo de trabajo de los centros de atención gerontológica.

En cuanto a la mejoría expresada por los receptores del cuidado, fue principalmente en las variables Calidad de vida (a excepción de las categorías Capacidad sensorial, Autonomía, Temor muerte y agonía e Intimidad), Bienestar subjetivo (a excepción de la categoría Agitación) e Independencia. Estos hallazgos coinciden con lo mencionado por Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996) referente a que el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores, así como por lo demostrado por Montorio (1999) respecto a la percepción de calidad de vida que tienen los mayores: el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia, pues los adultos mayores esperan que los profesionales de la salud contribuyan positivamente a su calidad de vida y bienestar psicológico. Los resultados también parecen indicar que, si los adultos mayores tienen una valoración positiva de su vida presente, evaluarán también de una forma positiva sus vivencias pasadas y se sentirán satisfechos por lo logrado en etapas previas de su vida.

La relevancia de estos resultados es fundamental para continuar sobre esta línea de investigación y mejorar la salud psicológica en la diada cuidador-receptor de cuidado. Constituye también evidencia empírica para afirmar que la disminución del *burnout* en los cuidadores genera consecuencias positivas en quienes reciben sus cuidados.

## Referencias bibliográficas

- ACUÑA, G. (2012). *Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores* (tesis de doctorado). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- ALBENDÍN, L., Gómez, J., Cañadas-de la Fuente, G., Cañadas, G., San-Luis, C. y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de *burnout* en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática; *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, pp. 137-145.
- ARIAS-GALLEGOS, W. y Muñoz del Carpio, A. (2016). Síndrome de *burnout* en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 1-19.
- ATHIÉ, C., Cardiel, L., Camacho, J., Mucientes, V., Terronez, A., Cabrera, N., Cueto, H., García, G., Jiménez, A., Sánchez D., Valdés, A. y Sainos, C. (2016). *Burnout* en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, *Investigación en Educación Médica*, 5(18), pp. 102-107.
- BOEKHORST, S., Willemsse, B., Depla, M., Eefsting, J. y Pot, A. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: The effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20(5), pp. 927-940. DOI: 10.1017/S1041610208007291
- BRATTBERG, G. (2006). Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial, *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, pp. 221-227.
- CABALLO, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- CABALLO, V. (1993). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: Propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual*, 1(2), pp. 221-231.
- CAÑADAS-DE LA FUENTE, G., Albendín-García, L., De la Fuente, E., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. y Cañadas, G. (2016). Síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias, *Revista Española de Salud Pública*, 90, pp. 1-9.
- CENTENO, S. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. España: Formación Alcalá.
- DE VALLE-ALONSO, M., Hernández-López, I., Zúñiga-Vargas, M., y Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y *burnout* en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), pp. 19-27.
- DOMÍNGUEZ, M., Mandujano, M., Quintero, M., Sotelo, T., Gaxiola, J. y Valencia, J. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(2), pp. 391-402.



- EJEM, D., Drentea P. y Clay, O. (2015). The effects of caregiver emotional stress on the depressive symptomatology of the care recipient. *Aging & Mental Health*, 19(1), pp. 55-62. DOI: 10.1080/13607863.2014.915919
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., Zamarrón, M., y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inerserso.
- FOLSTEIN, M., Folstein, S., y McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal Psychiatric Research*, 12, pp. 189-198.
- UNAMUNAMGIL-MONTE, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- GIL-MONTE, P. (2008a). Evaluación psicométrica del síndrome de *burnout*: El cuestionario "CESQT", en J. Garrido, *¡Maldito trabajo! Una increíble pero cierta historia sobre mobbing, burnout y dirección de personal*. Barcelona: Granica, pp. 269-291.
- GIL-MONTE, P. (2008b). Magnitude of relationship between *burnout* and absenteeism: A preliminary study, *Psychological Reports*, 102, pp. 465-468.
- GONZÁLEZ-CELIS, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos* (tesis de doctorado). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- GONZÁLEZ-CELIS, A., Tron, R. y Chávez, M. (2009). *Evaluación de calidad de vida*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- GOULD, D., Kelly, D., Goldstone, L. y Gammon, J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: Developing and using illustrated patient simulations to collect the data INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale, *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), pp. 697-706. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2001.00525.x
- GUTIÉRREZ, L. (1996). *Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- HARPER, A. y Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558.
- HERMOSA, A. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de *burnout* en profesores de educación primaria y secundaria, *Revista Colombiana de Psicología*, 15, pp. 81-89.
- HULLETT, C., McMillan, J. y Rogan, R. (2000). Caregiver's predispositions and perceived organizational expectations for the provision of social support to nursing home residents; *Health Communication*, 12, pp. 277-299.
- IMERSO (2005). *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ISAKSSON, R., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. y Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10, pp. 213-235. DOI: 10.1186/1471-2458-10-213
- JUÁREZ-GARCÍA, A., Idrovo, Á., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de *burnout* en población mexicana: Una revisión sistemática, *Salud Mental*, 37(2), pp. 159-176.
- KAZDIN, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- KORCZAK, D., Wastian, M. y Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 8, pp. 1-9. DOI: 10.3205/hta000103
- KÖTHER, I. y Gnam, E. (2003). *Manual de geriatría. El cuidado de las personas mayores*. España: Editex.

- LAWTON, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision; *Journal of Gerontology*, 30, pp. 85-89.
- MAHONEY, F. y Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 56-61.
- MARINE, A., Ruotsalainen, J., Serra, C. y Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in health-care workers (Review). *Database of Systematic*, 4. Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub2
- MONTORIO, I. (1999). *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- REYES-JARQUÍN, K. y González-Celis, R. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados; *Escritos de Psicología*, 9(1), pp. 15-23. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.1709
- RODRÍGUEZ, P. (1999). Evolución de las residencias en el contexto internacional, en Rodríguez, P. (coord.). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 21-42.
- ROGERO-GARCÍA, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal y informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia, *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), pp. 393-405.
- ROGERO-GARCÍA, J., Prieto-Flores, M. y Rosenberg, M. (2008). Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter? *Aging & Society*, 28, pp. 959-978.
- RUWAARD, J. Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. y Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice; *Plos One*, 7(7), pp. 1-9.
- SALYERS, M., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A., Monroe-DeVita, M., Wilson, C., y Freeland, L. (2011). Breathe: A pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals; *Psychiatric Services*, 62(2), pp. 214-217. DOI: 10.1176/appi.ps.62.2.214
- SÁNCHEZ, H., Chaparro, D. y Carrillo G. (2016). La carga del cuidado en la enfermedad crónica en la diada cuidador familiar-receptor del cuidado, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), pp. 43-60. DOI: 10.11144/Javeriana.ie18-2.ccec
- SÁNCHEZ-SOSA, J. y González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En L.E. Reynoso e I. N. Seligson (coords.), *Psicología y salud*. México: UNAM-Conacyt, pp. 191-218.
- SANK, L. y Shaffer, C. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. España: Desclee de Brouwer.
- VAN-WYK, B. y Pillay-Van W. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(Art. No.: CD003541). DOI: 10.1002/14651858.CD003541.pub2
- VAN DER KLINK, J., Blonk, R., Schene, A. y Van Dijk, F. (2001). The benefits of interventions for work-related stress; *American Journal of Public Health*, 91(2), pp. 270-276.
- VINACCIA, S. y Alvaran, L. (2004). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio; *Universitas Psychologica*, 3(1), pp. 35-45.
- VITALIANO, P., Young, H. y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness; *Current Directions in Psychological Science*, 13, pp. 13-16.

## 7. Intervención con *biofeedback* para la disminución de estrés y bienestar psicológico en personal de emergencia\*

Miriam Penagos Rivera y Arturo Juárez García  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

### Resumen

La retroalimentación biológica o *biofeedback* es una técnica que provee información y entrenamiento para controlar la actividad fisiológica de la persona. El objetivo de esta investigación fue identificar el efecto de la técnica de *biofeedback* en marcadores fisiológicos crónicos de estrés (cortisol, tensión arterial) y factores psicosociales (*burnout*, *engagement* y calidad de vida) en personal de emergencia de una institución de salud mexicana. Participaron dos grupos con 15 personas cada uno, que se sometieron a un tratamiento individual en diferentes momentos (grupo experimental [1] y grupo de espera [2]); este consistió en 10 sesiones impartidas durante su jornada laboral. Los resultados mostraron ausencia de efectos derivados de la intervención, tanto en significancia estadística ( $p = 0 < .05$ ), como en el tamaño de efecto ( $\eta^2 > .14$  ó  $d > .80$  para un efecto “grande”). En conclusión, el entrenamiento en *biofeedback* no tuvo una eficacia relevante para la mejora en los indicadores fisiológicos y psicosociales evaluados en la muestra estudiada. Se discuten limitaciones del estudio.

**Palabras clave:** retroalimentación biológica, desgaste ocupacional, vinculación psicológica con el trabajo, calidad de vida, presión arterial y cortisol en saliva.

### Introducción

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2017), en nuestro país el gasto promedio de salud por persona es de tan solo 1 080 dólares, lo que lo ubica en los últimos lugares en inversión de recursos en salud. Estos datos, junto con la baja esperanza de vida, revelan un panorama de

\* Declaración de conflicto de intereses. Se declara que no hay ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado. Este capítulo es una versión de Penagos (2018).

salud limitado. En ese sentido, es alarmante que, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), en México el índice de estrés negativo sea tan elevado, con indicadores de 25%, asociado a enfermedades causadas por el cansancio y la presión en el trabajo. Asimismo, indicadores de la Organización Mundial del trabajo (OIT, 2013) muestran que 4% de producto interno bruto (PIB) mundial corresponde a pérdidas por efectos en la salud ocasionadas por problemas psicosociales en el trabajo.

En el contexto laboral, el estrés negativo resultante de la exposición a factores psicosociales tiene graves efectos sobre la salud y la capacidad funcional de los trabajadores y también genera problemas importantes a las organizaciones que los emplean, de tal manera que el estrés es un inconveniente que afecta el bienestar de los trabajadores, pero también la competitividad y viabilidad económica de las organizaciones, por lo que su intervención resulta altamente prioritaria (Peiró, González-Roma y Ramos, 1992; Hassard *et al.*, 2014).

Existen diferentes estrategias para el control del estrés negativo (Sanabria *et al.*, 2003), que se clasifican de acuerdo con el nivel en el que se centran. Entre estas se distinguen:

- a) Las centradas en la organización: se asocian propiamente con su dirección y estructura, así como con cambios en el diseño del trabajo y aspectos ambientales.
- b) Las centradas en el individuo: en estas se pueden encontrar la mejora de afrontamiento, técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades, *biofeedback*, etcétera.
- c) Las de interfaz individuo-organización: buscan mejorar el ajuste persona-puesto; por ejemplo, selección de personal, planes de carrera, etcétera.

Aunque se ha sugerido que una combinación de ellas es la estrategia más sólida para disminuir el estrés negativo (Lamontagne, Keegel y Vallance, 2007), algunos autores señalan que, en contraposición a las intervenciones organizacionales que son escasas y tienen efectos débiles, las individuales son más eficaces y las más frecuentemente empleadas (Van der Klink *et al.*, 2001; Richardson y Rothstein, 2008), sobre todo por la relación costo-beneficio percibida por los tomadores de decisiones y la imposibilidad de implementar intervenciones integrales en organizaciones pequeñas (Van der Hek y Plomp, 1997; Semmer, 2006).

De las estrategias individuales, los meta-análisis recientes han mostrado que las técnicas cognitivo-conductuales, y el *mindfulness* están entre las más populares (Teasdale *et al.*, 2002; Richardson y Rothstein, 2008; Grossman *et al.*, 2004). Sin embargo, dichas revisiones incluyen de forma escasa o nula estudios con la técnica de retroalimentación biológica o *biofeedback*, que frecuentemente se ubica en las llamadas técnicas fisiológicas (Instituto Nacional de Seguridad e Hi-



giene en el Trabajo, 1999). El *biofeedback* fue muy popular en la investigación psicológica de las décadas de 1980 y 1990, pero perdió difusión en el ámbito académico en años posteriores. No obstante, en años recientes su utilización creció en el ámbito de la consultoría privada, creándose varias organizaciones con programas de certificación internacional (Biofeedback Federation of Europe [https://bfe.org], 2018; Asociación de Psicofisiología Aplicada y Biorretroalimentación [APAB], 2010). Por lo anterior, resulta necesario seguir consolidando la evidencia de su posible eficacia para disminuir el estrés, en particular en ámbitos laborales, motivo del presente trabajo.

### ¿Qué es el *biofeedback*?

La retroalimentación biológica o *biofeedback* surge como una técnica basada en el condicionamiento operante para el control voluntario de las funciones internas, tales como el ritmo cardiaco, la dilatación pupilar y la piloerección (Tarchanoff, 1885). Es una técnica que provee información sobre la actividad fisiológica y, mediante este mecanismo, se aprende a controlarla (Carrobles y Godoy, 1987). Por otro Castillero y Pérez (2005) afirman que la retroalimentación biológica es un proceso educacional basado en tres supuestos: 1) la *pre-programación*, que consiste en proporcionar información al individuo sobre cómo llevar a cabo el procedimiento, dando a conocer la función del instrumento, y cómo establecer metas para cumplirlas; indicar cuántas sesiones se requieren, ya que dependerá de la condición fisiológica del individuo, así como la habilidad y motivación para realizar el procedimiento; 2) el *entrenamiento*, donde se enseña a reconocer las respuestas fisiológicas para modificarlas mediante la práctica; 3) el *reforzamiento*, que provee de información, es decir, retroalimenta sobre las metas cumplidas con la finalidad de adquirir control sobre su cuerpo y desarrollar patrones de conductas más adecuadas que contribuyan al bienestar.

### Breve historia de la retroalimentación biológica

La evolución para el desarrollo de la retroalimentación biológica se basó en estudios fundamentales, como los realizados por Schultz *et al.* (1962), en Alemania, mediante el entrenamiento autógeno; Jacobson (1938), en Estados Unidos, con la relajación muscular progresiva, y Benson, Greenwood y Klemchuk (1975), con los estudios sobre meditación trascendental y relajación para la reducción del estrés. Estos autores trabajaron con el registro de la actividad mediante electromio-



grafía en las personas a fin de probar la eficacia de los métodos de relajación; sin embargo, en sentido estricto estos no podrían ser contemplados como un procedimiento de retroalimentación biológica, debido a que no contaban con la información de la actividad fisiológica del organismo. En la actualidad, diversas técnicas de retroalimentación biológica se aplican en combinación con alguna otra de las antes mencionadas (Castillero y Pérez, 2005). Se dice que el origen de la retroalimentación biológica inicia aproximadamente en 1960, con la investigación básica en animales y humanos (tabla 1).

Tabla 1. Evolución histórica de la retroalimentación biológica

Autor(es)	Línea de investigación
Miller (1961, 1963)	Realizó experimentos en animales y humanos sobre el control de las funciones autonómicas por el condicionamiento operante.
Hefferli, Hefferline, Keenan, y Harford (1959); Basmajian (1963); Hefferline y Keenan (1963)	Utilizaron técnicas de intervención para el aprendizaje de la actividad fisiológica de unidades motoras para terapia y rehabilitación neuromuscular.
Lisina (1965)	Trabajó con el aprendizaje condicionado de respuesta fisiológica para el control de respuestas viscerales, como el control de la dilatación de vasos sanguíneos del brazo mediante retroalimentación sobre los cambios vasculares.
Shapiro, Crider y Tursky (1964); Shapiro y Crider (1967)	Se enfocaron en el aprendizaje mediante contingencia de refuerzo para aumentar y reducir la conductancia eléctrica de la piel.
Miller y Banuazizi (1968)	Trabajaron sobre las constricciones intestinales en ratas.
Kamiya (1968)	Realizó estudios en humanos mediante <i>biofeedback</i> sobre la actividad electroencefalográfica para el control voluntario del ritmo alfa.
Shapiro, Tursky y Gershon (1969)	Trabajaron entrenando a humanos a condicionar el número de fluctuaciones espontáneas de la respuesta electrodermal, mediante el condicionamiento operante, además de estudios sobre el control de la presión sanguínea en humanos.
Miller (1969)	Demostró que el condicionamiento operante de las funciones viscerales no depende de la actividad somatomotora.
Klinge (1972)	Sus trabajos demostraron la posibilidad del control voluntario de las respuestas electrodermales.
Serman y Friar (1972)	Determinaron que el <i>biofeedback</i> electroencefalográfico es eficaz para el tratamiento de la epilepsia.
Wagner <i>et al.</i> (1974)	Realizaron estudios en diferentes trastornos psicológicos.
Javel y Denholtz (1975)	Trabajaron con la actividad electrodermal para el autocontrol del estrés y en el tratamiento de las fobias.

(continuación)

<b>Autor(es)</b>	<b>Línea de investigación</b>
Patel (1977)	Utilizó el <i>biofeedback</i> de la actividad electrodermal y presión arterial para el tratamiento de la hipertensión arterial y demostró que la combinación de <i>biofeedback</i> de presión arterial y relajación produce mejores resultados.
Engel (1977)	Se enfocó al estudio de <i>biofeedback</i> de la frecuencia cardíaca, realizando investigaciones orientadas al tratamiento de las arritmias y taquicardias.
Keefe y Surwit (1978); Silver y Blanchard, (1978)	Trabajaron con el <i>biofeedback</i> electromiográfico en parálisis cerebrales.
Sappington, Forito y Bre- nony (1979)	Se enfocaron en el <i>biofeedback</i> electrodermal cuyo objetivo es entrenar a los pacientes a incrementar la temperatura en las extremidades implicadas, bajo la explicación de que a mayor flujo sanguíneo mayor temperatura y, por tanto, menor vasoconstricción, con la finalidad de utilizarlo en los desórdenes vasculares periféricos, como lo es la enfermedad de Raynaud, caracterizada por la vasoconstricción de las extremidades, es decir, las manos y dedos de los pies, aunque en ocasiones puede manifestarse en la punta de la nariz y las orejas.
Young y Blanchard (1980)	Realizaron estudios utilizando el <i>biofeedback</i> de la presión arterial para el tratamiento de la hipertensión arterial, un factor determinante de las enfermedades cardiovasculares. En estos estudios, se reportaron disminuciones importantes de entre 4 y 8 mm de Hg en presión arterial sistólica y diastólica.

Fuente: Penagos (2018).

### Fundamentos teóricos de la retroalimentación biológica

Los fundamentos teóricos de la retroalimentación biológica parten del estudio de Thorndike (1913), quien propone el aprendizaje instrumental con la finalidad de describir la respuesta voluntaria que permite obtener el resultado deseado, de acuerdo con la ley del efecto. En este se indica que las respuestas exitosas quedan grabadas mecánicamente debido a las consecuencias positivas que se obtienen. Por lo tanto, se ha considerado a la retroalimentación biológica como una técnica de aprendizaje basada en el control de la activación (Olivares y Méndez, 1999).

Asimismo, puede decirse que el marco teórico que fundamenta la técnica de retroalimentación biológica es el condicionamiento operante, pues concibe a la técnica como un proceso de moldeo, donde la información proporcionada al individuo, conocida como retroalimentación, es una forma de reforzamiento con el

que se aprende a modificar la actividad del sistema nervioso autónomo (SNA) y en donde el ejercicio control se lleva a cabo sin la intervención de otros procesos mediacionales (Olivares y Méndez, 1999). Por tanto, es una técnica de autocontrol de las respuestas psicofisiológicas basada en la retroalimentación de la información, que de forma continua recibe el individuo sobre la función en la cual quiere establecer el control voluntario (Simón, 1993).

*Tipos de retroalimentación biológica  
y perspectivas de entrenamiento clínico*

La retroalimentación biológica se emplea para dar información al individuo por medio de instrumentos externos especializados para mostrar diversos procesos fisiológicos presentes. A continuación, se enlistan los instrumentos y la función que emplean (Carrobbles y Godoy, 1987) (tabla 2).

Clot (2010) indica que, independientemente del tipo y función de la técnica de retroalimentación biológica que se use, se trata de un proceso en el cual primero se establece la relación especialista-paciente, de acuerdo con el siguiente proceso: 1) el equipo de retroalimentación mide los cambios del sistema biológico del individuo; 2) el paciente recibe información de los cambios en su sistema fisiológico mediante señales visuales o auditivas que emite el equipo; 3) el paciente intentará modificar la respuesta fisiológica mediante el entrenamiento; 4) la retroalimentación biológica apoya al paciente para que aprenda a controlar su sistema biológico; 5) se logra la autorregulación fisiológica en el paciente; 6) el paciente hace uso de las señales internas para controlar las respuestas fisiológicas; 7) con la retroalimentación biológica el paciente puede afrontar situaciones de su vida cotidiana mediante el control aprendido.

Tabla 2. Tipos y función de retroalimentación biológica

<b>Tipo de biofeedback</b>	<b>Función</b>
Electromiográfico	Actividad muscular del tipo de músculos donde se sitúan los electrodos
Electroencefalográfico	Actividad eléctrica de la zona de corteza cerebral donde se sitúan los electrodos
De temperatura periférica	Temperatura superficial de la piel, donde se coloca el termosensor
De la respuesta psicogalvánica	Nivel de conductancia de la piel
De la presión sanguínea	Presión arterial
De la tasa cardíaca	Latidos cardíacos por minuto

(continuación)

Tipo de <i>biofeedback</i>	Función
De la erección del pene	Diámetro y longitud del pene
De los músculos del cérvix	Contracción de las paredes vaginales
Rectal	Sonido del recto
Del esfínter anal	Presión del esfínter anal
Del PH estomacal	Concentración del PH y el ácido hidroclorehídrico
De respiración forzada	Volumen del aire espirado

Fuente: adaptado de Clot (2010).

### Impacto en la salud del entrenamiento de retroalimentación biológica: evidencias empíricas

La APAB (2010) informó que el interés del estudio ha aumentado en la medicina y la psicología debido a que se ha demostrado que la retroalimentación biológica es eficaz para diversos padecimientos físicos, psicológicos y psicofísicos. En ese sentido, la APAB en 2016 dio a conocer los tratamientos en los que la técnica ha demostrado su efectividad, a saber:

- Tratamiento de la migraña y la cefalea tensional (Sánchez, Comeche y Vallejo, 1999; Calvillo, 2006; Nestoriuc *et al.*, 2008).
- Tratamiento primario para la incontinencia urinaria y fecal (García, 2013, Ramírez, Ocampo y Meneses, 2014).
- Tratamiento en trastornos del sueño (Hauri *et al.*, 1982; McLay y Spira, 2009).
- Tratamiento para los trastornos de ansiedad y pánico, dolor crónico, neuromusculares, hipertensión arterial, bruxismo, fibromialgia y enfermedades musculoesqueléticas (Fernández, 1993; Adrián, Manns y Miralles, 1977; Barrera, Gómez y Prieto, 2013; Campos *et al.*, 2013; Gálvez, Rodríguez y del Río, 2016).

También existen estudios contradictorios; por ejemplo, Overhaus *et al.* (2003) realizaron un estudio basado en retroalimentación biológica en participantes con valores de tensión arterial elevada, pero durante las sesiones no hubo reducción alguna en dicho valor.

En cambio, en el estudio realizado por Olsson *et al.* (2010) con 19 participantes diagnosticados con hipertensión, se reportó una reducción de la presión arterial sistólica después de la intervención con retroalimentación biológica. Por tanto, el estudio mostró resultados alentadores con la técnica, si bien sugirieron replicarlo en una muestra más amplia. Asimismo, Palomba *et al.* (2011) llevaron a cabo una intervención con retroalimentación biológica e imágenes guiadas de

eventos estresantes, con el objetivo de identificar el efecto del protocolo de ritmo cardiaco sobre los niveles de presión arterial y la reactividad emocional. El tratamiento únicamente tuvo cuatro sesiones, tras las cuales se obtuvo una reducción de la respuesta emocional ante el estrés, así como de la presión arterial en ambos grupos. De esto se concluyó que la intervención es eficaz para la presión arterial y las reacciones del estrés psicosocial siempre y cuando el aumento de la presión arterial se asocie con la activación emocional.

En otra investigación, Uddin *et al.* (2011) demostraron que la técnica de retroalimentación biológica, conjuntamente con la relajación, es eficaz para el tratamiento de estrés y que, en la correlación entre la temperatura de la piel y la relajación por el reflejo de estado de los vasos sanguíneos periféricos controlados por el sistema nervioso simpático (SNS), se observó lo que equivaldría a una disminución significativa en la actividad biológica del SNS al estar en estado de relajación, mediante el aumento del diámetro en los vasos sanguíneos periféricos y el aumento del flujo sanguíneo que, como consecuencia, eleva la temperatura de la piel. La información retroalimentada sobre el componente de la temperatura ha mostrado ser eficaz para aprender a autorregularse y lograr un estado de homeostasis (Uddin *et al.*, 2011).

De la revisión literaria hasta el día de hoy se concluye que existen diversos vacíos de conocimiento en las intervenciones de retroalimentación biológica (*biofeedback*), debido, en primer lugar, a que no hay réplica de estudios con resultados esperanzadores, así como intervenciones con evidencias de tamaño de efecto contundente que hayan utilizado un protocolo estandarizado del uso de la técnica. Estos aspectos impiden la obtención de resultados que se puedan generalizar y determinar la efectividad de la retroalimentación biológica. Asimismo, se requiere investigar la eficacia de la técnica englobando indicadores biológicos, psicológicos y de bienestar en general en un mismo estudio.

Por tanto, el objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de la retroalimentación biológica en marcadores biológicos de estrés (niveles de cortisol en saliva y presión arterial), psicológicos (desgaste ocupacional o *burnout*) y de bienestar general (calidad de vida y vinculación psicológica con el trabajo o *engagement*) en personal de servicios médicos de emergencias de una institución de salud en Cuernavaca, Morelos.

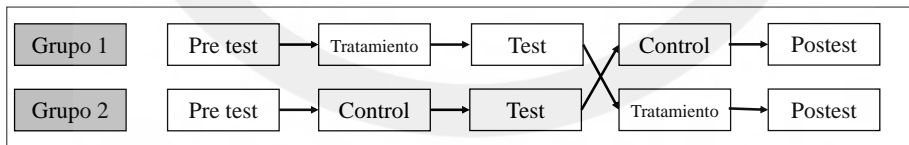


## Método

### Diseño

En esta investigación se utilizó el diseño alternativo o *cross-over*, conocido también como diseño de medidas repetidas, *change-over*, debido a que es un esquema de investigación experimental donde a cada uno de los participantes se le asigna en diferentes momentos una secuencia de dos o más tratamientos o dos condiciones diferentes (en una puede ser placebo o ausencia de tratamiento) y el orden de dichas condiciones se realiza de acuerdo con la estructura propia de su diseño. Prácticamente todos los diseños *cross-over* tienen un *balance*, lo que significa que todos los participantes son expuestos a las mismas condiciones o tratamientos y están en el mismo número de periodos (Arnau y Viader, 1991; Lazcano *et al.*, 2004; Raghavarao y Padgett, 2014). Por lo tanto, para este estudio se realizaron dos fases en las que hubo intervención: tratamiento para un grupo en primera fase y el contrabalance en la segunda, para el grupo en espera, y se realizaron tres evaluaciones: 1) pretest o línea base, 2) test y 3) posttest o seguimiento (figura 1).

Figura 1. Diseño *cross-over*



Fuente: elaboración propia.

## Muestra

### Participantes

La investigación se llevó a cabo con empleados de atención de emergencias en una institución de salud mexicana, a quienes se les compartió la información del proyecto en una sesión informativa, en la que se les explicó el estudio, sus objetivos, fases e instrumentos, así como el documento de consentimiento informado. Una vez que el personal interesado en participar comprendió y firmó el consentimiento informado, se les asignó aleatoriamente a alguno de los grupos de intervención, como se describe a continuación.

## Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo con base en los lineamientos del código ético del psicólogo, proporcionando a los participantes la carta de consentimiento informado con la finalidad de que confirmaran su anuencia a formar parte del estudio, respetando su anonimato e integridad general, y que dieran autorización para publicar los resultados de dicho estudio.

### *Selección de la muestra*

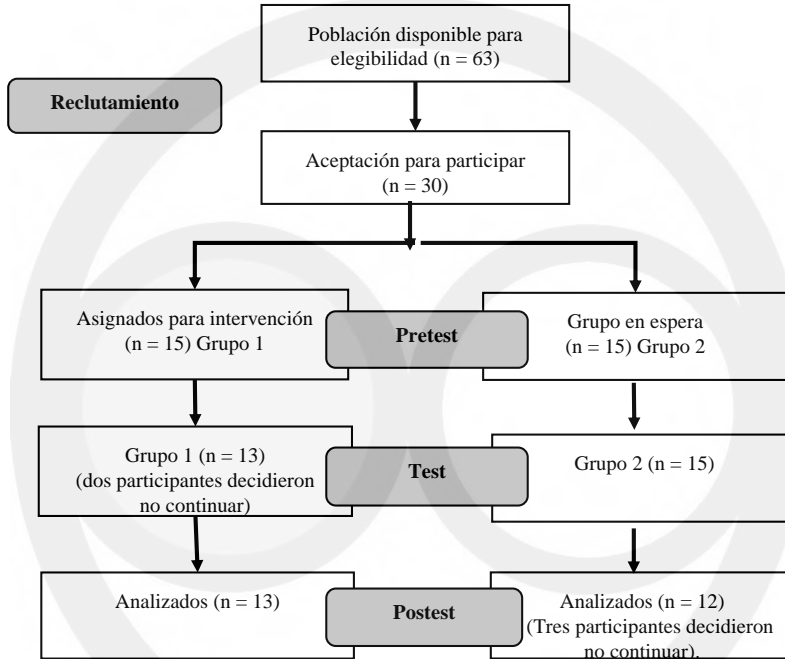
Aceptaron participar 30 de los 63 empleados de la institución (figura 2), con quienes se realizó una selección por tómbola (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) para constituir dos grupos de 15 participantes cada uno: el grupo 1 (tratamiento experimental en primera fase) y el grupo 2 (lista de espera o tratamiento en segunda fase). Los participantes en todo momento ignoraron a cuál de los grupos pertenecían. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para participar en el estudio: 1) que fueran empleados activos en la institución de salud durante la realización del proyecto; 2) que tuvieran como mínimo seis meses laborando en la institución; 3) que estuvieran contratados directamente con la institución y no mediante un servicio de empleabilidad externa (*outsourcing*).

Las variables e instrumentos se desglosan en la tabla 3.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Figura 2. Diagrama de flujo de selección de participantes



Nota: la pérdida o eliminación sucede cuando se presentan circunstancias que modifican el desarrollo de la investigación y se origina por tres razones, principalmente: cuando el participante abandona el estudio, cuando deserta por otra causa al evento de interés, como por ejemplo cuando los participantes dejan incompletas sus evaluaciones previamente programadas, o por pérdidas administrativas, es decir, cuando se agota el recurso económico para continuar con el estudio (Martínez, 2009; Arias, Villasís y Miranda, 2016). La exclusión “se refiere a las condiciones o características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, que los hacen no elegibles para el estudio” (Arias, Villasís y Miranda, 2016: 204).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Definición de variables e instrumentos

Definición operacional	Forma de registro	Opciones de respuesta o unidades
<p>Vázquez <i>et al.</i> (2009):                      Retroalimentación biológica o <i>biofeedback</i>: “es un proceso en el cual se registran eventos fisiológicos de los que el paciente no tiene conocimiento de su magnitud o frecuencia; éstos se hacen observables, se le presentan a los pacientes y de esta forma se le retroalimenta sobre los cambios de la respuesta fisiológica de interés” (p. 37).</p>	<p>ProComp Infiniti marca Thought Technology Ltd. ®                      Un dispositivo de retroalimentación en tiempo real de cinco canales, capaz de englobar un amplio rango de medidas fisiológicas (conductancia de la piel, temperatura periférica, volumen sanguíneo, ritmo cardíaco, respiración) utilizado en investigación y en el área clínica.</p>	<p>Suministro de voltaje para sensores: 7.260 V +- 1.696 V</p>
<p>Maslach, Jackson y Leiter (1996) y Uribe (2010):                      Desgaste ocupacional o <i>burnout</i> es un síndrome psicológico que comprende tres aspectos: “Cansancio emocional (agotamiento): pérdida progresiva de energía, el cansancio, el desgaste, la fatiga. Situación en la que los trabajadores ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, alumnos o clientes).                      Despersonalización: se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, presos). Puede ser considerada como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas, por ejemplo, el enfermo bien se merece su enfermedad, el cliente es un sujeto detestable, el preso es un delincuente que merece su condena o el alumno merece ser reprobado.                      Falta de realización personal (insatisfacción de logro): son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente. Esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden” (p. 9).</p>	<p>Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) creada por Uribe (2010).</p>	<p>Escala con seis opciones de respuesta, de:                      1 (total desacuerdo)                      a 6 (total acuerdo)</p>

(continuación)

Definición operacional	Forma de registro	Opciones de respuesta o unidades
Schaufeli <i>et al.</i> (2002): Vinculación psicológica con el trabajo ( <i>engagement</i> ) es “un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo y se caracteriza por vigor, dedicación y absorción” (p. 74).	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) efectuada por Salanova <i>et al.</i> (2000).	Escala con seis opciones de respuesta, de: 0 (nunca) a 6 (siempre).
Ardila (2003): Calidad de vida: “Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la productividad personal y salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p. 163).	Cuestionario de Calidad de Vida WhoQol-Bref realizado por la Organización Mundial de la Salud (Power <i>et al.</i> , 1999).	Escala con cinco opciones de respuesta, de: 1 (muy mala) a 5 (muy buena); 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho); 1 (nada) a 5 (extremadamente); 1 (nada) a 5 (totalmente); 1 (nunca) a 5 (siempre)
Secretaría de Gobernación (2017): Presión arterial se le llama “a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial” (p. 4).	Monitor de presión arterial automático de muñeca, marca OMRON® modelo HE-M631INT. Utilizando el protocolo de puntos estimados de presión arterial Schnall (2000) que consiste en la toma de dos conjuntos de puntos estimados de dos registros de presión arterial con un intervalo de un minuto durante la jornada laboral.	Límites de medición: Presión: 0 a 299 mmHg Presión arterial óptima: < 120/80 mm de Hg Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg (Segob, 2017: 6).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



(continuación)

Definición operacional	Forma de registro	Opciones de respuesta o unidades
Aguilar <i>et al.</i> (2014): Cortisol en saliva: “Es una hormona esteroidea producida en el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que se segrega en la saliva, sobre todo cuando las personas se estresan” (p. 960).	Kit ALPCO®Cortisol ELISA (Saliva) es un inmunoensayo enzimático para la determinación cuantitativa de cortisol en la saliva humana. El procedimiento para la recolección de la muestra se realizó al inicio de la jornada proporcionando a los participantes un tubo cónico para centrifuga tipo falcón de 15 ml y dentro un algodón dental en rollo para la estimulación salival. Posteriormente, se dieron las instrucciones para su llenado, descritas a continuación: contener la mayor cantidad de saliva, después abrir el tubo, sacar el algodón y llevarlo a la boca para la recolección de al menos 10 ml de la saliva.	Cortisol salival matutino: 1.9-19 nmol/l Cortisol salival nocturno: hasta 7.0 nmol/l

Fuente: Penagos (2016).

## Procedimiento

1. Para las fases de evaluación pretest (antes de cualquier intervención), test (después de la intervención, solo en el grupo 1) y posttest (después de la intervención, solo en el grupo 2) se hizo la medición de los mismos biomarcadores psicológicos y fisiológicos a ambos grupos con los instrumentos, dispositivos y procedimientos ya descritos (tabla 3). Las variables psicológicas fueron evaluadas por medio de una encuesta única integrada, a la que se agregaron también variables sociodemográficas en un primer momento (tabla 5). La presión arterial se realizó de acuerdo con el protocolo de puntos estimados de Schnall *et al.* (2000) y el cortisol bajo la determinación ELISA, protocolos antes especificados (tabla 3), también por los tres momentos de evaluación del estudio, que tuvieron aproximadamente siete semanas de distancia entre sí.
2. Para las fases de intervención o tratamiento realizadas (para el grupo 1 después del pretest y para el grupo 2 después del test), se utilizaron dos técnicas integradas en el módulo de *biofeedback* que fueron aplicadas de manera individual: la prueba de estrés y el entrenamiento para la autorregulación del estado fisiológico. El procedimiento para la prueba de estrés consiste en cuatro diferentes actividades, con intervalos de descanso descrito a continuación (tabla 4):

Tabla 4. Intervención con retroalimentación biológica (perfil de estrés)

<b>Procedimiento</b>			
Técnica	Exposición al estrés		
Objetivo	Observar la autorregulación del participante ante situaciones que podrían modificar los niveles de estrés		
Retroalimentación	En la pantalla aparecerán cuatro actividades		
Material	Pc y Procom pinfiniti 5 con tres sensores: frecuencia cardíaca, sudoración de la piel y la frecuencia respiratoria		
Numero de sesiones	Tres evaluaciones		
Duración	20 minutos		
<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Instrucciones</b>	<b>Duración</b>
Línea base	Observación	En esta actividad se observa el puntaje del estado fisiológico de la frecuencia cardíaca, sudoración de la piel y la frecuencia respiratoria.	2 minutos
Descanso	Se refleja y percibe el momento fisiológico de la recuperación	Se aplica en todas y cada una de las actividades.	1 minuto
Palabra de colores	Afrontamiento del estrés	En el monitor se muestra una secuencia de palabras escritas en diferentes colores, la tarea consiste en decir el color de la palabra, pero no su significado; esta tarea es muy rápida por lo se indica que lo haga lo más rápido que pueda a manera de motivar al participante diciendo después de cada palabra si es correcto o incorrecto y pasar a la siguiente. El participante tiene un indicador de sonido que se va modificando de intensidad a cada segundo para aumentar el estrés.	5 minutos
Tarea de relacionar	Afrontamiento del estrés	En la pantalla observarán cifras de números. Inicia con 2 000, a esta cifra le irá restando 7 y dirá el resultado en voz alta, del resultado nuevamente le restará 7 y así sucesivamente.	5 minutos
Recuerdo de un evento estresante	Afrontamiento del estrés	Consiste en visualizar, recordar y describir a detalle el suceso estresante y comentar cómo se sintió cuando eso sucedió. Ejemplos: fallecimiento de un familiar, despido de trabajo o cambio en situación económica, etc.	5 minutos

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, el entrenamiento para la autorregulación del estado fisiológico (frecuencia cardíaca, sudoración de piel y frecuencia respiratoria) consiste en una

técnica que se apoya en los elementos de la terapia cognitiva en combinación con el uso del equipo de retroalimentación (tabla 5).

Tabla 5. Intervención con retroalimentación biológica

<b>Procedimiento</b>			
Técnica	Elementos de la terapia cognitiva y entrenamiento en retroalimentación biológica.		
Objetivo	Aprender la autorregulación del estado fisiológico.		
Retroalimentación	En la pantalla aparecerán las fluctuaciones con los puntajes del sistema fisiológico.		
Material	Pc y Procom pinfiniti 5 con tres sensores: frecuencia cardiaca, sudoración de la piel y la frecuencia respiratoria.		
Numero de sesiones	Diez sesiones		
Duración	30 minutos		
<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Instrucciones</b>	<b>Duración</b>
Tareas ejecutadas en las plantillas 1 y 2, observando el estado psicológico y fisiológico.	Auto-observación de los pensamientos automáticos, de tal forma que se hagan conscientes para ver los efectos sobre el ánimo y el comportamiento.	En esta actividad observará sus pensamientos, sean positivos o negativos, y al mismo tiempo verá en la pantalla la modificación de los puntajes de su estado fisiológico.	5 minutos
Tarea ejecutada con la plantilla 3, imaginando aspectos positivos del acontecimiento.	Distanciamiento emocional o afectivo de los acontecimientos.	Se indica al participante que imagine aspectos positivos de una situación o lugar.	5 minutos
Plantilla 4: Frecuencia respiratoria.	Reglas de evidencia y lógica para considerar las explicaciones alternativas de los acontecimientos.	Se indica al participante que observe la frecuencia respiratoria y los indicadores de la frecuencia cardiaca y sudoración de la piel y se le explica que al momento de modificar el pensamiento y la forma de respirar los puntajes de la frecuencia cardiaca y sudoración de la piel se estabilizarán.	5 minutos

(continuación)

Procedimiento			
Actividad	Objetivo	Instrucciones	Duración
La plantilla 5 se inicia con el entrenamiento para mejorar la respiración.	Pruebas de realidad con la obtención de <i>feedback</i> externo o retroalimentación para aceptar la utilidad de la nueva alternativa de los acontecimientos.	Se pide que sincronice su respiración mediante demo de un círculo en movimiento, que además contiene un foco de luz verde y una imagen distorsionada que funcionen como alertas para determinar si la respiración es adecuada y para que el participante pueda observar la interacción del pensamiento con la conducta al regular el estado fisiológico.	15 minutos

Fuente: elaboración propia (2016).

Estrategia de análisis de resultados: para el análisis de resultados, como un primer paso de control metodológico, se analizaron posibles diferencias en el perfil sociodemográfico de ambos grupos al inicio del estudio, para lo cual se utilizó el estadístico de V de Cramer. Como estrategia siguiente para analizar los resultados del impacto de la intervención en ambos grupos, se calcularon ANOVAS factoriales mixtas o *split-plot* (comparación inter-sujetos e intra-sujetos) para cada una de las variables dependientes. Esta prueba se ha recomendado como una mejor estrategia de análisis en estos casos (Ruiz de Villa, 2004; Merino y Díaz, 2006; Nieuwenhuis, Forstmann y Wagenmakers, 2011), ya que entre sus ventajas se encuentran: a) permite evitar el error de tipo 1 por significancias espurias al realizar múltiples comparaciones de pares de medias por separado (como en las pruebas t); b) disminuye la probabilidad de error al utilizar una muestra pequeña y, adicionalmente, se puede valorar el efecto de interacción de la variable entre grupos (turno de intervención del grupo) y dentro de grupos (cambios en los valores de los diferentes test en el tiempo). Se estimó el coeficiente parcial  $\eta^2_{\text{parcial}}$  para determinar los tamaños de efecto mostrados en los ANOVA y se analizaron comparaciones específicas de efectos simples *posthoc*, mediante la prueba Bonferroni, de acuerdo con la metodología sugerida por Merino y Díaz (2006). Para la comparación de tamaños de efecto *posthoc* entre mediciones intrasujetos se empleó la D de Cohen para medidas repetidas (Cohen, 1988; Daniel y Kostic, 2017).

## Resultados

Con respecto a las posibles diferencias en el perfil sociodemográfico de ambos grupos al inicio del estudio, de acuerdo con el estadístico de V de Cramer, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables demográficas entre los grupos, por lo que se puede confirmar su equivalencia, a saber: la edad, el sexo, el estado civil, el tipo de trabajo, la escolaridad y la antigüedad (tabla 6).

Tabla 6. Perfil sociodemográfico en los grupos de intervención

	Grupo 1		Grupo 2		Total		V <sub>c</sub>	p
	n	%	N	%	n	%		
<b>Sexo</b>								
Masculino	2	15.4	3	25	5	20	.12	.54
Femenino	11	84.6	9	75	20	80		
<b>Estado civil</b>								
Soltero(a)	4	30.8	3	25	7	28	.26	.79
Casado(a)	6	46.2	4	33.3	10	40		
Unión libre	2	15.4	3	25	5	20		
Divorciado(a)	0	0	1	8.3	1	4		
Viudo(a)	1	7.7	1	8.3	2	8		
<b>Tipo de trabajo</b>								
Operativo	9	69.2	8	66.7	17	68	.02	.89
Administrativo	4	30.8	4	33.3	8	32		
<b>Nivel de enseñanza</b>								
Primaria	1	7.7	0	0	1	4	.33	.42
Secundaria	2	15.4	2	16.7	4	16		
Media superior	3	23.1	6	50	9	36		
Superior	7	53.8	4	33	11	44		
<b>Antigüedad por puesto</b>								
Hasta 6 años y 11 meses	10	76.9	7	58.3	17	68	.35	.36
7 a 12 años y 11 meses	2	15.4	1	8.3	3	3		
13 años a 18 años y 11 meses	1	7.7	2	16.7	3	3		
19 años o más	0	0	2	16.7	2	2		
Edad	$\bar{X} =$ 35.31	DE= 10.72	$\bar{X} =$ 38.83	DE = 13.05	$\bar{X} =$ =37	DE = 11.79	t = -.74	.46

Fuente: elaboración propia.



Con respecto a los efectos principales entregrupos, intragrupos y de interacción, los ANOVAS mostraron muy pocas variables con alguna relevancia estadística, tanto en significancia ( $p = 6 < .05$ ), como en su tamaño de efecto ( $\eta^2 > .14$  para un efecto “grande”) (Castro y Martini, 2014). De esta forma, resulta necesario enfatizar más sobre los tamaños de efecto en la descripción de estos resultados por las nulas diferencias estadísticamente significativas encontradas.

Ante la ausencia de efectos importantes en las comparaciones entregrupos o intergrupales, se puede resumir que las pruebas intragrupos evidenciaron que solo el vigor y la absorción tuvieron cambios significativos en las tres mediciones realizadas y con magnitudes de efecto importantes, aunque más adelante se analiza la relación entre la intervención realizada y esos cambios. Por otro lado, con tamaños de efecto menores, aunque en rango de importancia, la despersonalización y la insatisfacción también mostraron en general cambios relevantes a lo largo de las mediciones, los que, al no alcanzar significancia estadística, dejan ver posibles limitaciones en el tamaño de la muestra utilizada para este estudio. Finalmente, vale la pena señalar el caso de la variable de calidad de vida en su dimensión física, la que también muestra diferencias significativas y efecto marginal entre los grupos desde el inicio del estudio de acuerdo con las medias observadas en los estadísticos descriptivos. Ninguna interacción fue significativa, lo que implica que la pertenencia al grupo y los cambios en las mediciones no generaron sinergia alguna para influir en el estrés o el bienestar (tabla 7).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Tabla 7. ANOVA factorial de los efectos principales y de interacción entre los grupos de intervención en las diferentes mediciones realizadas

	Grupos N	N	Media Pre-test	Media Test	Media Posttest	Efecto principal entre grupos (1-2)	Eta <sup>2</sup> η <sup>2</sup>	Efecto principal intragrupos (pre-test-pos)	Eta <sup>2</sup> η <sup>2</sup>	Interacción grupo x test	Eta <sup>2</sup> η <sup>2</sup>
Cortisol	Grupo 1	13	13.66	14.46	15.14	F=.03	0.001	F=.50	0.02	F=1.49	0.06
	Grupo 2	12	15.38	15.2	11.22	p=.85		p=.60		p=.23	
Agotamiento	Grupo 1	13	23	19.92	19.76	F=.16	0.007	F=.2.49	0.09	F=.18	0.008
	Grupo 2	12	21.08	19.66	18.5	p=.69		p=.10		p=.78	
Despersonalización	Grupo 1	13	19.38	21.07	18.07	F= 0.14	0.001	F= .593	<b>0.25</b>	F= .11	0.005
	Grupo 2	12	19.08	19.83	18.66	p=.90		p=.557		p=.89	
Insatisfacción	Grupo 1	13	20.15	20.79	20	F= 0.12	0.005	F= 0.93	<b>0.39</b>	F= 0.96	0.04
	Grupo 2	12	24.25	21	19.66	p= 0.72		p= 0.40		p= 0.38	
Vigor	Grupo 1	13	24.46	36.61	33.76	F= 0.00	0.000	F= 75.84	<b>0.76</b>	F= 2.0	0.08
	Grupo 2	12	23.75	39.91	36.16	p= 0.998		p= 0.00		p= 0.14	
Dedicación	Grupo 1	13	30.76	31.38	31.38	F= 0.40	<b>0.17</b>	F= 0.43	0.019	F= 0.16	0.007
	Grupo 2	12	29.33	29.5	30.75	p= 0.53		p= 0.64		p= 0.84	
Absorción	Grupo 1	13	28.38	33.76	32.3	F= 0.041	0.002	F= 10.92	<b>0.322</b>	F= 0.18	0.008
	Grupo 2	12	27.58	32.75	32.66	p= 0.84		p= 0.00		p= 0.83	
Calidad de vida (físico)	Grupo 1	13	34.07	33.53	34.38	F= 3.62	0.136	F= 0.14	0.006	F= 0.42	0.018
	Grupo 2	12	30.5	31.16	30.91	p= 0.069		p= 0.86		p= 0.65	
Calidad de vida (psicológico)	Grupo 1	13	30.07	29.69	30.46	F= 2.12	0.085	F= 0.11	0.005	F= 0.90	0.038
	Grupo 2	12	27.58	28.58	27.66	p= 0.15		p= 0.89		p= 0.41	
Calidad de vida (social)	Grupo 1	13	11.38	10.38	11.46	F= 0.035	0.002	F= 1.28	0.053	F= 2.03	0.081
	Grupo 2	12	10.83	11	10.91	p= 0.85		p= 0.28		p= 0.14	
Calidad de vida (entorno)	Grupo 1	13	35.38	34.76	34.76	F= 1.77	0.071	F= 0.43	0.019	F= 1.78	0.072
	Grupo 2	12	31.41	33.33	32.66	p= 0.19		p= 0.64		p= 0.17	
Presión arterial sistólica	Grupo 1	13	118.86	117.34	114.38	F= 0.915	0.038	F= 1.85	0.075	F= 0.19	0.008
	Grupo 2	12	122.81	120.45	119.87	p= 0.34		p= 0.175		p= 0.78	
Presión arterial diastólica	Grupo 1	13	77.78	76.8	74.71	F= 0.023	0.001	F= 0.91	0.038	F= 0.14	0.006
	Grupo 2	12	78.56	76.02	76.1	p= 0.88		p= 0.40		p= 0.86	

Nota: ANOVA= Análisis de varianza; η<sup>2</sup>=medida de fortaleza de la relación (eta cuadrada); F= Distribución; p = probabilidad.

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, los análisis *posthoc* realizados mostraron pocas tendencias de acuerdo con lo esperado en las diferencias entre grupos, ya que prácticamente no se encontraron variaciones entre los grupos en ninguno de los tres momentos de evaluación, excepto la dimensión de calidad de vida en su ámbito de expresión física, donde sí hubo discrepancias y magnitudes de efecto importantes justo en las dos mediciones donde no se esperaba encontrar ninguna diferencia: en el pretest (antes de cualquier intervención) y en el postest (después de que ambos grupos recibieron intervención y se esperaba un contrabalance), por lo que se puede confirmar la influencia de una variable no controlada en el estudio.

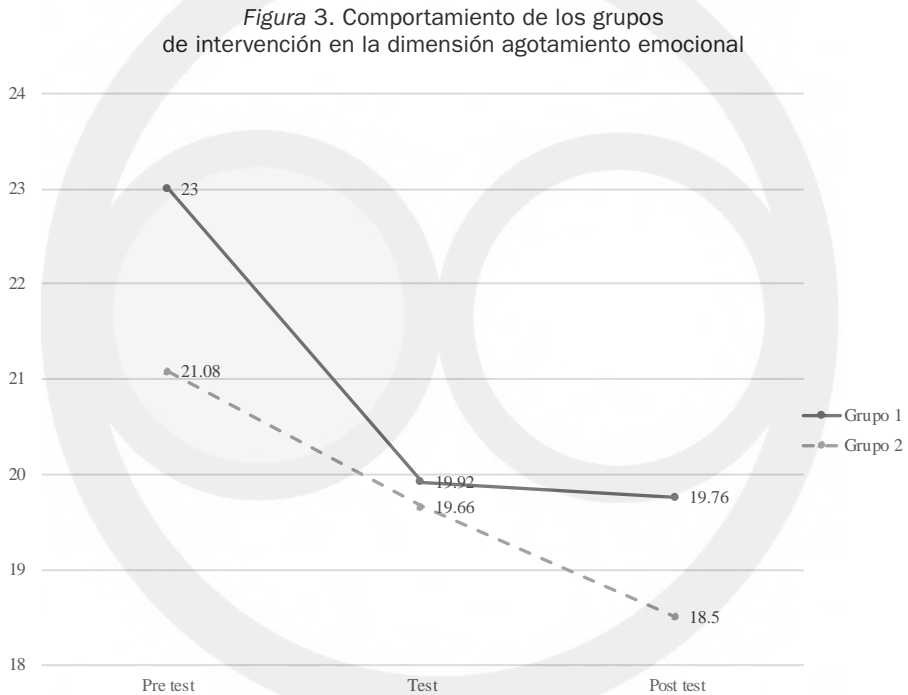
Los análisis intragrupalos revelaron algunas tendencias que conviene discutir para cada variable. Para el caso del cortisol y del agotamiento emocional se vislumbraron algunas tendencias esperadas, por ejemplo, para el caso particular del cortisol, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas se manifestaron efectos que fueron de “pequeños” a “moderados” en el descenso de este, aunque solo para el grupo 2 que fue el que recibió la intervención en un segundo momento (después del test), efecto que se mantuvo hasta el final de la tercera medición ( $d = .31$ ).

En el caso del agotamiento emocional, para el grupo 1 se presentaron decrementos de agotamiento después de la intervención, los que se mantuvieron hasta la última medición, sin embargo, fueron cambios de magnitud “pequeña” ( $d = .32$  y  $.34$ ). También hubo un decremento de magnitud pequeño para el grupo 2, sobre todo al compararlo con la medición en su línea base, a pesar de que el mayor cambio se esperaba del test (2) al postest (3) en este grupo. En general, el agotamiento emocional fue la variable que se acercó más a las tendencias esperadas en todo el estudio, aunque sus tamaños del efecto fueron pequeños y no hubo significancia estadística (figura 3).

En el caso de vigor, se tuvieron cambios estadísticamente significativos y con magnitudes de efecto de pequeñas a grandes a lo largo de las tres mediciones; sin embargo, los cambios se dieron en ambos grupos y con un patrón que impide confirmar su vinculación a la intervención, ya que el grupo 2 tuvo mejoras aun sin haber recibido la intervención y en la medición 3 sus valores tuvieron un pequeño descenso cuando se esperaba lo contrario, confirmando así la influencia en la mejora de vigor de algo externo a la investigación. Este patrón fue casi idéntico a la variable de absorción.

Para el caso de calidad de vida, en dimensiones como la social y la del entorno, se presentaron tendencias totalmente opuestas a lo esperado; por ejemplo, en el grupo 1 se presentó un empeoramiento como resultado de la intervención ( $d = .25$ ) y un mejoramiento en la última etapa donde este grupo no recibió intervención ( $d = -.27$ ). Algo similar ocurrió en la dimensión de entorno de calidad de

vida, donde la mejora en la segunda evaluación (test) se dio justo en el grupo que no recibió intervención ( $d = -.24$ ). No obstante, en todos estos casos, los tamaños de efecto fueron pequeños.



Nota: el grupo 1 o experimental y el grupo 2 o control. Adaptado de Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 23.

Fuente: elaboración propia.

De igual forma, en el caso de la presión arterial (sistólica y diastólica) se encontró una tendencia a la disminución en las tres mediciones, en particular para el grupo 1, la que no tuvo relación alguna con la intervención realizada, ya que las principales disminuciones se dieron en ausencia de la intervención, aunque vale la pena decir que dichas mejoras también se dieron con magnitudes pequeñas ( $d = .22$  a  $d = .27$ ) (tabla 8).

Tabla 8. Comparaciones múltiples intragrupal (Posthoc) de las variables del estudio

Grupos	Diferencia de gpos Pretest (1)		Diferencia de gpos test (2)		Bonferroni, Diferencia de medias posttest (3)		Bonferroni, Diferencia de medias pretest (1)-test posttest (3)		Bonferroni, Diferencia de medias posttest (3)		
	F=	$\eta^2$	F=	$\eta^2$	F=	$\eta^2$	F=	$\eta^2$	F=	$\eta^2$	
Cortisol	Grupo 1	1.72	F=.16	-0.74	F=.07	F=2.0	F=1.00	-1.48	p=1.00	0.67	P=1.00
	Grupo 2		p=.68 $\eta^2$ =.007		p=.79 $\eta^2$ =.003	p=.16 $\eta^2$ =.081	d=-.07	-4.15	d=-.12	-3.97	d=-.06
Agotamiento	Grupo 1	1.91	F=.29	0.25	F=.00	F=.24	P=.057	3.23	P=.37	0.15	P=1.00
	Grupo 2		p=.59 $\eta^2$ =.01		p=.94 $\eta^2$ =.00	p=.62 $\eta^2$ =.01	<b>d=.32</b>	2.58	<b>d=.34</b>	1.16	d=-.01
Despersonalización	Grupo 1	0.3	F=.01	1.24	F=.08	F=.03	p=1.00	1.3	p=1.00	3	p=.65
	Grupo 2		p=.91 $\eta^2$ =.000		p=.76 $\eta^2$ =.004	p=.86 $\eta^2$ =.001	<b>d=-.21</b>	0.43	d=-.15	1.16	<b>d=.22</b>
Insatisfacción	Grupo 1	-4.09	F=	-0.23	F=.002	F=.009	p=1.00	0.15	p=1.00	0.76	p=1.00
	Grupo 2		p=.89 $\eta^2$ =.03		p=.96 $\eta^2$ =.000	p=.92 $\eta^2$ =.000	d=-.04	4.58	d=.01	1.33	d=.05
Vigor	Grupo 1	0.71	F=.13p	1.69	F=.46	F=1.06	p=.67	-9.3	p=.0001	2.84	p=.24
	Grupo 2		p=.72 $\eta^2$ =.006		p=.50 $\eta^2$ =.02	p=.31 $\eta^2$ =.04	=.18	<b>d=1.73</b>	<b>d=1.29</b>	-1.25	<b>d=.34</b>
								-11.16	p=.0001	-1.25	p=1.00
								<b>d=-1.26</b>	<b>d=-1.55</b>		d=-.14



(continuación)

Grupos	Diferencia de gpos Pretest (1)		Bonferroni, $\eta^2$ Diferencia de gpos test (2)		Diferencia de gpos media posttest (3)		Bonferroni, D Cohen pre-test (1)-posttest (3)		Diferencias pre-test (1)-posttest (3)		Bonferroni, D Cohen test (2)-posttest (3)		
Dedicación	Grupo 1	1.43	F=.27 p=.60 $\eta^2=.01$	1.88	F=.69 p=.41 $\eta^2=.02$	0.63	F=.07 p=.78 $\eta^2=.003$	-0.61	p=1.00 d=-.08	-0.61	p=1.00 d=-.08	0	p=1.00 d=.00
	Grupo 2							-0.17	p=1.00 d=-.01	-1.41	P=1.00 d=-.13	-1.25	p=.86 d=-.14
Absorción	Grupo 1	0.8	F=.08 p=.77 $\eta^2=.004$	1.01	F=.14 p=.70 $\eta^2=.006$	-0.35	F=.01 p=.90 $\eta^2=.001$	-5.38	p=.01 d=-.66	-3.92	p=.07 d=-.47	1.46	p=1.00 d=.17
	Grupo 2							-5.16	p=.02 d=-.46	-5.08	p=.02 d=-.43	0.08	p=1.00 d=.00
Calidad de vida (física)	Grupo 1	3.55	F=3.77 p=.06 $\eta^2=.14$	2.37	F=1.40 p=.24 $\eta^2=.05$	3.46	F=4.25 p=.05 $\eta^2=.15$	0.53	p=1.00 d=.08	-0.3	p=1.00 d=-.06	-0.84	p=1.00 d=-.13
	Grupo 2							-0.66	p=1.00 d=-.08	-0.41	p=1.00 d=-.05	0.25	p=1.00 d=.03
Calidad de vida (psicológica)	Grupo 1	2.49	F=2.55 p=.12 $\eta^2=.10$	1.1	F=.35 p=.54 $\eta^2=.01$	2.79	F=3.18 p=.08 $\eta^2=.12$	0.38	p=1.00 d=.06	-0.38	p=1.00 d=-.10	-0.76	p=1.00 d=-.13
	Grupo 2							-1	p=1.00 d=-.15	-0.08	p=1.00 d=-.01	0.91	p=1.00 d=.14
Calidad de vida (social)	Grupo 1	0.55	F=.39 p=.53 $\eta^2=.01$	-0.61	F=.29 p=.59 $\eta^2=.01$	0.54	F=.51 p=.47 $\eta^2=.02$	1	p=.10 d=.25	-0.07	p=1.00 d=-.02	-1.07	p=.18 d=-.27
	Grupo 2							-0.16	p=1.00 d=-.05	-0.08	p=1.00 d=-.03	-0.08	p=1.00 d=-.03

(continuación)

Grupos	Diferencia de gpos Pretest (1)	Bonferroni, $\eta^2$	Diferencia de gpos de test (2)	Bonferroni, $\eta^2$	Dif. de media posttest (3)	Bonferroni, $\eta^2$	Diferencia pretest (1)-test (2)	Bonferroni, Cohen	Diferencia pretest (3)	Bonferroni, Cohen	Diferencia posttest (3)
Calidad de vida (entorno)	Grupo 1 3.96	F=3.05 p=.09 $\eta^2=.11$	1.43	F=.56 p=.46 $\eta^2=.02$	2.1	F=1.18 $\eta^2=.28$	0.61	p=1.00 d=.08	0.61	p=1.00 d=.09	0
	Grupo 2					$\eta^2=.04$	-1.91	p=.38 <b>d=-.24</b>	-1.25	p=.47 d=-.14	0.66
Presión arterial sistólica	Grupo 1 -3.94	F=.47 p=.49 $\eta^2=.02$	-3.11	F=.44 p=.51 $\eta^2=.01$	-5.49	F=1.72 p=.20 $\eta^2=.07$	1.51	p=1.00 d=.02	4.48	p=.56 <b>d=.27</b>	2.96
	Grupo 2					$\eta^2=.07$	2.35	p=1.00 d=.11	2.93	p=1.00 d=.15	0.58
Presión arterial diastólica	Grupo 1 -0.77	F=.03 p=.85 $\eta^2=.00$	0.78	F=.05 p=.81 $\eta^2=.00$	-1.39	F=1.29 p=.72 $\eta^2=.00$	0.98	p=1.00 d=.07	3.07	p=1.00 <b>d=.22</b>	2.09
	Grupo 2					$\eta^2=.00$	2.54	p=1.00 d=.18	2.45	p=1.00 d=.16	-0.08

Nota: Post hoc= comparaciones intragrupal de varianza; F= distribución; p= probabilidad;  $\eta^2$ =medida de fortaleza de la relación (eta cuadrada); d= medida de Cohen de la magnitud del efecto muestral para comparar dos medidas muestrales.  
Fuente: elaboración propia.

## Discusión

Es importante hacer notar la necesidad de las intervenciones de la psicología en el ámbito laboral a fin de que los empleados que estén bajo condiciones adversas logren disminuir su malestar emocional ante el estrés y aumentar sus estrategias de afrontamiento. Aunque la retroalimentación biológica ha sido una opción de intervención para el estrés documentada desde hace varias décadas, la evidencia no es contundente en términos de su efectividad, ya que las investigaciones que se han publicado son contradictorias y no se han empleado varios indicadores biológicos y psicológicos de bienestar de manera simultánea. Partiendo de ello, el objetivo de la presente investigación fue identificar el efecto de una intervención utilizando la técnica de *biofeedback* en empleados de atención a emergencias en una institución de salud, utilizando marcadores fisiológicos (cortisol, presión arterial) y psicosociales (*burnout*, calidad de vida, *engagement*).

Los hallazgos de esta investigación mostraron en general que el *biofeedback* tuvo un efecto prácticamente nulo en la mayoría de los distintos indicadores fisiológicos y psicosociales evaluados, ya que no hubo cambios estadísticamente significativos y, cuando llegaron a ocurrir cambios, estos fueron de efectos débiles y no atribuibles a la intervención, tales como el del *engagement* (vinculación psicológica con el trabajo), el de la calidad de vida o la tensión arterial. Por otro lado, entre los hallazgos que pudieran favorecer el uso de la técnica y considerando las medidas de magnitud de efecto, se encontró que el agotamiento emocional mostró el patrón esperado, ya que, aunque descendió a lo largo del estudio, disminuyó más tras la intervención específica en el momento respectivo, en particular en el grupo 1, al compararse con la línea base. Aunque la magnitud del efecto fue pequeña, con ello se comprueba la limitación de haber utilizado muestras pequeñas. Asimismo, el cortisol mostró un descenso de tamaño bajo a moderado ante la medida de intervención, aunque solo para el grupo 2. Pese a estos cambios obtenidos, el efecto de la intervención fue parcial en estas variables, ya que tanto para el agotamiento como para el cortisol el efecto se dio claramente solo para uno de los dos grupos. En variables de la calidad de vida o la tensión arterial se encontraron contradicciones, ya que aparecieron efectos en la ausencia de la intervención, lo que deja ver la influencia de variables ajenas a la misma. Estos resultados no coinciden con otros estudios en los que la técnica de *biofeedback* sí fue efectiva (Castillero y Pérez, 2005; Olsson *et al.*, 2010; Palomba *et al.*, 2011; Uddin *et al.*, 2011).

Dado estos resultados, es necesario concluir que el entrenamiento de *biofeedback* no tuvo una eficacia destacada para la mejora en indicadores fisiológicos (cortisol, tensión arterial) y psicosociales (*burnout*, *engagement*, calidad de

vida) en un grupo de trabajadores de emergencia de una institución de salud. Sin embargo, es necesario señalar algunas limitaciones del presente como aspectos que se deben considerar en estudios futuros, mismos que pudieron atentar contra la validez interna y externa, tales como: posibles sesgos en la selección de participantes debido a la participación voluntaria, el número de participantes o el tamaño de muestra obtenida, efectos de regresión explicados por los distintos momentos en los que se hicieron las evaluaciones, interacción de pruebas por las diferentes evaluaciones realizadas, la madurez o cambio de los participantes a lo largo del estudio y la falta de control o registro de variables del contexto laboral que pudieron cambiar durante la realización de la presente investigación. Otra consideración futura es la aparente necesidad de la combinación del *biofeedback* con otras técnicas cognitivas y de relajación, lo que parece tener un mejor efecto según algunos estudios (Castillero y Pérez, 2005).

## Referencias bibliográficas

- ADRIÁN, H., Manns, A. y Miralles, R. (1977). Terapia de relajación por medio de audio estimulación y *biofeedback* electromiográfico. *Revista Musical Chilena*, 31(139-1), pp. 56-68.
- AGUILAR CORDERO, M. J., Sánchez, López, A. M., Mur Villar, N., García García, I., López, R., Ortegón Piñero, A. y Cortés Castell, E. (2014). Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), pp. 960-968.
- ARDILA, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), pp. 161-164.
- ARIAS, G. J., Villasís, K. M. Á. y Miranda, N. M. G. (2016). El protocolo de investigación III: La población de estudio. *Revista Alergia de México*, 63(2).
- ARNAU, J. y Viader, M. (1991). Diseños *crossover* (alternativos): Aspectos metodológicos y analíticos. *Qurrículum*, 1(2), pp. 11-16.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA [AAP] (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- ASOCIACIÓN DE PSICOFISIOLOGÍA APLICADA Y BIORRETROALIMENTACIÓN [APAB] (2010). [Sitio web]. Recuperado de <http://aapb.i4dev.com/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>
- BARRERA, F. L., Gómez, O. E. y Prieto, L. L. F. (2013). Efectividad del tratamiento con *neurofeedback* en trastornos del estado del ánimo, ansiedad y fibromialgia: una revisión de literatura (tesis de maestría). Colombia: Universidad del Rosario.
- BASMAJIAN, J. V. (1963). Conscious control of single nerve cells. *New Scientist*, 20(662-664), p. 486.
- BENSON, H., Greenwood, M. M. y Klemchuk, H. (1975). The relaxation response: Psychophysiological aspects and clinical applications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6(1-2), pp. 87-98.
- BIOFEEDBACK FEDERATION OF EUROPE (2018). [Sitio web]. Recuperado de <https://bfe.org/>
- CALVILLO, M. E. N. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*, 20(107), pp. 1-21.

- CAMPOS COY, P., Jurado C., S., Mendieta C., D., Zabicky Z., G. y Silva C., M. (2013). Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad. *Salud Mental*, 28(1), pp. 28-37.
- CARROBLES, J. A. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback. Principios y aplicaciones*. Madrid: Martínez Roca.
- CASTILLERO, Y. y Pérez, M. (2005). El uso de la biorretroalimentación en los programas de tratamiento del estrés. *Revista Electrónica Psicología Científica*, 8(19), pp. 1-9.
- CASTRO, M. C. y Martini, H. A. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\* Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5(2), pp. 210-224.
- CLOT, B. C. (2010). *Guía práctica de biofeedback*. Madrid: Centro Español de Biofeedback.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Hillsdale: Erlbaum
- DANIEL, T. y Kostic, B. (2017). RStats effect size calculator for ANOVA. Recuperado de <http://www.misouristate.edu/rstats/Tables-and-Calculators.htm>
- ENGEL, B. T. (1977). Biofeedback as treatment for cardiovascular disorders: A critical review, en *Biofeedback and Behavior*. Boston: Springer, pp. pp. 395-401.
- FERNÁNDEZ ABASCAL, E. G. (1993). *Hipertensión. Intervención psicológica*. Madrid: Eudema.
- GÁLVEZ, H. C. L., Rodríguez, M. D. y del Río, Y. (2016). Biofeedback treatment for acute whiplash patients. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(4), pp. 480-489.
- GARCÍA, C. E. (2013). Disfunción del piso pelviano en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), pp. 196-201.
- GROSSMAN, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), pp. 35-43.
- HASSARD, J., Teoh, K., Cox, T., Dewe, P., Cosmar, M., Gründler, R., ... y Van den Broek, K. (2014). *Calculating the Cost of Work-related Stress and Psychosocial Risks*. Bilbao: European Agency for Health and Safety at Work.
- HAURI, P. J., Percy, L., Hellekson, C., Hartmann, E. y Russ, D. (1982). The treatment of psychophysiological insomnia with biofeedback: A replication study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7(2), pp. 223-235.
- HEFFERLINE, R. F. y Keenan, B. (1963). Amplitude induction gradient of a small scale (Covert) operant. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6(3), pp. 307-315.
- HEFFERLINE, R. F., Keenan, B. y Harford, R. A. (1959). Escape and avoidance conditioning in human subjects without their observation of the response. *Science*, 130(3385), pp. 1338-1339.
- HERNÁNDEZ, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (1999). *NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- JACOBSON, E. (1938). *Progressive Relaxation: A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychology and Medical Practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- JAVEL, A. F. y Denholtz, M. S. (1975). Audible GSR feedback and systematic desensitization: A case report. *Behavior Therapy*, 6(2), pp. 251-253.
- KAMIYA, J. (1968). Conscious control of brain waves. *Psychology Today* (1), pp. 56-60
- KEEFE, F. J. y Surwit, R. S. (1978). Electromyographic biofeedback: Behavioral treatment of neuromuscular disorders. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), pp. 13-24.



- KLINGE, V. (1972). Effects of exteroceptive feedback and instructions on control of spontaneous galvanic skin responses. *Psychophysiology*, 9(3), pp. 305-317.
- LAMONTAGNE, A. D., Keegel, T. y Vallance, D. (2007). Protecting and promoting mental health in the workplace: Developing a system's approach to job stress. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), pp. 221-228.
- LAZCANO, P. E., Salazar, M. E., Gutiérrez, C. P., Angeles, L. A., Hernández, G. A. y Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: Variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6), pp. 559-584.
- LISINA, M. I. (1965). The role of orientation in the transformation of involuntary reactions into voluntary ones. *Orienting reflex and Exploratory Behavior*. Washington, DC: American Institute of Biological Sciences, pp. 450-456.
- MARTÍNEZ, J. A. (2009). Estudios de cohorte. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23(1), pp. 18-24.
- MASLACH, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Sunnyvale: CPP, Inc.
- MCLAY, R. N. y Spira, J. L. (2009). Use of a portable biofeedback device to improve insomnia in a combat zone. A case report. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34(4), p. 319.
- MERINO, A. P. y Diaz, C. M. A. R. (2006). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- MILLER, N. E. (1961). Integration of neurophysiological and behavior research, *Annals of the New York Academy of Sciences* (92), pp. 830-839.
- MILLER, N. E. (1963). Some reflections on the law of effects produce a new alternative drive reduction, *Nebraska Symposium on Motivation*, 11(2).
- MILLER, N. E. (1969). Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 163(3866), pp. 434-445
- MILLER, N. E. y Banuazizi, A. (1968). Instrumental learning by curarized rats of a specific visceral response, intestinal or cardiac. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 65(1), p. 1.
- NESTORIUC, Y., Martin, A., Rief, W. y Andrasik, F. (2008). Biofeedback treatment for headache disorders: A comprehensive efficacy review. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(3), pp. 125-140.
- NIEUWENHUIS, S., Forstmann, B. U. y Wagenmakers, E. J. (2011). Erroneous analyses of interactions in neuroscience: A problem of significance. *Nature Neuroscience*, 14(9), p. 1105.
- OLIVARES, J. y Méndez, F. (1999). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- OLSSON, E., Alaoui, S., Carlberg, B., Carlbring, P. y Ghaderi, A. (2010). Internet-based biofeedback assisted relaxation training in the treatment of hypertension: a pilot study. *Applied Psychophysiol Biofeedback* (35), pp. 163-170.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43770/9789243591650\\_spa.pdf;jsessionid=0B3F59A21645FDE784AFDAD9F60A-945C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43770/9789243591650_spa.pdf;jsessionid=0B3F59A21645FDE784AFDAD9F60A-945C?sequence=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL TRABAJO [OIT] (2013). *La prevención de las enfermedades profesionales*. Recuperado de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms\\_209555.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_209555.pdf)
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS [OCDE] (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>

- OVERHAUS, S., Rüdchel, Curio, I., Mussgay, L. y Scholz, B. (2003). Biofeedback of baroreflex sensitivity in patients with mild essential hypertension. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), pp. 66-78.
- PALOMBA, D., Ghisi, M., Scozzari, S., Sarlo, M., Bonso, E., Dorigatti, F. y Palatini, P. (2011). Biofeedback-assisted cardiovascular control in hypertensives exposed to emotional stress: A pilot. *Applied Psychophysiology Biofeedback* (36), pp. 185-192.
- PATEL, C. H. (1977). Biofeedback-aided relaxation and meditation in the management of hypertension. *Biofeedback and Self-regulation*, 2(1), pp. 1-41.
- PEIRO, J. M., González, R., V. y Ramos, J. (1992). The influence of work-team climate on role stress, tension, satisfaction and leadership perceptions. *European Review of Applied Psychology*, 42(1), pp. 49-58.
- PENAGOS RIVERA, Miriam (2018). *Retroatimentación biológica y su efecto en marcadores biológicos y psicológicos en personal de salud* (tesis de maestría en Psicología). México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- POWER, M., Bullinger, M., Harper, A. y The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18(5), pp. 495-505. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.495
- RAGHAVARAO, D. y Padgett, L. (2014). *Repeated Measurements and Cross-over Designs*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- RAMÍREZ, V. R., Ocampo, T. A. I. y Meneses, E. J. F. (2014). Efectividad de la intervención con biofeedback en el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria posprostatectomía. Una revisión sistemática. *Rehabilitación*, 48(2), pp. 93-103.
- RICHARDSON, K. M. y Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), p. 69.
- RUIZ DE VILLA, M. (2004). Análisis de medidas repetidas. *Medicina Clínica*, 122(Supl. 1), pp. 51-58.
- SALANOVA, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, S. y Grau Gumbau, R. M. (2000). Desde el *burn-out* al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), pp. 117-134.
- SANABRIA, A. G., Giménez, M. L., León, F. J. G. y Gestoso, C. G. (2003). Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicopatológica*, 24(5), pp. 22-31.
- SÁNCHEZ, M. C., Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (1999). El *biofeedback* EMG en el tratamiento de pacientes de ansiedad y depresión con cefalea tensional. *Rev Soc Esp Dolor*, 6(1), pp. 17-23.
- SAPPINGTON, J. T., Fiorito, E. M. y Brehony, K. A. (1979). Biofeedback as therapy in Raynaud's disease. *Biofeedback and Self-regulation*, 4(2), pp. 155-169.
- SCHAUFELI, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), pp. 71-92.
- SCHNALL, P., Belkić, K., Landsbergis, P. y Baker, D. (2000). Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 15(1), pp. 1-6.
- SCHULTZ, J. H., Low-Maus, E., Jimeno, D. S. y Puértolas, T. A. (1962). *El entrenamiento autógeno:(autorrelajación concentrativa): Exposición clínico-práctica*. México: Científico-Médica.

- SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN [Segob] (2017) Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017)
- SEMMER, N. K. (2006). Personality, stress, and coping, en M. E. Vollrath (ed.), *Handbook of Personality and Health*. John Wiley & Sons Ltd., pp. 73-113.
- SHAPIRO, D. y Crider, A. (1967). Operant electrodermal conditioning under multiple schedules reinforcement. *Psychophysiology*, 4(2), pp. 168-175.
- SHAPIRO, D., Tursky, B., Gershon, E. y Stern, M. (1969). Effects of feedback and reinforcement on the control of human systolic blood pressure. *Science*, 163(3867), pp. 588-590.
- SHAPIRO, D., Crider, A. y Tursky, B. (1964). Differentiation of an autonomic response through operant reinforcement, *Psychonomic Science* (1), pp. 147- 148.
- SILVER, B. V. y Blanchard, E. B. (1978). Biofeedback and relaxation training in the treatment of psychophysiological disorders: Or are the machines really necessary? *Journal of Behavioral Medicine*, 1(2), pp. 217-239.
- SIMÓN, M. A. (1993). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- STERMAN, M. B. y Friar, L. (1972). Suppression of seizures in an epileptic following sensorimotor EEG feedback training. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 33(1), pp. 89-95.
- TARCHANOFF, J. R. (1885). Über die willkürliche acceleration der herzschräge beim menschen. *Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere*, 35(1), pp. 109-137.
- TEASDALE, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), p. 275.
- THORNDIKE, E. L. (1913). *The Psychology of Learning* (vol. 2). Teachers College, Columbia University.
- UDDIN, M., Begum, S., Funk, P., Xiong, N. y Scheele, B. (2011). A multi-module case-based biofeedback system for stress treatment, *Artif Intell Med*, 51(2), pp. 107-115 doi: 10.1016/j.artmed.2010.09.003
- URIBE PRADO, J. F. (2010). *EDO Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout)*. México: Manual Moderno.
- VAN DER HEK, H. y Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: A practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47(3), pp. 133-141.
- VAN DER KLINK, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. y Van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), p. 270.
- VÁZQUEZ, I., Vital, S., Bravo, M. C., Jurado, S. y Reynoso, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(2), pp. 35-43.
- WAGNER, C., Bourgeois, A., Levenson, H. y Denton, J. (1974). Multidimensional locus of control and voluntary control of GSR. *Perceptual and Motor Skills* (39), pp. 1142-1142.
- YOUNG, L. y Blanchard, E. B. (1980). Medical applications of biofeedback training: A selective review. *Contributions to Medical Psychology* (2), pp. 215-254.



## 8. Intervención cognitivo-conductual para disminuir los efectos psicológicos derivados de presenciar un accidente laboral en mineros

Estefany Vianey González Tapia e Hilda Liz Alfaro Juantorena  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

### Resumen

*Objetivo:* realizar una intervención con técnicas de la terapia cognitivo conductual a trabajadores mineros que mostraron síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y de Trastorno Persistente de Duelo Complicado (TPDC) después de presenciar el fallecimiento de dos de sus compañeros en un accidente laboral. *Material y métodos:* mediante un diseño cuasi experimental de medición previa y posterior en un grupo de 20 participantes se realizó una intervención cognitivo-conductual basada en los aspectos teóricos de la terapia racional emotiva y la reestructuración cognitiva, compuesta por 10 sesiones individuales y 10 sesiones grupales. *Resultados:* el tratamiento respondió al objetivo planteado de disminuir significativamente y con tamaños de efectos “grandes” los síntomas de TEP y TPDC en trabajadores mineros que presenciaron el fallecimiento de dos de sus compañeros en un accidente laboral. *Conclusiones:* los resultados estadísticamente significativos y el carácter dialéctico del tratamiento nos permiten exhortar a la construcción de intervenciones enfocadas a la prevención de accidentes laborales mediante la evaluación de riesgos psicosociales para mantener la salud mental de los trabajadores y generar en ellos un alto rendimiento y productividad.

**Palabras clave:** accidentes laborales, dialéctica cognitivo-conductual, duelo, trastorno de estrés postraumático.

### Introducción

La minería es una actividad económica del sector primario cuyo objetivo principal es la extracción de minerales, para lo cual es de suma importancia la exploración de nuevos espacios que permitan seguir explotando el subsuelo. Generalmente, durante dicha actividad se utiliza como fuerza de trabajo un equipo conformado por ingenieros, geólogos, operadores de maquinaria pesada y trabajadores que



forjan los caminos, es decir, un grupo conformado por aproximadamente 30 trabajadores especializados en mecánica y computación. Las relaciones generadas al interior de estos grupos se vuelven cercanas, ya que comparten las horas de comida, trabajo y descanso durante el tiempo que dura la exploración de terrenos, lo que en ocasiones se prolonga por varios meses.

La actividad en sí misma se contempla como factor de riesgo para el trabajador por la exposición constante a ruidos, derrumbes, aspiración de polvo y humos tóxicos, caídas y accidentes, así como el excesivo esfuerzo físico y cognitivo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

En general, la minería es un sector desamparado en materia de salud ocupacional, por las condiciones de explotación, signadas por la marginalidad económica y social, la remuneración a destajo, consistente en el pago por producto o tonelada cargada, el uso de tecnología precaria y la inestabilidad laboral (Ospina, Manrique y Guío, 2010).

De hecho, un estudio realizado en Ecuador logró demostrar los efectos negativos en la salud de los individuos inmersos en la actividad minera, principalmente por el arduo trabajo ergonómico, la falta de medidas de bioseguridad, así como el uso de sustancias químicas y contaminantes tóxicos (López *et al.*, 2016). Asimismo, en sus resultados se señalan alteraciones en la fisiología de la sinapsis neuronal, la membrana alveolo respiratoria, el aparato locomotor y el sistema genético, que principalmente varían en el nivel de severidad por la dosis, la edad, la duración, las vías de exposición y los factores ambientales, nutricionales y genéticos (López *et al.*, 2016).

Además, las presiones de la industria, las horas de trabajo extensas, las condiciones del medio, la supervisión constante, la homogeneidad de género y la lejanía del núcleo familiar afectan de manera importante la psique del minero que, a la larga, presenta síntomas de depresión, irritabilidad, insomnio, cambios en el apetito y abuso de sustancias (Chadid *et al.*, 2015).

La presente intervención surge justo en el contexto de estos factores de riesgo, pues, durante la jornada de trabajo de un equipo de exploración, una máquina removedora de tierra se volcó, generando un accidente de trabajo, en el cual fallecieron el conductor de la máquina y un trabajador que se encontraba cerca del camino. Después de los funerales, los trabajadores que presenciaron el accidente acudieron de manera individual a la clínica de salud a consulta, en la que informaron a los médicos de la empresa que tenían malestar. Los médicos notaron que todos los síntomas eran psicológicos (ansiedad, miedo a la muerte, miedo a regresar al trabajo, sensación de estar soñando, tristeza desmedida e insomnio) y que quienes los presentaban era la mayoría de los integrantes del grupo de explo-

ración en donde ocurrió el accidente, por lo que solicitaron el apoyo para realizar el diagnóstico e intervención.

Las investigaciones sobre las consecuencias psicológicas generadas por accidentes laborales son escasas y las que existen están centradas en las causas psicológicas relacionadas con el evento (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2010). Cada vez es más aceptada la necesidad de atender los aspectos emocionales que acompañan a las condiciones médicas derivadas de un accidente de trabajo, enfatizando con frecuencia que la salud física se recupera antes que las heridas psicológicas que lo acompañan (Ruíz y García, 2010). En el caso expuesto, los trabajadores accidentados no sobrevivieron y dicho evento tuvo repercusiones psicológicas en sus compañeros de trabajo.

Los síntomas presentados por los trabajadores se relacionan con los del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el cual tiene una estrecha relación con otros cuadros clínicos, como el que se presenta en el trastorno persistente de duelo complicado (TPDC) y, al compartir sintomatología específica (Crespo y Gómez, 2012), en ocasiones se dificulta su correcto diagnóstico. Hay autores que afirman que las personas que experimentan un duelo como resultado de la muerte traumática de una persona significativa pueden desarrollar ambos trastornos: TEPT y TPDC (Uribe, 2015). Por ejemplo, si se ha presenciado una muerte de manera traumática (accidente, asesinato, etc.), los pensamientos intrusivos y de evitación se encuentran relacionados con el evento o accidente, con la manera de morir o con fantasías perturbadoras de lo que sucedió (Bados, 2015). Para tener clara la diferenciación de ambos cuadros, a continuación, se presentan sus definiciones:

- TEPT: conjunto de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (American Psychiatric Association [APA], 1994).
- TPDC: conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarrro y de desolación completa (Echeburúa, 2004).

Para el diagnóstico diferencial, se tomaron en cuenta los criterios de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) mencionados en el DSM-IV, que establecen diferencias básicas según cinco criterios: el evento traumático que los genera, la duración de los síntomas, la existencia de re-experimentación, evitación y algu-

nas alteraciones cognitivas que generan aumento de la activación, los cuales son descritos en la tabla 1:

Tabla 1. Diagnóstico diferencial TEPT y TPDC

	<b>Trastorno de estrés postraumático (TEPT)</b>	<b>Trastorno persistente de duelo complicado (TPDC)</b>
<b>Evento traumático</b>	Uno vive el acontecimiento, es testigo, tiene conocimiento de que le ha ocurrido a alguien, tiene exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del suceso.	Muerte de una persona significativa (familiar, amigos, pareja, etc.).
<b>Duración de los síntomas</b>	Más de un mes con alta intensidad.	Hasta 12 meses
<b>Re-experimentación</b>	Recuerdos persistentes del evento mediante sueños o recuerdos intrusivos que generan ansiedad.	Ausente
<b>Evitación</b>	Relacionada con los recordatorios de la experiencia traumática.	Relacionada con cómo perdió la vida el fallecido, la preocupación y anhelo por él o ella, sumada a pensamientos con aspectos positivos y angustia por la separación. Negación absoluta del pensamiento como defensa provisional.
<b>Alteraciones cognitivas</b>	Creencias negativas, culpa, vergüenza, ira, comportamientos irritables, agresivos, temerarios y autodestructivos de manera estable.	Poca estabilidad de las alteraciones mencionadas y tristeza profunda como síntoma de depresión.

Fuente: elaboración propia.

Ambos cuadros expuestos han sido tratados de manera eficaz con técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Baguena, 2001; Echeburúa y Herrán, 2007):

- En el caso del TEPT los procedimientos contemporáneos abarcan desde las teorías del procesamiento emocional de información hasta la teoría bifactorial de Mowrer (1947), utilizando como estrategia de intervención la

exposición y el manejo de contingencias (Botero, 2005) y haciendo uso principalmente de tratamientos como la exposición prolongada, el entrenamiento en inoculación de estrés o la combinación de ambos (Foa *et al.*, 1999), justo por la evidencia empírica de su eficacia para la reducción de síntomas como la depresión, la evitación, la ansiedad (Botero, 2005) y la ira (Chemtob *et al.*, 1994).

En veteranos de guerra, por ejemplo, después de una intervención con técnicas de la TCC se encontró una reducción estadísticamente significativa aun después de 12 meses de intervención, con un tamaño de efecto de moderado a grande (Khoo, Dent y Oei, 2011).

Por las diferentes reacciones ante una pérdida, en el caso del TPDC, las metas del tratamiento se enfocan principalmente en la reducción de la tristeza y la ansiedad, el aumento de la autoestima y la disminución del aislamiento social (Rando, 1993), mediante un enfoque clínico que explore la relación con el fallecido, interrumpa las conductas que anclan al pasado, utilice la técnica de lamentación dirigida (Sireling, Cohan y Marks, 1988), facilite la autoaceptación, la readaptación y programe gradualmente actividades gratificantes (Echeburúa y Herrán, 2007).

La obra de Ellis, *Razón y emoción en psicoterapia* (1962), como parteaguas del modelo cognitivo-conductual, describe a detalle:

- Los tópicos básicos del sistema filosófico, basado en dos supuestos:
  - a) El pensamiento y la emoción no son procesos separados, sino sobrepuestos de manera significativa. A menudo una emotividad desordenada mejora cuando cambiamos la forma en que pensamos; al encontrarse altamente relacionados el pensamiento y la emoción actúan en una forma circular de causa y efecto.
  - b) El ser humano es capaz de crear y utilizar el lenguaje en forma de autoconversaciones, estas se convierten en nuestras emociones y nuestros pensamientos. Por lo tanto, la emotividad sostenida es el resultado de nuestros pensamientos que pueden ser dirigidos y modificados por medio del lenguaje.
- La teoría de la personalidad: la cual asegura que la personalidad es el conjunto de creencias, valores, constructos o actitudes y que los seres humanos tienen la tendencia a funcionar más saludablemente cuando mantienen valores racionales.
- La técnica para el tratamiento psicológico: la cual parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emo-

cionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). No es A quien genera C, sino B. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (D), seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (E) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas. En esta idea sobre la TCC se basan la mayoría de las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales (Ellis, 1962).

Además de los principios anteriores, siete supuestos consolidan la mayoría de las estrategias utilizadas en la TCC (Becoña y Oblitas, 2015):

1. Los individuos responden a representaciones cognitivas de los eventos ambientales, más que a los eventos *per se*.
2. El aprendizaje está mediado cognitivamente.
3. La cognición media la disfunción emocional y conductual.
4. Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
5. Algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
6. Alterando la cognición podemos cambiar los patrones disfuncionales emocionales y conductuales.
7. Ambos métodos de cambio terapéutico (cognitivo y conductual) deberían de ser integrados en la intervención.

Estos supuestos permiten la modificación de comportamientos (Yapko, 2006), es decir, la intervención, primero, en las cogniciones (pensamientos) y, segundo, en las conductas que se originan a partir de ideas irracionales (Hernández-Silva, 2010).

Por consiguiente, se puede decir que en la intervención con TCC se ve a la persona como un agente que decide sus propias acciones, por lo que tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). La cognición adquiere un papel causal de las respuestas físicas, emocionales y comportamentales del individuo. De ahí que el objetivo principal de una intervención cognitivo-conductual sea modificar creencias, percepciones e interpretaciones, lo que cambiará el tipo de respuestas comportamentales, emocionales y físicas (Hernández-Silva, 2010; Yapko, 2006).

Aunado a lo anterior, la TCC tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. Por ello, la mayoría de las intervenciones cuentan con módulos diseñados desde la psicoeducación, que tiene como objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología del paciente para enfocar adecuadamente, en forma conjunta con el tratamiento (Bulacio *et al.*, 2004).



Existen diferentes clasificaciones de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual (Moreno, 2012; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Cano-Vindel (2002) las divide en dos grupos; técnicas tradicionales y técnicas mantenimiento. En el primer grupo se encuentra la terapia racional emotiva de Ellis (1962), la terapia cognitiva de Beck (1963), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987), la técnica de autoinstrucciones de Meichenbaum (1971), el entrenamiento en solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971) y la inoculación de estrés de Meichenbaum (1973). Mientras que, en el segundo grupo, se encuentran las técnicas para la prevención y generalización de hábitos saludables, entre ellas, la detención del pensamiento (Wolpe, 1969) y la relajación progresiva (Jacobson, 1930).

Por otra parte, Mahoney y Arkhoff (1978) identificaron tres grandes grupos de terapias cognitivas:

1. *Terapias racionales y de reestructuración cognitiva*, entre las que se encuentran la terapia racional emotiva (Ellis, 1962) y la terapia de reestructuración cognitiva (Beck, 1963).
2. *Terapias dirigidas a entrenar habilidades para afrontar y manejar situaciones*, como la desensibilización sistemática y detención del pensamiento (Wolpe, 1958), la inoculación del estrés (Meichenbaum, 1973) y la relajación progresiva (Jacobson, 1930), entre otras.
3. *Terapias para la resolución de problemas*, como es la terapia cognitiva (Beck, 1963).

Partiendo entonces de los principios y supuestos de la TCC y su eficacia empírica en el tratamiento del TEPT y el TPDC, el objetivo de la presente pesquisa fue realizar una intervención con técnicas de la TCC a trabajadores mineros que mostraron síntomas de ambos trastornos después de presenciar el fallecimiento de dos de sus compañeros, en un accidente laboral. Dicha intervención se justificó, principalmente, por la importancia de brindar atención psicológica a los compañeros de trabajo que lleguen a presenciar un accidente laboral grave y no solamente al trabajador que se accidenta o a su familia en caso de muerte, ello debido a que el accidente laboral es procesado de la misma manera que un evento traumático, que eventualmente llevará a los empleados a experimentar síntomas de TEPT y TPDC.

## **Método**

Diseño cuasi-experimental, documentando el tratamiento en un grupo de 20 participantes, con medición previa y posterior.

## Instrumentos de medición

Para valorar el cuadro del trastorno de estrés postraumático (TEPT) se utilizó:

- Escala de gravedad de síntomas del DSM-IV para evaluar los síntomas emergentes (Echeburúa *et al.*, 1997), por medio de una entrevista heteroaplicada con 21 ítems en formato tipo likert de 0 a 3. Validado en español con una alta consistencia interna ( $\alpha = .91$ ), así como una buena validez discriminante ( $g = 1.27$ ) y convergente ( $r_{bp} = .78$  con el diagnóstico) (Echeburúa *et al.*, 2016).
- Inventario de ansiedad (BAI) para revisar los síntomas de ansiedad (Beck *et al.*, 1996) mediante un auto-reporte de 21 reactivos que determina la severidad sintomática y conductual. Validado en población mexicana con un índice satisfactorio ( $\alpha = 0.82$ ) (Galindo *et al.*, 2015).

Además, para evaluar trastorno persistente de duelo complicado (TPDC) se aplicó:

- Inventario de depresión (BDI, por sus siglas en inglés) (Beck *et al.*, 1996), como autoinforme para cuantificar síntomas depresivos en su formato de 21 ítems, con posibilidades de respuesta de 0 (ausencia de las manifestaciones) a 3 (prevalencia en un nivel alto de la sintomatología) (Hernández-Silva, 2010). Con una confiabilidad por consistencia interna de 0.87,  $p < .000$  en población mexicana y validez concurrente con la escala de Zung de  $r = 0.65$ ,  $p < .000$  (Jurado *et al.*, 1998).
- Escala adaptada y estandarizada de Prigerson versión castellana (Limónero *et al.*, 2009), también conocido como inventario de duelo complicado. Consta de 19 ítems con cinco categorías de respuesta tipo Likert (de 0 a 4), facilitando el diagnóstico y la frecuencia de los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales del duelo normal y patológico (Camacho, 2013). La escala presenta una consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.94 y una fiabilidad test-retest a los seis meses de 0.80 (Camacho, 2013).

## Estrategia de intervención

Se realizó un programa de intervención basado en los aspectos teóricos de la terapia racional emotiva y la reestructuración cognitiva, compuesto por 10 sesiones individuales para abordar de forma directiva temas de duelo, depresión, pérdidas y ansiedad relacionados a la historia personal de los participantes (tabla 2), y 10

sesiones grupales para disminuir indicadores específicos de TEPT y TPDC en los trabajadores mediante distintas técnicas del enfoque, la psicoeducación y la retroalimentación educativa (tabla 3). En esta modalidad, vale recalcar que participaron tres terapeutas: uno para dirigir las reuniones y los otros para fungir como co-facilitadores; asimismo, para casos de emergencias se proporcionó un número telefónico. En ambos casos, los trabajadores mineros recibieron un consentimiento informado para dar su derecho de participar o no en la investigación, sin exponerse a represalias, mismo que incluía información acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post-estudio y todo otro aspecto pertinente de la intervención.

Además, conforme a la declaración de Helsinki (Manzini, 2000), se protegieron en todo momento la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de todos los involucrados en el proceso.

Tabla 2. Carta descriptiva de la modalidad individual de intervención

Sesión	Objetivo	Contenido	Duración
1	Realizar el diagnóstico al trabajador mediante la aplicación de pruebas psicométricas para tomar líneas de intervención.	Presentación del terapeuta y del encuadre; aplicación de pruebas psicométricas; cierre.	1 hora
2	Realizar una entrevista dirigida al diagnóstico de TEPT y TPDC.	Entrevista de diagnóstico; monitoreo de emociones referidas después del accidente; psicoeducación sobre las creencias sobre la muerte; cierre.	1 hora
3	Identificar las creencias irracionales que operan en la vida diaria de los participantes para abordarlas desde la terapia racional emotiva.	Retroalimentación de la sesión anterior; revalorización de las personas importantes que están vivas; cierre.	1 hora
4	Reestructurar las creencias sobre la muerte para que el evento pasado y futuros fallecimientos no generen malestar emocional.	Retroalimentación de la sesión anterior; monitoreo de emociones referidas después del accidente; psicoeducación; cierre.	1 hora

Sesión	Objetivo	Contenido	Duración
5 a 10	Identificar las creencias irracionales que operan en la vida diaria de los participantes para abordarlas desde la terapia racional emotiva para la orientación emocional.	Retroalimentación de la sesión anterior; identificación de creencias irracionales y eventos que provocan malestar emocional; manejo de temores específicos sobre la historia personal; psicoeducación sobre las emociones; cierre.	1 hora

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Carta descriptiva de la modalidad grupal de intervención

Sesión	Objetivo	Contenido	Duración	Indicador
1	Generar confianza en los participantes.	Presentación; encuadre; entrega de resultados; psicoeducación sobre el TEPT.	1 hora	Reconocimiento de los síntomas
2	Atender los síntomas emergentes debido al fallecimiento de los compañeros.	Ejercicio de despedida; plática sobre el evento, la cercanía a los trabajadores fallecidos y enseñanza de la experiencia.	1 hora	Proceso de duelo
3	Dar a conocer la función del enojo, sus manifestaciones fisiológicas y emocionales.	Psicoeducación y ejercicios de la terapia racional emotiva.	1 hora	Aumento de la activación: ira e irritabilidad general
4	Realizar un proceso de psicoeducación sobre hábitos saludables del sueño.	Psicoeducación sobre el funcionamiento del ciclo de sueño y vigilia; recomendaciones para conciliar y mantener el sueño; entrenamiento con la técnica respiración diafragmática para el control de la ansiedad.	1 hora	Dificultades para dormir
5	Tratamiento	Relajación muscular progresiva para el control de la ansiedad.	1 hora	Activación
6	Capacitación	Control sobre el pensamiento mediante TCC.	1 hora	Activación
7	Identificación de pensamientos negativos.	Reemplazo de pensamientos negativos por positivos mediante TCC.	1 hora	Re-experimentación
8	Cambio de percepción sobre la muerte.	Racionalización de elementos presentes; conocimiento de concepto de ideas irracionales.	1 hora	Evitación

Sesión	Objetivo	Contenido	Duración	Indicador
9	Reconocimiento de estímulos externos e internos.	Desensibilización terapéutica de los estímulos que generan malestar mediante verbalizaciones positivas y respiración fragmentada.	1 hora	Activación
10	Generar espacio de reflexión	Concientizar sobre los síntomas del TEPT y la reacción defensiva de los mismos para afrontar situaciones extremas; cierre del programa; aplicación de pruebas	1 hora	

Fuente: elaboración propia.

## Procedimiento

Después de la solicitud específica de la empresa, para el proceso inicial se aplicó a los participantes entrevistas individuales, instrumentos y pruebas proyectivas. A continuación, se hizo la intervención individual y grupal con enfoque cognitivo-conductual para concluir con evaluaciones de las medias posteriores.

Se incorporó al final una evaluación para conocer la opinión de los participantes sobre la labor de los terapeutas, con preguntas como: ¿Qué aspectos positivos puedes recordar del psicólogo que te atendió en las sesiones individuales? ¿Hay algo que creas que debe mejorar? ¿Qué aspectos positivos puedes recordar del psicólogo que te atendió en las sesiones grupales? ¿Hay algo que creas que debe mejorar? Además, se agregó una para los psicólogos con la intención de recolectar comentarios y sugerencias para futuras intervenciones.

Para el análisis de resultados se vaciaron los cuestionarios en una base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22, y se estableció un índice de error de 5% en todas las pruebas de hipótesis usadas. Para realizar las comparaciones entre las medias del diagnóstico y las evaluaciones postintervención se utilizaron las pruebas “t de Student” y “Wilcoxon”, de acuerdo con el cumplimiento del principio de normalidad, así como el cálculo de los tamaños del efecto para corroborar la aplicabilidad del tratamiento con “d Cohen” y “r Rosenthal”, respectivamente, en una muestra de 20 trabajadores.

## Resultados

Al hacer un análisis inicial y general de los participantes con respecto a las variables de depresión y ansiedad como indicadores importantes de TEPT, se en-

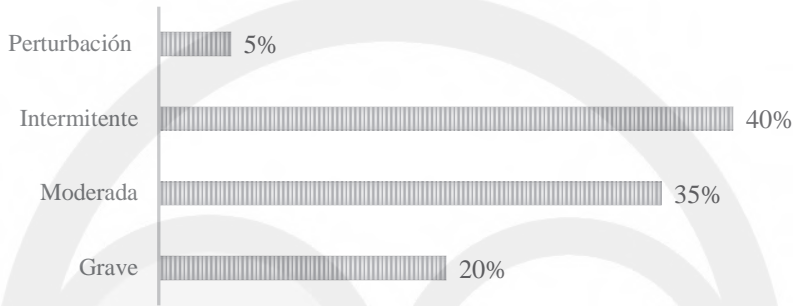


contraron síntomas en algún grado de TEPT en 13 trabajadores y se prescribió presuntivamente con TEPT y algunos síntomas de TPDC a siete personas. Las figuras 1 y 2 muestran los porcentajes de cada una de las categorías.



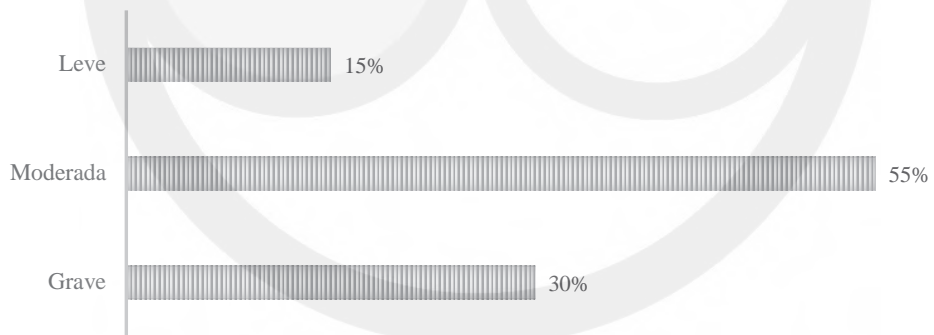
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Figura 1. Porcentaje de depresión en los trabajadores evaluados pre-intervención



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Porcentaje de ansiedad en los trabajadores evaluados pre-intervención



Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, al realizar las comparaciones entre las medias del diagnóstico y la evaluación post intervención (tabla 4) se encontraron para el caso de:

- Depresión: medias de 23.45, correspondientes a puntuaciones moderadas de acuerdo con el baremo del autor (Beck *et al.*, 1996) y que disminuyeron significativamente a altibajos normales con medias de 9.25 ( $p = 0.000$ ) y con un tamaño de efecto “grande”.
- Ansiedad: medias de 23.30, que se redujeron significativamente a 6.55 ( $p = 0.000$ ), es decir, la sintomatología ansiosa pasó de un estado moderado a una presencia mínima.
- TEPT: medias de 28.80, que se disminuyeron significativamente a 8.50 ( $p = 0.000$ ), con un tamaño de efecto “grande”. En este punto es importante mencionar que solo siete trabajadores se prescribieron con TEPT, ya que, de acuerdo con los autores (Echeburúa *et al.*, 1997), solo se puede diag-

nosticar a aquellos que en las escalas específicas puntúan al menos un síntoma de re-experimentación, tres de evitación y dos de activación.

- En cada una de estas escalas, se encontró también una disminución significativa ( $p=0.000$ ) con tamaños de efectos “grandes”.
- TPDC: síntomas graves de duelo complicado con una media de 30.00, misma que al finalizar la intervención disminuyó significativamente a 10.70 ( $p = 0.000$ ) con un tamaño de efecto “grande”.

Tabla 4. Tendencia en los dos momentos para cada una de las categorías de análisis

(n = 20) Variables	Diagnóstico pre-intervención		Evaluación post-intervención		P	d Cohen
	$\bar{x}$	$\sigma^2$	$\bar{x}$	$\sigma^2$		
Depresión	23.45	6.00	9.25	2.94	0.000	3.01
Ansiedad	23.30	8.93	6.55	2.01	0.000	2.59
Escala global de TEPT	28.80	8.47	8.50	2.59	0.000*	0.87*
Re-experimentación	9.35	3.47	2.40	1.47	0.000	2.61
Evitación	7.85	4.70	2.70	1.53	0.000*	0.83*
Aumento de la activación	11.10	3.82	3.40	1.70	0.000	2.6
Trastorno persistente por duelo complicado (TPDC)	30.00	10.23	10.70	4.49	0.000	2.44

\* Estos casos no cumplieron el principio de normalidad, por lo que se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon y la prueba r Rosenthal para el tamaño del efecto.

Fuente: elaboración propia.

## Comentarios y conclusiones

Partimos de que la ocurrencia de un accidente de trabajo se configura en los observadores como una reacción emocional intensa y traumática que vulnera no solo las creencias del control de los individuos sobre sí mismos y sus ambientes físicos, sino también muchos de los mecanismos psicofisiológicos que permiten el enfrentamiento y la adaptación (Carbonell, 2002), imposibilitando en muchos casos el proceso de producción, las esferas afectivas y el estado de ánimo de los grupos de trabajo (Meda *et al.*, 2011).

Las terapias cognitivo-conductuales basadas en los planteamientos anteriores buscan cambiar las creencias irracionales del evento traumático, reestructurar las sensaciones y los esquemas cognitivos de los pacientes y de sus mundos, así como reinsertarlos (física y/o psicológicamente) al ámbito laboral y sociofamiliar (Carbonell, 2002), considerando factores críticos como la capacidad in-

dividual para modular la respuesta al estrés y las características de las personas (Carbonell, 2002).

Con esta perspectiva, la propuesta de intervención planteada logra por medio de la dialéctica y las técnicas de la terapia cognitivo-conductual disminuir significativamente y con tamaños de efectos “grandes” los síntomas de TEPT y TPDC en trabajadores mineros que presenciaron el fallecimiento de dos de sus compañeros en un accidente laboral.

Estos resultados, además, podrían estar asociados o ser atribuidos a:

- El alto compromiso de la organización con el cumplimiento de la intervención, demostrado en la comunicación con los terapeutas y los trabajadores, al buscar los espacios de coincidencia que propiciaran la participación de los trabajadores en la intervención.
- La participación voluntaria de los trabajadores y su asistencia a todas las sesiones individuales y grupales establecidas en la intervención, lo que aportó respeto, confianza y confidencialidad de los momentos difíciles vividos durante el programa.
- El sentido de responsabilidad y profesionalismo de los terapeutas que asistieron constantemente a brindar la atención psicológica y lograron cumplir los objetivos de cada sesión, de manera grupal e individual.

En conclusión, los resultados estadísticamente significativos y el carácter dialéctico del tratamiento nos permiten exhortar a la construcción de intervenciones enfocadas a la prevención de accidentes laborales mediante la evaluación de riesgos psicosociales para mantener la salud mental de los trabajadores y generar en ellos un alto rendimiento y productividad.

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2010). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- BADOS, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- BAGUENA, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), pp. 479-492.
- BECK, A. T. (1963). Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), pp. 324-333.

- BECK, A. T., Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* (67), pp. 588-597.
- BECOÑA, E. y Oblitas, L. (2015). Terapia cognitivo-conductual: Antecedentes y técnicas. *Revista Liberrabit* (3), pp. 49-70.
- BOTERO, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés posttraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4(2), pp. 205-219.
- BULACIO, J., Vieyra, M., Álvarez, D. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- CAMACHO, D. (2013). El duelo: la respuesta emocional ante la pérdida. *eduPsykhé*, 12(2), pp. 129-149.
- CANO-VINDEL, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés, en E. G. Fernández-Abascal y M. P. Jiménez Sánchez (eds.), *Control del estrés*. Madrid: UNED, pp. 247-271.
- CARBONELL, C., (2002). Trastorno por estrés posttraumático: clínica y psicoterapia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(2), pp. 69-75.
- CHADID, D., Molina, B., Palacios, G., Ruiz A. y Serna, C. (2015). *El entorno laboral minero a nivel internacional y nacional: Sus efectos en la salud y propuesta de abordaje integral desde lo conceptual*. Medellín: Universidad CES.
- CHEMTOB, C., Hamada, R., Roitblat, H. y Muraoka, M. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), pp. 827-832.
- CRESPO, M. y Gómez, M. (2012). La evaluación del estrés posttraumático: Presentación de la escala de evaluación global de estrés posttraumático (EGEP). Accésit de la XVIII edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2011. *Clínica y Salud*, 23(1), pp. 25-41.
- D'ZURILLA, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 78(1), pp. 107-126.
- ECHEBURÚA, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURÚA, E. y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), pp. 31-50.
- ECHEBURÚA, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. y Sarsua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21(4), pp. 433-456.
- ECHEBURÚA, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés posttraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), pp. 111-128.
- ELLIS, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FOA, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. y Street, G. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (67), pp. 194-200.
- GALINDO, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), pp. 51-58.



- GOLDFRIED, M. R. y Goldfried, A. P. (1987). Métodos de cambio cognitivo, en F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, pp. 123-165.
- HERNÁNDEZ-SILVA, M. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. Un análisis de caso* (tesis de grado). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2016). *Anuario estadístico de la minería mexicana, 2016 (Edición 2017)*. Recuperado de [https://www.sgm.gov.mx/productos/pdf/Anuario\\_2016\\_Edicion\\_2017.pdf](https://www.sgm.gov.mx/productos/pdf/Anuario_2016_Edicion_2017.pdf)
- JACOBSON, E. (1930): *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- JURADO, S., Villegas, M., Rodríguez, L., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), pp. 26-31.
- KHOO, A., Dent, M. T. y Oei, T. S. (2011). Group cognitive behaviour therapy for military service-related post-traumatic stress disorder: Effectiveness, sustainability and repeatability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), pp. 663-672.
- LIMONERO, J., Lacasta, M., García-García, J., Maté, J. y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), pp. 291-297.
- LÓPEZ, M., Santos, J., Quezada, C., Segura, M. y Pérez, J. (2016). Actividad minera y su impacto en la salud humana. *Revista Ciencia UNEMI*, 9(17), pp. 92-100.
- MAHONEY, M.J. y Arknoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies, en S. J. Garfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley, pp. 693-716.
- MANZINI, J. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª reforma aprobada por la AMM. *Acta Bioethica*, 6(2), pp. 321-334.
- MEDA, L., Moreno, J., Rodríguez, M., Arias-Merino, A. y Palomera, C. (2011). Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y Salud*, pp. 5-14.
- MEICHENBAUM, D. (1971). Modificación de conducta cognitiva: problemas actuales. *I Jornada de Modificación de Conducta Cognitiva*. Madrid.
- MEICHENBAUM, D. (1973). *Manual de inoculación del estrés*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.
- MORENO, C (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación: La atención plena/*mindfulness*. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), pp. 1-18.
- MOWRER, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review* (17), pp. 102-150.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH [NIOSH] (2010). *Emerging Occupational Risks*. Cincinnati: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, DHHS. Publication 2010-148.
- OSPINA, J., Manrique, F. y Guño, J. (2010). Salud y trabajo: minería artesanal del carbón en Paipa, Colombia. *Avances en Enfermería*, 28(1), pp. 107-115.
- RANDO, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign: Research Press.
- RUIZ, M., Diaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer (Biblioteca de Psicología).
- RUIZ, F. y García, S. (2010). *Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y su rehabilitación emocional. La intervención de salud mental en el área de la rehabilitación laboral*. Bogotá: Universidad del Rosario.

- SIRELING, L., Cohan, D. y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy* (19), pp. 121-132.
- URIBE, S. (2015). Comentarios al trastorno persistente por duelo complicado del DSM-v. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 7(1), pp. 1-5.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press [existe traducción al español: *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclee de Brower, 1981].
- WOLPE, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Oxford: Pergamon.
- YAPKO, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## 9. Intervención cognitivo-conductual para disminuir sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico en desempleados de Cuernavaca, Morelos, México

Hilda Liz Alfaro Juantorena,  
Arturo Juárez García, Estefany Vianey González Tapia  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Claudio Barrales Díaz  
Universidad Central de Chile

### Resumen

*Objetivo:* analizar si un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye la sintomatología depresiva y aumenta el bienestar psicológico en un grupo de 18 personas desempleadas que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. *Método:* intervención cognitivo-conductual de tres sesiones, con diseño de contra-prueba simple con grupo experimental (N = 9) y grupo control (N = 9). *Resultados:* para ambos grupos en un inicio se encontraron medias leves para sintomatología depresiva ( $\bar{X}$  = 13.56 en el grupo experimental y  $\bar{X}$  = 18 en el grupo control) y medias de moderadas a altas en bienestar psicológico ( $\bar{X}$  = 155.11 y  $\bar{X}$  = 138.56, respectivamente). Después de la intervención en el grupo experimental, se encontró una disminución significativa en la sintomatología depresiva ( $\bar{X}$  = 6.78,  $p = 0.007$ ) con un tamaño de efecto grande ( $d = 1.01$ ) y un aumento significativo en el bienestar psicológico ( $\bar{X}$  = 174.78,  $p = 0.023$ ), con un tamaño de efecto moderado ( $d = 0.51$ ). En el grupo control, luego del tratamiento, se halló un decremento significativo en la sintomatología depresiva ( $\bar{X}$  = 6.11,  $p = 0.002$ ) con magnitud grande ( $d = 1.62$ ) y un incremento en el bienestar psicológico ( $\bar{X}$  = 185.56,  $p = 0.006$ ) con tamaño de efecto grande ( $d = 1.10$ ). *Conclusiones:* los resultados obtenidos y el carácter de la intervención breve y grupal nos permiten inferir que, a pesar de que el desempleo sea una variable constante, la sintomatología depresiva como indicador endógeno del individuo puede disminuir, así como también puede aumentar el bienestar psicológico mediante una intervención cognitivo-conductual. Se exhorta a la construcción de programas que aborden no solo el apoyo para la búsqueda de empleo, sino también aspectos específicos de la salud mental, mediante estrategias de apoyo psicológico.

**Palabras clave:** intervención, cognitivo conductual, desempleo, depresión, bienestar psicológico.

## Introducción

El desempleo es un paro forzoso de los asalariados que pueden y quieren trabajar, pero no encuentran una posibilidad, a pesar de hacer gestiones concretas (Álvaro y Garrido, 2003; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2003). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017), esto se asocia con la desocupación que afecta a la población económicamente activa, la cual, según la encuesta de Ocupación y Empleo, no logró trabajar siquiera una hora durante la semana de referencia, pero manifestó su disposición para hacerlo e intentó mediante alguna actividad obtener un trabajo.

El análisis del desempleo, desde un punto de vista socioeconómico, psicosocial y/o sistémico, debe iniciar con el sentimiento de pérdida y duelo, por la experiencia de privación de una situación con la que se mantenía un vínculo afectivo con funciones instrumentales y latentes (Díaz *et al.*, 2015; Jahoda, 1987; Tizón, 2004), lo que además impacta en la calidad de vida, el bienestar psicológico y la salud del individuo (Espino, 2014). Durante ese periodo es común que se presenten en la persona déficits en lo cognitivo, lo motivacional y lo emocional (Buendía, 2010; Fagín, 1987; Jahoda, 1987), trastornos psicossomáticos (Ayerdi y Tabera, 1991) y efectos psicosociales diversos (Morales, 2005), que, dependiendo de la duración, producen menores niveles de bienestar psicológico, sentimientos depresivos y de ansiedad, disminución de la autoestima y la satisfacción con la vida, aislamiento social y deterioro de las relaciones familiares (Garrido, 2009; Paul y Moses, 2009; Buendía, 2010).

Al respecto, Gili, García y Roca (2014) aseguran que las personas desempleadas presentan un riesgo entre dos y siete veces mayor de padecer depresión, es decir, una afectación en la valoración a sí mismo y en la forma de pensar, sin posibilidad de liberación voluntaria (San y Arranz, 2010), un trastorno del estado de ánimo que incapacita al individuo en el interés y disfrute de las cosas (Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), causado por predeterminaciones endógenas o condiciones exógenas (Bello, Puentes-Rosas y Lozano, 2005).

En general, la depresión se caracteriza por manifestaciones y sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y poca concentración (Hernández-Bussolo *et al.*, 2017; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2016). En el desempleado se exte-

riorizan, por la sensación de incompetencia, sentimientos de inutilidad, pérdida de la propia estima, incapacidad de comunicación, aislamiento, irritabilidad, cansancio, variaciones en el peso e ideaciones suicidas (Fagín, 1987), mermando así el bienestar psicológico y, en gran medida, el éxito en el mercado de trabajo (Estamina *et al.*, 2012; Mathers y Schofield, 1998).

McKee-Ryan *et al.* (2005), después de realizar un metaanálisis sobre la relación entre el desempleo, la salud y el bienestar psicológico, concluyeron que los desempleados presentan menores niveles de bienestar psicológico y efectos negativos sobre su salud mental, así como respuestas y reacciones heterogéneas frente al estrés.

El bienestar psicológico parte de una concepción salutogénica (Arévalo-Pachón, 2012) que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo (García-Viniegras, Carmen y Benítez, 2000), centrandolo su atención en el desarrollo del potencial humano y en la percepción que tienen las personas sobre diversos aspectos de su funcionamiento (García-Viniegras *et al.*, 2000; Ryff y Keyes, 1995; Ryan y Deci, 2000), asociada con constructos multidimensionales, como la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito en la vida y el crecimiento personal (Ryff, 1989).

Ahora bien, en el ámbito de la psicología aplicada, la mayoría de los estudios sobre el desempleo se relacionan con la orientación laboral profesional o cognitiva, utilizando modelos de ocupabilidad, como el de Blanch (1990), las políticas activas de empleo o los mecanismos de afrontamiento y de autoeficacia (Rey y Moreno, 2017). De acuerdo con Fernández y Aramburu (1993), Aramburu, (2003) e Isaacson y Brown (1993), existen dos enfoques de aprendizaje:

- El conductual, reconocido por el *Job-Club*, por las mejoras en la obtención de empleos cualificados con alta remuneración y la reducción del tiempo de búsqueda de empleo (Kimeldorf y Tornow, 1984).
- El cognitivo, que retoma los modelos anteriores y aspectos como control, autoeficiencia, motivación y reevaluación de actitudes ante la búsqueda y la permeabilidad a las normas (Aramburu, 2003), logrando la recolocación de los desempleados en menor tiempo, la empleabilidad ajustada a su cualificación (Feather y Davenport, 1981), la reducción del estrés y el aumento de la autoconfianza (Vinokur *et al.*, 1991).

Con respecto a la salud, es poca aún la evidencia empírica para la prevención de reacciones psicofisiológicas, el incremento del bienestar psicológico o la atención de la depresión debido al desempleo (Yáñez, 2005; Aránguiz, 2006; Arévalo-Pachón, 2012), pero la tendencia en los tratamientos depresivos reconoce la eficacia



del modelo cognitivo-conductual por encima de la medicación, en los casos leves o moderados (Carro y Sanz, 2015; Gloaguen *et al.*, 1998; López-Petersen, 2011).

Desde esta perspectiva, el enfoque cognitivo-conductual en primera instancia permite la integración de factores internos y externos del hombre (Batlle, 2007), la resolución de problemas actuales y la atenuación de síntomas, mediante la intervención de las cogniciones y la modificación de los comportamientos (Yapko, 2006).

Este enfoque cognitivo-conductual insta al individuo a trabajar responsablemente y tomar control de las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), con la posibilidad de participar en el proceso terapéutico de manera activa, directiva, estructurada y delimitada (Beck, 1983), particularmente durante los tratamientos de tipo racional-emotivo (Ellis y Grieger, 1990).

Por último, las intervenciones cognitivo-conductuales responden a tiempos limitados y permiten el trabajo de grupo para incentivar comportamientos de autoayuda, brindar apoyo emocional y entrenamientos en habilidades, por medio de la psicoeducación (López-Petersen, 2011) y del uso de técnicas como la detención del pensamiento, el entrenamiento asertivo, la respiración diafragmática, el esquema ABC y el *role-playing*, entre otras (Ellis y Grieger, 1990).

En el caso específico de los desempleados, la postura de trabajo grupal y el uso de dinámicas de expresión y canalización refuerzan, reorganizan e incentivan las necesidades de autoestima y apoyo social (De Pablo, 1987), permiten la realización del duelo, estimulan la recuperación de una imagen positiva y la búsqueda tanto de soluciones reales como de autoinserción laboral (Aramburu, 2003).

Dado lo anterior, el objetivo de este trabajo fue analizar si un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye la sintomatología depresiva y aumenta el bienestar psicológico en un grupo de personas desempleadas que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca.

## Método

Bajo la hipótesis de que la intervención cognitivo-conductual disminuiría la sintomatología depresiva y aumentaría el bienestar psicológico en un grupo de personas desempleadas que asisten al Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca, se planeó una investigación mediante un diseño de contraprueba simple, conformado por dos grupos: uno experimental (N = 9) y otro control (N = 9) (Arias, 2007).

## Participantes

La muestra de desempleados participantes (N = 18) se definió por aquellos que se encontraron inscritos en el Servicio Nacional de Empleo (SNE) de la ciudad de Cuernavaca y que respondieron de manera voluntaria al anuncio con invitación abierta, en el periodo del 23 de julio al 27 de julio de 2018. Se consideraron como criterios de inclusión la firma del consentimiento informado y la presencia de niveles de depresión leve y moderado, de acuerdo con el inventario de depresión de Beck, ya que los casos identificados como severos necesitan evaluaciones más profundas, canalización y atención psicológica y/o psiquiátrica individual.

## Instrumentos

Inventario de depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés), versión estandarizada para la población mexicana (Jurado *et al.*, 1998) de 21 ítems, con posibilidades de respuesta de 0 (ausencia de las manifestaciones) a 3 (prevalencia en un nivel alto de la sintomatología) (Hernández-Silva, 2010) y con una confiabilidad por consistencia interna de 0.87,  $p < .000$ , y validez concurrente con la escala de Zung de  $r = 0.65$ ,  $p < .000$  (Jurado *et al.*, 1998).

Escala de bienestar psicológico de Ryff, adaptación española (Dierendonck, 2004) de la escala de la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), traducida al español por Díaz *et al.* (2006), de 39 ítems en una escala tipo Likert, entre 1 y 6, considerando los seis factores del modelo de Ryff (Díaz *et al.*, 2006; Ryff, 1989), mismos que mantienen una consistencia interna por encima de 0.90 y oscilan entre 0.78 y 0.81 en cada una de sus subescalas (Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez, 2013), todas aceptables para ser aplicadas a la población mexicana (Medina-Calvillo *et al.*, 2013).

## Propuesta de intervención

Se realizó un programa de intervención breve y grupal valorado por juicio de expertos y basado en la terapia racional emotiva (Ellis y Grieger, 1990), con nombre “Herramientas para afrontar el desempleo”. El programa, dedicado a usuarios desempleados con depresión leve o moderada, contempló tres sesiones diarias, de aproximadamente dos horas cada una. Se abordaron temas como: el cambio, el duelo por el desempleo, las alternativas de afrontamiento, el conocimiento y dominio de uno mismo, la percepción de los demás, ira, tristeza, miedo, vergüenza

y motivación en la búsqueda de empleo. Se utilizaron actividades lúdicas ajustadas a las necesidades reales del desempleado y aspectos muy específicos, como el diseño del currículum y el manejo de posturas en las entrevistas laborales; además, se emplearon técnicas cognitivo-conductuales tales como:

- Respiración diafragmática: permite alcanzar un mayor nivel de relajación física y mental (Baechle y Earle, 2000).
- Esquema ABC: promueve el cuestionamiento sistemático, el razonamiento inductivo y el desafío verbal para hacer el reencuadre cognitivo (Amodeo, 2011).
- Detención del pensamiento: reduce el estrés y la ansiedad (Lozano y Rubio, 1999), mediante la interrupción y modificación ya no solo de los pensamientos sino también de las emociones negativas que los acompañan (González-Salazar, 2009).
- *Role-playing*: facilita el desarrollo de empatía y la perspectiva social, la exploración de sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en las conductas, la resolución de conflictos y la aceptación de las consecuencias de las decisiones tomadas (Ellis y Grieger, 1990; Martín-García, 1992).
- Entrenamiento asertivo: permite reducir el estrés en la vida, defender los derechos legítimos sin agredir ni ser agredido, expresar gustos e intereses de forma espontánea, hablar de uno mismo sin cohibición, aceptar los cumplidos sin sentir incomodidad, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones de las cosas y poder decir “no” (Davis, McKay y Eshelman, 2002).
- Psicoeducativa: hace referencia a las necesidades psicológicas y educativas, por lo que implica formar y proporcionar datos de una situación determinada y, con ello, lograr la comprensión y la estimulación de las conductas aceptadas por la sociedad (Foschia, 2011; Briones, Bravo y Moreira, 2019).

Los pasos para la implementación, realización y evaluación del programa se esquematizan en la figura 1. Con respecto a los aspectos éticos, se consideró en primera instancia el cumplimiento de los principios científicos de la declaración de Helsinki (Manzini, 2000), así como la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar de Psicología (CEI-CITP-si) de la UAEM con número de registro institucional 210518-04.

Para el análisis de resultados se vaciaron los cuestionarios en una base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 y se estableció un índice de error de 5% en todas las pruebas de hipótesis usadas. Se utilizaron, también, estadísticas descriptivas para analizar medias y desviaciones

estándar en cada uno de los grupos, así como la prueba V de Cramer (que genera un coeficiente interpretable para cada una de las variables de análisis aún en grupos con tamaño desigual) para probar la equivalencia sociodemográfica desde el punto de vista metodológico y la fuerza de asociación.

Para realizar las comparaciones entre las medias pre e postintervención del grupo experimental y el grupo control, con base en el cumplimiento del supuesto de normalidad, se utilizaron las pruebas estadísticas de “t de Student” y “U de Mann Whitney”, así como el cálculo de los tamaños del efecto para corroborar la aplicabilidad de la intervención e intentar reducir el error tipo II en la muestra no probabilística representativamente (N = 18).

Figura 1. Procedimiento para la implementación, realización y evaluación del programa



## Resultados

Las características de la población en ambos grupos mostraron que 33% de los participantes tenía más de un mes desempleado, 28% de uno a seis meses, 17% de seis meses a un año y 22% más de un año desempleado. Se encontraron personas provenientes de funciones como analista, auxiliar o asistente (22%), estudiante (22%), gerente (17%), supervisor (11%), química, terapeuta, cajera, tallerista, secretario (6% cada una). En cuanto a la edad, los 18 participantes estaban en un rango entre los 21 y 68 años y, en cuanto al sexo, 72% eran mujeres y 28% eran hombres. Del total, 61% eran solteros y 8% casados, con escolaridad entre licenciatura (78%), seguido de posgrado (11%) y preparatoria trunca (11%) (tabla 1).

Como ejercicio inicial y para probar la equivalencia de ambos grupos en los aspectos sociodemográficos se categorizaron las variables de sintomatología depresiva y bienestar psicológico y se realizaron pruebas V de Cramer, encontrando significación

estadística en la variable Ocupación con respecto a los grupos, siendo los estudiantes más proclives a pertenecer al grupo control ( $p = 0.023$ ) (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Prueba de equivalencia de ambos grupos en los sociodemográficos

	Grupo experimental		Grupo control		Total		X <sup>2</sup>	V	p
	N	%	n	%	n	%			
<i>Sexo</i>							0.277	0.124	0.599
Hombre	2	22	3	33	5	28			
Mujer	7	78	6	67	13	72			
<i>Edad</i>							2.692	0.387	0.260
Adulthood temprana	5	56	8	89	13	72			
Adulthood intermedia	3	33	1	22	4	22			
Adulthood tardía	1	11	0	0	1	6			
<i>Estado civil</i>							0.234	0.114	0.629
Casado/a	5	56	6	67	11	61			
Soltero/a	4	44	3	33	7	39			
<i>Escolaridad</i>							2.286	0.356	0.319
Preparatoria trunca	2	22	0	0	2	11			
Licenciatura	6	67	8	89	14	78			
Posgrado	1	11	1	11	2	11			
<i>Hijos</i>							2.104	0.342	0.147
Sí	5	56	2	22	7	39			
No	4	44	7	78	11	60			
<i>Última ocupación</i>							5.143	0.535	0.023
Profesionistas	9	100	5	56	14	78			
Estudiantes	0	0	4	44	4	22			
<i>Tiempo desempleado</i>							1.200	0.258	0.753
Más de un mes	4	45	2	22	6	33			
De uno a seis meses	2	22	3	34	5	28			
De seis meses a un año	1	11	2	22	3	17			
Más de un año	2	22	2	22	4	22			

Nota: el símbolo X<sup>2</sup> significa y p la significancia. El coeficiente V de Cramer es usado para ver la asociación de las variables cuando sus categorías son de dos o tres clases y varía entre 0 y 1; cuanto más próximo a cero se encuentre más independientes son las variables.

Fuente: elaboración propia.



Tabla 2. Prueba de equivalencia de los niveles de depresión y bienestar psicológico en los sociodemográficos

	Depresión		Bienestar psicológico	
	V	p	V	p
Sexo	0.175	0.758	0.439	0.324
Edad	0.339	0.389	0.410	0.419
Estado civil	0.484	0.121	0.404	0.402
Escolaridad	0.423	0.169	0.373	0.541
Hijos	0.730	0.008	0.506	0.202
Ocupación	0.374	0.283	0.197	0.874
Tiempo desempleado	0.334	0.675	0.472	0.212

Nota: la variable Depresión fue categorizada de acuerdo con su baremo de interpretación (altibajos normales, leve-moderada, moderada-severa y severa), al igual que la de Bienestar psicológico (elevado, alto, moderado, bajo).

Fuente: elaboración propia.

En un primer momento, se realizó una comparación en los pretest de ambos grupos (E1 diagnóstico) con la prueba estadística “t de Student”:

- En el grupo experimental se obtuvieron medias leves para sintomatología depresiva, con un valor de 13.56 (figura 2) y para el bienestar psicológico 155.11 (figura 3), que corresponden a puntuaciones altas de acuerdo con el baremo, sin diferencias estadísticamente significativas en ambos.
- En el grupo control para sintomatología depresiva la media fue de 18 (leve) (figura 2) y para bienestar psicológico 138.56 (moderado), sin diferencias estadísticamente significativas (figura 3).

Estas puntuaciones en una primera fase, al no representar diferencias significativas entre los grupos, corrobora la equivalencia de los grupos ya no solo en los datos sociodemográficos, sino también en las medias de respuestas.

Por otro lado, cabe mencionar que en los experimentos con pre y postintervención, donde se pretende evaluar el mejoramiento o empeoramiento de una medida, se presenta un efecto de regresión estadística (Arnau, 1984), mismo que desde la experimentación tradicional se soluciona, por ejemplo, con el uso de medidas repetidas en muestras homogéneas (Arnau, 1984). En el caso de esta investigación, no se controló este efecto de acarreo, por lo que para intentar corregirlo se realizaron comparaciones entre la evaluación diagnóstica del grupo experimental (E1) y la evaluación del grupo control aun sin intervención (E2), sin encontrar diferencias significativas en ninguna de las variables (tabla 3).

Tabla 3. Prueba de control de acarreo entre la evaluación diagnóstica del grupo experimental y la evaluación del grupo control aun sin intervención

	Grupo experimental	Grupo control	<i>p</i>
	Diagnóstico (E1)	Evaluación II	
Depresión	13.56	16.89	0.386
Bienestar psicológico	155.11	152.00	0.860

Fuente: elaboración propia.

En un segundo momento y ya concluida la intervención experimental se realizaron comparaciones entre:

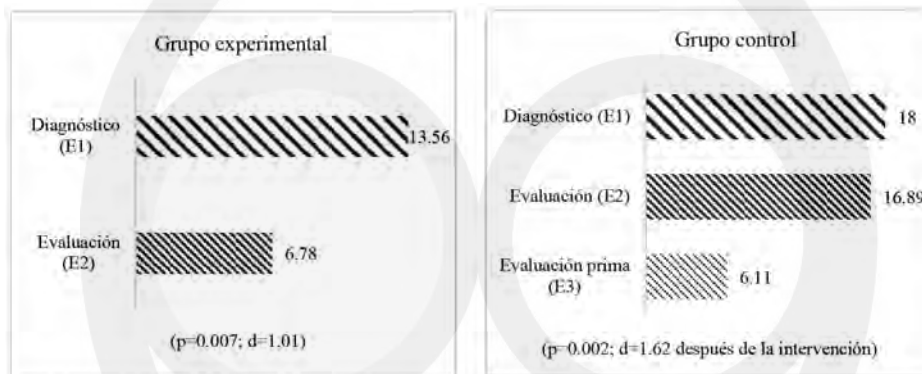
- El diagnóstico (E1) y la evaluación postintervención (E2) del grupo experimental, encontrando con la prueba estadística “t de Student para muestras relacionadas”, una disminución significativa en la sintomatología depresiva ( $p = 0.007$ ) con un tamaño de efecto “grande” ( $d = 1.01$ ), porque las medias de respuesta pasaron de 13.56 a 6.78, es decir, de leve a altibajos normales (figura 2). Y luego, un aumento significativo en el bienestar psicológico ( $p = 0.023$ ) con un tamaño de efecto “moderado” ( $d = 0.51$ ) por el incremento en las medias de respuesta de los participantes, que fueron de 155.11 a 174.78; en otras palabras, de alto a elevado (figura 3).
- El diagnóstico (E1) y la evaluación del grupo control sin el tratamiento (E2), con la prueba “t de Student” no arrojaron diferencias significativas ni en sintomatología depresiva ni en bienestar psicológico (figuras 2 y 3).
- La evaluación del grupo control aun sin tratamiento (E2) y el postintervención del grupo experimental (E2) donde se identificaron:
- La disminución significativa ( $p = 0.09$ ) de la sintomatología depresiva en el grupo experimental después de la intervención, con tamaño de efecto “grande” ( $d = 1.40$ ).
- El mantenimiento de puntuaciones moderadas de bienestar psicológico, que no representan diferencias significativas ( $p = 0.202$ ) entre ambos grupos a pesar de la intervención, pero que sí tienen tamaños de efectos “moderados” ( $d = 0.63$ ).

En el último momento y ya realizada la intervención en el grupo control, se compararon las evaluaciones del grupo aun sin tratamiento (E2) y la evaluación prima (E3) encontrando un:

- Decremento significativo ( $p = 0.002$ ) en las medias de sintomatología depresiva de 16.89 a 6.11, es decir, de leve a altibajos normales, con magnitud “grande” ( $d = 1.62$ ) (figura 2).

- Incremento en las medias de bienestar psicológico de 152 a 185.56 (de alto a elevado), que representan diferencias significativas ( $p = 0.006$ ) con tamaño de efecto “grande” ( $d = 1.10$ ) (figura 3).

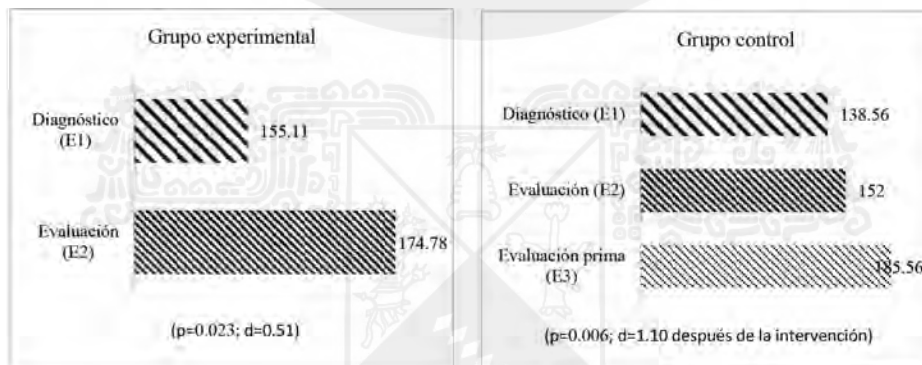
Figura 2. Tendencia decreciente significativa de la variable Sintomatología depresiva tras la intervención



Medias estadísticas en los tres momentos de evaluación de la variable sintomatología depresiva tanto en el grupo experimental como el grupo control.

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Tendencia creciente significativa de la variable Bienestar psicológico tras la intervención



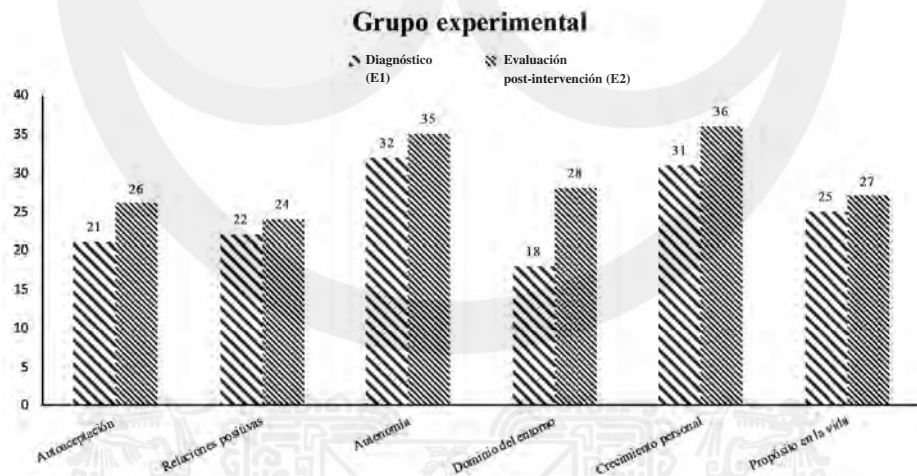
Medias estadísticas en los tres momentos de evaluación de la variable bienestar psicológico tanto en el grupo experimental como el grupo control.

Fuente: elaboración propia.

Para finalizar, mediante la “t de Student de muestras relacionadas”, se realizaron comparaciones entre las medias de evaluaciones diagnósticas y postinter-

vección de cada grupo con respecto a las dimensiones de Bienestar psicológico, mismas que evidenciaron en el grupo experimental un aumento significativo en las medias de la autoaceptación ( $p = 0.032$ ), el dominio del entorno ( $p = 0.000$ ) y el propósito en la vida ( $p = 0.004$ ). En el grupo control, en un primer análisis entre las evaluaciones sin intervención solo se encontró un incremento significativo en las medias de la dimensión de autonomía ( $p = 0.035$ ), pero después del tratamiento se presentó un aumento significativo en las medias de todas las dimensiones (figuras 4 y 5). Es importante mencionar que las medias de todas las dimensiones en ambos grupos se encuentran en un rango medio de acuerdo con la dominancia de los afectos positivos y negativos que Ryff propone en la escala y modelo teórico (Ryff y Keyes, 1995).

Figura 4. Tendencia creciente en las dimensiones de la variable Bienestar psicológico en el Grupo experimental tras la intervención

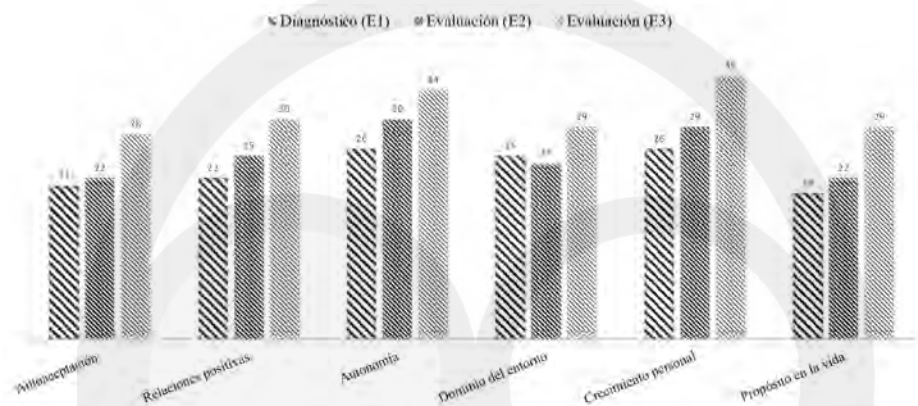


Tendencia en los dos momentos (pre y postintervención) para las dimensiones de Bienestar psicológico en el grupo experimental. Hubo un aumento significativo en las medias de autoaceptación ( $p = 0.032$ ), dominio del entorno ( $p = 0.000$ ) y propósito en la vida ( $p = 0.004$ ).

Fuente: elaboración propia.



Figura 5. Tendencia creciente en las dimensiones de la variable Bienestar psicológico en el Grupo control tras la intervención



Tendencia en los tres momentos (pre y postintervención) para las medias de las dimensiones de Bienestar psicológico en el grupo control. Aumento significativo en todas las medias de las dimensiones después de la intervención.

Fuente: elaboración propia.

## Comentarios y conclusiones

El desempleo es un problema sociológico, clínico y político con impacto negativo en la calidad de vida, el nivel de satisfacción de las personas, el grado de bienestar psicológico y la presencia de trastornos psicósomáticos y mentales, como la depresión. En la actualidad, estos problemas se analizan e intervienen separando el ámbito clínico de lo profesional y ocupacional, es decir, desde un escritorio o consultorio, impidiendo el uso de intervenciones que promuevan la transformación integral y la elaboración de estrategias de atención adecuadas a la persona, así como la construcción y validación de la experimentación científica.

Esta propuesta intenta alejarse de esta perspectiva y propone herramientas de educación y acceso a recursos clínicos mediados por acciones concretas de apoyo y manejo de las necesidades de la comunidad; en otras palabras, induce a la prevención o atención de la salud mental en contextos reales y de la vida diaria, considerando la vitalidad, la autenticidad y el crecimiento de las personas sin omitir, la necesidad de generar una búsqueda de empleo activa y acorde al mercado laboral.

Además, desde una perspectiva estadística, el tratamiento cognitivo-conductual propuesto para los desempleados del Servicio Nacional del Empleo de la ciudad de Cuernavaca, México, respondió al objetivo planteado de disminuir la



sintomatología depresiva y aumentar el bienestar psicológico, con la salvedad de que la intervención se realizó en un medio social y no en un laboratorio, impidiendo en gran medida el control absoluto de todas las variables. En un primer análisis de los grupos (experimental y control), en la variable Sintomatología depresiva se encontraron puntuaciones medias que reflejan una presencia leve de los síntomas, que puede estar asociada al tiempo y las atribuciones causales del desempleo (Yáñez, 2005). Es importante mencionar que en ambos grupos, en los casos con un tiempo de desempleo mayor a seis meses, se identificaron promedios moderados de sintomatología depresiva, lo que coincide teóricamente con la idea de que a mayor tiempo de inactividad laboral mayor será el factor de riesgo de depresión y afectación en la salud mental, aunado a las atribuciones que el sujeto realice de su desempleo y las emociones y sentimientos que se deriven de su postura (Aránguiz, 2006; Yáñez, 2005), de esta forma, personas con mayor temporalidad en el desempleo deberán ser los grupos *target* de atención primordial.

En la variable Bienestar psicológico, por otro lado, se registraron medias que representaban niveles entre lo moderado y alto, contradictorias a las que se asumían en el inicio del experimento. Esto deberá responder a la existencia de otras variables no contempladas, que ejercen a favor de la persona y amortiguan el impacto del desempleo; por ejemplo, el apoyo social, las actividades que el sujeto desempleado realiza en sus tiempos libres y que le permiten controlar y usar sus habilidades y los atributos personales, como la autoeficacia, la educación y el optimismo (Aránguiz, 2006; Buendía, 2010; Yáñez, 2005; Martín, 2016; Vázquez *et al.*, 2009).

A pesar de lo anterior, en ambas variables y después de la aplicación de la intervención en el grupo experimental, se identificaron cambios significativos en las respuestas con tamaños de efecto “moderados y grandes”, mismos que se repitieron en el grupo control después del tratamiento. En un inicio, estos cambios podrían estar relacionados con el carácter grupal de la propuesta y el uso de las técnicas y de una buena alianza terapéutica, que consideró variables como el establecimiento de la confianza, las expectativas iniciales, la comunicación persuasiva del instructor y el desarrollo de la motivación (Aránguiz, 2006; Buendía, 2010; Yáñez, 2005).

Por lo tanto, se valida la hipótesis de investigación y se concluye que un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye la sintomatología depresiva y aumenta el bienestar psicológico en personas desempleadas ubicadas en el Servicio Nacional del Empleo de Cuernavaca, Morelos.

Para complementar y desde la mera observación cualitativa y la experiencia anecdótica por parte de la autora principal de este escrito, se documenta que los participantes:

- Identificaron las etapas del duelo, los comportamientos, las actitudes y los sentimientos que cada una involucra, así como los ajustes para experimentar rápidamente el periodo de crisis.
- Reconocieron funciones distintas de las adquiridas por medio del trabajo, las expectativas sociales y la cultura.
- Se motivaron para integrarse en actividades familiares, personas y académicas que aumenten las redes sociales y de apoyo.
- Revalorizaron proyectos de vida y redujeron conductas de evitación de estos.
- Aprendieron el diseño correcto de un currículum vitae.
- Tipificaron y apropiaron posturas y estrategias ante un entrevistador.
- Ampliaron posibilidades de búsqueda o creación de trabajo.
- Valoraron el apoyo y la escucha terapéutica.

Además, después de un año de la intervención se contactó a los participantes para saber su estatus actual y se recopilaron los siguientes datos:

- Del grupo experimental, cuatro personas (44%) emprendieron un negocio a los dos meses de la intervención y dos más (22%) tienen trabajo formal; el resto (34%) no pudo ser localizado.
- Del grupo control, cuatro personas (44%) tienen trabajo formal y cuatro (44%) emprendieron; la persona restante no pudo ser localizada.

Pese a lo anterior, la propuesta de intervención tiene algunas limitaciones que se deben considerar. En primer lugar, a pesar de tener un grupo control, no se tomaron en cuenta variables contextuales y no se controló el efecto de la aplicación repetida de los instrumentos psicológicos. En segundo lugar, el tamaño de la muestra fue débil en potencia para emitir una validez de inferencia estadística a otras poblaciones y, finalmente, el diseño como tal, a pesar de garantizar la igualdad de los grupos, tampoco permite la comparación entre los puntajes individuales de los sujetos o el análisis de la acción del tratamiento de forma diferencial (Arnau, 1984).

No obstante lo anterior y dado el diseño utilizado en el presente estudio, los resultados estadísticamente significativos y con tamaños de efecto satisfactorios, así como el carácter de la intervención breve y grupal, se considera que hay elementos para concluir que, a pesar de que el desempleo sea una variable constante en la que no se tiene control ni en la exposición ni en la duración, la sintomatología depresiva como indicador endógeno del individuo puede disminuir, así como también puede aumentar el bienestar psicológico mediante una intervención cognitivo-conductual. Por lo que, a futuro, se exhorta a la construcción de programas que consideren muestras representativas no solo de México sino también de

otros países y que aborden ya no solo el apoyo para la búsqueda de empleo, sino también aspectos específicos de la salud mental, mediante distintas estrategias de apoyo psicológico.

## Referencias bibliográficas

- ÁLVARO, J. y Garrido, A. (2003). Economic hardship, employment status and psychological well-being of young people in Europe, en T. Hammer, *Youth Unemployment and Social Exclusion in Europe: A Comparative Study*. Bristol., pp. 173-192.
- AMODEO, S. (2011). Psicoterapia del trastorno de estrés postraumático. A propósito de un caso. *Clínica Contemporánea*, 2(3), pp. 285-292.
- ARAMBURU, L. (2003). Enfoques cognitivo y conductual: Evaluación de dos programas de intervención con desempleados. *Psicothema*, 15 (2), pp. 183-189.
- ARÁNGUIZ, E. (2006). Psicología y desempleo. *Revista Internacional de Psicología*, 7(2).
- ARÉVALO-PACHÓN, G. (2012). Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 5(2), pp. 17-30.
- ARIAS, F. (2007). *Metodología de la investigación*. México: Trillas.
- ARNAU, J. (1984). *Diseños experimentales en psicología y educación* (vol. 2). México: Trillas.
- AYERDI, P. y Tabera, F. (1991). *Juventud y empleo: una aproximación descriptiva*. Madrid: Popular.
- BAECHLE, T. y Earle, R. (2000). *Principios del entrenamiento y del acondicionamiento*. Madrid: Médica Panamericana.
- BATLLE, S. (2007). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: enfoque cognitivo-conductual. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- BECK, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BELLO, M., Puentes-Rosas, E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47(1), pp. 4-11.
- BELTRÁN, M., Freyre, M. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El inventario de depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), pp. 5-13.
- BLANCH, J. (1990). *Del viejo al nuevo paro: Un análisis psicológico y social*. Barcelona: PPU.
- BRIONES, V., Bravo, G. y Moreira C. (2019). Programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de los estudiantes con discapacidad de la Universidad Técnica de Manabí. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/09/habilidades-sociales-estudiantes.html>
- BUENDÍA, J. (2010). *El impacto psicológico del desempleo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- CARRO, C., y Sanz, R. (2015). Intervención cognitivo-conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: Análisis de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* (1), pp. 43-59.
- DAVIS, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. España: Martínez Roca.
- DE PABLO URBAN, J. M. (1987). El papel del psicólogo en la lucha contra el desempleo. *Apuntes de Psicología*, 22, pp. 7-13.

- DÍAZ, C., Navarro, A., Climente, J., Ortega, M., López-López, M. J. y Casado, J. (2015). Pérdida y afrontamiento en desempleados: Adaptación del inventario de Texas revisado de duelo a la situación de pérdida de empleo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2), pp. 111-124.
- DÍAZ, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), pp. 572-577.
- DIERENDONCK, D. V. (2004). The construct validity of Ryff's scale of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences* (36), pp. 629-643.
- ELLIS, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva* (vol. 2). Bilbao: Desclee de Brouwer (Biblioteca de Psicología.)
- ESPINO, A. (2014). Crisis económica, política, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), pp. 385-404.
- ESTRAMINA, J., Gondim, S., Luque, A., Luna, A. y Dessen, M. (2012). Desempleo y bienestar psicológico en Brasil y España: un estudio comparativo. *Organizaciones y Trabajo*, 12(1), pp. 5-16.
- FAGÍN, L. (1987). Stress y desempleo. *Revista Asociación Española de Psiquiatría*, 7(21), pp. 265-276.
- FEATHER, N. T. y Davenport, P. R. (1981). Unemployment and depressive affect: A motivational and attributional analysis. *Journal of Personality and social Psychology*, 41, pp. 422-436.
- FERNÁNDEZ, J. y Aramburu, L. (1993). *Sesiones de adiestramiento en búsqueda de empleo*. Madrid: COIE de la Universidad de Alcalá de Henares.
- FOSCHIA, A. (2011). *Proyecto de intervención psicopedagógica* [en línea]. Recuperado de <https://www.slideshare.net/alejandra/proyecto-de-intervencion-psicopedaggica>
- GARCÍA-VINIEGRAS, V., Carmen, R. y Benítez, I. G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana*, 16(6), pp. 586-592.
- GARRIDO, A. (2009). Desempleo, en R. Román, *Diccionario crítico de ciencias sociales Terminología científico-social*. Madrid y México: Plaza y Valdés.
- GILI, M., García, J. y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- GLOAGUEN, V., Cottraux, J., Cucherat, M. y Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorder*, 49(1), pp. 59-72.
- GONZÁLEZ-SALAZAR, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías* (57), pp. 12-17.
- HERNÁNDEZ-BUSSOLO, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N. y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), pp. 15-28.
- HERNÁNDEZ-SILVA, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso* (tesis de grado). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL [IMSS] (2016). *Depresión*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA [INEGI] (2017). Indicadores de ocupación y empleo [comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/>
- ISAACSON, L. y Brown, D. (1993). *Career Information, Career Counseling, and Career Development*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- JAHODA, M. (1987). *Empleo y desempleo: Un análisis socio-Psicológico*. Madrid: Morata.



- JURADO, S., Villegas, M., Rodríguez, L., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), pp. 26-31.
- KIMELDORF, M. y Tornow, J. (1984). Job clubs: Getting into the hidden job market. *Pointer*, 28(3), pp. 29-32.
- LÓPEZ-PETERSEN, M. (2011). Terapia grupal en depresión: una mirada Integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa* (3), pp. 27-54.
- LOZANO, J., y Rubio, E. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), pp. 471-499.
- MANZINI, J. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Análisis de la 5ª reforma aprobada por la AMM. *Acta Bioethica*, 6(2), pp. 321-334.
- MARTÍN, V. (2016). *Bienestar subjetivo, bienestar psicológico y significación vital en personas en situación de desempleo* (tesis de grado). Tenerife: Universidad de la Laguna.
- MARTÍN-GARCÍA, X. (1992). El rol-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 15, 63-67.
- MATHERS, C. y Schofield, D. (1998). The health consequences of unemployment: The evidence. *Medical Journal of Australia*, 168(4), pp. 178-182.
- MCKEE-RYAN, F., Song, Z., Wanberg, C. y Kinicki, A. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A metaanalytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), pp. 53-76.
- MEDINA-CALVILLO, M., Gutiérrez-Hernández, C. y Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo* (27), pp. 25-30.
- MORALES, R. (2005). *Efectos psicosociales de la desvinculación laboral, sin acompañamiento psicológico* (tesis de licenciatura). Guatemala: Universidad de San Carlos.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2003). *International Training Compendium on Labour Statistics Statistics of Employment, Unemployment, Underemployment: Economically Active Population* [en línea]. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/module.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2001). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, en *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. España: Médica-Panamericana.
- SAN, L., y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.
- PAUL, K. y Moses, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), pp. 264-282.
- REY, L. y Moreno, E. (2017). *Estrategias para disminuir el impacto del desempleo en la salud mental: el papel de la motivación y la autoeficacia en la orientación laboral*. Córdoba: Moreno Eliana M.
- RUIZ, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- RYAN, R. y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), pp. 68-78.
- RYFF, C. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), pp. 1069-1081.



- RYFF, C. y Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), pp. 719-727.
- SAN, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.
- TIZÓN, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencia, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- VÁZQUEZ, C., Hervás, G., Rahona, J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aporta. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* (5), pp. 15-28.
- VINOKUR, A., Van Ryn, M., Gramlich, E. y Price, R. (1991). A long-term follow-up and cost-benefit analysis of a successful preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology*, 76(2), pp. 1-7.
- YÁÑEZ, R. (2005). *Algunas consecuencias psicológicas asociadas al desempleo*. Documento impreso. Universidad de Concepción.
- YAPKO, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## 10. Entrenamiento sobre técnicas de manejo del estrés laboral y su influencia en el indicador *Trato digno* en enfermeras

José Félix Brito Ortiz,<sup>1</sup> Martha Eugenia Nava Gómez,<sup>1</sup> César Merino Soto,<sup>2,3</sup> Estefanía Brito Nava,<sup>4,5</sup> Omar Esquivel Lagunas<sup>2</sup> y Arturo Juárez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Baja California, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

<sup>3</sup>Universidad de San Martín de Porres, Perú

<sup>4</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, México

<sup>5</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

### Resumen

*Objetivo.* Elevar el indicador de calidad Trato digno y disminuir el estrés percibido en personal de enfermería, mediante el entrenamiento sobre meditación y relajación, como técnicas de manejo del estrés laboral. *Material y métodos.* La unidad de análisis fue diferenciada, por lo que para evaluar el indicador Trato digno se consideraron N = 38 centros de salud y para el estrés se aplicaron individualmente N = 150 cuestionarios. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba “t de Student” y estimaciones de magnitud de efecto. *Resultados.* El nivel de estrés percibido por el personal de enfermería disminuyó, y el indicador de Trato digno se incrementó después del entrenamiento. *Conclusiones.* El entrenamiento sobre las técnicas de meditación y relajación fue efectivo para disminuir el estrés en el personal de enfermería e incrementar el Trato digno hacia los pacientes; empero, todavía hay tareas pendientes para mantener niveles moderados de estrés en el personal de enfermería, por ejemplo, generar cambios en el ámbito organizacional.

**Palabras clave:** estrés, intervención, enfermeras, México.

### Introducción

El personal de enfermería es un grupo ocupacional conocido por su vulnerabilidad al estrés (Juárez, 2007). Las enfermeras y enfermeros, dadas las características de su trabajo, están expuestos a sobrecarga laboral y demandas emocionales,

al involucrarse más que cualquier otro profesional de la salud en cuidados intensivos y prolongados hacia el enfermo, lo cual exige alta concentración y responsabilidad para ofrecer servicios de salud con calidad, atendiendo dignamente al paciente (Gil-Monte, García-Juesas y Caro, 2008). En la última década, el sistema de salud de México ha definido como objetivos ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes. La calidad del mismos implica que se responda a las exigencias y necesidades de los usuarios (Balderas, 2009).

En cuanto a las estrategias utilizadas para la búsqueda de una mejora de la calidad de los servicios, la Organización Panamericana de la Salud (ops, 1998) puntualiza que inician a partir de la definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (oms, 2008) define la calidad de la atención médica como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

En México, la reforma del sector salud tiene tres objetivos: primero, mejorar la salud de la población; segundo, garantizar la seguridad financiera en materia de salud y, tercero, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud; para esto se ha desarrollado el indicador de calidad en enfermería denominado Trato digno (Secretaría de Salud [ssa], 2014).

El trato digno también es llamado “trato adecuado” y, siendo una dimensión de la calidad de la atención (García y Cortés, 2012), es un proceso de la práctica asistencial que forma parte del desempeño ocupacional del personal de enfermería; está sustentado en derechos humanos y enmarcado en principios éticos, así como también tiene que ver con las expectativas de las personas y con los aspectos objetivos del sistema de salud en México (ssa, 2010). El indicador de Trato digno se define como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia en unidades hospitalarias (ssa, 2003). El comportamiento del profesional respecto al Trato digno está integrado en una perspectiva ética sobre su servicio profesional y la búsqueda del bienestar del paciente; por lo tanto, es intrínseco a la relación profesional-paciente (Rodríguez y Velázquez, 2014).

Nava (2014) puntualiza que el estrés laboral negativo puede ser un factor fundamental para el incumplimiento del indicador Trato digno por el personal de enfermería que labora en centros de salud. Dentro del ámbito laboral, el estrés se define como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas

y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo (Levi, 2000). Se trata de un fenómeno psicosocial que tiene indicadores en el ámbito biológico, psicológico y social; habría que agregar que la concepción más integral del estrés implica que puede ser un proceso negativo (distrés) o positivo (eustrés) (Selye, 1956). Las intervenciones para incidir sobre el estrés laboral negativo se han clasificado en diversos tipos. En este sentido Ivancevich y Matteson (1992) distinguen entre técnicas y estrategias preventivas y curativas; Cooper (1998) sugiere que las intervenciones pueden atender a aspectos individuales, organizacionales o de la “interfase” entre individuo y organización, en tanto que Rodríguez, Roque y Molerio (2002) diferencian tres niveles de intervención: primaria (reducción de los estresores), secundaria (gestión o manejo del estrés) y terciaria (programas de asistencia a los empleados).

Cabe mencionar que altos niveles de estrés negativo (distrés) pueden generar aspectos nocivos en las personas y las organizaciones; por el contrario, un estrés moderado puede ser positivo (eustrés) y generar un alto desempeño (Teigen, 1994) y, por ende, un elevado nivel de Trato digno (Brito *et al.*, 2016). La capacidad de mantener niveles adecuados de estrés en el trabajo y la búsqueda constante para alcanzar un mejor desempeño ocupacional en el área de enfermería han sido objeto de atención de diversas investigaciones, en las se puede observar que las enfermeras que presentan niveles moderados de estrés tienen mejor desempeño (Nabirye *et al.*, 2011; Brito *et al.*, 2016).

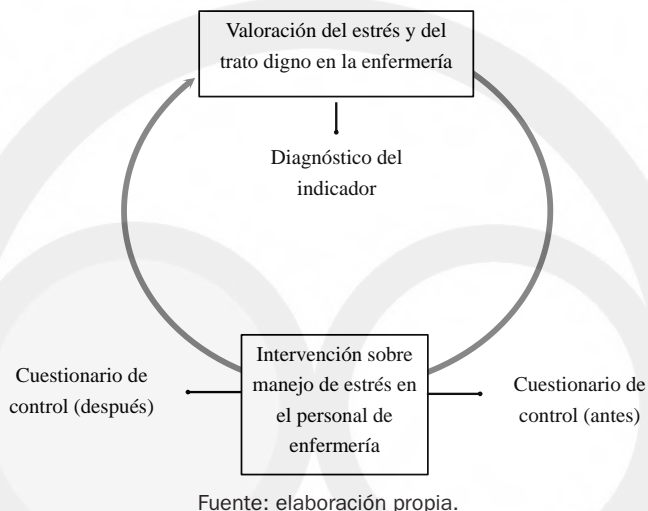
Por esto es que se propone implementar un entrenamiento sobre técnicas de manejo del estrés laboral para elevar el desempeño, en particular, incrementando el indicador Trato digno en el personal de enfermería. En el presente proyecto de investigación se implementó una intervención en el ámbito de prevención secundaria sobre el manejo de estrés, considerando la premisa de que el estrés se relaciona directamente con el desempeño ocupacional del personal, en este caso, con el trato que otorga el personal de enfermería al paciente (Brito, 2014).

## Método

La figura 1 muestra el modelo metodológico del entrenamiento sobre las técnicas de meditación y relajación para el manejo del estrés laboral que permitieron elevar el indicador Trato digno. Este modelo se puede entender como un diseño de pretest-postest de grupo único (Cranmer, 2017).



Figura 1. Modelo metodológico del estudio



## Participantes

La unidad de análisis para evaluar el estrés percibido fue el personal individual de enfermería (N = 150), mientras que para evaluar el Trato digno en los pacientes la unidad de análisis fue el centro de salud (N = 38). Se consideraron la totalidad de los centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria 2 de los Servicios de Salud de Morelos; en total, 38 centros de salud donde laboran 150 profesionales de la enfermería. La participación con relación a la población total para evaluar el estrés fue de 100%.

En cuanto a las características demográficas de los 150 profesionales de enfermería de la Jurisdicción 2: 96% eran mujeres y 4% hombres; la edad promedio encontrada fue de 38 años, con una desviación estándar de 10.3; la enfermera con menor edad tenía 23 años y la de mayor edad, 69. Respecto a la formación académica en enfermería, predominó el nivel técnico en enfermería, con 77.4%, seguido de 14.3% con licenciatura en Enfermería y 8.3% de enfermeras auxiliares. Con respecto a su situación laboral, 53.6% contaba con la solidez de una base contractual, mientras que 46.4% tenía un contrato de carácter eventual. La media de la antigüedad fue de 14 años de servicios, con una desviación estándar de 9 años y una moda de 11 años. La enfermera con mayor antigüedad sumaba 32 años de servicio y la de menor antigüedad, un año. Tanto la selección del personal

individual como de los centros de salud fue por conveniencia, basada en la oportunidad, disponibilidad, y voluntariedad de la participante.

## **Instrumentos**

### *Escala de estrés percibido (PSS)*

Se trata de una medida de autoinforme que permite medir el estrés psicológico cuyos ítems evalúan el grado en que las personas tienen o no control sobre las cosas. En su versión original, consiste en una escala de 14 ítems con cuatro respuestas de opción múltiple, formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros, a la pérdida de control y sus consecuencias (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983). Dicha escala proporciona una medida global del estrés percibido en el último mes (Remor, 2006). En población mexicana, con la versión europea-hispana del PSS se han obtenido resultados satisfactorios psicométricos sobre su estructura interna y confiabilidad en la población general, estudiantes y pacientes clínicos (González-Ramírez, Rodríguez-Ayán y Landero-Hernández, 2013; González y Landero, 2007; Torres-Lagunas *et al.*, 2015).

### *Cuestionario sobre Trato digno*

Se utilizó el cuestionario de recolección de datos sobre el indicador Trato digno, conformado por 11 preguntas de opción dicotómica, desarrollado e implementado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud (SSA, 2002). Su desarrollo parece mostrar validez de apariencia y de contenido. En otros estudios (García-Gutiérrez y Cortés-Escárcega, 2012; Nava-Gómez *et al.*, 2011), la confiabilidad por consistencia interna fue de .78; en el presente estudio, la confiabilidad  $\alpha$  fue de .72

## **Procedimiento**

### *Recolección de datos*

Antes del entrenamiento sobre las técnicas de meditación y relajación para el manejo del estrés laboral, se tomó (por parte de entrevistadores independientes) la medi-

da del indicador Trato digno (cinco cuestionarios por centro de salud) y la medida sobre el estrés percibido (e.g., PSS) por el personal de enfermería, en el periodo comprendido entre los meses de junio y octubre del año de la medición basal. Posteriormente, se realizó una segunda medición en el periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre del siguiente año, y en enero del año final.

Cabe mencionar que el personal de apoyo que intervino para aplicar los cuestionarios tenía instrucciones de no ayudar a las personas a interpretar las preguntas. En otras palabras, el personal que participó en la investigación no planeó ni controló la producción del fenómeno ni sus resultados (Arias-Galicia, 2007). Estas condiciones se aplicaron en la evaluación del pretest y del postest.

### *Intervención*

El entrenamiento sobre la técnica de meditación para el manejo del estrés laboral consistió en dos sesiones, con duración de 3 horas cada una. Se les enseñaron dos técnicas: a) meditación diligente (MBSR, del inglés *mindfulness-based stress reduction*), que consistió en que los participantes hicieran meditación con verificación del cuerpo, meditación sedente y hatha yoga, que implicó la práctica de estiramientos y posturas simples (Kutz, Leserman y Dorrington, 1985) y, b) meditación trascendental (MT), en la cual los profesionales de la enfermería recibieron un mantra (palabra o sonido) que repitieron en silencio una y otra vez, mientras permanecían sentados en una posición cómoda (Kutz, Leserman y Dorrington, 1985).

Por otra parte, el entrenamiento sobre la técnica de relajación para el manejo del estrés laboral consistió en dos sesiones, con duración de 3 horas cada una. Las técnicas que se utilizaron fueron: a) respiración diafragmática (RD) o respiración profunda relajada, que consiste en el uso del diafragma al momento de inspirar; su propósito es reducir la velocidad de la respiración, con el uso de músculos de los hombros, el cuello y la parte superior del tórax; esta técnica de respiración mejoró la oxigenación de todo el organismo (Snyder y Lindquist, 2012). También se les instruyó en, b) la relajación muscular progresiva (RMP), que consiste en tensar y liberar grupos musculares de manera sucesiva; la atención se dirige a discriminar las sensaciones experimentadas entre la relajación y la tensión de un grupo muscular (Snyder y Lindquist, 2012).

## Procesamiento de datos

Todos los datos de los cuestionarios utilizados se capturaron en dos ocasiones y se compararon mediante un programa; toda discrepancia se identificó y corrigió por la referencia en el instrumento original. Los datos se verificaron, limpiaron y exportaron a SPSS para su análisis. Cabe señalar que, como paso previo a cualquier comparación de porcentajes medios, se procedió a estudiar si las puntuaciones del indicador Trato digno y del estrés psicológico cumplían con los supuestos de normalidad y homocedasticidad, con la finalidad de utilizar estadísticos paramétricos o no paramétricos. Para el indicador de Trato digno los puntajes analizados en cada centro de salud fueron transformados a un valor porcentual; específicamente, todas las preguntas respondidas con la opción 1 fueron sumadas y, luego, divididas entre el número total de preguntas (11) y multiplicadas por 100.

Se analizaron e interpretaron las medidas de tendencia central sobre las características sociodemográficas y organizaciones del personal de enfermería en estudio, así como el nivel de estrés psicológico y el cumplimiento del indicador de Trato digno por parte del personal. Para determinar si existían diferencias significativas en cada grupo en cuanto al cambio se empleó la prueba estadística paramétrica “t de Student”, que compara medias entre dos muestras relacionadas (Cohen, 2013). Para mejorar la interpretación de los resultados se usaron también medidas de magnitud del efecto (que cuantifican en grado en que ocurren las diferencias entre los números comparados). En el caso del Trato digno se utilizó simplemente el porcentaje de cambio, consistente en la diferencia entre el postest y pretest, dividido entre el pretest (Törnqvist, Vartia y Vartia, 1985). En el caso de las diferencias en el pretest y postest del estrés psicológico, se utilizó la d de Cohen que cuantifica la diferencia de medias estandarizadas (Coe y Merino, 2003; Cohen, 1988). La interpretación del coeficiente d tiende a usar la clasificación de Cohen (1988):  $< .30$  = trivial,  $\geq .30$  = pequeño,  $\geq .50$  = moderado, y  $\geq .80$  = grande.

## Aspectos éticos

Se mantuvieron las siguientes condiciones: se aseguró el anonimato de los participantes durante la recogida de datos, se comunicó a los participantes el uso de la información y la ausencia de medios para identificación de los participantes y se aseguró la voluntariedad de participación.

## Resultados

### *Resultados en el nivel basal del cuestionario sobre Trato digno*

Los resultados estadísticos de la medición basal en la muestra en estudio para 38 centros de salud se presentan en la tabla 1. El índice de asimetría negativa del Trato digno indica la tendencia al predominio de las personas que obtienen puntuaciones medias (.84); en algunos ítems las respuestas estuvieron cerca de presentar el efecto de techo, por ejemplo, ítems 1, 6, 7 y 8. La muestra de enfermeras para la información presentada en la tabla 1 fue de 355, provenientes de la población de los 39 centros de enfermería.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del cuestionario sobre Trato digno, medición basal

	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
Puntaje total				
1 ¿Lo saluda en forma amable?	.84	.14	-1.82	4.23
2 ¿Se presenta con usted?	.91	.29	-2.87	6.29
3 ¿Se dirige a usted por su nombre?	.58	.49	-.32	-1.91
4 ¿Le explica sobre sus cuidados?	.65	.48	-.65	-1.59
5 ¿Se interesa porque su estancia sea agradable?	.88	.32	-2.42	3.86
6 ¿Guarda su intimidad y/o pudor?	.89	.31	-2.55	4.54
7 ¿La hace sentirse segura/o al atenderle?	.94	.23	-3.87	13.00
8 ¿La trata con respeto?	.94	.24	-3.75	12.15
9 ¿Le enseña los cuidados que debe tener?	.95	.21	-4.40	17.49
10 ¿El tiempo de espera fue menor a 30 minutos?	.87	.34	-2.17	2.76
11 ¿Se siente satisfecho con el trato?	.74	.44	-1.08	-.82
	.88	.33	-2.33	3.45

Fuente: elaboración propia.

### *Resultados del trato digno antes y después del entrenamiento*

Al comparar las puntuaciones medias antes y después del entrenamiento se obtienen diferencias positivas estadísticamente significativas (tabla 2), indicando que es poco probable que estas diferencias ocurran aleatoriamente y que pueden ser poblacionalmente relevantes. Para cuantificar descriptivamente el grado de cambio entre el pretest y postest, y para determinar un indicador de magnitud de efec-



to, se calculó el porcentaje de cambio, consistente en la diferencia entre el postest y el pretest, dividido entre el pretest (Törnqvist, Vartia y Vartia, 1985). Bajo el encabezado “% de cambio” de la tabla 2, aparecen estos resultados. Se observa que el cambio porcentual relativo a la medición del pretest varió entre 5.3% y 67.2%, correspondientes con las conductas referidas a “Trato con respeto” y “Presentarse a sí mismo”, respectivamente. El cambio porcentual promedio fue de 19.7%. Otra conducta que también mostró un cambio sustancial fue “Decir el nombre”. Estas conductas pueden considerarse de mayor impacto consecuentes a la intervención, no solo por el tamaño del cambio porcentual, sino porque su puntaje en el pretest fue el más bajo, mientras que el resto mostró una línea base elevada. Considerando el rango del tamaño de cambio porcentual y la significancia estadística en cada uno, se pueden asociar estos cambios al programa para elevar el indicador Trato digno.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los porcentajes sobre Trato digno antes y después del entrenamiento

Pregunta	Porcentajes anteriores al entrenamiento (n = 19) (desviación estándar)	Porcentajes posteriores (n = 19) (desviación estándar)	Significación estadística (p)	% de cambio (tamaño de efecto)
P1	91 (0.96)	98 (0.05)	Z = -4.077**	7.7
P2	58 (0.13)	97 (0.05)	Z = -5.550**	67.2
P3	65 (0.12)	1.0 (0.00)	Z = -5.340**	53.8
P4	88 (0.08)	99.47 (2.29)	Z = -4.820**	12.5
P5	89 (0.07)	100.00 (0.00)	Z = -5.103**	12.4
P6	94 (0.06)	100.00 (0.00)	Z = -4.022**	6.4
P7	94 (0.10)	100.00 (0.00)	Z = -3.429**	6.4
P8	95 (0.03)	100.00 (0.00)	Z = -4.837**	5.3
P9	87 (0.06)	99.34 (0.01)	Z = -5.249**	13.8

(continuación)

Pregunta	Porcentajes anteriores al entrenamiento (n = 19) (desviación estándar)	Porcentajes posteriores (n = 19) (desviación estándar)	Significación estadística (p)	% de cambio (tamaño de efecto)
P10	74 (0.15)	97.49 (0.05)	Z = -5.082**	31.1
P11	88 (0.14)	100.00 (0.00)	Z = -4.227**	13.6
Global	92 (0.036)	98.96 (0.01)	Z = -5.359**	6.5

\*\*Valor significativo  $p < .01$

Fuente: elaboración propia.

### Resultados en el nivel basal sobre la escala de estrés percibido

El índice de asimetría positiva en la medición basal indica una ligera tendencia al predominio de las personas que obtienen puntuaciones moderadamente altas; esto se confirma por los valores del promedio del estrés psicológico (3.38) con una desviación estándar de .28, en una escala de 1 a 5 (tabla 3). Aunque asimétricas, no tienden a superar el valor 1.0 (excepto el ítem 7).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la Escala de Estrés Percibido, medición basal (n = 150)

	M	DE	Asimetría	Curtosis
Factor 1: Pérdida del control				
Ítem 1	2.71	.931	.214	.141
Ítem 2	2.49	.968	.286	-.173
Ítem 3	3.29	.966	.149	-.401
Ítem 8	2.92	.894	.044	-.058
Ítem 11	2.81	.817	.221	.334
Ítem 12	3.77	.891	-.287	-.644
Ítem 14	3.19	.981	.268	-.244
Factor 2: A favor del control				
Ítem 4	2.06	.844	.780	1.129
Ítem 5	2.04	.766	.599	1.156
Ítem 6	1.79	.730	.954	1.830

ESTADO DE MORELOS

(continuación)

	M	DE	Asimetría	Curtosis
Ítem 7	1.85	.799	1.134	2.483
Ítem 9	2.05	.762	.830	1.349
Ítem 10	2.66	.967	.349	.122
Ítem 13	2.20	.929	.799	.603
Estrés percibido; min. 1.21; máx. 3.64	3.38	.284	.485	-.128

Fuente: elaboración propia.

### Resultados del estrés psicológico antes y después del entrenamiento

Al comparar las puntuaciones medias del estrés, antes y después del entrenamiento, se obtienen diferencias negativas estadísticamente significativas (tabla 4), como resultado de comparar las medias pretest y postest con la prueba “t de Student” para grupos dependientes. Para presentar los resultados desde un ángulo práctico se obtuvo un indicador de la magnitud de la diferencia entre el pretest y postest, realizado mediante  $d = \frac{t}{\sqrt{n}}$  (Lakens, 2013), donde  $t$  es la prueba “t de Student” para muestras pareadas y  $n$  es el tamaño muestral. Bajo la columna  $d$  de la tabla 4 aparece la magnitud de la diferencia. Se observa que en el contenido del factor “Pérdida de control”, la diferencia en los ítems tiende a ser principalmente trivial o pequeña y, excepto el tamaño moderado de la diferencia en el ítem 14 (“¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?”), la intervención parece tener un efecto que puede considerarse en conjunto variable, pero tendiendo al mínimo efecto.

Con respecto al contenido del factor “A favor del control”, el cambio pretest-postest fue significativamente mayor en la métrica del coeficiente  $d$ , porque, excepto en el ítem 7 (“¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?”), las diferencias fueron mayores a 1.0, sugiriendo grandes cambios. En el ítem 7, aunque el cambio fue comparativamente menor frente al resto de los ítems, la magnitud del cambio aún puede considerarse moderadamente grande. Respecto al puntaje total del PSS, la magnitud del cambio fue también grande.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del nivel de estrés, antes y después del entrenamiento

	Pretest		Postest		r	t	d
	M	DE	M	DE			
<i>Pérdida del control</i>							
Ítem 1	2.71	0.931	2.50	0.880	-0.115	1.871	0.153
Ítem 2	2.49	0.968	2.14	0.836	-0.110	3.154**	0.258
Ítem 3	3.29	0.966	2.85	0.825	-0.137	4.041**	0.330
Ítem 8	2.92	0.894	2.49	0.910	-0.058	3.981**	0.325
Ítem 11	2.81	0.817	2.64	0.762	0.006	1.833	0.150
Ítem 12	3.77	0.891	3.51	1.035	-0.157	2.170*	0.177
Ítem 14	3.19	0.981	2.33	0.798	-0.055	8.173**	0.667
<i>A favor del control</i>							
Ítem 4	3.71	1.032	1.91	0.768	-0.209	15.641	1.277
Ítem 5	3.73	0.902	1.90	0.702	-0.116	18.613	1.52
Ítem 6	3.93	1.008	1.66	0.600	-0.249	21.504	1.756
Ítem 7	3.86	0.983	1.75	0.716	-0.127	20.1	1.641
Ítem 9	3.74	0.863	1.91	0.679	-0.214	18.613	1.52
Ítem 10	3.47	0.924	2.52	0.888	-0.101	8.62	0.704
Ítem 13	3.72	0.949	2.06	0.829	-0.200	14.735	1.203
Puntaje total	3.38	.284	2.29	0.371	-0.991	20.29	1.657

Nota. r: correlación entre el puntaje pretest y postest. t. Prueba de diferencia de medidas. d: diferencia estandarizada. \*\* $p < .01$ . \* $p < .05$

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

El objetivo general del proyecto de investigación se cumplió, pues se evaluó la eficacia del programa de entrenamiento sobre técnicas de manejo del estrés laboral, diseñado para una muestra del personal de enfermería que se encontraba laborando en unidades de primer nivel de los servicios de salud de Morelos (centros de salud), demostrando la idoneidad de los procedimientos de entrenamiento utilizados en dicho programa. Es importante mencionar que las técnicas para controlar el estrés contribuyen a que los profesionales de enfermería mantengan un nivel moderado de estrés y, como consecuencia, un idóneo desempeño ocupacional de acuerdo con la ley Yerkes Dodson (Teigen, 1994), lo cual permite que establezcan relaciones interpersonales adecuadas con el paciente/cliente o su familia.

Las diferencias en el estrés percibido fueron grandes, indicando que la experiencia del estrés puede disminuir notoria y probablemente asociada al tratamiento aplicado. Sin embargo, se requiere de más precisión en el tipo de experiencia que fue plausiblemente modificada por el tratamiento. De acuerdo con nuestros resultados, la escala con el contenido “A favor del control” fue la que mostró diferencias grandes, mientras que las respuestas de cambio en el contenido referido como “Pérdida de control” exhibió un rango de decremento trivial o moderado. Por lo tanto, aunque la experiencia de estrés disminuyó, esta fue moderada por el tipo específico de experiencia de estrés.

Nos disponemos a contrastar y discutir nuestros resultados con diversos proyectos de investigación que han evaluado el indicador Trato digno en México. Primero, sobre el indicador Trato digno en el presente estudio en promedio, los niveles más bajos de los criterios que conforman este indicador, durante la primera medición y antes del entrenamiento, presentaron resultados similares a los reportados en los estudios de García-Gutiérrez y Cortés-Escarcéga (2011) y Nieto *et al.* (2011), en los que los criterios con más baja calificación fueron: ¿Se presenta la enfermera con usted? Cuando la enfermera se dirige a usted, ¿lo hace por su nombre? ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera? y ¿La enfermera le explica sobre los cuidados o las actividades que le va a realizar?

Segundo, sobre el nivel de estrés percibido y el desempeño ocupacional del personal de enfermería al atender dignamente al paciente; las evidencias de la relación que guarda el estrés con el desempeño del personal de enfermería en México y Latinoamérica aún son escasas. El presente estudio tuvo por objeto abonar a dichas evidencias empíricas.

Resulta trascendente aclarar un punto: generalmente, cuando se habla de estrés se le adjudican efectos nocivos; no obstante, solo cuando alcanza ciertos niveles adopta ese tinte. De hecho, siempre estamos bajo cierto grado de estrés, pues de otra manera no estaríamos vivos. Un bajo o alto nivel de estrés puede constituir un factor que afecte la motivación en el trabajo y el desempeño laboral (Brito *et al.*, 2016).

Tercero, sobre el entrenamiento de técnicas de manejo del estrés laboral. De acuerdo con Nascimento *et al.* (2016), el efecto del relajamiento muscular progresivo, como intervención, disminuye los niveles de estrés. Esto fue demostrado en un grupo de 40 personas, que fueron entrenadas durante ocho sesiones; como medición previa y posterior se aplicó la escala de estrés percibido. Los resultados al aplicar una prueba t demostraron una disminución significativa de los puntajes de la escala de estrés percibido ( $p < 0,001$ ), evidenciando la disminución de los niveles de estrés después de la práctica del relajamiento.



## Limitaciones

Se reconocen algunas limitaciones del presente estudio. Primero, los niveles basales sobre el trato digno fueron generalmente elevados y predominantemente mayor a 70% en las 11 preguntas. Este resultado puede ser una tendencia replicable respecto a otros estudios; por ejemplo, en el estudio de García-Gutiérrez y Cortés-Escarcéga (2012), las conductas afirmativas del Trato digno fueron mayores a 50%. Aunque en este estudio no fueron tan altas como las obtenidas aquí, se puede esperar una tendencia en ese sentido. Por otro lado, la tendencia a respuestas orientadas hacia el efecto de techo parece estar condicionada por la característica del que respondió al cuestionario –esto es, fue el mismo personal de enfermería el que respondió sobre sus propias conductas de Trato digno–, si se contrasta su elevada tendencia al efecto de techo frente a la tendencia comparativamente baja reportada por los usuarios (Nava-Gómez *et al.*, 2011; Nieto *et al.*, 2011; Puebla-Viera, Ramírez-Gutiérrez y Ramos-Pichardo, 2009). Una futura intervención debe contrastar directamente las percepciones del personal de enfermería y de los usuarios.

En segundo lugar, la inclusión de un grupo de control no fue posible y, por lo tanto, un contraste de los resultados frente a un grupo de similares características limita las conclusiones del presente estudio. Por último, la muestra no fue elegida aleatoriamente respecto al personal de enfermería del país, sino por la oportunidad de los investigadores y la conveniencia del acceso, en una zona del mismo. Antes de poder generalizar los resultados, estos pueden no ser semejantes en otras latitudes de México y será necesario efectuar investigaciones en otras zonas del país.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta que actualmente todos los centros de salud en estudio atienden principalmente a personas afiliadas al sistema de protección social en salud, quienes tienen derechos explícitos dentro del marco legal (entre los cuales se contempla un trato adecuado por parte del personal de salud), este tipo de intervenciones denotan la contribución para lograr los objetivos establecidos para el cumplimiento de los indicadores de calidad por parte del personal de enfermería (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2014).

Considerando que la parte fundamental que da la característica de adaptabilidad a un sistema de salud es el factor humano, los prestadores de servicios tienen la capacidad de resistirse o bien aprender y cambiar como resultado de la experiencia; por tanto, es importante seguir considerando diversas estrategias para

otorgar un Trato digno que sea claramente percibido por los usuarios de las unidades de salud. Se trata de un derecho enmarcado en la legislación nacional (SSA, 2005; 2014).

A pesar de que se está innovando en la evaluación del indicador de Trato digno en unidades de primer nivel de atención, resultó alentador, tanto para las propias enfermeras, como para las autoridades, la obtención de resultados altamente positivos, ya que se alcanzó un nivel de cumplimiento de 100% en este indicador en algunos centros de salud.

Por otra parte, diversos estudios han puesto a prueba la teoría psicológica de que un moderado grado de estrés genera altos niveles de desempeño (Nabirye *et al.*, 2011; Raeda, 2014; Brito *et al.*, 2016). Es recomendable que las organizaciones tomen en cuenta el entrenamiento sobre técnicas de control del estrés laboral para, en su caso, mantener niveles moderados de estrés que permitan mejorar la salud y el desempeño de los trabajadores.

## Referencias bibliográficas

- ARIAS-GALICIA, L.F. (2007). Recopilación de datos, en *Metodología de la investigación*. México: Trillas, pp. 279-280.
- BALDERAS, P. (2009). Calidad total en enfermería. *Administración de los servicios de enfermería*. México: Mac Graw-Hill.
- BRITO, J. (2014). *El desempeño y su relación con el estrés psicológico y otros factores psicosociales del trabajo en personal de enfermería de los Servicios de Salud del Estado de Morelos* (tesis de doctorado no publicada). México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- BRITO, J., Nava, G., Brito-Nava, E. y Juárez-García, A. (2016). Perceived stress and job performance in nurses: A structural analysis. *Psicología y Salud*, 25(2), pp. 157-167.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH) (2014). Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes. *Boletín Asamblea Médica Mundial* (1981). Recuperado de [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/1\\_5.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/1_5.htm)
- COE, R. y Merino, C. (2003). Magnitud del efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología-PUCP* (21), pp. 147-177.
- COHEN, B. H. (2013). *Explaining Psychological Statistics* (4ª ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). New Jersey: Erlbaum.
- COHEN, S., Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour* (24), pp. 385-396. DOI: /10.2307/2136404
- COOPER, C. L. (1998). *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press.
- CRANMER, G. A. (2017). One-group pretest-posttest design, en M. Allen (ed.), *Sage Encyclopedia of Communication Research Methods*. Thousand Oaks: Sage, pp. 1124-1126.
- GARCÍA-GUTIERREZ, C. y Cortés-Escárcega, I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Revista CONAMED*, 17(1), pp. 18-23.

- GIL-MONTE, P. R., García-Jueas, J. A. y Caro H., M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. A study in nursing professionals. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), pp. 113-118.
- GONZÁLEZ RAMÍREZ, M. T. y Landero Hernández, R. L. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (pss) in a sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10(1), pp. 199-206. DOI: /10.1017/s1138741600006466
- GONZÁLEZ-RAMÍREZ, M. T., Rodríguez-Ayán, M. N. y Landero-Hernández, R. (2013). The perceived stress scale (pss): Normative data and factor structure for a large-scale sample in Mexico. *Spanish Journal of Psychology* (16), E47. DOI: /10.1017/sjp.2013.35
- IVANCEVICH, J. y Matteson, M. (1992). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- JUÁREZ, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Revista de Salud Pública México*, 49(2), pp. 109-117. DOI: /10.1590/s0036-36342007000200006
- KARASEK, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), pp. 285-308. DOI: /10.2307/2392498
- KUTZ, I., Leserman, J. y Dorrington, C. (1985). Meditation as an adjunct to psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), pp. 209-218. DOI: /10.1159/000287881
- LAKENS, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers of Psychology*, 4, 863. DOI: /10.3389/fpsyg.2013.00863
- LEVI, L. (2000). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la sal de la vida o el beso de la muerte?* Luxemburgo: Comisión Europea. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Recuperado de [http://webs.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/informes/Informe%20europeo20Estres%20Laboral.pdf](http://webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo20Estres%20Laboral.pdf)
- MASLACH, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), pp. 99-113. DOI: /10.1002/job.4030020205
- NABIRYE, R., Brown, C., Pryor, R. y Maples, H. (2011). Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *Journal of Nursing Management*, 19, pp. 760-768. DOI: /10.1111/j.1365-2834.2011.01240.x
- NASCIMENTO, P., De Melo, K., Da Silva, E. y Acosta, M. (2016). Efecto del relajamiento muscular progresivo como intervención de enfermería en el estrés de personas con esclerosis múltiple. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 24, e2789. DOI: /10.1590/1518-8345.1257.2789
- NAVA, G. (2014). *Evaluación de una intervención para mejorar el indicador de calidad trato digno en centros de salud* (tesis de doctorado no publicada). México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- NAVA-GÓMEZ, M., Brito-Ortiz, J., Valdez-Escobedo, A. y Juárez-García, A. (2011). Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 19(2), pp. 91-98. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112f.pdf>
- NIETO, G., Romero, Q., Córdoba, A. y Campos, C. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED* (16), pp. 5-11.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2008). *Alianza mundial para la seguridad del paciente, la investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura*. Ginebra: UNICEF.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1998). *Programa de garantía de calidad de atención de salud*. Organización Mundial de la Salud, Subcomité de Planificación y del Comité Ejecutivo.
- PUEBLA-VIERA, D., Ramírez-Gutiérrez, Ramos-Pichardo. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 17(2), 97-102.
- RAEDA, F. (2014). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), pp. 73–78. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15098422>
- REMOR, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), pp. 86-93. DOI: /10.1017/s1138741600006004
- RODRÍGUEZ, M. y Velázquez, A. (2014). Trato digno en los cuidados de enfermería al paciente pediátrico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(3), pp. 96-97. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en143a.pdf>
- RODRÍGUEZ, R., Roque, Y. y Molerio, O. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Psicología Científica*, 3(1), pp. 1-19. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/13>
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2002). *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2003). *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria*. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2005). *Observatorio del desempeño hospitalario*. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2010). *Marco conceptual de la evaluación de los servicios y programas a la evaluación comparativa de los sistemas de salud*. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) (2014). *Objetivos de los sistemas de salud*. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado de [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco\\_objetivos.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos.htm)
- SELYE, H. (1976). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- SNYDER, M. y Lindquist, R. (2012). *Terapias complementarias y alternativas en enfermería*. México: Manual Moderno.
- TEIGEN, K. H. (1994). Yerkes-Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology*, (4), pp. 525-547.
- TÖRNQVIST, L., Vartia, P. y Vartia, Y. (1985). How should relative changes be measured? *The American Statistician*, 39(1), pp. 43-46. DOI: /10.2307/2683905
- TORRES-LAGUNAS, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G. y Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3), pp. 122-133.





# 11. Intervención para reducir el impacto psicológico del *mobbing* en instituciones de asistencia privada (IAP) en la Ciudad de México

Alfonso Rigoberto Millán García<sup>1</sup> y César Merino-Soto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vanguardia, Asesores Profesionales en Eficiencia y Productividad, México

<sup>2</sup>Universidad de San Martín de Porres, Perú  
y Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

## Resumen

Se aplicó una intervención para reducir la frecuencia del acoso psicológico en siete instituciones de asistencia privada (IAP), donde 126 trabajadores respondieron de manera voluntaria el IVAPT-PANDO, una medida de acoso psicológico. La intervención se hizo mediante un diseño pretest-postest de grupo único, con un intervalo de tiempo de cuatro meses. Se realizaron cuatro módulos orientados hacia cuatro temas: la comunicación asertiva, el manejo de conflictos, el control y manejo del estrés y el enfoque de psicología positiva. El efecto cuantitativo se estimó mediante diferencias paramétricas y no paramétricas de grupo, y diferencias individuales con enfoque clinicométrico (90% y 95% de confianza). Los resultados indicaron que las diferencias de grupo fueron predominantemente pequeñas o triviales, indicando ausencia de efectos esperados; las diferencias clinicométricas mostraron una distribución similar en los niveles de cambio, no cambios y deterioro cuando se usó el criterio de 90%, mientras que se redistribuyeron predominantemente en las categorías de no cambio o deterioro en el nivel de 95%. Ambos resultados, de grupo y clinicométricos, convergieron en que la intervención tuvo efectos triviales o pequeños. Los resultados son interpretados con respecto a los efectos sobre el bienestar, la respuesta asertiva del *mobbing* y sesgos y limitaciones.

**Palabras clave:** cambio individual, diseño pretest-postest, intervención, *mobbing*, asertividad.

## Introducción

Desde hace algunos años ha crecido el interés por estudiar los riesgos psicosociales del trabajo, sobre los cuales se han desarrollado diversas estrategias de eva-

luación e intervención para mitigar sus efectos negativos sobre la organización laboral y la salud de los trabajadores (entre otros, Egan *et al.*, 2007; Brisson *et al.*, 2016; Vázquez, Pianezolla y Hutz, 2018). Asimismo, autoridades y organismos expertos en la materia han conjuntado esfuerzos para crear herramientas legislativas respecto a su definición, identificación, y monitoreo. En este sentido, el comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen así a los factores psicosociales:

Consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, 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, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT /OMS, 1984: 12).

Esta definición fue decisiva para consolidar acciones tendientes a adecuarla a contextos nacionales, como ocurrió recientemente en México (Gobierno de México, 2018), donde se ha legislado la caracterización de los factores de riesgo psicosocial (FRP) dentro de la valoración de las condiciones de trabajo. De acuerdo con el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo mexicano, los FRP se definen como: “Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y 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, por el trabajo desarrollado” (Gobierno de México, 2018: 68).

En la anterior definición se resalta la exposición a actos de violencia laboral, o lo que se conoce también como acoso laboral o *mobbing*, tema que se aborda en el presente trabajo. El acoso laboral (en adelante, *mobbing*) es, entonces, un factor psicosocial que ocurre en el ambiente de trabajo y que interactúa con las capacidades del trabajador para afrontarse o explicar sus respuestas desadaptativas. De acuerdo con Leymann, el *mobbing* es:

una comunicación hostil e inmoral, que es dirigida de manera sistemática por uno o unos cuantos individuos principalmente hacia un individuo que [...] es empujado a una situación de desamparo e indefensión, siendo retenido allí mediante continuas actividades de acoso psicológico. Estas acciones ocurren con mucha frecuencia (definición estadística: al menos una vez a la semana) y durante un largo periodo (definición estadística: al menos seis meses de duración). Debido a la alta frecuencia y larga duración del comportamiento hostil, este maltrato ocasiona un considerable sufrimiento psicológico, psicosomático y social (Leymann, 1996: 7).

Internacionalmente, existen varias herramientas jurídicas con funciones conceptuales y de jurisprudencia necesarias para establecer protocolos de atención frente al *mobbing* (Morales, 2016; Ocegüera, Aldrete y Ruíz, 2009). De especial interés es la Norma 035 en México, debido que contextualmente se aplica a los condicionales laborales de los trabajadores del presente estudio, hace énfasis en el *mobbing* bajo el rubro de la violencia laboral y normativiza las acciones para reducirla y eliminarla (*Diario Oficial de la Federación*, 2018).

El *mobbing* puede ser vertical, horizontal o mixto (Gamonal y Prado, 2006) y este comportamiento afecta a trabajadores de cualquier tipo de organización; es decir, que este fenómeno no distingue entre empresas pequeñas, medianas, nacionales o transnacionales. De acuerdo con la literatura relevante, existe las mujeres, trabajadores jóvenes y aquellos con mayor antigüedad están en mayor riesgo de sufrir *mobbing* (Medina-Gómez, 2016; Piñuel, 2015). También hay una mayor propensión al *mobbing* en los sectores de administración pública, actividades sociales, servicios de atención a personas y de salud (Piñuel, 2015); asimismo, los jefes pueden ser víctimas de este tipo de acoso. Es frecuente que las víctimas sean las personas más creativas, éticas y competentes del entorno laboral, y por algún tipo de recelo se les molesta e intenta eliminar, al ser vistas por sus compañeros y jefes como una posible competencia y amenaza para su posición dentro de la empresa (García-Allen, 2018; Kim y Glomb, 2010; Namie y Namie, 2018).

El *mobbing* puede tener un efecto devastador en la moral y el rendimiento de las víctimas y provocarles intensos malestares, como deterioro de la autoestima y de la confianza en sí mismas, tanto a nivel personal como laboral, sentimientos de culpa, insomnio, hipervigilancia, fatiga, cambios de personalidad, dificultades de concentración, irritabilidad, depresión, ansiedad, recuerdos y sueños recurrentes de los acontecimientos traumáticos, sensación de estar reviviendo la experiencia traumática, alucinaciones, *flashbacks*, malestar intenso al empezar un nuevo trabajo, reducción del interés en las actividades cotidianas, sociales o de ocio, sensación de desapego respecto a los demás y restricción de las emociones y la vida afectiva, pesimismo, y sentimientos de fracaso y frustración (Landin, 2011; Piñuel, 2015).

En contextos hispanoparlantes se ha encontrado que la falta de asertividad se asocia con el incremento en el *mobbing*, en particular con conductas dirigidas a limitar la comunicación y el contacto social de las víctimas, desprestigiarlas a nivel profesional, así como impedir su promoción (Durán *et al.*, 2005; Durán, Villanueva y García, 2006), y se ha comprobado que es un medio para diferenciar entre los que recibirán acoso laboral o no (Moreno *et al.*, 2006). Aunque en México se ha encontrado que la asertividad puede ser un potencial moderador del *mobbing* (Márquez y Juárez, 2018), otro estudio mostró, por el contrario, que una perso-

na asertiva también puede llegar a ser víctima de acoso, debido que incrementa la distancia entre las competencias sociales percibidas por el trabajador y el resto de los trabajadores (Ortiz y Tolentino, 2013).

Frente a estos aparentes resultados contradictorios, la mayoría de los estudios demuestra que la asertividad no deja de ser una herramienta que puede mejorar las relaciones interpersonales y evitar la probabilidad de que se presente este fenómeno, por lo que es clave para la resolución de conflictos. La asertividad en el ámbito laboral puede crear oportunidades, minimizar situaciones hostiles y resolver conflictos capaces de distanciar a los empleados, así como mejorar su desempeño en su área de trabajo, crear reciprocidad y retroalimentación positiva, entre otros aspectos que pueden beneficiar el clima laboral, lo cual facilitaría el cumplimiento de los objetivos y metas de la empresa y de sus integrantes (Cepeda, 2011; Delamater y Mcnamara, 1986).

De acuerdo con el Gobierno de Chile (2007), diversos estudios sobre el hostigamiento en el trabajo concluyen que algunos conflictos de convivencia en el lugar de trabajo provocan situaciones de acoso, pero solo los no resueltos o que se agravan son garantía de convertirse en *mobbing*. De hecho, existen ciertas estructuras organizacionales que facilitan el acoso psicológico, debido a que las relaciones laborales están entrelazadas con condiciones de competitividad e individualismo. Es por esto por lo que se debe procurar orientar algunas capacitaciones en cuanto a: respeto al personal con quien se convive en el lugar de trabajo, trabajo en equipo, comunicación y resolución de conflictos, entre otros. De suma importancia es para las organizaciones fijar un procedimiento claro para el manejo de conflictos.

Por otro lado, se ha encontrado que existe una relación entre el *mobbing* y el estrés, ya que el primero produce un grado de tensión extrema durante un tiempo prolongado, lo que repercute en la salud física y mental de la víctima. De modo que la capacitación de los trabajadores para el control del estrés debe considerarse como una estrategia complementaria para disminuir el acoso laboral, lo que impactará en otras áreas de la salud y la satisfacción del trabajador y generará beneficios también a la organización (Cantón, 2013).

Con base en lo anterior, el presente estudio tuvo por objeto diseñar y aplicar una intervención centrada en el individuo para reducir la ocurrencia del *mobbing*, mediante actividades distribuidas en cuatro áreas estratégicas: primero, la *comunicación asertiva*, la cual puede optimizar el desarrollo de las habilidades interpersonales en relación con la comunicación dentro de las instituciones, así como ser el componente precursor de la solución de conflictos; segundo, *resolución de conflictos*, cuyo papel consistiría en apuntar a las situaciones que inicialmente forman la cadena de acoso; tercero, *manejo del estrés*, enfocado a afrontar los conflictos conceptuados como fuentes de estrés (e.g., estresores) y, cuarto, *psico-*



*logía positiva*, para fortalecer la cultura organizacional sustentada en el respeto de la diferencia, la honestidad y la detección temprana del acoso laboral o *mobbing*.

## Método

### *Contexto de la intervención*

En México, las instituciones de asistencia privada (IAP) son aquellas entidades que tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, y trabajan sin fines de lucro con el objeto de brindar servicios asistenciales en alguna de las siguientes áreas: salud, educación, discapacidad, rehabilitación de personas con problemas de adicciones, ancianos desamparados, niños en situación de calle o huérfanos y actividades de asistencia social. Existen aproximadamente 531 instituciones constituidas en la Ciudad de México. Su meta es favorecer a las personas en situación de alta vulnerabilidad mediante servicios básicos eficientes que faciliten el ejercicio de sus derechos humanos primordiales. Las IAP están divididas en rubros específicos, como son: salud y adicciones, personas mayores, donantes y prestatarias, niños, niñas y adolescentes, educación, cultura y desarrollo comunitario, y discapacidad y rehabilitación.

Las IAP también elaboran programas enfocados a la intervención social y atienden problemáticas como el acoso psicológico en el trabajo, lo que se alinea al Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) y Gestión para Resultados de Desarrollo (GPRD). Para desarrollar este tipo de intervenciones se han sumado diversas instituciones y asociaciones, como es el Nacional Monte de Piedad, IAP, que facilitó los recursos económicos para llevar a cabo este estudio, como parte de sus proyectos de contribución al desarrollo sostenible de México.

### *Participantes*

#### Población y muestra

Participaron siete IAP de manera voluntaria: cinco de ellas tenían entre 25 y 50 trabajadores, y las dos restantes, entre 60 y 150. La autorización en cada institución fue otorgada por los directivos, con quienes se tuvieron reuniones previas para explicarles los objetivos de la investigación, además de establecer fechas para la aplicación del pretest, sesiones de intervención y aplicación de postest. La distribución de la muestra se presenta en la tabla 1. Los participantes, sin embargo, para continuar con el llenado de la encuesta requirieron hacerlo de forma voluntaria. Se invitó a 357



trabajadores, aproximadamente, de los cuales solo participaron 126 trabajadores, que representaron 35% de la población de las instituciones participantes (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra en la medición pretest y postest

	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	23	23.0	19	26.0
Mujer	77	77.0	54	74.0
<b>Escolaridad</b>				
Secundaria	13	13.0	10	13.7
Preparatoria	24	24.0	15	20.5
Licenciatura	53	53.0	40	54.8
Posgrado	10	10.0	8	11.0
<b>Edad</b>				
20-35	37	37.0	27	37.0
36-50	54	54.0	40	54.8
50	9	9.0	6	8.2

Fuente: elaboración propia.

### *Instrumento*

El Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO; Pando *et al.*, 2006) es un cuestionario elaborado con el fin de generar una descripción de la presencia del acoso psicológico en el escenario laboral. Se compone de 22 reactivos que plantean conductas de acoso; en la primera parte, el propio sujeto responde sobre el grado en el que es víctima de esas conductas. Cada una de ellas se califica respecto a la frecuencia con la que ocurre (mediante cinco opciones de respuesta, desde “nunca” hasta “muy frecuentemente”), así como su duración e intensidad. En la segunda parte, el respondiente califica la frecuencia de ese comportamiento en comparación con sus compañeros de trabajo, mediante tres opciones de respuesta (“menos que a mis compañeros”, “igual que a mis compañeros” y “más que a mis compañeros”). Esta sección explora la percepción de acoso psicológico hacia el grupo de trabajadores y estima si son prácticas organizacionales habituales. Por último, tras completar las dos secciones anteriores, se solicita señalar quiénes son los que realizan las conductas contenidas en los reactivos, donde aparecen superiores, compañeros y subordinados; esto se utiliza solamente para determinar el tipo de acoso (ascendente, descendente u horizontal).

Se han realizado varios estudios de validación estructural en población de trabajadores mexicanos (Pando *et al.*, 2006), bolivianos y ecuatorianos (Pando, Aranda y Olivares, 2012), chilenos (Macía, 2008; Díaz *et al.*, 2015), españoles (Carrión, López y Pando, 2007) y cubanos (Pando *et al.*, 2011) y, con similar metodología de análisis factorial, se tiende a obtener similar estructura respecto a las cargas factoriales, complejidad factorial y confiabilidad por consistencia interna. Para el presente estudio la dimensionalidad del instrumento tomó como referencia el estudio mexicano (Pando *et al.*, 2006), en que se concluyó en una sola dimensión latente. Pero, para corroborar la dimensionalidad del IVAT-PANDO, se aplicó un análisis factorial a las respuestas.

## **Procedimiento**

### *Horizonte teórico-metodológico*

La experiencia del autor principal de este reporte fue condicionante para conceptualizar y planificar toda la intervención. Previamente a esta intervención, durante algunos años el autor había trabajado con algunas empresas sobre este tema. Partiendo de dichas experiencias, el autor identificó lo que se pueden denominar “focos rojos” en estos aspectos (es decir, situaciones críticas que consistentemente aparecían en las empresas); las situaciones identificadas fueron corroboradas con la literatura especializada, así como el acercamiento a algunos directivos de otras instituciones y empresas.

### *Diseño*

La intervención utilizó un solo grupo y dos medidas efectuadas antes y después de los módulos, y por lo tanto el diseño pretest-postest de un solo grupo.

### *Aplicación del instrumento*

#### Evaluación pretest

Consistió en ir a cada una de las instituciones para aplicar el instrumento en un aula; la duración fue de una hora. El material se entregó en un sobre cerrado. Se dieron instrucciones orales para explicar el objetivo de la investigación, la natura-

leza voluntaria de la participación, las indicaciones de cómo llenar el cuestionario y el ofrecimiento de ayuda si se requería. Se recaló que toda la información sería confidencial y solo sería utilizada por personas calificadas, únicamente con fines investigativos.

La tasa de respuesta fue de 77%, debido a que 30 personas (23%) se negaron a contestarlo por motivos personales y algunos institucionales (por ejemplo, la carga de trabajo que tuvieron en el momento del llenado de la encuesta); asimismo, 9 personas (7%) contestaron de manera incorrecta y no fueron incluidos en los análisis; finalmente, la muestra estuvo integrada por 91 participantes (70%).

### Evaluación postest

Luego de cuatro meses de finalizada la intervención, se aplicó nuevamente el (IVAT-PANDO), en las mismas condiciones y características realizadas durante el pretest (mismas instalaciones, condiciones de luminosidad ventilación y tiempo, e instrucciones). El número de trabajadores que permaneció en la intervención y que logró responder al postest fue el mismo ( $n = 91$ ), aunque a la intervención asistieron un total de 177 personas, debido a que algunas de ellas no habían contestado el primer test y, al conocer un poco más sobre lo que se estaba realizando, decidieron participar. De esta forma, aunque se dio la oportunidad de participar a más personas en la intervención, para fines del estudio solo se consideraron a quienes contestaron el pretest.

### Intervención

#### *Estructuración de objetivos*

Cada uno se estructuró mediante la metodología SMART la cual se refiere a que debe cumplir los siguientes criterios: S (*specific*): ser específico y no ambiguo; M (*measurable*) ser medible: se deben marcar parámetros para saber que se está cumpliendo; A (*achieve*) ser alcanzable: se tienen que delinear las acciones específicas para alcanzarlo, como adquirir nuevas habilidades, dedicarle tiempo, pedir ayuda, etcétera; R (*realist*) ser realista: conocer muy bien lo que se necesita para alcanzarlo, así como reconocer si se tienen las capacidades, conocimiento, contactos, entre otros atributos para lograrlo; T (*time*) temporizado: debe estar puesto en el tiempo, pues todo aquello que no se agende jamás se haría; esto implica marcación de hitos temporales a lo largo del objetivo.

## Estructura general

Cada sesión de intervención tuvo una duración de dos horas por cada uno de los módulos (cuatro módulos o ejes), los cuales se estructuraron con base en dinámicas vivenciales y secuencialmente vinculadas; el tiempo total de intervención fue de ocho horas. En las sesiones de intervención se tuvo un mínimo de 11 participantes y un máximo de 24; las sesiones se realizaron dos veces por semana. Durante la sesión, cada participante se registraba en la lista de asistencia y luego se proyectaba una presentación de apoyo, que incluía música para realizar algunas actividades y visualizaciones, así como técnicas enfocadas al *coaching*, como se muestra en la tabla 2. No se trabajaron directamente cambios organizacionales, sino técnicas enfocadas en la intervención grupal, en la cual se daba un entrenamiento vivencial con el objetivo de desarrollar las habilidades específicas de acuerdo con el siguiente orden: a) comunicación asertiva, b) manejo de conflictos, c) control y manejo del estrés y, d) psicología positiva, en la cual, por medio de diversas actividades, se iba evaluando de forma cualitativa el desarrollo de las habilidades, es decir, que mediante los ejercicios prácticos que se realizaban en sesión se verificaba que adquirieran el conocimiento necesario para llevarlos a cabo, ya que cada uno de los módulos en consecutivo requería del aprendizaje del módulo anterior. Las sesiones de intervención tuvieron lugar en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2018, y enero de 2019, dependiendo de los tiempos de la institución; lo que sí se procuró es que las sesiones de cada institución se dieran en el mismo mes. En la tabla 2 se presenta una breve exposición de la organización temática de la intervención.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Tabla 2. Estrategias y temas dentro de los talleres

Tema	Propósito	Contenidos	Actividades	Productos	Requerimientos
I. Comunicación asertiva	Que el participante aprenda técnicas que le ayuden a expresar lo que quiere y lo que siente de manera correcta, mejorando así su comportamiento asertivo	Tipos de comunicación. Comunicación asertiva. Siempre estamos comunicando algo. Beneficios de la comunicación asertiva. Evaluación de tu actual comportamiento asertivo.	Exposición, discusión grupal. Test de reflexión. Ejercicios prácticos.	Guía para mejorar la comunicación asertiva.	Cañón y pantalla. Manual de trabajo y lápiz.
II. Manejo de conflictos	Que el participante aprenda técnicas que le ayuden a diseñar estrategias para solucionar conflictos, a la vez que le ayuden a mejorar su desempeño personal y empresarial	Introducción sobre el conflicto. Consecuencias de un mal manejo de conflictos. Beneficios de un conflicto. Métodos de resolución de conflictos. El enojo reflexivo. Resolviendo problemas personales. Ejercicios prácticos.	Exposición, discusión grupal. Test de reflexión.	Test reflexivo: Mi perfil ante el conflicto. Guía para resolver conflictos.	Cañón y pantalla. Manual de trabajo y lápiz.



(continuación)

Tema	Propósito	Contenidos	Actividades	Productos	Requerimientos
III. Manejo y control de estrés	Que el participante conozca cuáles son los estresores más comunes que podrían estar impactando su salud y aprenda técnicas para manejar el estrés de forma positiva	Introducción sobre el estrés. Causantes del estrés. Personalidades susceptibles al estrés. Consecuencias del estrés. La actitud correcta frente al estrés. Modelo de antiestrés laboral. Consejos antiestrés. Elaboración de plan antiestrés.	Exposición, discusión grupal. Test de reflexión.	Test reflexivo: Personalidad frente al estrés. Modelo de antiestrés laboral. Plan antiestrés personal	Cañón y pantalla. Manual de trabajo y lápiz.
IV. Salud positiva en el trabajo	Que el participante conozca técnicas basadas en la psicología positiva que le ayuden a mejorar su actitud al enfrentar las diferentes adversidades del día a día	Concepto de salud. Enfoque de la psicología positiva. Actitudes frente a la vida. Estados emocionales negativos. Estrategias para lograr una actitud mental positiva. Ejercicios prácticos.	Exposición, discusión grupal. Test de reflexión.	Test reflexivo: Actitud positiva. Test reflexivo: Establece tus propiedades. Test reflexivo: Descubre tu misión.	Cañón y pantalla. Manual de trabajo y lápiz.

Fuente: elaboración propia.

## Consideraciones éticas

Cada participante firmó un consentimiento informado en donde se explicaban los objetivos y alcance de la intervención (esto es, la temática relacionada directamente con el *mobbing* o acoso). Se aseguró el anonimato de los participantes durante el llenado del cuestionario, con lo siguiente: en una sala privada los trabajadores debían llenar el cuestionario. Una vez llenado el cuestionario, este era archivado en dos folders, uno para el cuestionario y otro para el consentimiento informado y datos generales. Antes de iniciar la aplicación, cada grupo recibió la indicación de poder renunciar a responder el cuestionario. Por otro lado, los resultados grupales de esta evaluación se presentaron a los directivos, una vez concluida la investigación.

## Análisis de datos

Se dividió el análisis de los datos en dos grandes partes: psicométrico, respecto al instrumento utilizado, y análisis del cambio en los indicadores de *mobbing* o acoso laboral.

*Análisis psicométrico:* para verificar la estructura interna del instrumento se aplicó un análisis factorial exploratorio; el método de extracción fue de mínimos cuadrados no ponderados, y para determinar el número de dimensionales latentes se construyó el gráfico *scree test* (gráfico de sedimentación) (Cattell, 1966) observándose la gradiente de diferenciación entre los autovalores representados. Para maximizar la objetividad de la observación del *scree test* se construyeron intervalos de confianza (95%) para cada autovalor, mediante el método de Larsen y Warne (2010); este método fue implementado con el programa *Cleigenvalue* (Watkins, 2011).

*Análisis del cambio:* el enfoque analítico para intervención fue enfocado hacia la medición del cambio pretest-posttest (Dimitrov y Rumrill, Jr., 2003). Luego de verificar la estructura interna, en dos etapas se cuantificaron las diferencias asociadas a la intervención; primero, correspondiente con las diferencias en cada tiempo de medición (pretest y posttest: diferencias intra-test), y la otra comparando ambos tiempos de medición (diferencias entre-test). La primera se realizó para detectar si un factor (en este estudio, el sexo de los participantes) tuvo un efecto moderador que requeriría separar los análisis de las diferencias entre-test. Para ello se estimaron las medianas y la diferencias entre medianas (método Price y Bonett, 2002), de acuerdo con el sexo. El tamaño del efecto fue estimado mediante el coeficiente de asociación *Somers-d* (Newson, 2002). Este análisis fue aplicado con el programa STATA 15.1

Correspondiente con el análisis principal, la evaluación de las diferencias entre-test (mediciones en el pretest y postest) se hizo mediante dos pasos: primero, se estimaron las diferencias de grupo mediante la aplicación de pruebas inferenciales paramétricas (“*t de Student*” pareada con método robusto) (Yuen, 1974) y no paramétricas (*prueba de rangos Wilcoxon*), y sus correspondientes estimadores de magnitud de las diferencias (para *t de Student* pareada: coeficiente *d* robusto: Algina, Keselman y Penfield, 2005; para la *prueba de Wilcoxon*, coeficiente de varianza retenida, *r*). Estos se analizaron y realizaron mediante el programa *PairedData* (Champely, 2018). Se añadieron gráficos para fortalecer el análisis del cambio pre-post test (Mizumoto, 2015).

El segundo paso del análisis se enfocó en las diferencias pretest-postest individuales, mediante la obtención de dos herramientas clinicométricas: el *cambio confiable* y el *cambio clínico significativo* (Jacobson y Truax, 1991). El cambio confiable requirió de la aplicación del índice de cambio confiable (RCI) (Jacobson y Truax, 1991); el cambio clínico significativo fue determinado mediante el criterio a del marco de Jacobson y Truax, que consiste en que el puntaje postest debe estar distanciado en dos desviaciones estándares ( $z = 1.96$  en 95% de confianza) del puntaje pretest. Para reducir los falsos negativos y dado que es una intervención emergente (Wise, 2004), este método restrictivo fue modificado hacia uno moderadamente liberal con el criterio de cambio establecido con una distancia de una desviación estándar del puntaje pretest y el nivel de confianza en 90% ( $z = 1.28$ ), es decir,  $M_{\text{pretest}} + 1.28 * DE_{\text{pretest}}$ .

## Resultados

### *Análisis psicométrico: estructura interna del IVAT-PANDO*

La medida de adecuación de muestreo ( $KMO = .880$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 1030.53$ ,  $gl = 231$ ,  $p < .01$ ) indicaron que la matriz de correlaciones es suficientemente fuerte para factorizar varianza común. El gráfico *scree test* (figura 1) sugiere que un solo autovalor es de gran magnitud y muy diferenciado del resto de los autovalores. La aplicación del intervalo de confianza para el primer autovalor (figura 1, panel derecho) no se solapa con el resto de los autovalores. En resumen, en la presente se muestra la identificación del número de dimensiones que converge con el estudio mexicano (Pando *et al.*, 2006), sugiriendo que una sola dimensión es aceptable para representar la varianza común de los ítems.

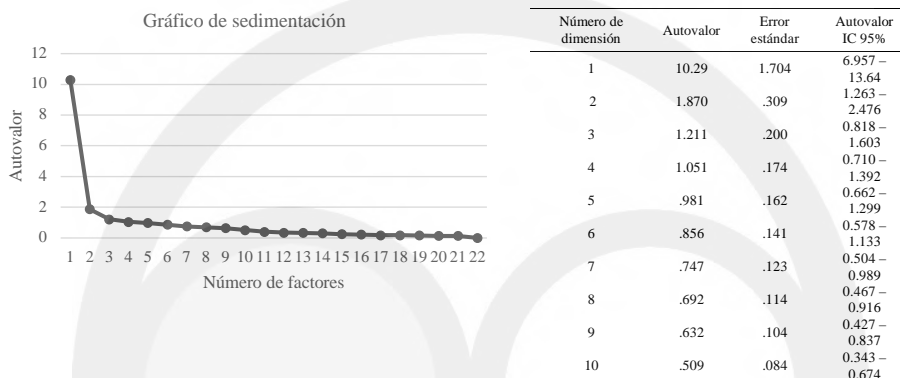
Tabla 3. Parámetros psicométricos de los ítems del IVAT-PANDO (frecuencia)

	<b>Carga factorial</b>	<b>Comunalidad</b>	<b>Correlación ítem-test</b>
Ítem 1	.700	.490	.678
Ítem 2	.560	.314	.547
Ítem 3	.731	.535	.708
Ítem 4	.389	.151	.391
Ítem 5	.713	.508	.692
Ítem 6	.643	.413	.620
Ítem 7	.672	.451	.653
Ítem 8	.678	.460	.654
Ítem 9	.741	.550	.719
Ítem 10	.787	.619	.766
Ítem 11	.643	.414	.616
Ítem 12	.632	.399	.614
Ítem 13	.689	.474	.666
Ítem 14	.747	.558	.717
Ítem 15	.653	.427	.642
Ítem 16	.734	.538	.704
Ítem 17	.691	.477	.671
Ítem 18	.434	.188	.432
Ítem 19	.572	.328	.558
Ítem 20	.638	.407	.625
Ítem 21	.691	.477	.672
Ítem 22	.770	.593	.748

Fuente: elaboración propia.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Figura 1. Dimensionalidad y autovalores (con intervalos de confianza) de los datos del IVAT-PANDO (datos del pretest)



Fuente: elaboración propia.

## Análisis del cambio

### Diferencias intra-test

Las medianas en la medición pretest fueron diferentes en hombres ( $Md = 15$ , IC 95% = 8.13, 21.86) y mujeres ( $Md = 11.5$ , IC 95% = 6.24, 16.75), con los primeros de mayor magnitud comparativa; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $D_{Md} = 3.5$ , IC 95% = -5.14, 12.14,  $p = .42$ ) y su tamaño fue trivial,  $Somers-d = -.017$  (IC 95% = -.317, .282),  $p = .15$ . Este resultado fue equivalente en la medición del posttest, en el que las medianas para los varones ( $Md = 15$ , IC 95% = 8.13, 21.86) y mujeres ( $Md = 19$ , IC 95% = 15.17, 22.82) fueron diferentes, pero estadísticamente no significativas ( $D_{Md} = -4$ , IC 95% = -11.85, 3.85),  $p = .31$ , y de pequeña magnitud:  $Somers-d = .192$  (IC 95% = -.095, .481),  $p = .14$

### Diferencias pretest-postest

#### Cambio en el nivel grupal

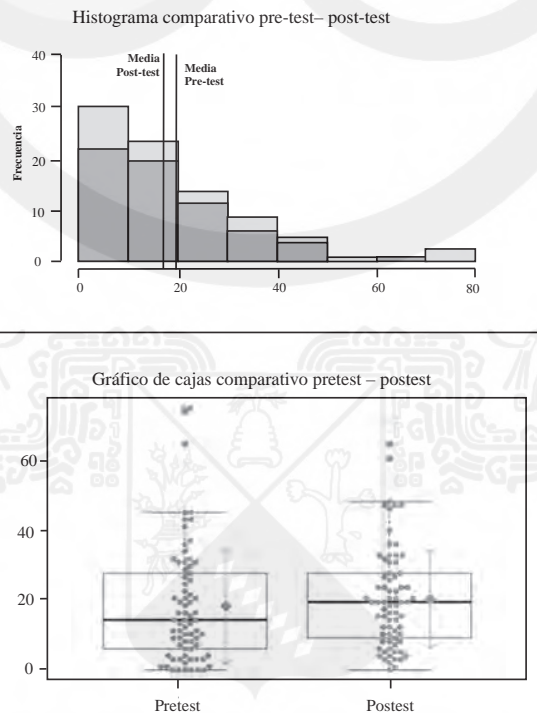
Los puntajes directos del pretest se distribuyeron del siguiente modo:  $M = 17.82$ ,  $DE = 16.371$ , asimetría = 1.413, curtosis = .871, normalidad, Shapiro-Wilk = .871 ( $p < .01$ ); del posttest:  $M = 19.84$ ,  $DE = 13.934$ , asimetría = .954, curtosis = .767; normalidad, Shapiro-Wilk = .931 ( $p < .05$ ).



La diferencia paramétrica entre los puntajes pretest-postest no fue estadísticamente significativa,  $Yuen-t = -1.207$  ( $gl = 44$ ,  $p = 0.23$ ), y la diferencia estandarizada fue  $d_{robusto} = -.204$ . Mediante la prueba paramétrica habitual (método no robusto), también se halló un resultado similar:  $t = -.794$  ( $p = .429$ ,  $d = .132$ ). De acuerdo con Plonsky y Oswald (2014), la diferencia puede considerarse trivial ( $< .40$ : trivial;  $> .40$ : pequeño;  $> .70$ : moderado y,  $> 1.0$ : grande). La prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon arrojó también resultados no significativos en lo estadístico y práctico:  $W = 1067.5$  ( $z = .837$ ,  $p = .402$ ,  $r = .097$ ).

Los gráficos de la figura 2 muestran que hubo cambios en la distribución de frecuencias, medianas (postest  $>$  pretest) y dispersión (pretest  $>$  postest) entre el pretest y postest, pero de acuerdo con las pruebas estadísticas anteriores estos resultados pueden interpretarse como variaciones con significancia estadística y práctica pequeñas, y dentro del error de muestreo.

Figura 2. Representación distribucional ( $n = 73$ ) de los puntajes pretest (Data 1) y postest (Data 2)



Flecha con doble punta: media y desviación estándar  
Línea horizontal: mediana

Fuente: elaboración propia.

## Cambios en el nivel individual

En la tabla 4 se presenta la clasificación del cambio estimado por el método Jacobson-Truax, usando las categorías *no cambio* (dentro del error de medición), *deteriorado* (más allá del error de medición, pero más bajo que el criterio) y *mejorado* (más allá del error de medición, pero superando el criterio). Se observa que la distribución de los participantes fue predominantemente similar cuando se aplicó el criterio flexible (90% de confianza), sugiriendo aparentemente que la intervención tuvo posibles efectos en ambas direcciones (hacia la reducción del acoso y/o aumento del acoso, ambos auto-reportados por los participantes). En cambio, con el criterio habitual (95% de confianza) predominan los participantes cuyas diferencias entre el pretest y postest no superan el error de medición del IVAT-PAN-DO (40, 48.2%).

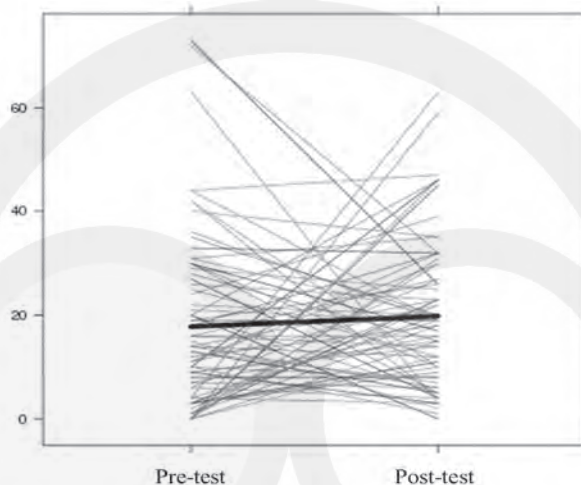
Tabla 4. Análisis del cambio individual en el puntaje del instrumento (cambio confiable y clínico)

	Cambio clínico significativo <sup>a</sup>			
	90% (z = 1.28)		95% (z = 1.96)	
Raw RCI	8.89		13.61	
Distribución del cambio	N	%	N	%
No cambio	25	34.9	40	48.2
Deteriorado	23	30.1	20	24.1
Mejorado	25	34.9	13	15.7

Nota. RCI: índice de cambio confiable. <sup>a</sup>Cambio clínico significativo según criterio *a* ajustado en los niveles de confianza 90% (z = 1.28) y 95% (z = 1.96).

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Cambio individual, del pretest (Data 1), al postest (Data2)



Fuente: elaboración propia.

## Discusión

El presente trabajo consistió en exponer una experiencia de intervención grupal enfocada en el individuo, para reducir la frecuencia con que ocurría el *mobbing*. Para cuantificar el cambio se utilizaron dos enfoques: uno centrado en la variabilidad del grupo y otro, en la variabilidad individual. Debido a la manera en que se cuantificaron los resultados, existen dos niveles de discusión: grupal e individual.

En el nivel grupal se halló que en la evaluación pretest y postest el *mobbing* reportado fue similar entre varones y mujeres, indicando que el sexo de los participantes no es un moderador de los resultados de la intervención y, por lo tanto, se pueden usar todos los datos en conjunto. Luego, al examinar las diferencias antes (pretest) y después (postest) de la intervención, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas y el tamaño de estas diferencias puede considerarse muy pequeño.

Estos resultados de grupo con efectos reducidos y estadísticamente no significativos generalmente son difíciles de explicar al menos por dos motivos: porque no se puede descifrar si el motivo es la incapacidad de los datos para detectar cambios, o si el efecto objetivo y esperado simplemente no existe (Makin y Urban, 2019). Ante el escenario mostrado, la ausencia de estos resultados sugiere que la intervención propuesta no tuvo los efectos de cambio esperados; sin embargo, esto no sugiere que ninguno de los participantes tuviera un cambio espe-

rado. Efectivamente, la ausencia estadística de cambios no indica necesariamente ausencia de evidencia de cambios (Altman y Bland, 1995). Para aclarar este punto pasamos a los resultados del análisis clinicométrico (nivel individual).

En el nivel individual y usando el criterio de 95% de confianza, la distribución de los participantes indicó que el ambiente “mejoró” (es decir, se observó menor ocurrencia de *mobbing*), pero fue de menor porcentaje comparada con los trabajadores que informaron cambios ausentes o “deterioro” (mayor ocurrencia de *mobbing*). Usando el criterio de 90% de confianza, un criterio estadístico más permisivo, la distribución fue relativamente similar entre los que mejoraron, no cambiaron y deterioraron (alrededor de 33%). Esto indica que los resultados del análisis grupal no necesariamente reflejaron en todos los trabajadores ausencia de cambio entre el pretest y postest, sino que, proporcionalmente, una cantidad de trabajadores se distribuyó en las tres categorías de cambio y, en consecuencia, balanceó los resultados hacia la impresión final de ausencia total de cambios estadísticamente significativos. Es claro que, aunque estadísticamente hubo un efecto grupal trivial, en el análisis clinicométrico se observó un aumento de conductas reportadas de *mobbing* y sería difícil no ponerle atención, porque es un resultado contradictorio y porque puede suponer un efecto dañino.

En conjunto, ambos resultados no se oponen, sino más bien enriquecen la interpretación complementaria entre la expresión grupal e individual de los efectos de la intervención. El aumento en las conductas de acoso recibidas, según lo observado en el análisis clinicométrico, parece coincidir con la literatura (Durán *et al.*, 2005; Durán, Villanueva y García, 2006), en cuanto que la asertividad expresada por los trabajadores se asocia a un aumento del hostigamiento recibido. Asimismo, si consideramos que otros atributos positivos expresados en el contexto laboral pueden gatillar el hostigamiento (García-Allen, 2018; Kim, y Glomb, 2010; Namie y Namie, 2018), la asertividad también estaría entre los posibles estímulos para producir este tipo de respuestas psicosociales. Es claro que esta interpretación es sugestiva y no provee una explicación precisa de los procesos involucrados en los resultados obtenidos. Sin un mejor diseño de intervención que involucre un grupo de control, existe aún un espacio para generar otras respuestas.

## Consideraciones finales

Derivado de los objetivos del proyecto de intervención social, la metodología se enfocó más en una aproximación individual que buscó en principio el bienestar de los trabajadores, ya que para los cambios organizacionales únicamente se emitieron recomendaciones generales sobre aspectos como la reestructuración de per-

files de puesto, horarios de trabajo, responsabilidades y obligaciones adquiridas en el trabajo, entre otros. Sin embargo, consideramos que trabajando los cuatro ejes elegidos se puede contribuir a un cambio organizacional dentro de la empresa. Por ejemplo, la comunicación asertiva puede generar canales de comunicación adecuados entre las partes involucradas y poner un punto de iniciativa para el manejo de conflictos, lo que puede lograr, a su vez, cambios organizacionales.

Por otro lado, en nuestro tercer eje sobre el manejo y del control estrés, el propósito fue capacitar a los trabajadores para disminuir su malestar psicológico en el trabajo y afrontar de forma más satisfactoria el estresor laboral principal, que fue identificado como acoso laboral. Se buscó que tuvieran una mejoría a corto y largo plazo en el programa aplicado; sin embargo, consideramos que esto debe ser corroborado en estudios posteriores. Finalmente, para nuestro último eje “Psicología positiva en el trabajo”, nos enfocamos en ello porque es necesario insistir en que la salud psicológica no es ceguera y tampoco negación de la realidad, esto consiste en un sólido anclaje en la realidad, no en su negación o deformación mediante variados artificios.

Un resultado secundario de la presente investigación fue de tipo psicométrico, pues proporcionamos información sobre la replicabilidad de IVAT-PANDO en un grupo y contexto laboral diferente. Nuestros resultados señalaron que la interpretación del instrumento se orienta hacia la unidimensionalidad y, por lo tanto, la conceptualización del *mobbing* se concentra en un solo constructo, no diferenciando grupos de conductas. Esto tiene varias implicaciones: primero, por un lado, facilita su interpretación porque solo hay que poner atención a un solo puntaje; segundo, se puede obtener un puntaje confiable debido que el número de sus ítems garantizan la estabilidad de lo medido. Tercero, excepto dos ítems (4 y 18), todos los demás muestran cargas factoriales similares, sugiriendo que son igualmente importantes para obtener el puntaje total. Como consecuencia de esto último, quizá podría derivarse en el futuro una versión abreviada, porque la semejanza psicométrica de los ítems facilita la construcción de una versión con menor número de ellos.

Hay varios límites que debemos reconocer en este estudio; primero, que un diseño más complejo, que incluyera un grupo control, no fue viable dados los limitados recursos de tiempo y personal. En segundo lugar, no se aplicó alguna medida de deseabilidad social, de tal modo que las respuestas podrían estar influenciadas en una magnitud que desconocemos. En tercer lugar, no se aplicaron medidas complementarias de los efectos de la intervención que sí pudieron haber sucedido (por ejemplo, satisfacción laboral, bienestar, etc.). Por último, la baja tasa de participación y el proceso de selección no aseguran la representatividad



de los participantes en su contexto de trabajo y, posiblemente, no pueda representarse a todas las empresas del mismo sector organizacional.

En contraste con las limitaciones, una de las fortalezas del estudio fue la evaluación del cambio, que consistió en usar un enfoque grupal y otro de tipo individual. Ambos correspondieron, respectivamente, al análisis tradicional de comparación de grupos y al análisis clinicométrico. Los métodos se complementaron eficazmente y pueden representar una estrategia recomendada para hacer contrapeso frente los límites de los diseños pretest y postest tradicionales, donde la aplicación de la técnica paramétrica (e.g., t de Student) o no paramétrica (e.g., U de Mann-Whitney) usan las medias o medianas en ambos momentos y arrojan información condensada de la variabilidad individual. Las conclusiones obtenidas con este tipo de información permiten interpretaciones de grupo, pero no alcanzan a visualizar la variabilidad individual de la intervención en el cambio intra-sujeto, que se observa desde la visión clinicométrica. Este enfoque clinicométrico parece ser inusual en las intervenciones en temas organizacionales, pero puede contribuir a tomar decisiones más informadas. Finalmente, consideramos que este trabajo de intervención es un precursor para desarrollar futuras intervenciones en estas instituciones.

## Referencias bibliográficas

- ALGINA, J., Keselman, H. J. y Penfield, R. D. (2005) Effects sizes and their intervals: the two-level repeated measures case. *Educational and Psychological Measurement* (65), pp. 241-258. DOI: /10.1177/0013164404268675
- ALTMAN, D. G. y Bland, J. M. (1995). Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ (Clinical Research)*, 311(7003), p. 485. DOI: /10.1136/bmj.311.7003.485
- BAMBRA, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M. y Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), pp. 1028-1037. DOI: 10.1136/jech.2006.054999
- BRISSON, C., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C., Trudel, X. y Vézina, M. (2016). Workplace interventions aiming to improve psychosocial work factors and related health. En J. Siegrist y M. Wahrendorf (eds.), *Work Stress and Health in a Globalized Economy. Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*. Suiza: Springer, pp. 333-363. DOI: /10.1007/978-3-319-32937-6\_15
- CANTÓN, M. (2013). Relaciones entre el acoso psicológico en el trabajo y estrés, incidencia en el colectivo sanitario (trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://uva-doc.uva.es/handle/10324/4193>
- CARRIÓN, M. A., López B. F., y Pando M. (2007). *Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo IVAPT-E-R*. Madrid: Asociación de Expertos en Psicología Aplicada.

- CATTELL, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), pp. 245-276. doi: /10.1207/s15327906mbr0102\_10
- CEPEDA, R. (2011). Asertividad empresarial en la personalidad negociante de los servicios educativos. *ECORFAN Journal*, 2(5), pp. 91-108.
- CHAMPELY, S. (2018). *PairedData: Paired Data Analysis*. R package version 1.1.1. Recuperado de <https://CRAN.R-project.org/package=PairedData>
- DELAMATER, R. J. y Mcnamara, J. R. (1986). The social impact of assertiveness: research findings and clinical implications. *Behavior Modification*, 10(2), pp. 139-158. doi: /10.1177/01454455860102001
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN [DOF] (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Identificación, análisis y prevención*. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/articulos/norma-oficial-mexicana-nom-035-stps-2018-factores-de-riesgo-psicosocial-en-el-trabajo-identificacion-analisis-y-prevencion>
- DÍAZ, X., Mauro, A., Toro, J., Villarroel, C. y Campos, D. (2015). Validación del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo -IVAPT-PANDO- en tres ámbitos laborales chilenos. *Ciencia y Trabajo*, 17(52), pp. 7-14. doi: /10.4067/S0718-24492015000100003
- DIMITROV, D. M. y Rumrill, Jr., P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work*, (20), pp. 159-165.
- DURÁN, J., Villanueva, M. y García, L. (2006). Relación entre la capacidad de comunicación asertiva y acoso moral en el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales* (27), pp. 46-53. Recuperado de [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11440&IDTIPO=60&RASTRO=c740\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11440&IDTIPO=60&RASTRO=c740$m)
- DURÁN, J., Villanueva, M.A., Verdú, R. y García, L. (2005). Relación entre capacidad de comunicación asertiva y acoso moral en el trabajo. Ponencia presentada en el 1º Simposio Iberoamericano de Ergonomía y Psicociología. Avilés 30 de septiembre y 1 de octubre.
- EGAN, M., Bamba, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M. y Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), pp. 945-954. doi: /10.1136/jech.2006.054965
- GAMONAL, S. y Prado, P. (2006). *El "mobbing" o acoso moral*. Santiago: Lexis Nexis.
- GARCÍA-ALLEN, J. (27 de agosto de 2018). *Mobbing: acoso psicológico en el trabajo*. Recuperado de <https://psicologiymente.com/organizaciones/mobbing-acoso-psicologico-trabajo>
- GOBIERNO DE CHILE (2007). *Cartilla Informativa "El acoso laboral o mobbing"*. Dirección del Trabajo Santiago de Chile. Recuperado de [https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-95386\\_archivo\\_fuente.pdf](https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-95386_archivo_fuente.pdf)
- GOBIERNO DE MÉXICO (27 de agosto de 2018). Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, Título primero, Art. 3, Numeral xvii, 2014. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/134257/Reglamento\\_Federal\\_de\\_Seguridad\\_y\\_Salud\\_en\\_el\\_Trabajo.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/134257/Reglamento_Federal_de_Seguridad_y_Salud_en_el_Trabajo.pdf)
- JACOBSON, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (59), pp. 12-19. doi: /10.1037/0022-006X.59.1.12
- KIM, E. y Glomb, T. M. (2010). Get smarty pants: Cognitive ability, personality and victimization. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), pp. 889-901.
- LANDIN E. A. (2011). *Investigación sobre las consecuencias del acoso laboral (mobbing) en las empresas maquiladoras de Aguascalientes con mano de obra femenina*. México: Instituto Aguascalentense de las Mujeres.

- LARSEN, R. y WARNE, R. T. (2010). Estimating confidence intervals for eigenvalues in exploratory factor analysis. *Behavior Research Methods* (42), pp. 871-876. DOI: /10.3758/BRM.42.3.871
- LEYMANN, H. (1996). Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral (“mobbing”) en el trabajo. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), pp. 165-184.
- MACÍA, F. (2008). Aplicación y evaluación psicométrica del test IVAPT-PANDO en dos centros de atención primaria. *Psicología y Salud* (182), pp. 247-254.
- MAKIN, T. R. y ORBAN de XIVRY, J. J. (2019). Ten common statistical mistakes to watch out for when writing or reviewing a manuscript. *eLife* (8), p. e48175. DOI: /10.7554/eLife.48175
- MÁRQUEZ, A. y JUÁREZ, A. (2018). Efecto moderador de la abnegación en la relación hostigamiento laboral y malestar mental en trabajadores del sector público. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(3), pp. 292-302.
- MEDINA-GÓMEZ, S. (2016). Prevalencia del mobbing en trabajadores y factores de riesgo asociado. *Gaceta Médica de México* (152), pp. 452-456.
- MIZUMOTO, A. (2015). *Comparing Paired Samples* [aplicación web]. Recuperado de <http://langtest.jp/shiny/paired/>
- MORALES, M. (2016). Aproximación al acoso laboral desde la legislación comparada. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 49(147), pp. 71-98.
- MORENO J., B., RODRÍGUEZ M., A., MORENO, Y. y GARROSA, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: Dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2(3), pp. 363-380.
- NAMIE, G. y NAMIE, R. (2018). Risk factors for becoming a target of workplace bullying and mobbing, en M. Duffy y D. C. Yamada (eds.), *Workplace Bullying and Mobbing in the United States*. Santa Barbara: Praeger Press, pp. 1-17.
- NEWSON, R. (2002). Parameters behind “nonparametric” statistics: Kendall’s tau, Somers’ D and median differences. *Stata Journal*, 2(1), pp. 45-64.
- OCEGUERA, A., ALDRETE, G. y RUÍZ, A. (2009). Estudio comparado de la legislación del mobbing en Latinoamérica. *Acta Republicana: Política y Sociedad*, 8(8), pp. 83-94.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OIT/OMS] (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud.
- ORTIZ, H. y TOLENTINO, R. (2013). *Relación entre mobbing y asertividad en una muestra de trabajadores mexicanos que laboran en una empresa privada* (tesis de licenciatura). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- PANDO, M., ARANDA, C. y OLIVARES, D. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) para Bolivia y Ecuador. *Liberabit*, 18(1), pp. 27-35.
- PANDO, M., ARANDA, C., PRECIADO, L., FRANCO, S. y SALAZAR, J. (2006). Validez y confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), pp. 319-332.
- PANDO, M., BERTOT, M., ARANDA, B. y AMEZCUA, M. T. (2011). Análisis factorial exploratorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT) para Cuba. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 1(8), pp. 10-14.

- PIÑUEL Y ZABAJA, I. (2015). Evaluación psicológica del acoso psicológico en el trabajo o mobbing en España mediante el cuestionario de Cisneros (tesis de doctorado). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/33244/1/T36409.pdf>
- PLONSKY, L. y OSWALD, F. L. (2014). How big is “big”? Interpreting effect sizes in L2 research. *Language Learning* (64), pp. 878-912. DOI: /10.1111/lang.12079
- PRICE, R. M. y BONETT, D. G. (2002). Distribution-free confidence intervals for difference and ratio of medians. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 72(2), pp. 119-124. DOI: /10.1080/00949650212140
- VÁZQUEZ, A. C. S., PIANEZOLLA, M. y HUTZ, C. S. (2018). Assessment of psychosocial factors at work: A systematic review. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 35(1), pp. 5-13. DOI: /10.1590/1982-02752018000100002
- WATKINS, M. W. (2011). *Cleigenvalue* (Computer software). Phoenix: Ed & Psych Associates.
- WISE, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment* (82), pp. 50-59. DOI: /10.1207/s15327752jpa8201\_10.
- YUEN, K. K. (1974). The two-sample trimmed t for unequal population variances. *Biometrika* (61), pp. 165-170. DOI: /10.1093/biomet/61.1.165



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



III

**EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN  
CON ENFOQUE ORGANIZACIONAL O GRUPAL**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS**





## 12. Una intervención ocupacional de cargos multifuncionales en una cadena de tiendas de supermercados en Venezuela

Acran Salmen Navarro<sup>1</sup> y Arturo Juárez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Ingeniería Humana (FUNINDES), Universidad Simón Bolívar, Venezuela, y New York University Grossman School of Medicine, Estados Unidos

<sup>2</sup> Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, UAEM, México

### Resumen

Las intervenciones organizacionales enfocadas en cambiar tareas, procesos o sistemas de organización son muy escasas en la práctica y en la literatura científica, por todos los retos que representan. Como parte de un proyecto más grande, en este capítulo se documentan las mejoras obtenidas en los factores de riesgo psicosocial mediante una intervención organizacional basada en un programa de rotación de cargos multifuncionales en una cadena de supermercados con sucursales en varias ciudades de Venezuela. Se trató de un diseño pre-post con grupo único, en el que participaron 747 trabajadores, quienes de manera voluntaria participaron en las evaluaciones psicosociales pre-post y el programa de rotación multifuncional, el cual implicó una estrategia amplia que consideró criterios físicos, psicosociales, epidemiológicos, operativos y administrativos para rotar a los empleados en distintos puestos y funciones. Los resultados sugieren que los trabajos bajo esquemas de rotación multifuncionales disminuyen los riesgos psicosociales y mejoran la percepción de los trabajadores ante los mismos, lo que influye positivamente en diversos aspectos de la organización. Se discuten perspectivas y retos futuros.

**Palabras clave:** factores psicosociales, intervención, rotación, Venezuela.

### Introducción

Los factores de riesgo psicosocial en el trabajo hacen referencia a las condiciones laborales directamente relacionadas con variables ambientales y organizacionales, así como con los procedimientos y métodos de trabajo, las relaciones entre los tra-

<sup>1</sup> Adscripción del primer autor durante el periodo de la realización de este estudio.

bajadores, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y pueden afectar la salud del trabajador y el desempeño de su labor a través de mecanismos del estrés negativo (Juárez y Camacho, 2011; Mansilla, 2012; Moncada y Llorens, 2013). Por lo tanto, los factores del riesgo psicosocial, como agentes agresores de la salud y de la capacidad productiva, son elementos que contribuyen a la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y desencadenan ansiedad, frustraciones, relaciones interpersonales conflictivas, ausentismo, estrés, sobrecarga mental, fatiga, alcoholismo, drogadicción, falta de motivación para el trabajo, insatisfacción, desmotivación, depresión y trastornos psicósomáticos, entre otros, y, en general, inciden en las condiciones de vida de la población trabajadora y de sus familias (OIT/OMS, 1984). Estos factores parecen ser potencialmente más riesgosos en países latinoamericanos (Kalimo, Batawi, y Cooper, 1988; Houtman, Jetteghoff y Cedillo, 2008), lo que ha influido en un despliegue creciente de normativas y leyes en la región, en los últimos años (Gómez y Juárez, 2016).

En Venezuela, en particular, los reportes de enfermedades ocupacionales establecen que las afecciones derivadas de los factores psicosociales ocupan el segundo lugar en las cifras del total de enfermedades laborales oficiales del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) (Caraballo, 2014) y el mismo Instituto emitió la Norma Técnica para la Declaración de Enfermedad Ocupacional (NT-02-2008), donde se exponen oficialmente cinco tipos de afecciones por factores psicosociales: 1) estrés ocupacional, 2) fatiga laboral, 3) agotamiento emocional (*burnout*), 4) acoso laboral (*mobbing*) y 5) trastornos no orgánicos del sueño (INPSASEL, 2008). Estas afecciones coinciden con un artículo de revisión en Venezuela, donde se encontró justamente a los temas de estrés laboral, acoso laboral o *mobbing*, síndrome de *burnout*, fatiga laboral y otras consecuencias psicológicas, entre las más comunes, aunque se reconoce la necesidad de más estudios y de mejor calidad (Feldman y Blanco, 2012).

Sobre el tipo de ocupaciones vulnerables a los riesgos psicosociales en Venezuela, se ha encontrado a los trabajadores del sector salud, del sector educativo, los administrativos del sector público y privado, del sector minero, sector petrolero y empleados de supermercados (Blanco y Feldman, 2017), estos últimos han mostrado claramente problemas de depresión y de disfunción social ante la falta de reconocimiento y otros factores de riesgo psicosocial (Angelucci, Parra y Peñuela, 2017). Otros estudios en Latinoamérica han mostrado hallazgos similares, donde los trabajadores de supermercados se caracterizan por prevalencias de estrés hasta de 77% en Chile (Aliaga, Villaroel y Cossio, 2016), problemas en el equilibrio trabajo-familia en Perú (Ayala, 2018), cargas físicas ligadas a indicadores cardiovasculares en Colombia (Ariza e Idrovo, 2005), y la relación con el cliente como un potencial factor de riesgo psicosocial en Argentina (Guiamet, 2012). En gene-

ral, se puede estimar que los empleados de supermercados están expuestos a diversos riesgos psicosociales entre los que se encuentran: baja posibilidad de toma de decisiones en el trabajo, altas demandas psicológicas, desorden organizacional, desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, inseguridad en el empleo y, en general, ausencia de programas sociales de apoyo, entre muchos otros.

En este sentido, vale la pena señalar que la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) (2005) venezolana, no solo obliga a identificar y evaluar los factores de riesgo psicosocial, garantizando la salud y seguridad de los trabajadores, sino que también señala que el patrono debe desarrollar acciones destinadas a prevenir e intervenir en el medio ambiente laboral, sobre aquellos agentes potencialmente capaces de producir afecciones de carácter psicosocial (Feldman y Blanco, 2012). Sin embargo, no es la sola referencia legal en salud de los trabajadores la causa por la que cada vez se hace más necesaria la intervención estructurada de los factores de riesgo psicosocial en los sistemas de prevención, sino también por los datos acumulados que demuestran el impacto de estos factores en la economía de las empresas y países (Dollard y Nesar, 2013).

Hasta ahora, la investigación disponible sobre eficacia de programas de prevención e intervención sobre factores de riesgo psicosocial es muy escasa y se sabe que, en la práctica, la mayoría de los enfoques de intervención se centran en programas de control de estrés individual (relajación, meditación, respiración diafragmática, terapia cognitivo-conductual, etc.), en tanto que las intervenciones organizacionales (enfocadas en los sistemas de organización, procesos, tareas, etc.) son realmente aún más escasas (Peiró, 1999; Sanabria *et al.*, 2003).

Dado lo anterior, como parte de un proyecto más grande, el objetivo del presente trabajo fue identificar, evaluar e intervenir en los factores de riesgo psicosocial del personal de una cadena de supermercados de Venezuela, con sucursales en cuatro ciudades del país, por medio de un programa especializado de rotación de cargos multifuncionales.

## Método

Se trató de un diseño pre-post con grupo único, en el que se evaluó el cambio en la exposición de factores psicosociales en los trabajadores después de una intervención organizacional basada en un programa de rotación de cargos multifuncionales, modelo de trabajo sin referentes en el país, que se detalla más adelante.

## *Características de la empresa*

La empresa donde se realizó el proyecto era del rubro de venta al por menor de alimentos, con 11 sucursales en cuatro ciudades de Venezuela. La población total estaba compuesta por 2 715 de empleados que se distribuían geográficamente en 11 sucursales repartidas en las ciudades de Barcelona, Maturín, Paraguaná y Por-lamar, esta última con la mayor cantidad de sucursales.

## *Participantes*

Se realizó una campaña informativa que aseguró la participación voluntaria de un total de 747 trabajadores, que representaron entre 20% y 30% de los empleados en cada sucursal; 57% fueron mujeres y 43% hombres, con una edad promedio de 26 años, todos con un mínimo nivel educativo de bachillerato y aproximadamente 23% tenía una carrera técnica (carpintería y electricidad, principalmente). El proyecto incluyó la identificación y evaluación de factores de riesgo psicosocial y la intervención, esta última comprendió un programa de empleados multifunciona-les con rotaciones que alternarían carga laboral, el cual se detalla más adelante.

## *Instrumento*

La evaluación pre-post se realizó con el cuestionario de evaluación de factores psicosociales “FPSICO” del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en su versión 3.1 (Ferrer, Guilera y Peiró, 2011). Es un instrumento que tiene como objetivo obtener información psicosocial, a partir de las percepciones de los trabajadores sobre distintos aspectos de su trabajo. Consta de 75 preguntas de selección múltiple y abarca siete factores psicosociales:

1. *Carga mental*: se refiere al esfuerzo intelectual frente al conjunto de demandas que recibe el empleado.
2. *Contenido de trabajo*: hace referencia al grado en que el conjunto de tareas que desempeña el trabajador activa una cierta variedad de capacidades humanas, responde a una serie de expectativas y necesidades, y permite su desarrollo psicológico.
3. *Supervisión-participación*: define el grado de autonomía decisional del trabajador.
4. *Autonomía temporal*: discreción concedida sobre gestión de tiempo de trabajo/descanso.



5. *Definición de función*: Considera los problemas que pueden derivarse de la función laboral y organizacional otorgada a cada trabajador y, sobre todo, a la ambigüedad de la misma y al conflicto de función.
6. *Interés por el trabajador*: hace referencia al grado en que la empresa muestra preocupación de carácter y a largo plazo por el trabajador.
7. *Relaciones personales*: mide la calidad de las relaciones personales de los trabajadores.

La herramienta FPSICO asigna un peso específico (un valor numérico) a cada opción de respuesta de cada pregunta del cuestionario, en función del nivel de riesgo que implica. En el presente estudio, este valor diferenciado o peso de cada opción se sumó para tener un perfil valorativo por cada dimensión que posiciona la exposición en tres niveles de riesgo: positivo (o adecuado) en un percentil  $\leq 65$ , moderado (o regular) en rango percentil de  $\geq 65$  a 74.9, y negativo (riesgo elevado y muy elevado) en percentil  $\geq 75$ . Los niveles de confiabilidad del FPSICO en el estudio original variaron en rangos de  $\alpha$  .69 a .86 entre dimensiones y se confirmó la estructura factorial esperada ( $CFI = .93$ ,  $RMSEA = .035$ ) (Ferrer, Guílera y Peiró, 2011).

## Procedimiento

Como parte de un proyecto más grande, holístico y organizacional, se dibujaron objetivos para la evaluación e intervención específica de factores de riesgo psicosocial, siendo esta única parte la que se describe en este escrito. En este rubro se definieron cuatro etapas: 1) preparación y difusión, 2) evaluación psicosocial inicial, 3) intervención organizacional y 4) evaluación de la intervención.

### *Etapas de preparación y difusión*

En principio, se revisaron los antecedentes de la organización y se realizaron algunas entrevistas iniciales con actores clave, para explorar situaciones existentes y valorar o sustentar el proyecto; esto permitió iniciar formalmente la gestión del cambio e implementación del programa. En virtud de que el programa de multifuncionalidad propuesto implicaba una intervención organizacional para transformar la estructura organizativa y la forma de operar de las personas, eran previsibles resistencias al cambio propias de un proceso de este nivel. En este sentido, para el exitoso desenvolvimiento del proyecto fue clave el diseño e im-

plementación de una estrategia de acompañamiento y gestión del cambio a la medida, tomando en cuenta las dos siguientes premisas: primero, las personas colaboran en mayor medida y cuidan de aquello que es cambiado cuando se sienten tomadas en cuenta, participando y/o sintiéndose debidamente informadas; segundo, los individuos se resisten al cambio usualmente porque perciben que en el proceso se puede perder algo: estatus, autoridad, costumbre, beneficios, relaciones, entre otros. Por ello, se definieron cuatro (4) ejes transversales que se habrían de considerar a lo largo del proyecto:

1. Comunicación suficiente y oportuna para escuchar, comprender, informar y dar entendimiento y acompañamiento. Se llevaron a cabo actividades tales como: declaración de la directiva sobre su compromiso y de arranque del programa, acompañamiento en las reuniones gerenciales periódicas, difusión de contenido cercano informativo y didáctico mediante los medios audiovisuales de la organización (pantallas en áreas comunes, periódico corporativo, correos electrónicos, carteleras y reuniones). Asimismo, se realizaron grupos focales para escuchar y comprender la mirada, necesidades y propuestas de los trabajadores, las cuales fueron incorporadas al programa de manera participativa.
2. Empoderamiento de los líderes, mediante la capacitación y ampliación de autonomía para la toma de decisiones como parte de su función para asegurar que asumieran la responsabilidad de sus acciones y resultados.
3. Asegurar la participación de los diferentes actores clave a fin de generar sentido de pertenencia y compromiso.
4. Realización de actividades formativas y capacitación en general para el desarrollo de competencias técnicas y para el manejo del cambio. Este rubro implicó también preevaluaciones para detectar necesidades de capacitación, que fueron alineadas al programa de rotación.

La aplicación de estas estrategias permitió reducir significativamente las aprehensiones y miedos que tenían los colaboradores respecto al cambio. Se confirmó un impacto determinante en la disposición de los empleados para participar de manera voluntaria y asumir la experiencia, con información, conciencia del propósito y claridad de los compromisos y beneficios que el programa buscaba para todos en el resultado final. Esta etapa de preparación y difusión tuvo una duración aproximada de tres meses.

### *Evaluación psicosocial inicial*

En esta etapa el objetivo fue un diagnóstico inicial de los factores psicosociales, por lo que, una vez seleccionado el instrumento descrito previamente (FPSICO), se procedió a su aplicación de forma anónima, manual, en salones cómodos, designados únicamente para que el encuestado completara dicho proceso. Se formaron grupos de 30 personas en promedio, a lo largo de 30 días, de manera simultánea en todas las sedes. Las encuestas fueron luego recolectadas y trasladadas a la sede principal en la ciudad de Porlamar, donde fueron evaluadas y procesadas por un equipo multidisciplinario, integrado por especialistas en seguridad, salud y bienestar del servicio médico ocupacional de la empresa, bajo el liderazgo del médico ocupacional y gerente corporativo en la materia.

### *Intervención organizacional*

Una vez obtenidos los resultados iniciales, se desarrolló un plan piloto para establecer los correctivos necesarios en las diferentes áreas de la organización. Este fue revisado y retroalimentado de manera participativa previamente descrita, para finalmente desarrollar el plan de acción que contenía el programa de cargos multifuncionales con rotaciones programadas que alternan la carga laboral en distintos puestos de trabajo. Toda la etapa de intervención tuvo una duración aproximada de seis meses.

El programa basó su estrategia en un esquema de rotación de personal bajo un plan sistémico de capacitación multifuncional de los trabajadores, denominado “Salmen-Navarro”. El programa tuvo diversas variantes operativas para toda la empresa, dependiendo la población, las cuales incluyeron: a) acciones para población por cambio de puesto, b) acciones para población aún no certificada (e.g., personas con condición médica o indispuestas a certificarse), o c) acciones para quienes sí cumplían con los requisitos de certificación y viabilidad de acuerdo con el análisis de puestos y personas. En general el esquema de rotación consideró cinco criterios:

1. *Criterios físicos*: se consideraron exigencias ergonómicas en relación con las capacidades personales de los empleados. Por cuestiones de espacio y dada la acotación temática del presente capítulo al tema de factores psicosociales, no se describen con todo detalle estos estudios ergonómicos, que incluyeron un programa participativo en el que se analizó el manejo manual de cargas, movimientos repetitivos, posturas, etcétera, como parte del proyecto general.

2. *Criterios psicosociales*: el criterio predominante para el diseño de este esquema de rotación se fundamentó en los resultados de la herramienta aplicada en la etapa de evaluación inicial, que permitió identificar la percepción que los colaboradores tenían sobre las condiciones psicosociales de la empresa.
3. *Criterios epidemiológicos*: se consideró el perfil de morbilidad de los empleados reportados por el servicio médico ocupacional de la empresa, en relación con las nuevas exposiciones o puestos potenciales a los que cambiarían. Se tuvo el particular enfoque en lesiones musculoesqueléticas previas, porque permitió asegurar la viabilidad puesto-persona entre las diferentes funciones.
4. *Criterios operativos*: a sabiendas de que la organización tenía una operación que incluía la atención a 1 500 potenciales clientes diarios, uno de los requisitos primordiales en términos de la factibilidad del proyecto fue asegurar que se podría mantener la operación de todas las sucursales mientras se implementaba el mismo. Por lo tanto, se consideraron procesos en relación con las demandas de clientes, cantidad de personal y sus habilidades, así como horarios y turnos para introducir el programa de la manera más efectiva.
5. *Criterios administrativos*: estos incluyeron, principalmente, aspectos contractuales, salariales, antigüedad y competencias de los empleados. Se requirieron distintos tipos de cambios, siendo el eje principal la introducción de bonificaciones, que buscaron equilibrar los derechos laborales, la productividad, las funciones y experiencia de los empleados.

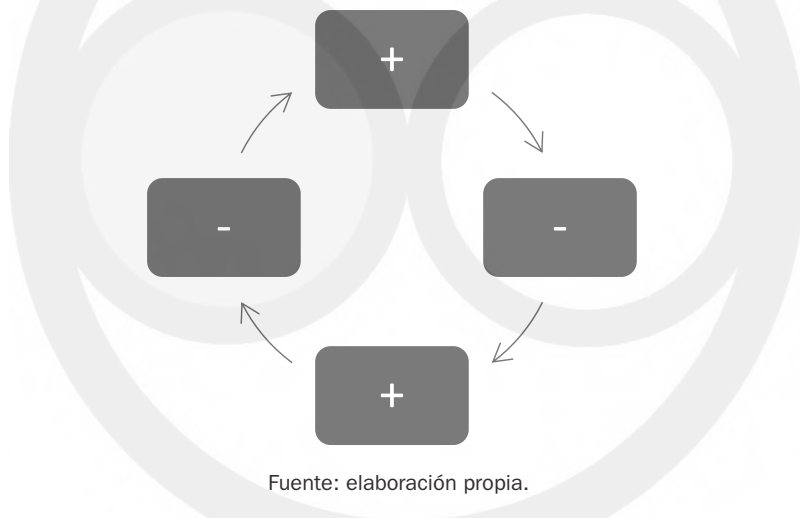
Por todo lo anterior, el programa requirió del involucramiento activo de líderes responsables del capital humano, capacitación, procesos operativos y administrativos en general.

### *Esquemas de rotación*

Para crear circuitos de rotación que pudieran integrar múltiples funciones en un solo cargo, los esquemas de rotación se distribuyeron por la naturaleza de habilidades y competencias laborales de los empleados (a su vez vinculados a criterios operativos y administrativos). El esquema estuvo caracterizado por distintas magnitudes de rotación, que iban desde rotar tareas de mayor carga física y mental (+), a otras de menor carga (-), para luego seguir rotando en otras donde se garantizaba la variación de dichas cargas, a fin de permitir el descanso, recuperación y preparación para el próximo cambio (figura 1).

Se garantizó que dichas rotaciones estuvieran distribuidas dentro de una misma área, por ejemplo, en el mismo supermercado, tienda o bodegón, minimizando así la movilización geográfica innecesaria. Además, rotar dentro de un mismo establecimiento permitía un control efectivo de dicho proceso por parte de los supervisores y gerentes de zona.

Figura 1. Esquema de rotación Salmen-Navarro con cambios de mayor (+) a menor (-) carga mental y física y viceversa



Fuente: elaboración propia.

En general, los empleados participaron de manera voluntaria en este esquema de rotación y fueron divididos en tres subgrupos: operador logístico (OL), manipulador integral de alimentos (MIA) y asesor de ventas y servicios (AVS). La lógica de rotación para el OL fue iniciar como oficial de seguridad en las puertas de entrada/salida, luego rotó para CCTV (circuito cerrado de televisión), después rotó como oficial de seguridad en rondas (donde permanecía en constante movimiento, desplazándose de manera encubierta por todas las instalaciones) y, finalmente, inició de nuevo el ciclo de rotaciones como seguridad en la puerta (figura 2). En el caso del manipulador integral de alimentos (MIA), sus rotaciones iban desde carnicería, hacia pescadería, panadería, frutas y legumbres, finalizando en el surtido de estantes y anaqueles (figura 3). Finalmente, el asesor de ventas y servicios (AVS) inició como cajero del supermercado, luego rotó para atención al cliente, que incluía el almacenaje voluntario de pertenencias durante la visita del cliente, posteriormente pasó al área responsable de objetos extraviados y siguió hacia caja de supermercado de nuevo, finalizando con una tarea administrativa que incluyó ro-



tar por todas las cajas del supermercado, recolectando el dinero en efectivo para ser trasladado a otra área de seguridad (figura 4).

Figura 2. Esquema de rotación para el operador logístico (OL)



Figura 3. Esquema de rotación para el manipulador integral de alimentos (MIA)

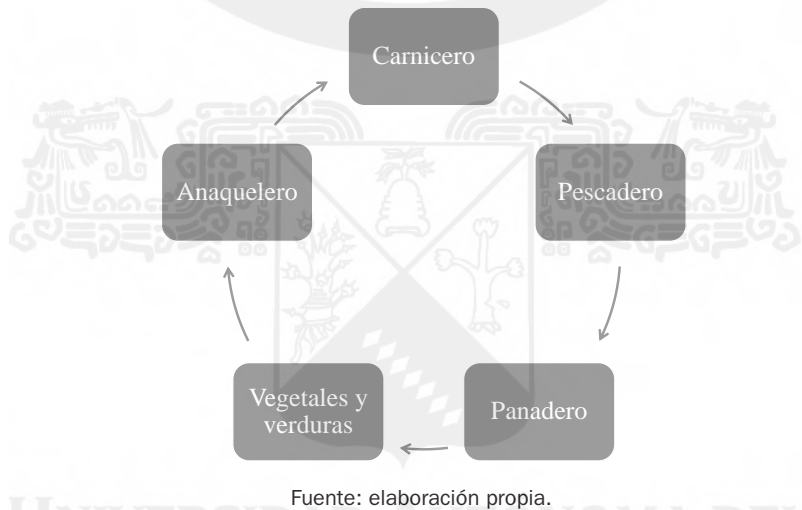
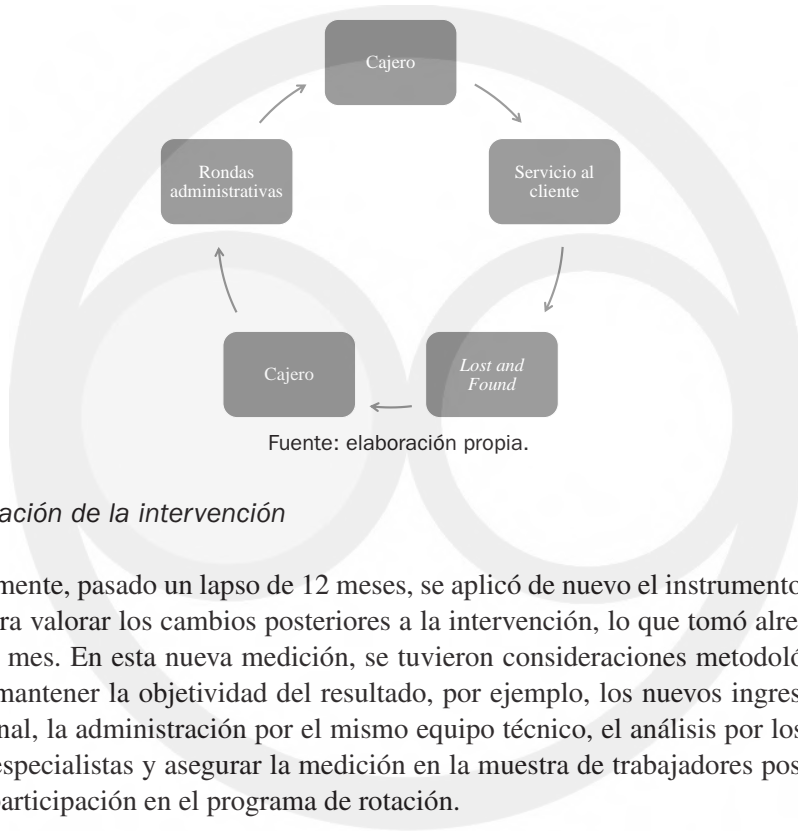


Figura 4. Esquema de rotación para el asesor de ventas y servicios (AVS)



### Evaluación de la intervención

Finalmente, pasado un lapso de 12 meses, se aplicó de nuevo el instrumento FPSICO para valorar los cambios posteriores a la intervención, lo que tomó alrededor de un mes. En esta nueva medición, se tuvieron consideraciones metodológicas para mantener la objetividad del resultado, por ejemplo, los nuevos ingresos de personal, la administración por el mismo equipo técnico, el análisis por los mismos especialistas y asegurar la medición en la muestra de trabajadores posterior a su participación en el programa de rotación.

### Resultados

En cuanto a los resultados de la evaluación preliminar o inicial (pre-intervención), el cuestionario del método FPSICO arrojó los factores de “interés por el trabajador”, “relaciones interpersonales” y “definición de función” obtuvieron los resultados más favorables y satisfactorios para el trabajador (> 45% positivos), lo que evidenció que los sistemas o lineamientos preexistentes en la organización relacionados con estos aspectos han sido eficaces. Esto es relevante por la importancia de estos aspectos para mantener al empleado conforme, proactivo, motivado y seguro dentro de sus áreas correspondiente de trabajo, lo que trae como consecuencia un buen desempeño de sus funciones laborales. Por otra parte, los factores “carga mental”, “contenido de trabajo”, “autonomía temporal” y “supervisión/participación” tuvieron resultados con tendencias más hacia niveles regulares o

incluso negativos, ubicándose como riesgos semicontrolados. Esto pudo reflejarse en la insatisfacción del empleado, su perturbación e intranquilidad, afectando su bienestar mental, físico y emocional dentro de sus áreas de trabajo con respecto a las funciones y procedimientos que deben representar en su cotidianidad, trayendo una disminución en su desempeño laboral (tabla 1).

En cuanto a la etapa de evaluación (post-intervención), se observó una mejora importante en general, cumpliendo todos los factores psicosociales que evalúa la herramienta con porcentajes positivos en una gran parte de empleados (> 40%), así como decrementos visibles en los valores regulares y negativos en la mayoría de las categorías (tabla 2).

Tabla 1. Porcentaje de trabajadores en niveles de riesgo por dimensión psicosocial en evaluación inicial (pre-intervención)

Niveles de riesgo	Carga mental	Contenido del trabajo	Supervisión-Participación (autonomía)	Autonomía temporal	Definición de función	Interés por el trabajador	Relaciones interpersonales
<b>Positivo</b>	19%	26%	29%	37%	65%	46%	64%
<b>Regular</b>	40%	47%	39%	44%	23%	42%	24%
<b>Negativo</b>	38%	24%	30%	15%	10%	10%	8%
<b>No contestó</b>	3%	3%	2%	4%	2%	3%	5%

Fuente: elaboración propia.

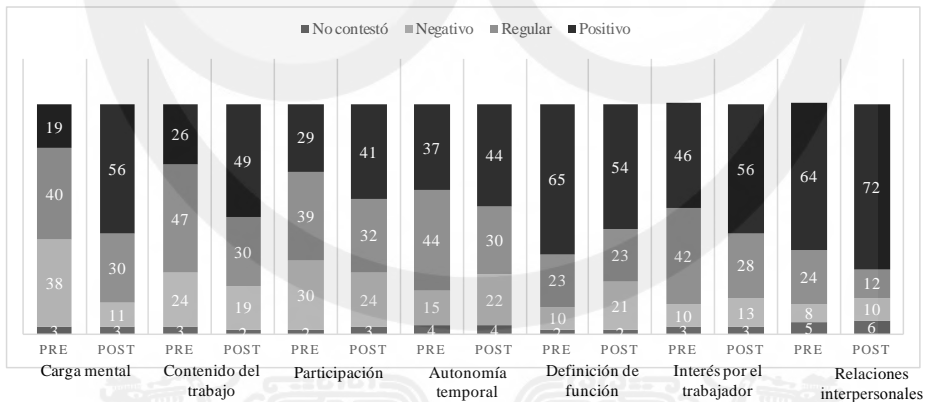
Tabla 2. Porcentaje de trabajadores en niveles de riesgo por dimensión psicosocial en evaluación post-intervención

Niveles	Carga mental	Contenido del trabajo	Supervisión-Participación (autonomía)	Autonomía temporal	Definición de función	Interés por el trabajador	Relaciones interpersonales
<b>Positivo</b>	56%	49%	41%	44%	54%	56%	72%
<b>Regular</b>	30%	30%	32%	30%	23%	28%	12%
<b>Negativo</b>	11%	19%	24%	22%	21%	13%	10%
<b>No contestó</b>	3%	2%	3%	4%	2%	3%	6%

Fuente: elaboración propia.

Pese a lo anterior, los cambios observados no fueron totalmente homogéneos entre factores psicosociales; por ejemplo, los cambios a niveles positivos más importantes fueron para “carga mental” (37 puntos porcentuales) y “contenido del trabajo” (23 puntos porcentuales), mientras que los más bajos fueron para “autonomía temporal” (7 puntos porcentuales) y “relaciones interpersonales” (8 puntos porcentuales). Vale la pena señalar que el factor de “definición de función” fue el único que presentó un declive en sus niveles positivos (pérdida de 11 puntos porcentuales) y aumentó en negativos (11 puntos porcentuales) y aumentó en negativos (11 puntos porcentuales) (gráfica 1). Los valores negativos aumentaron también ligeramente para el caso de “autonomía temporal” (de 15% a 22%) y en “interés por el trabajador” (de 10% a 13%), aunque estos últimos no parecen ser numéricamente trascendentes, sobre todo en relación con los niveles positivos obtenidos.

Gráfica 1. Comparativo pre-post-intervención en los distintos niveles y categorías del FPSICO



Fuente: elaboración propia.

## Discusión y conclusiones

Es bien sabido que todas las exigencias posibles en un puesto de trabajo pueden reflejarse de una manera positiva para el trabajador, siempre y cuando sean acordes a sus capacidades y, en general, exista una interacción positiva trabajo/persona, lo que permite desarrollar en el empleado sus capacidades, aptitudes y habilidades de manera óptima y satisfactoria. Diversas teorías de procesos psicosociales (e.g., demanda/control en Karasek, 1979; Jáimez y Bretones, 2011), confirman que las exigencias en el trabajo y del puesto se enfrentan positivamente cuando se permite a los empleados una mayor responsabilidad de autodirección,

se amplía su autonomía y se brinda la oportunidad de ejecutar un trabajo interesante, que represente un reto y sea significativo. Tomar del empleado su propia participación no solo trae como consecuencia positiva obtener resultados satisfactorios en menor tiempo y con mayor calidad. También favorece al operario desempeñar su función de la forma más cómoda, eficaz y competitiva, al tiempo que desarrolla su aprendizaje, su potencial e incrementa la satisfacción laboral, la comunicación, el sentido de pertenencia y otros aspectos favorables, lo que en general significa una reducción del riesgo psicosocial en su puesto de trabajo.

En este sentido, el presente estudio tuvo como propósito disminuir la exposición a factores de riesgo psicosocial mediante la implementación de un programa de rotación de cargos multifuncionales. Junto a una dinámica de participación de los empleados en su ejecución, intrínsecamente se otorgó variedad, se logró la utilización de habilidades, se creó la oportunidad de nuevos conocimientos y se amplió su autonomía en general. Esto puede implicar un empoderamiento positivo en todos los empleados para obtener resultados favorables.

Adecuar la carga de trabajo y otras exigencias psicosociales a las capacidades de las personas no es tarea fácil, puesto que hay que encontrar el punto de equilibrio entre dichas exigencias a las capacidades de respuesta de la persona, por tanto, siempre estará latente que el trabajador reciba cierta carga mental, física y emocional que debe ser cuidadosamente evaluada y, por otro lado, deben considerarse las características propias del trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, entre otras) y otros aspectos laborales, los que determinaran la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias.

Por ello, el programa de rotación multifuncional implementado implicó una estrategia amplia que consideró criterios físicos, psicosociales, epidemiológicos, operativos y administrativos para rotar a los empleados en distintos puestos y funciones, por lo que diversos aspectos de la organización y de los trabajadores fueron cuidadosamente considerados. La participación de estos, así como de la gerencia fue fundamental para lograr el equilibrio entre las capacidades y las exigencias que implicaban los nuevos puestos.

En toda la investigación realizada, el método FPSICO fue una guía principal para establecer detalles en el programa de rotación e intentar reducir y controlar los riesgos psicosociales específicos a los que estaba expuesto el trabajador. Ello brindó información que sirvió de base para identificar los factores problemáticos que generaron las medidas de acción y estrategias preventivas particulares en cada puesto de trabajo.

De manera global y posterior a la implementación del programa de intervención ocupacional de cargos multifuncionales, los resultados sugieren que los



trabajos bajo esquemas de rotación multifuncionales disminuyen los riesgos psicosociales y la percepción de los trabajadores ante los mismos, lo que se vislumbra como un aporte inicial de este estudio.

Cabe señalar que solo el factor psicosocial de “definición de función” presentó un declive o empeoramiento relevante en la evaluación post-intervención (disminución de niveles positivos y aumento de los negativos) y, aunque estos hallazgos no fueron hipotetizados, pueden ser perfectamente esperables y posibles. La definición de función alude a la claridad de actividades y responsabilidades de los empleados, las que, en medio de un programa de rotación cuya naturaleza implica justo el cambio de funciones, es esperable que estas se perciban como ambiguas y contradictorias tras los cambios. Sin embargo, esto puede suceder solo en las etapas tempranas de la intervención y disminuir una vez consolidado el programa en su funcionamiento cotidiano, lo que se pudo observar cualitativamente, pero no pudo registrarse en seguimiento cuantitativo.

El presente estudio tuvo varias limitaciones, de las cuales la más importante fue la ausencia de un grupo control, lo que no permitió contrastar directamente los resultados obtenidos. Otra limitación fue la presunción de la idoneidad de los baremos y criterios psicométricos del instrumento FPSICO utilizado en la muestra del estudio y la imposibilidad de realizar estimaciones cuantitativas a nivel de significancia estadística para saber que los cambios fueron más allá de la aleatoriedad.

A pesar de lo anterior, vale la pena reiterar que el alcance del proyecto implicó diversas aristas en ergonomía y salud ocupacional no abordadas en este escrito, que permitieron observar cambios sistémicos cualitativos favorables a nivel de toda la compañía y que, específicamente en el tema de factores psicosociales, demostraron por lo general cambios porcentuales positivos. La magnitud de estos sugiere que los cambios cualitativos serían clínicamente relevantes en la práctica, más allá de su significancia estadística.

Se desconoce otro estudio similar en la región que haya implementado una estrategia de cambio organizacional del alcance aquí logrado, por lo que se sugieren más estudios futuros con la implementación de programas de rotación multifuncionales como el propuesto, contemplando las limitaciones señaladas. Estos futuros estudios también deben considerar otras variables de desenlace que permitan ver el impacto sobre otros niveles específicos de salud mental o física. Entretanto, el presente estudio nos estimula a continuar trabajando y dar seguimiento en el tiempo para buscar cambios hacia una cultura preventiva en las organizaciones, manteniendo su productividad y garantizando un bienestar ocupacional sostenido en el tiempo.

## Referencias bibliográficas

- ALIAGA, P. E., Villarroel, J. I. y Cossio, N. D. (2016). La charla motivacional: Una estrategia para abordar el desconocimiento de factores de riesgo ergonómico en un supermercado chileno. *Ciencia & Trabajo*, 18(56), pp. 106-109.
- ANGELUCCI, L., Parra, K., y Peñuela, R. (2017). Efecto del compromiso organizacional, la satisfacción laboral, el apoyo organizacional y factores sociodemográficos sobre la salud de trabajadores, en Blanco, G. y Feldman, L. (2017). *Factores psicosociales laborales y sus efectos: haciendo visible lo invisible. Experiencias en Venezuela*. Caracas: ARACA.
- ARIZA, L. E. e Idrovo, J. Á. (2005). Carga física y tiempo máximo de trabajo aceptable en trabajadores de un supermercado en Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública* (7), pp. 145-156.
- AYALA, J. (2018). *Factores de riesgo psicosocial en colaboradores con alto y bajo nivel de estrés laboral en supermercados de Lima* (tesis de licenciatura). Lima: Universidad Autónoma del Perú.
- BLANCO, G. y Feldman, L. (2017). *Factores psicosociales laborales y sus efectos: haciendo visible lo invisible. Experiencias en Venezuela*. Caracas: ARACA. Recuperado de: <http://epsica.com/archivos/Factores%20psicosociales%20laborales%20y%20sus%20efectos%20haciendo%20visible%20lo%20invisible.pdf#page=13>
- CARABALLO, M (2014). El estrés laboral en Venezuela, ¿es laboral? *prevencionar.com* [en línea]. Recuperado de <http://prevencionar.com/2014/03/30/el-estres-laboral-en-venezuela-es-laboral/>
- DOLLARD, M. F. y Nesar, D. Y. (2013). Worker health is good for the economy: Union density and psychosocial safety climate as determinants of country differences in worker health and productivity in 31 European countries. *Social Science & Medicine* (92), pp. 114-123.
- FELDMAN, L., y Blanco, G. (2012). Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. *Salud de los Trabajadores*, 20(1), pp.75-92.
- FERRER, R., Guilera, G. y Peiró, M. (2011). *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO)*. Barcelona: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de <https://tinyurl.com/yak3zuwf>
- GÓMEZ, V. O. y Juárez, A. G (2016). Condiciones de trabajo, exigencias psicosociales y salud en población latinoamericana, en *La salud laboral en el siglo XX y el XXI*, 473. Medellín, Colombia: Escuela Nacional Sindical.
- GUIAMET, J. (2012). “El cliente siempre tiene la razón”: procesos de construcción de subjetividad en trabajadores jóvenes de una cadena multinacional de supermercados en la ciudad de Rosario. *Trabajo y Sociedad* (19), pp. 361-373.
- HOUTMAN, I., Jetteghoff, K. y Cedillo, L. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en países en desarrollo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Serie Protección de la salud de los trabajadores, 6).
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES [INPSASEL] (2008). Norma Técnica para la Declaración de Enfermedad Ocupacional (NT-02-2008). Recuperado de [https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/Nor\\_Decl\\_Enfer\\_Ocup.pdf](https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/Nor_Decl_Enfer_Ocup.pdf)
- JÁIMEZ, M. J. y Bretones, F. D. (2011). El *empowerment* organizacional: el inicio de una gestión saludable en el trabajo. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. Recursos Humanos* (344), pp. 209-232.
- JUÁREZ, A. y Camacho, A. (2011). *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicosocial en el trabajo*. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

- KALIMO, R., El Batawi, M. A. y Cooper, C. L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- KARASEK, R. (1979) Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. En Stellman, J.M. (ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. Ginebra: International Labour Office, pp. 34.6-34.14.
- LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO [LOPCYMAT] (2005). *Gaceta Oficial* N° 38.236. Venezuela: Asamblea Nacional De La República Bolivariana de Venezuela, 26 de julio.
- MANSILLA, I. F. (2012). *Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica* [en línea]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos>
- MONCADA, S. y Llorens, C. (2013). Factores psicosociales en C. Ruiz Frutos, A. M. García, J. Delclos, y F. G. Benavides (eds.), *Salud laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 377-388.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OIT/OMS] (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud.
- PEIRÓ SILLA, J. M. (1999). Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo AMIGO como base de la metodología Prevenlab/Psicosocial. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), pp. 267-314.
- SANABRIA, A. G., León, F. G., Gestoso, C. G. y Giménez, M. L. (2003). Intervención y prevención del estrés laboral. *Psiquis*, 24(5), pp. 226-235.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



# 13. Experiencias de intervención sobre el bienestar laboral en una empresa mediana en México: una propuesta de control

Enrique Pintor Prado<sup>1</sup> y César Merino-Soto<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup>Secretaría del Trabajo del Gobierno del Estado de México

<sup>2</sup>Universidad de San Martín de Porres, Perú

<sup>3</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

## Resumen

El objetivo de este trabajo fue desarrollar una propuesta de control derivada de la intervención sobre el bienestar laboral en una empresa mediana en México, tomando en cuenta que la globalización origina ajustes organizacionales dentro de las compañías, cuando estas se ven envueltas en procesos de fusión, división o integración de equipos y crean con ello efectos negativos sobre los empleados de estas compañías e impactan en su bienestar laboral. Partiendo de los resultados de una encuesta de bienestar laboral que la empresa realizó (la cual no formó parte del presente trabajo), se plantearon medidas de control sobre los tres puntos que necesitaban una mejora: motivación por parte de líderes, horarios de trabajo y distribución de carga de trabajo. Se planteó que las mismas medidas de control repercutieran en la mejora de la productividad, así como en la disminución del ausentismo y la accidentabilidad como indicadores clave de mejora. Fueron implementadas diez medidas de control que impactaron positivamente en los dichos indicadores clave.

**Palabras clave:** productividad, medidas de control, bienestar laboral, ausentismo, accidentabilidad.

## Antecedentes

En México, como en muchos otros países, un trabajador llega a pasar una tercera parte del día en instalaciones laborales o desarrollando actividades de trabajo, si es que su empleo no requiere que realice actividades fuera del centro laboral. Ante esto, la salud y seguridad en el trabajo son un aspecto fundamental en los centros de trabajo interesados y preocupados por el bienestar de sus trabajadores, enfoque que tendrá como consecuencia beneficios individuales, colectivos y, aún más,



para la misma empresa, como puede ser la disminución de costos asociados a los riesgos de trabajo que sus actividades y procesos representan. Pese a lo anterior, muchas organizaciones no toman conciencia de que la inobservancia de estas medidas genera gastos innecesarios, eventos de pérdida y, lo que es peor, puede que lo acepten como un costo inevitable de hacer negocio. Derivado de la globalización, es bien sabido que las organizaciones se ven envueltas en múltiples cambios y ajustes; muchas de estas se enfrentan a retos de fusión, división o integración de equipos, creando de forma general estrés y bajo bienestar laboral.

En este sentido, el bienestar laboral, entendido como la sensación de satisfacción derivada de las condiciones de trabajo, de la realización de tareas, de la pertenencia a una organización y de conseguir objetivos y logros profesionales (Martínez, 2004), es considerado por sus efectos en la productividad de los trabajadores y en el ausentismo. El desempeño de los trabajadores tiende a elevarse cuando se asume que la supervisión demuestra un interés genuino en su bienestar (Kinicki y Kreitner, 2003).

El modelo de evaluación de bienestar laboral de Laca, Mejía y Gondra (2006) propone que el nivel de bienestar es efecto de la valoración que la persona hace de factores laborales y que son influidos por variables demográficas e individuales; a su vez, el nivel resultante de bienestar laboral condiciona los comportamientos laborales que genera.

Todo ajuste o cambio del centro de trabajo genera reorganización e incertidumbre, que a la vez producirán ciertos efectos, algunos de ellos positivos, pero, en general, de forma empírica, se puede afirmar que serán mayores los efectos negativos, que podrán dividirse en individuales, colectivos y organizacionales (Staw y Oldham, 1978).

En cuanto a los efectos individuales, cada trabajador que no presenta niveles adecuados de bienestar laboral tenderá a generar ausentismo y con esto podrá tener consecuencias negativas en su trabajo, como pérdida de prestaciones laborales, acciones disciplinarias, accidentes, incremento de estrés, baja productividad, etcétera (Steers y Rhodes, 1978). Además, se puede mencionar que los trabajadores podrán presentar aislamiento voluntario, baja autoestima y afectación en su moral, creando problemas de salud (Goodman y Atkin, 1984).

De este modo, los efectos en los individuos deben abordarse como una prioridad, ya que los empleados representan el activo más relevante de una organización y son quienes poseen la experiencia y el conocimiento necesario para la operación continua de la organización. A pesar de los múltiples sistemas de trabajo en una organización, se necesitan empleados que operen estos sistemas, por lo que siempre se deberán considerar como una prioridad.

Siegrist y Marmot (2006) proponen la necesidad de un intercambio racionalmente justo entre el esfuerzo realizado por el empleado y la recompensa que recibe, dentro del núcleo del contrato de trabajo, en particular cuando se presentan pocas oportunidades de empleo, contratos en tiempo determinado (Ley Federal del Trabajo, 2012) y más, en presencia de inseguridad laboral derivadas de las condiciones creadas en las organizaciones, que de forma constante se enfrentan con retos de fusión, división o integración de equipos.

Con respecto a los efectos colectivos, se puede señalar que el hecho de que ciertas áreas de trabajo se vean afectadas por un bajo bienestar laboral de los empleados que la conforman genera consecuencias negativas en las relaciones interpersonales y estrés (Moch y Fitzgibbons, 1982). De igual manera, pueden generar un problema dentro de las descripciones individuales del marco social o contextual de la organización de la cual forman parte los trabajadores, también denominado bienestar laboral (Schneider y Reichers, 1983). Acotando que el bienestar laboral corresponde a percepciones de los trabajadores y que son compartidas en diversas situaciones, como puede ser políticas, prácticas y procedimientos que la organización construye, implementa y sigue de manera formal o informal (Schneider y Reichers, 1983).

En lo relativo a los efectos sobre la organización, un centro laboral enfocado en la mejora de las condiciones de trabajo se puede considerar que tendrá procesos de prevención contra riesgos laborales y oportunidades de desarrollo para su personal; esto, a su vez, llevará a mejorar sus indicadores, como pueden ser accidentes, ausentismo, las condiciones de salud de su población en general e, incluso, un balance costo-beneficio favorable (Guimarães, Ribeiro y Renner, 2012).

El factor humano constituye el elemento vital para el desarrollo de los procesos de cualquier organización; cuando un empleado se siente satisfecho y motivado alcanza un desempeño superior en la realización de su trabajo (Blanch *et al.*, 2010).

Por otro lado, aunque existen esfuerzos por parte de los diversos niveles de gobierno para desarrollar leyes sobre seguridad y salud en el trabajo que regulen las condiciones de los empleados en los centros laborales, de forma empírica se afirma que las *medidas de control* –definidas por la International Standards Organization (ISO, 2005) como una acción o actividad que se puede utilizar para prevenir o eliminar un peligro o reducirlo a un nivel aceptable– deben ser aplicadas considerando la cultura que se identifique en el centro laboral. Desde el punto de vista de la presente propuesta, las medidas de control se enfocaron en intervenir sobre las siguientes variables: Ausentismo, Productividad y Accidentabilidad. A continuación, una descripción de estos:

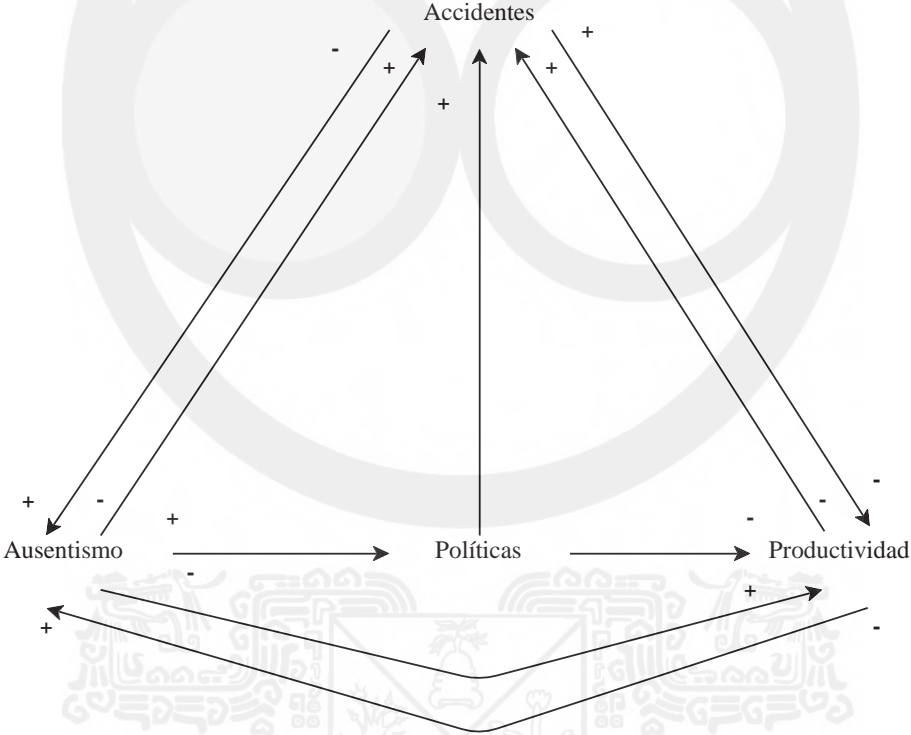
- *Ausentismo.* Según Munro (2007), el ausentismo se entiende como el abandono de un puesto de trabajo y de las tareas que la componen, y puede originarse cuando el trabajador no hace presencia en su estación de trabajo dentro de la jornada laboral, como podría ser el tomar tiempos extendidos para el consumo de alimentos. El presentismo se considera un tipo particular de ausentismo, que se refiere a un trabajador que está físicamente en el centro laboral, pero, por una serie de razones, no presta servicio (Stelzner, 2005). Dado que genera baja productividad y costos para el centro laboral, el ausentismo se reconoce disfuncional para la organización y es necesario su control por ser un factor negativo (Goodman, 1979). Podemos relacionar un alto ausentismo con la presencia de factores de riesgo psicosocial que afectan a un número determinado de trabajadores, ocasionando que el abandono del puesto de trabajo o la ausencia en la jornada laboral se vuelva más frecuente. Cuando se presenta ausentismo en cualquiera de sus modalidades, la productividad se ve afectada (Goodman y Atkin, 1984).
- *Productividad.* Se considera una medida económica que calcula cuántos bienes y servicios se han producido contra los recursos utilizados durante un periodo determinado. Su objetivo es medir la eficiencia de producción por cada factor o recurso utilizado, entendiendo por eficiencia el hecho de obtener el mejor o máximo rendimiento, utilizando un mínimo de recursos (Hsieh y Klenow, 2009). Uno de los factores que pueden tener un impacto en la productividad y en los indicadores de calidad del centro de trabajo son los accidentes laborales.
- *Accidentes de trabajo.* Se puede definir como toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste (Ley Federal del Trabajo, 2012).

Desde la perspectiva macroergonómica, se puede establecer que el trabajador se verá expuesto a cuatro condiciones que se interrelacionan para que en menor o mayor grado afecten y creen las condiciones necesarias para el desarrollo de un accidente de trabajo, a saber, la relación trabajador-máquina-organización-entorno laboral. Esta interrelación sistémica generará el caldo de cultivo perfecto para que se susciten accidentes de trabajo, por lo que se puede afirmar que el accidente es un subproducto del funcionamiento del sistema (Faverge, 1964).

La presencia de accidentes de trabajo, incluyendo los clasificados como accidentes en trayecto, generan ausentismo de forma automática y este, a su vez, una afectación a la productividad. Más aún, podemos de igual manera afirmar que las interrelaciones del ausentismo, la productividad y los accidentes de trabajo pro-

ducen diversos efectos negativos y positivos de forma individual, colectiva y organizacional (Goodman y Atkin, 1984). El modelo de Goodman y Atkin (1984) (figura 1) muestra cómo un incremento en la producción tiende a elevar el número de accidentes, lo que tendría que aumentar el ausentismo. Asimismo, un incremento en el ausentismo suele tener un efecto en la elevación de accidentes o un efecto indirecto sobre las políticas del centro laboral; en ambos casos, los accidentes se elevan, lo que a su vez repercute en la producción.

Figura 1. Relación entre ausentismo, productividad y accidentabilidad



Fuente: Goodman y Atkin, 1984.

Tomando como base lo expuesto hasta aquí, se planteó como objetivo desarrollar una propuesta de control a partir de un estudio de bienestar laboral en una empresa mediana en México. De acuerdo con el modelo de Goodman y Atkin (1984), la intervención buscó disminuir el ausentismo y los accidentes mediante políticas de cambio cuyo efecto conjunto sería el aumento de la productividad.

## Método

### *Participantes*

El modelo de centro laboral seleccionado tuvo dos características fundamentales: primero, se trata una empresa transnacional formada por varias divisiones de ventas y de áreas funcionales, también denominadas de soporte, así como centros laborales dedicados a la manufactura; segundo; los trabajadores mostraron diferencias en los grados de bienestar e inseguridad en cuanto a conservar el empleo, ocasionados por el proceso de fusión de empresas, que provocó duplicidad de puestos de trabajo, fusión de políticas organizacionales y mezcla de prácticas y procedimientos.

El centro de trabajo objeto de estudio se encontraba dividido en dos grandes grupos: empleados administrativos y personal de manufactura. El primero estuvo integrado por aproximadamente 200 empleados administrativos y, el segundo, por 600 trabajadores del área de manufactura, con una antigüedad laboral promedio de cinco años en ambos grupos.

### **Procedimiento**

#### *Enfoque general*

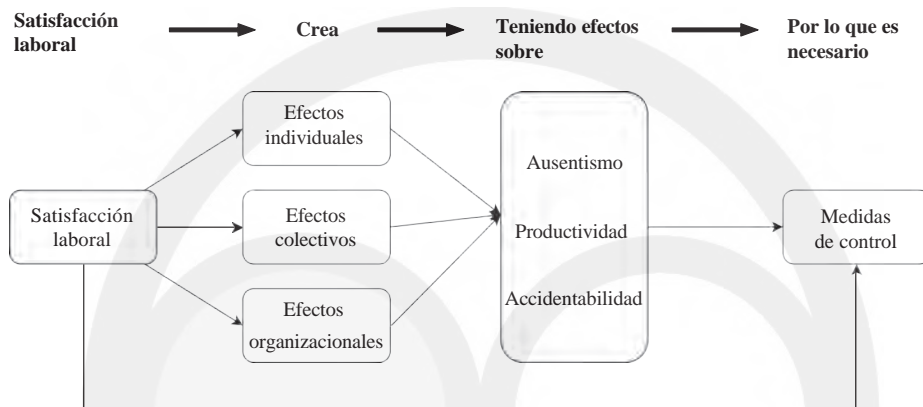
Con base en una evaluación general de la empresa (de la que no se pudo incluir información específica en este escrito), se diseñó una intervención destinada a tener un efecto sobre los tres criterios declarados (ausentismo, accidentes y productividad), iniciándose con una encuesta de auto-informe para identificar los aspectos del trabajo que: a) podrían ser intervenidos con los recursos disponibles, b) pudieran alinearse con las políticas de mejoramiento de la empresa y, c) estuvieran asociados con el incremento de la productividad y percepción de bienestar.

La iniciativa de intervención consistió en la consideración de variables incidentes de la manera como aparece en la figura 2:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Figura 2. Esquema de actuación planteado



Fuente: elaboración propia.

En plan de intervención se hizo en tres fases: recolección de datos, análisis de indicadores e implementación de prácticas, las cuales se describen a continuación.

### Recolección de datos

La encuesta fue realizada por una empresa externa especializada en este tipo de evaluaciones por encuesta, que la aplicó a nivel global dentro de la compañía objeto de estudio. Todos los trabajadores fueron instruidos para responder a la encuesta, realizada por medios electrónicos. Esta se hizo de manera anónima.

Los resultados de la encuesta fueron clasificados como confidenciales por el centro de trabajo. Los aspectos contemplados en la encuesta de bienestar laboral se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Tópicos evaluados en la encuesta de bienestar laboral

	Tópico evaluado
1	Trabajo en equipo
2	Ambiente de trabajo
3	Comunicación
4	Horarios de trabajo
5	Distribución de carga de trabajo
6	Motivación por parte de líderes
7	Beneficios

(continuación)

Tópico evaluado	
8	Plan de crecimiento y desarrollo de talento
9	Definición de funciones y actividades
10	Materiales y equipos de trabajo
11	Reconocimiento
12	Satisfacción laboral
13	Identificación con la compañía
14	Relación con compañeros
15	Remuneración vs. mercado

Fuente: elaboración propia.

Derivado de los resultados obtenidos y en conjunto con la alta dirección de la compañía, se decidió establecer como prioridad los tres primeros tópicos evaluados con mayor incidencia que arrojaron los resultados de la encuesta de bienestar laboral, los cuales fueron: 1) motivación por parte de líderes, 2) horarios de trabajo y 3) distribución de carga de trabajo.

### Análisis de indicadores

La segunda fase consistió en analizar los indicadores clave que el centro de trabajo identificó, así como las pérdidas económicas que causaban en el personal administrativo o de confianza. Los valores de cada indicador se determinaron en la tabla 2. Vale la pena señalar que en los trabajos de intervención se omitió al personal de manufactura, ya que su productividad presentaba una fórmula de medición basada en las toneladas producidas y el tiempo de su jornada laboral, y para la organización representaba un indicador adecuado de productividad alineado a sus estándares internos de evaluación de desempeño y la evaluación constante.

Tabla 2. Indicadores de pérdida de productividad y ausentismo en los trabajadores administrativos

Indicadores analizados	Medición inicial 2015
1 Pérdida de productividad	Pérdida de 2 horas promedio por jornada laboral <sup>1</sup>
2 Ausentismo	4 faltas al mes y un promedio de 10 retardos diarios <sup>2</sup>
3 Accidentabilidad	1 accidente al mes

Nota: 1. Medida por ausencia en su puesto de trabajo por múltiples actividades, desayunos, almuerzos, charlas informales, etcétera; 2. Retardos que iban desde 1 minuto hasta 65 minutos posteriores al horario pactado de ingreso.

Fuente: elaboración propia.

## Implementación de prácticas

La tercera fase consistió en la búsqueda de las mejores prácticas implementadas en diversas operaciones en México y el mundo, así como directrices definidas por la compañía. Se formaron mesas de trabajo con la alta dirección de la compañía, a partir de lo cual se definieron tres reglas como premisas para el establecimiento de las medidas de control:

1. *Confianza* en que el total de los empleados se alinearían a las propuestas y no tomarían ventaja de ellas;
2. *Respeto* de la opinión que se tuviera hacia las medidas que se implementarían;
3. *Trabajo en equipo* para asegurar que se escucharían las opiniones y se integrarían mejoras a las propuestas iniciales.

Para cada medida se definió un *sponsor* o patrocinador, de entre los integrantes de la alta dirección que tenían la responsabilidad de brindar dirección, apoyo y recursos para la consecución de las estrategias definidas y, si consideraba necesario, la creación de un equipo de trabajo conformado por diversos empleados clave que podrían contribuir al desarrollo de la medida. Este equipo de trabajo sería liderado por el patrocinador, definido por la alta dirección, quien debía tener una posición gerencial y con resultados probados de efectividad administrativa. La función principal del patrocinador sería evaluar toda medida de control o propuesta de mejora planteada, así como asignar los recursos necesarios para su desarrollo, implementación y seguimiento de los resultados. Finalmente, cada patrocinador entregó sus avances al grupo de alta dirección.

Una vez definidas las medidas de control que se habían enfocado en: 1) motivación por parte de líderes, 2) horarios de trabajo y 3) distribución de carga de trabajo, se buscó que en gran medida repercutieran en la mejora de la productividad, en la disminución del ausentismo y en la disminución de la accidentabilidad.

Bajo un proceso de lluvia de ideas por parte del comité de dirección e implementando las mejoras prácticas que se tenían disponibles, se desarrollaron diez medidas de control, las cuales se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3. Medidas de control implementadas

	<b>Medidas de control</b>	<b>Área de impacto</b>
1	Horarios flexibles	Ausentismo
2	Política de vestimenta	Productividad
3	Empoderamiento de mujeres	Ausentismo

ESTADO DE MORELOS

(continuación)

	<b>Medidas de control</b>	<b>Área de impacto</b>
4	Sala de lactancia	Ausentismo
5	Refuerzo en la comunicación	Productividad
6	Enfoque cero accidentes	Accidentabilidad
7	Trabajo en casa	Productividad
8	Evaluación de desempeño	Productividad
9	Viernes corto	Productividad
10	Desayuno con los líderes	Productividad

Fuente: elaboración propia.

Se destaca que las medidas de control fueron principalmente enfocadas a empleados administrativos, los cuales se asumía estaban más sujetos a un bajo bienestar laboral. Cada medida de control consistió en las siguientes actividades:

1. *Horarios flexibles*. Definir dos horarios de ingreso seleccionados por el empleado y conciliados con el supervisor, para mediar la posibilidad de un riesgo a la productividad y, con esto, al negocio. Al ser conciliado el nuevo horario de trabajo, el área de Recursos humanos de la compañía tenía que dejar por escrito dicho acuerdo.
2. *Política de vestimenta*. Se estableció mayor flexibilidad en la vestimenta, evitando no percibir un problema de imagen de negocio y tratando de mediar aquellas prendas que pudieran crear conflicto entre los empleados, como pudieran ser las faltas de respeto del sexo opuesto.
3. *Empoderamiento de mujeres*. Se estableció un grupo de mujeres líderes en la compañía, respaldadas por uno o más *sponsors* o patrocinadores que conformaron el equipo de alta dirección, con la intención de analizar la problemática que en el día a día las mujeres empleadas enfrentaban en la compañía o que repercutían en la misma. El objetivo primordial era que el grupo de conocedoras transmitiera las diversas problemáticas y su posible solución para asegurar una compañía ética, con trabajo digno, respetuoso y con un enfoque de igualdad laboral, todo desde una perspectiva de género.
4. *Sala de lactancia*. Iniciativa que se planteó de forma directa para asegurar que las mujeres en proceso de lactancia ejercieran sus derechos legales, además de facilitarles el proceso de reinserción laboral después del parto.
5. *Refuerzo en la comunicación*. Se encontró que la comunicación poseía un carácter difícil, en ocasiones conflictivo y que particularmente los supervisores en todos los niveles retenían, modificaban y ocultaban información, en ocasiones el estilo y el contenido no era atractivo, utilizando palabras confusas, excesivamente técnicas. Se observó que había líderes

poco asertivos al momento de comunicar. Ante todo, esto se estableció un área de comunicación con expertos en la materia a fin de expandir los canales de comunicación dependiente del tipo y cantidad de información a compartir. De forma periódica, se planteó dar seguimiento al impacto que la comunicación tendría en el interior de la compañía, así como en la comprensión de la comunicación, mediante entrevistas directas y encuestas.

6. *Enfoque cero accidentes.* Es común que las compañías establezcan que los riesgos de trabajo son inseparables del negocio y de la actividad industrial que desarrollan, por lo que en muchas ocasiones minimizan los costos que esto conlleva, inclusive crean presupuesto de accidentes anuales, donde la administración de estos crea un juego peligroso entre la compañía, los líderes y el responsable de la seguridad y salud en el trabajo. Con esta mentalidad, se estableció que debería mantenerse un enfoque de *tolerancia cero*, creando conciencia en la primacía de la seguridad y que todo accidente se podía y se debía evitar.
7. *Trabajo en casa.* Se advirtió que, derivado de la carga de trabajo, del desplazamiento casa-trabajo, así como de las diversas interacciones trabajo-familia, se tenían empleados que podrían desempeñar sus actividades desde su casa. Cada supervisor de área tuvo que identificar aquellos empleados que tenían las características mencionadas y se le propuso poder desempeñar su trabajo desde casa en dos vertientes: a) días definidos, b) cuando el empleado así lo considerará, con previa notificación a su supervisor.
8. La compañía se aseguró de que el área de Tecnología de la información brindara los recursos necesarios para la conectividad entre el empleado y su trabajo.
9. *Evaluación de desempeño.* Se establecieron reglas claras de evaluación de cada empleado, las cuales fueron basadas en la actividad desarrollaba cada puesto. La evaluación de desempeño se implantaría como la pauta para todo tipo de reconocimiento del trabajador, año con año.
10. *Viernes corto.* Dependiente del tipo de horario flexible que cada empleado seleccionará en conjunto con su supervisor, todo viernes el empleado podía retirarse de su puesto de trabajo al inicio de la tarde, contribuyendo a la relación trabajo-familia, así como problemas de desplazamiento que se llegan a crear el inicio de los fines de semana.
11. *Desayuno con líderes.* De forma periódica, un integrante del grupo de alta dirección tendría un desayuno con aquellos empleados interesados para propiciar la comunicación, el rompimiento de barreras de jerarquías y la expresión libre de los empleados. Cada líder debería dar respuesta a toda inquietud, comunicada como refuerzo a las ideas de los empleados.



Para propósitos de esta experiencia de intervención se consideró suficiente las estrategias de observación de resultados de las medidas de control. Finalmente, a todas las medidas de control establecidas se les dio seguimiento durante un año para observar sus resultados y pertinencia.

## Resultados

Las medidas de control fueron implementadas recibiendo retroalimentación por parte de los trabajadores y empleados, analizando y valorando su pertinencia, así como su posibilidad de mejora. Es importante destacar que se realizaron entrevistas para observar la pertinencia de cada una de las medidas, pero en ninguna de las medidas de control establecidas se hicieron mediciones numéricas de desempeño, complemento que hubiera sido ideal, pero se deja para futuras intervenciones.

De manera más específica a lo descrito antes, las medidas de control que fueron implementadas se caracterizaron por lo siguiente:

1. *Horarios flexibles.* Se definieron tres horarios diferentes de ingreso, con 30 minutos de diferencia entre cada uno; esto originó que el horario de salida se desplazara en la misma medida. Los trabajadores se distribuyeron del siguiente modo: 35% de la población seleccionó el horario más temprano, 45% el segundo horario y 20% el último horario. Este horario modificado no provocó conflicto alguno y durante el periodo de análisis en todo momento los empleados continuaron llegando en el horario previamente seleccionado y pactado con su supervisor; solo dos empleados solicitaron un ajuste posterior al horario previamente seleccionado.
2. *Política de vestimenta.* Fue establecido un documento conciliatorio que trató de flexibilizar el uso de vestimenta sin afectar la “imagen del negocio” y asegurando medidas de seguridad en el uso de calzado. Dicha política era aún más flexible para los viernes de todas las semanas. El resultado fue mayor aceptación por parte del total de la población de trabajadores.
3. *Empoderamiento de mujeres.* Un grupo de mujeres líderes fue creado, con asignación de recursos específicos, usados para el desarrollo de iniciativas para alcanzar una compañía ética, con trabajo digno, respetuoso y con un enfoque de igualdad laboral, todo desde una perspectiva de género. Todas las iniciativas fueron concebidas por las mismas empleadas de la compañía, diversos eventos, reuniones y conferencias fueron desarrollados. Las participantes sintieron satisfacción y fortalecimiento personal.
4. *Sala de lactancia.* Para asegurar y facilitar la reinserción laboral de las mujeres después del parto, en proceso de lactancia, además de afianzar

sus derechos legales, se instaló una sala de lactancia donde se procuraba la dignificación, privacidad e higiene del proceso en un ambiente propicio para tal actividad. Para replicar que todos los centros de trabajo de la compañía tuvieran salas similares se elaboró un instructivo donde se establecieron los requisitos físicos, privacidad e higiene que toda sala de lactancia debería de tener en lo sucesivo.

5. *Refuerzo de la comunicación.* Se implementó un área específica de apoyo a la comunicación que daba soporte a todas las áreas y se desarrolló un proceso periódico que impactara todos los niveles organizacionales. Se dispuso un mayor número de medios tecnológicos para facilitar la comunicación con todos los empleados. Proceso de encuestas y entrevistas fueron implementadas de forma periódica para obtener retroalimentación en el nivel de interacción con la comunicación y de comprensión; los datos arrojaron que los empleados de la compañía tuvieron 20 puntos porcentuales por encima del *benchmarking* global frente a otras compañías.
6. *Enfoque cero accidentes.* Implementando la política cero tolerancia se buscó que el responsable de seguridad y salud en el trabajo tuviera una posición gerencial dentro de la compañía, de tal manera que las actividades y políticas desarrolladas por el área tuvieran un peso similar frente a otras posiciones gerenciales, para que toda estrategia o discrepancia en el cumplimiento de las políticas de seguridad y salud en el trabajo se pudieran gestionar en un mismo nivel administrativo con reporte directo al grupo de alta dirección. De forma empírica, se observó que la interacción del responsable de seguridad y salud en el trabajo con una posición gerencial surtía mayor efecto dentro de la organización.
7. *Trabajo en casa.* Una vez que se detectó a los empleados que por las características de su actividad podían realizar su trabajo desde casa y se definieron los días y horarios. Para asegurar una correcta conectividad de estos empleados a las diversas plataformas informáticas de la compañía se les dotó de recursos específicos.
8. *Evaluación del desempeño.* Reglas claras de evaluación fueron desarrolladas de tal manera que se asegurara equidad en el salario, según sus actividades o comparado contra el mercado laboral local, la cual sirvió como pauta para todo tipo de reconocimiento del trabajador año con año.
9. *Viernes corto.* Se definió que todo día viernes los empleados podrían retirarse de su puesto de trabajo, en un horario, en función de su hora seleccionada de ingreso. En las primeras cuatro semanas todos los empleados se retiraron puntualmente, cumpliendo el momento de salida del denominado “viernes corto” y en semanas sucesivas diversos empleados con

mayor carga de trabajo se retiraron en un horario posterior a su hora de salida. Un proceso de encuesta demostró que el empleado se sentía conforme con atender sus actividades posteriores al horario de salida a sabiendas que en cualquier momento se podía retirar de sus labores. Esta medida de control resultó ser muy agradable para los empleados.

10. *Desayuno con líderes.* De manera bimestral todos los integrantes del grupo de alta dirección mantuvieron mesas de trabajo en forma de desayuno con todo aquel empleado que deseara interactuar con el líder en cuestión, planteando dudas, dejando comentarios y creando un mayor acercamiento con los empleados, rompiendo barreras de comunicación creadas con las posiciones organizacionales y creando confianza.

Con la implementación de las diez medidas de control y su seguimiento periódico de resultados, la compañía que aplicó las medidas obtuvo los resultados mostrados en la tabla 4.

Tabla 4. Resultado de los indicadores clave del análisis

Indicadores analizados	Medición final del 2015
1 Productividad	Se pasó de un promedio de pérdida de 50 min. a 30 min. promedio por jornada laboral. <sup>1</sup> Ganancia en credibilidad y confianza.
2 Ausentismo	Se pasó de un promedio de 4 faltas y 10 retardos mensuales a 0 faltas al mes y un promedio de 2 retardos diarios. <sup>2</sup>
3 Accidentabilidad	Se pasó de 1 accidente a 0 accidentes al mes.

Notas: 1. Medida por ausencia en su puesto de trabajo por múltiples actividades, desayunos, almuerzos, charlas informales, etcétera; 2. Retardos que iban desde 1 minuto hasta 18 minutos posteriores al horario pactado de ingreso.

Fuente: elaboración propia.

Se considera que la implementación de las medidas de control establecidas aportó de forma positiva al bienestar laboral, considerando los resultados de los indicadores clave del análisis, mostrados en la tabla 4, la productividad aumentó toda vez que los empleados tenían flexibilidad en horarios y con ello disminuyó el ausentismo en 50% y a la vez la accidentabilidad, llevando a cero casos en dos años consecutivos, una triada que creaba costos innecesarios a la compañía.

Finalmente, se identificó el grado en que las medidas específicas de control lograron tener un efecto sobre los criterios elegidos (ausentismo, accidentabilidad y productividad). Esta valoración se hizo una vez culminada la intervención y obtenido la estimación global presentada en la tabla 4. Esta estimación fue obteni-

da por el autor principal del presente capítulo, balanceando la satisfacción de los empleados, los resultados globales alcanzados y la satisfacción de los patrocinadores. Se usó un escalamiento ordinal con base cualitativa, con seis niveles de impacto: nulo, muy bajo, bajo, moderado, alto, muy alto.

Tabla 5. Medidas de control implementadas

	<b>Medidas de control</b>	<b>Área de impacto</b>	<b>Impacto estimado</b>
1	Horarios flexibles	Ausentismo	Alto
2	Política de vestimenta	Productividad	Moderado
3	Empoderamiento de mujeres	Ausentismo	Muy alto
4	Sala de lactancia	Ausentismo	Bajo
5	Refuerzo en la comunicación	Productividad	Alto
6	Enfoque cero accidentes	Accidentabilidad	Alto
7	Trabajo en casa	Productividad	Alto
8	Evaluación de desempeño	Productividad	Muy alto
9	Viernes corto	Productividad	Muy alto
10	Desayuno con los líderes	Productividad	Moderado

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

La presente experiencia de intervención inició reconociendo que la globalización y el funcionamiento del mercado contemporáneo han sumergido a una buena cantidad de empresas en procesos de fusión, división o integración de equipos. Estos procesos originan variados efectos sobre sus empleados y, entre los más importantes, estrés, bajo bienestar laboral e inseguridad laboral. La exposición de los empleados a estos factores crea efectos individuales, colectivos y organizacionales, todos ellos interactuando de forma continua

La presente intervención se centró en abordar los efectos organizacionales en tres vertientes: ausentismo, productividad y accidentabilidad, a sabiendas de que su interrelación genera efectos negativos y positivos de forma individual, colectiva y organizacional. Derivado de una encuesta de bienestar laboral, con la empresa objeto de estudio, se determinó trabajar sobre: 1) motivación por parte de los líderes, 2) horario de trabajo y, 3) distribución de la carga de trabajo, buscando en todo momento impactar de forma positiva en el ausentismo, productividad y accidentabilidad.

La intervención pretendida se orientó en identificar e implementar medidas de control. Durante el proceso de determinación de las medidas de control y en conjunto con el grupo de alta dirección, se determinaron: a) tres reglas para su establecimiento (confianza, respeto y trabajo en equipo) y, b) se definieron *sponsors* o patrocinadores para asegurar la implementación de las estrategias y su evaluación a intervalos previamente establecidos.

Las medidas de control fueron implementadas solo para el personal administrativo o “de confianza” y el total de las medidas tuvieron aceptación, muchas de ellas con aportación por parte de los mismos empleados, quienes fueron creando empoderamiento. La implementación y operación de las medidas de control durante un año en la organización mejoró la productividad y disminuyó el ausentismo y la accidentabilidad.

Las medidas de control mejoraron la productividad medida en el tiempo promedio que perdían los empleados por jornada laboral, haciendo otras actividades no relacionadas con sus actividades en un promedio de 90 minutos por jornada. La implementación de los horarios flexibles, viernes cortos, refuerzo a la comunicación, trabajo en casa, evaluación de desempeño, desayuno con líderes y política de vestimenta, ayudaron a que los empleados se enfocaran en sus labores. De forma particular, el empoderamiento de mujeres y la sala de lactancia contribuyeron a mejorar las condiciones de trabajo para los empleados del sexo femenino y facilitar la reinserción laboral de las mujeres en estado de lactancia. Estas mismas medidas de control, aportaron en la credibilidad y confianza de los empleados hacia la organización.

Asimismo, el ausentismo bajó a cero incidencias y solo dos retardos por mes, toda vez que se asume mejoró el bienestar laboral mediante la implementación de las medidas de horarios flexibles, sala de lactancia, trabajo en casa y viernes corto. Para la accidentabilidad se logró en la compañía mantener un registro de cero accidentes en el año que duró la implementación, esto gracias al enfoque “cero accidentes” o “tolerancia cero”. Un punto que aportó en la implementación de la medida de control fue la asignación de un responsable de seguridad y salud en el trabajo con una posición gerencial dentro de la organización, de tal forma que todo tema relacionado tuviera un acceso directo dentro del grupo de alta dirección y las propuestas tuvieran mayor efecto dentro de la organización.

Aparentemente, tras la revisión del estado del arte que hicimos sobre evaluación de estrategias de mejora en centros de trabajo no se halló información que pueda servir como argumento de semejanza con el enfoque aplicado aquí. Sin embargo, se requiere extender la búsqueda de la literatura en áreas de intervención que no fueron muestreadas.



## Implicaciones

La experiencia que presentamos nos lleva a declarar algunas implicaciones para una práctica potencialmente exitosa:

1. Con la implementación de las medidas de control, la alta gerencia entendió la importancia de mantener un bienestar laboral positivo, toda vez que los empleados se mantuvieron abiertos a las propuestas, cumpliendo las reglas establecidas y mejorando el desempeño en materia de ausentismo y accidentabilidad.
2. Las propuestas de control establecidas deberían ser consideradas para ser implementadas en centros de trabajo similares, con la necesidad de tener un *sponsor* o patrocinador dentro del grupo de alta dirección o del círculo de más alto rango dentro de las compañías, con reportes de avance a intervalos determinados para asegurar una implementación exitosa o para hacer adecuaciones dentro de dichos intervalos si fuera necesario.
3. Toda medida establecida según la problemática analizada en cada compañía debe ser enfocada en su pertinencia, importancia y relevancia para que se obtengan resultados positivos para la organización y su administración, pero sobre todo para los trabajadores, que son lo que se ven expuestos a factores que crean bajo bienestar laboral.
4. Las evaluaciones de bienestar laboral deben ser incluidas como primera fase y también al final de la implementación de toda intervención para obtener la determinación de sus beneficios con la mayor exactitud posible.

## Limitaciones

Como estudio, las limitaciones no pueden dejar de estar presentes. Una de ellas fue la ausencia de medidas cuantitativas para determinar exactamente la magnitud del cambio producido por la intervención. Sin embargo, estas medidas fueron las conductas observadas en relación con los criterios y son las que directamente interesaron a la institución. Por lo tanto, aunque no hubo una medida cuantitativa exacta e independiente del juicio de los observadores, pensamos que los efectos del estudio estuvieron expresados directamente en los criterios de interés y alineados operacionalmente con los cambios esperados, es decir, la reducción del ausentismo y de la accidentabilidad y el aumento de la productividad. La segunda limitación es que los juicios de efectividad pueden estar sesgados hacia la confirmación de las hipótesis de efectividad y, por lo tanto, reducir el valor de la información conflictiva con estas expectativas. Este fenómeno de orientación hacia la confirma-

ción de expectativas (Spencer y Heneghan, 2018) parece habitual en esas situaciones. Dada esta situación, una implementación que contraste dos o tres observaciones obtenidas independientemente puede servir como una estrategia para reducir el sesgo. Tercero, la implementación de las medidas de control fue realizada dentro de un clima social que buscaba generar respeto, confianza y trabajo en equipo; este último fortalece los dos anteriores, así como puede crear la construcción de un apoyo social efectivo entre los trabajadores y supervisores. La magnitud en que este clima fue efectivo o tuvo un papel condicionante del bienestar no fue evaluado y se requerirá considerar su papel en el cambio de esta intervención.

## Referencias bibliográficas

- BLANCH, J. M., Sahagún, M., Canera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de bienestar laboral General: estructura y propiedades psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(2), pp. 157-170. DOI: /10.5093/tr2010v26n3a2
- FAVERGE, J.M. (1964). *Esquisse d'une théorie de l'accident*. París: Sociologie du Travail.
- GOODMAN, P.S. (1979). *Assessing Organizational Change: The Rushton Quality of Work Experiment*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- GOODMAN P. S. y Atkin, R. S. (1984). *Effects of Absenteeism on Individuals and Organizations*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University, Tepper School of Business.
- GUIMARÃES, L. D. M., Ribeiro, J. L. D., y Renner, J. S. (2012). Cost-benefit analysis of a socio-technical intervention in a Brazilian footwear company. *Applied Ergonomics*, 43(5), pp. 948-957.
- HSIEH, C. y Klenow, P. J. (2009). Misallocation and manufacturing TFP in China and India. *Quarterly Journal of Economics*, 124(4), pp. 12-16. DOI: /10.1162/qjec.2009.124.4.1403
- INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION [ISO] (2005) *Norma Internacional. Traducción oficial. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Número de referencia ISO 9000:2005*. Suiza: Secretaría Central de ISO.
- KINICKI, A. y Kreitner, R. (2003). *Comportamiento organizacional: conceptos, problemas y prácticas*. México: McGraw-Hill.
- LACA, F., Mejía, J.C. y Gondra, J.M. (2006). Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, 16(1), pp. 86-92.
- LEY FEDERAL DEL TRABAJO (2012). *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre. México.
- MARTÍNEZ, J. M. (2004). *Estrés laboral. Guía para empresarios y empleados*. Madrid: Prentice Hall-Financial Time.
- MOCH, M. K. y Fitzgibbons, D. E. (1982). Automation, employee centrality in the production process, the extent to which absences can be anticipated, and the relationship between absenteeism and operating efficiency: An empirical assessment. University of Texas at Dallas, manuscrito no publicado.
- MUNRO, L. (2007). Absenteeism and presenteeism: possible causes and solutions. *The South African Radiographer*, 45(1), pp. 21-23.

- SCHNEIDER, B. y Reichers, A. E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology* (36), pp. 19-39. doi: /10.1111/j.1744-6570.1983.tb00500.x
- SIEGRIST, J. y Marmot, M. (2006). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Gran Bretaña: Oxford Press.
- STAW, B.M., y Oldham, G.R. (1978). Reconsidering our dependent variables: A critique and empirical study. *Academy of Management Journal*, 21(4), pp. 539-559. doi: /10.5465/255699
- STEERS, R. M. y Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), pp. 391-407. doi: /10.1037//0021-9010.63.4.391
- STELZNER, S. (2005). Absenteeism may be costing your business a lot but do you know presenteeism is probably costing your business more? *Labour Bulletin* (3), pp. 1-5.
- SPENCER, E. A. y Heneghan, C. (2018). Confirmation bias, en *Catalogue of Bias 2018*. Recuperado de [www.catalogueofbiases.org/biases/confirmationbias](http://www.catalogueofbiases.org/biases/confirmationbias)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



## 14. Clínica psicosocial del trabajo en Chile: acuerdos técnicos y éticos sobre la organización del trabajo

Elisa Ansoleaga Moreno,<sup>1</sup> Felipe Pérez,<sup>2</sup>  
Magdalena Ahumada<sup>3</sup> y José Antonio Gutiérrez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Diego Portales, Santiago de Chile

<sup>2</sup>Mutual de Seguridad Asesorías, Santiago de Chile

<sup>3</sup>Instituto de Salud Pública de Chile, Santiago de Chile

<sup>4</sup>Colegio Miguel Ángel, Santiago de Chile

### Resumen

Se presenta una propuesta de intervención denominada “clínica psicosocial del trabajo”, elaborada por el Área de Salud Mental y Trabajo de la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales de Chile, en 2013, luego de constatar la creciente necesidad de las organizaciones de contar con intervenciones pertinentes y complejas para tratar el estrés y el sufrimiento derivado del trabajo. El objetivo de esta intervención es generar un espacio de escucha colectiva para elaborar el sufrimiento derivado de la organización del trabajo. Con este fin se describen las características del modelo y un plan de intervención para una adecuada aplicación. Asimismo, se presenta un ejemplo de aplicación, identificando tres líneas temáticas: fuentes de sufrimiento derivadas del trabajo, fuentes de bienestar derivadas del trabajo y mecanismos de afrontamiento utilizados por los trabajadores. Se trata de fomentar e incentivar la aplicación de una clínica psicosocial del trabajo, siendo esta una propuesta novedosa y enriquecedora, que permite abordar la salud mental ligada al trabajo desde una óptica organizacional rescatando los relatos de los equipos de trabajo involucrados.

**Palabras clave:** clínica del trabajo; clínica psicosocial del trabajo; estrés psicosocial; sufrimiento en el trabajo.

### Introducción

En las últimas décadas ha cobrado relevancia el estudio de los factores psicosociales laborales y sus efectos en la salud física y mental de los trabajadores



(Juárez y Camacho, 2011; Ansoleaga, Díaz y Mauro 2016; Ansoleaga, 2015; Ansoleaga y Toro, 2014; Ansoleaga, Montaña, y Vézina, 2014; Stansfeld y Candy, 2006; Siegrist, 2008). Existen un par de modelos, el de Karasek y Theorell (1990) y el de Siegrist (1996), que permiten comprender de qué manera un puñado de dimensiones de la organización del trabajo, tales como las altas demandas psicológicas, la falta de control sobre el trabajo, un apoyo social deficiente o la ausencia de reconocimiento (salarial, organizacional y social), pueden generar situaciones de tensión laboral que aumentan el riesgo de enfermar a los trabajadores. Estos modelos cuentan con eficientes instrumentos para medir la presencia de riesgos psicosociales (Ansoleaga, Montaña y Vézina, 2013; Siegrist *et al.*, 2009; Karasek *et al.*, 1998). Sin embargo, el conocimiento sobre cómo enfrentar e intervenir para mitigar y/o controlar la exposición a riesgos psicosociales y sus efectos en la salud de los trabajadores es escaso.

Desde la década de 1970 y a la luz de los modelos transaccionales sobre el estrés laboral (Lazarus y Folkman, 1986), surgió con fuerza la idea de generar modelos comprensivos cuyo horizonte fuera fortalecer las capacidades de las personas para enfrentar y/o aprender a lidiar con el estrés derivado del trabajo. Sin embargo, esos modelos fueron superados por perspectivas cuyo énfasis está en la organización del trabajo y no en las capacidades individuales de enfrentar el mal denominado estrés laboral (Ansoleaga, 2013; Juárez y Camacho, 2011). Más allá de las clásicas respuestas que las organizaciones han utilizado para enfrentar el estrés laboral y que han estado centradas en el autocontrol, autocuidado o autorregulación de los propios individuos, existen diversas perspectivas y modelos de abordaje del sufrimiento derivado de una organización patógena del trabajo. Lo que sí sabemos es que debemos avanzar hacia modelos que vayan más allá de la mirada individual (Ansoleaga *et al.*, 2014), involucrando a colectivos de trabajo y apostando a transformar dimensiones organizacionales que se encuentran en la base de los resultados negativos en la salud de los trabajadores, pero también en los malos resultados organizacionales.

La propuesta de intervención que se presenta en este escrito, denominada “clínica psicosocial del trabajo”, fue elaborada por el Área de Salud Mental y Trabajo de la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales de Chile, en 2013, luego de constatar la creciente necesidad de las organizaciones de contar con intervenciones pertinentes y complejas para abordar el estrés y el sufrimiento derivados del trabajo. Esta propuesta que presentamos, originalmente publicada en *Ciencia & Trabajo* (Ansoleaga *et al.*, 2014), reconoce la existencia de una organización del trabajo que es patógena y considera algunas herramientas de dos modelos y/o perspectivas útiles para comprender el abordaje del sufrimiento en el

trabajo: la sociología clínica o psicosociología (Gaulejac, 2000) y la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1998).

De acuerdo con Gaulejac (1993), la sociología clínica se inscribe en la relación entre objetividad y subjetividad, considerando la dialéctica del individuo, el cual sería un producto sociohistórico y productor de historia de manera simultánea. En este sentido, se postula que lo social preexiste a lo psíquico y no son reductibles uno al otro, pudiéndose reconocer tres campos de acción: el análisis organizacional –incorporando miradas desde lo político, lo económico, lo sociológico y lo psicológico–, el campo de la exclusión social y el trabajo de los grupos de implicación e investigación (Taracena, 2010). Otra perspectiva relevante es la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1998), la cual supone la incorporación de aspectos subjetivos del trabajo, en la que se asume que el trabajo juega un papel protagónico en la constitución del individuo y de su identidad: trabajar es más que una actividad, constituye una forma de relación social (Plut, 2002). En consecuencia, trabajar consistiría en lograr acortar la brecha entre lo prescrito del trabajo y lo real, a pesar de las dificultades que impone el trabajo real, lo que suele escapar a los conocimientos técnicos (Wolf-Ridgway, 2011). En este sentido, para Dejours (1998) trabajar implica una experiencia subjetiva y emocional de carácter penoso, producto del fracaso en la integración del trabajo prescrito con el real. Ante el sufrimiento que esto implica, a pesar de que se presenta como una fase inevitable en todos los sujetos que trabajan, es posible encontrar ajustes en la falla de la prescripción, pudiendo el trabajador descubrir nuevas sensibilidades, desconocidas hasta ese momento. Esto generaría una revelación para sí mismo, convirtiéndose el trabajo en fuente de placer (Wolf-Ridgway, 2011). Desde la psicodinámica del trabajo se propone la clínica del trabajo como metodología de intervención que se aproxima al problema del sufrimiento (Ansoleaga *et al.*, 2014) y se configura como:

Un espacio de diálogo en relación al sufrimiento que se origina en la realidad concreta de la organización del trabajo, permitiéndoles a los trabajadores la reconstrucción de su capacidad de pensar y de crear estrategias eficaces [...] para enfrentar situaciones que provoquen sufrimiento e ir en búsqueda del placer y, consecuentemente, de un buen estado de salud (Santos-Junior, Mendes y Araujo, 2012: 118-119).

Las intervenciones desde esta metodología buscan promover, mediante el uso del lenguaje, la reflexión colectiva respecto a cómo está organizado el trabajo, incorporando las experiencias de placer y sufrimiento de los participantes. Así, se permite poner en evidencia las estrategias psicológicas, de carácter defensivo, que dicho colectivo utiliza con el fin de encubrir la realidad laboral (Ramos

y Barbosa, 2012). Para esto la clínica del trabajo propone varias técnicas (Mendes y Araujo, 2011); entre ellas, la elaboración psíquica, entendida como un proceso mental en el que el trabajador logra superar las resistencias que imponen las problemáticas organizacionales, permitiéndole aceptar elementos reprimidos (Martins, 2013). En el colectivo, este proceso se ve favorecido con el intercambio experiencias, las que transforman las relaciones laborales y asignan nuevos significados a su trabajo. Por otra parte, la observación clínica y la interpretación constituyen herramientas fundamentales para una clínica psicosocial del trabajo (CPT). La primera permite indagar en los significados del habla, las posturas o el estado emocional del grupo, mientras que la interpretación favorece la elaboración de reflexiones que pueda llevar a generar acciones transformadoras. Con estas técnicas es posible esclarecer y objetivar los mecanismos de afrontamiento y las estrategias que el grupo pone en juego (Ghizoni *et al.*, 2014).

De esta metodología particular de aproximación al problema del sufrimiento en el trabajo, surgen dos modalidades clínicas distintas: clínica de las patologías y clínica de la cooperación (Facas, 2009). La primera parte del supuesto de que los sujetos se encuentran ya enfermos e inmovilizados, concentrando el trabajo clínico en el rescate del sentido del trabajo para el sujeto, mediante la reconstrucción de la historia de la enfermedad o de la violencia a la cual fue expuesto. La segunda centra sus esfuerzos en el análisis, la potenciación de la movilización subjetiva y la construcción de reglas colectivas, tanto de trabajo como también de la convivencia respecto al colectivo de trabajo. En esta modalidad los participantes no se encuentran enfermos, aun cuando haya necesidad de construir un espacio de discusión y deliberación.

La propuesta que aquí se presenta considera el foco de la clínica de la cooperación (Alves y Mendes, 2011) y aspectos claves del trabajo de grupos de Pichón Rivière (1985), considerando la importancia que en los grupos tienen los roles prescritos definidos en términos de afiliación, cooperación, pertinencia, comunicación y aprendizaje. El estudio y análisis de las principales perspectivas que tienen por objeto estudiar y analizar el sufrimiento vinculado al trabajo han nutrido de manera fundamental esta propuesta, la cual surgió de la necesidad de trabajar con un enfoque que permitiera albergar los supuestos principales de los modelos anteriormente descritos y que fuera congruente con la realidad laboral chilena. De este modo, la comprensión sistémica del trabajo como fenómeno psicosocial se configura como una mirada integrativa al momento de buscar sustratos conceptuales para pensar y comprender el sufrimiento en el trabajo. De esta manera, el presente escrito tiene por objetivo describir las características de la clínica psicosocial del trabajo, indicando sus características, procedimientos y su relevancia como una propuesta de intervención grupal para el cuidado de la salud mental en el trabajo.

## Propuesta de Intervención de clínica psicosocial del trabajo (CPT)

Proponer una forma de intervención permite dar cuenta de los componentes centrales que sustentan un proceso, ya sea identificar fases o elaborar un plan de intervención y así ofrecer un marco que permita consensuar un modo de hacer o de abordar situaciones. A su vez, si la intervención se considera psicosocial, se estará respondiendo a la unión entre lo psicológico y lo social, posibilitando una comprensión holística de los fenómenos humanos (Medina *et al.*, 2007). Los componentes centrales que dan sustento a esta intervención de CPT se han sintetizado en tres ejes (tabla 1):

Tabla 1. Componentes centrales que dan sustento a la intervención de CPT

Eje	Características
Validación del conocimiento de los participantes	Los profesionales que intervienen no tienen elementos únicos ni suficientes para la solución a los problemas de la organización. Cada organización y equipo de trabajo tiene su único modo de responder, sus propios desafíos y, por cierto, sus límites. La principal herramienta de trabajo consiste en generar las condiciones ideales para abrir espacios de escucha entre los involucrados.
Reconocimiento de cada participante como sujeto particular	Se debe tomar conciencia de que el trabajo se desarrolla con otros, por lo tanto, afecta y se verá afectado por las actuaciones de cualquiera de su entorno. El que existan diferencias no debe intranquilizar al que interviene sino más bien, debe esperar a que se hagan públicas dichas diferencias.
Construcción común de aspectos ético/valóricos	Posibilitar la construcción de creencias y narrativas asociadas al trabajo

Fuente: elaboración propia.

El primer eje consiste en constatar que los profesionales que intervienen no tienen elementos únicos ni suficientes para solucionar los problemas de la organización. Los profesionales que llevan a cabo la intervención en algunos casos son expertos en los problemas y dificultades que presentan los sistemas y subsistemas en el espacio de trabajo. Cada organización y equipo de trabajo tiene su único modo de responder, sus propios desafíos y, por cierto, sus límites. En este entendido, quien interviene no sabe lo que es mejor en “ese contexto”. Por ello, la principal



herramienta de trabajo consiste en generar las condiciones ideales para abrir espacios de escucha entre los involucrados. Es en este lugar donde se pueden buscar las respuestas o alternativas. Tal como explican Máiquez y Capote (2001), las intervenciones en el colectivo se llevan a cabo en los contextos donde se desarrollan y desenvuelven los sujetos. Así, el profesional que interviene en una CPT busca validar en el grupo la pericia de las personas con quienes se desarrolla la intervención grupal.

El segundo eje es la consideración de “un otro” para poder generar cambios, siendo primordial tomar conciencia de que el trabajo se desarrolla con otros y que cada uno es el “otro del otro” y, por lo tanto, afecta y se verá afectado por las actuaciones de cualquiera de su entorno. El que existan diferencias no debe tranquilizar al que interviene sino, más bien, debe esperar a que se hagan públicas dichas diferencias, puesto que aquello contribuye a tener más visiones y, por lo mismo, más posibilidades. Dentro de este eje, el reconocimiento es un objetivo en el espacio del grupo y permite fortalecer la identidad personal y laboral. La ausencia de reconocimiento en el trabajo ha sido identificada en diversos contextos laborales como un fenómeno generalizado y en alguna medida normalizado (Siegrist *et al.*, 2009).

Un tercer eje considera la posibilidad de construcción de creencias y narrativas asociadas al trabajo, especialmente en lo que concierne a los temas valóricos/normativos y éticos. En cualquier ámbito de la vida, cuando lo que se hace o se debe hacer implica enfrentarse con cuestiones valóricas o éticas y no se dispone de la capacidad para decidir autónomamente, se produce un sufrimiento que enfermará a quien lo experimente (Facas, 2009) y, sin duda, también al sistema que lo sostenga. Este sufrimiento, según Facas (2009), emerge justamente de los conflictos y contradicciones originados entre los deseos y necesidades del trabajador, y las características de gestión de la organización del trabajo.

En este contexto, esta es una intervención colectiva (grupal), ya que: a) el hecho de pensar colectivamente en dicho sufrimiento genera efectos terapéuticos y permite pensar en estrategias colectivas para alcanzar acuerdos; b) para llevar a cabo el trabajo es necesario llegar a acuerdos conjuntos en lo técnico y en lo ético sobre la organización del trabajo y, c) una buena vía para lograr estos acuerdos es mediante la escucha del otro en su sufrimiento y que esto último por sí mismo genera efectos positivos en materia de reconocimiento (Ansoleaga *et al.*, 2014). Entre las ventajas de este modelo de intervención sobre otros destaca: su foco en la organización del trabajo más que en características de “vulnerabilidad” personal; el lugar que ocupa el reconocimiento del otro en el grupo/equipo de trabajo; la relevancia de lo colectivo como espacio de reconocimiento y la apuesta por anteponer las necesidades de las personas y el bienestar de las y los trabajadores sobre las necesidades de producción o de servicios.



De esta forma, el objetivo de una CPT es generar un espacio de escucha colectiva para elaborar el sufrimiento derivado de la organización del trabajo, generar espacios de reconocimiento mutuo y para una mejor organización del trabajo que permita establecer acuerdos técnicos y éticos. Este último ha sido un elemento relevante en el desarrollo de una CPT. Para Dejours (2006) el sufrimiento ético se define como aquel experimentado cuando el sujeto comete actos con los que no está de acuerdo y condena moralmente. Algunos autores (Lins, Vasconcellos y Palacios, 2015) han indicado que en las organizaciones prima la aplicación de códigos de éticas enfocadas en situaciones internas relacionadas con la corrupción, abuso y acoso, o externas, como daños a comunidades y el medio ambiente. No obstante, comúnmente estos códigos de éticas son formulados sin la participación colectiva de los trabajadores y trabajadoras y, por tanto, no abordan las contradicciones frente al trabajo real (Goncalves, Matos y Soares, 2019). En la práctica y frente al sufrimiento ético, el colectivo despliega estrategias para minimizar o negar el sufrimiento, lo que puede repercutir en la normalización o insensibilidad frente al sufrimiento experimentado y las situaciones de injusticia (Dejours, 2006).

En este escenario, a través de una CPT el sufrimiento ético toma un papel importante en la conducción de estas situaciones para la construcción activa de formas de acción que permitan esclarecer las causas del sufrimiento. Desde esta perspectiva, el sufrimiento derivado de las contradicciones éticas en el trabajo constituye una herramienta de movilización para la transformación de las situaciones (Vasconcelos, 2013).

Para esto a continuación se presenta el plan de intervención que responde al nivel operativo, considerando tanto las acciones que se deben llevar a cabo durante el proceso, así como los aspectos básicos requeridos para su realización.

### **Plan de intervención**

La CPT se desarrolla en forma grupal, con participación voluntaria y de asistencia libre, en el marco de personas que comparten la participación en procesos de trabajo. Esta estructura busca dar cabida a la aparición de temas emergentes dentro del trabajo y permite generar una participación responsable y autónoma. Para guiar las sesiones se sugiere la participación de al menos dos profesionales idealmente del campo de la salud mental o de las ciencias sociales con formación en intervenciones grupales. En lo posible, es necesario el apoyo de una tercera persona cuya función sea el registro escrito y en audio de la sesión. Para garantizar la continuidad del trabajo en las sesiones se utiliza como instrumento principal una bitácora que consigna la historia de una sesión a la siguiente, de los temas cen-

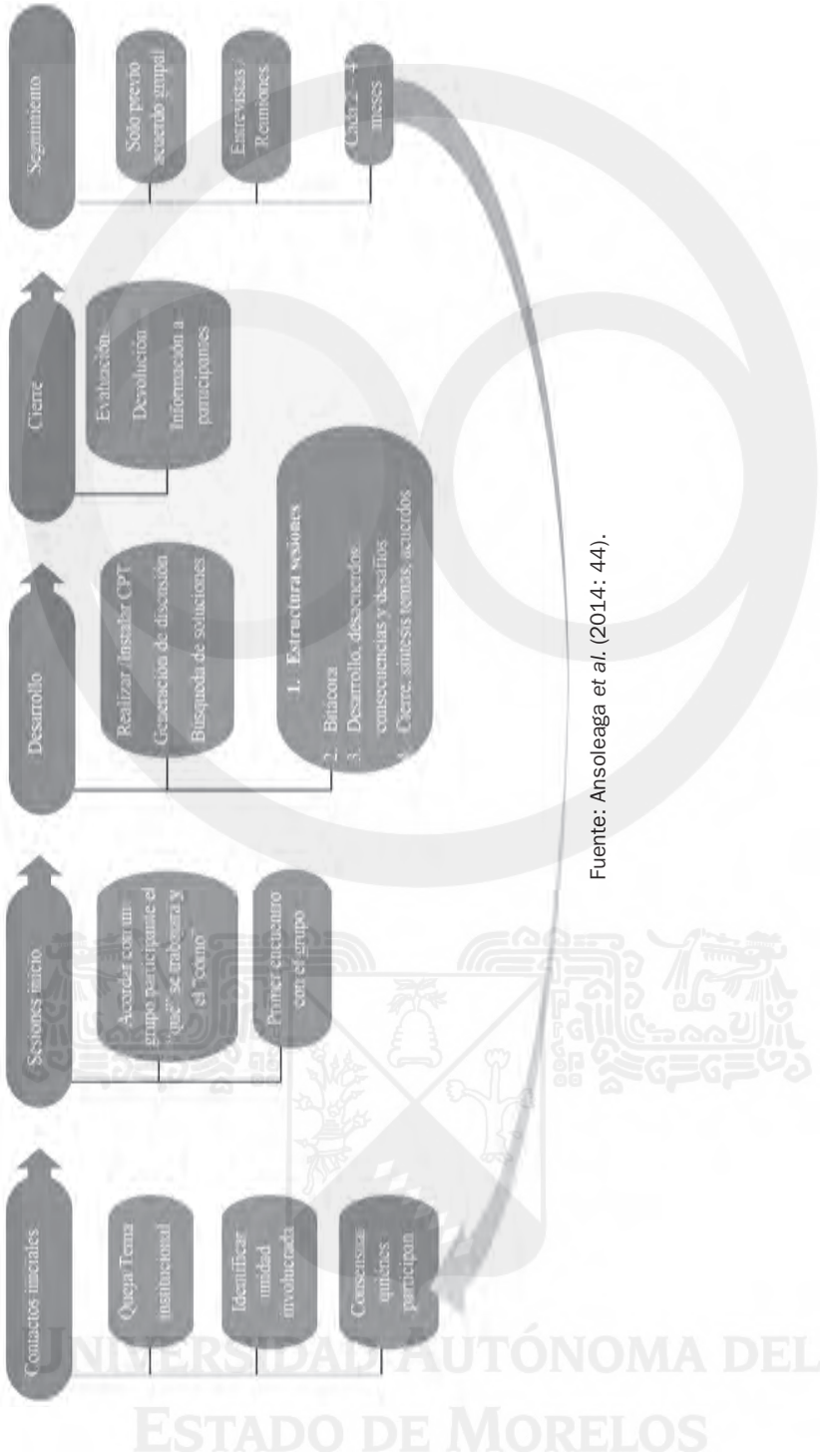
trales que se abordaron, acuerdos, conclusiones, propuestas, entre otras temáticas que se pudieran acordar. La bitácora la realizan las profesionales del grupo, se lee al inicio de cada sesión y se completa y/o modifica con la opinión de los asistentes. Todo el proceso implica intervención, desde escuchar la demanda, ampliar posibilidades, participantes, establecer límites y acceder a conversaciones con diferentes actores.

En la Figura 1 se muestra la principal secuencia de acciones.

- a) *Queja institucional*: las quejas o temas de las instituciones pueden ser planteados por directivos, jefes o por el malestar de sus funcionarios expresado a través de dirigentes de los trabajadores. La manera como se comunica la petición ilumina el problema, pues en su “forma” están presentes características propias de la organización. Para quien acoge la demanda una primera tarea consiste en comprender cómo surge la demanda, por qué ahora lo requieren y por qué es “tramitada” de este modo, así como también de qué manera esto representa la forma que la propia organización tiene de entender y enfrentar situaciones problemáticas (efecto hologramático, sentido e historia institucional).

Una vez resuelta esta primera tarea, la cuestión siguiente es resolver cuál es la expectativa de quien la solicita. De esta forma, se acuerda en primera instancia qué es lo que se hará, considerando lo que una clínica psicosocial del trabajo puede hacer, y se establecen acuerdos de cómo funcionará (en horario laboral o con devolución de horas, si se considerará como horas de capacitación, etc.) y las normas que para la clínica del trabajo son importantes. Estas últimas hacen referencia al número mínimo de participantes que debe ser suficiente para que nadie se sobrecargue de responsabilidades en el trabajo y en el grupo; debería de representar a todos los estamentos del departamento o unidad, excluyendo a las jefaturas, así como asegurar la participación voluntaria. Se aclara también a la contraparte que la información levantada será confidencial porque parte de la tarea más difícil de los profesionales que acompañan la conversación consiste en lograr un espacio de confianza en el grupo de participantes que permita la expresión de opiniones, emociones y compartir experiencias cotidianas sobre el trabajo. Esto no está exento de dificultades, ya sea porque la desconfianza dificulta la expresión individual en el colectivo o bien porque se producen fenómenos catárticos donde la emoción inunda la escena y resulta difícil conducir la situación. La información levantada en las sesiones tiene el propósito de generar un reporte al finalizar el trabajo en consenso con el grupo, a partir de lo cual se espera que la organización asuma compromisos de acción.

Figura 1. Proceso de intervención clínica psicosocial del trabajo



Fuente: Ansoleaga et al. (2014: 44).

- b) *Participantes*: una vez definido el o los temas, es necesario preguntarse quiénes serán invitados a participar y a qué unidad o unidades de trabajo pertenecen. En general, se sugiere que los grupos no excedan de 12 personas, de modo que todos los participantes tengan la posibilidad de hablar, si así lo desean. Es importante establecer límites y alcance de la participación, en lo posible en función de la unidad a la que pertenecen y a las posibilidades reales de modificar aspectos de la organización del trabajo. Mientras más interdependiente sea el grupo será más fácil buscar alternativas y posibilidades de acción futuras en los procesos de trabajo en los cuales la unidad está involucrada.
- c) *Difusión*: se invita a participar y se explicitan las condiciones que la institución ofrece para que las personas puedan asistir. En esta instancia es prioritario explicar bien a los trabajadores invitados de qué se trata la clínica del trabajo. En particular, reforzar el carácter externo de quienes guiarán la intervención, la obligación de respeto de aspectos éticos (voluntariedad, confidencialidad, etc.), la idea del anonimato y considerar temores y expectativas. Entre ellos, resulta clave señalarles que no se trata de un espacio de atención clínica y que no está diseñado para personas con problemas de salud mental, sino más bien para abrir un espacio de conversación sobre temas del trabajo común y de los efectos que ese trabajo tiene en las y los trabajadores.
- d) *Instalación y desarrollo grupal*: hace referencia a una intervención grupal en el sistema laboral que tiene efectos terapéuticos, en donde la tarea inicial es generar un espacio de confianza, de validación de las distintas versiones sobre las dificultades laborales y los sufrimientos personales, para poner en común el sufrimiento que hasta ahora se ha vivido de manera personal e individual y, asimismo, lograr colectivizar los modos de enfrentar el sufrimiento derivado de la organización del trabajo. A diferencia de un grupo terapéutico cuyo foco sigue siendo individual en el caso de la CPT, el enfoque es colectivo, el reconocimiento es una de las dimensiones centrales del análisis y el horizonte está en lograr acuerdos técnicos y éticos sobre la organización del trabajo.
- En efecto, si en el espacio de trabajo hay personas que están en malas condiciones emocionales, relacionales o psicológicas, aquello afecta sistémicamente al entorno mediato e inmediato. Es decir, se ven afectados y son responsables; por lo tanto, todos pueden hacer algo para disminuirlo, cambiarlo, evitarlo (foco en el sistema, coparticipación) o evidenciar las distintas responsabilidades.

Además, para el desarrollo de una CPT podemos identificar dos secuencias importantes: los momentos de una CPT y la estructura de cada sesión. En relación con la primera, se identifican cuatro momentos: sesiones de inicio, sesiones de desarrollo, sesiones de cierre y sesiones de grupo autónomo con seguimiento. Cada una de estas sesiones tiene una duración de entre una y dos horas, aproximadamente. En las sesiones de inicio se establece un espacio de confianza con normas compartidas de funcionamiento relacionadas con la confidencialidad, respeto, participación, compromiso y exposición de los temas por los que se solicitó la CPT. Estas sesiones de inicio pueden fluctuar entre una a cuatro y cumplen el objetivo de acordar qué se trabajará y cómo. Los profesionales deben estar atentos y abiertos a las propuestas del grupo (imprevisibilidad), independientemente de los planteamientos iniciales de quien realiza el contacto o la petición.

El desarrollo de las sesiones siguientes dependerá de cada grupo, tanto en la frecuencia de encuentros como en la duración. Es importante señalar este aspecto desde el comienzo y acordarlo, para evaluar cada cierta cantidad de tiempo los logros y/o dificultades. El número total de encuentros o sesiones quedará a criterio de cada grupo, considerando un objetivo que permita evaluar la pertinencia de su continuidad y la viabilidad institucional de llevar adelante una CPT. Se estima que el mínimo de sesiones que se debe realizar en un grupo para completar el proceso es de seis sesiones, con frecuencia de una vez a la semana (un mes y medio).

El cierre será acordado considerando lo establecido en las sesiones de inicio con los mismos participantes. Una alternativa es que estos evalúen la necesidad de dar continuidad a este espacio de conversación de forma autónoma. Es decir, continuar con la modalidad de trabajo, pero sin el apoyo externo o guía de los profesionales. De lo contrario, se cierra evaluando el proceso y, si es pertinente, sus resultados. Todo ello es consignado en un informe escrito, el cual rescata las principales conclusiones, cambios o sugerencias para entregar a quienes gestionaron la petición original, al inicio del primer contacto. Este documento o reporte es consensuado y revisado por los integrantes del grupo previo a su envío.

En segundo lugar, en una CPT la estructura de cada sesión es similar y debe considerarse según el tiempo definido para trabajar. Independientemente de la cantidad de participantes, 1 hora y 30 minutos es un tiempo mínimo de elaboración grupal, y 2 horas y 30 minutos, un máximo programado razonable. Además, debe considerarse, dentro de la estructura, un momento de inicio, de desarrollo y de cierre, aunque solo el primer encuentro con el



grupo difiere de esta secuencia, pues responde a lo descrito para las sesiones de inicio, cuyas metas son establecer el qué y el cómo se trabajará. El momento de inicio de la sesión se refiere a un tiempo breve en que se da lectura a la bitácora y se abre a comentarios y discusión con los participantes. El momento de desarrollo es el que debe ocupar el mayor porcentaje de tiempo y está destinado a comentar el o los temas expuestos para la sesión, modelando formas de desacuerdo, evidenciando consecuencias y desafíos, y dando la posibilidad a todos los participantes de expresar su opinión. Es relevante que los profesionales guías recuerden que no se busca el consenso, que la divergencia es lo que se espera para poder construir nuevas alternativas. La divergencia de miradas sobre un asunto común en un marco de reconocimiento mutuo permite imaginar alternativas creativas para enfrentar o resolver la situación problemática. La bitácora debe incluir la divergencia y cómo estas diversas miradas enriquecen el análisis de la situación y las propuestas. El momento de cierre debe ser intencional, dejando al menos 15 minutos para conocer el estado en que están los participantes y cómo se van, así como también para recapitular y fijar cuál fue el tema principal de esa sesión.

- e) *Evaluación y presentación de información*: se realiza en primer lugar con el grupo. Una vez consensuada la evaluación, si no fue acordado al inicio, se realiza presentación a quien solicitó la realización de la clínica del trabajo, de manera verbal y por escrito.
- f) *Seguimiento*: se desarrolla según el acuerdo establecido con el grupo. Puede ser por medio de entrevistas con participantes o en encuentros acordados cada dos y cuatro meses, después de finalizado el trabajo grupal compartido.

Este modelo ya ha sido utilizado con trabajadores del sector público (trabajadores de salud, justicia y de sitios de memoria y derechos humanos), mostrando con eficacia su aplicabilidad, lo cual no significa que no pueda ser modificado según las necesidades particulares de los grupos (Ansoleaga *et al.*, 2014; Ansoleaga, 2015).

### **Ejemplo de aplicación del dispositivo de intervención**

Esta propuesta de intervención fue aplicada a funcionarios y funcionarias de un parque-museo dedicado a la defensa y memoria de los derechos humanos.

El parque-museo cuenta con cinco equipos de trabajo, divididos en dos áreas. La primera, encargada de la administración, acoge los departamentos de Recur-

Humanos y Finanzas; la segunda, el área social, contiene el departamento de Archivo Oral, Educación, Museo y Comunicación. La corporación se distribuye jerárquicamente a partir de una asamblea de socios, un directorio elegido por la asamblea, la administración y, por último, los departamentos con sus coordinadores respectivos.

En cuanto a sus funciones, la organización es un sitio de memoria de los derechos humanos, en tanto sus dependencias fueron utilizadas como un sitio de detención, tortura y exterminio en tiempos de dictadura. De esta manera, ha adoptado como misión la difusión de la historia de lo allí sucedido, la promoción de los derechos humanos y la reparación simbólica a los expresos y familiares de detenidos. Dentro de este espacio resimbolizado se llevan a cabo diversas actividades, que incluyen la conservación de documentación del periodo militar, organización de visitas pedagógicas, rescate de testimonios, elaboración de conmemoraciones y actos culturales, que son abiertas al público en general.

En consecuencia, los trabajadores se desempeñan constantemente en una *performance* y un discurso victimizador y reparatorio de un momento complejo de la historia de Chile. De esta manera, la exposición continua a las manifestaciones emocionales de las personas traumatizadas puede dar lugar a un proceso progresivo de desgaste emocional. Así, se ha definido este fenómeno como un proceso afectivo en el cual “un individuo que observa el sufrimiento en otro, podría experimentar paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona” (Miller, Stiff y Ellis, 1988, en Meda *et al.*, 2012).

El equipo responsable de realizar la intervención estuvo compuesto por dos psicólogos y dos estudiantes en proceso de práctica y aprendizaje en el área. El dispositivo consideró la participación directa de los dos profesionales en el proceso, quienes facilitaron el espacio de escucha y la contención necesaria para los funcionarios, mientras que los dos estudiantes en práctica realizaron labores orientadas a la toma de notas y la elaboración de las bitácoras para cada sesión.

El dispositivo constó de seis sesiones, que tuvieron una duración aproximada de una hora y treinta minutos, y contó con la presencia de un hombre y de cinco a seis mujeres, cada uno con diferentes funciones dentro de la organización. Tras la primera sesión, se redactaron bitácoras para resumir los acuerdos y propuestas de las instancias anteriores y los trabajadores discutieron estas bitácoras para construir en conjunto las visiones que tienen en torno a las problemáticas en la organización. Esta intervención se realizó en 2015, en el contexto del curso Salud mental y Trabajo de la Universidad Diego Portales y luego de una solicitud del directorio del parque-museo.

## Principales resultados

Para obtener resultados de las sesiones realizadas se llevó a cabo un proceso de sistematización de las bitácoras y registros elaborados por los profesionales a cargo, a partir de lo cual fue posible identificar tres líneas temáticas sobre las que se trabajó: fuentes de sufrimiento derivadas del trabajo, fuentes de bienestar derivadas del trabajo y mecanismos de afrontamiento utilizados por los trabajadores del parque-museo.

En primer lugar, como fuente de sufrimiento, los trabajadores identificaron los problemas de comunicación. La falta de fluidez de información, señalaron, propició que se creara un ambiente de incertidumbre, específicamente de rumores que generaban preocupación en el equipo de trabajo. Lo anterior, a su vez, generó problemas en las relaciones entre trabajadores y trabajadoras, aumentando la distancia entre directores y trabajadores y, en definitiva, impidiendo la recuperación del sentido y de un proyecto colectivo. Además, durante el desarrollo de las sesiones el colectivo identificó la horizontalidad en las relaciones en el trabajo como un elemento importante y positivo que permitía articular una buena comunicación. Sin embargo, señalaron que algo había cambiado al respecto, pues tiempo atrás los trabajadores a lo menos sentían que existía una mayor horizontalidad y buen trato en las relaciones laborales. Al mismo tiempo, plantearon que esa situación generaba confusión en relación a las actividades y funciones que cada trabajador debe cumplir.

En segundo lugar, el grupo señaló que el crecimiento de la organización no fue acompañado con la profesionalización del trabajo, en tanto se esperaba que los trabajadores siguieran actuando como “voluntarios”, sin considerar que se ejecutaban labores de orden profesional. El grupo logró colectivizar esta problemática por medio de metáforas, indicando que la institución no ha madurado tanto como ha crecido, tal como un joven que entra en la adolescencia, que todavía se esfuerza, pero que le queda grande su cuerpo. En consecuencia, consideraron esta situación como una falta de reconocimiento a la experticia técnica y profesional de los trabajadores, anteponiendo el sentido de buena voluntad y sacrificio para el ejercicio del cargo, percepción que fue acompañada por un sentimiento grupal de nostalgia respecto a un pasado que ya no volvería y que lo valioso que tenían antes, referido al clima de la familiaridad en el trabajo.

En tercer lugar, mencionaban la falta de instancias de contención emocional dada la naturaleza del trabajo que implica una interacción cotidiana con el dolor, la memoria y la violencia. Ante esta situación, existiría un peligro de naturalizar el dolor que implicaba la continua relación con estas temáticas, así como también fue posible visibilizar que las emociones y preocupaciones sentidas en el ambien-

te de trabajo, frecuentemente eran acarreadas a la vida privada de los trabajadores. Aquello implicaba una importante movilización subjetiva para el grupo que pone en juego de manera activa sus emociones y las de otros.

Por otro lado, en cuanto a las fuentes de bienestar, se identificaron dos elementos. El primero, relacionado con el sentido del trabajo y al orgullo que siente el colectivo de contribuir a la defensa y memoria de los derechos humanos. Este elemento fue identificado como una característica transversal en la que el grupo estuvo de acuerdo en su totalidad. Al mismo tiempo, advirtieron que es este mismo sentido del trabajo fue el que les permitió mantener sus tareas, pese a las problemáticas asociadas, y coincidían en la necesidad de contar con un propósito organizacional como pilar fundamental para mantener este sentido, sobre todo en un contexto donde el trabajo requiere de al menos un posicionamiento político y valórico.

En segundo lugar, identificaron el espacio físico del lugar de trabajo como una fuente de bienestar, en tanto lo describieron como un lugar caracterizado por su tranquilidad y una buena calidad de sus áreas verdes. El grupo percibió la necesidad de apropiarse de este espacio, pues constituye un lugar idóneo para generar instancias de encuentro y contención emocional. Asimismo, coincidieron en la importancia de resignificar este espacio desde su nivel simbólico, que por mucho tiempo estuvo cargado de violencia y dolor, pero que puede ser reconstruido desde otra perspectiva, que incluya el sentir de los propios trabajadores y trabajadoras.

Finalmente, también fue posible identificar mecanismos de afrontamiento del grupo, es decir, formas de enfrentar las fuentes de sufrimiento derivadas del trabajo. Entre ellas destaca el humor, que para los participantes del grupo permitía descargar tensiones y disminuir el sufrimiento en momentos difíciles. Además, los participantes del grupo coincidieron en que el humor es desplegado en los momentos de mayor contradicción entre sus tareas diarias y las instrucciones de las jefaturas, aproximándose involuntariamente a los conceptos de trabajo real *versus* trabajo prescrito.

Además del humor, se identificó que las demás estrategias de afrontamiento frente a las fuentes de sufrimiento se realizan de manera individual y aisladas, tomando el silencio como herramienta frente a las situaciones de alto desgaste emocional. Sin embargo, durante las sesiones el grupo reconoció que la mayoría de las problemáticas eran compartidas y, como tal, generaron propuestas para superar este mecanismo de afrontamiento y convocar al encuentro y creación de espacios de contención grupales. Un aspecto que se ha considerar es la evaluación futura y los efectos de la implementación de una CPT. En este caso particular, se realizaron dos instancias de evaluación: una de ellas con los participantes al finalizar las sesiones de la CPT y otra con el directorio de la organización, al momento de entregar el informe de presentación de resultados. En ambas instancias se re-



conoció el efecto que tuvo a nivel de las personas y del equipo la posibilidad de hablar y poner en común lo que hasta entonces lo vivieron como un asunto personal. La posibilidad de identificar aspectos comunes, pero también divergentes en los modos de entender procesos de la organización del trabajo les permitió, a decir de los actores, una reconceptualización del sufrimiento, al mismo tiempo que imaginar rutas de abordaje colectivas. Una limitación, sin embargo, es que no se realizó el seguimiento posterior para verificar que la CPT tuviera efectos permanentes y positivos en las personas y los equipos.

## Conclusiones

Fomentar e incentivar la aplicación de una clínica psicosocial del trabajo es una propuesta novedosa y enriquecedora, que permite abordar la salud mental ligada al trabajo desde una óptica organizacional, rescatando los relatos de los equipos de trabajo involucrados. Asimismo, tomando en consideración la centralidad del trabajo y las características de la nueva gestión en las organizaciones, es relevante posicionar la salud de los trabajadores como uno de los aspectos principales en el ámbito laboral, en tanto constituye un beneficio particular para cada uno de los trabajadores y también para los objetivos de cualquier organización.

Como mencionamos antes, el trabajo puede representar una fuente de desgaste importante y constituir potenciales amenazas que podrían provocar alteraciones en la salud de los trabajadores. Por esta razón, resulta necesario contar con herramientas que permitan a las organizaciones hacer frente a estas realidades, de manera colectiva e integral.

La evidencia ha sido categórica en señalar que las formas de organizar y gestionar el trabajo están directamente relacionadas con las vivencias de sufrimiento y/o bienestar en el ámbito laboral (Blanch, 2011; Guerrero *et al.*, 2019; Mendes y Araujo, 2009; Medina *et al.*, 2007). Sin embargo, en últimos tiempos ha sido abundante la proliferación de diversas iniciativas que han asumido que la clave del bienestar en el trabajo recae sobre las características propias de los individuos (Stecher, Toro y Rodríguez, 2015), en desmedro de los elementos de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Bajo esta perspectiva son desatendidos los elementos que configuran los problemas que puedan estar en la base de patologías de salud mental e invisibiliza el potencial transformador que tiene el reconocimiento del conflicto y la tensión en el trabajo.

En este escenario, son fundamentales las aproximaciones que permitan visibilizar que el origen del sufrimiento no recae sobre las características individuales ni las susceptibilidades personales, sino que se reconocen en el colectivo



y responden a las formas de organizar el trabajo. Resulta importante recordar que los actuales modos de organización del trabajo producen situaciones de riesgo psicosocial, tales como altas demandas emocionales derivadas de la presión e intensificación del trabajo, bajo apoyo social producto de los procesos de individualización en el trabajo, o incluso la falta de reconocimiento social, salarial y organizacional planteado en el modelo de Siegrist *et al.* (2009) y que están muy presentes en nuestras desiguales sociedades latinoamericana. La exposición a estos riesgos psicosociales tiene como correlato malestar, sufrimiento en el trabajo o incluso pueden llegar a enfermar a los trabajadores, como ha sido reportado en una vasta literatura internacional (Fernandes y Pereira, 2016; Harvey *et al.*, 2017; Tatamuez-Tarapues *et al.*, 2018; Trevisan y Castro, 2016). Estas consecuencias muchas veces son invisibilizadas o incluso ocultadas por los trabajadores, por vergüenza, por temor a perder respeto sobre el desempeño de su actividad profesional o incluso por miedo a perder su empleo. Asimismo, en algunos espacios laborales la organización del trabajo está fuertemente determinada por la naturaleza del trabajo (Ansoleaga y Toro, 2014) y se enfrentan aspectos de riesgo que no son modificables, por ejemplo, trabajar en situaciones de enfermedad y muerte, quienes trabajan en cuestiones médico-legales o quienes prestan servicios sociales estatales que siempre son escasos para cubrir una demanda creciente, o de quienes deben –en esos contextos– comunicar malas noticias. Todo ello implica una carga emocional importante y permanente que debe ser tramitada en el espacio laboral y no personal. También en algunos espacios laborales cuya naturaleza es emocionalmente demandante es posible que se le agreguen problemas propios de la organización del trabajo, como un mal diseño de puestos o de cargas de trabajo, falta de claridad de la función, entre otras, lo que agudizaría los posibles efectos negativos en el bienestar y salud de los trabajadores.

Por todo lo anterior, generar espacios de diálogo y de reconocimiento mutuo para poner sobre la mesa el sufrimiento derivado de la naturaleza y organización del trabajo y la posibilidad de escuchar y ser escuchado por otros genera efectos positivos en quienes participan de dichos espacios.

De esta manera, uno de los principales recursos que surge a partir de esta propuesta de intervención es la colectivización de las experiencias, vivencias, y sufrimientos, integrando los aspectos que derivan de las particularidades de cada individuo y la relación con el ambiente. Por tanto, bajo esta metodología lo colectivo debe ocupar un lugar clave en el enfrentamiento del malestar producido por el trabajo, asumiendo que el grupo es un espacio de contención y de protección, en el que se juega lo individual, lo social y lo familiar, y en donde la multiplicidad de narraciones sobre los problemas permite abrir posibilidades de cambio y transformación en el trabajo cotidiano que es operado por ellos mismos.

A pesar de lo anterior, instaurar una clínica psicosocial del trabajo implica importantes desafíos, tanto en las condiciones de ejecución del dispositivo como en el desarrollo teórico del mismo: a) requiere una alta persistencia del equipo y de los participantes para desarrollar y sostener los procesos; b) supone como condición habilitante la confianza de todos los actores, pues involucra aspectos éticos complejos; especialmente, la realización de una CPT requiere que las jefaturas acepten una intervención no formateada *ex ante*, sino que los objetivos de la misma derivarán de lo acordado por los participantes y que ello ocurra en su ausencia. Todo lo anterior implica un acto de confianza en el equipo ejecutor y es parte de las reglas del juego que deben aclararse al comienzo de la relación; c) la necesidad de colectivizar la experiencia de la clínica como insumo principal de los procesos de cambio en las organizaciones, lo cual supone una participación directa o indirecta de los equipos de trabajo y, finalmente, d) el desafío de vincular estas experiencias con procesos de investigación y de formación de profesionales, por lo tanto, la necesidad de sistematizar la experiencia para analizar, tanto los aciertos como las falencias y modificar algunos aspectos metodológicos que permitan aplicar esta propuesta en otros contextos laborales con características culturales distintas, tales como organizaciones con liderazgos autoritarios que obstaculicen procesos de cambio y generen resistencia ante intervenciones vinculadas al cuidado de la salud mental.

Es importante asumir que la instalación de estos dispositivos de intervención supone una acción contracultural, toda vez que el mandato pone énfasis en los aspectos individuales de la relación salud y trabajo y no en sus aspectos colectivos, particularmente en el contexto actual del trabajo. Lo anterior se hace más patente en el panorama chileno, en donde el escenario neoliberal y sus valores vinculados al individualismo, consumismo, competitividad y productividad, responsabilizan al sujeto de su propio bienestar, construyendo socialmente el proceso de “buscar ayuda, solicitar atención, expresar su problema y pensarse a sí mismo, de acuerdo a las presiones e imposiciones de la narrativa neoliberal” (Madrid, 2018).

Debido a lo anterior, sostenemos que esta propuesta de intervención contribuye a visibilizar los problemas de salud mental de los trabajadores, más allá de los factores individuales, considerando además el contexto laboral y social. Se trata de un instrumento sencillo y acotado. Sin embargo, nuestra aspiración es contribuir a generar espacios formales para dar cabida a la voz de los trabajadores en relación con el sufrimiento derivado de los actuales modos de organización del trabajo.

## Referencias bibliográficas

- ALVES, J. y Mendes, A.M. (2011). Letra por letra, línea por línea: Psicodinámica del trabajo de los taquígrafos parlamentarios. *Revista Praxis*, 14(21): pp. 51-64. Recuperado de <http://www.praxis.udp.cl/index.php/praxis/article/view/59>
- ANSOLEAGA, E. (2013). *Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: Un asunto pendiente en Salud Pública* (tesis de doctorado). Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- ANSOLEAGA, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), pp. 47-55. DOI: /10.4067/S0034-98872015000100006
- ANSOLEAGA, E., Dávila, A., Jara, M. y Lucero, C. (2014). La importancia de lo colectivo en la organización del trabajo: la experiencia de una clínica psicosocial del trabajo en un servicio público de oncología pediátrica de alta complejidad en Chile, en Mendes, A M., Moraes, R. y Merlo, A. (2014). *Sufrimiento en el trabajo: Perspectivas políticas y clínicas*. Curitiba: Juruá, pp. 217-236.
- ANSOLEAGA, E., Lucero, C., Gómez-Rubio, C.; Luco, C., Polywoda, X. y Dávila, A. (2014) Clínica Psicosocial del Trabajo: Una propuesta de intervención. *Ciencia y Trabajo*, 16(51), pp. 40-45. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/>
- ANSOLEAGA, E.; Montaña, R. y Vézina, M. (2013) Validation of two complementary instruments for measuring work stress in Chilean workers. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 5(2), pp. 5-14.
- ANSOLEAGA, E. y Toro, J. (2014). Salud mental y naturaleza del trabajo: cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), pp. 180-189. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000200005&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000200005&lng=pt&tlng=)
- ANSOLEAGA, E., Díaz, X. y Mauro, A. (2016). Asociaciones entre distrés, riesgos psicosociales y calidad del empleo en trabajadores/as asalariados/as en Chile: una perspectiva de género. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(7), pp. 1-13. DOI: /10.1590/0102-311X00176814
- BLANCH, J. (2011). *Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la nueva gestión*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos FOCAD
- DEJOURS, C. (1998). *De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo, en la organización del trabajo y salud*. Buenos Aires: Lumen VMANITAS.
- DEJOURS, C. A. (2006). O trabalho entre sofrimento e prazer. En *Banalização da injustiça social* (7ª ed.). Rio de Janeiro: FGV, cap. 2, pp. 27-36.
- FACAS, E. (2009). *Estratégias de mediação do sofrimento no trabalho automatizado: Estudo exploratório com pilotos de trem de metrô do Distrito Federal* (tesis de maestría). Brasília: Universidade de Brasília.
- FERNANDES, C. y Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: A systematic review. *Revista de Saude Publica* (50), p. 24. DOI: /10.1590/S1518-8787.2016050006129
- GAULEJAC, D. (1993). *Sociologie clinique*. París: Desclée de Brower.
- GAULEJAC, D. (2000). *Récits de vie et histoire sociale*. París: Eska.
- GHIZONI, L., Medeiros, S., Carvalho, G., Santana, P., Magnus, C., Lima, P., Moraes, R., Merlo, Á. y Mendes, A. (2014). Clínica psicodinâmica do trabalho: A prática em diversos contextos de tra-

balho. *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins* (1), pp. 74-94. 10.20873/uf.t.2359-3652.2014v1n1p74

- GONCALVES, E., Matos, V. y Soares, E. (2019). Sofrimento ético e moral: uma interface com o contexto dos profissionais de enfermagem. *Trabalho (en)Cena*, V4N1.
- GUERRERO, P., Morales, M., Ansoleaga, E., Balboa, M., Saffirio, J., Núñez, A. y Urrutia M. (2019). Clínicas del trabajo en Chile: Tres experiencias de intervención en una sociedad dañada por la gestión managerial. *Laboreal Una Plataforma Virtual sobre el Trabajo Real*, 15(2), pp. 1-23. DOI: 10.4000/laboreal.15509
- HARVEY, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A. y Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), pp. 301-310. DOI: /10.1136/oemed-2016-104015
- JUÁREZ, A. y Camacho, A. (2011). *Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicosocial en el trabajo*. México: UAEM.
- KARASEK, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. y Amick, B. (1998) The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), pp. 322-355. DOI: 10.1037//1076-8998.3.4.322
- KARASEK R. y Theorell T. (1990) *Stress Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Nueva York: Basic Books.
- LAZARUS, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LINS, T., Vasconcellos, L. C. F. y Palácios, M. (2015). Bioética e saúde do trabalhador: uma interface. *Revista Bioética*, 23(2), pp. 293-303. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0293.pdf>
- MADRID, J. (2018) Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), pp. 39-52. DOI: /10.26864/pcs.v8.n2.4
- MÁIQUEZ, M., Capote, C. (2001). Modelos y enfoques en Intervención Familiar. *Intervención Psicosocial*, 10(2), pp. 185-198. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/76937.pdf>
- MARTINS, S. (2013). Elaboração (perlaboração). En Vieira, F., Mendes A. y Merlo, A. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. Curitiba: Juruá.
- MEDA, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario: Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30(2), pp. 31-41. DOI: /10.4067/S0718-48082012000200003
- MEDINA, M., Layne, B., Galeano, M. y Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencias y Retos* (12), pp. 177-189. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929306>.
- MENDES, A. M. y Araujo, L. (2011). Clínica psicodinâmica do trabalho: Practicas brasileiras., en Alves, J. y Mendes, A. M. (2011). Letra por letra, línea por línea: Psicodinámica del trabajo de los taquígrafos parlamentarios. *Revista Praxis*, 14(21), pp. 51-64. Recuperado de <http://praxis.udp.cl/pdf/21/Praxis21.pdf>
- PICHÓN-RIVIERE, E. (1985). *Proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.



- PLUT, S. (2002). Nuevas perspectivas en psicopatología del trabajo. *Revista Científica de UCES*, 6(1): pp. 122-144.
- RAMOS, A. y Barbosa, K. (2012). Límites y posibilidades del método en Psicodinámica y Clínica del trabajo –relato de los estudios PUC-GO. *Revista Praxis*, 14(21), pp. 77-92. Recuperado de <http://www.praxis.udp.cl/pdf/21/Praxis21-06.pdf>
- SANTOS-JUNIOR, Mendes, AM. y Araújo, L. (2009). Experiência em clínica do trabalho com bancários adoecidos por LER/DORT. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 614-625. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000300014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300014).
- SIEGRIST J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), pp. 27-41. doi: 10.1037//1076-8998.1.1.27
- SIEGRIST J. (2008) Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 258(5), pp. 115-1199. DOI: 10.1007/s00406-008-5024-0
- SIEGRIST, J., Wege, N., Pühlhofer, F. y Wahrendorf, M. (2009) A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82 (1005–1013). doi: /10.1007/s00420-008-0384-3
- STANSFELD S. y Candy, B. (2006) Psychosocial work environment and mental health: A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 32(6), pp. 443-462. DOI: 10.5271/sjweh.1050
- STECHER, A., Toro, J. P., y Rodríguez, M.J. (2015). Apuntes críticos sobre la gestión de la felicidad en las organizaciones y la producción de trabajadores felices en América Latina, en L. Godoy y M. E. Ansoleaga (eds.), *Un campo en tensión o tensión entre campos. Psicología de las organizaciones y del trabajo en Iberoamérica*. Santiago: RIL.
- TARACENA, E. (2010). La sociología clínica. Una propuesta de trabajo que interroga las barreras disciplinarias. *Revista Veredas* (11), pp. 53-86. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/veredas/articulo/la-sociologia-clinica-una-propuesta-de-trabajo-que-interroga-las-barreras-disciplinarias>
- TATAMUEZ-TARAPUES, R. A., Domínguez, A. M., Tatamuez-Tarapues, R. A., Domínguez, A. M. y Matanchoy-Tulcán, S. M. (2018). Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. *Universidad y Salud*, 21(1), pp. 100-112. DOI: /10.22267/rus.192101.143
- TREVISAN, E. R. y Castro, S. D. S. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho em saúde mental: Uma revisão integrativa. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (edição em português), 12(3), p. 188. DOI: /10.11606/issn.1806-6976.v12i3p188-197
- VASCONCELOS, A. C. L. (2013). Sofrimento ético, en F. O. Vieira, A. M. Mendes y A. R. C. Merlo (orgs.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá, pp. 421-425.
- WOLF-RIDGWAY, M. (2011). *Psicodinámica del trabajo y análisis del trabajo de “presentación de sí mismo” del director de empresa* (tesis de doctorado). París: Conservatoire National des Arts et Métiers. Recuperado de <https://journals.openedition.org/laboreal/8252>.





## 15. Grupos de reflexión: intervención psicosocial para mitigar secuelas psicológicas después de un sismo en una organización educativa \*

Bruma Palacios-Hernández,<sup>1</sup> Luis Pérez Álvarez,<sup>1</sup>  
Bernarda Téllez Alanís<sup>1</sup> y Manuel Nava Mancio<sup>2\*\*</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSI),  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

### Resumen

El presente estudio analiza a los grupos de reflexión como una técnica de intervención psicosocial para disminuir secuelas psicológicas en universitarios afectados por el sismo del 19 de septiembre del 2017 en Jojutla, México. Método: Un mes después del sismo, se implementaron grupos de reflexión como intervención psicosocial, en 27 estudiantes universitarios en una organización educativa. Se realizó un análisis no paramétrico para muestras relacionadas de los puntajes de una versión adaptada de la escala de secuelas psicológicas de las inundaciones, que identifica depresión, ansiedad y estrés postraumático con los datos de nueve estudiantes que completaron la intervención, así como el análisis del discurso de los participantes en cada sesión. *Resultados:* 67% de los participantes mostró síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático previo a la intervención. Se constató una reducción significativa en depresión ( $X^2_2 = 14.4$ ,  $p = .001$ ;  $W = .8$ ), ansiedad y estrés postraumático ( $X^2_2 = 16.6$ ,  $p = .001$ ;  $W = .9$ ) y en el puntaje total ( $X^2_2 = 17.5$ ,  $p = .001$ ;  $W = .98$ ) de la escala en participantes que concluyeron la intervención ( $n = 9$ ), confirmado en el análisis cualitativo del discurso de los participantes. *Conclusiones:* los grupos de reflexión mostraron evidencia preliminar de su utilidad como intervención psi-

\* Los autores manifiestan su agradecimiento al Mtro. Ricardo Palestina Reza, quien fungió como coordinador de un grupo de reflexión y a los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UAEM, que participaron como co-coordinadores de los grupos de reflexión. Un especial agradecimiento al Dr. Oscar Armando Esparza del Villar, por su valioso y solidario apoyo para usar y adaptar la escala de secuelas psicológicas de las inundaciones, así como otorgar información psicométrica adicional para identificar casos clínicos en la población en un momento de alta emergencia psicosocial. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la realización de este estudio.

\*\* Los autores Bruma Palacios-Hernández y Luis Pérez Álvarez colaboran con el mismo nivel de responsabilidad en el documento.

cosocial breve y grupal para reducir secuelas psicológicas en universitarios que experimentaron un sismo.

**Palabras clave:** grupos de reflexión, intervención psicosocial, sismo, universitarios, estrés postraumático.

## Antecedentes

Estudios reportan una alta prevalencia de problemas de salud mental y alteraciones psicosociales en poblaciones afectadas por desastres naturales, en particular, terremotos (Tol *et al.*, 2011). Las alteraciones que predominan son el estrés agudo, estrés postraumático, depresión, ansiedad, así como trastornos psicóticos e ideación/conducta suicida, entre otros (Başoğlu, Salcioglu y Livanou, 2002; Tol *et al.*, 2011). Posterior al sismo de 1985 en la Ciudad de México, se identificaron prevalencias de 32% (Tapia *et al.*, 1987) y de 28% (De la Fuente, 1986) de trastorno de estrés postraumático, además de ansiedad generalizada y estados depresivos en la población.

Reacciones de estrés psicológico son esperadas en la población afectada como resultado de la exposición a un sismo. Entre dichas reacciones destacan el miedo, la frustración, la rabia, la ansiedad, la tristeza (Kudó *et al.*, 2005), problemas para alimentarse y dormir, irritabilidad y percepción de que sigue temblando (Palacios y Téllez, 2017). Estas reacciones aparecen dentro de los 15 días posteriores al evento y disminuyen paulatinamente, hasta desaparecer. La persistencia o intensificación de la sintomatología después del suceso traumático suele ser un indicador de trastornos de salud mental, siendo los más frecuentes el trastorno de estrés agudo (TEA) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que afectan el funcionamiento diario del individuo (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2014). De acuerdo con los criterios diagnósticos de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* [DSM-5] (APA, 2014), el TEA se caracteriza por recuerdos angustiantes del sismo, miedo intenso, desesperanza, evitar hablar del suceso o retomar actividades asociadas con el mismo, desorientación y problemas de memoria o concentración, trastornos del sueño y alimentación, entre otros, mantenidos durante máximo un mes posterior al trauma. El TEPT, incluye los síntomas del TEA y, posterior al mes de exposición del suceso, se agregan otros síntomas, como creencias negativas sobre uno mismo, los demás y el suceso, disminución del interés por trabajar, estudiar y convivir con los demás, estados de disociación, entre otros.

El seguimiento en poblaciones afectadas por terremotos confirma que la exposición a desastres naturales incrementa la probabilidad de desarrollar ansiedad, de-

presión, riesgo suicida en mayor medida, así como el agravamiento de estados psicopatológicos previos (Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018). Estudios con damnificados de terremotos identifican factores de riesgo que promueven mayor vulnerabilidad en su salud mental, como: mayor exposición al evento, mayor reacción de miedo durante el sismo, trastornos mentales previos, características de personalidad, adultos jóvenes o menores de edad, bajo nivel socioeconómico, nivel educativo y pertenecer a un grupo vulnerable o minoritario, así como la pérdida de un ser querido y pertenecer al género femenino (Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018; Başoğlu *et al.*, 2002; Salcioglu, Başoğlu y Livanou, 2003). Dos importantes factores de protección para la salud mental después de un sismo son el apoyo social y la atención temprana psicológica (Arnberg *et al.*, 2012); esta última resulta estratégica para evitar la evolución crónica de enfermedades mentales de larga duración, observadas en sobrevivientes de terremotos que no recibieron ninguna atención de salud mental (Salcioglu, Başoğlu y Livanou, 2003).

Williams, Carr y Biampied (2007) identificaron que los efectos al experimentar un desastre natural suelen centrarse en tres grandes ámbitos en los individuos: el impacto psicológico inmediato por haberse expuesto a riesgos en su seguridad física y bienestar, los efectos a largo plazo por la experiencia de pérdidas humanas y materiales y los efectos producidos por el riesgo mantenido (por ejemplo, réplicas permanentes de sismo, daños severos en las viviendas). Las intervenciones de salud mental durante los primeros 15 días posteriores al desastre natural se enfocan en atención psicológica en crisis o emergencia mediante brigadas psicológicas (Mora-González, Madrid-González y Barragán-Vázquez, 2018; Palacios y Téllez, 2017), frecuente en México en sismos previos (Campuzano *et al.*, 1987) y en otros países (Kudó *et al.*, 2005). Posterior al periodo de emergencia después del desastre, Álvarez-Monjarás y Bucay-Harari (2018) sugieren intervenciones especializadas ante aparición de trastornos de salud mental, como la terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma (16 sesiones) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, una intervención diseñada específicamente para atender el TEPT (6 a 12 sesiones). La revisión sistemática de estudios internacionales que llevaron a cabo Tol *et al.* (2011) identificó gran variedad de intervenciones en salud mental aplicadas a poblaciones expuestas a desastres naturales, guerras y violencia extrema, siendo en su mayoría implementadas en modalidad grupal. Para población infantil destacan las intervenciones desarrolladas en las escuelas para niños y adolescentes, con actividades de expresión artística, psicoeducación y consejería, psicoterapias grupales e intervenciones comunitarias desarrolladas en los lugares de alojamiento temporal de la población, con apoyo de no-profesionales de la salud mental (enfermeras, trabajadores sociales, docentes). Las más benéficas identificadas mediante meta-aná-

lisis fueron las psicoterapias grupales y acciones de apoyo ofrecidas en escuelas. Para las intervenciones en adultos Tol *et al.* (2011) hallaron que las intervenciones de cualquier orientación psicoterapéutica y apoyo psicosocial mostraron mayores efectos benéficos en comparación con el cuidado médico y listas de espera en la población, destacando una alta heterogeneidad entre las modalidades, entre ellas psicoterapias cognitivo-conductuales, testimoniales con análisis de narraciones de la experiencia, de exposición narrativa y talleres de sanación y reconciliación. Álvarez-Monjarás y Bucay-Harari (2018) sugieren implementar intervenciones disponibles en México, como terapias psicodinámicas (efectivas en modalidades breves y grupales para focalizar la elaboración del evento traumático), terapias cognitivo-conductuales de hasta 16 sesiones, terapia familiar y sistémica en casos con pérdidas familiares y terapias humanistas para grupos de apoyo.

### **Los grupos de reflexión en la intervención psicosocial e institucional**

En el presente trabajo se eligió la técnica de intervención grupal llamada “grupos de reflexión” (Dellarossa, 1979), la cual es una variante del grupo operativo, concebido para la investigación en psicología social. A diferencia de los grupos operativos, en este tipo de grupos no existen intervenciones de tipo terapéutico (la interpretación en especial) y se centra en mantener clara la tarea, que bien puede ser reflexionar en torno a un tema, un acontecimiento, una experiencia, etcétera.

En un Grupo de Reflexión no hay un tema prefijado. El tema lo va construyendo el grupo mismo. La ausencia de una situación estructurada se constituirá en el motor a través del cual el grupo se irá creando a sí mismo. El encuadre da lugar a un espacio peculiar que promueve el diálogo entre todos los integrantes. Las intervenciones del coordinador con el apoyo del co-coordinador dan lugar a un análisis del desarrollo grupal y a la elaboración de las tensiones que resultan del motivo por el cual se reúne el grupo (Ravenna, 1998: 179).

Un tema para considerar respecto al campo grupal es el miedo a participar en los grupos (Radosh y Fernández, 2002), siendo uno de los objetivos durante la intervención la elaboración de las tensiones que resultan del agrupamiento, pues surgen conflictos frente a las exigencias que implica la *vinculación* y, por tanto, deben identificarse y señalarse para su elaboración. Ser convocado a formar parte de los grupos de reflexión puede despertar, entre otros procesos psíquicos, suspicacia, pues surgen preguntas del *qué* se va a tratar ahí, el *para qué*, el *cómo*, el *por*



*quién* (Bion, 1980); de ahí que el coordinador deba aclarar el objetivo de la intervención y la tarea concreta a abordar en el grupo.

La práctica de los grupos de reflexión tiene una larga trayectoria en el cono sur latinoamericano (Ulloa, 1973; Dellarossa, 1979; Edelman y Kordon, 1993). En México, sobre el grupo de reflexión, Radosh (2001) apunta que:

El Grupo de Reflexión es un dispositivo creado con la propuesta de meditar acerca del proceso grupal, ansiedades, conflictos, obstáculos en la grupalidad misma, y en su atravesamiento institucional. [...] Los referentes teóricos que lo apoyan, son la teoría psicoanalítica, el análisis institucional, las conceptualizaciones foucaultianas acerca del poder, las castoridianas sobre el imaginario social, y desde luego los aportes actuales de la lingüística (Radosh, 2001: 56).

Para Radosh (2001) la diferencia entre los grupos de reflexión y los grupos operativos radica en el encuadre, que debe ser estable y respetado por todos, fijando el espacio de las reuniones, el tiempo de duración de cada sesión (90 minutos en promedio, salvo en la llamada sesión larga, que puede extenderse un poco más). El tiempo de duración del proceso del grupo (mínimo tres sesiones) y la frecuencia (generalmente una vez por semana) se define con el grupo, con un número de integrantes (sin contar a los coordinadores) de preferencia menor a 12. El deseo de coordinar al grupo, la demanda, si es de los participantes o del investigador, la convocatoria para formar el grupo, el sentimiento de pertenencia al grupo, la transferencia y la contratransferencia, la implicación, si el trabajo es dentro de alguna organización, institución o fuera de ella, pero para hablar de ella, etcétera, son elementos que se deben considerar. Es importante poder explicitar lo no hablado de la institución para así “trabajar el entrecruzamiento de los distintos planos de la trama institucional que se juegan en la pertenencia a un grupo” (Ravenna, 1998: 181).

Radosh (2001) recomienda trabajar siempre en co-coordinación (hombres o mujeres o combinados), donde uno tiene el papel de coordinador y el otro de observador, con intervenciones paralelas acordadas, donde el observador registra la relatoría del grupo. Baz (1996) refiere que los datos producidos y registrados conforman el material empírico para el análisis, desde la toma de notas durante las reuniones grupales, la recuperación inmediatamente después de terminada la sesión, la grabación en audio y/o video, donde el uso de todas estas es viable bajo consentimiento informado. Para Baz (1996) el papel del observador constituye un referente que permite apreciar desde otra mirada y otra escucha los mismos discursos y el mismo lenguaje no verbal del grupo, que representa el hacer y decir del grupo, en el plano conductual (utilización de espacios, gestos, intercambios

no verbales, etc., todo en el marco de una escena colectiva) y el plano discursivo (discurso grupal).

La utilización del análisis del discurso como metodología de investigación en psicología clínica y social rescata, entre otros, referentes al psicoanálisis y la lingüística, de ahí la importancia de la escucha del sujeto, su palabra en última instancia como instrumento privilegiado para el trabajo sobre la subjetividad. El material con el que se trabaja es discursivo, por lo que se incluye no solo el diálogo que produce el grupo (la palabra) sino también la acción de este, en el sentido de que toda acción humana es “una manera de decir” (Baz, 1996). El texto es producido colectivamente, situado en un contexto cuyo discurso grupal es portador de distintos sentidos (Baz, 1996) y donde la producción discursiva de un grupo es un campo privilegiado para el análisis institucional y psicosocial; es decir, que el campo de análisis de la intervención grupal trasciende la singularidad del grupo al que se tiene acceso. Toda técnica de producción de discurso (individual o colectiva) es incompleta, pues, como dice Ibáñez (1985), “la operación técnica es fragmentaria: descompone el mundo en partes, el proceso en momentos”. Se trabaja con fragmentos, nunca con totalidades; desde esta toma de conciencia, la expectativa es lograr producir materiales significativos que posibiliten dilucidar los problemas de investigación. Simultáneamente, es una exigencia que todo dispositivo grupal no quede reducido a una “técnica” como procedimiento mecánico, por lo que demanda una rigurosa fundamentación teórica y metodológica que sustente su elección para la investigación y proporcione las bases para la lectura e interpretación del material obtenido (Baz, 1996).

Desde esta perspectiva, a los psicólogos clínico-sociales les corresponde reconocer en el grupo entramados inconscientes que hablan de procesos defensivos frente a la experiencia grupal y frente al cambio, y la emergencia de deseos y fantasías que evoca la situación de grupo. La hipótesis de que la latencia grupal tiene que ver con el sistema institucional u organizacional, es decir, con aquellas formas de relaciones sociales que se instrumentan en las prácticas vinculares y de las que se derivan valores, normas y consignas, mismas que estructuran el mundo simbólico y determinan las significaciones imaginarias, está más que demostrada (Castoriadis, 1990), porque pensar a las instituciones es pensar la naturaleza de los vínculos que ahí se configuran, y el grupo, es el espacio intermediario (Kaës, 1986) que permite el acercamiento entre el individuo y la institución misma. El grupo como microconjunto representa indiscutiblemente al macroconjunto. El grupo, en este sentido, no es un conjunto abstracto de términos, sino un conjunto concreto de relaciones, de configuraciones vinculares *in vivo* (Ibáñez, 1985), que se convierte en texto para el posterior análisis del discurso grupal (Baz, 1996).

Las características de los grupos de reflexión acumulan varias condiciones de las intervenciones psicosociales referidas como útiles en previos estudios con población damnificada por sismos, razón para su elección como técnica en el presente estudio. Entre ellas, destacan: su flexibilidad para desarrollarse en diversos contextos, su modalidad grupal, confirmada por otros estudios como la más efectiva frente a situaciones de desastres, y su posibilidad de operar como una intervención y facilitar una investigación de esta. Otras de las cualidades de los grupos de reflexión que los hicieron elegibles son: centrar sus propósitos en situaciones emergentes, en formatos breves y trabajar con grupos heterogéneos *in situ* (implementarse en la misma organización educativa a la cual pertenecen los participantes), lo cual permitió atender a mayor cantidad de personas en menor tiempo y con pocos recursos.

### **Sismo del 19 de septiembre de 2017 en Morelos, México**

El 19 de septiembre de 2017 se produjo un sismo de 7.1°, con epicentro en Achiapan, Morelos, México. El desastre generó daños considerables en más de 20 000 viviendas, 74 personas fallecidas en Morelos y la evacuación de más de 18 hospitales y 281 unidades médicas (Mora-González *et al.*, 2018). A una hora de distancia del epicentro, Jojutla fue el municipio que sufrió mayores daños y pérdidas humanas del estado, cuya cabecera municipal, del mismo nombre, se vio severamente afectada, por lo que fue denominada como “zona cero”. La población damnificada se encontró en un estado de caos, desamparo y alto nivel de estrés psicológico en las zonas más afectadas. En Morelos, 3 173 personas debieron pernoctar fuera de sus domicilios (Mora-González *et al.*, 2018) por estar en situación de alto riesgo de derrumbe y en su mayoría fueron trasladadas a albergues temporales. La Secretaría de Salud del estado de Morelos reportó haber atendido, durante los primeros tres meses de emergencia, 39.8% de casos con estrés postraumático, 26.4% con ansiedad, 21.4% con depresión y 12.2% con trastorno mixto (Mora-González *et al.*, 2018). Ante este evento, surgió la iniciativa, desde una organización educativa ubicada en la “zona cero”, de implementar una intervención psicosocial grupal y breve para atender las secuelas emocionales de los afectados, específicamente en estudiantes universitarios. La demanda provino de la misma organización educativa como una estrategia para apoyar en la atención y contención del efecto psicosocial a su propia comunidad frente a la experiencia estresante del sismo, para fortalecer su capacidad de auto-organización y, con ello, apoyar en la recuperación y rehabilitación del bienestar de sus integrantes para lograr la reactivación de sus tareas escolares, la disminución del efecto

adverso derivado del evento traumático y la prevención de la aparición de estados patológicos a largo plazo.

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es analizar la utilidad de los *grupos de reflexión* como técnica de intervención psicosocial para disminuir las secuelas emocionales en estudiantes universitarios afectados por un sismo en una organización educativa.

### Método

#### Diseño

Se implementó un diseño mixto concurrente (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Los grupos de reflexión se llevaron a cabo con tres sesiones de intervención, aplicando una escala antes de cada sesión cuyos resultados fueron analizados cuantitativamente. Además, se incluyó una metodología cualitativa de registro, categorización y análisis del discurso grupal generado durante la intervención para evaluar el estado emocional de los participantes a lo largo de la intervención.

### Participantes

En los grupos de reflexión participaron estudiantes universitarios de una sede de una universidad pública del estado de Morelos, ubicada en Jojutla, México, asistiendo a una (n = 27), dos (n = 23) o las tres (n = 9) sesiones de intervención (tabla 1), con una mayoría del sexo femenino (tabla 2) y un rango de edad de 20 a 45 años (ME = 21) con estudios de licenciatura en curso. Se propuso un encuadre de asistencia flexible y basado en la demanda individual, debido a las condiciones de inestabilidad y reincorpora-

S (n)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
1 (27)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2 (23)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3 (9)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ción gradual a las actividades escolares de los estudiantes, con pérdidas considerables en sus domicilios y, en algunos casos, pérdidas humanas de amigos o conocidos.

Tabla 1. Asistencia de participantes por sesión (S)

Fuente: elaboración propia.

Todos los participantes se encontraban en las instalaciones universitarias durante el sismo, ubicadas en la “zona cero” de Jojutla, y vivían en los alrededores, siendo esta ciudad una de las más afectadas en México. El grupo de participantes fue asignado por la organización educativa, sin posibilidad de integrar un grupo control por las condiciones de emergencia social y organizacional y la demanda urgente de intervención.

### *Técnicas e instrumentos*

#### Grupo de reflexión

Se utilizó como técnica principal de intervención en los participantes del estudio el grupo de reflexión, desarrollado en tres sesiones aplicadas a lo largo de un mes. El tamaño de cada grupo se ajustó al número de integrantes disponibles en cada aplicación de la intervención (S1 = 3 grupos, S2 = 2 grupos y S3 = 1 grupo), con un rango de 9 a 14 participantes. Cada grupo de reflexión contó con un coordinador y dos co-coordinadores. Estos últimos registraron de forma escrita los discursos de los participantes, por separado, para después integrar un reporte de los mismos.

#### Evaluación de síntomas psicológicos

Se utilizó una adaptación de la Escala de Secuelas Psicológicas de las Inundaciones, diseñada por Ortega *et al.* (2008), evaluada psicométricamente por Esparza del Villar *et al.* (2011). La adaptación final usada en este estudio fue denominada Escala de Secuelas Psicológicas Posterior a un Sismo (ESP-s). La escala original fue desarrollada y validada en población del norte de México, en 2008, con el objetivo de identificar síntomas de trastornos psicológicos en personas afectadas por inundaciones. Se usó la versión de Esparza del Villar *et al.* (2011) con una versión reducida sugerida de 20 ítems en modalidad de pregunta sobre presencia



de síntomas y una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que miden frecuencia de aparición del síntoma (1 = nada, 2 = poco, 3 = moderado, 4 = mucho, 5 = demasiado). Los ítems están organizados en dos factores: depresión (9 ítems) y ansiedad y estrés postraumático (11 ítems) en la versión reducida, sumando los factores de ansiedad y estrés postraumático dada la estructura factorial de ambos. Dos investigadores del presente estudio realizaron la adaptación a la redacción de 12 ítems (10-12, 14-22) para ajustarlos a la experimentación de un sismo sin perder el sentido original del ítem (anexo 1) y la cual fue avalada por uno de los autores de la escala usada. Para el puntaje total se sumaron los puntajes de los ítems (rango 20-100) y el puntaje por factor se obtuvo de la suma de los ítems correspondientes. Uno de los autores de la escala original proveyó puntos de corte para cada factor, que fueron usados para identificar sintomatología relevante y un probable caso clínico. Estos fueron: para el puntaje total  $\geq 37$ , en el factor de depresión un puntaje de  $\geq 16$  (9 ítems) y para el factor de ansiedad y estrés postraumático un puntaje de  $\geq 22$  (11 ítems). Se calculó para el estudio la consistencia interna estimada con los datos arrojados por los participantes en la primera sesión de intervención ( $n = 27$ ), reportando adecuados índices en el factor de ansiedad y estrés postraumático ( $\alpha = 0.86$ ) y el factor de depresión ( $\alpha = 0.92$ ).

### *Procedimiento*

Las tres sesiones de los grupos de reflexión fueron implementadas a lo largo de un periodo de cuatro semanas (20 y 30 de octubre de 2017 y 17 de noviembre de 2017), iniciados 31 días después de sucedido el sismo, en las instalaciones educativas de los participantes.

La duración de cada sesión de trabajo varió desde una hora y media hasta tres horas, resultado del número de participantes y sus necesidades. Se explicaron al inicio de cada sesión los objetivos del estudio y se invitó a todos los participantes a participar en la intervención con posibilidades de retirarse de la misma si detectaban una recuperación progresiva de su bienestar personal, lo cual produjo una reducción de participantes en la tercera sesión de trabajo, al manifestar el deseo de ya no asistir a la tercera sesión al evaluar no requerirla. Se permitió la incorporación de cinco nuevos integrantes en la segunda sesión, pero sus datos no fueron incluidos en los análisis pues no asistieron ni a la primera ni a la tercera sesión (tabla 1). Cada grupo de reflexión fue coordinado por un psicólogo con formación y experiencia en psicología clínica y dos co-coordinadores, los cuales registraron la observación y relatoría del material expuesto por los participantes en la sesión, usados para el análisis cualitativo. Todo el personal que implementó la interven-

ción había sido previamente capacitado en la técnica de grupo de reflexión. Previo a cada una de las tres sesiones de intervención fue aplicada la ESP-S.

### *Estrategia de análisis de datos*

*Análisis cuantitativo:* se analizaron los datos descriptivos de los puntajes de la ESP-S en términos no paramétricos, en tanto se trata de un cuestionario con una escala tipo Likert y de un tamaño de muestra final pequeño ( $n = 9$ ). Se identificó la mediana, el mínimo y el máximo, así como también el porcentaje de casos que presentaban puntajes iguales o mayores al punto de corte en los apartados de depresión, ansiedad y en el total de la ESP-S. Para analizar si había diferencias entre las tres sesiones se aplicó la prueba de Friedman para grupos relacionados, se consideraron como significativos los resultados con una  $p \leq .05$ . Se realizaron análisis *post hoc*, con la prueba T de Wilcoxon para detectar entre qué par de sesiones estaba la diferencia y se estableció corregir la probabilidad multiplicando la probabilidad obtenida por tres en virtud de que se realizaron tres comparaciones: entre la sesión 1 y la 2, la 1 y la 3 y, por último, la 2 y la 3. Para medir el tamaño del efecto se empleó la W de Kendall para la comparación entre las tres mediciones y la r de Rosenthal para las comparaciones *post hoc*.

*Análisis cualitativo:* se registraron los contenidos de los discursos de los participantes de los grupos de reflexión por los dos co-coordinadores en cada grupo. Los registros se realizaron por separado y luego se integraron ambos reportes para identificar los temas abordados y las aportaciones significativas que describían el estado afectivo de los participantes, su evolución en intensidad, frecuencia y variabilidad, así como la valoración de la intervención grupal en relación con su estado psicosocial. Se analizaron las relatorías grupales hasta determinar los extractos paradigmáticos (los emergentes o aquello que insiste en el discurso grupal) que debían ser seleccionados, mismos que a través del análisis de su carga afectiva, lingüística y subjetiva de lo referido posibilitó el análisis del discurso.

### *Aspectos éticos del estudio*

El estudio fue presentado y aprobado por las autoridades de la organización educativa donde fue evaluada la muestra. Se explicaron las características de la intervención y los participantes que aceptaron, firmaron una carta de consentimiento informado para autorizar su participación y uso de sus datos anonimizados para el estudio.

## Resultados

### *Análisis de las medidas repetidas con la ESP-S*

En la tabla 2 se muestra la mediana, el máximo y el mínimo obtenido en el puntaje parcial de los factores y en el total de la ESP-S reportados en cada una de las tres aplicaciones. El porcentaje de casos que estaba en el punto de corte y por arriba en cada uno de los factores en la aplicación de la ESP-S, previa al inicio de la primera intervención, identificó 59% de la muestra con síntomas de depresión y 67% con síntomas de ansiedad y estrés postraumático, lo cual fue disminuyendo a la segunda aplicación y casi desapareció en la tercera. En la tercera evaluación un participante reportó síntomas en el puntaje total de la ESP-S por encima del punto de corte, lo cual fue comunicado a las autoridades de la organización educativa para seguimiento y apoyo profesional posterior.

Tabla 2. Mediana, máximo, mínimo y número de casos por arriba del punto de corte de los factores de la ESP-S y del puntaje total en cada una de las aplicaciones

	<b>Primera aplicación n = 27</b>	<b>Segunda aplicación n = 23</b>	<b>Tercera aplicación n = 9</b>
<i>Número de casos (porcentaje)</i>			
Hombres (h)	10 (37%)	9 (39%)	1 (11%)
Mujeres (m)	17 (63%)	14 (61%)	8 (89%)
<i>Mediana (máximo y mínimo)</i>			
Depresión	18 (10-29)	12 (9-23)	12 (9-15)
Ansiedad y EPT	26 (13-51)	19 (12-43)	18 (12-25)
Puntaje Total	41 (24-79)	31 (21-59)	29 (21-40)
<i>Número de casos <math>\geq</math> punto de corte (porcentaje), distribución por sexo</i>			
Depresión ( $\geq 16$ )	16 (59%) 12m 4h	3 (13%) 1m 2h	0 (0%)
Ansiedad y EPT ( $\geq 22$ )	18 (67%) 14m 4h	9 (39%) 6m 3h	1 (11%) 1m
Puntaje Total ( $\geq 37$ )	18 (67%) 13m 5h	7 (30%) 4m 2h	1 (11%) 1m

Nota: en cada aplicación el número de participantes (n) varió. El puntaje máximo posible en los factores y el puntaje total fueron: depresión 45, ansiedad y estrés postraumático 55, puntaje total 100. Se presenta la cantidad de mujeres (m) y hombres (h) en el número de casos cuyo puntaje cumplió los puntos de corte establecidos.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se muestran los resultados de la prueba de Friedman, la cual se realizó con solo los nueve participantes que asistieron a las tres sesiones (ocho mujeres

y un hombre). Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas tanto en depresión, en ansiedad y estrés postraumático y en el puntaje total de la ESP-S, mostrando una reducción de la sintomatología conforme avanzaban las sesiones de intervención. En la primera aplicación, los tres indicadores (puntajes de los factores y el puntaje total de la ESP-S) se reportaron muy por arriba de los puntos de corte, mientras que en la tercera los puntajes fueron bajos y un solo caso continuó con síntomas de ansiedad. Los análisis *post hoc* indicaron que en el factor depresión y en el factor ansiedad y estrés postraumático las diferencias se identificaron entre la primera aplicación y las otras dos. Esto indica que en ambos factores se redujo drásticamente la sintomatología a partir de la segunda aplicación. El total del puntaje tuvo una disminución significativa entre las tres sesiones con altos índices arrojados en el cálculo del tamaño del efecto ( $W = .98$ ). La figura 1 muestra la reducción de los síntomas en general reportada en el puntaje total de la ESP-S en cada uno de los nueve participantes a lo largo de las tres sesiones a las que asistieron.

Tabla 3. Resultados de la prueba de Friedman de cada uno de los factores evaluados, pruebas *post hoc*, tamaño del efecto y porcentaje de casos por arriba de los puntos de corte (todos de sexo femenino) ( $n = 9$ , ocho mujeres y un hombre)

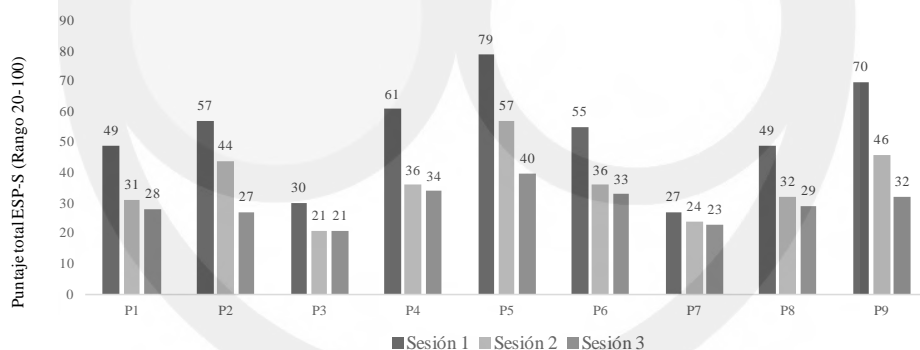
<b>Factor</b>	<b>Primera</b>	<b>Segunda</b>	<b>Tercera</b>	<b>Prueba de Friedman</b>
<b>Depresión</b>				
Mediana (rango)	25 (10-29)	12 (9-15)	12 (9-15)	$X^2_2 = 14.4, p = .001$
Significancia <i>post hoc</i>	Primera/ Segunda .02	Segunda/ Tercera n.s.	Primera/ Tercera .02	
Tamaño del efecto	$r = .9$	-	$r = .9$	$W = .8$
Por arriba del punto de corte (16)	7 (78%)	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Ansiedad y EPT</b>				
Mediana	32 (15-51)	21 (12-43)	18 (12-25)	$X^2_2 = 16.6, p < .001$
Significancia <i>post hoc</i>	Primera/ Segunda .04	Segunda/ Tercera n.s.	Primera/ Tercera .02	
Tamaño del efecto	$r = .8$	-	$r = .9$	$W = .9$
Por arriba del punto de corte (22)	7 (78%)	4 (44%)	1 (11%)	
<b>Puntaje Total</b>				
Mediana	55 (27-79)	36 (21-57)	29 (21-40)	$X^2_2 = 17.5, p < .001$

(continuación)

Factor	Primera	Segunda	Tercera	Prueba de Friedman
Significancia <i>post hoc</i>	Primera/ Segunda .02	Segunda/ Tercera .03	Primera/ Tercera .02	
Tamaño del efecto	r = .9	r = .8	r = .9	W = .98
Por arriba del punto de corte (37)	7 (78%)	3 (33%)	1 (11%)	

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Comparación de puntajes totales de la ESP-S por participante en cada una de las tres sesiones de los grupos de reflexión



Fuente: elaboración propia.

### Análisis del discurso derivado de los grupos de reflexión

La primera sesión de grupo de reflexión fue de carácter catártico para los integrantes de los grupos. Tras la explicación del objetivo de la intervención grupal y habiendo establecido el encuadre, uno a uno fueron compartiendo su experiencia durante y después del sismo. El siguiente relato ilustra el tipo de experiencias compartidas en el grupo:

Yo estaba en la escuela y me puse a platicar con un profesor, estaba muy cómoda cuando de repente se empezaron a oír ruidos, pensé en que iba a temblar, nos paramos y empieza lo fuerte, corrí a los edificios, salté la jardinería, yo volaba, todos nos acercamos al punto de reunión me lastimé mi brazo, miré a V., sabía que las calles, las casas se habían caído y salí a ver. Había mucha angustia, había una torta de gente en la cabeza de Juárez porque decían que iba a explotar la gasolinera, había una persona en-



ferma del corazón y pedía ayuda hasta que se desmayó, llegó un médico con sus hijos; la ayudó, pero decía que se iba con su familia, el tráfico era horrible, no se podía pasar, había chicas pidiendo que las llevaran. Mi papá logró encontrarme y me regresó con él. Yo me sentía como en un sueño. Había un perro que ladraba y lloraba, miraba alrededor y veía pura devastación, no se podía hacer nada, de una parte, gritaban: “¡Ayúdenos a sacar al señor, ya se murió!” Quería llorar y no pude. Se abrió el centro de acopio, fue algo grato, me siento muy cansada hasta la fecha, duermo tranquila, pero no descanso.

La mayoría de los relatos de esta primera sesión del grupo de reflexión coincide en señalar el caos causado por el sismo, descripciones detalladas de las afectaciones en casas, escuelas y edificios, así como la energía eléctrica y señales telefónicas inservibles, el daño y pérdida de personas cercanas, que caracterizan un ambiente de angustia y shock emocional generalizado, que a un mes del sismo impedía que la gente lograra dormir y vivir tranquila, pues privaba el miedo real de que volviera a temblar.

Durante la segunda sesión imperó una sensación angustiante, porque para los habitantes de la zona “cero” era imposible no ver día tras día el nivel de devastación que había dejado el sismo, gente viviendo en casas de campaña en las calles, sin poder regresar a sus viviendas por el riesgo a nuevos derrumbes, las escuelas en pausa, personas que lo perdieron todo (vivienda, escuela, trabajo, familiares). En los extractos del discurso grupal se reportaron algunos de los efectos del grupo de reflexión en los asistentes:

Para mí las pesadillas, el sueño y la sensación mejoró, me siento más tranquila, me siento mejor.

He mejorado mucho y en casa me lo hacen notar, no sé en lo que se basa esto [el grupo de reflexión], pero me hace sentir bien.

Como grupo unido podemos organizarnos para pedir una actividad de evacuación, somos una zona cero y aun así les da igual. Si ellos no nos dan respuesta, creo que debemos movernos nosotros para lograr este cambio y evitar accidentes en un futuro.

Como reportan los relatos, la posibilidad de compartir en grupo una experiencia catastrófica como esta refuerza los lazos de confianza, la identificación y la cohesión grupal, al grado de ir recuperando fuerza anímica y la moral para seguir ayudando a otros e incluso pensar en organizarse para enfrentar las situaciones más adversas que rebasan los alcances como individuos. En la segunda sesión surgieron propuestas, como organizar convivios navideños hasta replicar las actividades de reconstrucción emocional.

Llevar un convivio, fiesta para los damnificados, estar con ellos, hacerlos sentir bien, debemos escuchar a las demás personas, porque también lo necesitan.

Quizá un curso con protección civil eso ayudaría a mejorar la estancia, incluso un curso de primeros auxilios psicológicos.

En la tercera y última sesión de trabajo del grupo de reflexión la presencia de los participantes se redujo y los que no asistieron reportaron desde la segunda sesión que ellos consideraban ya no necesitar la intervención y preferían reincorporarse en la medida de sus posibilidades a su nueva realidad psicosocial. Al cierre de la intervención grupal, algunos de los relatos más significativos que dan cuenta del estado de ánimo de los integrantes del grupo señalan lo siguiente:

Estructuralmente no es el mismo Jojutla, pero podemos vivir con pequeñas cosas y sentimientos buenos, es vivir cada momento, debemos apreciar los detalles.

Siempre voy a recordar el evento trágico, pero todo hacia arriba.

Me sigue doliendo ver a Jojutla así, pero tengo fe en que esto ayudará a unificarla, ver tanto dolor me ha enseñado que me he cerrado a muchas cosas, tengo más ganas de vivir ahora.

Yo ya estoy bien, pero quise venir a la última sesión para ver en qué podía apoyar a mis compañeros que aún están un poco mal.

Existe la unión y el apoyo de todos los mexicanos para superar lo que sea.

Jojutla no desapareció, pero sí quedó mal y algo que no se me olvida es que mi abuelito decía: las cosas siempre pasan por algo, y de eso hay que aprender. Y nos tocó aprender de todo, desde lecciones, como organizarte, a escuchar, a controlar las emociones y a reaccionar bien.

En la última sesión, los participantes evaluaron como una experiencia útil y reparadora su participación en los grupos de reflexión y mostraron estar recuperando la vitalidad y las esperanzas para reconstruirse física y emocionalmente para contribuir en la reconstrucción del tejido social aún por venir. Se presentan en la tabla 4, ejemplos de los comentarios vertidos en cada sesión para apreciar la evolución de su estado anímico.

Tabla 4. Ejemplos de comentarios de participantes por sesión de grupos de reflexión

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
“Jojutla está destruido”	“Jojutla era alegre, grande limpio, lleno de color, ahora todo es gris”	“No debemos dejar nada para el mañana”
“Cualquier movimiento me alteraba”	“Asistir a la escuela y hablarlo te hace bien”	“Jojutla ya está en otra fase, me siento bien”
“Despierto con mucho miedo”	“He hablado con más compañeros y familia para que puedan externalizarlo”	“Debemos estar agradecidos, con nuestros padres, con todos”
“Cada que siento un movimiento, salgo corriendo del trabajo”	“Me duele lo que veo, pero tengo fe de que se va a solucionar”	“Debemos hacer nuevos proyectos, cosas nuevas, ver cómo podemos apoyar”
“Ver a la gente atravesándose y atropellándose, niños en la calle que se iban abrazando, era demasiado triste”	“Me dio mucho gusto verlos a todos y ver que están bien”	“Me sirvió mucho hablar de todo esto con alguien”
“Vi y lo primero que dije fue: No es cierto”	“Hay que ser positivos, salir de ésta”	“Jojutla no desapareció, pero sí quedó mal”
“Mi Jojutla, el lugar donde crecí, donde jugué, donde pasé momentos, ahora está destruido”	“Jojutla va a salir adelante”	“Me siento bien, no tuve ninguna pérdida, pero aprendí más”
“Ver sangre me hizo pensar en la muerte, heridos, todo. Quería llorar, pero, no pude, no he podido llorar”	“Hay que vivir el presente, mi familia está conmigo y está bien”	“Hemos aprendido lecciones, a organizarnos mejor, a escuchar, a controlar las emociones”

Fuente: elaboración propia.

## Discusión y conclusiones

El principal resultado fue que el grupo de reflexión se observó útil como intervención psicosocial, suficientemente flexible para promover la disminución del estrés psicológico en una pequeña muestra de estudiantes universitarios. No resulta posible, sin un grupo control que permita comparar la evolución psicosocial de participantes sin intervención, evaluar el efecto directo y preciso de la misma. Sin

embargo, el análisis de los resultados indica la posibilidad de su efecto favorable: primero, la disminución significativa tanto en los síntomas depresivos como en la ansiedad y el estrés postraumático, observable en mayor medida desde la primera a la segunda sesión de intervención y, en segundo lugar, el análisis cualitativo de los discursos de los participantes a lo largo de las sesiones.

La sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático fue elevada, reportando puntajes mayores a los puntos de corte de la ESP-S en más de la mitad de los participantes, después de un mes del sismo y previo a la intervención. Ello confirma la elevada alteración psicológica en poblaciones afectadas por terremotos en particular aquellas con mayor exposición al evento dado su ubicación en la “zona cero” (Álvarez-Icaza y Medina Mora, 2018; Başoğlu, Salcioglu y Livanou, 2002; Kudo *et al.*, 2005; Salcioglu, Başoğlu y Livanou, 2003).

La disminución significativa de los puntajes de depresión y la reducción gradual en la ansiedad y estrés postraumático son evidencias de una pronta recuperación psicológica. A pesar de que la ausencia de un grupo control no permite asignarle ese efecto completamente a la intervención, es posible plantear hipótesis. Hay que destacar que uno de los objetivos de los grupos de reflexión fue promover el diálogo, el análisis grupal y la elaboración de las tensiones derivadas del sismo (Radosh, 2001; Ravenna, 1998), lo cual busca reactivar los recursos psicosociales con los que cada sujeto cuenta para recuperarse emocionalmente de una crisis, como ha sido observado en otras intervenciones psicológicas en casos de desastre (Campuzano *et al.*, 1987; Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional, 2012; Tol *et al.*, 2011). Este objetivo fue registrado como cumplido en el discurso de los participantes, al reportar que el contar con un espacio para hablar, escuchar a otros y reflexionar sobre lo sucedido les permitió agilizar la mejora de su estado emocional.

La modalidad grupal de la intervención resultó de gran utilidad, confirmando lo reportado en otros estudios (Tol *et al.*, 2001), al observar cómo una técnica psicológica estratégica que no solo favoreció el *apoyo social* al interior del grupo, reportado en el discurso de los participantes, sino también logró promover el interés de brindar apoyo social fuera del grupo a la población damnificada que se percibió en condiciones más desfavorables, activando así la capacidad de apoyar a otros e instaurarse como un factor de protección para la salud mental (Arnberg *et al.*, 2012). La reducción significativa de la sintomatología después de la primera sesión de trabajo y una desaparición casi total de los indicadores de riesgo clínico después de la segunda sesión indican una recuperación psicosocial rápida de los participantes que presentaban al mes de sucedido el sismo, síntomas psicológicos que cumplían con los criterios establecidos para considerarse ya no una reacción natural de estrés psicológico al sismo, sino reacciones patológicas de TEA

y TEPT (APA, 2014). La rápida mejora puede asociarse a recursos individuales que facilitaron la superación de cuadros clínicos presentes, pero también ser indicador de un efecto benéfico a intervenciones psicosociales tempranas (Arnberg *et al.*, 2012) que, sumado al factor de apoyo social referido, podría potenciar un efecto protector en la salud psicológica. La breve duración de la intervención y su implementación al mes del sismo son dos elementos que se han de considerar a futuro en intervenciones de salud mental.

El grupo de reflexión estuvo conformado en su mayoría por mujeres y, además, las mujeres también presentaron mayor frecuencia de asistencia, participación y adherencia a la intervención que los hombres. No solo más mujeres lograron concluir toda la intervención, sino que su participación dentro de las sesiones de trabajo fue cualitativamente mayor que la observada en los participantes varones. Esta tendencia puede indicar mayor vulnerabilidad psicológica en mujeres a desarrollar alteraciones emocionales ante un sismo, ya reportado en estudios previos (Álvarez-Icaza y Medina Mora, 2018; Başoğlu, Salcioglu y Livanou, 2002; Salcioglu, Başoğlu y Livanou, 2003) y mayor disposición femenina a solicitar ayuda psicológica e invertir en acciones de autocuidado que los hombres, una proclividad observada en diversos países (Pattyn, Verhaeghe y Bracke, 2015).

Será esencial contar con grupos controles en subsecuentes estudios que permitan discriminar el efecto de la recuperación psicosocial natural de los participantes del beneficio que los grupos de reflexión puedan tener o no en la recuperación del bienestar emocional de los individuos expuestos a sismos. Sin embargo, el material cualitativo obtenido por medio de los discursos de los participantes permitió obtener evidencias para suponer efectos favorables de los grupos de reflexión en cada participante. Esto demostró la gran oportunidad de implementar diseños mixtos en estudios de salud (Morgan, 1998) y, particularmente, en escenarios que impiden incluir grupos controles como el presente. Los análisis cualitativos complementarios a la evaluación cuantitativa de la sintomatología permiten aportar datos adicionales para inferir un efecto de la intervención en la reducción cuantificable identificada por medio de la EPS-S y ofrecer evidencia alternativa para valorar el papel de la intervención psicosocial implementada.

El presente estudio cuenta con limitaciones y fortalezas. La ausencia de un grupo control ya analizada impide asignarle la causalidad de la reducción sintomatológica a la intervención directamente, ya que puede ser resultado del efecto natural de adaptación y recuperación del bienestar, particulares en cada individuo. Adicionalmente, no fue posible la aplicación de la ESP-S posterior a la tercera intervención, con lo cual no se evaluaron los cambios en la sintomatología como resultado de la última sesión. La alta variabilidad en la asistencia de los participantes en las sesiones de los grupos de reflexión redujo considerablemente el ta-



maño de la muestra originada por la auto-selección de los sujetos en función de su mejora, que representa un sesgo en los resultados finales obtenidos que deberá explorarse en próximos diseños. Sin embargo, el cálculo del tamaño del efecto identificó un alto efecto en la reducción de la sintomatología, confirmado por el análisis cualitativo para valorar el probable alcance favorable de los grupos de reflexión en los participantes. Asimismo, en futuros estudios se sugiere diseñar estrategias para promover mayor participación de varones e identificar el efecto diferenciado entre sexos con mayor precisión.

Una de las fortalezas del estudio es la de evaluar el funcionamiento de los grupos de reflexión, poco utilizados en México y en Morelos, en particular, como una modalidad de intervención psicosocial con potencial para agilizar la recuperación temprana de la salud mental y la prevención de su patologización, después de un sismo. La reducción significativa de la sintomatología en la muestra estudiada arroja expectativas positivas sobre lograr resultados favorables con poca inversión de tiempo, recursos y beneficio de un mayor número de población, usando modalidades grupales útiles en otros contextos. Este tipo de resultados enfatiza la relevancia de garantizar en los planes y programas de estudios de Psicología, modalidades de entrenamiento, supervisión e intervención grupal para atender la gran demanda de servicios psicológicos que rebasan a las organizaciones de gobierno ante desastres naturales.

Como conclusión, la investigación de nuevas modalidades de intervención psicosocial en México en población damnificada por sismos arroja información de utilidad clínica en el ámbito de la psicología del desastre, incorporando estrategias derivadas de la psicología clínica y la psicología social, así como muestra las necesidades de las organizaciones educativas de generar acciones de intervención rápidas y breves ante desastres naturales. Los presentes resultados pueden orientar futuros estudios para sistematizar y evaluar estrategias, generando diseños que permitan identificar su eficacia y los factores asociados a la recuperación psicosocial de poblaciones damnificadas por sismos de forma más precisa, con bajo costo e inversión en tiempo y beneficios significativos replicables en otros contextos para atender el elevado nivel de estrés psicológico en población afectada por desastres cuya frecuencia se ha incrementado en nuestra región.

## Referencias bibliográficas

ÁLVAREZ-ICAZA, D. y Medina-Mora, M.E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Publica Mex*, 60(supl. 1), pp. 52-58. DOI: 10.21149/9399

- ÁLVAREZ-MONJARÁS, M. y Bucay-Harari, L. (2018). Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *Salud Publica Mex*, 60(supl. 1), pp. 23-30. doi:10.21149/9340
- ARNBERG, F. K., Hultman, C. M., Michel, P. O. y Lundin, T. (2012). Social support moderates post-traumatic stress and general distress after disaster. *J Trauma Stress*, 25(6), pp. 721-727. DOI: 10.1002/jts.21758
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA) (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- BAŞOĞLU, M., Salcioglu, E. y Livanou, M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 15(4), pp. 269-276.
- BAZ, M. (1996). *Intervención grupal e investigación*. Cuadernos del TIPI Núm. 4. México: UAM-X.
- BION, W. R. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
- CASTORIADIS, C. (1990). *El mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira.
- CAMPUZANO, M. et al. (1987). *Psicología para casos de desastre*. México: Pax.
- DE LA FUENTE, R. (1986). Las consecuencias del desastre en la Salud Mental. *Salud Mental*, 9(3), pp. 3-8.
- DELLAROSSA, A. (1979). *Grupos de reflexión*. Buenos Aires: Paidós.
- EDELMAN, L. y Kordon, D. (1993). Los Grupos de Reflexión como espacios intermediarios para la articulación psicosocial. Presentación para miembros titulares de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires, Argentina.
- ESPARZA DEL VILLAR, O., Carrillo Saucedo, I., Montañez Alvarado, P., Quintana Moye, L. y Quiñones Soto, J. (2011). Propiedades psicométricas de la escala de secuelas psicológicas de las inundaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), pp. 263-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521004>
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- IBÁÑEZ, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto*. Madrid: Siglo XXI.
- KAËS, R. (1986). *El aparato psíquico grupal*. México: Gedisa.
- KUDÓ, T. I., Velásquez, T., Iza, M., Ángeles, A., Pezo del Pino, C. y Martínez P. (2005). Una experiencia de intervención en crisis en el sur del Perú: Brigadas psicológicas. *Revista de Psicología*, 23(2), pp. 293-336.
- MORA-GONZÁLEZ, A. P., Madrid-González, D. A. y Barragán-Vázquez, S. (2018). 19S: la respuesta en salud del gobierno del estado de Morelos. *Salud Publica Mex*, 60(supl 1), pp. 97-104. DOI: 10.21149/9294
- MORGAN, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qual Health Res* (8), pp. 362-376. DOI: 10.1177/104973239800800307
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS.
- ORTEGA, R., Griffens, C. I., Romero, C. L. y Esparza O. A. (2008). Elaboración de la escala de secuelas psicológicas a consecuencia de las inundaciones. *Avances* (204), pp. 1-26.
- PALACIOS HERNÁNDEZ, B. y Téllez Alanis, M. C. B. (2017). La importancia de la atención a la salud mental en una situación de desastre. Experiencia de brigadas de apoyo psicológico de emergencia universitarias después del Sismo del 19 de septiembre 2017 en México. Editorial. *Revista Salud UIS*, 49(4), pp. 513-516.

- PATTYN, E., Verhaeghe, M. y Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(7), pp. 1089-1095. DOI: 10.1007/s00127-015-1038-x
- RADOSH, S. (2001). Abordaje grupal a la problemática psicosocial, en UAM-X (ed). *Anuario de investigación 2000. Educación y comunicación* (vol. II). México: UAM-X.
- RADOSH, S. y Fernández, L. (2002). El miedo en los grupos. En Lizárraga Portillo, M. y Ramírez Jardines, M. *El miedo y la cultura escolar*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- RAVENNA, M. (1998). Grupo Analítico de Reflexión. En Pachuk, C. y Friedler, R. (coord.) *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Candil.
- SALCIOGLU, E., BAŞOĞLU, M. y Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis* (191), pp. 154-160.
- TAPIA, R., Sepúlveda, J., Medina-Mora, M. E., Caraveo, J. y De la Fuente, J. R. (1987). Prevalencia del síndrome de stress post-traumático en la población sobreviviente a un desastre natural. *Salud Pública de México*, 29(5), pp. 406-411.
- TOL, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A. y van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*, 378(9802), pp. 1581-1591. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61094-5
- ULLOA, F. (1973). Grupo de reflexión y ámbito institucional en los programas de promoción y prevención de la salud, en Grimson, W. (comp.) *Nuevas perspectivas de la salud mental. Intervenciones y problemas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- WILLIAMS, T. H., Carr, S. C. y Biampied, N. M. (2007). Psychological intervention in major emergencies: An Asia-Pacific perspective. *New Zealand Journal of Psychology*, 36(3), pp. 126-135.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## Escala de secuelas psicológicas después de un sismo (ESP-S)

Nombre:

Fecha de respuesta:

**Instrucciones:** a partir del pasado sismo que sufrió nuestra región (19 de septiembre de 2017), indique qué tanto se le han presentado a usted los siguientes problemas.

- No hay respuestas correctas o incorrectas lo único que deseamos es saber su opinión.
- Por favor marque una x en la casilla de la opción que más se acerque a lo que usted siente.

Factor		Nada	Poco	Modera- do	Mucho	Demasiado
Depresión	1. ¿Ha sentido menor interés o placer en las cosas que antes disfrutaba?					
	2. ¿Se ha sentido triste, sin esperanza o desanimado(a)?					
	3. ¿Ha tenido dificultad para dormir, mantenerse dormido o, al contrario, duerme demasiado?					
	4. ¿Se ha sentido fatigado(a) o con menos energía?					
	5. ¿Se ha sentido con poca hambre o, por el contrario, con mucha hambre?					
	6. ¿Ha sentido que usted es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a usted mismo?					
	7. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como ver televisión o al leer algún escrito?					
	8. ¿Ha sentido que se mueve o habla más lento que antes o, por el contrario, que está agitado(a) o inquieto(a) más que antes?					
	9. ¿Ha tenido pensamientos de quererse morir o de dañarse a sí mismo?					

(continuación)

Factor	Nada	Poco	Modera- do	Mucho	Demasiado
Ansiiedad y estrés postraumático	10. ¿Ha sentido ansiedad o preocupación de que vuelva a temblar?				
	11. ¿Le ha sido difícil controlar la preocupación de que vuelva a temblar?				
	12. ¿Tiene recuerdos frecuentes durante el día acerca de su experiencia con el sismo?				
	13. ¿Estos recuerdos, acerca del sismo, llegan de repente, de manera que interrumpe sus labores u otros pensamientos?				
	14. ¿Ha tenido la sensación de que esta reviviendo las experiencias anteriores que tuvo con el sismo?				
	15. ¿Siente miedo, temor, o ansiedad cuando siente movimientos o escucha noticias de que ha habido réplicas o hay probabilidades de que vuelva a temblar?				
	16. ¿Tiene reacciones físicas (por ejemplo, tensión muscular, dolor de estómago, sensación de sofocamiento, palpitaciones, sequedad en la boca) cuando siente o escucha noticias de que ha habido réplicas y/o probabilidades de un nuevo sismo?				
	17. ¿Evita pensar o hablar acerca de las experiencias que tuvo en el sismo?				
	18. ¿Evita salir de su casa cuando ve o escucha noticias de que ha habido réplicas del sismo o probabilidades de uno nuevo?				
	19. ¿Se ha apegado más a gente que es importante para usted?				
	20. ¿Ha estado más al pendiente del sistema sismológico nacional?				
Escriba cuáles fueron los daños que le causó el sismo.					

*Gracias por su participación.*



# 16. Intervención investigación-acción en la gestión de empresas sociales. Un enfoque de capacidades en la calidad de vida de mujeres rurales

**Patricia Mercado Salgado, Daniel Arturo Cernas Ortiz,  
Elizabeth Vilchis Pérez y Manuel González Ronquillo**

Universidad Autónoma del Estado de México

## Resumen

Cuando las mujeres rurales buscan incrementar sus ingresos, combinan el quehacer de casa y el trabajo productivo remunerado. Algo poco investigado en las áreas rurales de México es la separación entre ambas funciones, aunque sí es claro que se incrementa la carga de trabajo de las mujeres cuando participan en alguna iniciativa organizada productiva, casi siempre en el marco de la economía informal. Esta sobrecarga de trabajo es aún mayor para las mujeres con hijos, jefas de familia y sin acceso a tecnología doméstica y de producción básica. El objetivo de este capítulo es sistematizar la experiencia de intervención para mejorar las prácticas de gestión empresarial de proyectos productivos, como capacidad funcional en la calidad de vida de mujeres productoras de leche bovina en una comunidad rural del Estado de México. En el marco de la investigación acción, se realizó trabajo de campo en comunidades rurales (2017-2018). En las primeras sesiones, fue notorio que las mujeres participantes tenían en su lenguaje el término “calidad de vida”, entendiéndolo como “estar mejor” y “darles más educación a sus hijos” a partir del esfuerzo personal. Durante y después de la intervención, dicho término se vinculó a “saber cómo controlar la unidad de producción para hacerla más productiva”, mediante el trabajo colectivo organizado y la formalización de la empresa social.

**Palabras clave:** intervención, empresa social, mujeres rurales, calidad de vida.

## Introducción

Bajo la presión de la globalización, las comunidades locales del mundo están buscando estrategias para el desarrollo económico local, para reducir la pobreza y para promover la inclusión social, mediante el aprovechamiento de recursos loca-

les, creación de trabajos dignos y una mejor calidad de vida para hombres y mujeres (Ciochina, 2014). Sin embargo, la medición de la calidad de vida en cuanto a las vidas y capacidades de las mujeres sigue siendo un reto, porque sus oportunidades todavía no son las mismas que las de los hombres (Nussbaum y Sen, 1993).

Los estudios que analizan la relación entre la desigualdad de género y la pobreza han encontrado asociaciones ambiguas entre la precariedad y la función social asignada a las personas con base en la diferencia sexual (Barquet, 1997). Lo cierto es que la pobreza tiene especial incidencia en la sobrecarga de trabajo de aquellas mujeres que combinan el quehacer de casa y el trabajo extra doméstico. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2014), el trabajo extradoméstico es el conjunto de actividades económicas realizadas para producir bienes y servicios destinados al mercado y que están al margen de las actividades domésticas no remuneradas.

En no pocas ocasiones las mujeres (más que los hombres) desempeñan este trabajo extradoméstico en condiciones de informalidad. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018), se ha demostrado que los trabajadores de la economía informal están expuestos a mayor riesgo de pobreza que los trabajadores de la economía formal, debido en parte a que las unidades económicas informales enfrentan menos productividad e ingresos, por un lado, y mayor vulnerabilidad, por el otro. La producción de leche bovina y sus derivados es un ejemplo de estas unidades económicas informales ubicadas en zonas rurales, en donde las mujeres trabajan por cuenta propia, ya sea en solitario o con la ayuda de familiares no remunerados.

Algunas cifras ayudan a ilustrar la magnitud de este fenómeno socioeconómico. En el ámbito mundial, 86.1% de los trabajadores por cuenta propia está en la informalidad. En América Latina, la cifra es de 70%, mientras que en Europa y Asia Central es de 46%. En todo el mundo, las personas que habitan en zonas rurales tienen el doble de probabilidad de estar en el empleo o autoempleo informal que quienes habitan en zonas urbanas. El sector agrícola tiene el nivel más elevado de empleo informal del mundo. De los 2 000 millones de trabajadores en el sector informal, poco más de 740 millones son mujeres. Las mujeres de la economía informal están expuestas a situaciones más vulnerables, ya sea como trabajadoras domésticas, trabajadoras familiares auxiliares o al frente de unidades económicas. Más de 30% de las mujeres en el empleo informal en países de ingresos bajos y medios bajos (en donde se ubica a México) son trabajadoras familiares auxiliares, un grupo que generalmente se considera no remunerado (OIT, 2018).

Desde el punto de vista económico, el sector informal es aquel que está al margen del marco tributario y se caracteriza por la utilización de tecnología rudimentaria, poco capital disponible, sin acceso a financiamiento, mano de obra

poco calificada, bajo nivel de organización productiva, propiedad familiar, baja remuneración y poca o nula distinción entre capital y trabajo. En México, esta informalidad obedece a diversos factores que incentivan su presencia: exceso de regulaciones y trámites, inadecuada fiscalización, migración rural-urbana, desigualdad de ingresos y oportunidades, y las políticas económicas asumidas e implementadas (Ramales y Díaz, 2005).

Bajo este escenario, el Instituto Nacional de la Economía Social (INAES, 2017), a través del Programa de Fomento y Desarrollo Empresarial, brinda apoyos en efectivo o en especie para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades organizativas y empresariales de grupos, pero poco se atiende la sobrecarga de trabajo y su impacto en la calidad de vida de quienes todos los días los gestionan y operan. A la par de patrones socioculturales que asignan a la mujer funciones centradas en su biología reproductiva, está presente la intensificación del trabajo doméstico ante la reducción del ingreso familiar o su complementación con trabajo extradoméstico, a modo de una doble jornada (Barquet, 1997).

Este es el contexto en el que el presente ejercicio de intervención considera que las capacidades de gestión de proyectos productivos pueden mejorar la calidad de vida de las productoras rurales que están al frente de unidades económicas informales, bajo la lógica de que el ejercicio de mejores prácticas empresariales favorece la productividad y rentabilidad, pero también el orgullo de desempeñar con éxito su papel de emprendedoras sociales, ya que, desde el enfoque de Amartya Sen (1992), las capacidades en la calidad de vida son un marco de evaluación para el bienestar individual y adaptación social, resaltando la importancia de mejorar las libertades de los individuos u oportunidades reales para lograr estados valiosos de ser y hacer (Dang, 2014).

Así, el punto de partida de esta intervención fue el supuesto de que si las mujeres productoras expanden sus capacidades funcionales de gestión de proyectos productivos, las ventajas serían, por un lado, incrementar la eficiencia de la unidad de producción y alcanzar, al mediano plazo, la conformación de su empresa social (economía formal), y por otro lado, la separación organizada del trabajo doméstico y el trabajo remunerado para hacer patente el “valor” de este, a la par de disminuir y diversificar la carga de aquel, pues según Alemán *et al.*, (1999), la iniciativa de participar en proyectos productivos no las libera de sus quehaceres domésticos.

La estructura del presente documento es como sigue. En primer lugar, se aborda el enfoque de capacidades en la calidad de vida de Amartya Sen (Nussbaum y Sen, 2002), centrado en aquello que la gente es capaz de hacer y ser de forma efectiva, es decir, tener una ventaja personal en términos de habilidades para lograr funcionamientos valiosos en la vida. En segundo lugar, se presenta la me-

metodología práctica de la investigación acción participativa (IAP), incluyendo la estructura de la situación de intervención, desde el macroproyecto para el fomento de la empresa social y los grupos de mujeres a cargo de proyectos productivos sociales como unidad de análisis, hasta la dinámica de la propia intervención. En tercer lugar están los resultados: a) prácticas de gestión de proyectos productivos sociales como capacidades funcionales en la calidad de vida de las mujeres productoras; b) libertad para imaginar un futuro como empresarias sociales y su papel para mejorar la calidad de vida de la comunidad, a modo de ampliación de las libertades personales que corresponde con la participación en el proceso de toma de decisiones y las oportunidades de las mujeres para lograr determinadas metas. Este documento cierra con la discusión y algunas reflexiones finales.

### **El enfoque de capacidades en la calidad de vida**

Después de mucho, la calidad de vida se ha convertido en la preocupación por la experiencia que el sujeto tiene de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (Vinaccia y Orozco, 2005). Es posible considerar la calidad de vida que lleva una persona como la combinación de quehaceres y seres, los cuales varían desde aspectos elementales, como estar bien nutrido y libre de enfermedades, hasta algo más complejo, como el respeto propio, la dignidad humana y tomar parte de la vida de la comunidad (Nussbaum y Sen, 1993).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción que un individuo tiene sobre su vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales vive, lo que incluye sus metas, expectativas, estándares y futuro. Esta definición hace énfasis en el punto de vista subjetivo y multidimensional de la calidad de vida (Kumar, Bhat y Ryali, 2018).

El enfoque de capacidades en la calidad de vida ofrece un paradigma para examinar la pobreza y sus complejas asociaciones. La pobreza no es la mera ausencia de ingresos, sino la falta de capacidad para lograr funciones esenciales. Es la ausencia de oportunidades en un contexto (Sen, 1992). En otras palabras, la calidad de vida incluye no solo el acceso a más recursos, sino, sobre todo, a mayores capacidades, entre ellas la de saber decidir qué hacer con sus recursos tangibles e intangibles, escasos o abundantes (Trani *et al.*, 2018).

Este enfoque de capacidades es un marco evaluativo para el bienestar individual y la composición social, ya que destaca la importancia de mejorar las libertades sustantivas de las personas o las oportunidades reales para lograr estados valiosos de ser y de hacer (Dang, 2014).



Sin embargo, continúa el reto de utilizar este enfoque de capacidades de Sen (1992) como marco evaluativo de la calidad de vida. Para Comin, Aizilbash y Alkire (2008), parece más bien una idea que no es capaz de funcionar o llevarse a cabo con éxito; es poco práctica, aunque no deja de crecer el interés por operacionalizarla como estructura para la evaluación del bienestar y la calidad de vida (Dang, 2014), sobre todo en el marco de políticas y programas sociales.

Por ejemplo, Rué-Cabré (2003) estudia el microcrédito desde esta perspectiva de capacidades, con la finalidad de establecer hasta qué punto es realista esperar que las microfinanzas constituyan un elemento catalizador del empoderamiento de las mujeres, analizando si promueven la diversificación de sus oportunidades instrumentales e identificando las vías mediante las que se amplía su libertad de elección, como capacidad que impacta en su calidad de vida. Para ello parte de dos capacidades primordiales: la razón práctica y la sociabilidad, que juntas conforman la capacidad de realización personal, definida como la oportunidad de poder vivir una vida rica y plenamente humana.

Esta perspectiva de capacidades constituye un marco para evaluar y juzgar intervenciones y programas que, como el apoyo a proyectos productivos de carácter social, tienen un potencial transformador y efecto multiplicador sobre las oportunidades de las que disponen las personas para lograr determinadas metas (Rué-Cabré, 2003).

Es en casos como este cuando puede recurrirse a la IAP como metodología práctica, pues la disponibilidad de información sobre capacidades y la percepción de la calidad de vida en las mujeres es escasa, difícil de recolectar y no fácilmente comparable (Berg, 2009). Tal vez por estas “limitantes”, variables similares no han recibido la atención suficiente y adecuada en las discusiones sobre comportamiento humano y psicología social (Potete, Janssen y Ostrom, 2010).

### **La IAP como metodología práctica de intervención**

Por lo anteriormente expuesto, el trabajo de campo es insustituible, tanto para atrapar el contexto mediante la convivencia con los sujetos participantes, como para reconocer el fenómeno de interés: la gestión de proyectos productivos y/o empresas sociales como capacidad funcional que mejora la calidad de vida de las productoras de bovinos leche que están al frente de proyectos sociales (unidades económicas informales) en una comunidad rural del Estado de México.

Son dos los motivos por los cuales se recurrió a la IAP en esta intervención. Primero, para incrementar en las productoras de bovinos leche los incentivos de



aprender, de aprender a aprender y de aprender haciendo. No fue suficiente la transmisión de conocimiento similar a la dinámica en un salón de clases; se partió de que, así como el conocimiento en sí mismo es endógeno, también lo es la capacidad de aprender (Stiglitz, 2015). Segundo, se retoma la práctica social por medio de la investigación cualitativa, con la finalidad de valorar y clarificar la información que se ha obtenido con las propias palabras, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor y Bogdan, 2013), lo que implica la utilización de medidas no obstructivas para “atrapar” la rutina y las situaciones problemáticas (Della Porta y Keating, 2013).

La IAP es aplicable cuando la práctica actual limita injustificadamente el autodesarrollo individual y/o el de los afectados (Moxley y Washington, 2012). En este caso, la ausencia de prácticas de gestión (el “antes” de la intervención) ponía en riesgo la sustentabilidad de los proyectos productivos debido a su ineficiencia, improductividad e incapacidad de reproducción o renovación. Entonces, para permear de eficiencia la gestión de proyectos productivos sociales a cargo de mujeres rurales es menester buscar evidencias sobre cómo funcionan las cosas (el “durante” de la intervención) y cómo podrían funcionar mejor (el “después” de la intervención). Este es el enfoque bajo el cual la IAP se convierte en una intervención que puede llegar a hacer el cambio, pues se escribe una historia en desarrollo a medida que se vive dicha historia (Savall y Zardet, 2009).

## **Estructura de la intervención**

### *Macroproyecto de operación*

En el marco de las normas operativas del INAES (2017), las mujeres productoras recibieron apoyo económico y en especie para capacitación en la formulación, asistencia técnica y acompañamiento en la operación de sus proyectos, como etapa inicial del desarrollo de capacidades para la conformación y operación de empresas sociales, incorporando la perspectiva de género. El propósito fue contribuir a que las mujeres se beneficien de manera igualitaria de estos apoyos y se acelere el logro de equidad mediante el ejercicio pleno de los derechos y la participación igualitaria en el desarrollo económico social, así como en la toma de decisiones a nivel individual y colectivo.

En este contexto, en mayo de 2016 se firmó un contrato de prestación de servicios con la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX), para llevar a cabo el proyecto “Innovación tecnológica participativa para mejorar la inclusión productiva y financiera de organismos del sector social de la economía” cuyo

objetivo fue fortalecer las capacidades tecnológicas y sociales de organismos del sector social mediante la innovación tecnológica participativa en la cadena productiva de bovinos leche y ovinos, con la atención de cinco ejes: sanidad, nutrición, cadena de valor, registros productivos y contables, y economía social.

La operación de este macroproyecto se realizó durante 2017 y 2018, bajo el paradigma de la triple hélice (gobierno-universidad-empresa/productores). Como cualquier sistema natural, este no funciona con la mera presencia de los actores: requirió de la voluntad y el trabajo cotidiano de los productores, de un marco legal para la operación de la empresa social y del conocimiento generado y sistematizado por un equipo de trabajo multidisciplinario de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, la Facultad de Contaduría y Administración y la Dirección de Desarrollo Empresarial de la UAEMEX.

Esta dinámica se aplicó en 65 unidades de producción familiar, con 260 beneficiados directamente de los municipios de Temascalcingo, Aculco, Villa Victoria y Almoloya de Juárez del Estado de México. Se realizaron 54 visitas de campo, participando siete profesores investigadores (cinco médicos veterinarios zootecnistas y dos administradores), 43 alumnos de Medicina Veterinaria y Zootecnia, así como seis estudiantes de movilidad nacional e internacional.

### *Unidad de análisis*

La unidad de análisis de la intervención aquí reportada corresponde exclusivamente a cuatro grupos de mujeres formados por cinco integrantes cada uno. La elección de estos colectivos tuvo como criterio la ubicación geográfica (San Francisco Solís, Temascalcingo), el previo beneficio económico otorgado por el INAES para mejorar instalaciones productivas (corrales) y la atención personalizada de las unidades de producción familiar, insertas en la informalidad económica.

El “antes” de las mujeres productoras como actores de este ejercicio de IAP se resume en que no llevaban a cabo prácticas básicas para la gestión de sus proyectos productivos, pero tampoco tenían la madurez suficiente para organizarse y actuar en beneficio colectivo bajo el esquema de empresa social. Prevalecía el individualismo, el ensayo y error y una costumbre de sobrevivencia, acompañada de su valiosa intuición y experiencia de vida para la cría de ganado bovino. En palabras de ellas, “mientras comieran los animales y no se murieran, todo va bien”. No se preocupaban por mejorar la calidad de la leche o por tener más ingresos, no tomaban en cuenta la inversión realizada, ya fuera financiera o de su propio esfuerzo y trabajo extradoméstico. Esta es una expresión com-

plementaria: “Aquí estamos cerradas de ojos. Estamos contentas porque comen los animales”.

### *Dinámica de la intervención*

Al tratarse de un macroproyecto multidisciplinario, cada una de las sesiones de trabajo con los grupos de mujeres se dividió en dos. Por un lado, los médicos veterinarios abordaron aspectos de nutrición y sanidad animal, con acento en la práctica, en lo que ellas podían mejorar de manera inmediata. Por el otro, los administradores ocupábamos apenas 15% a 20% del tiempo, ya que a las participantes les interesaba más la salud y reproducción animal. Sin embargo, este limitado espacio debió haber sido suficiente para introyectar las prácticas empresariales de proyectos productivos en el marco de la economía social.

La actuación de quien esto escribe y, por lo tanto, la dinámica de la intervención frente a estos grupos de productoras rurales siguió el círculo de tres pasos propuesto por Kurt Lewin desde 1946 (Guízar, 2013) en su modelo de cambio planeado (descongelamiento, cambio y recongelamiento), observando lo que pasaba y reformulando el plan a la luz de lo que había pasado, todo en la misma sesión y durante el trabajo de campo.

La IAP rara vez es tan clara como lo sugiere este modelo de ciclos auto contenidos (Berg, 2009), pues dichos pasos se superponen y los planes deben ajustarse a partir del aprendizaje y la experiencia de los participantes, así como de las vicisitudes del trabajo de campo. Es un proceso fluido, abierto, receptivo y repetitivo, tanto como sea necesario.

La intervención en cuestión corresponde a dos ejes del macroproyecto: registros productivos y contables (prácticas empresariales) y economía social (carácter social del proyecto productivo), abordando cinco temas: 1) la empresa social como ente de la economía social; 2) del proyecto productivo a la empresa social; 3) registros contables; 4) planeación y distribución de actividades y, 5) empoderamiento, colaboración y calidad de vida. Para su exposición fue necesario preparar material didáctico *ex profeso*, cuidando evitar los tecnicismos, aunque al mismo tiempo se introdujeron conceptos propios del argot de la gestión de proyectos productivos. Ejemplo de ellos son: finanzas, activos, pasivos, costos fijos, costos variables, capital de trabajo, recursos intangibles e inversión.

En la IAP el facilitador externo registra y evidencia lo que está sucediendo, con la finalidad de que: a) las personas que viven y trabajan en entornos particulares participen activamente en el proceso de investigación y, b) la intervención se oriente a mejoras en las prácticas por parte de los participantes. De esta manera, la

IAP es una alternativa para: tener la ventaja de contar con información privilegiada de primera mano; crear condiciones para que los externos comprendan la manera en que se llevan a cabo las prácticas “desde dentro” y facilitar las condiciones para que los actores hablen un idioma compartido (Chaiklin, 2011).

Se elaboró un cuaderno de campo para registrar hechos que ahora apoyan esta sistematización de experiencia. De cada tema se rescata una síntesis como soporte a la participación-acción (tabla 1), lo cual sirve para evidenciar el aprendizaje de las participantes (a nivel individual y grupal) sobre prácticas empresariales y el carácter social del proyecto. Para que estos funcionamientos lleguen a trastocar las capacidades que mejoren la calidad de vida deben tener un potencial transformador y de autonomía dirigido a decidir cómo utilizar oportunidades del contexto para beneficio individual, familiar y de la comunidad.

Tabla 1 . Síntesis temáticas y evidencias participativas

Tema	Síntesis temática	Aprendizajes, participación y acciones de las productoras
La empresa social como ente de la economía social	<p>La empresa social es una organización de personas que comparten objetivos con el fin de obtener beneficios, tanto económicos como sociales.</p> <p>Es una unidad productiva dedicada a desarrollar una actividad económica para obtener ganancias y mejorar la calidad de vida de los participantes y de la comunidad.</p>	<p>Cada grupo identifica los beneficios de pertenecer a un proyecto productivo y la manera como pueden cooperar entre ellas, pero también los objetivos sociales y los beneficios para la comunidad.</p>
Del proyecto productivo a la empresa social	<p>Transitar de un proyecto productivo a una empresa social es un referente de éxito. El beneficio es para cada una de las integrantes del grupo, para el propio grupo y para la comunidad.</p> <p>El aprendizaje mediante este proceso de capacitación sirve para mejorar la calidad de vida mediante el uso eficiente y eficaz de sus recursos, siempre y cuando lo aprendido se lleve a la cotidianidad en las unidades de producción.</p>	<p>Para transitar de proyecto a empresa la capacitación técnica (nutrición y sanidad animal) se acompaña de prácticas empresariales en el marco del carácter social del proyecto.</p> <p>El aprendizaje se traduce en calidad de vida de las mujeres al organizar tareas y recursos de la unidad productiva, lo que implica el registro de la operación diaria del proyecto productivo.</p>

(continuación)

Tema	Síntesis temática	Aprendizajes, participación y acciones de las productoras
Registros contables	<p>Los registros contables incluyen ingresos y egresos. Puesto que los egresos no solo son en efectivo; deben registrarse las tareas y los recursos naturales que se aprovechan de la comunidad.</p> <p>Los registros contables son la base para identificar el capital de trabajo y los resultados financieros, con miras a que todo proyecto sea autosustentable.</p>	<p>Registrar las tareas que se realizan y quién las realiza.</p> <p>Los registros contables reflejan con qué recursos se cuenta, los gastos y las ventas. Identificar cómo reducir costos de operación (agregar alimentos del ambiente para reducir costos en la dieta de los animales).</p> <p>Al involucrar a los niños en la tarea de registrar, reforzamos el compromiso para continuar con la producción agropecuaria.</p> <p>Si en los registros participa la familia, hay formación como empresarias y los hijos se van apropiando del proyecto.</p> <p>Con los registros se confirma lo cierto o lo falso de que “la leche está barata y si compramos alimento no nos queda nada”.</p>
Planeación	<p>Definir objetivos, metas y actividades para que el proyecto sea autosustentable. Realizar ejercicios de planeación a corto plazo (una semana) para evitar “urgencias” surgidas, muchas veces, de no haber cumplido oportunamente con una tarea.</p>	<p>Anotar en un formato de planeación las actividades para mantener la unidad de producción con la distribución de tareas en periodos semanales, mensuales y anuales.</p>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



(continuación)

Tema	Síntesis temática	Aprendizajes, participación y acciones de las productoras
Empoderamiento, colaboración y calidad de vida mediante la empresa social	<p>El punto de partida son los principios, valores y fines de la empresa social de acuerdo con la Ley de la Economía Social.</p> <p>La calidad de vida es una combinación de quehaceres y seres, que va desde estar bien nutrido y libre de enfermedades, hasta el respeto propio, la dignidad humana y tomar parte de la vida de la comunidad.</p> <p>La colaboración consiste en la interacción entre un grupo de personas u organizaciones, diseñada para alcanzar una meta común. La colaboración se da cuando cada uno de los involucrados percibe que puede lograr la meta común si y solo si trabaja conjuntamente con los otros.</p> <p>El empoderamiento es tomar las riendas de nuestra vida.</p>	<p>Detectar prácticas cotidianas del proyecto productivo que están mejorando la calidad de vida de las participantes: “si nos organizamos en el manejo de nuestro corral, mejoramos nuestra calidad de vida, pues aumenta la producción y tenemos más ingresos”.</p> <p>Oportunidades para generar mejores condiciones de vida a través del proyecto productivo</p> <p>Problemas comunitarios en los que las empresarias pueden colaborar.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

## Resultados

De manera general, existe el problema de que los proyectos productivos (economía informal) apoyados por dependencias gubernamentales desde la política de desarrollo social no siempre llegan a convertirse en empresas sociales, ya sea porque no se trabaja en comunidad de manera organizada, porque la valiosa intuición de hacer negocios no está acompañada de capacidades funcionales para la gestión empresarial, o bien porque, aun con las facilidades fiscales, todavía es complicado el camino hacia la incorporación a la economía formal. La importancia de esta transición radica en que, al igual que las micro, medianas y grandes empresas capitalistas, las empresas sociales pueden participar en cadenas productivas y competir en mercados locales nacionales y regionales, promoviendo metas y objetivos sociales, al tiempo que logran su auto sustentabilidad.

Por lo anterior, la ya referida perspectiva de capacidades en la calidad de vida constituye un marco para evaluar y juzgar si las intervenciones y programas so-

ciales tienen potencial transformador para las mujeres rurales en condiciones de pobreza. Dichos programas hacen énfasis en el bienestar de las personas y también en su autonomía para decidir cómo utilizar las oportunidades a su alcance, o bien cómo aplicar dichos recursos para lograr nuevos funcionamientos y estilos de vida alternativos. En palabras de Nussbaum (2001), se trata de convertir sus recursos (tangibles e intangibles) en capacidades para funcionar y vivir dignamente.

La gestión de proyectos productivos, primero, y después de empresas sociales va de la mano con las estrategias y resultados financieros, la producción de bienes y servicios de calidad para alcanzar una participación en el mercado, así como de un espíritu empresarial y de colaboración equitativa, tanto al interior como al exterior de la propia empresa. Así, con este ejercicio de intervención se detectaron algunas prácticas de gestión de proyectos productivos como capacidades funcionales para mejorar la calidad de vida de las productoras de bovinos leche.

Puesto que el eje de esta intervención es la calidad de vida, no puede dejar de referirse que en este caso se constató que las mujeres ya tenían en su lenguaje cotidiano dicho término y, si bien no manejaban una definición conceptual, sí la entendían como “vivir mejor”, “trabajar para un futuro digno”, “que haya empleos en la comunidad para no salir a trabajar a otros lugares”. Es una concepción con marcado enfoque hacia lo material en relación con lo intangible, lo que corresponde a las capacidades funcionales para hacer y ser mejor, para tener la libertad de decidir y actuar, para mejorar la calidad de vida.

### **Prácticas de gestión de proyectos productivos y capacidades en la calidad de vida**

Mediante los apoyos que brinda, el INAES busca contribuir a desarrollar y fortalecer las capacidades comerciales, técnicas, administrativas, financieras y de gestión de los productores sociales, con la finalidad de incrementar sus posibilidades de acceder y consolidarse en el mercado, así como la viabilidad de inclusión productiva, laboral y financiera (INAES, 2018).

Durante este ejercicio de intervención se detectaron prácticas cotidianas de gestión de proyectos productivos a modo de capacidades empresariales y de organización para desempeñarse como empresarias sociales (tabla 2), ya que, al expandir sus capacidades funcionales, las mujeres favorecen su calidad de vida al decidir cómo ser y hacer, cómo utilizar sus recursos tangibles e intangibles, como tomar decisiones a nivel individual, empresarial y hasta comunitario.

Tabla 2. Prácticas de gestión de proyectos productivos y de organización

Capacidades	Antes de la intervención	Durante y después de la intervención
Prácticas de gestión de proyectos productivos	<p>No hay objetivos definidos, vamos al día.</p> <p>El trabajo cotidiano es para sobrevivir y está concentrado en las mujeres.</p> <p>La producción es baja y no de calidad (leche con olor a estiércol).</p> <p>No existen registros ni de producción ni contables.</p> <p>Asistir a las capacitaciones implica más trabajo y hasta pérdida de tiempo.</p>	<p>Se construye el objetivo de avanzar en la eficiencia operativa del proyecto y reducir la sobrecarga de trabajo mediante prácticas empresariales básicas.</p> <p>Durante la capacitación socializamos experiencias y aprendemos a: distribuir de manera equitativa las tareas, controlar gastos y reducir costos, planear la crianza bovina y el control nutricional.</p> <p>Al mejorar la calidad de la leche el precio puede ser mejor, así como la satisfacción del cliente (empresa que sera), pero también los hijos toman leche (autoconsumo) que favorece a un crecimiento sano.</p> <p>Estas prácticas empresariales contribuyen a incrementar el rendimiento y es una vía para que a mediano plazo los proyectos se conviertan en empresas sociales incorporadas a cadenas de valor.</p>
Organización y actuación en colectivo (carácter social)	<p>Se esperan los apoyos gubernamentales, ya sea en efectivo o en especie.</p> <p>Prevalece el bienestar individual sobre el colectivo.</p> <p>La calidad de vida es “estar mejor”, pero no se vincula al carácter social del proyecto productivo.</p>	<p>La meta ahora es formalizar su proyecto productivo en empresa social, para lo cual se trabaja en equipo y las decisiones de invertir (o no) se sustentan en información propia de las unidades de producción.</p> <p>El proyecto productivo y la empresa social van de la mano de un proyecto de vida personal, familiar y comunitario.</p> <p>“Al estar organizados podemos hacer gestiones en beneficio de la comunidad.”</p>

Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Las prácticas de gestión de proyectos productivos están vinculadas al cuidado de los recursos (tangibles e intangibles) destinados a la producción, comercialización y manejo financiero (inversión, gastos y utilidades), pero también al bien-

estar del factor humano. Al respecto, una señora dice: “Tener más ocupado mi corral para así facilitar el trabajo en el mismo y que el producto sea con una mejor calidad. Asimismo, como productores tener una mayor calidad de vida.”

Esta expresión es ejemplo de que la integración de recursos contribuye al desempeño superior de los proyectos productivos, sin perder de vista el contexto, pero sí resaltando que las tareas cotidianas se traducen en logros individuales y organizacionales.

Ayudar para que los niños se interesen en la actividad de la producción de leche y ganado que es la mayor actividad en nuestra comunidad. Aumentar la calidad y cantidad de la producción de leche. Aprovechando las capacitaciones que nos da la UAEMEX para el mejor manejo de recursos. Hoy sabemos que podemos sacar mucho más provecho de todo.

Además de la integración y optimización de recursos, las productoras detectan como beneficios el gestionar sus propios proyectos productivos: la viabilidad de tomar decisiones “sin estar al mando de nadie”, generar su propio empleo “sin necesidad de salir de casa ni abandonar el cuidado de los hijos”, mejorar la calidad de vida de la familia “al darles oportunidades de educación y una mejor salud a sus hijos”.

Lo anterior denota que prevalece un modelo de gestión de proximidad, el cual es acuñado por Sanchis (2009), ya que las productoras mantienen proximidad con la familia y, de ser el caso, con algún empleado eventual (trabajo informal), pero también con sus proveedores y sus clientes, al atenderlos de manera personalizada. Están en la vía de la estrategia “mercado kilómetro cero”: consumo local, esfuerzo colaborativo para construir economías basadas en productos de la localidad, y mejora de la calidad de vida, el medio ambiente, la salud y las relaciones sociales de un lugar en particular: “Es lograr, con la limpieza de los corrales, tener leche de calidad y más vacas para obtener mucha leche para el progreso mío y el de mi familia y así el de quien me recibe la leche en esta comunidad.”

El enfoque basado en las capacidades en la calidad de vida también sirve de marco para incluir evidencia de campo que pueda aplicarse bajo la promesa de un poder más grande, capaz de luchar por su vida, que tradicionalmente ha sido oprimida o marginada (Nussbaum y Sen, 1993):

Queremos organizarnos para cumplir con todas las tareas del corral, pero no dedicarse todo el día a ello, organizarse para tener calidad de vida.

Quiero ser mejor y dejarles una bonita herencia a mis hijos que sepan trabajar lo que hacemos ahora y que sean alguien más en la vida; que yo sea un ejemplo en mis hijos y los niños. Seguimos sueños positivos.

Con esta experiencia de intervención aprendimos al socializar el conocimiento. Para alcanzar este aprendizaje partimos de que, en el “antes”, las mujeres no llevaban a cabo prácticas empresariales básicas, tales como registro de gastos y de ingresos, cálculo de costos y precios, asignación y distribución de tareas, planeación de crianza bovina, control nutricional de ganado y medición de la calidad de la leche. Dichas prácticas les permitieron, durante y “después” de la intervención, incrementar su producción de leche con calidad y controlar sus costos, así como integrar reportes con información que sirvieron de soporte a la toma de decisiones para invertir (o no), además de construir la historia de su unidad de producción: “Crecer como productora produciendo leche de mejor calidad para así salir adelante invitando a la gente del pueblo a trabajar con nosotros y así recibir el beneficio para todos. Trabajando juntos lo lograremos, siempre y cuando trabajemos por igual.”

### **Imaginario de un futuro como empresarias sociales**

La perspectiva de capacidades en la calidad de vida permite a las personas desarrollar su potencial, de acuerdo con sus necesidades, intereses y motivaciones, eliminando aquellos factores que provocan situaciones de falta de libertad. Este enfoque de capacidades en la calidad de vida define el bienestar en términos de lo que una persona puede realizar o qué funcionamientos posee y puede aplicar para la determinación de su futuro (Nussbaum, 2001).

Estas capacidades contribuyen a mejorar la toma de decisiones. Entonces, cuando las mujeres registran lo que sucede en sus unidades de producción (corrales), están documentando la historia de su proyecto productivo, pero también generando información que sirve de base para la toma de decisiones. Ahora saben cuánta leche produce cada vaca, cuándo suspender la ordeña y cuándo iniciar la reproducción. Esto les permite hacer su planeación y, por lo tanto, controlar la producción de leche y el crecimiento de la unidad de producción. Por otro lado, también tienen registros de gastos e ingresos: ahora ya saben si están ganando o cuánto están perdiendo; en qué pueden disminuir gastos y cuánto recibirán por su producto; pero, sobre todo, pueden identificar cuánto “vale” su trabajo y transitar de una perspectiva de “ayuda” al ingreso del hogar a “inversión” productiva y familiar.



El enfoque de las capacidades en la calidad de vida acentúa la libertad para tomar decisiones y construir un futuro propio que conlleve mayor bienestar personal, familiar y comunitaria (Greco *et al.*, 2015). Sin embargo, en la mayor parte del mundo las mujeres no tienen las mismas oportunidades que los hombres. Estas desigualdades –y las deficiencias en educación y experiencia que frecuentemente van asociadas con ellas– tienden a influir en las expectativas y deseos, ya que es difícil desear lo que no se puede imaginar como una posibilidad (Nausbaum y Sen, 1993).

Durante esta intervención y a partir de la visita a una cooperativa ubicada fuera de su comunidad, las mujeres hicieron manifiesta la ampliación de libertades personales, lo que corresponde con la participación en el proceso de toma de decisiones y las oportunidades para fijar y alcanzar metas en colectivo.

Dicha experiencia fue la visita a Tozegan Kali, cooperativa de turismo alternativo y organización integrada por familias de campesinos indígenas de la Sierra Norte de Puebla, cuyo espíritu es trabajar unidos para mejorar su calidad de vida. Mediante esta práctica de campo las productoras pudieron conocer y vivir una experiencia exitosa de lo que es una empresa social que ya ha vivido cuatro generaciones. Después del recorrido por las instalaciones y pláticas con los administradores (familiares de los fundadores), las mujeres describieron con palabras propias su “fantasía de futuro” como empresarias sociales. Estas son algunas de sus expresiones:

Quiero que mi proyecto siga funcionando. Todas como grupo invitemos a los de la comunidad para poner a trabajar a la comunidad.

Crecer como empresaria aumentando la producción en mi familia y mi comunidad, teniendo mayor número de vacas, produciendo más y mejor calidad de leche, invitando a mis vecinos para que ellos también aumenten su producción y empleando a algunas personas para que tengan una forma de empleo y puedan tener una mejor calidad de vida al igual que mi familia.

Fue un ejercicio que permitió demostrar la capacidad de las mujeres para integrar lo abordado en las sesiones de trabajo de casi un año y, especialmente, su capacidad para imaginar un futuro como empresarias sociales exitosas, incluyendo el alcance comunitario, lo cual coincide con el enfoque de capacidades en la calidad de vida en cuanto a oportunidades y elecciones con un significado personal que afectan el propio estilo de vida, pues en la vida de las personas no todas las decisiones tienen consecuencias de peso. Nussbaum (2001) acentúa como principal capacidad la realización personal, es decir, la oportunidad que las mujeres pobres tienen para construir y vivir una vida rica y plenamente humana.

Estas evidencias de expectativas de futuro para convertirse en empresarias sociales, o la satisfacción que les genera un trabajo productivo remunerado, superan criterios como ingresos, utilidades, recursos materiales y bienes primarios. Es también la capacidad de conducir sus vidas y de cooperar en la resolución de problemas sociales como extensión de que la calidad de vida mejora mediante las capacidades sociales (Kabeer, Sudarshan y Milward (2013): “El futuro de mi persona es de que avancemos con lo que iniciamos como comunidad, no solo como grupo y prosperar más adelante, para que seamos una empresa social y no quedarnos en donde estamos y echarle muchas ganas.”

Durante el abordaje de los temas de empoderamiento y colaboración, las participantes declararon cuatro problemas sociales: mejoramiento de la infraestructura rural, prevención y erradicación del abigeato (delito por robo de ganado), implementación de un proyecto sobre el manejo de los residuos del ganado (estiércol) y una planta procesadora para alimento de ganado.

Estos problemas que afectan a su comunidad ya los habían detectado “antes” de la intervención. “Ahora” están convencidas de que con voluntad y compromiso como empresarias sociales organizadas pueden mejorar la calidad de vida de la comunidad, reconociendo lo indispensable del involucramiento de todos, conjuntamente con dependencias municipales, estatales y federales, en acompañamiento de personal especializado de universidades públicas.

En esencia, la calidad de vida no se queda ni en lo individual ni en lo grupal. Puede partir de ello, pero debe trascender. En este sentido, parecería que el trabajo de campo realizado por más de un año por un grupo multidisciplinario y en el macro esquema de la triple hélice alcanzó la intervención social para afectar el ambiente de la conducta social, lo cual se logra al conjugar, según Pfeffer (2002), tres aspectos: la situación, el carácter individual y la interacción y adaptación entre la persona y la situación. He aquí una máxima: “Aprendimos mucho de esta experiencia. Mucho trabajo, dedicación, esfuerzo, pero aprendimos que sí se puede.”

## **Discusión y reflexiones finales**

El Informe de la Comisión para la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social resalta la importancia de la calidad de vida y el bienestar de las personas en la medición del progreso social, haciendo énfasis en el cambio de mediciones basadas en la producción económica a mediciones centradas en el bienestar de las personas (Simandan, 2014). Desde mediados de la década de 1970, los trabajos de Richard Easterlyouin evidenciaron que mayores estándares económicos no se traducen necesariamente en el mejoramiento de la calidad de vida

(Millán y Castellanos, 2018). Posteriormente, Stiglitz (2015) justifica la inclusión de indicadores de bienestar subjetivo en estadísticas macroeconómicas para reflejar la autoevaluación de las personas sobre su propia vida, sus experiencias positivas y sus prioridades. En México, las propuestas para la integración de un índice de bienestar subjetivo incluyen diferentes dominios de la vida, como funcionamientos que conllevan la decisión de construirse un futuro decidido y no impuesto.

Este fue el paradigma bajo el que se sistematizó esta intervención en el contexto de mujeres en pobreza que buscan complementar ingresos para su hogar mediante la gestión de proyectos sociales con recursos públicos y operados en la economía informal, lo que vulnera a las unidades económicas de producción, al no contar con alternativas seguras para enfrentar contingencia alguna.

Aun así, la aportación al ingreso del hogar por parte de las mujeres mejora su autoestima, autonomía y capacidad de participación en la toma de decisiones familiares (Rué-Cabré, 2003), aunque sigue siendo preocupante que el ingreso monetario de las mujeres dependa de fuentes indirectas, es decir, de la percepción de transferencias. De acuerdo al Coneval (2019), las mujeres en pobreza presentan dependencia de recursos provenientes de programa sociales y, si bien esto refleja una focalización de la política social que tiende a favorecerlas, también es un reto la creación de capacidades que les permitan generar recursos de manera autónoma.

Sin duda, una doble jornada posibilita el incremento de ingresos, pero también el de gastos y la sobrecarga de trabajo. Una alternativa para contrarrestar esta fuente de estrés es generar y/o fortalecer las capacidades empresariales para hacer más eficiente sus tareas e incrementar la rentabilidad del proyecto productivo, pues a la par de fortalecer sus finanzas también pueden disponer de más tiempo para ellas mismas, lo que requiere involucrar a la familia de manera organizada en la operación de la unidad de producción. Esta es una ruta para mejorar la calidad de vida a nivel individual, familiar y comunitario, a la par de labrar el camino hacia la conformación de una empresa social.

Por lo anterior, pudiera decirse que la perspectiva de capacidades en la calidad de vida constituye un marco para evaluar y juzgar intervenciones y programas que buscan un potencial transformador para las mujeres en condiciones de pobreza y en zonas rurales.

En este estudio la evidencia está en que, “antes” de esta intervención, las mujeres ya tenían un concepto de calidad de vida expresado como “estar bien” y “trabajar para tener más ingresos, pero sin salir de la comunidad”, aunque estaba ausente la madurez en cuanto a organizarse y actuar en beneficio colectivo, bajo el esquema de empresarias sociales.

“Durante” y “después” de la intervención las productoras agregan a su percepción de calidad de vida algunas competencias de empresarias sociales, tales como mejorar la calidad de la leche y negociar el precio de su producción, así como generar información propia de sus proyectos a partir de registros contables (ingresos y egresos) y de control de la producción, como soporte para la toma de decisiones, esencial para transitar de un proyecto social (economía informal) a una empresa social (economía formal).

A diferencia del “antes”, la convivencia con otras productoras “ahora” les permite compartir experiencias en cuanto a la gestión de sus unidades de producción, lo cual cultiva la confianza y la colaboración. Manifestaciones de ello es la construcción de un futuro como empresarias sociales y la propuesta de proyectos colectivos a nivel comunitario.

En el “durante” y el “después” de la intervención las mujeres se ubicaron en el terreno del empoderamiento, al combinar, de manera eficiente, sus dos esferas de actuación (la doméstica y la productiva), lo que implicó organizarse e involucrar a la familia. El sentido que las mujeres dieron al empoderamiento tiene, ahora, un sentido de capacidad individual y grupal para realizar acciones de cambio, permeado de confianza y autoestima, pero también de colaboración.

Lo que se espera, entonces, es que estas productoras alcancen la autosostenibilidad de sus proyectos, al mismo tiempo que un equilibrio vida-trabajo, sin depender más de apoyos gubernamentales o de organizaciones filantrópicas. Así, podría decirse que el “después” de esta intervención permanecerá y tendrá éxito siempre y cuando logren cambiar su radiografía de vulnerabilidad social y pobreza, sin perder de vista que sus ingresos extraordinarios siguen en el territorio de la economía informal.

Vale la pena acentuar que la finalidad de esta intervención no fue disminuir o desaparecer la doble jornada, sino organizar ambas esferas mediante la optimización y coordinación de quehaceres (doméstico y empresarial), lo cual no se logra con el mero acceso de recursos provenientes de programas gubernamentales. Se requiere del enriquecimiento de capacidades funcionales de gestión de proyectos productivos, como rasgo de calidad de vida. En otras palabras, como contrapeso a la ausencia de evidencia cuantificable de la disminución de carga de trabajo (limitante de este estudio), está el camino al reconocimiento del trabajo de la mujer como empresaria y no solo como “apoyo al complemento de los ingresos familiares”.

Las contribuciones que se lograron con este ejercicio de intervención pueden clasificarse en prácticas, metodológicas y de coordinación institucional. En cuanto a las primeras, están: la reducción de carencia de información sobre la calidad de vida y la acción colectiva de las mujeres que participan en proyectos produc-



tivos sociales; la promoción de la toma de conciencia sobre la calidad de vida de las mujeres y la apertura a que participen en diversos ámbitos de decisión (al interior y al exterior del hogar; a nivel comunidad), así como la necesidad del reconocimiento del papel vital de la mujer. Estas mujeres son agentes de cambio para su comunidad, pues al aprender a (tener la capacidad de) aumentar la producción y calidad de leche, perciben que vivirán mejor; hacerlo en grupo, las lleva a construir su propio futuro como empresarias sociales y agentes de impacto en su comunidad.

Como sucede durante la maduración de los equipos de trabajo (Chiavenato, 2010), en esta intervención también existió una selección natural, es decir, se fortalecieron lazos de atracción, pero también se dieron deserciones. Lo importante es que se alcanzó cierta homogeneidad en cuanto a que las capacidades de gestión de proyectos productivos contribuyen a la calidad de vida individual y comunitaria.

Desde lo metodológico, este trabajo proporciona información para la construcción de marcos de análisis, así como la evaluación cualitativa de la calidad de vida de mujeres vinculadas a la producción agropecuaria y en condiciones de pobreza. Con ello, ahora se tienen, a modo de síntesis, algunos componentes de la calidad de vida al detonar capacidades para la auto-organización, con lo cual puede contribuirse a crear una agenda a partir del Plan de Desarrollo 2019-2024. Esta es una manera de confirmar que la IAP funciona como una fuente natural de empoderamiento de los participantes, en lo concerniente a problemas sociales graves como es el desempleo, la inequidad y la pobreza (Moxley y Washington, 2012).

Esta experiencia de intervención también fue campo fértil para reducir la brecha que separa a unas productoras de otras, pero también a unos académicos de los otros.

Las manifestaciones de coordinación institucional se dieron a partir del proyecto de vinculación del INAES y la UAEMEX con las productoras de bovinos de leche. Los resultados se comparten y complementan: las productoras trabajan para que su proyecto se convierta en empresa social, los universitarios estamos contribuyendo a la vinculación con la sociedad y con la generación de conocimiento y el INAES visibiliza su eficiencia operativa mediante la sana conformación de agentes diversos de la economía social.

Fue un ejercicio para encadenar comunidades de investigación con la resolución de problemas sociales, pues todos los participantes contribuimos en la construcción de un escenario en donde las mujeres bien pueden tomar como arma la organización para la acción colectiva y la movilización, lo que, según Kabeer, Sudarshan y Milward (2013), puede llevarlas a forjarse nuevas identidades para sí



mismas, definir lo que les importa y desarrollar estrategias colectivas como empresarias sociales.

Entonces, a partir del aprendizaje construido mediante este ejercicio de intervención, la academia ahora puede tomar en cuenta los siguientes elementos clave para futuras investigaciones sobre la calidad de vida de las mujeres rurales en condiciones de pobreza que, de una u otra manera, buscan complementar el ingreso familiar, muchas veces a costa de su salud y su bienestar.

- La generación de prácticas, explicaciones de acción pragmática y resultados sobre el entendimiento de la gestión de proyectos productivos como capacidad en la calidad de vida de las mujeres productoras, es única según el contexto y requiere de trabajo de campo coordinado y multidisciplinario.
- La alternativa para que los participantes amplifiquen sus voces sobre la necesidad de cambio hacia una mejor calidad de vida y bienestar es el diálogo colaborativo.
- La promoción del aprendizaje social: tanto las productoras como el equipo multidisciplinario deben ser agentes promotores de un aprendizaje social a partir de la necesidad de llevar a cabo prácticas empresariales eficientes dirigidas hacia la autosustentabilidad de los proyectos productivos, lo que implica convertirse en empresas sociales insertas en la economía formal. Hay más por aprender y, por lo tanto, podemos aprender más; aprendemos solos, pero aprendemos más de (y con) los otros.
- El criterio de éxito de esta y otras intervenciones similares no debe restringirse a seguir recetas o procesos; el puerto de llegada es la manera como los participantes se apropian y les dan sentido a los temas abordados *in situ* y a su aplicabilidad para mejorar su calidad de vida.

Finalmente, es imperante continuar con la evaluación de programas sociales enfocados a la reducción de la inequidad y la pobreza, a la informalidad y la formalidad de las actividades económicas y a la relación entre ingresos y las capacidades funcionales de las mujeres rurales, como alternativa para la auto-reconstrucción de su bienestar, tomando en cuenta que los logros del futuro siempre quedan bajo cierta incertidumbre, ya que los funcionamientos que caracterizan las capacidades, se acompañan, en gran medida, del contexto o de factores externos al sujeto.

## Referencias bibliográficas

- ALEMÁN, S., Zapata, E., Alberti, P. y Mercado, M. (1999). La participación de mujeres indígenas en pequeñas empresas de Chilapa de Álvarez, Guerrero, en Vázquez, V. (coord.), *Género, sustentabilidad y cambio social en el México rural* (253-272). México: Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas.
- BARQUET, M. (1997). Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres, en Alatorre, J., Careaga, G., Jusidman, C., Salles, V., Talamante, C. y Townsend, J. (eds.), *Las mujeres en la pobreza*. México: El Colegio de México, pp. 3-90.
- BERG, B. L. (2009). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (7ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- CHAIKLIN, S. (2011). Social scientific research and societal practice: Action research and cultural-historical research in methodological light from Kurt Lewin and Lev S. Vygotsky. *Mind, Culture, and Activity*, 18(2), pp. 129-147.
- CHIAVENATO, I. (2010). *Gestión del talento humano* (3ª ed.). Colombia: McGraw Hill.
- CIOCHINA, L. (2014). Female entrepreneurship in local development. *Management Strategies Journal*, 26(4), pp. 571-579.
- COMIN, F., Qizilbash, M. y Alkire, S. (eds.) (2008). *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL [Coneval] (2014). *Pobreza y género en México: hacia un sistema de indicadores. Información 2008-2012*. México. Recuperado de coneval.org.mx
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL [Coneval] (2019). 10 años de medición de pobreza en México, avances y retos en política social. Comunicado de Prensa No. 10, 5 de agosto. México: Dirección de Información y Comunicación Social. Recuperado de [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Comunicados\\_Pobreza\\_2018/COMUNICADO\\_MEDICION\\_POBREZA\\_2018\\_AGUASCALIENTES.pdf](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Comunicados_Pobreza_2018/COMUNICADO_MEDICION_POBREZA_2018_AGUASCALIENTES.pdf)
- DANG, A.T. (2014). Amartya Sen's capability approach: A framework for well-being evolution and policy analysis? *Review of Social Economy*, 72(4), pp. 460-484.
- DELLA PORTA, D. y Keating, M. (2013). *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista*. Madrid: Akal.
- GRECO, C., Skordis, J., Mkandawire, B. y Mills, A. (2015). What is a good life? Selecting capabilities to assess women's quality of life in rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 130(2015), pp. 69-78.
- GUÍZAR, M.R. (2013). *Desarrollo organizacional, principios y aplicaciones* (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA ECONOMÍA SOCIAL [INAES] (2017). *Reglas de operación del Programa de Fomento a la Economía Social para el ejercicio fiscal 2017*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inaes>
- INSTITUTO NACIONAL DE LA ECONOMÍA SOCIAL [INAES] (2018). *Informe y Balance de Cierre de Administración 2013-2018*. México: Sedesol. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/450959/Informe\\_Sectorial\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/450959/Informe_Sectorial_2018.pdf)
- KABEER, N., Sudarshan, R. y Milward, K. (2013). *Organizing Women Workers in the Informal Economy*. Londres: Zed Books.

- KUMAR, A., Bhat, P. S. y Ryali, S. (2018). Study of quality of life among health workers and psychosocial factors influencing it. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), pp. 96-102.
- MILLÁN, R. y Castellanos, R. (2018). *Bienestar subjetivo en México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- MOXLEY, D.P. y Washington, O.G. (2012). Using a developmental action research strategy to build theory for intervention into homelessness among minority women. *Social Work in Mental Health*, 10(5), pp. 426-444.
- NUSSBAUM, M. (2001). *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NUSSBAUM, M. C. y Sen, A. (1993). *The Quality of Life. Wider Studies in Development Economics*. Nueva York: Oxford University Press.
- NUSSBAUM, M.C. y Sen, A. (2002) (comps.) *La calidad de vida*. México: FCE.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2018). *Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico* (3ª ed.). Ginebra: OIT.
- PFEFFER, J. (2002). *Nuevos rumbos en la Teoría de la Organización*. México: Oxford University Press.
- POTETE, A.R., Janssen, M.A. y Ostrom, E. (2010). *Trabajar juntos. Acción colectiva, bienes comunes y múltiples métodos en la práctica*. México: UNAM/CIDE/FCE.
- RAMALES, M. C. y Díaz, M. (2005). La economía informal en México. Insuficiencias del modelo de desarrollo y exceso de trámites, *Observatorio de la Economía Latinoamericana* (48), septiembre [<http://www.eumed.net/index.htm>]
- RUÉ-CABRÉ, E. (2003). Desarrollo y capacidades: aplicación al microcrédito desde una perspectiva de género. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals* (60), pp. 161-184.
- SANCHIS, J. R. (2009). Dirección de empresas cooperativas y de la economía social: estado actual y líneas de investigación. En Menguzzato, M. (dir.). *La dirección de empresas ante los retos del siglo XXI*. Valencia: Universitat de València, pp. 637-649.
- SAVALL, H. y Zardet, V. (2009). Desempeño global durable de las organizaciones ¿Sincronizar lo económico y lo social? *Administración y Organizaciones* (22), pp. 181-208.
- SEN, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press.
- SIMANDAN, M. (2014). The quality of life and relevant approaches based on capabilities and functionalities. *Journal of Economics and Business Research*, 20(2), pp. 77-94.
- STIGLITZ, J. E. (2015). *El precio de la desigualdad*. España: Taurus.
- TAYLOR, S. J. y Bogdan, R. (2013). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, España: Paidós Básica.
- TRANI, J. F., Bakhshi, P., Brown, D., López, D. y Gall, F. (2018). Disability as deprivation of capabilities: Estimation using a largescale survey in Morocco and Tunisian and an instrument variable approach. *Social Science & Medicine* (211), pp. 48-60.
- VINACCIA, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), pp. 125-137.



## 17. Retos de la intervención psicosocial en entornos de trabajo en Colombia

### *Psychosocial intervention challenges in Colombian work environments*

**Gloria H. Villalobos Fajardo**

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

#### **Resumen**

El diseño del sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en Colombia partió de la necesidad detectada en las empresas y en los organismos de la seguridad social de identificar e intervenir las condiciones de trabajo y de vida que pueden generar reacciones de estrés en el trabajador y efectos negativos en la salud y en el comportamiento. El foco de la vigilancia como estrategia preventiva es la condición psicosocial, de allí su carácter proactivo. Como resultado de la revisión de literatura científica, se desarrolló un modelo dinámico para el abordaje de los factores psicosociales y una metodología de evaluación e intervención basados en un enfoque sistémico. La intervención se efectuó durante tres años, en tres organizaciones, con una cobertura de 1 176 trabajadores. Los resultados mostraron una disminución en los principales factores de riesgo intervenidos, en la morbilidad y en la accidentalidad. El mayor logro fue haber construido una metodología de fácil manejo, que acercó a la epidemiología social con las necesidades de la prevención de las enfermedades relacionadas con las respuestas de estrés, respondiendo de esta manera a las exigencias sociales en relación con el cuidado de la salud de los trabajadores.

**Palabras clave:** intervención psicosocial, vigilancia epidemiológica, factores psicosociales, estrés.



## Introducción<sup>1</sup>

Son varios los cambios que han ocurrido en el mundo del trabajo en los últimos veinte años, algunos de ellos derivados de la globalización que ha llevado a un importante desarrollo tecnológico, situación que favorece procesos de innovación y sistematización de procesos productivos que generan nuevas formas de organización del trabajo. Las estructuras organizacionales se transforman en dinámicas, generando también nuevas fuentes de incertidumbre y nuevas formas de empleo y de relación en el trabajo, con un incremento de la demanda por labores basadas en el uso de la información (Stacey *et al.*, 2017). Asimismo, los requerimientos del trabajo han generado un importante cambio en el estilo de vida de las personas, afectando el balance entre la vida familiar y laboral. Estos cambios perturban globalmente los mercados de trabajo, sin que Latinoamérica sea la excepción (Bersin *et al.*, 2016).

La crisis económica que se vive en muchos países ha generado recesión, desempleo, inseguridad y trabajo precario, haciendo más complejo el camino para lograr un empleo decente como medio para alcanzar el objetivo 8 de la Agenda 2030 para el “Desarrollo Sostenible” (ONU) cuya finalidad es “promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos” (Asamblea General Naciones Unidas, 2015). Lo anterior significa que, como mecanismo para lograr el desarrollo económico sostenible, los gobiernos y las sociedades deberán establecer las condiciones para que se creen puestos de trabajo de calidad que preserven el medio ambiente y que generen oportunidades de desarrollo para toda la población económicamente activa.

Se estima que alrededor de 600 millones de nuevos empleos se deben generar entre 2016 y 2030, lo que se traduce en 40 millones por año; sin embargo, también se requiere mejorar las condiciones de los 780 millones de personas, que, a pesar de trabajar ganan menos de dos dólares al día, con lo cual se mantienen en el nivel de pobreza monetaria (Cepal, 2016). En esta misma dirección, el informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre el panorama laboral de América Latina y el Caribe del año 2018 señala una tendencia hacia la recuperación de las economías de la región, lo que genera un efecto positivo en los índices de ocupación, pero también resalta la prioridad que tienen los países de generar empleos de calidad (OIT, 2018).

<sup>1</sup> La autora agradece a los trabajadores y directivos de las empresas que abrieron sus puertas para permitir la aplicación práctica del sistema de vigilancia epidemiológica y se comprometieron con el reto de la intervención psicosocial.

La escasa información consolidada acerca de las condiciones psicosociales y sus efectos, que cumpla con la condición de ser representativa de la población trabajadora en países como Colombia y en otros de Latinoamérica (Rodríguez, Espinosa y Ramírez, 2007), limita las posibilidades de los gobiernos para definir políticas públicas que conduzcan a su mejoramiento. De allí que uno de los retos esté justamente en la posibilidad de subsanar este déficit, lo cual implica el establecimiento de criterios mínimos y comunes para la evaluación psicosocial, así como para la estimación del nivel de riesgo, frente a lo cual las encuestas nacionales de condiciones de salud y de trabajo ofrecen alternativas útiles. A los efectos anteriores, la Red Experta en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud (Red ECOTES), con los resultados de varios países de América Latina,<sup>22</sup> recomiendan incluir en las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo escalas validadas de factores de riesgo psicosocial, así como preguntas para indagar las condiciones familiares (Benavides *et al.*, 2016; Benavides *et al.*, 2018).

Con respecto a la intervención psicosocial, es un proceso planificado y progresivo que inicia desde el momento mismo de la identificación y análisis de las condiciones de un colectivo y se extiende hasta la evaluación y la mejora. Glass (2000) define la intervención psicosocial como “todo esfuerzo sistemático que busca modificar los procesos psicosociales a nivel individual, familiar, en el trabajo, en las redes sociales, en la comunidad o en una población”. El diseño de la intervención psicosocial en entornos organizacionales comparte caminos con la intervención comunitaria, entendida como el conjunto de acciones orientadas a la promoción y el desarrollo de una comunidad o grupo social mediante la activa participación de su propia realidad; por lo tanto, es un escenario en el que se promueve la autogestión para la transformación de realidades, con lo que se favorece su capacidad preventiva (Mori, 2008).

Para que la intervención psicosocial sea de utilidad se requiere empezar por un adecuado análisis de la situación que permita tener una línea de base, fijar objetivos y metas y establecer acuerdos intersectoriales (Vega, 2012; Gilbert-Quimet *et al.*, 2015). La planificación de las acciones en el marco de una estrategia integral que se desarrolla por fases correspondientes a planes factibles y orientados a transformaciones de la realidad permite superar la “psicologización” que se centra en los individuos, privilegiando las intervenciones colectivas que se construyen mediante un diseño participativo y cuyos resultados se evalúan por su impacto en beneficio de la población intervenida.

<sup>22</sup> Argentina, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú y Uruguay.

La intervención psicosocial es de carácter sistémico por cuanto las acciones que se realizan frente a una condición propia del trabajo pueden influir en otras esferas de la vida de las personas, por ejemplo, propiciando un mejor equilibrio entre la vida familiar y la laboral, por lo que se requiere documentar los impactos para establecer su utilidad y eficacia en las condiciones de salud y seguridad de las personas (Hammer *et al.*, 2015; Wagner *et al.*, 2016), las cuales se pueden monitorear en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.

Teutsch y Thacker (1995) definen la vigilancia epidemiológica como un proceso que permite la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. En otras palabras, la vigilancia epidemiológica es la observación continuada de los determinantes de una condición de salud para detectar cambios de tendencia o de distribución de un efecto adverso y generar estrategias de investigación y mitigación. Cabe precisar que la vigilancia en salud incluye también el seguimiento a los factores de riesgo (Noguer *et al.*, 2017), de allí su aplicación al contexto de la presente investigación.

La comprensión de los factores psicosociales implica un abordaje holístico que, para el caso de los desarrollos técnicos hechos en Colombia sobre la materia, se han apoyado en el “modelo dinámico” (Villalobos, 2005), compuesto por categorías analíticas para su estudio y que incluyen tanto los aspectos del trabajo como los del individuo y los del entorno, con lo que se responde a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> (citado por Gutiérrez y Ostermann, 1999) y, además, permite concretar el enfoque de la epidemiología social para la identificación de varios de los mecanismos que influyen en las enfermedades relacionadas con el estrés, en las que las variables de exposición son altamente complejas por tratarse de determinantes sociales de la salud (Álvarez, 2009).

Las características del “modelo dinámico de factores psicosociales” propuesto por la autora del presente son las siguientes:

- Es sistémico, es decir, contempla los elementos que lo componen ensamblados en un conjunto, en el que las partes se influyen unas a otras.
- Es dinámico, por cuanto sus componentes también lo son y las relaciones que se establecen entre ellos son cambiantes.
- Los componentes establecen relaciones que están determinadas por la complejidad de cada uno de ellos.

<sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud - O.M.S. (citada por Gutiérrez y Ostermann, 1999), identificó en 1989 dos problemas fundamentales relacionados con la investigación de los factores psicosociales en los países en desarrollo: Primero la escasa investigación focalizada en aspectos de salud mental y sus implicaciones y segundo la insuficiencia de modelos multidimensionales del estrés que además de los aspectos ocupacionales, consideren los factores provenientes de la situación doméstica.

- El “modelo dinámico” asimila componentes de otros modelos explicativos de los factores psicosociales y el estrés, y propone una estructura de categorías analíticas particulares para su abordaje, con lo que puede llegarse hasta un mayor nivel de detalle para lograr una mejor definición del problema, así como la identificación de factores protectores, y con ello es posible establecer con mayor certeza las áreas prioritarias de intervención.
- Objetiva la clasificación de los factores de riesgo soportado en la búsqueda de información para documentar los criterios de intensidad y tiempo de exposición.
- Los componentes del modelo se estructuran como “fuentes” de riesgo, los que a su vez tienen otras “subfuentes” o categorías analíticas subsidiarias que permiten la aproximación detallada a la realidad.

En este modelo, los factores de riesgo psicosocial se entienden como:

Condición o condiciones del individuo, del medio extralaboral o del medio laboral, que bajo determinadas condiciones de intensidad, tiempo de exposición y frecuencia de presentación generan efectos negativos en el trabajador o trabajadores, en la organización y en los grupos, y por último producen estrés, el cual tiene efectos a nivel emocional, cognoscitivo, a nivel del comportamiento social y laboral y a nivel fisiológico (Villalobos, 2005: 5).

Coherente con la definición anterior, se consideran como *fuentes* de los factores de riesgo los tres elementos que forman parte de su definición:

- Condiciones internas de trabajo, entendidas como el conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, que influyen en la prestación de este y que pueden afectar la salud del trabajador y su conducta. En este sentido, incluyen tanto los aspectos de la tarea, como las condiciones del ambiente físico en que se desarrolla, las condiciones de la estructura, las políticas organizacionales y las relaciones que se suceden en el escenario laboral.
- Individuo, entendido como totalidad, es una síntesis de varios componentes: lo social, lo psicológico y lo biológico.
- Condiciones externas al trabajo, es decir, el conjunto de elementos que conforman el entorno familiar, socioeconómico, político y estatal que rodea al individuo y a la organización.

A su vez, cada fuente está compuesta por un conjunto de variables que en el modelo se denominan “subfuentes” y cada subfuente está conformada por otras



variables o dimensiones. La estructura de fuentes y subfuentes o de categorías analíticas que propone Villalobos (2005), como parte del modelo dinámico de los factores psicosociales, responde, en palabras de Román (1997), a “una óptica multifactorial”, la cual se describe brevemente a continuación.

### *Condiciones del individuo*

a) *Características de personalidad.* La importancia de las características de personalidad reside en las conexiones que existen entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés. En primer lugar, la personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (por ejemplo, la modulación del sistema inmune). En segundo lugar, las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol). Finalmente, ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (Belloch, Sandin y Ramos, 1995).

b) *Vulnerabilidad.* Si bien la vulnerabilidad es una característica que podría incluirse en la personalidad, se considera importante darle un tratamiento específico para reforzar su importancia en aspectos ligados con el estrés por cuanto incrementa la propensión de una persona para desarrollar un trastorno por la acción de ciertos estresores ambientales (Belloch, Sandin y Ramos, 1995).

c) *Variables asociadas o moderadores.* Partiendo del modelo integral del estrés, Ivancevich y Matteson (1989) incorporan elementos de los enfoques médico, conductual y administrativo; se retoman las variables moderadoras que afectan las relaciones entre estresores, percepciones, resultados y consecuencias. Como su nombre lo indica, un “moderador” es una condición, conducta o característica, que califica o determina la relación entre dos variables. Los moderadores representan condiciones individuales que actúan como factores predisponentes o como protectores, sin ser en sí mismos factores de riesgo. Según su naturaleza pueden ser demográficos/conductuales y cognoscitivos/afectivos. La gama de variables que pueden servir a una función moderadora es muy extensa, pero la selección de los moderadores que se incluye a continuación refleja aquellos que son de mayor importancia a la luz de la literatura científica, si bien la lista no es exhaustiva: motivación y satisfacción, habilidades y aptitudes, nivel de formación y de educación, percepción sobre el control de los hechos (locus de control), tolerancia a la ambigüedad, autoestima, experiencias pasadas y estereotipos, resistencia al estrés, edad, género, estado de salud, ocupación, raza, lugar de procedencia, características corporales, nivel socioeconómico, estatus marital, etcétera.



Debe tenerse presente en la interpretación de los resultados de los “moderadores”, que estos no son factor de riesgo en sí mismos, sino que condicionan la presentación del riesgo y de sus efectos. Por tanto, puntajes altos o medios de los moderadores obtenidos con los instrumentos de evaluación, que se describen más adelante, significan que aumentan la susceptibilidad o predisposición del trabajador para percibir y sufrir el efecto de los factores de riesgo psicosocial, en tanto que puntajes bajos en los moderadores son muestra de condiciones individuales protectoras (por ejemplo, mecanismos adaptativos de afrontamiento).

### *Condiciones de trabajo*

El estudio de las condiciones de trabajo en cuanto a su consideración como fuentes de riesgo psicosocial implica el abordaje de tres conjuntos de aspectos, que, aunque interactúan continuamente, exigen ser analizados uno a uno, ellos son:

- a) *El medio ambiente de trabajo*, referido al lugar, es decir, las condiciones de seguridad, la exposición a factores de riesgo, el diseño de equipos, etcétera.
- b) *La tarea o el quehacer cotidiano*, que determina la carga física, la carga mental, conocimiento de la tarea, definición de la función, responsabilidades, sistemas de control, entre otras.
- c) *La organización*, que incluye aspectos de la estructura y políticas, estilo de liderazgo, manejo del cambio, sistemas de evaluación del desempeño, planes de desarrollo y capacitación, servicios de bienestar social, estabilidad en el empleo, condiciones de remuneración, estructura organizacional y posibilidades de participación. En esta categoría también se incluyen las características del grupo social de trabajo descritas a través de las relaciones jerárquicas, cooperativas e informales, cohesión de grupo, manejo de conflictos grupales y personales y las características de la organización propiamente dicha que consideran aspectos como la organización del trabajo, la tecnología y la automatización, el ritmo, la jornada y el horario, el estatus social y los sistemas de comunicación.

### *Condiciones externas al trabajo*

Las condiciones del entorno pueden catalogarse en dos niveles de análisis: i) microsocioal, constituido por la situación económica, educativa y de relación en el grupo familiar y social cercano al trabajador y, ii) macroentorno social, formado por las condiciones de tipo económico, social y de vida de la localidad donde se desenvuelven las personas (tabla 1).

Tabla 1. Estructura de fuentes del modelo dinámico de los factores psicosociales

Fuentes y subfuentes de riesgo psicosocial		Variables
Condiciones internas del trabajo	Condiciones de la organización	Gestión Estilo de liderazgo Políticas de contratación y estabilidad Posibilidades de participación Condiciones de remuneración Planes de capacitación e inducción Servicios de bienestar social Sistema de evaluación del desempeño Manejo del cambio en la organización
		Características de la organización Modalidad de organización del trabajo Diseño organizacional Comunicación Concepto de la organización Iniciativa Autonomía Jornada Tecnología y automatización Estatus y reconocimiento Ritmo de trabajo
		Características del grupo social Cohesión de grupo Calidad de las interacciones Posibilidad de interacción con otros
	Condiciones de la tarea	Contenido de la tarea Nivel de responsabilidad Conocimiento de la tarea Definición de roles Identificación con la tarea Identificación con la organización Sistemas de control Nivel de calificación exigido por el cargo Nivel de dificultad de la tarea

(continuación)

Fuentes y subfuentes de riesgo psicosocial		Variables
Condiciones internas del trabajo	Carga mental	Nivel de concentración exigido por la tarea Nivel de rapidez exigido por la tarea Variedad de funciones Variedad física Minuciosidad Apremio de tiempo
	Carga física	Postura
Condiciones del medioambiente de trabajo	Riesgos físicos Riesgos de seguridad Riesgos químicos Riesgos biológicos Riesgos de diseño del puesto Riesgos de saneamiento	
Condiciones del individuo	Características de la personalidad	Personalidad tipo A Creencias negativas sobre los hechos Vulnerabilidad al estrés
	Moderadores Cognoscitivos	Motivación al logro Autoestima Nivel educativo Resistencia al estrés Percepción del control sobre los hechos Habilidades y aptitudes Experiencias pasadas y estereotipos
	Demográficos	Ajuste a la ocupación Estado de salud Ocupación

Fuente: elaboración propia.

Colombia ha mostrado avances importantes en la atención de los factores psicosociales que se reflejan en su inclusión en la normativa del sistema de riesgos laborales desde el año 1984, en particular el decreto 614 (Betancourt, 1984), así como en la obligatoriedad de evaluarlos, monitorearlos e intervenirlos en el marco de sistemas de vigilancia epidemiológica (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Salud Colombia, 1989; Ministerio de la Protección Social,

2008) y la obligatoriedad de hacer promoción y prevención en salud mental dentro de los entornos laborales (Congreso de la República de Colombia, 2013). Por otra parte, a partir del año de 1994 se incluyeron las patologías derivadas del estrés en la lista de enfermedades laborales y se desarrolló un protocolo de determinación de origen de estas, que rige desde 2004 (Ministerio de Trabajo y Pontificia Universidad Javeriana, 2004).

Los desarrollos técnicos se complementaron en el país con la construcción de la batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2004). La batería en mención consta de siete instrumentos que responden al modelo de medición que definieron para su elaboración Villalobos *et al.* (2013):

1. Ficha de datos generales (información sociodemográfica e información ocupacional del trabajador).
2. Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaboral (forma A y B).
3. Cuestionario de factores de riesgo psicosocial extralaboral.
4. Guía para el análisis psicosocial de puestos de trabajo.
5. Guía de entrevistas semiestructuradas para la evaluación de factores de riesgo psicosocial intralaboral.
6. Guía de grupos focales para la evaluación de factores de riesgo psicosocial intralaboral.
7. Cuestionario para la evaluación del estrés (Villalobos, 2005; Villalobos *et al.*, 2010).

Los instrumentos de la batería se validaron en una muestra representativa nacional de la población de trabajadores colombianos (2 360 personas) y los resultados mostraron un adecuado nivel de consistencia interna (0.88 a 0.95), la validez de constructo se estimó mediante el análisis factorial que comprobó empíricamente la estructura del modelo de medición, la validez concurrente resultó en correlaciones significativas con síntomas de salud medidos con tres escalas del cuestionario SF36 (Ware y Gandek, 1998), validado previamente en Colombia (Lugo, García y Gómez, 2006) y con el cuestionario de síntomas de estrés (Villalobos, 2005).

El más reciente desarrollo en Colombia, orientado a la intervención de los factores psicosociales en el entorno laboral, fue un conjunto de protocolos contenidos en 14 documentos técnicos (Ministerio de Trabajo *et al.*, 2016a a 2016n), que comprenden: una guía general de intervención, un protocolo con 34 acciones generales, seis protocolos para cada uno de los sectores económicos más críticos (Administración Pública, Defensa, Educación, Financiero, Salud y Servicios Sociales y Transporte), conforme los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos

Laborales (Ministerio de Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2013) y seis protocolos para los efectos más importantes (depresión, *burnout*, manejo de situaciones de duelo, acoso psicológico, estrés agudo y trastorno de estrés postraumático).

El objetivo de la investigación fue diseñar y aplicar un sistema de vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales en el trabajo, el cual partió del modelo conceptual propuesto por la autora (Villalobos, 2005) e incluyó la implementación de medidas de intervención construidas participativamente con los trabajadores, los jefes y los directivos de tres empresas en las que se realizó el estudio, con el fin de disminuir la exposición psicosocial y la prevalencia e incidencia de efectos adversos en la seguridad y la salud de las personas. A los efectos del propósito de este manuscrito, el contenido se centrará en la aplicación del sistema de vigilancia más que en su diseño, por cuanto durante esta etapa se realizaron las acciones de intervención y se evaluó su impacto en los desenlaces individuales y en el trabajo.

## Método

Para facilitar la comprensión de la racionalidad del proceso de vigilancia epidemiológica, se presentan a continuación de forma breve las fases de este:

1. Identificación de necesidades, actividad que se realiza mediante entrevistas semiestructuradas y consulta de documentos y registros para documentar los siguientes aspectos:
  - Características generales de la organización;
  - Cantidad de trabajadores, aspectos demográficos y ocupacionales;
  - Perfil general de morbilidad, accidentalidad, ausentismo, quejas, condiciones significativas del entorno social, etcétera;
  - Recursos disponibles en salud y seguridad en el trabajo;
  - Políticas de recursos humanos y de salud laboral;
  - Expectativas frente al sistema de vigilancia epidemiológica.
2. Identificación de puestos, procesos y tipo de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial y evaluación de estos:
  - Con visita a cada empresa y entrevistas a personas clave de las áreas de talento humano, salud y seguridad en el trabajo y producción o servicios, se identifican los trabajadores, áreas y procesos con mayor exposición a los factores de riesgo psicosocial, grupos estos que serán objeto del sistema de vigilancia epidemiológica. La información que se recoge con la actividad anterior retroalimenta el diagnóstico preliminar de necesidades;



- Identificación y valoración de factores de riesgo psicosocial mediante la aplicación del Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial y la Guía de Observación de Puestos de Trabajo (instrumentos que se describen más adelante).
3. Análisis comparativo de valoración de factores psicosociales realizada con el Cuestionario y Guía de observación de puestos de trabajo con el fin de identificar coincidencias y discrepancias. Los resultados de esa confrontación pueden ser:
- Que haya coincidencia en la valoración general, lo cual será un indicador de presencia “confirmada” del factor de riesgo, en cuyo caso se toma la decisión de incluir el factor en los planes de intervención;
  - Que en algunos aspectos no haya coincidencia y por tanto se hace seguimiento y se amplía el análisis para encontrar la explicación mediante consulta de registros, entrevistas y grupos focales, hasta obtener un diagnóstico consolidado de los factores de riesgo psicosocial basado en la triangulación de la información recolectada con las herramientas diagnósticas y así tomar la decisión respecto de la prioridad de intervención.
  - Con la información anterior se toma la decisión de los factores psicosociales que se incluyen en el plan de intervención, los cuales son prioritariamente aquellos que en la valoración resultaron en nivel medio o alto de riesgo.
4. Identificación de los efectos individuales y organizacionales de los factores de riesgo psicosocial a través de:
- Identificación de síntomas de estrés mediante el Cuestionario de Evaluación del Estrés, que contempla síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales. En los casos en que el nivel de estrés que se identifique sea alto, se analizan los resultados de la evaluación individual de factores de riesgo psicosocial correspondiente y se procede a valoración médica con el área de salud y seguridad de la empresa;
  - Identificación de los efectos organizacionales de los factores de riesgo psicosocial tales como ausentismo, accidentalidad, incremento de la rotación, disminución de los indicadores de desempeño, alteraciones en el clima laboral, problemas en la relación obrero patronal. La información recolectada se analiza y se identifican casos (personas o áreas) que se incluyen en el plan de intervención.

5. Identificación y atención de “casos” con patologías relacionadas con el estrés<sup>4</sup> y definición de acciones específicas de intervención.
6. Diseño participativo de estrategias de intervención psicosocial en la organización y en las personas. El enfoque de la intervención es sistémico por cuanto busca impactar diversas variables considerando el efecto de cada acción sobre diversos aspectos psicosociales. En esta fase se definen los objetivos y se establece el plan de trabajo para la intervención en la fuente (organización del trabajo, tarea y medio ambiente) y la intervención en los individuos (desarrollo de estrategias de afrontamiento, formación, incorporación de comportamientos proactivos en salud, apoyo social, alivio de la tensión y mejoramiento de la eficacia personal, entre otras, según sean las problemáticas encontradas).
7. Control y seguimiento de los factores de riesgo psicosocial, de los síntomas de estrés y del desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica, lo que implica el involucramiento de diversas instancias para la presentación de resultados a trabajadores y directivos y el seguimiento de logros mediante indicadores de gestión y el análisis del funcionamiento del sistema de vigilancia, así como los aspectos facilitadores y las barreras para la intervención y para la puesta en marcha del sistema.

Si bien el sistema de vigilancia supuso el desarrollo del modelo de abordaje de los factores psicosociales y la metodología de vigilancia y de análisis de datos, este se probó con el total de trabajadores de las áreas operativas de tres empresas pertenecientes a sectores económicos diferentes: manufactura, servicios y minero energético, en las que reunieron 1 176 trabajadores, previa invitación y consentimiento informado manifestando su decisión de participar.

Para la aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica se utilizó un diseño longitudinal, que permitió hacer seguimiento a la evolución de las tres cohortes de trabajadores en tres momentos diferentes: i) identificación y evaluación inicial de los factores psicosociales (línea de base) y definición e implementación de acciones de intervención en cada cohorte, así como seguimiento de los indicadores del sistema de vigilancia; ii) 18 meses más tarde se hizo una nueva medi-

<sup>4</sup> Se entiende “caso”, para el sistema de vigilancia, como la persona que presenta patología(s) entre la(s) que el estrés ocasionado por factores de riesgo psicosocial se califique, por las instancias pertinentes (en el marco legal vigente), como factor causal principal. Los “casos” se conciben como un efecto final de los factores psicosociales que puede evitarse si se actúa proactivamente a través de la vigilancia epidemiológica. A su vez, los casos pueden tener origen en condiciones de trabajo (en cuyo evento se califican como una enfermedad laboral) o en condiciones extralaborales e individuales (eventos que se califican como de origen común).

ción de la exposición psicosocial y sus efectos, se estimaron los resultados que se compararon con la medición inicial; iii) finalmente, a los tres años de iniciada la investigación, se realizó la última medición y se calcularon los indicadores definidos en el sistema de vigilancia para probar la efectividad de las intervenciones.

Los datos obtenidos en las valoraciones de factores psicosociales se analizaron primeramente mediante pruebas “t de Student”, previa transformación logarítmica de las variables que así lo requirieron para lograr una distribución normal, con el fin de establecer diferencias entre subgrupos de trabajadores al interior de cada organización. Posteriormente, se realizó un análisis discriminante descriptivo, que permitió identificar los cambios de un año a otro, pero conservando la estructura sistémica del modelo de factores de riesgo. Igualmente se analizó el papel de los moderadores en su relación con los resultados del estrés y de los factores psicosociales mediante la estimación de la asociación de éstos con los factores psicosociales y con los resultados de estrés. Finalmente, se calculó la regresión múltiple, paso a paso, para identificar las variables psicosociales que mejor permitieron estimar el resultado del estrés en cada empresa y en el total de la muestra estudiada.

## Instrumentos

En el desarrollo de la investigación se usaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de evaluación de factores de riesgo psicosocial y el Cuestionario de evaluación del estrés diseñado y validado por Villalobos (2005). El primero evalúa la percepción del trabajador acerca de la presencia y la frecuencia de exposición a los diversos factores de riesgo psicosocial provenientes de las condiciones internas de trabajo, así como las extralaborales. La tabla 2 presenta la ficha técnica de los instrumentos de evaluación de los factores psicosociales usados en el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica y así también información detallada sobre la estimación del Alfa de Cronbach y la confiabilidad test-retest (Villalobos, 2005).

Tabla 2. Cuestionarios de factores psicosociales y estrés

Variable	Cuestionario de factores de riesgo psicosocial	Cuestionario de evaluación del estrés
Número de ítems	77 ítems de selección múltiple (siempre, casi siempre, a veces y nunca).	31 ítems de selección múltiple (siempre, casi siempre, a veces y nunca).

(continuación)

<b>Variable</b>	<b>Cuestionario de factores de riesgo psicosocial</b>	<b>Cuestionario de evaluación del estrés</b>
Aplicación	Individual y colectiva mediante autoadministración.	Individual y colectiva mediante autoadministración.
Aspectos que mide	Fuentes y subfuentes de riesgo psicosocial y cada una de ellas variables componentes. El esquema de las fuentes principales es: condiciones internas de trabajo, condiciones individuales y condiciones externas al medio laboral.	Síntomas fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicocemocionales y total de estrés.
Consistencia interna Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach 0.834, significación al 0.001 valor crítico de T= 3.291 (método test-retest). Correlación significativa, con una $p < 0.001$ . Se halló también el Alfa de Cronbach para todas las demás fuentes y en todos los casos fue significativa con una $p < 0.001$ 1 891 sujetos.	Alfa de Cronbach 0.889 significación al 0.001, valor crítico de T= 3.291, Correlación significativa, con una $p < 0.001$ . Se halló el Alfa de Cronbach para todos los demás grupos de síntomas y en todos los casos fue significativa. $n= 1\ 891$ sujetos.
Confiabilidad test re-test	0.877, significativa con una $p < 0.001$	0.,851 significativa al 0.005
Validez de contenido con el método de jueces	22 jueces (médicos y, psicólogos de instituciones diversas públicas y privadas). Total factores de riesgo psicosocial: 0.5537. Significativa al 0.0001.	24 jueces. Total de estrés: 0.576 Significativa al 0.005.
Baremos	2 716 participantes (hombres y mujeres de diferentes actividades económicas y regiones del país) para el cuestionario de factores de riesgo. Baremos por nivel del cargo: directivos, profesionales, administrativos–auxiliares, operativos y población total.	2 199 participantes para el cuestionario de estrés. Baremos por nivel del cargo: directivos, profesionales, administrativos–auxiliares, operativos y población total.
Correlación factores de riesgo y estrés	Correlación de los dos cuestionarios en total de factores de riesgo y total de estrés 0.383, significativa al 1% con 1067 sujetos.	

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

(continuación)

<b>Variable</b>	<b>Cuestionario de factores de riesgo psicosocial</b>	<b>Cuestionario de evaluación del estrés</b>
Sistema de calificación	<p>Puntaje ponderado para cada respuesta (0, 1, 2, 3, ó 0, 2, 4, 6, ó 0, 3, 6, 9). La ponderación se estableció con el método de jueces según la importancia como factor productor de estrés.</p> <p>Los resultados de las respuestas por subfuente se calculan a través de los promedios de puntajes ponderados y el total de cada una de las tres grandes fuentes se calcula con sumatoria de los puntajes de las fuentes (condiciones internas de trabajo, condiciones individuales y condiciones externas).</p>	<p>Puntaje ponderado para cada respuesta (0, 1, 2, 3, ó 0, 2, 4, 6, ó 0, 3, 6, 9). La ponderación se estableció con el método de jueces según la importancia como síntoma asociado a los efectos del estrés.</p> <p>Los resultados de las respuestas por tipo de síntoma se calculan a través de los promedios de puntajes ponderados y el total de estrés se calcula con sumatoria de los puntajes de los grupos de síntomas (fisiológicos, de comportamiento social y laboral, intelectuales y psicoemocionales).</p>

Fuente: elaboración propia.

La Guía de Observación de Puestos de Trabajo, diseñada y validada por Villalobos (2005) para recoger de forma sistemática y objetiva la información relativa al cargo y a los procesos en él implicados, indaga las condiciones de trabajo en lo referente a variables organizacionales, de gestión, de relación interpersonal y los aspectos del ambiente (instalaciones). La tabla 3 presenta la ficha descriptiva del instrumento.

Tabla 3. Guía de Observación de Puestos de Trabajo

<b>Variable</b>	<b>Guía de Observación de Puestos de Trabajo para identificar factores de riesgo psicosocial</b>
Número de ítems de observación	34 ítems de observación
Aplicación	Individual a cada puesto de trabajo
Aspectos que mide	Fuentes de riesgo psicosocial: Condiciones internas de trabajo compuestas por las siguientes subfuentes: condiciones de la organización, condiciones de la tarea, condiciones del medio ambiente de trabajo. Condiciones externas al trabajo específicamente la situación social, económica y política de la localidad.



(continuación)

Variable	Guía de Observación de Puestos de Trabajo para identificar factores de riesgo psicosocial
Confiabilidad test retest	0.849, significativa con una $p < 0.005$ .
Validez de contenido con el método de jueces	24 jueces
Baremos	128 cargos de todos los niveles: directivos, profesionales y técnicos, auxiliares y operativos.
Correlación factores de riesgo y estrés	Correlación de la observación de puestos de trabajo y del cuestionario de factores de riesgo psicosocial respondido por los trabajadores: 0.868, significativo al 0.0001.
Sistema de calificación	<p>Puntaje simple para cada respuesta (0,1, 2, 3). Los resultados de las respuestas por subfuente se calculan a través de sumatoria de puntajes y el total de las condiciones internas de trabajo se calcula con sumatoria de los puntajes de las subfuentes (condiciones del medio ambiente de trabajo, condiciones de la tarea, condiciones relacionadas con la organización). Cuando se evalúan las condiciones sociales, económicas y políticas de la localidad, el total de condiciones externas corresponde al total de la variable anterior.</p> <p>Valoración: 0= Sin exposición; 1= Exposición ocasional o rara e intensidad baja o media o exposición hasta de media jornada con intensidad baja (riesgo bajo); 2= Exposición hasta de media jornada con intensidad media o alta (riesgo medio); 3= Exposición constante (más de media jornada) con intensidad media o alta (riesgo alto). La intensidad se describe como: Exposición de baja intensidad (leve molestia), exposición de media intensidad (molestia moderada, soportable pero fatigante), exposición de alta intensidad (alta molestia, muy fatigante, motivo de queja frecuente).</p>

Fuente: elaboración propia.

## Indicadores de gestión del sistema de vigilancia epidemiológica

El conjunto de indicadores que se utilizó para evaluar el sistema de vigilancia epidemiológica hace referencia al proceso y a los resultados, tanto directos, como indirectos, así:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

*Indicadores básicos de proceso del sistema de vigilancia epidemiológica:*

- Cobertura de diagnóstico
- Cobertura de intervención

*Indicadores directos básicos de resultado de la vigilancia epidemiológica:*

- Proporción de cargos con nivel alto en los factores de riesgo psicosocial
- Proporción de trabajadores con nivel alto en el total de estrés y/o en el total de factores psicosociales
- Frecuencia de “casos” en relación con el total de trabajadores

*Indicadores indirectos básicos de resultado de la vigilancia epidemiológica:*

- Índice de accidentalidad
- Proporción de patologías relacionadas con efectos de estrés
- En todos los casos, el cambio de un periodo con respecto al otro de evaluación se estima a partir del porcentaje de variación del indicador.

## **Resultados**

El objetivo de esta investigación comprendió la aplicación práctica del sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) en tres empresas del país, en las que se desarrolló el proceso de medición, acompañamiento en el diseño e implementación de las medidas de intervención y evaluación de resultados.

Posterior a las fases en las que se obtuvo información de las entrevistas, registros y documentos, identificación de recursos de las empresas e identificación y evaluación de factores de riesgo psicosocial, así como síntomas de estrés, de acuerdo con las etapas del sistema de vigilancia previamente descritas, las principales acciones de intervención de los factores psicosociales en las tres organizaciones se pueden resumir así:

### *Organización 1. Empresa minero-energética*

Las medidas de intervención que pueden destacarse son las siguientes por su importancia y cobertura: Programa participativo de control de la accidentalidad; rediseño de algunos locales y puestos de trabajo para disminuir carga física y mental; reestructuración participativa de la compañía para una mejor distribución de cargas de trabajo; implementación de procesos de gestión del recurso humano (selección, evaluación para ascensos); mejoramiento del sistema de evaluación del desempeño, creación de mecanismos de comunicación sobre situaciones de cambio; mejoramiento de compensaciones en épocas de fuerza mayor (paro de

actividades por problemas de orden público); rediseño del esquema de entrenamiento basado en competencias. Adicionalmente, merece citarse el Programa de higiene postural, ejercicio y acondicionamiento físico integral. Los avances tecnológicos se plasmaron en la automatización del sistema de monitoreo de unidades productivas y en ayudas para seguridad física. En materia de jornadas, se eliminó el turno de diez días de trabajo por cuatro de descanso por haberse comprobado que era el más fatigante luego de un estudio en una muestra de trabajadores del campo.

Quizás la acción de intervención psicosocial individual más importante fue la línea de asistencia al empleado y su familia, atendida por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras y el servicio de orientación a los trabajadores con mayores necesidades de orientación psicosocial.

### *Organización 2. Empresa manufacturera*

Las principales acciones de control se orientaron a la automatización de procesos de alto riesgo en las áreas de producción, el mejoramiento de las condiciones de iluminación y temperatura en laboratorios, áreas de preparación de soluciones y cuartos de control.

Una inversión importante de esfuerzo se centró en el programa de control de la accidentalidad aplicado a todo el personal de las áreas productivas, el cual se apoyó en la participación de los trabajadores y las mejoras de condiciones de trabajo.

Otras acciones implementadas fueron la rotación de oficios, el avance en el desarrollo de habilidades de liderazgo para la jefatura; introducción de procesos de selección para ingreso y ascenso de los trabajadores; planteamiento de matrices de entrenamiento basado en competencias; y creación de nuevos mecanismos para comunicación interna, así como mejoramiento de esquemas de compensación y beneficios.

### *Organización 3. Empresa de servicios*

Las principales acciones implementadas fueron el cambio de la sede de una de las oficinas administrativas hacia un lugar más amplio, mejor ventilado y con rediseño de todos los puestos de trabajo. Remodelación de distintas áreas de la unidad más grande de servicio a los usuarios, aumentando la ventilación y la iluminación. La implementación de un esquema de seguridad industrial para las áreas de servicios internos. Programa integral de ergonomía e implantación de acciones de

seguimiento médico y preventivo para control del ausentismo en el personal de los casinos (preparación y servicio de alimentos). Programa de educación en el uso de video terminales. Programa de trabajo en equipo y habilidades de liderazgo para las unidades con mayor número de trabajadores y redefinición de procesos operativos la unidad de talento humano.

### **Resultados específicos de la aplicación del protocolo de vigilancia epidemiológica**

Las medidas de intervención se diseñaron, seleccionaron y aplicaron siguiendo los criterios contenidos en el protocolo de la vigilancia epidemiológica y el manejo confidencial que se dio a la información permitió que las personas involucradas reconocieran los criterios éticos que se plantearon como parte del sistema mismo. Los criterios éticos a los que se hace referencia son los definidos por la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (2002).

El diseño del sistema de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo psicosocial se soportó en la Epidemiología Social y su eficacia se mostró en las tres organizaciones por cuanto se logró un decremento del índice de frecuencia de accidentalidad, así: en la organización 01 se disminuyó en un 82%, en la organización 02 en un 46% y en la 03 en el 66%. La prevalencia de casos que presentaron patologías con posible asociación a reacciones de estrés (trastornos ansiosos y depresivos, enfermedades cardiovasculares y digestivas relacionadas con la respuesta de estrés psicosocial) disminuyó en las organizaciones 02 y 03, en un 80% y un 63% respectivamente, en tanto que en la organización 01 creció en un 12,5%, por causa de un evento de violencia social que afectó a un grupo de trabajadores. Cabe aclarar, que no se calificó “caso” alguno de patología ocupacional derivada del estrés. En este sentido cabe precisar que en Colombia se distinguen las patologías relacionadas causalmente con el estrés ligado al trabajo (patología ocupacional) de las patologías relacionadas con el estrés de origen extralaboral (patologías comunes), sin embargo, en el sistema de vigilancia epidemiológica se vigilaron tanto las enfermedades de origen ocupacional como de origen común.

El análisis comparativo de mediciones para establecer si existen diferencias significativas en la primera evaluación de factores de riesgo psicosocial comparada con la última (después de la intervención) que se efectuó mediante análisis discriminante mostró cambios en las variables, que se detallan en la tabla 4.

Tabla 4. Diferencias estadísticas entre el antes y después en las diferentes organizaciones

	Fuentes de riesgo psicosocial	F	Significativa*
Organización 1. Empresa del sector minero-energético	Ruido	9.127	0.00*
	Temperatura	3.253	0.07
	Vibración y balanceo	8.795	0.00*
	Iluminación	0.644	0.42
	Diseño del puesto de trabajo	0.180	0.67
	Carga mental	142.508	0.00*
	Apremio de tiempo	3.623	0.06
	Atención y concentración	5.527	0.02*
	Complejidad-rapidez	147.693	0.00*
	Variedad	81.553	0.00*
	Conocimiento de la tarea	7.982	0.01*
	Nivel de calificación exigido por el cargo	0.391	0.53
	Estilo de liderazgo	5.229	0.02*
	Manejo del cambio en la organización	2.769	0.10
	Sistemas de evaluación del desempeño	0.809	0.37
	Planes de promoción y desarrollo	48.934	0.00*
	Planes de Capacitación	24.306	0.00*
	Posibilidades de participación y estructura organizacional	0.245	0.62
	Cohesión en el grupo	35.740	0.00*
	Organización 2. Empresa manufacturera	Relaciones grupales y personales	9.027
Iniciativa y autonomía		7.279	0.01*
Ritmo de trabajo		21.916	0.00*
Jornada y horario de trabajo		1.746	0.19
Comunicación		4.041	0.05*
Situación económica y educativa del grupo familiar		10.707	0.00*
Efecto del trabajo en el medio social y familiar		45.424	0.00*
Situación política, económica y social de la localidad y del país		2.776	0.10
Gestión		2.97	0.08
Características de la organización		2.43	0.11
Grupo social		13.10	0.00*
Condiciones de la organización		6.47	0.01*
Contenido de la tarea		10.31	0.00*
Carga mental		9.86	0.00*
Condiciones de la tarea		14.66	0.00*
Condiciones del medio ambiente		0.026	0.87
Total condiciones internas de trabajo		0.014	0.90
Total condiciones individuales		2.46	0.11
Moderadores Afectivo/Cognoscitivo	0.66	0.41	
Moderadores demográficos	4.42	0.03*	
Total de moderadores	3.96	0.04*	
Situación económica y educativa del grupo familiar	2.29	0.13	
Efecto del trabajo en el medio social y familiar	0.005	0.93	
Total condiciones externas de trabajo	0.69	0.40	
Total factores de riesgo psicosocial	3.18	0.85	



(continuación)

Fuentes de riesgo psicosocial		F	Significativa*
Organización 3. Empresa de servicios	Gestión	1.87	0.17
	Características de la organización	0.81	0.36
	Grupo social	4.49	0.03*
	Condiciones de la organización	1.76	0.18
	Contenido de la tarea	7.19	0.00*
	Carga mental	12.84	0.00*
	Condiciones de la tarea	175.94	0.00*
	Condiciones del medio ambiente	2.59	0.10
	Total condiciones internas de trabajo	18.66	0.00*
	Total condiciones individuales	9.67	0.00*
	Moderadores Afectivo/Cognoscitivo	4.80	0.02*
	Moderadores demográficos	1.62	0.20
	Total de moderadores	0.79	0.37
	Situación económica y educativa del grupo familiar	0.005	0.94
	Efecto del trabajo en el medio social y familiar	0.10	0.75
	Total condiciones externas de trabajo	0.07	0.78
	Total factores de riesgo psicosocial	17.24	0.00*

Nota: resultados análisis discriminante de la valoración de factores psicosociales evaluados mediante cuestionarios a trabajadores. Comparación de la medición inicial y la medición final luego de la intervención.

Fuente: elaboración propia.

Otros indicadores de resultado del sistema de vigilancia epidemiológica mostraron resultados importantes después de la intervención (tabla 5):

Tabla 5. Resultados obtenidos con el programa de vigilancia epidemiológica

Organización 1	
Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo según cargos	Los resultados del análisis de factores psicosociales por cargo mostraron que, de los factores de riesgo de nivel alto, 29% se mantiene en el mismo nivel, pero una proporción igual de factores (29%) disminuyó en su exposición a este nivel. De otra parte, la proporción de factores de riesgo psicosocial de nivel medio disminuyó 26%. En la proporción de factores de riesgo de nivel medio, según observación de cargos, se notó un incremento de 24%, lo cual se produjo principalmente en la carga mental, el nivel de responsabilidad, el ritmo y la jornada de trabajo que respondieron en buena medida a los efectos de la reestructuración.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

(continuación)

### Organización 1

Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo, según número de expuestos	Los resultados generales mostraron que, considerando el número de personas expuestas, 47% de los factores de riesgo de nivel alto se mantuvo en el mismo nivel, en tanto que 32% disminuyó su exposición a este nivel.
Incapacidades asociadas a enfermedades ligadas con los factores psicosociales	La frecuencia de incapacidades con posible asociación a reacciones de estrés durante el segundo seguimiento fue de 13.44% y durante el tercer seguimiento fue de 5.50%, lo que significa una disminución de 59%. Cabe precisar que no se hallaron datos correspondientes a periodos anteriores.

### Organización 2

Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo según cargos	<p>Al establecer la comparación en la exposición a cada factor de riesgo en particular, entre la primera y la última medición de factores psicosociales, se encontró que del total de factores de riesgo que se incrementaron al cierre del seguimiento, 56% de ellos ocurrió en el nivel alto, principalmente en las condiciones del medio ambiente de trabajo, lo cual estuvo ligado a la reestructuración de una sección del área de producción en la que se incrementó la problemáticas de la temperatura, la falta de ventilación, la cantidad de material particulado y la exposición a accidentes.</p> <p>Otros incrementos importantes se dieron en aspectos de carga mental por atención y concentración sobre algunas fases del proceso, unido al ritmo de trabajo.</p> <p>Los aspectos principales que mostraron disminución en el nivel de riesgo alto y medio (17% y 47%, respectivamente) fueron la mejoría en el uso de la protección auditiva para aislarse del ruido, la reorganización en las áreas de manejo de químicos, disminución de carga física por mecanización de actividades de manejo de producto terminado. De todas las mejoras, la más importante fue la automatización de procesos que redujo la movilización de las personas por áreas de riesgo y la fatiga asociada</p>
---	---

(continuación)

### Organización 2

Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo, según número de expuestos	Los resultados generales mostraron que 11% de los factores de riesgo de nivel alto (considerando el número de personas expuestas) se mantuvo en el mismo nivel, mientras que 50% disminuyó en su exposición a este nivel.
Incapacidades asociadas a enfermedades ligadas con los factores psicosociales	Los días de incapacidad causados por las patologías o síntomas supuestamente asociados con reacciones de estrés equivalieron a 3.4% de los días del año en que se estableció la línea de base, y a 0.21% de los días de ausencia del último seguimiento, lo que se tradujo en una disminución de 94% en el número de días de incapacidad. Los datos anteriores mostraron un impacto importante en materia de disminución de las ausencias del personal por causas ligadas a reacciones de estrés.

### Organización 3

Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo según cargos	Comparando la proporción de cargos que puntuaron alto en el total de condiciones internas de trabajo, se encontró una disminución al cierre del seguimiento con respecto a la línea basal de 7.4% en el nivel alto (54% a 50%), La explicación de la disminución observada en el nivel alto es el cambio de sede de una de las dependencias administrativas.
Proporción de factores psicosociales por nivel de riesgo, según número de expuestos	Las mayores reducciones en la proporción de personas que calificaron los factores de riesgo en nivel alto y medio ocurrieron en aspectos relativos al contenido de la tarea, carga mental y física y. por ende. en el total de condiciones de la tarea.
Incapacidades asociadas a enfermedades ligadas con los factores psicosociales	Las patologías presuntamente asociadas a reacciones de estrés representaron 3% de los días de ausencia correspondientes a la medición de cierre de la intervención. La carencia de datos en la medición de la línea de base impidió la comparación.

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, el análisis de regresión múltiple permitió explicar el estrés del total de trabajadores estudiados, en las siguientes variables: situación económica y educativa del grupo familiar, la interferencia del trabajo en la vida familiar, las condiciones de la organización del trabajo y las del medio ambiente de trabajo ( $R^2 = 0,28$ ,  $p = 0,00$ ). El análisis de moderadores mostró los siguientes resultados:

ESTADO DE MORELOS

## Organización 1

Los moderadores solo mostraron su asociación con el total de factores de riesgo ( $r = 0.31$ ,  $p = 0.01$ ) y con el estrés ( $r = 0.40$ ,  $p = 0.01$ ), cuando aquellos están en nivel medio. Considerando la proporción de casos con alto nivel de moderadores (factores predisponentes), se halló que 10% tenía también alto estrés y 80% nivel medio de estrés. A su vez, 30% de las personas con alto nivel de moderadores también tuvo alto nivel de riesgo psicosocial y el 70% restante se situó en nivel medio de riesgo psicosocial. De lo anterior se concluye que quienes presentan nivel alto de moderadores tienden a presentar niveles altos y medios de estrés y de factores de riesgo psicosocial.

## Organización 2

35% de los casos con alto nivel de moderadores (factores predisponentes) puntuó en alto nivel de riesgo los factores psicosociales y el 65% restante los reportó en nivel medio; similar proporción se observó con respecto a la valoración del estrés. Por otra parte, en los casos en que se halló en alto nivel en los moderadores (factores predisponentes), la asociación entre factores psicosociales y estrés fue superior ( $r = 0.60$ ,  $p = 0.01$ ), a la observada en las demás personas de la muestra. Este hallazgo reitera el papel de los moderadores en la percepción de los factores psicosociales.

## Organización 3

La presencia de moderadores en nivel alto (predisponentes) incrementa la correlación entre las condiciones externas al trabajo y el total de factores de riesgo psicosocial ( $r = 0.63$ ,  $p = 0.01$ ). Por otra parte, 40% de las personas con moderadores en nivel alto presentó también estrés en nivel alto y 54% de quienes tuvieron también moderadores altos se situó en nivel medio de estrés, denotando de esta forma el impacto de los moderadores en la reacción ante los factores de riesgo psicosocial.

La información recogida de parte de la totalidad de los trabajadores estudiados permitió constatar la funcionalidad del modelo dinámico de factores psicosociales en relación con el estrés, tanto desde el análisis cualitativo de la información, como desde los hallazgos del análisis de regresión múltiple, paso a paso, que señalan en su orden: las condiciones del individuo, las externas y finalmente, las del trabajo, como fuentes explicativas de la respuesta de estrés ( $R\text{-Square} = 0.26$ ,  $p =$

0.00). Por otra parte, la aplicación de la misma metodología estadística para comprender el comportamiento de las subfuentes de riesgo (como se describieron en el modelo dinámico) arrojó datos que confirman la importancia de las condiciones individuales y dan cabida a la presencia de los factores moderadores (condiciones individuales que moderan la percepción de los factores psicosociales y las reacciones ante ello), los cuales ejercen su efecto al influir sobre la percepción de los factores de riesgo y sobre las reacciones de estrés. Los datos desglosados de las tres cohortes permiten confirmar empíricamente la afirmación anterior:

- Los resultados del análisis de regresión múltiple al cierre del seguimiento de los trabajadores de la organización 1 mostraron que las tres variables que mejor explicaron el resultado del estrés fueron las condiciones individuales, los moderadores y la alteración que causa el trabajo en el medio social y familiar y (R-Square 0.39,  $p = 0.00$ ), resultado consistente con los diagnósticos efectuados en las dos mediciones anteriores.
- Respecto a la organización 2, las variables que mejor explicaron el resultado de síntomas de estrés fueron las condiciones de la organización, las condiciones individuales, la alteración que causa el trabajo en el medio social y familiar, condiciones del medio ambiente de trabajo y los moderadores (R-Square 0.37,  $p = 0.00$ ), resultados éstos también consistentes con los hallazgos de las dos primeras evaluaciones.
- Los resultados de la regresión múltiple calculada en la tercera medición para la organización 3 mostraron que el efecto del estrés se explicó por las condiciones individuales, las condiciones del medio ambiente de trabajo, los moderadores y las condiciones de la tarea, así como por la situación económica y educativa del grupo familiar (R-Square 0.22,  $p = 0.00$ ).

El cálculo de la relación del costo y el beneficio económico de las medidas de intervención que se realizaron en las empresas es un aspecto que no se alcanzó a estimar suficientemente y que requiere ser afinado como parte del mejoramiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

## Discusión y conclusiones

Un logro importante de esta investigación fue haber diseñado una forma de acercamiento de la epidemiología social con las necesidades propias de la prevención y el control de la enfermedad clásicamente abordada por la epidemiología tradicional. Este acercamiento significó el reto de generar un modelo de aproximación a los factores psicosociales que conciliara las necesidades y expectativas de las



áreas de salud y seguridad en el trabajo y producción, con los paradigmas propios de la vigilancia epidemiológica y la visión de la psicología aplicada al trabajo; el resultado es, entonces, la concreción de un diálogo interdisciplinar, expresado en lenguaje comprensible para quienes utilizan las herramientas diseñadas como parte del sistema de vigilancia epidemiológica.

Las relaciones halladas entre los factores psicosociales, especialmente los asociados con el trabajo, las reacciones de estrés y los efectos en accidentalidad, ausentismo y morbilidad, reflejan lo señalado en el marco conceptual de esta investigación y muestran acierto en la metodología de evaluación y en las decisiones que se derivaron de los diagnósticos previos a la implantación de medidas de intervención. Cabe precisar, sin embargo, que los hallazgos reafirman la concepción multifactorial de los efectos y plantean el reto investigativo de completar el cuadro de factores causales.

Reafirma esta conclusión el hallazgo de factores predisponentes (moderadores en nivel alto), en mayor proporción en las personas con niveles altos y medios de estrés y de factores psicosociales, lo cual refleja lo planteado en el modelo dinámico que da soporte al SVE y lo señalado por Matteson e Ivancevich (1987).

El enfoque de la vigilancia epidemiológica que se dio en el sistema propuesto reitera el planteamiento de Restrepo (2002) y Koh y Aw (2003), sobre la importancia de vigilar e intervenir el factor de riesgo, lo cual marca diferencias en cuanto al peso de la prevención. Asimismo, los resultados observados en la disminución de la prevalencia de patologías asociadas al estrés y su consecuente ausentismo en el trabajo permiten comprobar que la prevención bajo un abordaje sistémico resulta favorable por cuanto permite reducir los costos de lo que Niño (2000) denomina un modelo de atención asistencial y curativo, centrado en factores de predisposición y en un abordaje psicológico individual. Los indicadores que plantea el sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) para evaluar la efectividad de las acciones de intervención, responden a lo señalado por Levi (2002), por cuanto incluyen los cambios en la exposición al factor de riesgo, las reacciones al estrés, la incidencia y prevalencia de la enfermedad, la accidentalidad, los indicadores de bienestar y de productividad. Sin embargo, se aprecia la necesidad de afinar el sistema de información para documentar los costos y los beneficios económicos del SVE.

Un área de oportunidad del SVE deriva de la necesidad continua de transformar la complejidad que implica el seguimiento del factor de riesgo psicosocial y los efectos que resultan de la vigilancia epidemiológica, con la practicidad que exige la cotidianidad de las empresas. Este aprendizaje fue necesario hacerlo cada vez que se tenía el acercamiento práctico entre el “ideal esperado” del SVE y las posibilidades reales de las organizaciones; particular muestra de esta afirmación hace

referencia al manejo del sistema de información y a los indicadores de evaluación del SVE. Esta adaptabilidad que se requiere lograr del SVE permitirá integrarlo a los procesos productivos de las empresas.

Las acciones de intervención emprendidas para controlar los factores de riesgo se pueden asimilar a un estudio de intervención comunitaria, en el que esta tenga lugar en un grupo y no en un individuo. Las comparaciones antes-después se realizaron dentro de la cohorte expuesta y, en tal sentido, el grupo intervenido sirvió de control para sí mismo, por lo que los resultados que se muestran en cada una de las empresas reflejan no solo el efecto de las medidas de intervención que se ejecutaron, sino también el influjo de otras situaciones que se reportaron en cada análisis en el que se identificaron transiciones o nuevas necesidades que facilitaron o dificultaron las intervenciones en cada organización.

El trabajo de campo realizado durante la prueba del SVE permite concluir que con bastante frecuencia las organizaciones intervienen los factores psicosociales cuando ellos representan causa de efectos negativos, desconociendo la importancia de la prevención y de su vigilancia antes de la generación de efectos no deseados. Las explicaciones a esta situación pueden ser dos: por una parte, si bien se habla en el lenguaje cotidiano del estrés y sus efectos, no siempre el empresario toma conciencia de los efectos reales del trabajo en las respuestas de estrés y de estas en los daños a la salud de los trabajadores. En segundo lugar, al interior de las organizaciones tampoco se ha valorado suficientemente la importancia de mantener y reforzar las condiciones psicosociales que actúan como mecanismos protectores del bienestar y la productividad de las personas. En tal sentido, se plantea una reflexión a la vigilancia epidemiológica tradicional, centrada en la prevención de la enfermedad y sus determinantes, lo que conduce a desestimar la importancia de las condiciones generadoras de salud, como auténtica forma de intervención.

Las intervenciones que con más frecuencia se encuentran en las organizaciones colombianas se centran en procesos de capacitación, muchos de ellos con técnicas vivenciales, útiles sin duda, pero cortos a veces en su alcance, por cuanto no siempre logran gestar procesos de transformación estructural. Llegar a este nivel es un reto, supone la persistencia del salubrista ocupacional y una orientación profunda en los directivos de las empresas y en las autoridades de vigilancia y control.

Un primer reto que aún queda por responder con futuros desarrollos de esta investigación se centra en el diseño de estrategias que permitan incursionar con la visión de la vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales en contextos organizacionales que aún no comprenden la dimensión del influjo de las condiciones de trabajo y de vida en la salud, el bienestar y la productividad de sus trabajadores.

Una segunda pregunta que queda por responder con nuevos estudios es: ¿Cómo desarrollar en los profesionales de la salud laboral y en los directivos empresariales las habilidades para articular el conocimiento de la realidad psicosocial del trabajador, con otras acciones de control de riesgos del trabajo y de prevención y promoción de la salud? La respuesta significaría el desarrollo del paradigma sistémico y multidisciplinario de la salud y la productividad.

Un derrotero para el sistema de vigilancia epidemiológica de factores psicosociales es su adaptación a otros contextos diferentes del ocupacional. Ello significaría poderlo usar como estrategia de prevención e intervención de las condiciones psicosociales en la población general. Ese avance sin duda trascenderá hacia un contexto de salud pública, tan necesario en nuestros países, en los que la inequidad, la pobreza y, especialmente, la violencia tienen un peso significativo como freno para el progreso y como factores asociados a las enfermedades físicas, psicológicas y sociales.

Culminada esta etapa de investigación, la prospectiva plantea requerimientos adicionales para el profesional de la salud que estudia e interviene los factores psicosociales; ellos son: la rehabilitación psicosocial del trabajador afectado por los efectos del estrés; la educación de las nuevas generaciones en hábitos de cuidado de su salud mental y, no menos importante, la exploración acerca de acciones eficaces para promover la salud mental como componente de la salud mirada integralmente, así como para favorecer la reintegración al trabajo de personas con dificultades y trastornos mentales.

Una aproximación crítica a la vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales permite concluir que la misma será eficaz si se centra en el control de los factores de riesgo y la visibilización de condiciones psicosociales protectoras por encima de la vigilancia exclusiva de los efectos adversos en salud. Asimismo, se requiere favorecer el análisis del contexto como estrategia para identificar caminos certeros de intervención sin limitarse al uso de instrumentos de medición como único método; en consecuencia, la aproximación psicosocial es por naturaleza holística y no se limita a los aspectos del trabajo. La transformación de condiciones psicosociales no es más eficaz por el grado de “activismo” que presente, sino por la focalización de esfuerzos cuyos resultados se evalúen con indicadores de impacto. La intervención diseñada de forma participativa amplía las posibilidades de utilidad y éxito porque se adecúa a necesidades reales que surgen de un análisis crítico del contexto, por tanto, las acciones “psicologizantes” se tienden a sustituir por otras de carácter multidisciplinario e integrador con fuertes raíces en la transformación de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, que para nuestro caso privilegia la transformación de las condiciones de trabajo (Villalobos, 2005).

Si bien las problemáticas psicosociales derivadas del trabajo son similares tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, se requieren distintas estrategias para afrontarlos (OIT, 2018), en particular por la necesidad de apropiar culturalmente los mecanismos de solución los cuales difieren en relación con las condiciones sociales, económicas, políticas, educativas, poblacionales, e incluso con la situación de seguridad propia de cada región alrededor del mundo, de allí un reto de particular significancia para los países de Latinoamérica, que exigirá además hacer sinergias y esfuerzos consistentes.

## Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, C. L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), pp. 69-79.
- ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS (2015). Resolución 70/1 celebrada el 21 de octubre de 2015. Recuperado de [https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1\\_es.pdf](https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)
- BELLOCH, A., Sandin, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología* (vol. 2). Madrid: McGraw Hill.
- BENAVIDES, F. G., López-Ruiz, M., Rojas, M., Silva-Peña Herrera, M., Chavarría, J., Cornelio, C., Merino-Salazar, P. (2018). *Brechas de desigualdad en la salud de la población trabajadora en América Latina y el Caribe* (1ª ed.). Costa Rica: SALTRA/IRET-UNA.
- BENAVIDES, F. G., Merino-Salazar, P., Cornelio, C., Assunção, A. A., Agudelo-Suárez, A. A., Amable, M., ... y Berhó, F. (2016). Cuestionario básico y criterios metodológicos para las encuestas sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(9). DOI: /10.1590/0102-311x00210715
- BERSIN, J., Geller, J., Wakefield, N. y Walsh, B. (2016). *Global Human Capital Trends. The New Organization: Different by Design*. Deloitte University Press.
- BETANCOURT, B. (1984). Decreto 614 de 1984. Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de salud ocupacional en el país.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [Cepal] (2016). *Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: La Comisión.
- COMISIÓN INTERNACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL (2002). *Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Actualización 2002*. Recuperado de [https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/doc\\_ergo\\_higiene/codigo\\_int\\_etica\\_salud\\_ocup.pdf](https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/doc_ergo_higiene/codigo_int_etica_salud_ocup.pdf)
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2013). Ley Núm. 1616 por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. República de Colombia, Gobierno Nacional.
- GILBERT-OUMET, M., Baril-Gingras, G., Cantin, V., Leroux, I., Vézina, M., Trudel, L. ... y Brisson, C. (2015). Changes implemented during a workplace psychosocial intervention and their consistency with intervention priorities. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(3), pp. 251-261.
- GLASS, T. A. (2000). Psychosocial intervention. En Berkman, L. F. y Kawachi I. (eds.), *Social Epidemiology*. Nueva York: OUP, pp. 267-305.



- GUTIÉRREZ, R. y Ostermann, F. (1999). *The SWS International Survey of Work Stress and mental health*. Proceedings of "Work, Stress and Health 99 Organization of Work in a Global Economy". Baltimore: APA, NIOSH.
- HAMMER, L. B., Truxillo, D. M., Bodner, T., Rineer, J., Pytlovany, A. C. y Richman, A. (2015). Effects of a workplace intervention targeting psychosocial risk factors on safety and health outcomes. *BioMed Research International*. 2015, pp. 1-12. DOI: 10.1155/2015/836967
- IVANCEVICH, H. M. y Matteson, M. (1989). *Estrés y trabajo una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- KOH, D. y Aw, T. C. (2003). Surveillance in occupational health. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(9), pp. 705-710.
- LEVI, L. (2002). The European Commission's guidance on work-related stress: From words to action. *TUTB Newsletter*, 19(20), pp. 12-17.
- LUGO, L. H., García, H. I. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), pp. 37-50.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2008). *Resolución 2646 por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional*. Bogotá: El Ministerio.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL y PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA (2004). *Protocolo para la determinación de origen de las enfermedades derivadas del estrés*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- MINISTERIO DE TRABAJO y Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). II Encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL y MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA (1989). *Resolución Conjunta 1016 de 1989 por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país*. Bogotá: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016a). *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016b). *Prácticas de trabajo saludable. Protocolo de intervención de factores psicosociales en entidades de la administración pública*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016c). *Cultura de vida y trabajo saludables. Protocolo de intervención de factores psicosociales en instituciones nacionales del sector defensa*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016d). *Acoso laboral. Protocolo de prevención y actuación*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016e). *Depresión - Protocolo de prevención y actuación en el entorno laboral*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.



- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016f). *Gestión de demandas en el trabajo protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016g). *Gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral. Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores del sector transporte*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016h). *Gestión del liderazgo y las demandas mentales en el trabajo. Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores del sector financiero*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016i). *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016j). *Reacción a estrés agudo - protocolo de prevención y actuación en el entorno laboral*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016k). *Síndrome de agotamiento laboral (burnout). Protocolo de prevención y actuación*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016l). *Situaciones de duelo. Protocolo de actuación en el entorno laboral*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016m). *Trastorno de estrés postraumático. Protocolo de actuación temprana y manejo de casos en el entorno laboral*. Bogotá, Colombia: El Ministerio.
- MINISTERIO DE TRABAJO, Villalobos, G., Vargas, A. L. G., Ortiz, A., Torres, C., Montalvo, M. C. ... y Monsalve, J. (2016n). *Prácticas de trabajo saludable para educadores. Protocolo de intervención de factores psicosociales en el sector educativo*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Trabajo, Colombia: El Ministerio.
- MORI, M. D. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14(14), pp. 81-90.
- NIÑO ESCALANTE, J. (2000). Factores, indicadores y marcadores de riesgo en prevención laboral, en *Mapfre Seguridad* (vol. 20, núm. 77), pp. 31-45. España. Fundación Mapfre.
- NOGUER, I., Alonso, J. P., Arteagoitia, J. M., Astray, J., Cano, R., Pedro, J. D. ... y Núñez, D. (2017). Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable. *Gac Sanit* 31(4), pp. 283-285. DOI: /10.1016/j.gaceta.2016.11.002
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO [OIT] (2018). *Panorama Laboral 2018. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.

- RESTREPO, H. (2002). *Vigilancia Epidemiológica Ocupacional - Realidades, frustraciones y perspectivas en Colombia*. Medellín: Grupo de Investigación en Salud Ocupacional, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- RODRÍGUEZ, G. J., Espinosa, R. M. T. y Ramírez C. (eds.) (2007). *Problemática de la higiene ocupacional y ambiental. Memorias del Tercer Encuentro nacional de Posgrados y el Primer Encuentro Internacional de Educación y Entrenamiento en Salud Ocupacional*. Cartagena de Indias: Universidad El Bosque y Universidad de Cartagena.
- ROMÁN, J. (1997). *Métodos cualitativos en la identificación de riesgos psicosociales laborales: los grupos focales*. Documento presentado en la Jornada de Factores Psicosociales. Bogotá: Universidad Javeriana.
- STACEY, N., Ellwood, P., Bradbrook S., Reynolds J. y Williams H. (2017). *Key trends and drivers of change in information and communication technologies and work location*. Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.
- TEUTSCH, S. M., y Thacker, S. B. (1995). Planning a public health surveillance system. *Epidemiological Bulletin Pan American Organization*, 16(1).
- VEGA, M. S. (2012). *Notas técnicas de prevención 945 Intervención psicosocial en prevención de riesgos laborales: Principios comunes (II)*. Madrid: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.
- VILLALOBOS, G. (2005). *Diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo* (tesis de doctorado). Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- VILLALOBOS, G., Rondón, M., Escobar, J., Jiménez, M. y Vargas, A. (2010). *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- VILLALOBOS, G. H., Vargas, A. M., Rondón, M. A. y Felknor, S. A. (2013a). Design of psychosocial factors questionnaires: A systematic measurement approach. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(1), pp. 100-110.
- WAGNER, S. L., Koehn, C., White, M. I., Harder, H. G., Schultz, I. Z., Williams-Whitt, K. ... y Hsu, V. (2016). Mental health interventions in the workplace and work outcomes: A best-evidence synthesis of systematic reviews. *Int J Occup Environ Med (The IJOEM)*, 7(1 January), pp. 607-611.
- WARE Jr, J. E. y Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), pp. 903-912.



## Epílogo: cuando el camino iniciado señala un camino más largo

**Arturo Juárez García<sup>1</sup> y César Merino Soto<sup>1-2</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

<sup>2</sup>Universidad de San Martín de Porres, Perú

El propósito del presente libro fue presentar reflexiones y trabajos de intervención provenientes de varios países latinoamericanos y podemos decir que esta meta sigue la ruta trazada por un “llamado a la acción”, tal como se ha proclamado en alguna parte de la literatura internacional sobre factores psicosociales del trabajo (Goetzel *et al.*, 2018; Jha *et al.*, 2019; Maslach, 2015; Shanafelt, 2011). Este llamado implica acciones de vinculación entre la información científica de herramientas adecuadas para la evaluación de factores psicosociales del trabajo (FPS) y los hallazgos sobre la asociación entre FPS y sus efectos en la salud física y mental. Esta vinculación también converge plenamente con los paradigmas basados en la evidencia (medicina, psicología o gerencia basada en la evidencia), mismos que inspiraron indiscutiblemente el marco para el desarrollo de esta obra.

La presente nos permite inferir por lo menos tres lecciones importantes. La primera es el matrimonio entre la ciencia y la práctica de la intervención. En esta lógica y como un esfuerzo particular, el presente libro permitió documentar algunas experiencias de intervención que representaron un intento por balancear la amplia experiencia práctica y aplicada de algunos autores, y el rigor científico de otros. La confluencia entre ambos dejó entrever dos cosas: primera, la necesidad de fortalecer un puente para que los gerentes y consultores puedan concientizarse y adoptar con mayor diligencia principios de la investigación científica en su práctica y, segunda, la inmersión que los científicos necesitan en la dinámica de los problemas cotidianos y aplicados en las organizaciones. En todo caso, queda como lección que los mejores proyectos de intervención requieren de la comunicación y sinergia entre ciencia y práctica, entre la metodología y decisiones administrativas, así como la adopción de enfoques inter o transdisciplinares.

La segunda lección relevante es que el rigor científico aplicado a las intervenciones no debe observarse como una dicotomía estática, que califica definitivamente la utilidad de una intervención. Este tipo de dicotomías (es decir, riguroso vs. no riguroso, útil vs. no útil) puede ser una conveniencia para un registro estandarizado y no

necesariamente representa bien la variabilidad aplicada en las intervenciones. Por el contrario, el rigor siempre estará presente en alguna magnitud y formará parte de un proceso con diversos entramados que históricamente develarán o no recomendaciones para su uso en protocolos de intervención bien definidos. El libro mostró algunas experiencias sin sofisticados diseños experimentales o estadísticos complejos, pero que, por sus significancias clínicas o prácticas, fueron muy relevantes en su contexto y servirán como testimonios de base para intervenciones futuras. En alguno de los capítulos se adoptó un enfoque *clínicométrico* escasamente utilizado en intervenciones de FPS, el cual permitió observar cambios en niveles individuales (que habitualmente están enmascarados en análisis de las diferencias de medias) y ofrecer panoramas detallados más allá de las significancias estadísticas clásicas entre los grupos. Aun en el caso de algunos capítulos que procuraron diseños más controlados, científicamente hablando, lejos están de haber tenido bajo control todos los sesgos posibles y se desconoce el tiempo en que pudieron haberse mantenido sus cambios; sin embargo, se suman también al entramado histórico que va confirmando su utilidad.

La tercera lección se refiere a la necesaria vinculación entre intervenciones orientadas al individuo y a la organización. Aunque el libro clasificó las intervenciones en individuales y grupales-organizacionales, en concordancia con clasificaciones internacionalmente aceptadas (e.g., Hassard y Cox, 2011), se reconoce que las acciones enfocadas al cambio combinado en los individuos y en la organización son partes del binomio necesario para obtener mejores resultados de intervención (Colautti, Naveros y Cappannari, 2018). Esto ha sido resaltado hace varios años, en una revisión sistemática clásica en la literatura, donde se encontró que las intervenciones individuales impactaron más en variables subjetivas (satisfacción, bienestar, etc.) y prácticamente nada en indicadores organizacionales (ausentismo, incapacidades, etc.), mientras que las intervenciones de cambio organizacional mejoraron en mucho indicadores organizacionales y poco las variables subjetivas, siendo la aproximación ideal la combinación de intervenciones organizacionales e individuales, que elevaron ambos indicadores a niveles importantes (LaMontagne *et al.*, 2007). La ausencia de intervenciones integrales y simultáneas con enfoque en cambios organizacionales y el individuo en esta obra deja en claro los retos futuros que aún se vislumbran, tanto en la práctica como en la investigación.

En Latinoamérica, en particular, el enfoque de cambios a nivel organizacional sigue siendo el mayor desafío, dada la cultura de directivos y tomadores de decisiones (Hernández, Gallarzo y Espinoza, 2011); sin embargo, también existen algunas recomendaciones que pueden ser útiles para sobreponerse a sus obstáculos (e.g., LaMontagne, Noblet y Landsbergis, 2012; Leka *et al.*, 2011) y que pueden también observarse en el primer capítulo de este libro. Sigue también pendiente el estudio de dinámicas de intervención en organizaciones no típicas, de econo-



mía solidaria o en trabajos informales, donde las estructuras parecen ser más de una lógica comunitaria y donde parecen ser más idóneas estrategias de intervención-acción-participativas, como se mostró en el capítulo 16.

En cualquier caso, los trabajos presentados pueden representar las prácticas de intervención substanciales y “tienen sentido” en sus contextos sociales de implementación, considerando que estas se encuentran influenciadas por el horizonte teórico-metodológico de los profesionales que dirigieron la intervención (es decir, la teoría y los métodos conocidos, comprendidos y utilizados por el autor para darle un marco que tenga sentido durante la planificación, decisión y ejecución de su propuesta de intervención), así como de las regulaciones normativas existentes, los protocolos de “buenas prácticas” disponibles y las oportunidades presentadas para ejecutarse en las empresas –objetivo. Por lo tanto, el rango de enfoques y diseños aplicados requieren ser valorados de acuerdo con su interacción en cada aspecto del contexto del trabajo y la orientación predominante del profesional.

Derivado de las implementaciones metodológicas de las intervenciones presentadas a lo largo del libro y lo previamente discutido, podemos resaltar algunas conclusiones más importantes:

1. Tanto la participación entusiasta de trabajadores como la asistencia comprometida del personal directivo parecen contribuir sustancialmente a la factibilidad de las intervenciones durante su implementación;
2. Las estrategias de intervención con mayor promesa y alcance en los beneficios esperados serán las que contemplen simultáneamente medidas de cambio organizacional (y grupal) e individual;
3. Las medidas del efecto de los cambios consisten en un amplio rango de variables y estrategias de evaluación, que deberán abarcar indicadores individuales y organizacionales, indicadores negativos, pero también positivos, y deberán ser planeados estratégicamente;
4. El seguimiento de los cambios posteriores a la finalización de las intervenciones es uno de los principales retos para probar la sostenibilidad de los efectos;
5. Un enfoque *clínicométrico* basado en cambios clínicos y prácticos particulares aún no es completamente aprovechado en el marco de los FPS del trabajo;
6. La comprensión de los criterios de calidad de las intervenciones debe ser establecida y expandida en la comunidad de académicos y profesionales, con visiones inter y transdisciplinarias, donde se combine la ciencia y la práctica, que deben ser fortalecidas mediante el entrenamiento continuo;
7. El trabajo informal, los colectivos solidarios y otras formas de organización del trabajo no tradicionales representan el campo más fértil para la

investigación e implementación de intervenciones psicosociales y uno de los retos más importantes en toda la región latinoamericana.

En conjunto, estas conclusiones sirven como marcadores para atraer la atención sobre sólidos diseños de medición e intervención, y para asegurar los beneficios y la replicabilidad de los esfuerzos de intervención (Brisson *et al.*, 2016).

## Referencias bibliográficas

- BRISSON, C., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C., Trudel, X. y Vézina, M. (2016). Workplace interventions aiming to improve psychosocial work factors and related health, en J. Siegrist y M. Wahrendorf (eds.), *Work Stress and Health in a Globalized Economy. Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being*. Suiza: Springer, pp. 333-363. DOI: /10.1007/978-3-319-32937-6\_15
- COLAUTTI, C., Naveros, J. y Cappannari, S. O. (2018). 1020 Systematic interventions to reduce psychosocial factors impact in the workplace. *Occupational and Environmental Medicine* (75), A563. DOI: /10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1593
- GOETZEL, R. Z., Roemer, E. C., Holingue, C., Fallin, M. D., McCleary, K., Eaton, W. ... y Mattingly, C. R. (2018). Mental health in the workplace: A call to action. Proceedings from the Mental Health in the Workplace-Public Health Summit. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), pp. 322–330. doi: /10.1097/JOM.0000000000001271
- HASSARD, J., y Cox, T. (2011). Work-related stress: nature and management. *EU-OSHA* [en línea]. Recuperado de [https://oshwiki.eu/wiki/Work-related\\_stress:\\_Nature\\_and\\_management#Managing\\_and\\_preventing\\_work-related\\_stress](https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management#Managing_and_preventing_work-related_stress)
- HERNÁNDEZ, J., Gallarzo, M. y Espinoza, J. (2011). *Desarrollo organizacional: un enfoque latinoamericano*. México: Pearson Educación de México, SA de CV.
- JHA, A. K., Iliff, A. R., Chaoui, A. A., Defossez, S., Bombaugh, M. C. y Miller, Y. A. (2019). *A Crisis in Health Care: A Call to Action on Physician Burnout*. Waltham, MA: Massachusetts Medical Society, Massachusetts Health and Hospital Association, Harvard T.H. Chan School of Public Health, and Harvard Global Health Institute.
- LAMONTAGNE, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A. y Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), pp. 268-280. DOI: /10.1179/oeh.2007.13.3.268
- LAMONTAGNE, A. D., Noblet, A. J. y Landsbergis, P. A. (2012). Intervention development and implementation: Understanding and addressing barriers to organizational-level interventions, en C. Biron, M. Karanika-Murray y C. Cooper (eds.), *Improving Organizational Interventions for Stress and Well-being: Addressing Process and Context*. Londres: Routledge/Taylor & Francis Group, pp. 21-38.
- LEKA, S., Jain, A., Iavicoli, S., Vartiainen, M. y Ertel, M. (2011). The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. *Safety Science*, 49(4), pp. 558-564. DOI: /10.1016/j.ssci.2010.02.002
- MASLACH, C. (2015). It's time to take action on burnout. *Burnout Research* (2), pp. 4-5. DOI: /10.1016/j.burn.2015.05.002
- SHANAFELT, T. (2011). Burnout in anesthesiology: A call to action. *Anesthesiology*, 114(1), pp. 1-2. DOI: /10.1097/ALN.0b013e318201cf92

## Sobre los autores

**Acran Salmen Navarro.** Médico Cirujano egresado de la Universidad de Oriente, Venezuela y especialista en Medicina Ocupacional y Ergonomía. Fue miembro fundador de la Asociación de Ergonomistas de Venezuela ha pertenecido a diversos comités internacionales como el Comité Científico sobre Trastornos Musculoesqueléticos relacionados con el Trabajo (WMSD) y el Comité Científico sobre la salud ocupacional en trabajadores de la Salud, ambos dentro de La Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH). Actualmente, adjunto a la Escuela de Medicina de New York University como *Faculty of the Rusk Institute of Rehabilitation of Musculoskeletal Disorders*, adjunto al departamento de *NYU Population Health* y el *Coordinator / Ergonomist of The Bellevue / NYU Occupational Environmental Medicine Clinic (BNOEMC)*. Ha desarrollado ideas de investigación e intervención con perspectivas de salud pública, sensibilidad sobre los climas políticos y sociales necesarios para identificar las condiciones relacionadas con el trabajo a través de la prevención e inclusión social. Su trabajo en NYU recientemente resultó en varios reconocimientos, de los cuales resalta en un reconocimiento como profesional de interés nacional al igual que una invitación a unirse al Instituto CDC/NIOSH de los Estados Unidos como miembro de la Agenda Nacional de Investigación Ocupacional (NORA) en Salud Musculoesquelético. Correo: Salmea01@nyu.edu

**Alfonso Roberto Millán García.** Psicólogo, Universidad del Tepeyac, México. Maestro en Prevención de Riesgos Laborales con especialidad en Seguridad Industrial, Higiene Industrial y Psicología y Ergonomía Aplicada, Universidad Internacional Iberoamericana, México. Dirección Estratégica, con Especialidad en Gerencia y Riesgos Laborales, Universidad Internacional Iberoamericana, Puerto Rico. Dirección y Gestión de Recursos Humanos, Escuela de Negocios, España. Vicepresidente de AISOHMEX y socio corporativo de VANGUARDIA. Experto en recursos humanos, salud ocupacional, seguridad integral y prevención de riesgos laborales. Desarrolló proyectos en psicología aplicada a la seguridad y salud ocupacional, a nivel nacional en compañías de renombre como AHMSA y Coca-Cola, e internacional como ISN, ASSP y ALASEHT. Colaborador en el desarrollo de varias Normas Oficiales Mexicanas. Académico, instructor y conferencista para algunas certificaciones y diplomados en la materia, en Japón, Estados Unidos, México y otros países de Latinoamérica. Diversas publicaciones en las revistas *Seguridad Integral* (México), *HSEQ* (Colombia) y *Prevencionista* (Perú). Correo: alfonso.millan@aisohmex.net

**Ana Luisa Mónica González Celis Rangel.** Licenciada en Psicología y maestra en Investigación de Servicios de Salud por la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la unam, y doctora en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Ha sido directora de más de 50 tesis de licenciatura, maestría y doctorado en Psicología de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Ha sido reconocida con el Mérito Académico y distinguida con la Cátedra Alexander I. Oparin, en la FES Iztacala. Ha publicado más de 25 artículos en revistas nacionales e internacionales, con arbitraje e indizadas. Tiene más de 20 capítulos de libro por invitación. Es autora y coautora de tres libros. Tiene más de 50 trabajos en congresos nacionales y más de 25 en congresos internacionales. Ha sido invitada a más de 25 eventos nacionales e internacionales para presentar conferencias. Ha desarrollado investigación en su área de especialización, en psicología de la salud, psicología positiva, calidad de vida, bienestar psicológico y envejecimiento. Profesora titular “C”, definitiva, tiempo completo, de la carrera de Psicología, posgrado e investigación de la FES Iztacala UNAM, desde hace más de 40 años, donde cuenta con el Nivel “D” en el pride de la UNAM. Correos: algcr10@hotmail.com; algcr@unam.mx

**Arturo Juárez García.** Licenciado y doctor en Psicología por la UNAM, con estancias de investigación en la Universidad de California, en los campus de Los Angeles e Irvine. Fue presidente fundador de la Red Latinoamericana de Investigadores sobre Factores Psicosociales del Trabajo (RIFAPT), de 2006 a 2010, y secretario nacional de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional de 2012 a 2018. Ha recibido distintos premios y reconocimientos nacionales e internacionales por sus investigaciones, labores de vinculación y direcciones de tesis. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II y actualmente profesor investigador de tiempo completo en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, donde también ha sido jefe de investigación y coordinador del Doctorado en Psicología. Correo: arturojuarezg@hotmail.com

**Bruma Palacios Hernández.** Licenciada en Psicología y maestra en Psicología Clínica con especialidad en atención a adultos por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM); con un doctorado en Psicología Clínica y de la Salud por la Universitat Autònoma de Barcelona, España. Miembro del Sistema Estatal de Investigadores (SEI) y del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Candidato (2018-2020). Ha colaborado en proyectos de investigación en temáticas de salud mental, suicidio, factores psicosociales asociados al abuso de alcohol y drogas en adolescentes, valores y estilos de aprendizaje en estudiantes de posgra-



dos en Salud y Salud Mental Perinatal. Ha realizado estancias de investigación en la Organización Mundial de Salud, Oficina Regional de Europa, y el Programa de Psiquiatría Perinatal del Hospital Clínic en Barcelona, España. Fungió como co-coordinadora del proyecto de Brigadas Universitarias de Apoyo Psicológico de Emergencia, del CITPSi, después del sismo del 19 de septiembre de 2017, en Morelos, México. Profesora-investigadora de tiempo completo del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSi) de la UAEM y responsable del programa de salud mental del CITPSi. Correo: bruma.palacios@uaem.mx

**César Merino Soto.** Psicólogo, magister con mención en Psicología Educativa por la Universidad de San Martín de Porres (USMP), en Lima, Perú. Premio Nacional de Psicología (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017), 2do premio de investigación en la Sociedad de Psicología del Uruguay, 2do puesto en concurso Investigación del II Congreso Internacional NANDA (Perú). Reconocimientos en varias universidades peruanas por labor docente, destacada labor profesional y excelencia académica. Miembro del consejo científico y/o consejo editorial, y revisor por pares, en revistas científicas (entre Q4 y Q1). Más de 200 publicaciones entre artículos científicos, cartas editoriales y capítulos en libros. Temáticamente, orientado a la investigación en metodología cuantitativa y psicométrica. Becario *full-time* del Conacyt (México) para el doctorado en el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSi), Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, México. Docente universitario e investigador en el Instituto de Investigación de Psicología (USMP) y calificado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Concytec, Perú). Correo: sikayax@yahoo.com.ar

**Cinthya Anamía Flores Jiménez.** Licenciada en Psicología por la UAEM, maestra en Psicología del Trabajo y de las Organizaciones por la misma institución. Realizó estudios complementarios en el Departamento de Investigación de la Universidad de San Martín de Porres, en Lima, Perú. En 2012 obtuvo el Premio Nacional a la Mejor Tesis en Psicología, otorgado por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) en México. Ha participado en la publicación de diversos artículos y capítulos en libros. Es presidenta del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSi) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y ha sido miembro del Sistema Estatal de Investigadores del Estado de Morelos. Es técnico académico de investigación de tiempo completo en el CITPSi. Correo: cinthya.flores@uaem.mx

**Clara Ivette Hernández Vargas.** Licenciada en psicología por la FES Iztacala (UNAM), maestra en Psicología del Trabajo por la Universidad Autónoma del



Estado de Morelos (UAEM), máster y doctora en Psicología del Trabajo, Organización y Recursos Humanos por la Universitat Jaume I (Castellón, España), título con mención internacional y sobresaliente *cum laude*. Cuenta con 20 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Tiene más de 70 presentaciones en foros científicos nacionales e internacionales, y ha realizado estancias de investigación en la Universidad de Lisboa, Portugal. Es profesora de la Facultad de Medicina de la Unidad de Posgrado de la UNAM. Correo: ivepam@yahoo.com.mx

**Claudio Rodolfo Barrales Diaz.** Psicólogo, máster, investigador y autor de varios artículos científicos y expositor en congresos en temas de psicología de la salud y las emergencias en varios eventos y revistas científicas chilenas e internacionales. Docente invitado a programas de máster y doctorado en Psicología Social y Desastres y Psicología Laboral en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México. Miembro de múltiples sociedades científicas, gremiales y redes científicas de Chile e internacionales. Docente e investigador titular de la cátedra de Psicología de la Salud y temas de emergencias de la carrera de Psicología en la Facultad de Salud, Escuela de Psicología y Terapia Ocupacional de la Universidad Central de Chile. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Presidente de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres. Capacitador y formador de equipos psicológicos de respuesta a desastres chilenos. Correo: celapsa@gmail.com

**Daniel Arturo Cernas Ortiz.** Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma del Estado de México, donde cursó la licenciatura y maestría en Administración. El grado de doctor en Administración (PhD in Management) lo obtuvo en la Universidad del Norte de Texas, donde además de estudiante fungió como profesor de asignatura y asistente de investigación. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores (Conacyt) desde 2013. Su producción científica ha sido publicada en revistas nacionales e internacionales. Áreas de interés: administración estratégica, comportamiento humano, intangibles. Integrante del Cuerpo Académico de *Gestión del Capital Intelectual*. Correo: dacernaso@uaemex.mx

**Elisa Ansoleaga Morenúa.** Psicóloga, magíster en Gestión y Políticas Públicas, doctora en Salud Pública. Sus líneas de investigación han sido los riesgos psicosociales y la violencia vinculada al trabajo. Asimismo, ha desarrollado una línea de investigación en salud mental y derechos humanos. Profesora titular de la Universidad Diego Portales e investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo. Correo: maria.ansoleaga@mail.udp.cl

**Elizabeth Vilchis Pérez.** Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública, estudios de maestría en Administración Pública. Temas de especialidad: políticas públicas vinculadas a desarrollo social, salud y educación. Amplia experiencia como servidora pública en el gobierno federal y del Estado de México, en cargos directivos y de nivel superior en los sectores de desarrollo urbano, desarrollo económico, administración y finanzas. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Contaduría y Administración de la UAEMEX. Correo: [evilchisp@uaemex.mx](mailto:evilchisp@uaemex.mx)

**Enrique Pintor Prado.** Ingeniero ambiental por el Instituto Politécnico Nacional, en México. Diplomado en Dirección y Gestión de la Seguridad Integral, en España. Maestro en Ciencias con especialidad en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene por la Escuela Nacional de Medicina. Maestría en Gestión de Riesgos Laborales del Instituto Nacional de Salud en el Trabajo y Ambiental, A.C., y especialización en Enfermería Industrial, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Ponente en diversos congresos, foros, jornadas y diplomados. Laboralmente se ha desempeñado como líder del área de Seguridad, Salud y Medio Ambiente para diversas empresas del giro químico y asesorado en la materia a múltiples empresas. Integrante de los Comités Técnicos de Normalización en México sobre Factores de Riesgo Ergonómico y Factores de Riesgo Psicosocial. Catedrático de los programas de posgrado en la Maestría en Seguridad e Higiene Ocupacional, Secretaría del Trabajo del Gobierno del Estado de México. Correo: [epintor161@gmail.com](mailto:epintor161@gmail.com)

**Estefanía Brito Nava.** Licenciada en Medicina (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla). Línea de investigación: acontecimiento traumático severo y su relación con el trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor en trabajadores mexicanos. Coautora de los siguientes artículos de investigación: Validez factorial del cuestionario sobre trato digno en enfermería, *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*; Factores psicosociales, estrés psicológico y *burnout* en enfermería: un modelo de trayectorias, *Revista Enfermería Universitaria*; La satisfacción laboral como mediador de la relación entre apoyo social, estrés e ilusión en el trabajo en personal de salud, *Revista Seguridad Laboral*, España. Perceived stress and job performance in nurses: A structural analysis, *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo (Remesat)*. Médico pasante de servicio social (Instituto Nacional de Salud Pública). Aspirante a la maestría en Psicología área terminal Organizacional (Universidad Autónoma del Estado de Morelos). Correo: [fany\\_bn48@hotmail.com](mailto:fany_bn48@hotmail.com).

**Estefany Vianey González Tapia.** Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Maestra en Psicología Organizacional por la Facul-

tad de Psicología de la Universidad Autónoma del estado de Morelos. Tanatóloga humanista por la Asociación de Desarrollo Humano y Tanatología. Docente de licenciatura en universidades públicas y privadas. Ponente en congresos internacionales sobre psicología de las organizaciones y del trabajo. Consultora para diferentes empresas con intervenciones desde las técnicas cognitivo-conductual. Directora del CEMPSIC (Centro Multiárea en Psicología). Correo: estefanyvianey@gmail.com

**Felipe Pérez.** Psicólogo, director de Servicios de Mutual de Seguridad. Actualmente realiza estudios de magíster en Políticas Públicas y diplomado en Ergonomía y Salud Laboral. Correo: feliperez.rojas@gmail.com

**Gloria Helena Villalobos Fajardo.** Psicóloga por la Universidad Javeriana. Magister “Occupational safety and health”, University of Turin and ILO International Training Centre (Turín, Italia). Doctorado en Ciencias de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública e Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Estancia postdoctoral investigativa, University of Texas, School of Public Health, Southwest Center for Occupational and Environmental Health (SWCOEH). Fue directora del Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales de la Universidad Javeriana y profesora del Instituto de Salud Pública de la misma universidad. Responsable del desarrollo de numerosos proyectos para la evaluación e intervención de factores psicosociales en el trabajo y el diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica de factores psicosociales en empresa públicas y privadas del país. Docente en las universidades Javeriana Cali, del Rosario de Bogotá y de Concepción Chile, entre otras. Actualmente consultora en salud y seguridad en el trabajo con énfasis en factores humanos y psicosociales y salud mental en entornos laborales. Correo: gwillalo@javeriana.edu.co

**Gustavo Alexis Calderón De la Cruz.** Magister en Psicología Organizacional, Universidad de San Martín de Porres. Docente investigador con investigaciones relacionadas a la Psicología de la Salud Ocupacional y Psicología del Trabajo y las Organizaciones Laborales, con especialidad en Psicología de la Salud Ocupacional. Correo: gcalderond@usmp.pe.

**Hilda Liz Alfaro Juantorena.** Maestra en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y licenciada en Psicología por la misma instancia académica, con estancia de investigación en técnicas cognitivo-conductuales en la Universidad de Central de Chile. Ponente en congresos de Seguridad y Salud Ocupacional. Colaboradora del Observatorio de Factores Psicosociales del

Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEM y asistente de consultoría en Bienestar Humano y Organizacional. Asesora de Reclutamiento Nacional para la cuenta de HSBC en Adecco México, con experiencia de cinco años en Recursos Humanos en empresas como Seguros Monterrey y Hoteles Villa Bejar. Actualmente es supervisora de Desarrollo Organizacional en Industrias Tecnos. Correo: hliz\_cuba@hotmail.com

**Isabella Meneghel.** Doctora en Psicología del Trabajo, Organización y Recursos Humanos por la Universitat Jaume I (Castellón, España). Entre sus temas de especialidad y líneas de investigación se encuentran: resiliencia en las organizaciones, organizaciones saludables y resilientes, psicología de la salud ocupacional, psicología organizacional positiva. Es autora de 16 publicaciones científicas y ha realizado tres estancias de investigación en Italia, Bélgica y Finlandia. Tiene más de 40 trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, así como 17 conferencias invitadas. Ha participado en 12 proyectos de investigación financiados a través de convocatorias competitivas y en siete contratos de I + D + i con organizaciones privadas y públicas. Participa como revisora en diferentes revistas científicas y colabora en la revisión de diversos proyectos de investigación internacionales. Actualmente es profesora en el área de Psicología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud en la Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona, España). Correo: imeneghel@uic.es

**José Antonio Gutiérrez.** Psicólogo educacional, ha desarrollado su trabajo en torno a convivencia escolar en establecimientos en contexto de vulnerabilidad. Correo: jose.gutierrez@mail.udp.cl

**José Félix Brito Ortiz.** Licenciado en Psicología (Certificado en el área de Psicológica Organizacional por la Federación Mexicana de Psicología). Licenciado en Informática (CUFP). Acreditación y Certificación como Capacitador y Entrenador Deportivo (Conade). Maestro en Salud Pública área de concentración en Regulación y Control Sanitario (Instituto Nacional de Salud Pública). Doctor en Psicología (Universidad Autónoma del Estado de Morelos). Actividades de investigación relacionadas con la calidad de vida en el trabajo. Sociedades: miembro de la Federación Mexicana de Psicología A.C., presidente de la Asociación Estatal de Pentatlón Moderno en Morelos, México. Actividades docentes: profesor en la Universidad Autónoma del Estado de Baja California y en la Universidad Latinoamericana. Asignaturas en la maestría en Desarrollo Organizacional: Teorías de la motivación; Cultura y comportamiento organizacional; Psicología organizacional. Asignaturas en la Escuela de Ciencias de la Salud: Psicología clínica;



Psicología de la salud; Técnicas alternativas para la salud y Acondicionamiento físico. Correo: felix.brito@uabc.edu.mx

**Jhonatan Steeven Baruch Navarro Loli.** Magíster en Psicología con Mención en Psicología Clínica por la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú) y doctorando en Psicología en la misma universidad. Investigador calificado Renacyt (Registro: P0037684; María Rostworowski, Nivel I). Ha contribuido con artículos científicos para revistas nacionales e internacionales y con ponencias en eventos nacionales e internacionales. Docente orientado a la enseñanza del diseño de instrumentos de medición en psicología e investigación científica. Investigador en la línea de desarrollo, relaciones interpersonales y salud mental, con orientación al estudio de la depresión, el estrés, la regulación emocional y variables asociadas; además, aspectos cuantitativos relacionados con el diseño de instrumentos de evaluación. Correo: jnavarro1@usmp.pe

**Karina Reyes Jarquín.** Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la UNAM. Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología de la misma universidad. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel Candidato. Profesora asociada de tiempo completo en la licenciatura de Psicología de la FES Iztacala. Cuenta con publicaciones nacionales e internacionales, así como ponencias en eventos nacionales e internacionales. Ha desarrollado investigación en su área de especialización, vinculada a la calidad de vida, adultos mayores, carga al cuidador, diada cuidador-receptor del cuidado, enfoque cognitivo-conductual. Correo: krjarquin@gmail.com

**Louis Mario Novaes Lipp.** Químico graduado por la Universidad de São Francisco. Master en Administración de Negocios por la Rochville University, Estados Unidos. Doctor Biomédico especializado en Patología Clínica y Acupuntura por la Metropolitan University of Campinas. Especialista en Acupuntura por ABA, Brazilian Acupuncture Association. Certificado en Qi-Acupuncture, Chinese Phytotherapy and Herbalism en Brasil Oriente. Certificado en remedios florales de Bach por Healing Herbs. Habilitado en los sistemas Reiki de japonés tradicional, Usui, tibetano, Osho y Kahuna. Coautor de los libros *Relaciones interpersonales en el siglo XXI* y *estrés emocional y Estrés en niños y adolescentes*. Director del Instituto Psicológico de Control del Estrés. Correo: louis.lipp@gmail.com

**Luis Pérez Álvarez.** Doctor en Psicología Social de Grupos e Instituciones por la UAM Xochimilco. Estudió la maestría en Psicología Clínica (Psicoanálisis e Interdisciplina) en la UNAM y la licenciatura en Psicología en la Universidad Au-



tónoma del Estado de Morelos (UAEM). Trabajó por varios años como psicólogo en instituciones nacionales como Sedesol, Segob y PGR. Desde 1999 ha sido profesor en varias unidades académicas de la UAEM, como la Facultad de Psicología en el campus Chamilpa. Cuenta con el Perfil Deseable PRODEP. Es representante del cuerpo académico “Estilos de vida y transdisciplina en salud y educación”. Pertenece al Sistema Estatal de Investigadores y al Sistema Nacional de Investigadores, SNI. Miembro de la Red Latinoamericana de Universidades Públicas, Psicología, Psicoanálisis e Interdisciplina. Sus áreas de trabajo y líneas de investigación son: epistemología y psicoanálisis, uso y manejo de pruebas psicológicas, psicoterapia psicoanalítica individual y de grupo, subjetividad, procesos grupales e institucionales, imaginario social, historia de la Psicología en Morelos, psicología hospitalaria. Ha publicado artículos y capítulos en revistas y libros científicos relacionados con sus temas de interés. Participante y capacitador en grupos de reflexión en el proyecto de Brigadas Universitarias de Apoyo Psicológico de Emergencia, del CITPSI, después del sismo del 19 de septiembre de 2017, en Morelos, México. Actualmente es profesor-investigador de tiempo completo adscrito al Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEM. Correo: lpalvarez@uaem.mx

**Magdalena Ahumada.** Psicóloga, profesional analista del Departamento de Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile. Actualmente realiza estudios de magíster en Métodos de Investigación Social, y diplomado en Ergonomía y Salud Laboral. Correo: mahumada@ispch.cl

**Manuel Fernández Arata.** Psicólogo graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, magíster en Administración de la Educación por la Universidad de Lima, doctor en Educación por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estadía de especialización en la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Catholic University of Leuven, Bélgica. Investigador calificado Concytec con publicaciones en el campo de la Psicología de la Salud Ocupacional. Premios a la Investigación 2010 y a la Docencia Universitaria 2017, otorgados por el Colegio de Psicólogos del Perú. Profesor de la Sección Posgrado y director del Instituto de Investigación de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres (USMP), Perú. Editor de *Liberabit*, Revista Peruana de Psicología. Editor de *Cultura*, revista de la Asociación de Docentes de la USMP. Correo: mfernandezal@usmp.pe

**Manuel González Ronquillo.** Médico veterinario zootecnista y doctor en Veterinaria. Línea de investigación y experiencia en Nutrición animal (dietas sustentables

para animales), Modelación y estimación de curvas de lactación de rumiantes y modificación del perfil de ácidos grasos en la leche. Profesor investigador de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Departamento de Nutrición Animal, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Correo: mrg@uaemex.mx

**Manuel Nava Mancio.** Estudiante de la licenciatura en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), cursando el noveno semestre de la carrera. Miembro de las brigadas en el proyecto Brigadas de Apoyo Psicológico de Emergencia, del CITPSI después del sismo del 19 de septiembre de 2017, en Morelos, México. Colaborador en el proyecto de investigación sobre salud mental materna y vínculo materno-infantil en Morelos, en el CITPSI y en un proyecto de evaluación de la opinión pública a nivel estatal en el estado de Morelos. Colaborador en el Programa de Salud Mental del CITPSI-UAEM. Correo: manuel\_navamancio@hotmail.com

**María de la Cruz Bernarda Téllez Alanís.** Licenciada en Psicología por la UAEM, maestra en Psicobiología por la UNAM y doctora en Psicología (énfasis en Neurociencias) por la UNAM. Cuenta con más de 70 presentaciones en eventos nacionales e internacionales y con 16 publicaciones. Docente de programas de licenciatura, maestría y doctorado en el campo de la Psicología y Ciencias Cognitivas, con más de 27 direcciones de tesis en los tres niveles. Realizó estancias de investigación en la Universidad Castilla-La Mancha, España, y en la Universidad La Laguna Tenerife, España. Ha recibido los premios Diploma al Mérito Universitario y Medalla “Bernabé L. de Elías”, otorgada por el Consejo Universitario (UAEM) y la Medalla “Alfonso Caso”, otorgada por la UNAM (2000). Es miembro de la Society for Neuroscience (desde 2004), de la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología (desde 2011) y de la Asociación Mexicana de Neuropsicología (desde 2008). Fungió como coordinadora del proyecto de Brigadas Universitarias de Apoyo Psicológico de Emergencia, del CITPSI, después del sismo del 19 de septiembre de 2017, en Morelos, México. Actualmente es profesora-investigadora de tiempo completo del (CITPSI) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, representante del cuerpo académico “Cognición y afectos”; actual directora interna del CITPSI. Correo: btellez@uaem.mx

**Marilda E. Novaes Lipp.** Doctora en Psicología por la Universidad George Washington. Es científica, escritora y psicóloga. Tiene amplia experiencia en los temas del estrés y la calidad de vida en Brasil, Estados Unidos, China y Europa, y es autora/coautora de más de 100 artículos científicos. Ha asesorado a estudiantes en 72 tesis de maestría y tesis de doctorado sobre el tema del estrés. Reali-

za investigación y capacitación, imparte conferencias y asesora a algunas de las corporaciones más grandes de Brasil en los ámbitos de estrés, la productividad, el bienestar y la calidad de vida. Es responsable de la implementación científica de los programas de control de estrés en los departamentos de Seguridad Pública en varios estados de Brasil. Miembro de la Academia de Psicología de São Paulo. Directora fundadora del Centro de Control de Estrés Psicológico. Correo: mli-pp@estresse.com.br

**Martha Eugenia Nava Gómez.** Licenciada en Enfermería (UAEM), maestra en Salud Pública, área de concentración Administración de Servicios de Salud (INSP), doctora en Psicología (UAEM). Investigación original relacionada con: enfermería en salud pública, administración de recursos humanos, factores psicosociales, estrés, *burnout*, salud mental en trabajadores, trato digno y calidad de vida en el trabajo. Actividades ejecutivas: coordinadora de la licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma de Baja California; jefa estatal de Enfermería de los Servicios de Salud del Estado de Morelos. Actividades docentes: docente e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC); docente de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana, delegación Morelos; docente e investigadora de tiempo completo de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla (UIEP). Correo: Inv\_enf@outlook.com.

**Miriam Penagos Rivera.** Formación profesional como psicóloga en el Centro Universitario Latinoamericano de Morelos (CEULAM). Maestra en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) con orientación en Psicología del Trabajo y las Organizaciones, con la tesis de titulación que lleva por nombre *Retroalimentación biológica y su efecto en marcadores biológicos y psicológicos en personal de salud*. Psicóloga clínica en consultorio y clínicas en el sector privado. Correo: penagosrimi@gmail.com

**Omar Esquivel Lagunas.** Médico Cirujano (Universidad Autónoma del Estado de Morelos) y aspirante a obtener el grado de Maestro en Salud Pública por la Universidad Popular Autónoma de Puebla. Su línea de investigación es Enfermedades Mentales en el Ámbito Laboral. Correo: omm.esquivell@gmail.com.

**Patricia Mercado Salgado.** Licenciada, maestra y doctora en Administración. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Contaduría y Administración de la UAEMEX. Temas de especialidad: capital social y empresa social, gestión de recursos humanos, comportamiento humano en las organizaciones, gestión de

intangibles y capital intelectual (capital humano, capital relacional y capital estructural). Correo: pmercados@uaemex.mx

**Ramón Rodríguez Montalbán.** Doctor en Filosofía en Psicología Industrial/Organizacional por la Universidad Carlos Albizu (San Juan, Puerto Rico). Labró por cuatro años como personal docente-investigador en la Universitat Jaume I (Castellón, España). Tiene a su haber 27 publicaciones científicas y 117 presentaciones en foros científicos y profesionales. Sus intereses profesionales e investigativos se centran en la salud ocupacional, la psicología positiva, el *evidence based management*, entre otros. Participa como miembro de varias juntas editoriales y como revisor de revistas científicas. Sus tres grandes pasiones profesionales son la docencia, la investigación y la consultoría. Sus tres grandes pasiones en la vida son sus hijas Sofía y Lara y su esposa Lía. Se define como “un ser sumamente afortunado de hacer lo que ama y con quienes ama”. Actualmente es director y catedrático asociado del Programa de Psicología Industrial/Organizacional de la Universidad Carlos Albizu (San Juan y Mayagüez). Correo: rmontalban@albizu.edu

**Rebeca María Elena Guzmán Saldaña.** Licenciatura, maestría y doctorado en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM, así como especialidad en Psicología en Atención Primaria a la Salud dentro de un convenio de la Secretaría de Salud y la UNAM. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, Nivel 1; tiene el Reconocimiento al Perfil Deseable PRODEP. Líder e integrante del cuerpo académico “Evaluación e intervención transdisciplinaria del proceso salud-enfermedad”, con estatus de “Consolidado”; desarrolla la línea de investigación “Evaluación e intervención de procesos relacionados a la salud y a la enfermedad”. Desde 2009 es líder del proyecto de investigación titulado “Factores psicosociales asociados a conductas alimentarias de riesgo para obesidad”. De cinco años a la fecha ha publicado 12 artículos, es autora principal del libro electrónico, *Psicodiabetes* (2010), y como coautora su último libro es *Diabetes y educación*, que se publicó en 2015. Ha participado en 38 capítulos de libro y ha dirigido 23 tesis de licenciatura y 10 tesis de maestría. En la actualidad es jefa del Área Académica de Psicología, en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH, donde también es profesora-investigadora de tiempo completo, titular “A”, catedrática en las maestrías en Ciencias de la Salud y en Ciencias Biomédicas y de la Salud, así como en el doctorado en Ciencias del Deporte en la Universidad del Fútbol. Correo: rguzman@uaeh.edu.mx

**Valeria Cruz Ortiz.** Licenciada en Psicología por la Universidad de Psicología de la Universitat Nacional de Tucumán (UNT, Argentina). Obtuvo una maestría en Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y en Recursos Humanos en la Universitat Jaume I de Castellón (España), especializada en Salud Ocupacional. Doctora en Psicología del Trabajo, de las Organizaciones, y en Recursos Humanos, título con mención internacional y sobresaliente *cum laude*. Experiencias en la consultoría en empresas españolas. En Argentina trabajó como coordinadora de proyectos de responsabilidad social empresarial. Experiencia en las áreas de recursos humanos, diagnóstico organizacional, capacitación y fortalecimiento de equipos directivos y trabajo en equipo. En España, es profesora asociada en la Facultad de Psicología de la Universitat Jaume I. Es personal investigador colaborando en la organización y diagramación de proyectos de investigación básica y aplicada. Docente en otras universidades nacionales e internacionales y participa como revisora de diferentes revistas científicas. Correo: [valeria.cruz@uji.es](mailto:valeria.cruz@uji.es)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS





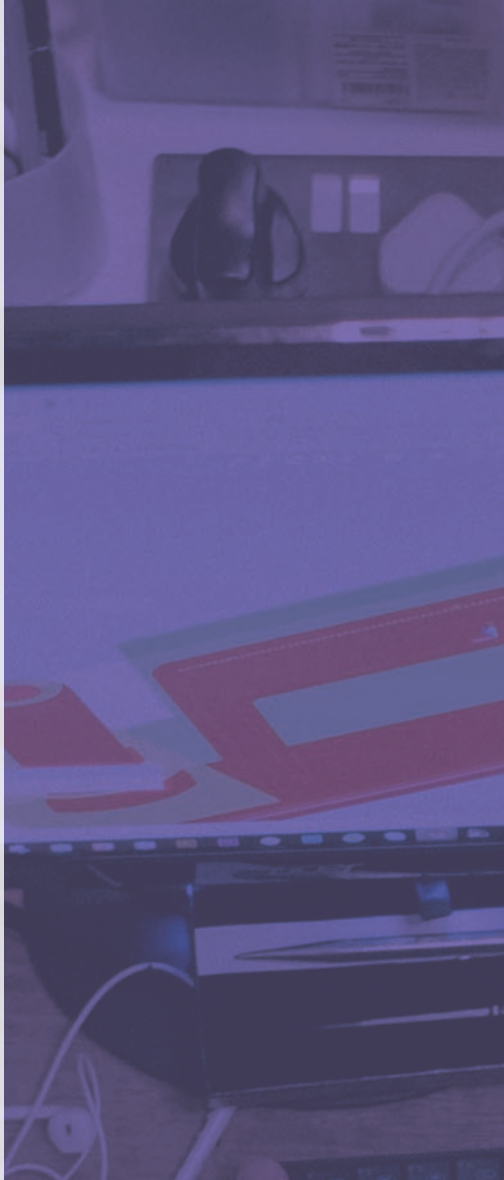
*Intervención y control de los factores psicosociales del estrés laboral:  
experiencias latinoamericanas.*

En su composición se utilizó ITC Franklin Gothic y Times Ten LT.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

En las últimas décadas, el tema de los factores psicosociales del trabajo ha cobrado gran relevancia por su importancia en la salud, el bienestar y el desarrollo de trabajadores, organizaciones y países en general. Organismos internacionales como la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han declarado el tema como altamente prioritario. En Latinoamérica existe un despliegue de normas y leyes alrededor de temas como el acoso laboral y los factores de riesgo psicosocial; sin embargo, la aplicación de esta normativa sigue siendo incipiente y se ha centrado principalmente en la evaluación de estos factores, pero poco o nada en medidas específicas de mitigación y seguimiento para una eficaz prevención e intervención. Asimismo, los programas de intervención que se realizan en grandes empresas son guardados como secretos industriales de los que se desconoce su verdadera eficacia y validez científica, sin mencionar la charlatanería que lamentablemente ocurre en el mundo de la consultoría. En este contexto surge la iniciativa de esta obra cuyo propósito es dar a conocer el estado del arte en temas selectos de intervención psicosocial en el trabajo y, sobre todo, compartir experiencias de intervención aplicadas en distintas organizaciones latinoamericanas que incluyen: sector público, centros de salud, centros educativos, centros de asistencia, empresas privadas de la industria farmacéutica y del sector minero, supermercados, museos y organizaciones de economía solidaria, entre otros. Las reflexiones y pesquisas mostradas en el texto combinan la experiencia aplicada y el enfoque científico de sus coautores, desde ocho naciones latinoamericanas: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela.



Aspectos psicológicos  
/ Estrés laboral /  
Trabajo



BONILLA  
ARTIGAS  
EDITORES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS