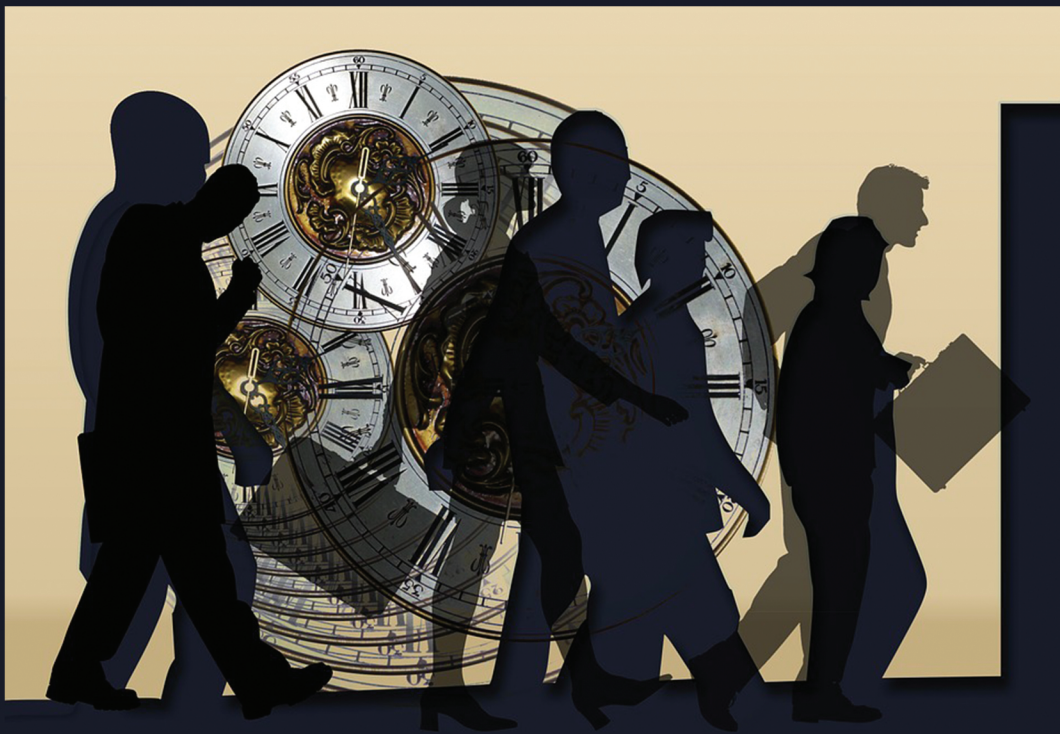


TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL



Dr. Manuel Pando Moreno
Compilador

**TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD OCUPACIONAL**

**Dr. Manuel Pando Moreno
Compilador**

PRIMERA EDICIÓN 2017

La presentación y disposición en conjunto de:

**TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
OCUPACIONAL**

Es propiedad de los autores

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre y cuando no sea alterada, citen los créditos correspondientes y se realice sin fines de lucro.



ISBN 978-607-97488-2-1

PIENSO en Latinoamérica

Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

Impreso en México/ Printed in México

Derechos reservados conforme a la ley:

© PIENSO A. C.

PRÓLOGO¹

“Y es que no importa que digan
que está trillado hablar de amor,
que maldigan,
si no han probado
la noche en sus brazos de sol”

Alejandro Filio “Brazos de sol” (Mexicano)

Se nos presenta ante nosotros un ramillete de resultados de trabajos de investigación de flores variadas y jardines diversos. Todas aluden al campo de la salud ocupacional, pero incluso la desbordan. Sin embargo, podemos identificar que el eje común es la preocupación por la salud psicosocial del trabajador, en diferentes dimensiones, en diversos territorios, de diferentes generaciones.

Un ramillete de textos aborda lo que podemos identificar como factores psicosociales positivos (protectores) y negativos (de riesgo), que abarcan la dimensión organizacional, como son el salario emocional y el liderazgo negativo, o el tema específico de factores de riesgo psicosocial en países andinos (Colombia y Perú).

Otros textos asumen una perspectiva generacional al abordar la dimensión psicosocial en niños y adolescentes, y las condiciones de salud y trabajo de adultos mayores. No sólo revisan aspectos causales de la salud psicosocial,

¹ Walter Varillas (Perú), sociólogo. wvarillas@gmail.com

también proponen intervenciones en las diferentes determinantes alcanzando a esbozar propuestas de políticas públicas.

Finalmente, desde una postura que podría ubicarse en el nivel macrosocial, en temas teórico-conceptuales o de políticas públicas, se aborda la salud y el bienestar en México, por un lado, y en otro texto, las patologías relacionadas al trabajo en base a una revisión de las estadísticas oficiales en México.

Estas diferentes entradas al tema psicosocial, y a la relación entre la salud y el trabajo, nos motiva una revisión de aspectos conceptuales. Aunque parezca trillado, fuera de moda e, incluso, innecesario, debemos de enfatizar la importancia de tener claridad sobre los conceptos en la relación de la Salud y el Trabajo, incluyendo la dimensión psicosocial. Concepciones diferentes, tendrán efectos y consecuencias en políticas, estrategias e intervenciones diferentes.

La relación Trabajo / Salud ha sido, es y será abordado desde diferentes enfoques y perspectivas conceptuales y metodológicas, que podemos agruparlas en tres:

- Las perspectivas o enfoques unicausales, o causa/efecto.
- Las perspectivas o enfoques organizacionales.
- Las perspectivas o enfoques macro sociales.

Los enfoques unicausales, monocausales, de causa/efecto, se han centrado en identificar los factores de riesgo, los peligros, los agentes, y los posibles riesgos de efectos negativos en la salud de los trabajadores. Cuando mucho,

han ampliado al concepto multicausal y multiefecto, pero dentro del paradigma de causas/efectos inmediatos (Lip & Rocabado, 2005).

Por ejemplo, la exposición a altos niveles de ruido en el trabajo puede producir, con mucha probabilidad, sordera profesional. La exposición a concentraciones de polvo, como la sílice, puede provocar neumoconiosis o, más específicamente, silicosis.

También puede ocurrir exposiciones múltiples a varios factores de riesgo, peligros o agentes y conllevar efectos múltiples. La exposición a polvo, más la exposición al Bacilo de Koch, más factores socioeconómicos y ambientales laborales, puede provocar la sílico tuberculosis y otras afecciones broncopulmonares asociadas.

En el caso de los factores psicosociales, este enfoque se concentró en el estudio del estrés laboral, y de sus causas, es decir, los estresores. Podrían ser ubicados en este enfoque los modelos explicativos del estrés desarrollados por la NIOSH, el modelo explicativo demanda-control de R. Karasek y T. Theorell (enriquecido por la dimensión apoyo social propuesto por Johnson), el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa creado por J. Siegrist. En el mismo sentido, como un buen compendio, podemos referir el informe de la OIT del 2015 por el Día Mundial de Seguridad y Salud en el Trabajo: “Estrés en el Trabajo: un reto colectivo”.

Los enfoques organizacionales van más allá de los factores de riesgo y amplían la mirada a los sistemas y modelos organizacionales. Es el caso de los sistemas de gestión de la calidad, del ambiente, de responsabilidad social,

de riesgos o, más directamente, de seguridad y salud ocupacional, como son las OHSAS18001 y el ISO 45001. También la OIT con la Directriz sobre sistemas de gestión en seguridad y salud asume este paradigma; así mismo, lo hace en el llamado Método SOLVE, y también en el método SCORE para pequeñas empresas.

Desde la gestión de los recursos, más propiamente del talento humano, se presentan conceptos como el de clima y cultura organizacional, explorando las percepciones de los trabajadores sobre la organización, el ambiente de trabajo y las relaciones interpersonales.

Las perspectivas sociales o macrosociales son diversas.

Destaca la concepción de la Medicina Social o de la Salud Colectiva desarrollada globalmente pero que tiene un antecedente muy importante en Latinoamérica. En la relación Trabajo y Salud parte de la concepción del Materialismo Histórico que explica la relación entre el Capital y el Trabajo Asalariado como una forma de extracción de la plusvalía absoluta (menor salario, mayor jornada), plusvalía relativa (mayor carga, nuevas tecnologías), y la forma mixta o combinada. Ello conlleva a que los factores de la producción (objeto de trabajo, medios de producción, trabajo específico) se combinen de manera diversa y se modifiquen constantemente para lograr mayor ganancia. Esto impactará en los perfiles de exposición de los trabajadores y por tanto en sus perfiles epidemiológicos; la clase social determina sus formas específicas de desgaste, de andar por la vida y de enfermar y morir (Laurell, 1993).

Desde la OIT, el concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) (Neffa, 2015), que promovió en las décadas pasadas, desarrollaron enfoques sociales, principalmente al abordar sectores productivos específicos. Esta perspectiva se ha actualizado en el concepto de “Trabajo Decente” que asume el carácter multidimensional del derecho al trabajo digno (Ghai, 2003), que incluye la seguridad y salud en el trabajo. Este concepto es asumido en el Objetivo 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en los Convenios y Recomendaciones que adopta esta instancia tripartita internacional. Cabe resaltar que el valor de esta perspectiva de la OIT es que marca el piso mínimo de derechos en los acuerdos internacionales como son los tratados de libre comercio, o las condiciones sociolaborales para que un país pueda lograr su ingreso a la OCDE.

Sin embargo, la principal limitación del concepto de Salud y Seguridad en el Trabajo es que se circunscribe al campo de las relaciones laborales, en un contexto de amplios grupos de trabajadores rurales, y de economía informal e ilegal. Además, pese a la enorme tradición social de la OIT sobre la relación salud y trabajo, reduce esta relación a los sistemas nacionales, subnacional y empresariales de la seguridad y salud. El concepto de Salud de los Trabajadores, desarrollado en países latinoamericanos como Brasil, y asumidos por la OPS, buscan asumir el acceso a este derecho desde una perspectiva mayor y que no se limita a las relaciones laborales (Fadel, 2007). Recientes propuestas han explorado nuevos ámbitos, por ejemplo, la dimensión ambiental. Es el caso del enfoque de Ecosalud o de Ecosistemas

aplicado a la Salud. Este enfoque se inicia hacia fines de los 90's y principios de los 2000, logrando conformar "un nuevo campo de investigación, educación y práctica: la ecosalud" (Charron, 2014) : 355. Este enfoque o campo, además de valorar la dimensión ambiental en la determinación de la salud humana, asume seis principios orientadores, tres que enfatizan en el proceso (medios): el pensamiento sistémico, la investigación transdisciplinaria, la participación. Otros tres que abordan las metas (fines) de la investigación con enfoque de Ecosalud: sustentabilidad, equidad social y de género, y del conocimiento a la acción (Charron, 2014: 29-67).

Desde la OMS, a inicios de siglo, se ha desarrollado la perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud, conformando una Comisión especial para ello (OMS, 2009). Una iniciativa global, que ha convocado a académicos, políticos y miembros de la sociedad civil, de los diferentes campos de la salud. Una de las redes de conocimiento que promovió fue la de Condiciones de Empleo y Equidad en Salud (EMCONET), que concluyó que las inequidades en salud pueden ser estudiadas e intervenidas considerando tres tipos o niveles de determinantes sociales: las inmediatas, las intermedias y las estructurales (Benach, Muntaner, & Santana, 2007). Las determinantes sociales inmediatas son las que tradicionalmente corresponden a las condiciones y ambiente de trabajo, los factores de riesgo, las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo, los estilos de vida y los factores psicosociales. Las determinantes sociales intermedias, son las que corresponden a las condiciones de empleo, las características de género,

étnico culturales, formas de trabajo decente; así mismo, abarcan los sistemas de salud, el acceso a los mismos, los factores socioeconómicos. Las determinantes sociales estructurales, corresponde a las relaciones de poder económico, político, social (Benach, Muntaner, Santana & Quinlan, 2010). La dimensión ambiental es transversal a los tres niveles de determinantes. A nivel de la dimensión psicosocial de la salud, las perspectivas estructurales o macrosociales han sido también diversas. Conceptos como el de “enajenación” y “alienación” del trabajo asalariado, propuesto por Carlos Marx, nos remite a la base estructural de la sociedad capitalista, sus formas de extracción de la plusvalía y su reflejo en la dimensión psicosocial de los trabajadores. La película “Tiempos Modernos” de Charles Chaplin nos muestra en lenguaje cinematográfico estos conceptos que pueden presentarse como abstractos. Ya en estos tiempos, personajes como Christophe Dejours, estudian el sufrimiento que puede producir el trabajo moderno, a la vez que precisan la dimensión psicosocial del “trabajo vivo”, en una combinación retadora de marxismo y psicoanálisis.

Finalmente, un tema no menor es el rol de los trabajadores en el desarrollo de los estudios. Son “objetos” o “sujetos” de investigación, o son protagonistas en la gestión de la salud en el trabajo. Los estudios académicos son importantes, pero se enriquecen con los aportes de los protagonistas, con su opinión sobre cómo llevan a cuevas sus trabajos, con su sangre, sudor y lágrimas. Además, los estudios deben de regresar a los actores, para

que puedan dejar de llenar hojas o bites electrónicos de publicaciones científicas, y pasen a generar cambios en los lugares de trabajo.

Bibliografía

Arroyo, J., Hartz, J., & Lau, M. (2011). Recursos Humanos en Salud: Segundo Informe de país. Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas. Lima.

Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (. (2007). Employment conditions Knowledge Network (EMCONET) . Ginebra: OMS.

Benach, J., Muntaner, C., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Barcelona: Icaria editorial.

Charron, D. (2014). La investigación de Ecosalud en la práctica. La investigación de Ecosalud en la Práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud. Ottawa: IDRC, Editores.

Fadel de Vasconcellos, L.C. (2007). Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado”

Galíndez, L., & Rodríguez, Y. (2007). Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. Salud de los Trabajadores 15(2), 67-69.

Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. Revista Internacional del Trabajo, vol. 122, núm. 2, 125-160.

Laurell, A. C. (1993). La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En A. C. Laurell, Para la

investigación sobre la salud de los trabajadores (págs. 13-36). Washington, D.C.: OPS/OMS.

Lip, C., & Rocabado, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en el Perú. Lima: Ministerio de la Salud, Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud.

Neffa, J. C. (2015). Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) y salud. Orientación y Sociedad - on line ISSN 1851-8893.

OMS, G. A. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre las determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS.

Soto, M., & Chávez, A. e. (2016). Tuberculosis en trabajadores de salud en el Perú, 2013-2015. Revistas Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 33, núm. 4, 607-615.

ÍNDICE

CAPITULO I

Patologías relacionadas al trabajo en empleados de diversas actividades laborales económicas en México
Carolina Aranda/ Fátima Mares/ Manuel Pando/ José G. Salazar1

CAPITULO II

Salario emocional
Sandra Margarita Rubio Ávila/ Carolina Aranda Beltrán 25

CAPÍTULO III

Condiciones de Salud y Trabajo en Adultos Mayores de dos instituciones de Salud de Zacatecas
Dellanira Ruiz/ Pascual García Zamora/ Cristina A. Perales/
Juan L. Herrera Martínez..... 49

CAPÍTULO IV

Liderazgo negativo, Riesgo psicosocial y Salud en el trabajo
José Luis Calderón-Mafud/ Manuel Pando Moreno..... 71

CAPÍTULO V

Factores de riesgo psicosocial en trabajadores de Perú y Colombia
Ma del Refugio López Palomar/ Sara Adriana García Cueva/
Adriana Rodríguez López/ Sandra Zavala Contreras 93

CAPÍTULO VI

Riesgos Psicosociales y su influencia en niños y adolescentes en conflicto con la Ley en un Centro de Atención Integral.
José María Lalama/ Juan Eduardo Lara Sotomayor..... 113

CAPÍTULO VII

México: Salud y Bienestar en el Trabajo
Sergio Manuel Aguilar Orozco..... 129

CAPÍTULO I

Patologías relacionadas al trabajo en empleados de diversas actividades laborales económicas en México

Carolina Aranda / Fátima Mares / Manuel Pando / José G. Salazar /
Universidad de Guadalajara

El trabajo, es entendido como *“una actividad, realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien - que tiene una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produjo-, con una utilidad social: la satisfacción de una necesidad personal o de otras personas”* (Neffa, 2003), que trae consigo indudablemente accidentes y enfermedades laborales.

No se le da mayor importancia a esto sino hasta la creación de la máquina de vapor en 1769 por el hecho de modificar las condiciones del trabajo (Mendizábal, 2016).

Hoy en día existen organizaciones encargadas de dar a conocer cifras referentes a los accidentes y enfermedades laborales, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y, en México, podemos encontrar al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los registros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), por mencionar solo algunas.

La OMS, es específico, distingue a las enfermedades profesionales de las enfermedades vinculadas con el trabajo, definiendo por enfermedades profesionales a aquellas inherentes y relacionadas directamente con el trabajo, mientras que las enfermedades vinculadas con el trabajo son aquellas que quedan con algún vínculo por ser las más frecuentes y de origen multifactorial (Rey y Lesage, 1998).

Por otro lado, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a las enfermedades de trabajo como “una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral”, misma que la mayoría de los países la retoman. No hay que olvidar que las enfermedades laborales son aquellas derivadas o desencadenadas de manera directa o con relación a las actividades laborales propias del trabajo, suscitando en ocasiones incapacidades o hasta el fallecimiento del trabajador, pero también habrá que tomar en cuenta a las enfermedades laborales que se desarrollan aun cuando los riesgos no se hayan desempeñado a la época del diagnóstico (OIT, 2015).

Hablando de México, en los años 2002 al 2005 hubo un incremento en cuanto a enfermedades laborales (STPS, 2001-2010; Arias, 2006). Mientras que las tres principales enfermedades laborales entre los años de 1990 al 2011 fueron las sorderas o hipoacusias, las bronquitis químicas o afecciones respiratorias por inhalación a sustancias químicas y las neumoconiosis (STPS, 2001-2010, Arias, 2006; IMSS, 2011), para los años 2012 al 2014 los tres primeros lugares los ocupaban las enfermedades como las hipoacusias y las neumoconiosis, agregándose las entesopatías y/o dorsopatías (STPS, 2014); actualmente las lesiones musculoesqueléticas, hipoacusias y enfermedades broncopulmonares ocupan lugares estadísticos importantes (Álvarez y Franco, 2016). Específicamente en el 2012 los hombres enfermaban más de hipoacusias, neumoconiosis y afecciones respiratorias, mientras que en las mujeres las enfermedades por entesopatías, sinovitis, tenosinovitis y bursitis eran las más frecuentes (Arias, 2006; STPS, 2003-2012, IMSS, 2012).

Ahora bien, según el IMSS para el año 2015 en México, las actividades laborales económicas con mayor número de Riesgos de Trabajo fueron las destinadas al sector servicios como educación, consultoría,

transporte, administración, salud, servicios domésticos, etc. (Romero, Toledo y Ocampo, 2014), ocupando el segundo, tercer y quinto lugar, pero no siendo lo deseado, ya que se esperaría que la agricultura o la industria de la extracción estuvieran por arriba de estos índices (Memoria Estadística, 2015).

Por suerte, las investigaciones han ido ampliando sus temas de investigación, las variables a analizar, la población participante, etc., siendo precisamente uno de los temas a investigar los riesgos psicosociales, dando como resultado trabajos sobre el absentismo, cultura organizacional, prevención de riesgos laborales, mobbing, tensión asociada al desempeño laboral (Boada, Vallejo, Agulló y Mañas, 2005), estrés y factores psicosociales (Enríquez, Colunga, Preciado, Ángel y Domínguez, 2011), riesgo cardiovascular (Reino y Chamorro, 2015), entre otros, que pueden dar claridad sobre los problemas actuales a los que se enfrentan los trabajadores y que están mermando en su calidad laboral y sobre todo en su salud.

En específico, la presencia de riesgos de tipo Psicosocial pueden provocar diversos trastornos a la salud del individuo tales como aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, cardiopatías, infartos al miocardio, aumento de la tensión muscular (dolor de espalda baja y trastornos de miembros superiores), perturbaciones del tracto respiratorio, alteraciones gastrointestinales (aumento o disminución de los ácidos gástricos, enfermedad ulcerosa péptica, dolor abdominal, náuseas, colon irritable), infecciones virales y bacterianas, artritis reumatoide, colesterol, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, presencia del Síndrome de burnout, entre otros. En el siguiente cuadro se puede observar un listado de estudios actuales en donde se percibe la presencia de factores psicosociales y sus repercusiones en el trabajador.

AUTOR	AÑO	POBLACIÓN	REPERCUSIONES EN EL TRABAJADOR											
			ME	R	P	N	G	C	M	TS	OS	TO	FM	
Pulido y Noriega	2003	Trabajadores operarios	X		X	X	X				X		X	
Rodríguez y Alonzo	2004	Trabajadores de oficina	X	X	X	X					X			X
Velasco y Noriega	2006	Trabajadores de industria manufacturera	X	X								X		X
Cadena	2011	Trabajadores que manejan químicos	X	X	X							X	X	
Morales	2012	Trabajadores de una empresa de muebles	X		X							X	X	
Caraballo, Rodríguez, Rivero, Rangel y Barrios	2013	Trabajadores de barberías y peluquerías	X	X				X				X		
Haro y Viteri	2013	Trabajadores de restaurante y de cocina	X		X							X	X	
López, Andrade, Dante, Signorini y Molineri	2014	Veterinarios Zootecnistas	X									X		X
Sanz	2014	Empleados de construcción	X	X	X							X	X	
González, Casique y López	2015	Trabajadores de un Rastro Municipal	X									X	X	
Meléndez, Huerta, Hernández, Lavoignet y Santes	2016	Enfermeras			X						X			

Nota:

ME= Músculo-Esqueléticas

R= Respiratorias

P=Psicológicas

N= Neurológicas

G= Gastrointestinales

C=Cardiovasculares

M= Metabólicas

TS= Trastornos del Sueño

OR= Órganos de los Sentidos

TO=Trastornos del Oído

FM= Fatiga Mental

A continuación se mostraran resultados de una investigación realizada en una población de 1938 trabajadores mexicanos de diversas actividades laborales económicas entre los que se encuentran a los Agentes de Vialidad, Trabajadores del Congreso, Trabajadores del Tren Eléctrico y Médicos de tres Instituciones Públicas de Salud, en donde se analiza la presencia o no de patologías relacionadas con el trabajo y su asociación con el Síndrome de burnout (manifestación al estrés laboral crónico) y sus tres dimensiones.

De ese total de sujetos participantes, 429(22.3%) fueron mujeres y 1499 (77.7%) eran hombres. Para analizar de qué se enfermaban, se les preguntó a los participantes sobre qué enfermedades, molestias y/o síntomas habían tenido en los últimos seis meses. Las respuestas obtenidas giraron hacia enfermedades o síntomas como gripes, tos, laringoamigadalis, faringitis, asma bronquial, bronquitis, colitis, enteritis, diarreas, gastritis, enfermedad ácido péptica, úlceras, diabetes, obesidad, colesterol y triglicéridos altos, hipertensión, hipotensión, várices, angina de pecho, insuficiencia cardiaca, lumbalgias, esguinces artralgiás, dolores musculares, reumatismo, tendinitis, problemas de columna vertebral, cefaleas, migrañas, vértigos, epilepsias, neurosis, estrés, depresión, agotamiento, insomnio, ansiedad, cansancio, desmotivación, irritabilidad, apatía, problemas renales, infección de vías urinarias, cataratas u otros problemas oftalmológicos y dentales, mastopatías, problemas menstruales, prostatismo, dengue, u otros problemas de los órganos de los sentidos y dermatológicos, por mencionar algunas.

Todos estos signos y/o síntomas, molestias y enfermedades, fueron ubicadas en grupos de enfermedad. Los resultados demostraron a una población enferma, tanto a nivel respiratorio, gastrointestinal, metabólico, cardiovascular, musculo-esquelético, neurológico, psicológico, ginecológico, andrológico, infeccioso, odontológico, renal, de los órganos

de los sentidos, dermatológico e inespecífico (tabla 1); siendo, en general (toda la población) los grupos de enfermedades más frecuentes las musculoesqueléticas, seguidas por las respiratorias superiores y las gastrointestinales.

Tabla 1. Enfermedades presentes en trabajadores de diversos giros laborales en México

Grupos de enfermedades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Respiratorias superiores	141	7.1
Respiratorias inferiores	12	0.7
Gastrointestinales	111	5.6
Metabólicas	106	5.3
Cardiovasculares	104	5.2
Musculo-esqueléticas	188	9.5
Neurológicas	62	3.1
Psicológicas	70	3.5
Ginecológicas	9	0.5
Andrológicas	4	0.2
Infecciosas no respiratorias	56	2.8
Odontológicas	10	0.5
Inespecíficas	6	0.3
Renales	8	0.5
Órganos de los sentidos	24	1.4
Dermatológicas	2	0.2

Fuente: elaboración propia

Específicamente hablando, los Agentes de Vialidad, los Trabajadores del Congreso y los del Tren Eléctrico son los trabajadores que más se enferman, sobre todo de enfermedades respiratorias superiores e inferiores, gastrointestinales, metabólicas, cardiovasculares, musculo-esqueléticas, neurológicas, psicológicas y otras más (tabla 2).

Tabla 2. Enfermedades por giro laboral y grupos de enfermedad

Grupos de enfermedades	Trabajador Agente de Vialidad		Trabajador Congreso del Estado		Trabajador del Tren eléctrico		Médicos Institución Pública 1		Médicos Institución Pública 2		Médicos Institución Pública 3	
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Enfermedad general	251	30.2	145	62.2	201	43.3	72	57.6	19	46.3	85	42.7
Respiratorias superiores	16	1.9	28	12.0	66	14.2	19	16.2	3	7.3	8	4.0
Respiratorias inferiores	6	0.7	0	0	2	0.4	0	0	0	0	2	1.0
Gastro-intestinales	4	0.5	33	14.2	33	7.1	21	17.9	2	4.9	13	6.5
Metabólicas	61	7.3	15	6.4	9	1.9	3	2.6	4	9.8	13	6.5
Cardio-vasculares	56	6.7	15	6.4	8	1.7	9	7.7	4	9.8	10	5.0
Musculo-esqueléticas	65	7.8	22	9.4	49	10.6	23	19.7	6	14.6	18	9.0
Neurológicas	1	0.1	18	7.7	12	2.6	13	11.1	2	4.9	13	6.5
Psicológicas	3	0.4	21	9.0	10	2.2	12	10.3	1	2.4	10	9.5
Ginecológicas	0	0	0	0	2	0.4	2	1.7	0	0	3	1.5
Andrológicas	2	0.2	0	0	0	0	1	0.8	0	0	1	0.5
Infecciosas no respiratorias	0	0	3	3.1	45	9.7	1	0.8	0	0	6	3.0
Odontológicas	1	0.1	0	0	2	0.4	1	0.8	2	4.9	2	1.0
Inespecíficas	5	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Renales	7	0.8	0	0	1	0.1	0	0	0	0	2	1.0
Órganos de los sentidos	13	1.6	3	1.3	5	1.1	0	0	0	0	1	0.5
Dermatológicas	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia

NOTA: f= frecuencia

%= porcentaje

Según los resultados en cuanto a tasas (estadísticamente) se refiere, la tasa de enfermedad general es más alta (o aparece más veces) para el sexo femenino en la mayoría de las actividades laborales económicas. Datos similares se observan también en las mujeres en cuanto a las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, metabólicas, cardiovasculares, musculoesqueléticas, neurológicas, psicológicas y dermatológicas, mientras que para los hombres, las enfermedades como las infecciosas no respiratorias, odontológicas, inespecíficas, renales y de los órganos de los sentidos son más altas (tabla 3).

Tabla 3. Enfermedades por giro laboral, grupo de enfermedad y sexo

Grupos de enfermedades	Trabajadores Agentes de Vialidad -836		Trabajadores del Congreso del Estado -233		Trabajadores Tren Eléctrico -464		Médicos Institución Pública 1 -163		Médicos Institución Pública 2 -43		Médicos Institución Pública 3 -199	
	f	tasa	f	Tasa	f	Tasa	f	tasa	f	tasa	f	tasa
Enfermedad general												
Mujeres	22	5.1	80	18.6	35	8.1	33	7.6	7	1.6	37	8.6
Hombres	229	15.2	65	4.3	166	11	39	2.6	12	0.8	48	3.2
Respiratorias superiores												
Mujeres	3	0.6	13	3	12	2.7	8	1.8	0	0	4	0.9
Hombres	13	0.8	15	1	54	3.6	11	0.7	3	0.2	4	0.2
Respiratorias inferiores												
Mujeres	2	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Hombres	4	0.2	0	0	2	0.1	0	0	0	0	1	0.06
Gastrointestinales												
Mujeres	0	0	21	2.3	7	1.6	9	2	1	0.2	6	1.3
Hombres	4	0.2	12	0.8	25	1.6	12	0.8	1	0.06	7	0.4
Metabólicas												
Mujeres	0	0	9	2	0	0	1	0.2	2	0.4	4	0.9
Hombres	61	4	6	0.4	9	0.6	2	0.1	2	0.1	9	0.6
Cardiovasculares												
Mujeres	3	0.6	7	1.6	3	0.6	6	1.3	1	0.2	1	0.2
Hombres	53	3.5	8	0.5	5	0.3	3	0.2	3	0.2	9	0.6
Musculo-esqueléticas												
Mujeres	6	1.3	12	2.7	8	1.8	17	3.9	3	0.6	9	2
Hombres	59	3.9	10	0.6	41	2.7	6	0.4	3	0.2	9	0.6

Neurológicas												
Mujeres	0	0	13	3	5	1.1	5	1.1	2	0.4	8	1.8
Hombres	1	0.06	5	0.3	7	0.4	8	0.5	0	0	5	0.3
Psicológicas												
Mujeres	0	0	13	3	4	0.9	8	1.8	0	0	9	2,0
Hombres	3	0.2	8	0.5	6	0.4	4	0.2	1	0.06	1	0.06
Infecciosas no respiratorias												
Mujeres	0	0	0	0	5	1.1	1	0.2	0	0	1	0.2
Hombres	0	0	3	0.2	40	2.6	0	0	0	0	5	0.3
Odontológicas												
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2	1	0.2
Hombres	1	0.06	0	0	2	0.1	1	0.06	1	0.06	1	0.06
Inespecíficas												
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hombres	5	0.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Renales												
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hombres	7	0.4	0	0	1	0.06	0	0	0	0	0	0
Órganos de los sentidos												
Mujeres	1	0.2	1	0.2	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Hombres	12	0.8	2	0.1	5	0.3	0	0	0	0	0	0
Dermatológicas												
Mujeres	0	0	1	0.2	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Hombres	1	0.06	2	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia NOTA: f= frecuencia

La diversidad de factores de riesgo laborales (químicos, físicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales) y las repercusiones que ellos originan en los trabajadores es un problema amenazador, las estadísticas así lo demuestran.

Una de las enfermedades originadas por los riesgos psicosociales es el Síndrome de burnout, el cual se debe a la exposición continua, estresante

y crónica a agentes de riesgo laborales que el individuo percibe como negativos, manifestándose de diversas maneras en la salud del trabajador. Maslach (1993) evalúa tres dimensiones en éste síndrome: agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros”, refiriéndolo Gil Monte y Peiró (2000) y Martos (2000) una patología nueva derivada del estrés laboral crónico.

El Síndrome de burnout en la población trabajadora mexicana se presenta en casi el 50% de la población; la dimensión más prevalente fue la “Falta de realización en el trabajo” con un 36.8% de los trabajadores afectados, seguidos por el 18.4% con “Agotamiento emocional” y en menor porcentaje (11.4%) la “Despersonalización” (tabla 4).

Tabla 4. Prevalencias del Síndrome de burnout en general y por dimensiones del síndrome

Dimensiones del Síndrome	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Prevalencias por dimensión
	No.	%	No.	%	No.	%	
Agotamiento emocional	134	6.9	213	11.0	1587	82.1	17.9
Falta de realización	361	18.7	338	17.5	1233	63.8	36.2
Despersonalización	59	3.1	174	9.0	1701	88.0	12.1
Prevalencia global	948(49.0%)						

Fuente: elaboración propia

Con mayor fuerza se observa que la asociación entre el estar enfermo (con algún tipo de enfermedad) y padecer el Síndrome de burnout es evidente,

tan es así que en los trabajadores mexicanos las enfermedades metabólicas, cardiovasculares y psicológicas se asocian con el síndrome en general y con la dimensión agotamiento emocional en específico, mientras que las musculo-esqueléticas y las neurológicas también lo hacen con el agotamiento emocional y, las psicológicas lo hacen con la despersonalización (tabla 5).

Tabla 5. Únicas asociaciones significativas por grupos de enfermedad, Síndrome de burnout y dimensiones del síndrome en los trabajadores mexicanos de diversos giros laborales

Únicos grupos de enfermedades con asociación	Síndrome de burnout en general	Dimensiones del Síndrome de burnout		
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Falta de realización
Estar enfermo	OR= 1.44 IC= 1.19-1.74 <i>p</i> = 0.000	OR= 4.60 IC= 3.51-6.02 <i>p</i>=0.000	OR=1.34 IC=1.01-1.80 <i>p</i> = 0.042	----
Gastrointestinales	----	OR= 3.43 IC= 2.22-5.29 0.000	----	----
Metabólicas	OR= 1.54 IC= 1.01-2.35 <i>p</i> = 0.041	OR= 1.80 IC= 1.11-2.89 <i>p</i>=0.014	----	----
Cardiovasculares		OR= 2.54 IC= 1.60-4.00 <i>p</i>=0.000	----	----
Musculo-esqueléticas	----	OR= 2.27 IC= 1.58-3.25 <i>p</i>=0.000	----	----

Neurológicas	----	OR= 3.98 IC= 2.26-7.00 p=0.000	----	----
Psicológicas	OR=4.46 IC= 2.32- 8.70 p=0.000	OR= 13.56 IC= 7.57- 24.47 p=0.000	OR= 2.61 IC= 1.41-4.78 p=0.001	----
Renales	----	----	OR= 6.29 IC= 1.30-30.42 p= 0.016	----

Fuente: elaboración propia NOTA: ---- celdas sin asociación

Existe asociación con estar enfermo, padecer problemas gastrointestinales y psicológicos con el Síndrome de burnout en las mujeres, mientras en los hombres se da con estar enfermo, con problemas metabólicos y con psicológicos. En específico, para la dimensión “Agotamiento emocional” se observa asociación entre estar enfermo, tener problemas gastrointestinales, neurológicos y psicológicos para las mujeres, mientras en los hombres esta asociación se da en casi todas las enfermedades excepto las renales. Menores asociaciones se dan con la dimensión “Despersonalización” y ninguna para la de “Falta de Realización” (tabla 6).

Tabla 6. Únicas asociaciones significativas por sexo, grupos de enfermedad, Síndrome de burnout y dimensiones del síndrome en trabajadores mexicanos de diversos giros laborales

Únicos grupos de enfermedades con asociación	Síndrome de burnout en general		Dimensiones del síndrome de burnout						
			Agotamiento emocional		Despersonalización		Falta de realización		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
Estar enfermo									
OR	2.5	1.25	4.41	4.34	4.66	---	---	---	
IC	1.64-3.80	1.01-1.55	2.64-7.41	3.14-6.01	1.88-12.07				
<i>p</i>	0	0.044	0	0	0				
Gastrointestinales									
OR	2.25	---	2.41	3.57					
IC	1.11-4.60		1.21-4.81	1.99-6.39					
<i>p</i>	0.2		0.009	0					
Metabólicas									
OR	---	1.73	---	2.03	---	---	---	---	
IC		1.08-2.76		1.18-3.47					
<i>p</i>		0.018		0.008					
Cardiovasculares									
OR	---	---	---	2.66	---	---	---	---	
IC				1.55-4.52					
<i>p</i>				0					
Musculoesqueléticas									
OR				2.39					
IC	---	---	---	1.52-3.74	---	---	---	---	
<i>p</i>				0					

Neurológicas								
OR	---	---	2.68	3.8	---	---	---	---
IC			1.22- 5.87	1.57- 9.07				
<i>p</i>			0.01	0.002				
Psicológicas								
OR	7.09	3.17	12.8	10.68	4.53	---	---	---
IC	2.52- 21.54	1.34-7.78	5.05- 33.80	4.85- 23.79	1.75- 11.50			
<i>p</i>	0	0.005	0	0	0.001			
Renales								
OR	---	---	---	---	---	6.05	---	---
IC						1.25- 29.31		
<i>p</i>						0.018		

Fuente: elaboración propia NOTA: M= mujeres H= Hombres --- Celdas sin significancia

En este punto es necesario recapitular y resaltar algunos de los aspectos más relevantes. Por ejemplo, las enfermedades que más se encontraron fueron las gastrointestinales, musculoesqueléticas, respiratorias, metabólicas y cardiovasculares y mientras que en este trabajo predominó la población masculina, Orozco, Cortés, Viera, Ramírez y Cueto (2016) encontraron altos porcentajes de obesidad, diabetes (enfermedades metabólicas) y riesgo cardiovascular en 1089 trabajadores de la salud donde el 76% de la población fueron mujeres, lo que puede significar que tanto hombres como mujeres corren el mismo riesgo de enfermarse y que la prevalencia va a depender de la distribución de la muestra. Por otro lado en un trabajo con 346 académicos en el estado de Sonora se encontró que en el 91% de la población con riesgo de padecer enfermedades no transmisibles el 21.7% tuvo presión arterial alta (Vargas, et al., 2015), cifras mayores que las encontradas en este trabajo. Lo mismo sucede respecto a las afectaciones musculoesqueléticas en el estudio de Naranjo y Silva (2014) en 143 trabajadores asistenciales y administrativos en donde el 95.1% de los

trabajadores presentaron algún síntoma, mientras que en la población aquí estudiada fue del 9.5%, sin embargo hay que tomar en cuenta las diferencias de la población de estudio en cuanto a número de participantes y tipo de trabajo, lo cual puede explicar la amplia diferencia de estos porcentajes. Aun así es indispensable resaltar en esta investigación que la cantidad de trabajadores enfermos por población se encuentra entre el 30.2% y el 62.2%, lo que se traduce en personal laborando bajo condiciones poco favorables.

Por otro lado, en cuanto al Síndrome de burnout se refiere, la dimensión de Realización Personal fue la que obtuvo una prevalencia mayor con el 36.2% cifra notoriamente menor que el 60% presentado en Torres, Acosta y Cruz (2013), o al 81.2% presente en anestesiólogos (Arayago, González Lomgui y Guevara, 2016), pero parecida a la del trabajo de Gutiérrez, et al. (2016) con el 30.4% con la diferencia de que la baja realización personal no fue la dimensión más alta en este último estudio, mientras que en este trabajo sí, y que a pesar de haber sido la más alta, no se obtuvo ninguna asociación con alguna enfermedad.

La dimensión que si se asocia con la mayoría de las enfermedades es la de Agotamiento Emocional, resultados similares con Bautista, Tombé y Victoria (2013) en donde esta dimensión se asoció con perturbaciones del sueño, síntomas somáticos y alteraciones de la conducta en personal de seguridad privada, o en el caso de Bringas, Fernández, Álvarez, Martínez y Rodríguez (2015) en donde el Agotamiento Emocional se asoció con la depresión grave, síntomas somáticos, ansiedad, insomnio y la disfunción social en los trabajadores de una penitenciaria.

En cuanto a las diferencias por sexo se encontró que el ser hombre y tener Agotamiento Emocional se asocia con numerosas patologías como las gastrointestinales, cardiovasculares, metabólicas, neurológicas, respiratorias, etc., mientras que en las mujeres sólo con gastrointestinales,

neurológicas y psicológicas. Estos resultados son difíciles de comparar con otros trabajos, porque aunque sí existe evidencia de que desarrollar una enfermedad se asocia o no con ser hombres o mujeres (Hoffmeister et al., 2014; Eller, et al., 2009; Matud, Velasco, Sánchez, del Pinto y Voltes, 2013), y de que existen diferencias de prevalencia del Agotamiento Emocional (Llorent y Ruíz, 2016; Esteras, Chorot y Sandín, 2014), no hay estudios que expliquen la diferencia por sexo ante el riesgo de padecer alguna patología debido (como consecuencia) al Agotamiento Emocional.

Otro de los resultados que llaman la atención es la asociación encontrada entre Despersonalización y patologías renales, que aunque se conoce que las patologías renales tienen factores de riesgo como la hipertensión arterial y el diabetes (Flores, et al., 2009), no hay estudios que hablen de esta asociación encontrada viéndolo desde un punto de vista más psicosocial.

Es necesario señalar que gracias a que la población aquí estudiada es bastante variada, se pueden observar aspectos interesantes respecto a la salud de los trabajadores como ya se demostró. Estos resultados son difíciles de comparar con otros trabajos debido a que no se estudian todas estas patologías en una sola investigación ni con la población aquí tratada, sobre todo en lo que respecta a trabajadores del congreso, agentes de vialidad y trabajadores del transporte eléctrico, que han sido poco estudiadas.

También es importante realizar investigaciones futuras en las que se analicen las características, pero sobre todo la función de la Falta de realización personal en los trabajadores a fin de poder explicar por qué fue que no se obtuvieron asociaciones con enfermedades. Explicaciones que también son necesarias para la dimensión de Agotamiento emocional ya que resulto ser la más dañina.

Por último, es necesario indagar más sobre la relación que existe entre la Despersonalización y las patologías renales, investigando específicamente en cómo es que, las características de una persona con esta dimensión desarrollada pueden llegar a afectar un órgano tan vital.

Referencias

- Arayago, R., González, Á., Limongi, M., & Guevara, H. (2016). Síndrome de burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Rev. Salus. UC.*, 20(1), 13-21
- Arias, R. (2006). Estadísticas de Seguridad y salud en el trabajo: representación cuantitativa de la realidad de la salud de los trabajadores en una institución o país. Seminario Internacional Accidentes de Trabajo. Sao Paulo, Brasil. En: www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081013-140345-839.ppt. Último acceso 20/09/2015.
- Bautista, O., Tombé, P., & Victoria, M. (2013). Síndrome de burnout y su relación con el estado de Salud Mental en un grupo de trabajadores de Seguridad Privada. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 20-24.
- Boada, J., Vallejo, R., Agulló, E., & Mañas, M. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2), 212-218.
- Bringas, C., Fernández, A., Álvarez, E., Martínez, A., & Rodríguez, F. (2015). Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios. *Rev Esp Salud Penit*, 17, 37-46.
- Cadena, M. (2011). *Propuesta de un programa de prevención y protección para la salud de trabajadores de empresas que manejan productos químicos* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador: Ecuador.
- Caraballo, Y., Rodríguez, A., Rivero, Á., Rangel, R., & Barrios, M. (2013). Riesgos laborales en trabajadores de barberías y peluquerías de economía informal. Caracas, Venezuela. *Ciencia & Trabajo*, 15(46), 18-23.
- Eller, H., Netterstrom, B., Gyntelberg, F., Kristensen, S., Nielsen, F., Steptoe, A. & Theorell, T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*, 17(2), 83-97. doi: 10.1097/CRD.0b013e318198c8e9
- Enríquez, C., Colunga, C., Preciado, M., Ángel, M., & Domínguez, R. (2011). Factores psicosociales y estrés en el trabajo hospitalario de enfermería en Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(1), 23-26.

Esteras, J., Chorot, P., Sandín, B. (2014). Predicción del burnout en los docentes. Papel de los factores organizacionales, personales y sociodemográficos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 79-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13059>

Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., & Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista médica de Chile*, 137(1), 137-177.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.

González, M., Casique, A., & López, F. (2015). Estudio de los riesgos de trabajo en el rastro municipal de Tarimoro, Guanajuato. *Revista RAITES (antes Panorama Administrativo)*, 1(2), 10-24.

Gutiérrez, et al. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga. *Revista Investigación en Educación Médica*, 5(18), 102-107.

Haro, B., & Viteri, J. (2013). Caracterización de riesgos laborales en los procesos del área de restaurante y cocina de la Hostería Salva Virgen. *Enfoque UTE*, 4(1), 50-58.

Hoffmeister, L., Vidal, C., Vallebuona, C., Ferrer, N., Vásquez, P., Núñez, G. (2014). Factores asociados a accidentes, enfermedades y ausentismo laboral: análisis de una cohorte de trabajadores formales en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 16(49), 21-27.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS. (2011). *Memoria estadística. Capítulo VI. Salud en el Trabajo*. En: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/memoria_est.htm. Último acceso 19/09/2015.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS. (2012). *Memoria estadística. Capítulo VI. Salud en el Trabajo*. En: http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/memoria_est.htm. Último acceso 10/09/2015.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Memoria Estadística 2014. IMSS, México.

Llorent, V., Ruiz, I. (2016). El burnout y las variables sociodemográficas de los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España). *Cienc. Saúde Coletiva*, 21(1), 3287-3295.

López, M., Andrade, R., Dante, H., Signorini, M., & Molineri, A. (2014). Factores asociados con la presentación de accidentes laborales en veterinarios zootecnistas del departamento de Boyacá (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 30(1), 23-33.

Martos, M. J. A. (2000). Guía para la prevención de estrés. Sindicato de Enfermería (SATSE). Recuperado en [http:// enfermeriaourense.galeon.com](http://enfermeriaourense.galeon.com) en Julio de 2009.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En Schaufeli, Maslach y Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis. pp. 19-32

Matud, M., Velasco, M., Sánchez, L., del Pinto, M., & Voltes, D. (2013). Acoso Laboral en mujeres y hombres. *Salud de los Trabajadores*, 21(1), 19-30.

Meléndez, S., Huerta, S., Hernández, E., Lavoignet, B., & Santes, M. (2016). Síndrome de burnout y salud mental en enfermeras de un hospital. *Nure Inv.*, 13(82), 2-6.

Mendizábal, G. (2016). Los riesgos de trabajo en el contexto de la globalización. *Revista jurídica*, 4(41), 16-35.

Morales, M. (2011). *La seguridad industrial y su incidencia en los riesgos de trabajo, en la empresa Muebles María Elena, de la Parroquia Huambaló, en el año 2011* (Tesis de Ingeniería). Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias Administrativas: Ecuador.

Naranjo, D., & Silva, I. (2014). Relación entre el ausentismo laboral y los síntomas músculo-esqueléticos en trabajadores de la salud de una institución prestadora de servicios de salud sexual y reproductiva. *Medicina (Bogotá)*, 36(1), 45-55.

Neffa, J. C. (2003). *El trabajo humano: contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Lumen Press: México.

Organización Internacional del Trabajo/OIT. (2015). La definición de los accidentes de trabajo. En: (http://white.oit.org.pe/ssos/documentos/cobertura_riesgos/secsoc/anexoii.html). Último acceso 13/09/2015.

Orozco, C., Cortés, L., Viera, J., Ramírez, J., & Cueto, A. (2016). Prevalencia de riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 54(5), 594-601.

Pulido, M., & Noriega, M. (2003). Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 269-277.

Reino, J., & Chamorro, J. (2015). Riesgo Cardiovascular y nivel de estrés laboral en trabajadores de salud de una ESE. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 5(2), 10-15.

Rey, P., & Lesage, M. (1998). Indemnización a los trabajadores: temas relacionados. EN: Jeanne Mager, Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.

Rodríguez, L., & Alonzo, J. (2004). Efecto de los factores ambientales, laborales y psicosociales, en el síndrome del edificio enfermo. *Ingeniería*, 8(2), 1-8.

Romero, J., Toledo, Y., & Ocampo, V. (2014). El sector servicios: revisión de los aportes para su teorización y estudio. *Tecsisotecatl: Revista Electrónica de Ciencias Sociales*, 6(16), 1-20.

Sanz, F. (2014). Riesgos laborales emergentes en el sector de la construcción. *Seguridad y salud en el trabajo*, 80, 6-17.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social / STPS. (2001-2010). Información sobre Accidentes y Enfermedades de Trabajo Nacional 2001-2010. En: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/estadisticas/Nacional%202001-2010.pdf>. Último acceso 20/09/2015.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social / STPS. (2003-2012). Información sobre Accidentes y Enfermedades de Trabajo Distrito Federal 2003-2012. En: <http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/estadisticas/Distrito%20Federal%202003-2012.pdf>. Último acceso 20/09/2015.

Torres, A., Acosta, M., & Cruz, A. (2013). Burnout y estrategias de afrontamiento en personal de atención en salud en una empresa social del estado nivel 2. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 16-19.

Vargas, M., Barragán, O., Peralta, S., Hernández, E., Ontiveros, M., Favela, M., & Acuña, M. (2015). Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en académicos universitarios. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 18(2), 2-8.

Velasco, M., & Noriega, M. (2006). Evaluación de las causas de accidentes y enfermedades en una industria manufacturera de vidrio. *Salud de los Trabajadores*, 14(1), 5-17.

CAPÍTULO II

Salario Emocional

Sandra Margarita Rubio Ávila / Carolina Aranda Beltrán

Universidad de Guadalajara

Las nuevas tendencias de los mercados laborales se encuentran relacionadas con la internacionalización, la innovación tecnológica, la economía compartida y la inestabilidad. La política laboral de las organizaciones tendrá que buscar la mejor manera de adaptarse a esta realidad, equilibrando el objetivo de capitalizar las oportunidades que brinda con el fin de promover una gestión adecuada y proactiva de los riesgos y así reducir los posibles efectos adversos en las personas.

La administración ha tenido un claro desarrollo; desde la administración científica fundada por Taylor donde se establece una organización racional del trabajo con el estudio de tiempos y movimientos, la división de tareas y la especialización del trabajo (Vázquez, 2005); es la etapa en que se hace énfasis en las máquinas y el ser humano es un apéndice de éstas; se consideraba que el salario pecuniario (monetario) era la única fuente de motivación por lo que se implementaron planes e incentivos salariales relacionados con el desempeño y los estándares establecidos.

A la siguiente etapa se le dio un enfoque humanista con la teoría de las *relaciones humanas*, la administración se orienta a las tareas y la estructura de la empresa; el experimento de Hawthorne evidencia la necesidad de integrar el comportamiento social de los trabajadores en los procesos productivos, se hace indispensable “[...] *conciliar y armonizar las dos funciones básicas de la organización industrial: la función económica (producir bienes y servicios*

para garantizar el equilibrio externo) y la función social (brindar satisfacciones a los participantes para garantizar el equilibrio interno)” (Vázquez, 2005. p. 63). De tal manera que se integra a los saberes de la administración los estudios de la motivación humana.

Con la tercera etapa llamada neoclásica surgen los enfoques de tipo de organización, departamentalización y el proceso administrativo y administración por objetivos, se hace énfasis en resultados, ventajas y desventajas de la centralización y descentralización.

En la etapa más reciente surge el enfoque estructuralista donde se encuentra el modelo burocrático de organización, la teoría del desarrollo organizacional, la teoría de sistemas y la teoría situacional que ubica a la administración como una ciencia ecléctica e integradora y como lo dice Vázquez (2005) “[...] *al mismo tiempo relativista y situacional*”. De tal manera que la administración ha transitado por numerosos cambios de enfoque y estilo de liderazgo para colaboradores cada vez más preparados y consientes de sí mismos.

Se hace relevante mencionar las teorías administrativas para comprender el desarrollo que ha tenido la gestión de personal o humana en las organizaciones. De acuerdo a Calderón y cols. (2006) las primeras prácticas de gestión humana suceden a mediados del siglo XIX y presentan evolución a partir del año 1870 en relación a la concepción del ser humano, concepción del trabajo y teorías aplicadas a la gestión. Los autores reconocen que la gestión humana es un asunto complejo que requiere de un abordaje interdisciplinar (Suárez, 2006).

Así mismo los autores consideran que a partir del año 1991 se estudia al ser humano desde la psicología, el concepto de trabajo presenta un enfoque de mercancía libre de mercado, la característica del momento

histórico es el neoliberalismo y en las relaciones laborales existe un factor de flexibilización y desregulación del trabajo; por lo tanto el reto es: [...] encontrar sistemas de recursos humanos que faciliten la innovación, la evaluación de una cultura organizacional proclive a la competitividad y, en general, a la comprensión de los intangibles como soporte de una estrategia que busca volver competitivas a las empresas (Suárez, 2016).

Una parte muy importante de la gestión de personal es la salud ocupacional; entendida ésta como el “[...] *máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste, en todos los planos, físico, mental y social*” (Parra, 2003, p.3).

La salud ocupacional también ha transitado por varios enfoques y se ha adaptado a las diferentes etapas de la administración y de la gestión de los recursos humanos. La salud ocupacional es atendida de manera preventiva y correctiva de manera multidisciplinar y debe ser una prioridad para las personas interesadas en los procesos productivos; es decir, colaboradores, alta dirección, gobierno y clientes o usuarios. De acuerdo a Hernández y Romero, (2017) los paradigmas para el ejercicio de la salud ocupacional que se han identificado son los siguientes;

- ∞ Biologicista
- ∞ Ambientalista
- ∞ Dinámico

El paradigma biologicista hace énfasis en el hombre enfermo, ya sea por las condiciones del trabajo o por alguna otra razón, como resultado de este enfoque sólo se puede ofrecer diagnóstico, tratamiento y posiblemente algún documento legal que permita que el trabajador pueda descansar para recuperarse, como se puede identificar la gestión es esencialmente correctiva y limitada.

El paradigma ambientalista hace énfasis en las condiciones de trabajo y la métrica límite para preservar la salud de los trabajadores; algunos autores reconocen que el paradigma se, “[...] ocupa de normas estándares, o sea, ¿cuáles son las condiciones en que un hombre promedio (que no existe, es una construcción) puede realizar su trabajo sin enfermarse o menoscabar su salud?” (Hernández y Romero, 2017); como se puede identificar en este paradigma el autor parte del concepto del ser humano inacabado y se comienzan a establecer límites de la exposición a los riesgos de trabajo; es decir se comienza a utilizar un enfoque preventivo de la relación del ambiente físico del trabajo con el colaborador.

En el tercer y último paradigma que proponen los autores se refiere al dinámico como un modelo donde se reconoce al trabajador en su aspecto social, en este paradigma se busca “[...] lograr una mayor eficacia y satisfacción en el trabajo y que contribuya a formar la personalidad del trabajador” (Hernández y Romero, 2017. p. 58); como se puede identificar el enfoque del tercer paradigma es proactivo y parte de la idea de que el trabajo puede convertirse en una fuente de salud mediante el salario, la actividad física y mental, el contacto social, el desarrollo de una actividad con sentido y la producción de bienes y servicios necesarios para el bienestar de otros individuos y grupos (Parra, 2003).

Si bien es cierto que el trabajo y la salud ocupacional pueden ser promotores de la salud y bienestar del trabajador debemos recordar que las organizaciones también obtienen beneficios de la promoción del trabajo con salud ocupacional.

Uno de los beneficios de las organizaciones en la promoción del trabajo con salud ocupacional y la motivación es la fidelización de empleados o retención de personal dado que se trata de recursos; una vacante genera la utilización de recursos, desde el reclutamiento y selección,

inducción al puesto, capacitación y en general el uso de recursos tangibles e intangibles en la curva de aprendizaje del ocupante del puesto con las funciones del mismo. La Torre (2017) reconoce la importancia de retener al personal de la siguiente manera *“Por tanto, es recomendable que la persona que se ha formado en la empresa pueda aportar su trabajo de manera continuada”*. Lo anterior supone que la empresa debe diseñar e implementar una buena estrategia para retener el recurso humano.

Otro beneficio de las organizaciones que consideran la motivación del personal es el incremento de la eficiencia y eficacia de su personal. La eficiencia es definida en el glosario de términos administrativos como la *“Capacidad para cumplir en el lugar, tiempo, calidad y cantidad las metas y objetivos establecidos”* (Inesa, 1982, p.74); es decir la eficiencia se relaciona con el uso de los recursos tal como fueron planificados. Por su parte la eficiencia es definida como *“[...] el uso más racional de los medios con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado”* (Inesa, 1982), el concepto se encuentra vinculado a la optimización de recursos, hacer más con menos recursos. Para la organización es muy importante la eficacia y eficiencia porque es posible que incremente sus ganancias con la implementación de dichos conceptos en sus procesos productivos, por supuesto sólo con colaboradores motivados se puede alcanzar un nivel óptimo de eficacia y eficiencia. Como lo asevera Barragán, Castillo, Villalpando, Guerra (2009), la *“[...] verdadera naturaleza de la visión y misión se lleva a cabo mediante empleados eficientes, productivos y orientados al cliente, y por lo contrario, la insatisfacción de los empleados impacta directamente en los resultados operativos”* (p.35)

Las organizaciones están convencidas de que para alcanzar las metas organizacionales requieren de personal comprometido y sano. Un beneficio más para fomentar la motivación y satisfacción del personal es el incremento de la percepción favorable del trabajador del clima organizacional y

consecuentemente el incremento de la misma motivación; es decir, se convierte en un círculo virtuoso. Castillo y Pérez (2011) referenciado por Morales (2017) hace mención al constructo de clima organizacional como “[...] *la percepción que tienen las personas respecto al ambiente circundante de las organizaciones en las cuales interactúan*” (p.11) y Chiavenato (2009) considera que la construcción del clima es la suma de la motivación de los trabajadores.

El constructo de salario emocional es relativamente novedoso, en él se muestran diferentes visiones de su aplicabilidad así como su naturaleza subjetiva. Diferentes bases de datos de literatura académica como la psicología, sociología, administración y economía lo han manifestado de esa manera.

En el año 2006 Puyal escribió sobre el salario emocional como la clave para reducir el estrés en la organización, define el concepto como “[...] *cualquier forma de compensación, retribución, contraprestación... no monetaria, que recibe un empleado a cambio de su aportación laboral*” (p.45) reconoce que es una definición genérica y que la aplicación es compleja y debe ser singular; el autor menciona la teoría de las 4C’s de salario emocional; condiciones suficientes para que el colaborador trabaje a gusto, condiciones ambientales del espacio de trabajo, compañerismo en las relaciones laborales y conciliación de trabajo familia; el artículo se enfoca en la aplicación de instrumentos facilitadores de conciliación que se apoya en el modelo de empresa familiarmente responsable para implementarse; sin embargo excluye la aplicación en una población específica, los métodos utilizados y sus resultados.

Por su parte Rocco (2011) menciona que el concepto de salario emocional tiene distintos elementos; sin embargo “[...] *la mayoría converge en que es un término que se refiere a los factores no relacionados con el sueldo económico*” (p.23) relaciona el concepto con factores que pueden contribuir a aumentar

la satisfacción del personal y asegurar su permanencia en la organización, factores como: formación ofrecida por la empresa, calidad de la relación con el supervisor inmediato, poder expresar ideas y sugerencias, oportunidad de ascenso y promoción, retos profesionales, planificación de carrera profesional, ambiente laboral agradable, y flexibilidad, seguridad, equidad y reconocimiento.

Este análisis teórico de Rocco concluye en que existe una influencia del salario emocional sobre la satisfacción laboral dado que influye en los niveles de satisfacción de los sujetos a través del enriquecimiento del trabajo; el autor reconoce que el concepto no ha sido investigado y aplicado lo suficiente en la realidad chilena y actual, considerando una oportunidad para estudios subsecuentes.

Hay autores que opinan que la definición de salario emocional se encuentra relacionada con la identificación de contraprestación y, también, con reciprocidad, equidad y frecuencia; la palabra emocional que implica satisfactores de necesidades personales, así como elementos satisfactorios del clima laboral, los componentes del salario emocional que se reconocen son las formas de ser, hacer y estar; de carácter individual y colectivo. La autora menciona que lo que valoran los empleados son condiciones suficientes para trabajar a gusto, condiciones ambientales del espacio de trabajo, compañerismo en las relaciones laborales y conciliación de trabajo-familia; por otra parte comenta que varias investigaciones coinciden en que las empresas deben centrar sus esfuerzos en las siguientes condiciones; factores de desarrollo profesional y relacional, factores de compensación psicológica, factores de conciliación familiar y personal, factores de retribución variable y fija y; factores de valor añadido, como ubicación geográfica, procesos administrativos ágiles, mejores condiciones de evaluación del desempeño y calidad de vida laboral (Gómez, 2011).

Así mismo Santana (2014) comenta que es necesario una escala cuyo propósito sea identificar las preferencias salariales de un segmento de la población, se consideraron a los jóvenes denominados en la generación “Y”; es decir las personas nacidas entre 1980 y 1994 (Zemke, 2010) referenciado por Santana (2014); que cuentan con cultura, creencias, y conductas compartidas presentan atributos relacionados con el uso de la tecnología y equilibrio trabajo – vida. La muestra fue conformada por 219 sujetos estudiantes de relaciones laborales; se encontró que la escala fue fiable en el indicador alfa de Cronbach dado que el indicador fue superior a 0,70; además no existen ítems que al ser eliminados incrementen la fiabilidad global de la escala; así mismo se concluye que: [...] los jóvenes valoran el salario en su trabajo, pero no es lo más valorado. En este sentido y en relación al concepto de salario emocional, estarían dispuestos a complementar el salario monetario con seguro médico, becas para formación, flexibilidad de horario, buen ambiente de trabajo, planes de pensiones y días libres. Estos aspectos también son relevantes para la gestión de los recursos humanos en la empresa.

Por otro lado Pullupaxi (2014) identifica al salario emocional como factor motivación en el desempeño de colaboradores de una empresa hospitalaria donde se encontró evidencia de correlación entre motivación satisfactoria con mejora de desempeño laboral.

Para Soler (2015) es interesante abordar el salario emocional para el equilibrio de la vida personal y profesional en los centros universitarios; el autor se refiere a los beneficios sociales o las políticas de conciliación laboral y personal como parte del salario emocional, reconoce que

“[...] en el marco de la política retributiva se ha generado una compensación enfocada a potenciar el equilibrio de la vida personal y profesional de los trabajadores con la finalidad de influir, en la carga

emocional que supone esta retribución, en las actitudes y comportamientos de los trabajadores [...]”(p.22) el autor refiere que con esa filosofía se fomentan aquellos aspectos que pueden mejorar la relación del trabajador con el puesto de trabajo, la empresa y la vida personal o familiar; declara que las compensaciones deben ser elegidas por el grupo de trabajadores de acuerdo a sus necesidades y que se requiere de una estructura que facilite la elección y el acceso a las políticas retributivas; es decir, contar con estructuras y reglas que dejen fuera a la discrecionalidad al otorgar los beneficios del salario emocional.

Para este autor la estructura del salario emocional tiene dos categorías; 1. La retribución no tangible y económica y 2. Los beneficios sociales, ambos aspectos deben ser considerados por las organizaciones para la mejora del trabajador en el ámbito personal y profesional.

1. La retribución no tangible y no económica se refiere a la predisposición del trabajador hacia el puesto de trabajo y la empresa. Por ejemplo, facilidad horaria de entrada y salida del trabajo para organizar su vida personal o, incluso facilitar zonas de descanso para potenciar la creatividad.
2. Las cortesías sociales son consideradas como los beneficios a los que los colaboradores tienen acceso frente a necesidades temporales. Por ejemplo, vales de restaurant, cheques para formación de hijos, descuentos en polideportivos o beneficios de productos o servicios.

La investigación llevó a diseñar un cuestionario específico; el cuestionario fue creado por el investigador con base en la propia experiencia profesional y considerando los referentes de la literatura científica, se generó una primera versión con 80 ítems organizados en tres bloques: la descripción del participante (datos sociodemográficos), la solicitud y utilización de los

beneficios sociales y la opinión que les supone los mismos. Se realizó una primera prueba piloto a profesores con los resultados y valoraciones se descartaron y modificaron varios ítems, se realizó una segunda prueba piloto con 14 profesores y personal administrativo, quedando una versión final de 78 ítems, no se especifica porcentaje de confiabilidad, validez y objetividad.

En el trabajo de Castañeda, Salinas y Uribe (2016) se presenta a la empresa de consultoría en psicología positiva expresada en el salario emocional dirigida al área comercial de las compañías de tecnología; la investigación tiene el propósito de “[...] *identificar los factores que mantienen la desmotivación de los empleados en una organización [...]*” (2016,p. 2), la población a la que dirigen el producto es para cualquier persona que sienta necesidad de cambiar o mejorar, se diseñaron encuestas para identificar las necesidades y se desarrollaron actividades experienciales dinámicas en temas específicos detectados con anterioridad. Las autoras reconocen que el salario emocional es un concepto que se encuentra “[...] *asociado a la remuneración de una persona en la que se incluyen fundamentalmente, cuestiones de carácter no económico, cuyo objetivo es satisfacer sus necesidades personales, familiares y profesionales, al tiempo que mejoramos su calidad de vida*” (Castañeda, Salinas y Uribe, 2016, p.23).

Respecto a la historia del salario emocional las autoras referenciando a la revista “El tiempo” comentan que “[...] hace más de dos décadas existe el tema de salario emocional en las organizaciones por el Ayman Sawaf” (Castañeda y cols. 2016) de acuerdo a los autores de esta manera se consideran los primeros trabajos para relacionar las cuestiones emocionales con la gestión de personal y así es “[...] *como el salario emocional se convirtió en una herramienta de gestión organizacional*” (Castañeda y cols. 2016, 24) Estos autores identifican como componentes del salario emocional, la motivación, las necesidades de las personas y cómo influyen en el trabajo, así como la satisfacción laboral. No se hace referencia al cuestionario o encuesta referenciada al inicio del documento.

Bajo los diversos conceptos descritos anteriormente y con base en el análisis realizado el que más se acerca a la definición de salario emocional es la siguiente: la retribución no pecuniaria que recibe el trabajador de manera recíproca, equitativa y frecuente, referenciada de la siguiente manera;

[...] Los estudios científicos han demostrado que existe otro tipo de salario o retribución no pecuniaria que favorece no solo la eficacia y la eficiencia en el trabajo por parte del empleado, sino que a su vez beneficia a la organización y ayuda a crear y mantener un adecuado clima laboral, y al enriquecimiento personal de quienes reciben dicha retribución y reconocimiento a cambio de su esfuerzo. (Padilla, 2013, p. 193)

Para facilitar la comprensión del concepto de salario emocional debemos considerar el constructo de salario y su implicación en las relaciones de trabajo. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los salarios son un componente fundamental de las condiciones de trabajo en virtud de ser uno de los costos principales del empleador y la principal fuente de ingresos de los colaboradores. Se puede definir al salario como la retribución que debe recibir el trabajador por el desempeño de su trabajo.

El salario puede clasificarse desde diferentes perspectivas en; dinero o especie, es decir en una cantidad monetaria o en beneficios que pueden ser utilizados por el trabajador para suplir diferentes tipos de necesidades. Puede ser ordinario o extraordinario en función de la prestación del servicio durante el tiempo estipulado o acordado y aquel tiempo en el que no se consideró en la contratación inicial. Puede ser fijo o variable de acuerdo a la unidad de medición establecida con anterioridad o a los cambios que puede sufrir de acuerdo al desempeño del trabajador.

Para la estipulación del salario intervienen varios indicadores como puede ser esfuerzo, conocimiento, riesgo, especialización de la tarea, oferta y demanda de mano de obra calificada, etc. Cada empresa realiza el ejercicio de determinar sus salarios de acuerdo a los criterios que apliquen en su caso específico.

Lo real es que la bina de trabajo y salario es una muestra de la evolución del trabajo y del mismo ser humano, ya que se considera que el salario, en cualquiera de sus clasificaciones, es un derecho del trabajador y es una manera de reconocer su esfuerzo y dedicación al trabajo y así es considerado para el presente estudio.

Otro concepto relacionado con el constructo analizado es el aspecto emocional en las organizaciones, como se ha mencionado con anterioridad la administración, gestión de personal y salud ocupacional han hecho énfasis en la necesidad de reconocer el aspecto emocional en los trabajadores de las organizaciones.

Actualmente existe una tendencia hacia considerar que *“Pensar y hablar acerca de las emociones en los ambientes de trabajo es imprescindible cuando se pretende generar entornos organizacionales favorables”* (Rubí, 2016, p.67). Los entornos organizacionales son el *“Conjunto de descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona dentro de una organización”* (Tovalín, 2016, p.29); para que sean favorables deben contar con las siguientes características:

- ∞ Promover el sentido de pertenencia
- ∞ Brindar formación para la tarea encomendada
- ∞ Definir de forma precisa las responsabilidades
- ∞ Promover la participación proactiva y la comunicación entre los integrantes
- ∞ Garantizar la distribución adecuada de cargas de trabajo
- ∞ Establecer jornadas regulares
- ∞ Contar con programas de evaluación y reconocimiento del desempeño

En México, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), dependencia del Poder Ejecutivo Federal que tiene a su cargo el desempeño de las facultades que le atribuyen la Ley Federal del Trabajo, presentó el Programa Nacional de Bienestar emocional y Desarrollo Humano en el Trabajo 2015-2018 (PRONABET) cuyo propósito es

Promover una cultura laboral que fomente el bienestar emocional y el desarrollo humano en el trabajo, promoviendo entornos organizacionales favorables para la seguridad y la salud en el lugar de trabajo así como el incremento en la productividad laboral, en un clima de diálogo social y con un modelo dinámico e interrelacionado que contemple al individuo, al lugar de trabajo, a la familia, al entorno social y a la comunidad.

En el mismo programa diagnostica que el estrés en el trabajo ha generado un incremento de dependencia al alcohol de 5.0% a 6.2% y; más de medio millón de personas en México son dependientes a alguna droga ilegal; además de que fallecen diariamente 164 personas por el tabaquismo. Así mismo 37 millones de personas padecen trastornos de sueño que se crean por cuestiones de trabajo, lo cual genera un problema de salud pública. Respecto a la depresión Martínez y cols. (2005) encontraron una correlación entre el patrón de consumo de alcohol y/o drogas y la depresión; así como que 47.5% personal médico residente presenta signos depresivos.

En el contexto de las emociones en el trabajo Rubí (2016) muestra varias definiciones de emoción; lo hace como la agitación o perturbación, la alteración efectiva o movimiento extraordinario; para la psicología es definido como *“Estado afectivo; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa”* (p. 63) y abunda en el enfoque neurológico como un proceso de respuesta del cerebro ante un estímulo – real o recordado- que desencadena una emoción y una respuesta automática que puede ser física o mental. El autor lo menciona de la siguiente manera:

Las emociones conducen al movimiento y a diversas acciones, muchas de ellas públicas, visibles a otros (as) y que se manifiestan en el rostro, en la voz, en conductas específicas y que por tanto están presentes

en todo acto relacional, por lo que el ámbito laboral es un espacio donde su manifestación es determinante

Las emociones en el trabajo son relevantes por el aspecto social que prevalece en la consecución de los objetivos organizacionales y por ende la productividad.

El mismo autor hace una clasificación de las emociones como:

1. De fondo, reflejan estados de ánimo momentáneos
2. Primarias o básicas; son fácilmente identificables
3. Sociales; como la simpatía, vergüenza, orgullo, celos, etc.

Para este autor las emociones van mucho más allá que ser consideradas como una expresión biológica, conductual o fisiológica, para un ambiente laboral se debe concebir como el resultado del lenguaje y cultura de las personas, por lo que se hace necesario implementar programas que el colaborador perciba como beneficioso para su satisfacción y motivación y generen una respuesta positiva como la permanencia en el trabajo; la eficiencia y eficacia, la comunicación interpersonal y la mejora del clima organizacional.

Las emociones relacionadas con el salario cuentan con varios modelos teóricos donde se integran tres enfoques; las teorías del campo o espacio vital de Kurt Lewin, el modelo bi-factorial o dual de Herzberg y la psicología positiva o bienestar subjetivo de Martin Seligman.

La primera teoría referenciada en el párrafo anterior es la teoría del campo en psicología social de Kurt Lewin. Para el autor el concepto de campo es considerado como la interacción entre el ambiente y la persona, en ese campo o espacio vital se encuentra la representación del mundo, “[...] *la representación del mundo, los objetivos personales, los miedos, las experiencias pasadas,*

y a la vez contiene aspectos un poco más “objetivos”, como son las condiciones físicas y sociales del ambiente” (Lewin,1988, p. 1); e manera que en ese espacio vital convergen el ambiente físico y psicológico del individuo.

Respecto a las necesidades psicológicas de los individuos Lewin afirma que dentro de cada uno de ellos se cuenta con sistemas que entra en tensión; una vez que ha sido satisfecha la tensión desaparece. Los sistemas cuentan con regiones de valencias positivas y negativas y regiones metas que es hacia los individuos se orientan para desaparecer la tensión; precisamente en ese lugar es donde se generan los impulsos que se manifiestan como un pensamiento que se desarrollará como un comportamiento, haciendo predecible las conductas de las personas.

La teoría es compatible con salario emocional dado que considera la cohesión grupal como un “[...] *campo total de fuerzas que actúan sobre los miembros para que permanezcan en el grupo* (Lewin, 1988, p. 2); de esta manera se considera la fidelización o permanencia de los colaboradores en la empresa.

La segunda teoría compatible con salario emocional es la teoría dual, bi-factorial o de la motivación e higiene de Frederick Irving Herzberg psicólogo industrial y organizacional que enfocó su trabajo en encontrar la satisfacción laboral y salud mental en las organizaciones. En 1959 expuso su teoría de Motivación-Higiene, la cual sostiene que “[...] *la motivación en los ambientes laborales se deriva de dos conjuntos de factores independientes y específicos.*” (Pinto, 2002, p. 81). Los factores de Higiene (Herzberg, 2003) se refieren a los sentimientos negativos o de no satisfacción y que se atribuyen al contexto de los puestos, los factores de higiene son:

- Supervisión
- Relaciones con el supervisor
- Condiciones físicas de trabajo
- Salario
- Relación con los pares
- Vida personal
- Relación con los subordinados
- Status
- Seguridad

De acuerdo a Herzberg cuando hay ausencia de los factores de higiene no motivan a los trabajadores; sin embargo, su sola presencia no garantiza la motivación.

Los factores motivadores son:

- logro
- Reconocimiento
- Trabajo en sí mismo
- Responsabilidad
- Avance
- Crecimiento

Cuando se presentan los factores motivacionales en el puesto de trabajo se provoca un alto nivel de motivación y se estimula un alto desempeño.

Lo anterior permitió a Herzberg establecer uno de los principios más importantes en el campo de la motivación laboral: La satisfacción y la no satisfacción son conceptos distintos e independientes *“Cuando mucho, los factores de higiene no producen ninguna satisfacción y pueden generar*

insatisfacción. Por el contrario, los motivadores dan origen a satisfacciones y, en el peor de los casos, no crean insatisfacción” (Pinto, 2002)

La tercera teoría compatible con el concepto de salario emocional es la psicología positiva o modelo PERMA donde uno de los principales autores en Martin Seligman, la teoría tiene el propósito de alcanzar el equilibrio y bienestar mayor a través del conocimiento y crecimiento personal; el enfoque de psicología positiva Perandones y cols (2014) referenciado a Akumal (2000) lo define como “[...] *el estudio científico del funcionamiento humano óptimo y tiene como objetivo general descubrir y promover aquellos factores que permiten crecer a los individuos y a las comunidades*”. Martin Seligman entre otros han desarrollado un modelo denominado PERMA por sus siglas en inglés P= Positive Emotions. E = Engagement. R= Relationships. M = Meaning. A = Accomplishment.

La relación de la psicología positiva (PP) y el concepto de salario emocional se da a partir del enfoque de la primera en la construcción de una “[...] *vida feliz, saludable, productiva y significativa*” (Castañeda y cols., 2016) y los objetivos del salario emocional en las organizaciones.

De acuerdo al Instituto Europeo de Psicología Positiva las emociones positivas deben cultivarse de manera continua en las personas, a través de recordar momentos o situaciones que generen felicidad y la gratitud. El compromiso se refiere de identificar las fortalezas personales y practicarlas en las actividades laborales cotidianas para alcanzar lo que llaman flujo de conciencia. Las relaciones positivas se relacionan con el soporte o apoyo que influye en la percepción de bienestar. El significado o sentido incluye conocer la función o misión de vida. El logro se refiere a la sensación de plenitud al alcanzar una meta o terminar una tarea que se ha establecido con anterioridad.

De acuerdo al autor, cada una de las dimensiones del modelo PERMA deben cultivarse por separado, todas o algunas de ellas o variar de niveles a lo largo de la vida. Cada una de las dimensiones del modelo PERMA se puede medir, desarrollar o aplicar a los individuos en sus distintos roles, tal como individuos, grupos, empresa o gobierno.

Existen varios modelos de psicología positiva como puede ser el modelo de Jahoda, el modelo de bienestar psicológico de Ryff, el modelo de bienestar y salud mental de Keyes (Castañeda y cols. 2016) para el presente trabajo se ha optado por el modelo PERMA o de las tres vías de Seligman por considerar que son elementos que deben ser aplicados al trabajo para el bienestar general del colaborador; es decir el colaborador no solo tiene el rol laboral sino que cuenta con varios roles en la sociedad y el trabajo

Por lo anteriormente expresado se sugiere tres dimensiones para el constructo de salario emocional; los elementos extrínsecos o de higiene de Herzberg, los elementos intrínsecos de motivación del mismo autor y los elementos del modelo PERMA de Seligman.

A manera de conclusión, el concepto de salario emocional es un concepto novedoso que es pertinente para el actual modelo de administración, de gestión de personal y salud ocupacional; es compatible con el concepto de ser humano integral con un importante enfoque en la salud y equilibrio trabajo vida. Es congruente con las necesidades de las organizaciones de aumentar la productividad sin afectar la salud de sus colaboradores y las necesidades de los trabajadores de reconocimiento y sentido por su trabajo. Es un ganar – ganar para todas las partes interesadas en los procesos productivos.

Las ventajas de implementar y evaluar programas de salario emocional en las empresas son muchas y muy variadas, algunas de ellas

requieren de recursos o inversiones mínimas y el impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias es importante; por tal motivo se hace evidente recomendar la inclusión del tema de salario emocional, su implementación y evaluación a través de investigaciones con rigor metodológico en los programas educativos para la generación de conocimiento aplicable a las diferentes disciplinas relacionadas con la gestión de personas y la economía.

Las teorías involucradas en la motivación de personal deben ser analizadas bajo el nuevo enfoque de la era digital y las características sociales de los perfiles de los futuros trabajos y trabajadores a fin de reflexionar sobre las oportunidades y dar certeza a la gestión de personal.

Para fomentar sociedades sanas es necesario incluir al trabajo como una actividad que propicie el crecimiento o desarrollo del trabajador, e integrar el área emocional al mismo, finalmente como decía Víctor Pauchet *“El trabajo más productivo es el que sale de las manos de un hombre contento”*.

Referencias

Barragán, J. Castillo, J. Villalpando P. Guerra P. (2009). Estrategias de retención de empleados eficientes: Importancia estratégica de fidelización de los empleados en organizaciones internacionales. Nuevo León, México. *Innovaciones de Negocios* 6(1): 33-43.

Calderón, G. Álvarez, C. Naranjo, J. (2006). *Gestión Humana en las Organizaciones. Un fenómeno complejo: evolución, retos, tendencias y perspectivas de investigación.* Cuadernos Administración 19 (32) julio- diciembre. Bogotá, Colombia.

Castañeda, D. Salinas, K. Uribe, D. (2016). *Empresa de consultoría en psicología positiva expresada en el salario emocional dirigido al área comercial de las compañías de tecnología.* Tesis inédita. U católica. Colombia.

Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones.* Segunda edición. México DF: Mc Graw Hill.

Gómez, C. (2011). *El salario emocional.* Borradores de Administración–CESA No, 47. Bogotá, Colombia.

Guerra P. Sosa, M. (2015). *Impacto del salario emocional en la calidad de vida de los colaboradores y su influencia en el servicio hacia el cliente externo.* Tesis inédita. Maestría en dirección estratégica de recursos humanos. Pontificia universidad católica Del Ecuador. Quito.

Hernández, P. y Romero, J. (2017). *Psicología y salud ocupacional I. Un recorrido histórico por el trabajo en el instituto nacional de salud de los trabajadores de la habana.* *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 18(1), 57-66.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Field theory in social science.* Lewin, K. *Metodología de la investigación.* La Habana: Editorial Félix Varela.

Herzberg, F. (2003). *Una vez más ¿cómo motivar a sus empleados?* Harvard Business Review. Recuperado de: http://www.enhancingpeople.com/paginas/master/Bibliografia_MCP/Biblio07/UNA%20VEZ%20MAS%20COMO%20MOTIVAR%20A%20NUESTROS%20EMPLEADOS-HERZBERG.pdf

Inesa, A. (1982). Glosario de términos administrativos. Recuperado de: <http://www.inap.mx/portal/images/RAP/63%20glosario%20de%20terminos%20administrativos%20.pdf>

La Torre Morales, G. (2014). La justicia como estrategia de comunicación interna para la fidelización del talento: aportes del Derecho de la Comunicación a las organizaciones. Piura: Universidad de Piura, Perú.

Lewin, K. L., & Martha, J. (1988). La teoría de campo en la ciencia social.

Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E. y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 48(5), 191-7.

Morales, J. (2017). Relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral en una empresa minera peruana. *Ex Cathedra en negocios*, 1(1), 8.

Padilla P. (2013). La gestión del reconocimiento en la Administración Pública. *Revista del Trabajo y la Seguridad Social. Recursos Humanos* 363:189-206.

Palomero, F. y Martínez, F. (2008). Motivación y emoción. McGraw Hill. México.

Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. Eje para la acción sindical. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-es/index.htm>

Pinto, J. F. M. (2012). El legado de Frederick Irving Herzberg. *Revista Universidad Eafit*, 38(128), 78-86.

Pullupaxi, P. (2014). Salario Emocional como factor motivacional y su influencia en el desempeño de los empleados de la empresa HOPIPLAN Cía. Lida, tesis inédita. Universidad Central del Ecuador. Quito.

Puyal, F. G. (2006). El salario emocional, clave para reducir el estrés. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (33), 44-47.

Rocco, M. T. (2009). Satisfacción Laboral y Salario Emocional: Una Aproximación Teórica. Santiago, Chile.

Rubí, I. (2016). Bienestar emocional y desarrollo humano en el trabajo: Evolución y desafíos en México. Secretaria del trabajo y previsión social. Gobierno de la república. Ciudad de México.

Santana, D. (2014). Preferencias salariales de la generación “Y”. Tesis inédita. Universidad de la Laguna. España.

Soleri Blanch, G. (2015). El salario emocional para el equilibrio de la vida personal y profesional en los centros universitarios. Un estudio de FUNITEC (URL), EPSEB (UPC) y EPSEVG (UPC).

Suárez, D. (2016). El Salario Emocional y el Mejoramiento de la Productividad. Tesis inédita. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá D.C. Colombia.

Tovalín, H. (2016). Como desarrollar entornos organizacionales favorables. Recuperado de:
<http://data.styfe.cdmx.gob.mx/politicaLaboral/images/PONENCIAS%20FORO%20SS/16.-C%C3%B3mo%20promover%20entornos%20organizacionales%20favorables%20Dr.%20Tovalin.pdf>

Vázquez, G. (2005). Análisis epistemológico de la administración. Cien años de práctica de la administración y su aporte al conocimiento. Universidad de Guadalajara. México.

CAPÍTULO III

Condiciones de salud y trabajo en adultos mayores de dos instituciones de salud de Zacatecas

Dellanira Ruiz / Pascual García Zamora, Cristina A. Perales / Juan L.
Herrera Martínez.
Universidad Autónoma de Zacatecas

En el último siglo el mundo ha experimentado cambios en sus perfiles demográficos, sobre todo con una disminución en sus tasas de fecundidad y una mayor esperanza de vida de la población. Actualmente la pirámide de población mundial muestra un aumento considerable en el número de personas mayores de 60 años, sobre todo en los países en desarrollo. Al respecto, apreciaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos señalan que en 1980 había una media de 20 personas de 65 años y más por cada 100 personas en edad productiva, para el 2015, aumentó a 28, y se espera que para el 2050, alcance hasta 53 personas por cada 100 (OCDE, 2017).

De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas en el 2014 el 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, alcanzando casi el doble (23.3%) en los países en desarrollo. Según datos de las Naciones Unidas respecto al envejecimiento mundial, se espera que el número de personas mayores de 60 años o más, se duplique para el 2050; para el 2017 se calcula que existen 962 millones en este grupo de edad, lo cual representa el 13% de la población mundial, con un crecimiento anual promedio de un 3%, estimando que para el 2030 se alcanzarán 1400 millones de personas en edad avanzada en todo el mundo (ONU, 2017).

Por otro lado, de acuerdo a las proyecciones emitidas en el informe sobre las Perspectivas de la Población Mundial 2017, la proporción de personas adultas mayores a nivel global para el 2030 será de un 16.5% (1,402 millones de personas), y para el 2050 se proyecta un 21.5% (2,100 millones);

Suiza por ejemplo, cuenta con un 24% de población envejecida, sin embargo, es un país preparado para afrontar este problema, con políticas de promoción de la salud y entornos sustentables para personas adultas (UNDESA,2015).

Respecto a la estructura poblacional de México, el Consejo Nacional de Población estima que el porcentaje de adultos mayores para el 2030 será de 20.4 millones, lo cual representa un 14.8%, un aumento en este grupo de la población que demandará mayor número de servicios de salud, vivienda y pensiones (CONAPO, 2016). Respecto a Zacatecas de acuerdo a lo reportado por el Instituto de Estadística y Geografía, de acuerdo a los datos de la Encuesta Intercensal del 2015, los adultos mayores de 60 años y más es de 11.1% (1.6 millones de personas), por encima de la media nacional (10.4%) (INEGI, 2015). El envejecimiento poblacional es una realidad que se hace presente en cualquier entidad del país y de todo el mundo. Es evidente que en Zacatecas se intensifica aún más el proceso de envejecimiento debido a los flujos migratorios. En el 2010 había 24 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 25 en el 2014 y para el 2030 se espera que habrán 41 adultos mayores por cada 100 jóvenes, lo cual ubica a Zacatecas en el sexto lugar a nivel nacional respecto al fenómeno del envejecimiento (CONAPO, 2012).

Un número creciente de adultos mayores sobrevivirán hasta alcanzar los 75 u 80 años, lo cual representa importantes retos a los sistemas de salud. El aumento de la edad produce un deterioro en el organismo que ocasiona una mayor predisposición a la morbilidad y mortalidad, pues el riesgo de muerte es cada vez mayor. Al mismo tiempo, que se enferman más, los padecimientos en los adultos mayores se concentran en los crónico-degenerativos. Los cuales se distinguen por su larga duración, altos costos de tratamiento y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados.

Además de la comorbilidad con varios padecimientos crónicos o infecciosos, todos los cuales dependen de su vulnerabilidad y fragilidad.

De acuerdo con la información reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (2016), el IMSS es la institución con mayor número de derechohabientes adultos mayores que presentan problemas de salud con 33%, y el 32.7% se atendió en los Servicios Estatales de Salud. Según dicha fuente, la prevalencia de hipertensión arterial es de 25.5% de los cuales el 40% desconocía que padecía dicha enfermedad. Respecto a la diabetes se encontró un ligero aumento al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT MC 2016 de un 9.2%, sobre todo en hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 años y más. Además de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, existen padecimientos neuropsiquiátricos como la depresión o ansiedad, enfermedad de Parkinson y la demencia de Alzheimer, las cuales se presentan cada vez con mayor frecuencia en personas en proceso de envejecimiento como resultado de las características individuales, genéticas, factores ambientales, ocupacionales, sociales y culturales (Parra, 2009).

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa a nivel mundial, seguida de las enfermedades coronarias; se indica que el entorno social desarrolla un papel importante en disminuir o incrementar los estados depresivos. Es decir, los adultos mayores que diversifican sus relaciones entre familiares y amigos mantienen un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo (García, 2000). La depresión o ansiedad también se encuentra ligada a factores tales como la viudez, la soltería y en el sexo femenino, misma que se incrementa paralelamente a la edad, siendo ésta de moderada a severa en edades entre los 75 y 85 años (Gómez-Restrepo, 2004). Desafortunadamente es una patología que se diagnostica poco en los ancianos y con frecuencia tanto el diagnóstico como el tratamiento se realizan de manera inadecuada.

Evidentemente el incremento sostenido de esta población implica grandes desafíos para el gobierno en materia de bienes y servicios de salud, seguridad social y condiciones familiares; está claro que es una de las principales áreas que requieren una mayor atención en políticas y programas para una vejez con una mayor calidad de vida (CONAPO, 2012). Para esta investigación se estableció como objetivo general Identificar las condiciones de salud y trabajo de los Adultos Mayores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ). Como objetivos específicos se estableció realizar una valoración integral en la dimensión física, funcional y psicológica de los adultos mayores, y con ello poder identificar la vulnerabilidad física, funcional, social y mental de los adultos mayores y comparar los resultados por tipo de institución.

Se realizó un estudio observacional, analítico, comparativo, para establecer el tamaño de muestra se revisó el número de consultas realizadas en cada institución a los adultos mayores de 60 años de edad en un periodo de seis meses. La distribución de la muestra fue estratificada por grupos de edad, con base en la proporción de consultas de pacientes de 60 a 70 años, 71 a 80, y > de 80, más un 10 por ciento de tasa de no respuesta, con un total de 416 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social y 178 de los Servicios de Salud de Zacatecas. Se utilizó un instrumento con preguntas referentes a las condiciones sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, si presenta aislamiento social y tipo de vivienda así como mediciones antropométricas. Se aplicaron los siguientes instrumentos para dar respuesta cada uno de los objetivos establecidos, para el estudio de la dimensión física se estudió la comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades), polifarmacia, condición auditiva y visual, índice de masa corporal y estado nutricional, para conocer el riesgo de malnutrición se aplicó el *Mini Nutritional Assessment* (versión corta) . Para la dimensión funcional se revisaron las actividades básicas de la vida diaria a

través del *Índice de Barthel* y las actividades instrumentales de la vida diaria con la *Escala de Lawton Brody*. En la dimensión social se consideró la situación laboral, educación y redes familiares evaluadas con la ayuda de la *Escala Díaz-Veiga*. Por último para la dimensión mental se midieron los niveles de depresión con la *Escala Yesavage Geriatric Depression* y para el deterioro cognitivo se utilizó el *Examen mini mental de Folstein*.

El análisis de la información se sometió a pruebas de independencias de chi-cuadrada (χ^2) con tablas de contingencias 2 x 3 y 3 x 6 con $P \leq 0.05$. Los cálculos se llevaron a cabo con el sistema de análisis estadístico (SAS Institute, Cary, NC., versión 9.2). Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes a la Declaración de Helsinki, otorgando un consentimiento informado a cada uno de los encuestados.

Resultados

Es evidente que no todas las personas viven la misma calidad de vida en la vejez, pues su grado de funcionalidad, depende, en gran medida, de los cuidados o descuidos que se tuvieron a lo largo de la vida. En el presente estudio se encontraron como principales problemas de salud enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes. La comorbilidad afecta principalmente al grupo de 80 y más del sexo femenino, presentan problemas serios de sobrepeso y obesidad. Respecto a la alimentación se encontraron niveles importantes de malnutrición. Por otro lado el 36% de los adultos mayores continúan trabajando.

La media de edad de los participantes fue de 70.7 ± 8.05 (una vez la desviación estándar) años. Más de la mitad de los adultos tiene 60 y 70 años y sólo el 16% cuenta con 81 y más años. En cuanto al sexo predominaron las mujeres con un 62.4%. Más de la mitad de los participantes (58.2%) estaban casados, y como segundo estado civil más frecuente referido fue

estar viudo (26.8%). Referente al nivel de escolaridad se encontró que cerca de la mitad de los participantes tienen primaria incompleta, se esperaba que fuera el nivel escolar más bajo, pero se encontró que el 15.2% fueron analfabetos con mayor prevalencia en aquellos adultos de más de 81 años y derechohabientes de los SSZ. Se encontró una mayor proporción de hombres con estudios superiores 9.4%.

Comorbilidad asociada

Para mejorar la calidad de vida de la población adulta se requiere una mayor cobertura y promoción de la salud y prevención de enfermedades ya que las principales causas de morbi-mortalidad se deben a enfermedades atribuibles a los estilos de vida que se tuvieron a lo largo de la vida como malnutrición, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, entre otros. Respecto a la presencia de enfermedades se encontró que más de la mitad de los adultos derechohabientes del IMSS presentan mayor comorbilidad (presencia de dos o más enfermedades) (Figura 1), afectando principalmente a los adultos mayores de 80 años, con una mayor prevalencia en el sexo femenino. Las enfermedades más reportadas fueron la Hipertensión arterial con un 68.2%, otras con un 44.8% las cuales incluían enfermedad tiroidea, cáncer o problemas renales y en tercer lugar la diabetes mellitus con un 37.5% (Figura 2). Otro de los problemas de salud que también se estudió fue la pérdida visual y auditiva, y se encontró que de la muestra total de adultos mayores, el 39.4% tiene una visión subnormal, y sólo el 5.9% presentó ceguera siendo mayor en los adultos de los SSZ. La pérdida auditiva fue mayor en pacientes del IMSS (27%) que en los de SSZ (19.7%) que en su mayoría fueron hombres.

Figura 1. Comorbilidad asociada por institución

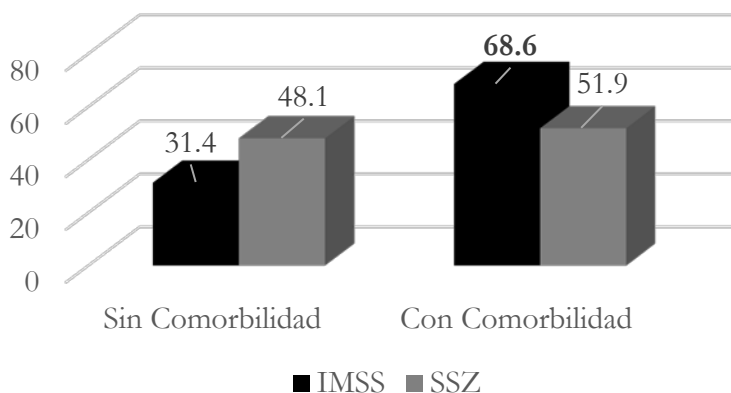
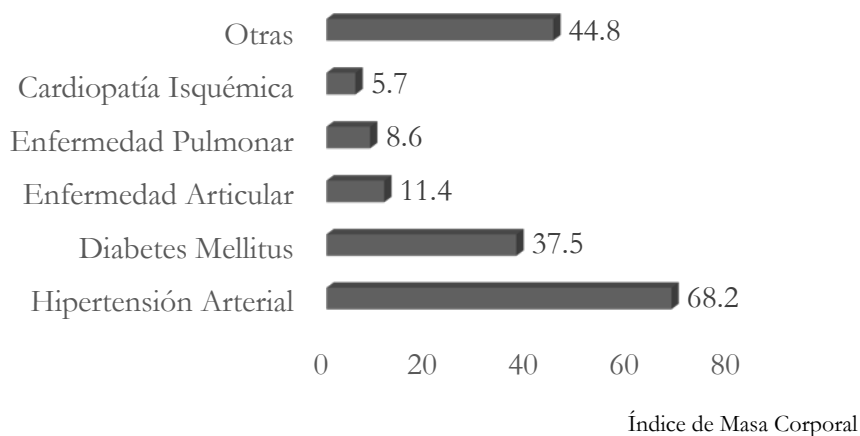
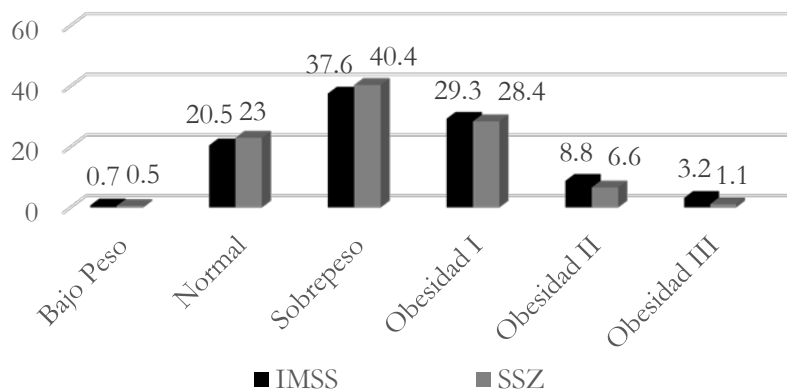


Figura 2. Principales enfermedades crónicas en adultos mayores



La obesidad también es considerada como una enfermedad crónico-degenerativa multifactorial en la cual pueden estar involucrados factores sociales, conductuales, psicológicos, clínicos o moleculares (Kauffer-Horwitz, 2000). Actualmente la obesidad influye significativamente en las complicaciones de otras enfermedades como las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, por tal motivo en este estudio se consideró la medición del índice de masa corporal (IMC) y se encontró una mayor presencia de sobrepeso en los adultos mayores pertenecientes a los SSZ (40.4%), pero una mayor presencia de obesidad grado I, II y III (29.3%, 8.8% y 3.2% respectivamente) en los adultos del IMSS (Figura 3).

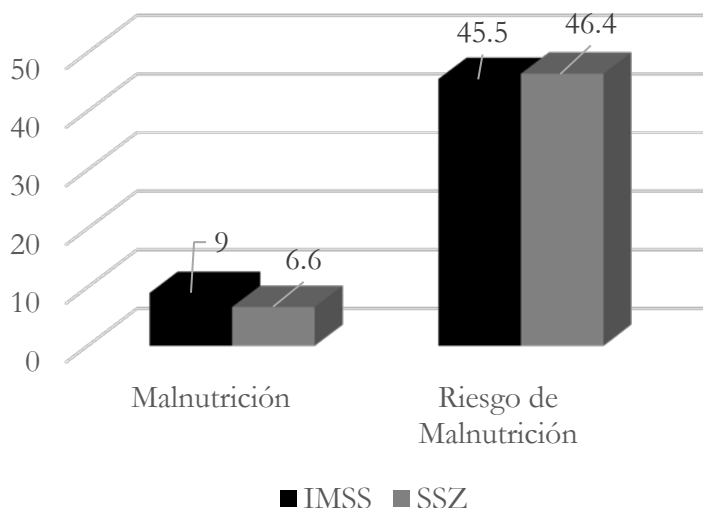
Figura 3. Distribución de Índice de Masa Corporal por institución



El mismo proceso de envejecimiento implica cambios importantes sobre el estado nutricional además de la influencia que pueden tener ciertas enfermedades tales como la depresión, constipación, dolor o problemas de salud bucal, las cuales pueden ocasionar un mayor riesgo a presentar problemas de salud nutricionales principalmente de tipo calórico-protéico.

En el presente estudio se encontró que los alimentos mayormente consumidos por los adultos mayores en ambas instituciones, carecen de alto valor nutritivo debido a que se consumen en deficientes cantidades. Como se aprecia en la Figura 4 se encontraron resultados muy similares en ambas instituciones para el riesgo de malnutrición en casi la mitad de los participantes, y con problemas de malnutrición establecida mayor en adultos del IMSS (9%).

Figura 4. Estado de Nutrición de los adultos mayores



En el caso de los adultos mayores la vulnerabilidad social se multiplica en principio por la misma edad, debido al grado de dependencia que se genera primero por la pérdida de fuerza muscular por la capacidad visual y auditiva, pero también por la capacidad cognitiva. En algunas ocasiones la disminución de las actividades de la vida diaria también está determinada

por algunas enfermedades crónicas músculo esqueléticas, o por antecedentes de cirugías por fractura o colocación de prótesis (de cadera en su mayoría). Respecto al grado de dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), se encontró que casi la mitad de los derechohabientes del IMSS (45.5%) presentan una dependencia severa (Figura 5), lo que se traduce en que les es difícil o definitivamente no realizan actividades referentes al autocuidado personal de manera independiente tales como comer, bañarse o vestirse.

Se encontró también que los adultos mayores del IMSS presentan un riesgo alto de caídas comparado a los adultos de los SSZ (Figura 6). Con el retraso de la dependencia se logra obtener un mayor número de años libres de discapacidad, que disminuyen significativamente la carga en los servicios de salud y en consecuencia el peso económico de estos pacientes en el sector; implica disminuir la carga económica, laboral y de recursos a las instituciones que los atienden y sus familias, así como mejorar su calidad de vida.

Figura 5. Grado de dependencia en actividades básicas de la vida diaria por institución

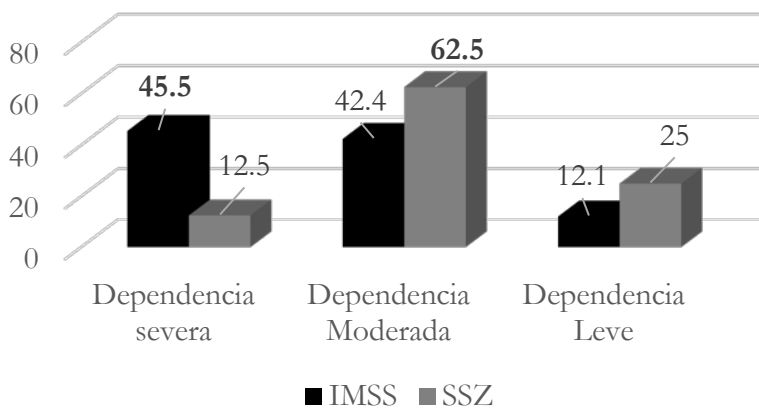
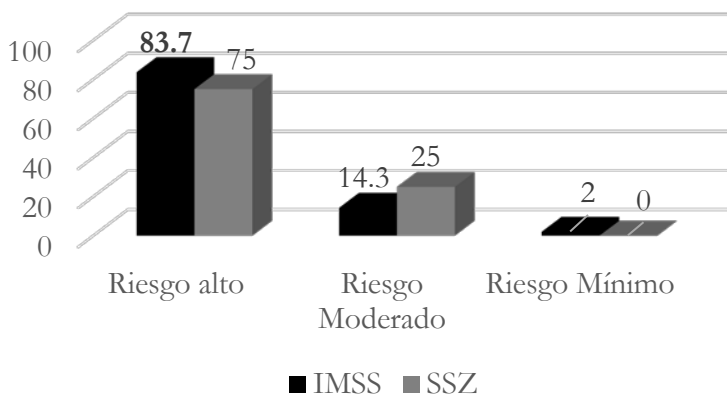
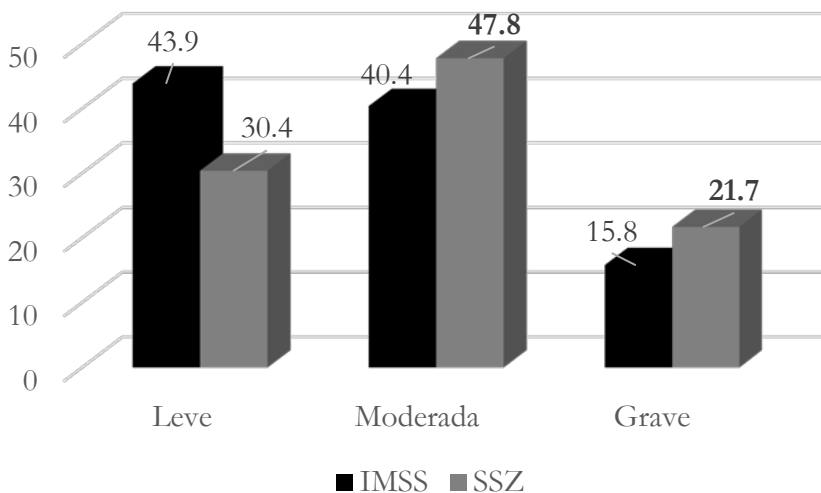


Figura 6. Riesgo de caídas en el adulto mayor por institución



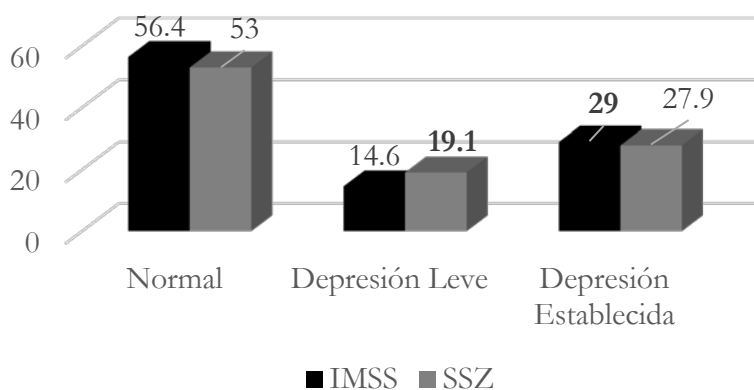
El proceso de envejecimiento también implica un deterioro cognitivo paulatino en el cual aparece la pérdida de facultades intelectuales tales como la memoria, lenguaje, cálculo, orientación y juicio que en niveles graves puede traducirse en demencia o enfermedad de Alzheimer; de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno y eficaz. En este estudio se encontró que existe un deterioro cognitivo moderado y grave mayor en adultos pertenecientes a los SSZ con un 47.8% y 21.7% respectivamente (Figura 7). La interpretación de estos resultados involucra factores como la edad, nivel de educación así como condición funcional por lo que se descartó la presencia o un alto riesgo para la demencia.

Figura 7. Deterioro cognitivo por institución



Uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia en los adultos mayores es la depresión, enfermedad que difícilmente se trata de manera independiente, ya que siempre se adjudica como un síntoma del proceso de envejecimiento, por tales motivos solo un 15% de quienes la padecen reciben un tratamiento adecuado (Zavala, 2009). La depresión es más común y existe una mayor prevalencia en las mujeres, sin embargo el nivel de afectación es mayor en el sexo masculino. La atención de la salud mental debe ser de manera integral fortaleciendo las redes de apoyo social sobre todo en los adultos mayores que viven solos o con mayor aislamiento de sus familiares.

Figura 8. Niveles de depresión en los adultos mayores



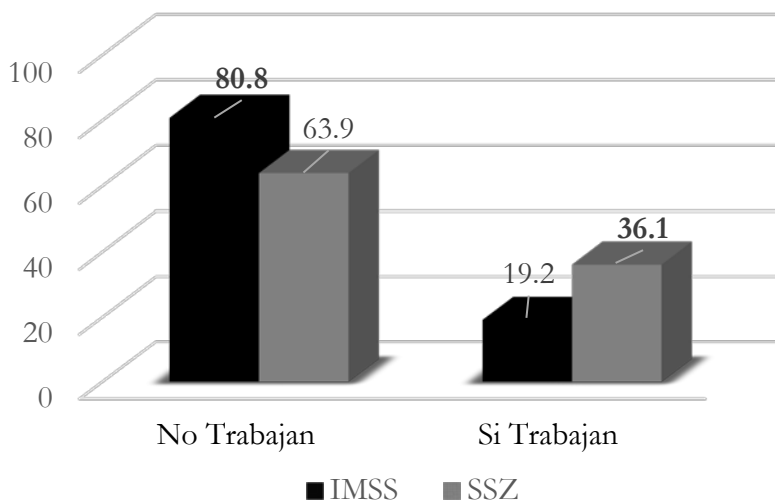
Existen grandes desafíos sociales, económicos y humanitarios, cada vez son más las personas mayores que se encuentran sin un apoyo económico y se prevé que en Zacatecas la dependencia total de adultos mayores de 2010 a 2030 pase de 1.2 a 1.6 por cada 100 personas en edad productiva (CONAPO, 2010), por lo que es necesario mejorar la atención e

infraestructura de seguridad social tanto en pensiones y salud principalmente.

Existe una mayor participación laboral de los hombres que las mujeres (39.3% Vs 15.4%), aunque la tasa de participación económica disminuye conforme avanza la edad. Son muy pocos los adultos mayores que llegan a una edad avanzada y cuentan con los recursos indispensables para cubrir todas sus necesidades desde las más básicas hasta las extraordinarias como alguna urgencia médica; por tales motivos es que muchos continúan trabajando dentro de la economía informal con características altamente precarias con raquíuticos salarios, sin prestaciones y con largas jornadas laborales. Otro caso es que continúan trabajando por su propia cuenta.

En la Figura 9 se muestra como casi la totalidad de la población derechohabiente del IMSS (80.8%) no trabajan, en cambio los adultos de los SSZ un poco más de la mitad no laboran (63.9), sin embargo, más de un tercio continúa trabajando (36.1%). Conforme avanza la edad el adulto deja de trabajar por lo que el grupo mayor que continúa inserto en el mercado laboral es el de 60 a 70 años con un 32.4%. El trabajo que se realiza es como asalariados, obreros o empleados (29%), como jornalero en el campo (11.7%) y el resto tiene negocios propios o de algún familiar. A pesar de que se cuenta con un ingreso o pensión, la principal fuente de ingresos referida fueron los apoyos familiares en más de la mitad de los adultos (59.1%). En cuanto al apoyo económico por parte de algún programa federal solo el 21.7% refirió contar con alguno como Programa 65 y más, Oportunidades, Procampo y Sumando a los Abuelos.

Figura 9. Inserción laboral de adultos mayores por institución



Conclusiones

El envejecimiento es un proceso progresivo, universal, multidimensional y complejo en el que ocurren cambios físicos, bioquímicos, funcionales, psicológicos y cognitivos que varían en cada persona y se encuentran determinados por factores sociales, económicos, culturales y estilos en la forma de vivir. Dentro de los principales hallazgos de este estudio respecto a la vulnerabilidad física se encontró que más de la mitad de los participantes cuenta con comorbilidad asociada lo que modifican su fragilidad, y su riesgo de morir según su cronicidad y severidad. Las enfermedades más frecuentes fueron Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus y Artritis. La disminución y/o pérdida de la visión y audición limitan las capacidades de los adultos mayores e incrementan su dependencia, generando un mayor aislamiento al comprometer la socialización, esto a su vez incrementa el riesgo de ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y disminuyen la calidad de vida así como su nivel de funcionalidad (Acosta, 2009). Otro factor importante que influye en el nivel de dependencia son las caídas ya que favorecen el sedentarismo y un mayor aislamiento (Reyes, 2005).

Los adultos mayores presentan prevalencia de sobrepeso y obesidad preocupantes, la cual supera el 80 por ciento entre las mujeres y 73.6 por ciento en los hombres. El soporte nutricional reduce la mortalidad de las personas de edad avanzada, en este estudio se encontró un 35.7 por ciento con riesgo de malnutrición. Respecto a la vulnerabilidad funcional se encontró que a pesar de que la mayoría de las personas de edad con enfermedades crónicas mantienen su capacidad funcional, el grado de disfunción aumenta con la edad, y esto fue más evidente en pacientes del IMSS. En la vulnerabilidad social mostró una significativa proporción de adultos mayores continúan trabajando sobre todo por la falta de cobertura de la seguridad social y los bajos montos de las pensiones y jubilaciones. La

principal fuente de ingresos para todos los adultos mayores al momento de la entrevista fueron los apoyos familiares; aunque también les ayuda el contar con vivienda propia.

Finalmente podemos mencionar que se requiere intensificar las acciones de promoción, prevención y fomento del cuidado y autocuidado, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes (60-70) a fin de promover el envejecimiento exitoso, prevenir o retrasar las enfermedades crónicas y la discapacidad, así como la vulnerabilidad. Falta un enfoque integral de la atención a la salud de los adultos mayores por parte del Estado, la sociedad civil y los servicios de salud.

Es necesario diseñar respuestas con características multidimensionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multidisciplinarias sociales, nutricionales y en salud mental; además de fomentar la formación y capacitación en gerontología y geriatría básica entre los prestadores de servicios de salud y los cuidadores informales de esta población. El nuevo reto de todas las naciones es y será garantizar mejores condiciones de vida para esta población que cada día tiende al aumento, partiendo del supuesto de que calidad de vida no sólo comprende factores económicos, sino también sociales, culturales y comportamiento. Las nuevas generaciones enfrentarán una mayor desigualdad en la jubilación, con una mayor precariedad de las familias. Las poblaciones vivirán más años, pero con más problemas de salud con importante reducción de las pensiones y una seguridad social menos resolutiva.

Se requiere el fomento hacia una vejez exitosa con AM activos física y mentalmente, con mejores hábitos alimenticios, ejercicio, interacciones y apoyos sociales. De esta manera, se puede insistir en la promoción integral preventiva de la salud del AM, en vez de la curativa donde el daño orgánico

ya ha ocurrido. Se requiere potenciar nuevas estrategias en la educación, la salud y la cultura, que garanticen mejores entornos que contribuyan en la salud no sólo de los adultos mayores, sino de la población en general. Es un hecho que todas las políticas de asistencia social deben contar con más y mejores elementos para lograr modificar las circunstancias en las que vive un adulto mayor y con ello alcanzar un mejor desarrollo y calidad de vida; las condiciones de vulnerabilidad están determinadas no solo por la parte económica sino por condiciones sociales, familiares, de género, entre muchas más.

Referencias

Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En R. A. L. González-Celis (Coord.): Instrumentos de evaluación en psicogerontología. México: Manual Moderno.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2012. Documento metodológico proyecciones de la población de México 2010-2050. CONAPO, México Disponible en http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_s3.pdf

Consejo Nacional de Población. 2016. Estimaciones y proyecciones de la población por entidad federativa, México: Consejo Nacional de Población. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos, fecha de consulta 9/02/2016.

Consejo Nacional de Población. 2010-2030. Prospectiva demográfica Zacatecas, http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/32_Cuadernillo_Zacatecas.pdf

Consejo Nacional de Población. 2012. Mujeres y hombres en México 2012. México Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA). 2015. World Population Prospects. The 2015 Revision, New York. Disponible en https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados Nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, Disponible en http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

García L., Mérida F, Mestre I, Gallego MD, Duarte AJ., *et al.*, «La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar», *Aten Primaria*, Volumen 25, 2000, pp. 226–229.

Gómez-Restrepo C., Bohórquez A., Pinto Masis D., *et al.* (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6), pp. 378–86.

Instituto de Estadística y Geografía. 2015. Encuesta Intercensal 2015: Síntesis metodológica y conceptual. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078836.pdf

Kauffer Horwitz, Martha. Tavano Colaizzi, Loredana & Avila Rosas, Héctor. (2000) Obesidad en el Adulto, Disponible en www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf

Naciones Unidas. 2017. Envejecimiento. Niveles y tendencias en el envejecimiento de la población. Disponible en <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2017. El envejecimiento de la población y la creciente desigualdad afectará seriamente a las jóvenes generaciones. Disponible en <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/el-envejecimiento-de-la-poblacion-y-la-creciente-desigualdad-afectara-seriamente-a-las-jovenes-generaciones.htm>

Parra, M.C. y Aguilar, M.E. (2009). Depresión en el anciano: un problema de salud pública. En Gómez, Z. (Eds.), *El adulto mayor Mirada desde la Salud Pública*, México: Universidad de Guadalajara, pp. 57-67.

Reyes-Ortiz C, Al Snih S, Markides K. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Pan Am J Public Health* 2005;17(5-6):362-369.

Zavala González M.A. y Domínguez Sosa G. (2009). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco. *Atención Familiar*, 17 (1), supl 1, pp. 239–248.

CAPÍTULO IV

Liderazgo negativo, riesgo psicosocial y salud en el trabajo

José Luis Calderón-Mafud¹/Manuel Pando Moreno²

Universidad de Colima

Universidad de Guadalajara, México.

¹ Doctor en Psicología. Profesor, Facultad de Psicología, Universidad de Colima, México.

² Doctor en Sociología y Metodología. Investigador. Departamento de Salud Pública. Universidad de Guadalajara.

La idea de estandarización que prevaleció en las prácticas directivas de los últimos 20 años del siglo XX se ha visto rebasada por un mundo expuesto a cambios más acelerados y llenos de incertidumbre. Cambios relacionados con el debilitamiento de los sistemas de seguridad social en el trabajo y de la planificación de largo plazo han dejado como resultado la desvinculación afectiva y la fragmentación de intereses que obligan a los individuos a abandonar compromisos y lealtades. (Bauman, 2015).

Dicha realidad es muy clara en la política de empleo en México, en donde los beneficios de un empleo seguro y bien remunerado son un privilegio de pocos. De acuerdo a datos del INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, 2017) durante el primer trimestre de 2017 había en México 35,692,469 trabajadores remunerados y subordinados en México. De ellos, solamente 19,163,056 contaban con acceso a instituciones de salud, mientras que 16,284,607 no contaban con esa prestación y no se dispusieron de datos de 244,806 personas. También de ese total, de acuerdo al mismo instituto 10,198,041 trabajaron más de 48 horas en esas condiciones, siendo en su mayoría hombres (7,820,003).

Como se sabe las condiciones del lugar de trabajo pueden resultar un factor que condicione no sólo la productividad, sino también la salud

física y mental de los trabajadores generando como efecto, un incremento en los gastos para la atención de la salud (López, García y Pando 2014).

La cantidad de horas trabajadas y la certidumbre laboral son sólo algunas de las condiciones de trabajo que son percibidas por los individuos y que influyen en deteriorar o mejorar su salud. Comúnmente son conocidas como factores psicosociales del trabajo ... “las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, el grado de satisfacción laboral y las condiciones de organización por una parte y por otra la capacidad de los trabajadores, sus necesidades, su cultura su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el desempeño de la tarea” (OIT/OMS 1984: 3).

Salud en el Trabajo

Al abordar la salud, la ciencia y en particular la psicología ha centrado su atención en los aspectos negativos de las personas y omiten datos importantes respecto a las fortalezas y en general aspectos positivos de la vida (Bakker, Rodríguez-Muñoz, Derks, Daantje, 2012; Pando, 2006). De la misma forma, la visión negativa que ha sido usada para la salud se ha extendido al ámbito de las organizaciones y del trabajo. La vocación de atender las necesidades de salud y bienestar en el trabajo, llegaban cuando mucho a provocar que áreas de salud ocupacional y recursos humanos busquen formas de hacer más llevadero el trabajo, mediante actividades que tenían poca o ninguna relación con el trabajo, las condiciones del mismo o la forma en que las relaciones entre compañeros o líderes generan sentimientos de apoyo o estrés.

La rotación del personal y el ausentismo en el trabajo son los temas centrales de las empresas cuando se trata de pensar en las personas, sobre todo en los trabajos operativos, que son quienes mantienen la productividad,

llevando con frecuencia a estrategias de “reemplazo” que distan mucho de ser programas de desarrollo de competencias. (Luthans, Youssef y Avolio, 2007).

Tradicionalmente la gestión de las personas ha buscado a través de las áreas de salud ocupacional y seguridad industrial garantizar que las personas que trabajan minimicen los riesgos a los que se exponen durante su trabajo, enfocándose fuertemente en los riesgos laborales y enfermedades de trabajo como formas de evitar que los empleados dejen de trabajar y la producción se detenga. Los riesgos laborales son la probabilidad de que las personas tengan lesiones, se dañe el medio ambiente o se vean afectados equipos, máquinas o instalaciones en el contexto laboral; mientras que los accidentes laborales son hechos que por su gravedad generan lesiones o incluso la muerte durante la jornada de trabajo. Se sabe que aunque es posible evitar los accidentes, siempre estarán presentes los riesgos (Guerrero Pupo, Amell Muñoz y Cañedo Andalia, 2017).

Los aspectos relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo generan costos económicos muy elevados, calculándose en porcentajes del producto interno bruto (PIB) mundial cercanos al 4% debido a la cantidad de días perdidos de trabajo, gastos médicos y formación para prevenir riesgos y enfermedades. La OIT (Organización Internacional del Trabajo, 2003) reportó cerca de 300 millones de accidentes de trabajo y casi 200 millones de enfermedades a causa del trabajo, las mismas que provocaron dos millones de muertes en el mundo.

Uno de los aspectos más relevantes a la hora de evaluar la salud en el trabajo, son las condiciones en que este se lleva a cabo, o como menciona Pando (2012), no es el trabajo lo que ocasiona las enfermedades, sino las condiciones en que este se lleva a cabo. Para Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson y McGrath (2004) otro factor de elevada influencia en la salud,

es la forma en que se organiza el trabajo: es decir, los procesos, el diseño de puestos y las características de la organización (NIOSH, 1996).

Derivado de la interacción antes mencionada, aparece el concepto de salud laboral, el cual ha ido ampliando su importancia a la par de la preocupación por el bienestar de los trabajadores.

El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó que, la finalidad de la salud en

el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad. (Rodríguez, 2009).

Como parte relevante de este concepto aparece el hecho de que la organización y su funcionamiento (configurados como factores psicosociales) pueden tener efectos en el bienestar y en la búsqueda de la salud mental de los empleados.

Diversos estudios realizados sobre los factores psicosociales que actúan en el trabajo muestran cómo pueden influir de manera negativa y/o positiva en el trabajador, su salud y productividad, de tal modo que, si las condiciones son adecuadas, hacen más fácil el trabajo, el desarrollo de las competencias laborales y posiblemente eleven la satisfacción laboral y la productividad, así como estados positivos de motivación (Moreno y Toro, 2010).

Todo ello genera consecuencias a diferentes niveles, a la organización le impacta porque si los riesgos son elevados, las personas elevan su ausentismo, abandonan los empleos y tienen más accidentes en el trabajo (Boada, Vallejo, Agulló y Mañas, 2005; Gil-Monte, 2009). En los equipos de trabajo genera incremento en los conflictos de tareas y relacionales (Jehn y Mannix, 2001) y finalmente en los trabajadores aparecen trastornos cardiovasculares, digestivos, del estado de ánimo y adaptativos que desencadenan o enfatizan adicciones, disminución de la vida familiar y aumentan la posibilidad de que las personas generen actos inseguros. (Vieco y Abello, 2014).

Para el Gobierno de México ha desarrollado los factores de riesgo psicosocial están plasmados en la Norma Oficial Mexicana-NOM-035-STPS-2016, en la que los enlista como a) *las condiciones en el ambiente de trabajo* que exijan un esfuerzo de adaptación a las personas, b) *las cargas de trabajo* que excedan la capacidad del trabajador o que generen confusión en él, c) *la falta de control sobre el trabajo* y las decisiones que este pueda tomar sobre sus actividades, d) *las jornadas de trabajo* y rotación de turnos que excedan lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, e) *la interferencia en la relación trabajo-familia* cuando de manera constante se tienen que atender responsabilidades laborales durante el tiempo dedicado a la vida familiar y personal, y f) *el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo*, que indican los tipos de interacción que influyen en la forma de trabajar y en las relaciones de un área de trabajo y que están relacionados con la hostilidad, la falta de claridad de las funciones, la imposibilidad de recibir reconocimiento y retroalimentación del propio desempeño, y la injerencia para generar aislamiento ser impedido de recibir apoyo en la solución de problemas relacionados con el trabajo.

Diferentes asociaciones han abordado los factores de riesgo debido a su elevado impacto en la productividad de las empresas. Los factores de riesgo psicosociales son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras (Gil-Monte, 2009; Rodríguez, 2009). Para Meseguer de Pedro, Soler Sánchez, García-Izquierdo, Sáez Navarro y Sánchez Meca (2007) son condiciones presentes en una situación laboral y que podrían incidir en la productividad y la salud de los trabajadores de la empresa.

Para la OIT, los factores psicosociales de riesgo son, en suma, condiciones que al combinarse con el trabajador pueden detonar la aparición del estrés laboral, el cual como sabemos es antecedente de enfermedades relacionadas con el trabajo y también de accidentes e incidentes en el trabajo. Dichas condiciones al manifestarse de forma reiterada pueden aparecer como parte del clima laboral y la cultura organizacional, afectando las relaciones interpersonales en el trabajo, así como aspectos ergonómicos del trabajo y del puesto.

Dentro del contexto organizacional, del cual todos formamos parte, todas las personas están expuestas a las condiciones laborales, una vez que existen metas que cumplir y tiempos que respetar, los cuales se dan en un ambiente en el que el ambiente y la forma en que fue organizado el trabajo, terminan por influir en la percepción que el individuo desarrolla sobre su puesto y en general sobre su trabajo: Además del entorno laboral, la forma en que se organiza el tiempo para trabajar, las tareas y funciones específicas de cada puesto; y por supuesto la manera en que se dan los procesos de cada organización envuelven al trabajador generando una percepción de su calidad de vida laboral.

Muchos estudios han buscado en los factores psicosociales de riesgo en el trabajo las evidencias de sus relaciones con el estrés y enfermedades producidas por trabajar, mismas que se han visto extendidas a poblaciones y países, comprometiendo no sólo la salud y el bienestar de los trabajadores, sino la productividad y competitividad de un país, de forma tal que pasan ser problemas económicos y de salud pública López Paloma, García Cueva y Pando Moreno (2014).

Distintos factores psicosociales relacionados tanto con la organización (Moreno, Rodríguez, Garrosa, y Morante, 2005) como con la actividad laboral del trabajador pueden servir de antecedentes para la aparición de este fenómeno; así, pueden ser consideradas causas o fuentes de fenómenos como el mobbing, el abuso de poder, el liderazgo negativo y un aumento de comportamientos perjudiciales para la organización (Boada, de Diego, Agulló, y Mañas, 2005) y, por tanto, identificar estas fuentes ayudaría a la intervención de cara a la reducción de su incidencia

Liderazgo constructivo, negativo y su influencia en la salud.

Muchos de los factores mencionados anteriormente están generalmente regulados y son moldeados por la cultura organizacional, la cual está basada en creencias, normas, valores y tradiciones que se comparten y transmiten a través de los miembros de mayor antigüedad y e implicación en la organización, como son los líderes de las mismas (Andrews, Bassler y Coller, 2003; Calderón, Laca, Pando y Pedroza, 2015; Bass, Avolio, Jung y Berson, 2003; Macintosh y Doherty, 2010; Park & Kim, 2009; Tsai, 2011; Gregory, Harris, Armenakis, & Shook, 2009).

La globalización, las nuevas tecnologías, y los cambios socioeconómicos y sociopolíticos impactan en los mercados laborales, las actividades laborales y las organizaciones, en donde influye; el trabajo mental

y el trabajo emocional, la flexibilidad laboral, y las interacciones sociales más frecuentes y complejas. El trabajo a distancia, los nuevos sistemas de dirección que buscan aumentar la eficiencia y las nuevas relaciones entre empleados y empleadores son algunas de las características que moldean las nuevas formas de actividad laboral, los sistemas de trabajo y los mercados laborales. Todos estos cambios pueden tener claras implicaciones y consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores y tienen efectos importantes sobre la salud y eficacia de las organizaciones. Es por ello que las empresas mismas tienen que desarrollar políticas y prácticas de salud y seguridad y tienen que promover mejoras en los sistemas y condiciones de trabajo. (Gómez, 2007).

Los líderes influyen no sólo en el estrés y la salud de sus subordinados de forma individual, sino también en los de sus unidades de trabajo como un todo. En primer lugar, influyen sobre el ambiente social del trabajo a nivel de grupo y contribuyen a crear un sentido compartido de realidad social entre los subordinados. También pueden influir en los valores y creencias que contribuyen a generar un sentido compartido de valor y misión. (Peiró y Rodríguez, 2008)

Para las organizaciones el liderazgo juega un rol fundamental debido a que es el proceso que facilita el logro de metas y objetivos organizacionales, moldea la conducta de los miembros de la organización mediante normas y expectativas de comportamiento (Grojean, Resick, Dickson y Smith, 2004; Day, Zaccaro & Klimoski, 2001). Los líderes modulan la forma en que los individuos perciben la organización y los aspectos psicosociales de la misma, influyendo también en los estados emocionales, las creencias, las conductas y el bienestar psicológico de los trabajadores (Carr, et al., 2003; Contreras, Barbosa, Juárez, Uribe y Mejía, 2009; Yukl y Tracey, 1992) Waldman et al., 2006).

Algunas teorías de liderazgo del líder (por ejemplo, rasgos) para describir la efectividad del liderazgo, mientras que otros se centran en características del seguidor (por ejemplo, la identificación con el líder), características de la situación (por ejemplo, la cultura organizacional), o en una combinación de dos de tres de estas categorías. A continuación, se clasifican las teorías de liderazgo y comportamientos en dos categorías para estructurar el análisis sobre la relación entre el comportamiento de liderazgo y el burnout de los seguidores. Estas categorías son: el liderazgo constructivo y destructivo.

Se sabe que el burnout es una respuesta humana a la experiencia crónica de recibir constantes demandas de trabajo, como tener ambigüedad de rol, conflicto de rol y sobrecarga de trabajo, (Lee y Ashforth, 1996; Maslach et al., 2001). Y es probable que el liderazgo destructivo puede estar directamente relacionado debido a la toma de decisiones relacionadas con el trabajo que pasan por líderes con estas características.

Liderazgo Constructivo

El liderazgo destructivo puede ser considerado como un obstáculo para el cumplimiento de las demandas de la organización, ya que quebranta la motivación de los seguidores y dificulta el logro de metas. Por otra parte, el liderazgo constructivo puede ser considerado como un recurso valioso que evita el desgaste del seguidor, debido a que estos líderes estimulan en los seguidores el bienestar relacionado con el trabajo y la motivación, y contribuyen al logro de la meta.

Aunque parece probable que los comportamientos de liderazgo destructivo están más estrechamente relacionados con el burnout del seguidor, la mayoría de las investigaciones sobre la relación entre el

comportamiento y liderazgo se ha centrado en el papel de líderes en la prevención del burnout del seguidor.

De forma concreta, la mayoría de las investigaciones acerca del liderazgo constructivo se ha centrado en la forma en que este se ha caracterizado.

- a) Supervisión de Apoyo: El apoyo social se ha diferenciado en tres formas: emocional, apoyo instrumental y de información (House & Kahn, 1985). Cuando el supervisor brinda algunos de estas formas de soporte, se sabe que facilita el desarrollo de aspectos importantes para la salud positiva en el trabajo como la autonomía en el trabajo, la retroalimentación positiva y el apoyo social, los cuales a su vez pueden ayudar a amortiguar el efecto del burnout.
- b) Intercambio entre Líder - Miembro (LMX): Esta teoría de liderazgo se centra en la relación entre el líder y el seguidor; afirma que los líderes desarrollan relaciones de intercambio únicas con cada seguidor y la calidad de estas relaciones van de menor a mayor. Las relaciones de LMX de alta calidad, se basan en la confianza mutua, el respeto, y el compromiso.
- c) Liderazgo transformacional: Este modelo se convirtió en un estilo de liderazgo ampliamente difundido y que probablemente se haya estudiado mucho en relación con efectos positivos, tales como una mayor productividad, el compromiso, la satisfacción y el compromiso de trabajo (Breevaart et al, 2013; Judge y Piccolo., 2004, Zhu et al, 2009). Este liderazgo es un constructo multidimensional, que consta de cuatro relacionados, pero distintos componentes (Bass, 1985; 1999):

Liderazgo Destructivo

Cuando el liderazgo es considerado destructivo, genera niveles elevados de exigencia y la sensación de desgaste, generando ambigüedad, estrés y baja

percepción de apoyo social. Al definir el liderazgo destructivo, se define a este tipo de líderes son: la supervisión abusiva (Tepper, 2000), liderazgo destructivo (Einarsen et. al., 2007), el liderazgo tóxico, y de la pequeña tiranía (Ashforth, 1994). Está formado por otras categorías de liderazgo como:

a) Liderazgo abusivo: las investigaciones han demostrado que el resultado de la agresión interpersonal en este liderazgo es el burnout (Gil-Monte, García-Juevas, y Hernández; 2008; Van Dierendonck y Mevissen, 2002). Los líderes abusivos desarrollan constantemente comportamientos agresivos como culpar a los seguidores por lo que no hicieron, ser grosero y mostrarse molesto con los seguidores por lo que alguien más le hizo (Tepper, 2007). Los estudios han demostrado que el liderazgo abusivo tiene efectos perjudiciales sobre los seguidores, su satisfacción y niveles elevados de frustración (Ashforth, 1997; Keashly, Trott y MacLean 1994).

b) Liderazgo laissez -faire: La investigación ha demostrado que la incertidumbre en las metas y la definición de responsabilidades contribuyen al burnout (Maslach y Leiter, 1997), esto muchas veces es producto de un tipo de liderazgo evitativo y negligente. Se caracteriza por no hacerse responsable o ausentarse como líder. Este tipo de persona con frecuencia están ausentes cuando se les necesita o evitan tomar decisiones, además de que prefieren no verse involucrados con sus seguidores. Esto lo convierte en un tipo de liderazgo destructivo, debido a sus efectos negativos al no clarificar los roles, evitar solucionar conflictos entre compañeros (Skogstad et, al 2007.).

Los comportamientos del líder influyen en la presencia o no de los riesgos psicosociales. Cuando estos son positivos, constituyen factores protectores de la salud que promueven el bienestar, reduciendo los riesgos psicosociales. Por el contrario, al ser negativos pueden constituir factores

de riesgo para la salud o incluso cuando estos son destructivos generando escaso apoyo y hostilidad (Einarsen, Aasland, Skogstad, 2007; Niedhammer, Bugel, Goldberg, Leclerc & Gueguen, 1998; Schyns y Schilling, 2013; Stansfeld, Bosman, Hemingway & Marmot, 1998; Wilkinson & Wagner, 1993) terminan por afectar el bienestar de los individuos en las organizaciones, eliminando la influencia positiva del liderazgo en la amortiguación de los factores de riesgo psicosocial (Denison, 1990; Jung & Avolio, 2000; Stone, Russell y Patterson, 2004).

Mucho se sabe sobre los efectos positivos del liderazgo basados en la autenticidad de los valores, la cultura organizacional, la transparencia y la sustentabilidad ambiental (Judge y Piccolo, 2004; Stewart y Johnson, 2009; O'Reilly, Caldwell, Chatman, Lapiz y Self, 2010).

Sin embargo, cuando la conducta de los líderes no es adecuada, puede figurar como abuso, generar agotamiento emocional y en suma, volverse una fuente importante de estrés que perjudique el bienestar de los empleados, generando bajos niveles de satisfacción laboral y general, menores niveles de compromiso afectivo, mayor estrés psicológico y niveles altos de conflicto trabajo-familia (Tepper, 2000).

Mientras que el enfoque en liderazgo constructivo todavía domina la investigación de liderazgo, un número creciente de estudios investigan diferentes formas de liderazgo destructivo, las cuales se definen como el comportamiento sistemático y repetido de un líder, supervisor o gerente que viola el interés legítimo de la organización socavando y/o sabotando las metas, tareas, recursos y efectividad de la organización y/o la motivación, bienestar o satisfacción laboral de sus subordinados. Para este modelo se identifican tres categorías: tiránico, descarrilado, y conducta de liderazgo de apoyo-desleal. En este modelo pueden encontrarse posibles vínculos en el

campo de la intimidación, el comportamiento negligente y la agresión en el trabajo.

El liderazgo constructivo (apoyo de supervisión, LMX, orientación, motivación, estimulación) disminuye la probabilidad de que exista burnout en el seguidor, mientras que el liderazgo destructivo (la agresión, el abuso, la irresponsabilidad, evitación, el cruce) promueve el burnout en el seguidor. Además, el liderazgo constructivo no sólo disminuye el burnout en el seguidor, sino que también promueve el work engagement. Las empresas se benefician al invertir en la formación de liderazgo el cual está dirigido a reducir las conductas destructivas y a mejorar los comportamientos constructivos.

Como conclusión, puede afirmarse que el trabajo como actividad humana implica los esfuerzos realizados por las personas para desarrollar sus tareas con eficiencia, lo cual genera desgaste, fatiga y el estrés natural producido por la carga de trabajo, que a su vez influyen en la salud de los trabajadores. Sin embargo, el entorno organizacional, complejo en interacciones y en el uso de la tecnología para aumentar los niveles de productividad en el trabajo inciden en crear factores de riesgo de origen psicosocial que al ser intangibles y producto de la compleja vida social de las organizaciones son usualmente naturalizados y asumidos como “normales” desencadenando graves problemas en las personas que se exponen a ellos. El estrés laboral, la violencia en el trabajo, el liderazgo negativo o la falta de apoyo social son factores que provienen en parte de los procesos laborales y aspectos ergonómicos, pero también de la cultura organizacional, de creencias arraigadas respecto a la forma de las relaciones interpersonales o la comunicación, de los modelos de liderazgo adoptados y enseñados a través de las generaciones, del apoyo entre los compañeros.

Al identificarse y establecerse con evidencias empíricas, cuáles son los efectos psicosociales de roles de liderazgo destructivo y negativo, pueden crearse procesos organizacionales que fomenten la salud mental positiva en los trabajadores y acotar mediante cambios en las culturas de organización la transmisión de roles y prácticas que son perjudiciales y poco productivos desde el punto de vista humano.

Referencias

Andrews, S. B., Basler, C. R., & Coller, X. (2002). Redes, cultura, e identidad en las organizaciones. *reis*, 31-56.

Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human relations*, 47(7), 755-778.

Ashforth, B. E. (1997). Petty tyranny in organizations: A preliminary examination of antecedents and consequences. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 14(2), 126-140.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.

Bakker, Arnold B., Rodríguez-Muñoz, Alfredo, Derks, Daantje, La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema* [en línea] 2012, 24 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723431011>> ISSN 0214-9915

Bass, B. M. (1985). Leadership: Good, better, best. *Organizational dynamics*, 13(3), 26-40.

Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European journal of work and organizational psychology*, 8(1), 9-32.

Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of applied psychology*, 88(2), 207.

Boada i Grau, J., de Diego Vallejo, R., Agulló Tomás, E., & Mañas Rodríguez, M. Á. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2).

Breevaart, K., & Bakker, A. B. (2013). How leaders influence their followers' work engagement. *European Work and Organizational Psychology in Practice*, 5, 31-35.

Calderón Mafud, J. L., Laca Arocena, F. A., Pando Moreno, M., & Pedroza Cabrera, F. J. (2015). Relationship Between Mexican Workers' Organizational Socialization and Commitment. *Psicogente*, 18(34), 267-277.

Comité Mixto OIT/OMS (1984). Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Informe del Comité Mixto OIT/ OMS de medicina del trabajo. Novena Reunión. Ginebra 18-24 de septiembre

Contreras, F., Barbosa, D., JUÁREZ, F., Uribe, A. F., & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta colombiana de psicología*, 12(2).

Contreras, F., Barbosa, D., JUÁREZ, F., Uribe, A. F., & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta colombiana de psicología*, 12(2).

Day, D. V., Zaccaro, S. J., & Klimoski, R. J. (2001). Assessment of leadership outcomes. The nature of organizational leadership: Understanding the performance imperatives confronting today's leaders, 384-410.

Denison, D. R. (1990). *Corporate culture and organizational effectiveness*. John Wiley & Sons.

Einarsen, S., Aasland, M. S., & Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 207-216.

Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American scientist*, 91(4), 330-335.

Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de salud pública*, 83(2), 169-173.

Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A., & Hernández, M. C. (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), 113-118.

Gómez, Ingrid Carolina, Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica* [en línea] 2007, 6 (enero-abril) : [Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760111>> ISSN 1657-9267

Gregory Stone, A., Russell, R. F., & Patterson, K. (2004). Transformational versus servant leadership: A difference in leader focus. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(4), 349-361.

Gregory, B. T., Harris, S. G., Armenakis, A. A., & Shook, C. L. (2009). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*, 62(7), 673-679.

Gregory, B. T., Harris, S. G., Armenakis, A. A., & Shook, C. L. (2009). Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *Journal of Business Research*, 62(7), 673-679.

Grojean, M. W., Resick, C. J., Dickson, M. W., & Smith, D. B. (2004). Leaders, values, and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of business ethics*, 55(3), 223-241.

Grojean, M. W., Resick, C. J., Dickson, M. W., & Smith, D. B. (2004). Leaders, values, and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of business ethics*, 55(3), 223-241.

Guerrero Pupo, Julio C, Amell Muñoz, Ileana, & Cañedo Andalia, Rubén. (2004). Salud ocupacional: nociones útiles para los profesionales de la información. *ACIMED*, 12(5), 1. Recuperado en 30 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000500005&lng=es&tlng=es.

House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support.

INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, 2017 Consulta realizada el 19 de octubre de 2017. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/empleo/>

Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of management journal*, 44(2), 238-251.

Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of applied psychology*, 89(5), 755.

Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of applied psychology*, 89, 755.

Jung, D. I., & Avolio, B. J. (2000). Opening the black box: An experimental investigation of the mediating effects of trust and value congruence on transformational and transactional leadership. *Journal of organizational Behavior*, 949-964.

Keashly, L., Trott, V., & MacLean, L. M. (1994). Abusive behavior in the workplace: A preliminary investigation. *Violence and victims*, 9(4), 341-357.

Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout.

López Palomar, M. D. R., García Cueva, S. A., & Pando Moreno, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y burnout en población económicamente activa de Lima, Perú. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 164-169.

López Palomar, M. D. R., García Cueva, S. A., & Pando Moreno, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y burnout en población económicamente activa de Lima, Perú. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 164-169. OIT/OMS 1984: 3

MacIntosh, E. W., & Doherty, A. (2010). The influence of organizational culture on job satisfaction and intention to leave. *Sport Management Review*, 13(2), 106-117.

MacIntosh, E. W., & Doherty, A. (2010). The influence of organizational culture on job satisfaction and intention to leave. *Sport Management Review*, 13(2), 106-117.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Meseguer de Pedro, M., Soler Sánchez, M. I., García-Izquierdo, M., Sáez Navarro, M. C., & Sánchez Meca, J. (2007). Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing. *Psicothema*, 19(2).

Moreno Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., & Morante Benadero, M. E. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema*, 17(4).

Moreno, E. A., & Toro, J. P. (2010). Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. *Salud de los Trabajadores*, 18(1), 7-16. Jehn y Mannix, 2001

Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A., & Guéguen, A. (1998). Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 735-741.

O'Reilly, C. A., Caldwell, D. F., Chatman, J. A., Lapid, M., & Self, W. (2010). How leadership matters: The effects of leaders' alignment on strategy implementation. *The Leadership Quarterly*, 21(1), 104-113.

Pando-Moreno, M., Castañeda-Torres, J., Gregoris-Gómez, M., Aguila-Marín, A., Ocampo-de-Aguila, L., & Navarrete, R. M. (2006). Factores psicosociales y síndrome de burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12(3), 523-259.

Peiró, J. M., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del psicólogo*, 29(1).

Rodríguez, C. A. (2009). Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medioambiente de trabajo. OIT.

San Park, J., & Hyun Kim, T. (2009). Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention?. *Leadership in Health Services*, 22(1), 20-38.

Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 138-158.

Schyns, B., & Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 138-158.

Skogstad, A., Einarsen, S., Torsheim, T., Aasland, M. S., & Hetland, H. (2007). The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of occupational health psychology*, 12(1), 80.

Stansfeld, S, Bosman, H, Hemingway, H & Marmot, M (1998). Psychosocial work characteristics and social support as pre-ictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II Study. *En: Psychosomatic Medicine* 60 : 247-255

Stewart, M. M., & Johnson, O. E. (2009). Leader—Member exchange as a moderator of the relationship between work group diversity and team performance. *Group & Organization Management*, 34(5), 507-535.

Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of management journal*, 43(2), 178-190.

Tepper, B. J. (2007). Abusive supervision in work organizations: Review, synthesis, and research agenda. *Journal of Management*, 33(3), 261-289.

Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC health services research*, 11(1), 98.

Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC health services research*, 11(1), 98.

van Dierendonck, D., & Mevissen, N. (2002). Aggressive behavior of passengers, conflict management behavior, and burnout among trolley car drivers. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 345-355.

Vieco Gómez, G. F., & Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2).

Vieco Gómez, G. F., & Abello Llanos, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2).

Waldman, D. A., De Luque, M. S., Washburn, N., House, R. J., Adetoun, B., Barrasa, A., ... & Dorfman, P. (2006). Cultural and leadership predictors of corporate social responsibility values of top management: A GLOBE study of 15 countries. *Journal of International Business Studies*, 37(6), 823-837.

Westman, M., & Bakker, A. B. (2008). Crossover of burnout among health care professionals. *Stress and burnout in health care*, 111-125.

Wilkinson, A. D., & Wagner, R. M. (1993). Supervisory Leadership Styles and State Vocational Rehabilitation Counselor Job Satisfaction and Productivity. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 37(1), 15-24.

Wilkinson, A. D., & Wagner, R. M. (1993). Supervisory Leadership Styles and State Vocational Rehabilitation Counselor Job Satisfaction and Productivity. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 37(1), 15-24.

Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & Mcgrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of occupational and organizational psychology*, 77(4), 565-588.

Yukl, G., & Tracey, J. B. (1992). Consequences of influence tactics used with subordinates, peers, and the boss. *Journal of Applied psychology*, 77(4), 525.

Yukl, G., & Tracey, J. B. (1992). Consequences of influence tactics used with subordinates, peers, and the boss. *Journal of Applied psychology*, 77(4), 525.

Zhu, W., Avolio, B. J., & Walumbwa, F. O. (2009). Moderating role of follower characteristics with transformational leadership and follower work engagement. *Group & Organization Management*, 34(5), 590-619.

CAPÍTULO V

Factores de riesgo psicosocial en trabajadores de Perú y Colombia

Ma del Refugio López Palomar/ Sara Adriana García Cueva/ Adriana
Rodríguez López/ Sandra Zavala Contreras
Centro Universitario de los Valles
Universidad de Guadalajara

Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los trabajadores, es un derecho humano fundamental y es una de las metas establecidas por la Organización Internacional del Trabajo OIT en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (OIT 2015 citado en OMS 2017). En el 2015 la OIT reportó que se estima que anualmente mueren 2.3 millones de hombres y mujeres como resultado de accidentes, enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo, por otra parte se ubican cifras alrededor de 317. Millones de accidentes no fatales en el lugar de trabajo y casos de enfermedades relacionadas con el trabajo, que provocan al menos tres laborables días perdidos por incapacidad el coste de esta adversidad diaria es enorme y la carga económica de las malas prácticas de seguridad y salud se estima entre el 4 al 6% del Producto Interior Bruto PIB global de cada año (OIT 2015). Algunos riesgos ocupacionales tales como traumatismos, ruidos, agentes carcinogénicos, partículas transportadas por el aire y riesgos ergonómicos representan una parte considerable de la carga de morbilidad derivada de enfermedades crónicas: 37% de todos los casos de dorsalgia; 16% de pérdida de audición; 13% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 11% de asma; 8% de traumatismos; 9% de cáncer de pulmón; 2% de leucemia; y 8% de depresión (OMS 2017). Las cifras anteriores dejan al descubierto que las malas condiciones en el lugar de trabajo son determinantes para la salud física y mental de los trabajadores así como para la salud financiera de las empresas y gobierno.

En contraposición, las buenas condiciones de trabajo no solo cumplen con tan anhelado derecho humano a la salud, pueden proporcionar

protección contra los riesgos físicos y psicosociales, posición social, oportunidades de desarrollo personal y profesional, autoestima, llegando a impactar positivamente en la salud del trabajador, la empresa y el gobierno, toda vez que mediante el trabajo, las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para conservar un buen estado de salud; en lo anterior se encuentra una relación estrecha entre la salud y el trabajo, ya que el trabajo es fuente de salud, y ésta es un requisito previo esencial para los ingresos familiares, la productividad y el desarrollo económico (Parra, 2003).

Por su parte la OIT desde su origen procura la protección y la seguridad de los trabajadores indispensables para evitar la explotación de éstos por parte de los patrones, es decir el reconocimiento de sus derechos (OIT 2016). Lo anterior ha sido apoyado por diversos organismos internacionales, los gobiernos de los países se han encargado de establecer leyes, normas y reglamentos que regulen la materia de seguridad e higiene en el trabajo. A lo anterior se suma la OMS, al señalar que un trabajo saludable es uno de los bienes más preciados con que cuenta cualquier país, no solo contribuye a la productividad y riqueza de la comunidad o del país, sino a la motivación, satisfacción y calidad de vida de la población (OMS 2010). En este orden de ideas años más tarde, en el 2015 la OIT describió que el trabajo decente sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres (OIT 2015).

En lo anterior se reflejan algunas ideas que dejan al descubierto la importancia del lugar del trabajo para la salud del trabajador, toda vez que

no es ético que las personas para ganarse el sustento económico malogren su salud, es decir ¿por qué el trabajo ha de producir incidentes y accidentes que tengan como desenlace diversos problemas de salud y hasta la muerte?. De ahí la relevancia del análisis de los factores psicosociales antes que los factores de riesgo psicosocial por lo que se continúa con la parte conceptual de los mismos.

Los factores psicosociales han sido conceptualizados por diversos autores destacándose en ello lo que establecen los propios organismos internacionales de la OIT/OMS (OIT/OMS 1984) al considerarlos como:

“Las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, el grado de satisfacción laboral y las condiciones de organización por una parte y por otra la capacidad de los trabajadores, sus necesidades, su cultura su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el desempeño de la tarea”

En lo anterior se identifican diversos elementos o componentes como las interacciones es decir el entorno en el que se realiza el trabajo donde se ubican las personas, el medio ambiente físico de trabajo esto es todo aquello que se encuentra en el medio físico como el ruido, la iluminación, la temperatura, vibraciones, etc.; el grado de satisfacción laboral que llega a experimentar el trabajador pudiendo estar vinculadas a la capacidad del trabajador; estabilidad laboral, recompensa económica y el reconocimiento social que recibe; la forma en la que está organizada la tarea como duración pautas de descanso, turno, tipo de jornada; la estructura organizacional, la jerarquía de mando, etc.; las necesidades personales, familiares, y sociales del trabajador; su propia cultura de sí mismo y la del contexto que van a influir de manera positiva o negativa en el rendimiento, la satisfacción y desempeño de la tarea, es decir se trata de una percepción personal individual.

La Enciclopedia sobre seguridad y salud en el trabajo define los factores psicosociales de origen laboral como:

“Las condiciones que comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas (por ejemplo, su variedad, significado, alcance y carácter repetitivo). El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización (por ejemplo, la doble presencia trabajo-hogar) y aspectos del individuo (por ejemplo, personalidad y actitudes) que puedan influir en la aparición del estrés en el trabajo (International Labour Office et al., 2007)”.

En esta definición encontramos elementos comunes con los de la OIT antes presentados toda vez que considera por una parte las condiciones internas del lugar de trabajo, la cultura organizacional, las relaciones del trabajador dentro y fuera del ámbito laboral; sin embargo en ésta definición se resaltan los aspectos individuales como la personalidad y las actitudes que pueden llegar a influir en la aparición de algunos padecimientos o trastornos.

Ahora bien ¿cómo llegan a convertirse los factores psicosociales en factores de riesgo psicosocial? La respuesta no es tan sencilla por lo cual se presenta la definición de factores de riesgos psicosociales que al respecto emite Moreno al considerar los riesgos psicosociales laborales como “situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de dañar gravemente la salud de los trabajadores, física, social o mentalmente” (Moreno, 2011).

Por otra parte el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS, 2016) precisa que los factores de riesgo psicosociales son situaciones laborales que tiene probabilidad de ocasionar daños a la salud de los trabajadores es decir son un riesgo, y estos tienen su origen en la organización del trabajo llegando a generar respuestas de tipo fisiológico,

emocional, cognitivo y conductual que son conocidas popularmente como estrés y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración. En lo anterior se identifica que cuando se habla de factores de riesgo psicosocial se alude a las interacciones presentes en el trabajo que representan un riesgo para la salud; lo anterior en concordancia con lo señalado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2016) al considerar que éstos se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un limitado contexto social del trabajo.

Dado que el presente estudio comparativo de factores de riesgo psicosocial se realiza con trabajadores de Perú y Colombia, se presentan algunas consideraciones legales y la definición de estos desde la normatividad laboral vigente. En la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo del Perú, publicada el 27 de octubre de 2016 dispone que los empleadores declaran en el Registro de Información Laboral (I-Registro) de la Planilla Electrónica la existencia del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o del Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme a lo previsto en dicho ordenamiento, todo ello para proteger los derechos que en materia de seguridad y salud en el trabajo, se consagran.

En esta materia, la Legislación Colombiana contiene leyes puntuales que promueven el trabajo seguro, específicamente el inciso d), del Artículo 3 de la Resolución 002646, presenta la definición de factores de riesgo psicosociales, entendidos estos como “las condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo”. Por su parte el Artículo 5° del mismo ordenamiento Denominado Factores psicosociales, amplía lo anterior al especificar que comprenden los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante

percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas.

En las definiciones anteriores de factores de riesgo psicosocial se identifica el impacto negativo que llegan a presentar en la salud de los trabajadores. Cabe resaltar que en diversas investigaciones se evidencia el impacto negativo con daños a la salud, a la productividad de las empresas y al gasto público representado entre el 4 al 6% del PIB; de igual manera los hallazgos de diversas investigaciones dejan al descubierto dichos efectos, como ejemplo de ello se presenta la relación encontrada entre Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout: López, R., García, S., Pando, M. (2014); Jiménez, E., Caicedo, S., Joven, R., y Pulido. J. (2015); Ratto, A., García, R., Coral, M., González, M. (2015). Factores de Riesgo Psicosocial y Estrés. Factores psicosociales del presentismo: Vera, A; Carrasco, C; da Costa, S; y Páez, D (2015). Los Factores de riesgo psicosocial y la salud mental: López, R., Pando, M. García, S., y Zavala, S. (2017); Caceres N., Campillay, J., Cvitanic, C. y Bargsted, M. (2015), Ansoleag, E. (2015) Hurtado, B. (2017), Gutiérrez SAM, Viloria-Doria JC. (2014); Amezcua MT, Preciado L., Pando M., y Salazar JG. (2011); Gómez-Ortiz V & Moreno L. 2010, por citar algunos estudios.

En reconocimiento de los efectos negativos asociados a la presencia de factores de riesgo psicosocial es relevante aportar evidencia, por lo que la OIT en conmemoración del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo para 2017 enfatiza en la necesidad fundamental de los países de mejorar su capacidad para recopilar y utilizar datos fiables sobre seguridad y salud en el trabajo (SST) (OIT 2017), por lo que exhorta a la comunidad científica a continuar con la realización de investigaciones que contribuyan a este fin.

Por lo antes expresado, se planteó como objetivo del estudio, identificar y comparar la prevalencia de los factores de riesgo psicosocial de origen laboral en trabajadores de diversas profesiones y ocupaciones dos países Perú y Colombia, y con ello contribuir a la meta 8.8 del objetivo 8 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, adoptada el 25 de septiembre de 2015, que abarca un plan de acción global con metas de desempeño específicas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos. Con su adopción, la capacidad para recopilar y utilizar datos fiables sobre SST.

Material y métodos

Se trató de un estudio no experimental, descriptiva, comparativa y transversal, se identificó y evaluó la prevalencia de los factores de riesgo psicosocial de origen laboral, los sujetos de estudio fueron 698 (339 y 359 respectivamente) trabajadores de diversas profesiones y ocupaciones de la población económicamente activa (PEA) de Perú y Colombia, elegidos aleatoriamente. Se recabaron datos sociodemográficos y laborales a través del cuestionario que incluía preguntas como edad, estado civil, escolaridad, profesión, ocupación laboral actual.

Para la identificación y prevalencia de los factores psicosociales, se utilizó el cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo adaptado (Silva, 2006) que consta de 46 ítems y 7 dimensiones: condiciones del lugar de trabajo, carga de trabajo, contenido y características de la tarea, exigencias laborales, desarrollo de la carrera, interacción social y aspectos organizacionales y remuneración del rendimiento, instrumento con escala de tipo Likert. Se emplearon las pruebas no paramétricas, utilizando el paquete estadístico Excel y SPSS, se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Resultados

La población estudiada se integró con 698 participantes, de los cuales 339 corresponden al primer grupo del Perú, y 359 de Colombia; iniciaremos con la descripción de los primeros, en la rango de edad el predominio se ubicó entre los 14 y 37 años con el 62,65%, seguido por el rango 38 a 47 ubicándose el 25,59%; y de 48 a 60 solo se encuentra el 11,46%; respecto al género, el 52,2% corresponde al femenino y 47,8% de sexo masculino; el estado civil de la población refleja que el 48,97% son casados, el 41,59% solteros y el restante 9,44% se reparte en divorciados, separados y en unión libre; en la variable escolaridad, predominó con el 93,22% el nivel alto y/o superior, en tanto que el nivel básico-medio tan solo lo representó el 6,78% de dicha población.

Respecto a los participantes del segundo grupo (Colombia), el rango de edad predominante se localiza entre los 15 a 37 años representando el 67,10%, seguido por el rango 38 a 47 ubicándose el 21,40% de la población; en tanto que de 48 años en adelante solamente lo integraron el 11,50%, estas prevalencias son semejante al primer grupo; en la variable género se identificó que el 53,2% corresponde al femenino y el restante 46,8% al masculino; el estado civil de esta población refleja que el 34,8% son casados, el 32,9% solteros, seguidos por el 23,4% que manifestaron vivir en unión libre y el restante 9% refirieron ser viudos, divorciados y separados de sus parejas; referente a la escolaridad predominó con el 65,7% nivel básico-medio al oscilar entre 1 a 12 años de estudio, por su parte los trabajadores con alta escolaridad es decir nivel alto y/o superior fue el 34,3 % de la población encuestada; de las variables sociodemográficas anteriores se observan similitudes en la edad y género, en tanto que las diferencias se sitúan en el estado civil y la escolaridad, en ésta el primer grupo se identifica mayor nivel de escolaridad (*Tabla 1*).

Tabla 1. Características de las variables sociales. Elaboración propia.

Datos Sociodemográficos					
Variable		Perú		Colombia	
	Rango	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Edad	< 38	213	62.65	241	67.1
	39 - 48	87	25.59	77	21.4
	49	39	11.46	41	11.5
	+				
Género	Femenino	177	52.2	190	53.2
	Masculino	162	47.8	169	46.8
Estado civil	Casado	166	48.97	125	34.8
	Soltero	141	41.59	118	32.9
	Viudo	4	1.18	6	1.7
	Divorciado	8	2.36	2	0.6
	Separado	8	2.36	24	6.7
	Unión libre	12	3.54	84	23.4
Escolaridad	Básica y media 1 – 12 Años	23	6.78	236	65.7
	Alta 13 o más	316	93.22	123	34.3

FUENTE: elaboración propia

Referente a los datos laborales, la mayor prevalencia encontrada en ambos grupos fue en el tipo de empresa correspondiendo al sector servicios, el primer grupo (Perú) con el 95.6% laboran en empresas de dicho sector servicios, ubicándose en empresas de producción solamente el 4.40%, los años trabajados en la misma empresa denotan alto índice de rotación al

prevalecer con el 86.14% aquellos que llevaban menos de cuatro años, en tanto que el 13.86% se ubicó en el rango de cinco años en adelante.

Hallazgos similares a los presentados en el párrafo que antecede se identificaron en el segundo grupo (Colombia), se encontró que el 96.7% de la población encuestada laboraba en empresas cuya actividad corresponde al sector servicios, y solamente el 3.3% en empresas dedicadas a la producción; por su parte la variable permanencia en las empresas se identificó menor rotación y se ubica por debajo de los hallazgos encontrados en el Perú, ascendiendo al 48.7% los trabajadores con una antigüedad de entre 1 mes a 4 años, en tanto que la mayor prevalencia se ubicó en los empleados con más de cuatro años de permanencia en la misma empresa con 51.20% (Tabla 2).

Tabla 2. Características de las variables laborales.

Datos laborales					
		Perú		Colombia	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sector al que corresponden las empresas donde labora la población encuestada	Servicios	324	95.60%	347	96.70%
	Producción	15	4.40%	12	3.30%
Años trabajados en la empresa	0 a 4	292	86.14%	175	48.70%
	5 en adelante	47	13.86%	184	51.20%

FUENTE: elaboración propia.

Sobre la exposición de factores de riesgo psicosociales, en la población Peruana se encontró que el 10,75% presenta una exposición alta, el 62,92% se ubica en nivel medio; y el resto, que representa el 26,33% de los

trabajadores encuestados, se encuentra en condiciones adecuadas; en tanto que el segundo grupo se ubicó exposición alta con el 9.19% (menor prevalencia respecto al primer grupo), en nivel medio el 49.22% y el 41.58% en riesgo bajo, es decir los trabajadores de Colombia refieren mejores condiciones laborales y en consecuencia menor riesgo psicosocial laboral (ver Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de Factores de Riesgo Psicosocial.

Dimensiones de los Factores Psicosociales	Perú						Colombia					
	Alto		Medio		Bajo		Alto		Medio		Bajo	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
Condiciones del lugar de trabajo	20	5.9	222	65.32	97	28.78	16	4.46	168	46.8	175	48.75
Carga de trabajo	16	4.75	271	79.75	52	15.5	11	3.06	207	57.66	141	39.28
Contenido y características de la tarea	15	4.52	260	76.5	64	18.98	19	5.29	220	61.28	120	33.43
Exigencias laborales	54	15.9	233	68.53	52	15.57	117	32.6	205	57.1	37	10.3
Papel laboral y desarrollo de la carrera	30	8.9	232	68.30	77	22.8	32	8.91	215	59.89	112	31.2
Interacción social y aspectos organizacionales	14	4.41	259	46.77	166	48.82	6	1.67	96	26.74	257	71.59
Remuneración del rendimiento	106	31.2	226	34.12	117	34.68	30	8.36	126	35.1	203	56.54

FUENTE: elaboración propia.

FC: Frecuencia

Discusión

Los hallazgos del presente estudio confirmaron que sin importar la profesión y/o ocupación de los trabajadores, y el contexto, los factores de riesgo psicosocial están presentes, la prevalencia encontrada fue significativa, tratándose de la población Peruana se encontró que 37 trabajadores es decir el 10,75% presenta una exposición alta formando parte de las estadísticas de ausentismo, presentismo, con padecimientos de enfermedades profesionales, representando un alto coste en material de salud, con deterioro y mala calidad de vida para él y su entorno familiar, es decir no es una cifra más representan a 37 familias; el 62,92% que se ubica en nivel medio de continuar expuestos en frecuencia e intensidad a los factores de riesgo psicosocial, pueden llegar a sumarse a los anteriores, o bien, de modificarse favorablemente dichos factores, convertirse en bajo riesgo; el resto, que representa el 26,33% de los trabajadores encuestados, se encuentra en condiciones adecuadas. Por su parte en el segundo grupo se ubicó exposición alta en 33 trabajadores representado el 9.19% de la población estudiada, y con ello los impactos negativos a la salud que van desde enfermedades profesionales leves hasta daños crónicos que merman la calidad y esperanza de vida, estas cifras se ubican ligeramente por debajo a las del primer grupo; en nivel medio el 49.22%; por otra parte 149 trabajadores de la población estudiada que representa el 41.58% se ubicó en riesgo bajo; por lo anterior se infiere que los trabajadores de Colombia refieren mejores condiciones laborales aunado a menor rotación y en consecuencia menor riesgo psicosocial laboral (López, García, y Moreno 2014; López Moreno, García y Zavala 2017).

Los hallazgos anteriores difieren con los del estudio realizado por Jiménez, E., Caicedo, S., Joven, R., y Pulido. J. (2015) en trabajadores de una empresa dedicada a la recreación y el entretenimiento educativo infantil en

Bogotá D.C., al reportar que el 56% de los encuestados perciben un nivel de riesgo Intralaboral alto y muy alto.

López, García, y Moreno (2015) llevaron a cabo un estudio con población de trabajadores del campo, encontrando exposición alta en 7.7% es decir factores de riesgo psicosocial, en tanto que el 69.2% se ubicó en nivel medio, el resto que representan el 23.1% de los trabajadores encuestados refieren condiciones adecuadas. Así mismo de los factores psicosociales estudiados, la remuneración del rendimiento representan riesgo psicosocial con el 26.9%, seguido de tres factores más, siendo el papel laboral y desarrollo de carrera, las exigencias laborales y el contenido y características de la tarea con el 11.5% respectivamente; lo anterior se asemeja a los hallazgos del presente estudio al coincidir en tres de los factores de riesgo psicosocial: la remuneración, las *exigencias laborales* y *el* Papel laboral y desarrollo de la carrera.

Caceres N., Campillay, J., Cvitanic, C. y Bargsted, M. (2015), Ansoleag, E. (2015) realizaron un estudio con docentes que laboraban en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Antofagasta, Chile cuya muestra se integró por 340 profesores, el instrumento de factores psicosociales aplicado fue el ISTAS21, los hallazgos refieren que el factor de riesgo psicosocial donde se ubica riesgo alto con 37.51% lo representan: La Doble presencia o Doble jornada laboral (trabajar en la empresa y en la casa), lo que implica problemas para la conciliación de las necesidades derivadas del ámbito familiar con las del ámbito laboral. Al aplicar instrumento distinto no es posible comparar los hallazgos con los del presente estudio.

El estudio de Síndrome de Quemarse por el Trabajo y Factores Psicosociales en docentes de primaria de la ciudad de Montevideo, realizado por Ratto, A.; García, R.; Silva, M.; y González, M. (2015) con profesas de

enseñanza privada de instituciones de la ciudad de Montevideo, evidencian que los Factores Psicosociales (Estrés de Rol, Supervisión, Condiciones Organizacionales, Preocupación Profesional y Falta de Reconocimiento Profesional), la mayoría de las maestras se encuentran a un nivel medio las dimensiones: Estrés de Rol, en el estilo de Supervisión, Condiciones Organizacionales y Falta de Reconocimiento Profesional, mientras que las Preocupaciones Profesionales es el único factor con un porcentaje mayor en nivel bajo. Pese a que el instrumento aplicado para evaluar los factores de riesgo psicosocial es diferente a los empleados en los estudios que anteceden la constante es la presencia de dichos factores y con ellos los riesgos que pueden conllevar a la salud del trabajador.

En el 2011, Amezcua y colaboradores efectuaron dos estudios en el contexto mexicano en población de docentes que trabajaban con alumnos que presentaban necesidades educativas especiales, emplearon el mismo instrumento para evaluar los factores psicosociales, encontrándose como factor de riesgo psicosocial la dimensión remuneración (Amezcua, Preciado, Pando y Salazar, 2011a), lo anterior se asemeja a nuestros resultados toda vez que se encuentra presente el mismo factor de riesgo psicosocial.

Por su parte Arenas y Andrade (2013) efectuaron un estudio en trabajadores de una organización privada del sector salud, la Retroalimentación del desempeño; es el factor de riesgo para dichos trabajadores.

Hurtado, B. (2017) realizó una investigación de tesis doctoral cuyo objetivo fue evaluar la relación entre los niveles de exposición a los factores de riesgo psicosocial y el bienestar de los profesores universitarios de enfermería en Cataluña, encontró que son tres dimensiones las que explicaban el 53% de la varianza: exigencias laborales en el ámbito docente, exigencias curriculares y dificultades en el ámbito organizativo.

Los estudios antes citados, realizados en distintas profesiones, ocupaciones y contextos, dan cuenta de la prevalencia de los factores de riesgo psicosociales, dejando al descubierto el impacto negativo que ejercen las condiciones inadecuadas del entorno de trabajo en el detrimento de la salud de los trabajadores. Con lo anterior se da cumplimiento al objetivo del trabajo que consistió en identificar los factores de riesgos psicosociales presentes en las poblaciones estudiadas y comparar los hallazgos de ambas poblaciones.

Conclusiones

Sin duda alguna el estudio de los factores de riesgo psicosocial cuenta con una larga trayectoria mas no es suficiente por la complejidad del propio constructo, toda vez que la diversidad de instrumentos validados que se aplican tienen base teórica diferente, si bien es cierto ofrecen información confiable más en ocasiones no comparable como quedó de manifiesto en el presente estudio, lo que representa una limitante y una área de oportunidad para los investigadores. También es importante resaltar que los esfuerzos y avances emprendidos por organismos internacionales y los gobiernos de diversos países en materia de factores de riesgo psicosocial para establecer ordenamientos legales encaminados a garantizar condiciones seguras de trabajo son significativos mas no suficientes, por lo que debe emprenderse un proceso de concientización con la participación de los diversos actores involucrados para que se materialice el derecho a la salud en el trabajo.

Por otra parte cabe resaltar que los hallazgos del presente estudio evidencian que las organizaciones públicas y privadas deben prestar especial atención en los factores de riesgo psicosocial: remuneración, las exigencias laborales y el papel laboral y desarrollo de la carrera; que les permita alcanzar la aspiración del trabajo decente a tener las mismas oportunidades de acceder a un empleo que implicaría igualdad de oportunidades para la

realizar estudios, vivienda, servicios de salud, etc. Así como a un ingreso justo, que satisfaga sus necesidades y las de su grupo primario y en consecuencia su desarrollo personal e integración social, es decir trato justo, equitativo para mujeres y hombres (OIT 2015).

Referencias

Amezcuca MT, Preciado L, Pando M, y Salazar JG. (2011^a). *Factores psicosociales laborales y trastornos de sueño en docentes de educación especial*. Rev Educ Inclusiva. 4(2):21-28.

Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. (2016). Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo, nota descriptiva. Recuperado en: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>

Arenas OF, Andrade JV. 2013. Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. Acta Colombiana de Psicología [en línea] 2013 [Fecha de consulta: 4 de agosto de 2016] 16(1): [43-56]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79829185005>>

Caceres N., Campillay, J., Cvitanic, C. y Bargsted, M. (2015), Ansoleag, E. (2015) Los Factores de Riesgo Psicosocial del Trabajo afectan la Salud Mental de los Profesores según el tipo de financiamiento del establecimiento.

Salud & Sociedad. V. 6 No. 1: 050-075. Enero-Abril. Recuperado de: <chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.redalyc.org/pdf/4397/439742477004.pdf>

International Labour Office (ilo), International Programme on Safety and Health at Work and the Environment & International Occupational Safety and Health Information Centre. (2007). SafeWork bookshelf. Geneva: ilo.

Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud. 2016. Ambiente y salud, nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=3938>

Jiménez Barrero E, Caicedo Moreno S, Joven Arias RE, Pulido Gil JA. Factores de riesgo psicosocial y síndrome de burnout en trabajadores de una empresa dedicada

a la recreación y el entretenimiento educativo infantil en la ciudad de Bogotá D.C. Rev.univ.ind.santander.salud 2015; 47(1): 47-60

Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (2016)

López M, García S, Pando M, (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima, Perú. Cienc Trab. Sep-Dic; 16 [51]: (164-169).

López M, García S, Pando M, (2015). Factores de Riesgo Psicosocial y Compromiso Organizacional (Work Engagement). Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración RICEA. Enero-Junio; Vol. 4 No. 7 (1-14)

López M, Pando M, García S, y Zavala, S. (2017). Factores de Riesgo Psicosocial de origen laboral y su relación con trastornos psicológicos no psicóticos. Cienc Trab. Aceptado para su publicación.

Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Revista Med Segur Trab, 57, suplemento 1, pp. 1-262.

Organización Internacional del Trabajo OIT/OMS (1984) “Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención”. Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud OMS (2010) Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas, y literatura de apoyo. Ginebra: Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2017) Nota descriptiva noviembre 2017. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>

Organización Internacional del Trabajo OIT (2016) Origen e historia de la OIT. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang-es/index.htm>

Organización Internacional del Trabajo OIT (2010) Norma Internacional: guía de responsabilidad social. Suiza: ISO.

Organización Internacional del Trabajo OIT (2017) Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Optimizar la compilación y el uso de los datos sobre SST. Recuperado de <http://www.ilo.org/safework/events/safeday/lang--es/index.htm>
Parra, M. (2003). Conceptos básicos en la salud laboral. Chile: Central Unitaria de Trabajadores de Chile.

Silva GN. Factores psicosociales y desgaste profesional en académicos del Centro Universitarios de Biológicas Agropecuarias [tesis de doctorado], Jalisco: Universidad de Guadalajara; 2006.

CAPÍTULO VI

Riesgos Psicosociales y su influencia en niños y adolescentes en conflicto con la Ley en un Centro de Atención Integral

**Lalama José María/ Lara S. Juan E.
Universidad Central del Ecuador**

El estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral, no es nuevo, aunque si la importancia y reconocimiento que ha adquirido en los últimos años como consecuencia de los importantes cambios en las organizaciones, y, de los procesos de globalización actual, considerando también la exposición a los riesgos psicosociales, se ha hecho más frecuente e intensa, haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control, con el fin de evitar sus riesgos asociados para la salud, y la seguridad en el trabajo.

Un trabajo fatigante en el turno nocturno, acompañado de un descanso diurno poco reparador, es una de las causas de los trastornos en los trabajadores. Durante el día nuestros parámetros biológicos tienen unas constantes naturales (temperatura, frecuencia cardiaca, consumo de oxígeno, etc.) que son diferentes a las de la noche.

Estas extensas jornadas de trabajo y en algunos casos de gran responsabilidad, como es el caso de los oficiales que mantienen la seguridad del centro de detención juvenil, o centro de atención integral, pueden ser factores determinantes en el trabajador al momento de tomar una decisión o de reaccionar ante una emergencia, debido a que puede afectar de la siguiente manera en el trabajador: alteraciones del equilibrio biológico, dificultades para mantener atención, trastornos del humor y carácter, trastornos del sueño, trastornos somáticos (cefaleas).

La violencia es probablemente un rasgo de las nuevas formas y estilos de vida, predominantemente urbana, anónima, acelerada y

competitiva. La (OIT, 2003) define la violencia laboral “como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo”.

Este estudio intenta elaborar protocolos y guía para establecer servicios de salud y bienestar mental, así como también, abuso de sustancias, y seguridad laboral, promoviendo seguridad pública, sensibilidad cultural y que sea accesible a adolescentes que requieren de este tipo de servicios.

Muy pocos estudios se han realizado, preocupado, y tratado el problema para mejorar la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y personal de seguridad, que atienden y supervisan por el bienestar de los jóvenes residentes y que están en conflicto con la ley. En un centro de atención integral. El centro estará administrado bajo un sistema estructurado en educación, psicoterapia, abuso y dependencia de sustancias, y conductas disruptivas.

Como se puede visualizar, es un programa ambicioso y que en USA ya están funcionando y cada vez van revisando sus objetivos para ver si se han cumplido; no obstante falta mucho por hacer, el abuso de drogas y alcohol persiste y la violencia está presente en escuelas, colegios y hogares.

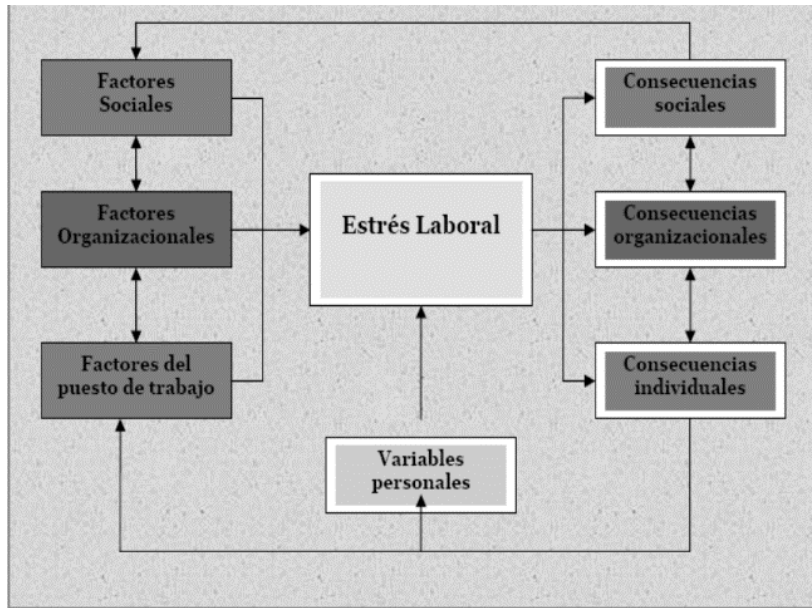
Es importante resaltar el trabajo que realizan los oficiales de seguridad para lograr cumplir con los objetivos planteados. Ellos son los que tienen que resolver y controlar los problemas de comportamiento y violencia que presentan estos jóvenes con desórdenes psicológicos. Así mismo, los oficiales de seguridad son quienes tienen que liderar para que los residentes experimenten un sistema estructurado, donde existe horarios de dormir, despertar, desayunar, ir a clases, almorzar, realizar actividades físicas, y recreativas.

Tienen que lidiar a diario con grupos de 40 O más adolescentes, con una variedad de trastornos violentos y conductas disruptivas. Los oficiales, por estas razones, sufren mucho de estrés laboral, dolencias y dolores musculares, Uso y abuso de alcohol, violencia doméstica.

Como consecuencia de todo ello, la segunda encuesta europea de calidad de vida indica que casi la mitad de los ciudadanos con trabajo remunerado en los 27 países de la UE reconocen que varias veces al mes están demasiado cansados para hacer las tareas del hogar, y el 22% afirman estarlo varias veces a la semana. El 11% refiere que tiene dificultades varias veces por semana para llevar a cabo las responsabilidades familiares por el tiempo que pasan en el trabajo.

Un entorno de trabajo saludable y seguro es la mejor garantía del rendimiento laboral, de la salud de sus empleados y de la motivación e implicación organizacional. La pérdida de calidad del trabajo entraña costes a veces difíciles de observar a corto plazo, pero siempre presentes a medio y largo plazo.

Es un trabajo estresante para el personal que labora y tiene contacto directo con los jóvenes detenidos. Por esta razón, se sugieren los siguientes objetivos para prevenir el agotamiento del personal en contacto directo con los jóvenes en conflicto.



(Rodríguez Fernández, Zarco Martín, & González González, 2009)

Generalidades

Acoso laboral: el mobbing o acoso laboral es considerado actualmente uno de los *riesgos* laborales más importantes en la vida laboral. Los efectos de los atentados a la propia dignidad e intimidad del trabajador no tienen ni la misma forma, ni la misma naturaleza, ni las mismas consecuencias, que puede tener un atraco o asalto o la violencia física.

Acoso sexual: el acoso sexual es planteado también como una de las formas de la violencia laboral, y más frecuentemente como una modalidad del acoso laboral, sin embargo, el acoso sexual tiene igualmente un contexto

propio, unas formas específicas, y unas consecuencias especiales, que hace que no se identifique con la violencia en el trabajo o el acoso laboral.

Inseguridad contractual: la inseguridad laboral podría definirse como una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro, y también como una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera.

El Burn Out o Desgaste Profesional: consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales.

Salud: no solamente significa la ausencia de enfermedades, accidentes o discapacidades, sino un estado óptimo de bienestar físico, psíquico y social.

Peligro: es cualquier cosa que puede causar daño.

Riesgo: la probabilidad de que alguien sea lesionado por el peligro.

La adaptación es extremadamente importante para el futuro laboral de los oficiales de estos centros; es la capacidad de dos realidades para complementarse entre sí. Ejemplo, el oficial y su entorno laboral.

Estrés: es una desadaptación del ser humano frente a su ambiente, puede durar poco o varios días. Cada oficial reacciona diferente frente al estrés, aun cuando las causas sean las mismas; todos los seres humanos padecen de estrés en algún momento de sus vidas.

(Martínez León, Irurtia Muñiz, & Camino Martínez, 2012) Manifiestan que el Mobbing (Acoso profesional): en el Congreso sobre Higiene y Salud en

el Trabajo del año de 1990, el psicólogo sueco Heinz Leymann, definió por primera vez el término mobbing como:

"la situación en que una persona ejerce una violencia psicológica extrema de forma sistemática, recurrente y durante un tiempo prolongado sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo".

Indudablemente que el concepto de Leymann, y, en sus posteriores estudios se refleja una extrema violencia laboral, donde vamos a destacar no solo la posible agresión física, que es más visible, sino, la agresión verbal y mental que tiene negativas repercusiones en la conducta de los agredidos. En USA, se realizó un estudio, donde se identificó que sí existía acoso sexual en los centros de detención juvenil; el estado actuó inmediatamente, y las sanciones fueron radicales.

Causas del estrés:

- Externas: psicosociales: conflictos, apuros económicos, pérdida o cambio de trabajo, pérdidas personales, presión de tiempo, presión de trabajo, jubilación, desengaños, clima, ruido.

Psicofisiológica del estrés:

1. Fase de alarma: El cuerpo se prepara para combatir la amenaza y Aumenta significativamente el consumo de energía.
2. Fase de acción: El cuerpo ejecuta las acciones necesarias para eliminar la amenaza o peligro.

3. Fase de relajamiento: El cuerpo retorna a su equilibrio (físico – mental). Bajan los niveles de energía. Siente alivio físico.

Objetivos

1. Crear y aplicar un nuevo modelo de atención integral para niños y adolescentes con problemas de salud mental y que se encuentran en conflicto con la ley.
2. Prevenir accidentes y daños para la salud relacionados con el trabajo.
3. Reducir al mínimo razonable los riesgos inherentes al trabajo.

Metodología

El MBI (Maslach de 1986) es el instrumento más utilizado para levantar información del BURNOUT; tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%; está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes; su función es medir el desgaste profesional. (Manso-Pinto, 2006)

Mide el Cansancio emocional; describe los sentimientos de estar abrumado y agotado Emocionalmente por el trabajo. 1-2-3-6-8-13-14-16-20; la Despersonalización; Describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención. 5-10-11-15-22; Realización personal; Describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás. 4-7-9-1.

Resultados

Respuesta anormal ante el estrés: también conocido como Síndrome de adaptación general. Se puede apreciar la presencia de signos y síntomas concurrentes de tipo físico, mental y de comportamiento. El personal de los centros de detención juvenil suelen llevar sus problemas a sus hogares; existe la posibilidad de reaccionar violentamente ante cualquier situación con sus familiares; el abuso del alcohol, también es común.

Fase de resistencia: adaptación: el cuerpo trata de adaptarse y reparar los daños; existe tensión y dolor muscular (cuello, hombros, espalda); Se experimenta fatiga frecuente; molestias en el pecho. Puede experimentar desórdenes digestivos, insomnio y pesadillas. Hay tendencia a la irritabilidad, miedos, fobias, ansias por comer algo; falta de concentración.

Fase de agotamiento: se rompe el equilibrio y se produce alteraciones en uno o más sistemas u órganos, el organismo tiende a colapsar y ceder ante la enfermedad, se ha notado que el personal de seguridad en los centros puede experimentar hipertensión arterial, asma, migraña.

Consecuencias del estrés crónico: gastritis, frustración, insomnio, colitis nerviosa, migraña, crisis de pánico, alteraciones sexuales, problemas laborales, adicciones, conductas antisociales, psicosis, sarpullidos, arritmias cardíacas, mareos.

Por todo lo expuesto anteriormente, los centros de detención juvenil en USA, han puesto en marcha diferentes mecanismo para aliviar, de alguna manera, el agotamiento laboral y turnicidad de los oficiales, ya que los centros de detención juvenil funcionan 24 horas al día 365 días del año, en otras palabra, no existen feriados, los jóvenes en detención no pueden quedarse sin supervisión en ningún momento. Los oficiales,

definitivamente, tienen que trabajar todo el tiempo, en diferentes turnos y horarios.

Riesgos turnos de trabajo: 1) alteraciones del equilibrio biológico, dificultades para mantener atención, trastornos del humor y carácter, trastornos del sueño, trastornos somáticos; 2) alteraciones de la vida social.- El trabajo a turnos, especialmente el de la noche y el de la tarde, dificulta las relaciones sociales debido a la falta de coincidencia con los demás; 3) Incidencia en la actividad profesional. La baja actividad del organismo durante la noche, puede provocar que se den una serie de percusiones negativas sobre la ejecución del trabajo (actuar con rapidez, percibir correctamente la información).

1. Problemas y enfermedades cardiovasculares;
2. Depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental;
3. Dolor de espalda y otros trastornos músculo esquelético;
4. Trastornos respiratorios y gastrointestinales;
5. Cambio de Conductas sociales (cigarrillo, drogas, sedentarismo, falta de participación social);
6. Absentismo laboral.

Los factores psicosociales cuando son factores con probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador son factores de riesgo (Benavides, Gimeno, Benach, Martínez, & Jarque, 2002), es decir, cuando actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés laboral (Peiró, 1993). (Bernardo Moreno & Báez León, 2010)

Consecuencias y efectos de los riesgos psicosociales	
<i>CONSECUENCIAS/ELECTOS</i>	
<i>Problemas relacionados con la salud</i>	Salud Física Salud Mental Consumo de sustancias Trastornos psicosomáticos
<i>Actitudes ante la empresa</i>	Satisfacción laboral Implicación laboral Conductas contraproducentes
<i>Tiempos de trabajo</i>	Rotación de personal Presentismo Bajas laborales Duración de las bajas
<i>Costes económicos</i>	Accidentes de trabajo Pérdida de materiales Rendimiento Productividad

(Delgado Martínez, Da Silveira Gomes, & Luna García, 2016)

Conclusiones

El Director del centro debe participar, activamente, con la policía nacional, escuelas y colegios para prevenir la participación pandillera dentro y fuera de las instituciones de educación; debe estar familiarizado con las diferentes pandillas existentes en las calles de cualquier ciudad y país. Existen varias formas para determinar presencia de actividad pandillera.








Los oficiales deben mantenerse alerta, ya que los jóvenes, miembros de una pandilla, tienden a ser agresivos, violentos y sobre todo, tratan de intimidar a otros residentes del centro, y, por supuesto, a oficiales, especialmente, cuando no son experimentados o son oficiales nuevos en el

oficio. Por esta razón, es que en USA, los oficiales, tienen que asistir a la Academia de Policía, (4 semanas) para recibir clases y entrenamiento de cómo actuar bajo estas presiones conductuales y laborales.





















No hay que olvidar que estos jóvenes pueden ser bastante difíciles ya que no tienen estructurada su vida, y a veces carecen de amor y empatía desde sus hogares, o sencillamente, no tienen hogar más que el de la pandilla. Los siguientes puntos son cruciales para que los oficiales de seguridad y empleados del centro tengan en cuenta:

1. Grafiti: es uno de los métodos más comunes para determinar la presencia de pandillas. Esto incluye el uso de símbolos como la corona de tres puntas, la estrella de cinco puntas, etc. Así como también, el uso de escritos crípticos; usualmente, un alfabeto modificado. A menudo se pueden apreciar estos signos en trabajos de arte hecho por los residentes.
2. Apariencia personal: Puede proveer al personal de seguridad y empleados ciertas pistas acerca de una posible actividad pandillera. Por ejemplo, los residentes pueda que tengan un corte de cabello que son únicos o comunes con afiliaciones pandilleras, o pueda que quieran usar su ropa de una manera exclusiva, como son los pantalones envueltos hacia arriba de una sola pierna; uso de bandanas, y colores exclusivos de ciertas pandillas.
3. Comunicación críptica: es otro método de comunicación para determinar actividad pandillera, los miembros de estas pandillas usan slang terms; uso de signos con las manos (flashing), incluyendo el uso para irrespetar rivales pandilleros y crear una posible pelea. Por ejemplo, el uso de la letra c cruzada es un irrespeto hacia los crips.

SIMBOLOS COMUNES DE PANDILLEROS

	<p>"A" = Almighty (Todo poderoso) e.g., "Almighty" Imperial Gangsters</p>		<p>La corona con puntos (P) La corona redonda (F)</p>
	<p>La "Estrella de David" con seis puntos por David Barksdale el fundador de los Black Disciples originales. (F)</p>		
	<p>Estrella de cinco puntos (P)</p>	<p>Cabeza del conejo Los dados Vaso de martini Top hat & cane Pirámide y la cuarta luna Números y letras 26 74 197 88 22 24 13 7 G A K</p>	
	<p>El arca puntada hacia arriba (P)</p>	<p>La cruz es usada por varios grupos.</p>	
			

(Álvarez, 2016)

 Casa ya robada	 Cuidado policía	 Buena acogida si se habla de Dios	 Inútil insistir	 Se puede robar	 De vacaciones
 Casa caritativa	 Mujer Solo	 Nada de interés	 Muy buena	 Aquí nada	
 Ojo hay perro	 Solo viven mujeres	 Usar palanca	 Dispuesta para robar	 Robar inválido	
 Casa deshabitada	 Vuelve pronto	 Abren con cadena	 Casa deshabitada		

(Álvarez, 2016)

Protección y acción responsable (PAR)

Todos los supervisores de disciplina del centro son requeridos conocer y usar PAR cuando se amerite el caso. PAR es utilizado como método de intervención para: 1. Mantener seguridad y un ambiente seguro para los residentes, personal administrativo, médico, psicólogos, enfermeras y mantenimiento; 2. Cuidado efectivo de seguridad; 3. Brinda seguridad al público; y 4. Mantiene disciplina.

Para lograr el uso adecuado de seguridad mediante el uso de PAR, los oficiales del centro tienen que tomar clases y aprobar el examen para obtener su respectiva certificación. Esta certificación debe ser renovada cada año para prevenir el uso indebido con los jóvenes de estos centros.

Como referencia, se puede decir que en USA, los aspirantes a oficiales de los centros de detención, deben obtener la certificación de cada estado, mediante un curso intensivo de 3 a 4 semanas donde estudian lo que deben hacer en cada paso durante una emergencia. No hay que olvidar que los adolescentes y niños son frágiles y pueden sufrir daños físicos.

Bibliografía.

Álvarez, W. (2016). Jóvenes, violencia y pandillas en las periferias de CartagenaColombia Aproximaciones teóricas y fragmentos etnográficos. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 25(1), 117-139.

Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J., & Jarque, S. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 222-229.

Bernardo Moreno, J., & Báez León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Delgado Martínez, L., Da Silveira Gomes, R., & Luna García, J. (2016). Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 24(1), 39-49.

Manso-Pinto, J. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 115-118.

Martínez León, M., Irurtia Muñiz, M., & Camino Martínez, L. (2012). EL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO O MOBBING: PATALOGÍA EMERGENTE. *Gac. int. cienc. forense*, 3(1), 5-12.

OIT. (2003). *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Programa de Actividades Sectoriales. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

Peiró, J. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

Rodríguez Fernández, A., Zarco Martín, V., & González González, J. (2009). *Psicología del trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

CAPÍTULO VII

México: salud y bienestar en el trabajo

Sergio Manuel Aguilar Orozco
Universidad de Guadalajara

Desde que se acuñó y firmó el concepto de salud por los representantes de 61 Estados en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 22 de julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948 hasta la actualidad, la salud para la OMS se centra en el bienestar del individuo: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Este concepto del todo subjetivo y por otra parte estático, toda vez que depende de que el sujeto “se sienta bien” en determinado momento, ha sido tema de discusión de muchos autores que por el contrario conciben la salud como un proceso dinámico, en el cual el individuo tiene la capacidad de adaptarse a las exigencias del medio en el que se desarrolla, a efecto de conservar las funciones físicas, mentales y sociales a pesar de las influencias del medio. No obstante para que esta adaptación se lleve al cabo, el organismo desarrolla actividad y por ende un gasto de energía en un proceso dinámico, denominado homeokinesis. (I.M.S.S., 1993).

Salud en el Trabajo

Por otra parte, la salud en el trabajo siendo un concepto que involucra varias disciplinas, se ha pretendido abordar desde el ámbito exclusivo de la medicina preventiva, cuyo propósito es el mejorar la salud del trabajador y evitarle los riesgos que puedan estar presentes en el ambiente laboral, tales

como, productos, máquinas, herramientas, ambiente y organización del trabajo, mediante la higiene personal e industrial, la educación para la salud y los exámenes médicos y psicológicos que deban aplicarse periódicamente a los trabajadores. (I.M.S.S., 1993).

Por su parte la Secretaría de Salud en México publicó en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 (actualmente derogada) para la Vigilancia epidemiológica, que la salud en el trabajo: Es la rama de la salud pública multi e inter-disciplinaria cuyo objetivo fundamental es el estudio y modificación de las condiciones de trabajo, con la finalidad de proteger y mejorar la salud de los trabajadores de todas las ramas de la economía.

De esta manera, en el año 1953 el Comité Mixto Organización Internacional del Trabajo (OIT) / Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó los objetivos de la salud en el trabajo, a saber: a) preservar de los factores nocivos, b) mejorar los mecanismos de adaptación, c) preservar y mejorar la condición física, d) mejorar el nivel de rendimiento individual, tanto físico como mental, así como e) incrementar la salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños. En síntesis: adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

El Bienestar

Una de las corrientes que sin duda aborda este tema es la psicología humanista, teniendo sus máximos exponentes en Abraham Maslow, Carl Rogers y Fritz Perls. Particularmente Maslow en su jerarquización de las necesidades humanas de estructura piramidal, explica de manera ascendente, que dichas necesidades deben ser satisfechas para que el hombre experimente el bienestar expresado como lo que él llama motivación. De esta manera las necesidades fisiológicas ocupan la base de la pirámide y sólo si se encuentran satisfechas, entonces cobran importancia las del

siguiente nivel que son las de seguridad (de empleo, de salud y seguridad social, de propiedad, etc.).

En el siguiente orden se encuentran las necesidades de afiliación en donde se encuentran la intimidad sexual, la amistad, el afecto y la pertenencia a determinado grupo social. Posteriormente, surgen las necesidades de reconocimiento que se traducen en el respeto, la confianza y el éxito que la sociedad le concede al individuo. Finalmente la autorrealización que tiene que ver con la satisfacción de ser, hacer y tener en consecuencia lo que a través del devenir se ha construido.

Es así que esta teoría nos pone de manifiesto que entre tanto existan necesidades humanas, también existirá la posibilidad de experimentar o no el bienestar, en función de ser o no satisfechas dichas necesidades.

Sin embargo, la sensación de estar bien es tan subjetiva, que personas aun viviendo situaciones precarias, encuentran el sentido de vivir y pueden experimentar bienestar incluso al ser portadores de alguna enfermedad. En este sentido, este tipo de bienestar no es compatible con la definición de salud de la OMS.

Algunas manifestaciones del bienestar se caracterizan por: estado de satisfacción personal y de confort, poseer salud, éxito social y económico, éxito profesional, placer, alegría de vivir, armonía consigo mismo y con el entorno, sentirse realizado por alcanzar metas, creencia de que se es buena persona en acuerdo con las opiniones de otras personas, etc.

Al tratar de explicar el estado subjetivo de bienestar, se ha clasificado en las siguientes cuatro dimensiones:

Bienestar físico: Sensación de poseer una buena salud fisiológica general, poder satisfacer las necesidades primordiales del propio cuerpo y

que éste cuente con todas sus capacidades. No obstante, “[...] no implica necesariamente ausencia de enfermedad. Podemos sentirnos bien "sanos" y tener alguna enfermedad”. (Noriega, 1993: 185).

Bienestar psicológico: Tiene que ver en gran medida, con la autopercepción del sujeto en cuanto al nivel de satisfacción en los aspectos financiero, profesional, sentimental e incluso de su salud mental.

Bienestar emocional: Habilidad de manejar las emociones, sentirse cómodo al manifestarlas, y hacerlo de forma apropiada. Capacidad para adaptarse y superar la adversidad (Resiliencia), capacidad para resolver los conflictos y las tensiones y poseer la flexibilidad suficiente para disfrutar de la vida.

Bienestar social: Aspectos políticos que determinan, las condiciones laborales, sanitarias, educativas, de seguridad y económicas de la comunidad, que repercuten sobre la salud general de la población, e incluye el derecho al respeto a la dignidad de la persona, las garantías individuales y la necesidad de reforzar el bien común.

El Proceso de Trabajo

Para abordar la temática de la salud y el bienestar en el trabajo, es preciso explicar que son las condiciones de trabajo las que pueden o no enfermar a los trabajadores: “[...] el trabajo no cura ni enferma a nadie, son las condiciones de éste las que pueden ser eugénicas o patogénicas”. (Pando et. cols., 2006:83).

De ahí que se deba estudiar ampliamente el proceso de trabajo como determinante del proceso salud enfermedad de los trabajadores: “Constituye el proceso social básico de toda sociedad dado que en él se producen, bajo

una determinada relación entre los hombres o grupos de hombres, los bienes necesarios para la vida social”. (Laurell, 1993).

Es del proceso de trabajo que se derivan las cargas laborales: “elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador produciendo aquellos cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste”. (Laurell, 1993:21).

El proceso de desgaste que normalmente es progresivo, deletéreo o pernicioso precede frecuentemente a la enfermedad y se define como: “pérdida de capacidad biológica o psíquica, efectiva y/o potencial y engloba a los procesos biopsíquicos en su conjunto. Considera no solo la destrucción biopsíquica, repentina o lenta, sino también los obstáculos para el desarrollo de las potencialidades en ambos aspectos”. (Laurell, 1993:11).

De esta manera, el enfoque teórico metodológico de la medicina social permite estructurar el conocimiento para el estudio de la salud y bienestar en el trabajo, ya que no es suficiente el enfoque tradicional de la medicina que solo considera la salud en ausencia de enfermedad, para entender los grados en que se expresa la salud y el bienestar (salud positiva).

De esta manera el enfoque teórico metodológico de la medicina social: estudia la relación proceso de trabajo / proceso salud-enfermedad; entiende el trabajo como una relación y proceso social, que se expresa en múltiples y complejas transformaciones de la salud, negativas pero también positivas; no se limita a la corrección de problemas puntuales; y busca garantizar las condiciones favorables para el desarrollo de potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de los grupos humanos.

Salud Positiva

La salud permite el desarrollo de las capacidades físicas, psicológicas y sociales hacia un mejor nivel, con lo que se crea una capacidad o potencial de reserva, que cuanto más grande es, coloca al hombre en una mejor condición para superar las influencias negativas que lo conducen hacia la enfermedad.

De esta manera, la salud positiva se entiende como la reserva física, mental o social que el sujeto posee para disminuir los riesgos y prevenir los daños y que condiciona el grado de salud en función de la herencia y el modo de vida. (I.M.S.S., 1993).

Vigilancia del Ambiente de Trabajo

Es en el ambiente de trabajo donde están presentes los agentes de riesgo a la salud (cargas laborales) que se derivan del proceso de trabajo y que la higiene industrial se encarga de anticipar, reconocer, evaluar y controlar aquellos factores o agentes generados en o con motivo del trabajo y que pueden causar enfermedad, disminución de la salud y bienestar de los trabajadores e incluso de la población aledaña al centro de trabajo.

Sobre este particular, la OIT especifica en la Recomendación 171 lo que se debe ejecutar en los centros de trabajo del mundo:

- Identificación y evaluación de los factores del ambiente de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores.
- Evaluación de las condiciones de higiene y de los factores de la organización del trabajo que puedan generar riesgos para la salud.
- Evaluación de los medios de protección colectiva e individual.

- Evaluación de la exposición a los agentes nocivos mediante métodos válidos.
- Verificación de los sistemas de control destinados a eliminar o reducir la exposición.

Es así que a través de la higiene industrial, la ergonomía, la seguridad industrial y la psicología laboral se reconocen, evalúan y controlan los agentes físicos, químicos, biológicos y los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales, comenzando con la elaboración de un diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo y posteriormente y para el control de los mismos, la ejecución de un programa específico de seguridad y salud en el trabajo.

La elaboración de ambos documentos se encuentra regulada en México en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo y normada en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, *Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-funciones y actividades*.

La mencionada norma, establece como funciones primordiales de los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo para la evaluación de los riesgos a la salud: identificación de los peligros, análisis de la exposición, identificación de grupos de exposición similar, evaluación de las medidas de prevención y control, vigilancia a la salud, conclusiones y documentación de soporte y la revisión periódica o reevaluación.

Ya desde el año 1985, la OIT en el Convenio 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, estableció las funciones básicas de los Servicios Preventivos de Salud en el Trabajo:

- Vigilancia del ambiente de trabajo.
- Información a la empresa, la dirección y los trabajadores sobre los peligros para la salud en el trabajo.
- Evaluación de los riesgos para la salud.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores.
- Iniciativas sobre medidas preventivas y de control.
- Asesoramiento.
- Servicios de primeros auxilios y preparación para urgencias.
- Servicios de asistencia sanitaria en el trabajo y servicios sanitarios generales preventivos y curativos.
- Rehabilitación.
- Adaptación del trabajo a los trabajadores.
- Protección de grupos vulnerables.
- Información, educación y formación.
- Actividades de promoción de la salud.
- Recopilación de datos y mantenimiento de registros.
- Investigación.

Es por ello que los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la actualidad, toman como base el Convenio 161 del cual emanan los lineamientos internacionalmente aceptados para la gestión de riesgos laborales.

Los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo (SPSST) deben ser multidisciplinarios y trabajar de manera interdisciplinaria, a efecto de que funcionen adecuadamente generando los resultados que requiere el negocio y para el cumplimiento del marco regulatorio.

En México se establece que los SPSST deben ser encabezados por el responsable de seguridad y salud en el trabajo nombrado por el patrón o bien en empresas de menos de 100 trabajadores, puede ser el patrón mismo. Los integrantes que pueden conformar estos SPSST, de manera enunciativa y no limitativa, son: especialista en medicina del trabajo, higienista industrial, ergónomo, psicólogo laboral, segurista industrial, nutriólogo, administrador de personal, brigadistas de emergencias y cualquier otro requerido según los riesgos detectados en la empresa.

Es importante destacar, que la praxis de los profesionales de la salud en el trabajo se rige bajo las normas éticas que establece la *International Commission on Occupational Health (ICOH)*, organización fundada en 1906 que publicó el Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional en 1991.

El mencionado documento cuenta con una sección que establece los principios básicos que deben observar los profesionales de la salud ocupacional, a saber: a) el ejercicio de la salud ocupacional debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas profesionales y los principios éticos más rigurosos; b) los y las profesionales de la salud ocupacional deben estar al servicio de la salud y el bienestar de los trabajadores, tanto individual como colectivamente; c) deben contribuir también de la salud comunitaria y ambiental; d) las obligaciones de los profesionales de la salud ocupacional comprenden la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los más altos principios éticos en las políticas y programas de salud ocupacional; e) también forman parte de estas obligaciones la integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la privacidad de los trabajadores; f) los y las profesionales de la salud ocupacional son expertos (as) que deben disfrutar de plena independencia profesional en el ejercicio de sus funciones; g) deben adquirir y mantener la

competencia necesaria para cumplir sus obligaciones y exigir las condiciones que les permitan desarrollar sus tareas de acuerdo a la buena práctica y la ética profesional.

Con ello, se complementa el marco regulatorio con los aspectos éticos que los integrantes de los SPSST deben observar, procurar y hacer valer durante su ejercicio profesional, buscando siempre la salud de los trabajadores en armonía con el desarrollo de las fuentes de trabajo.

Estrategias de salud y bienestar en las organizaciones productivas

Es bien conocido el costo y el peso de las enfermedades profesionales y aquellas que sin serlo, impactan a las organizaciones productivas y a los sistemas de seguridad social.

En contraste, muchas organizaciones productivas han implementado estrategias tendientes no solamente a evitar los riesgos de trabajo y prevenir enfermedades, ya que se ha demostrado que un personal sano física y mentalmente y satisfecho en el marco de un balance de la vida personal con el trabajo, son personas que adquieren un compromiso con su empresa y sienten incluso orgullo por su trabajo; en este sentido, personas que gozan de salud y bienestar en el trabajo.

En México, el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo establece los lineamientos de lo que considera un Entorno Organizacional Favorable:

XI. Entorno Organizacional Favorable: Aquel en el que se promueve el sentido de pertenencia de los trabajadores a la organización;

- la formación para la adecuada realización de las tareas encomendadas;
- la definición precisa de responsabilidades para los miembros de la organización;
- la participación proactiva y comunicación entre sus integrantes;
- la distribución adecuada de cargas de trabajo, con jornadas regulares y
- la evaluación y reconocimiento del desempeño;

En el artículo 55 de dicho reglamento, se establece que para la promoción de un Entorno Organizacional Favorable (EOF) y la prevención de la Violencia Laboral (VL), los patrones deben cumplir con los siguientes:

I. Definir políticas para la promoción de un EOF y la prevención de la VL;

II. Disponer de mecanismos seguros y confidenciales para la recepción de quejas por prácticas opuestas al EOF y para denunciar actos de VL;

III. Realizar evaluaciones del EOF, tratándose de Centros de Trabajo que tengan más de 50 trabajadores;

IV. Adoptar las medidas preventivas pertinentes para combatir las prácticas opuestas al EOF y actos de VL;

V. Difundir entre los trabajadores las políticas para la promoción de un EOF y la prevención de la VL; los resultados de las evaluaciones del entorno organizacional, así como las medidas adoptadas para combatir las prácticas opuestas al EOF y actos de VL;

VI. Llevar los registros sobre las medidas preventivas adoptadas y los resultados de las evaluaciones del EOF.

Convertirse en el mejor lugar para trabajar

Actualmente existen compañías que dentro de sus estrategias de negocio se encuentra el convertirse en el mejor lugar para trabajar, donde el valor de cuidar a la gente es primordial para evitar pérdidas por ausentismo, rotación de personal, excesivas primas de seguros por riesgos de trabajo, demandas laborales, mala calidad y baja productividad, entre otras.

También, logran retener al talento en sus nóminas con el desarrollo de planes de carrera, propiciando estímulos para la formación de su personal a través de programas específicos y algo que sin duda favorece el bienestar en el trabajo es el balance de vida y trabajo que propicia la convivencia familiar de los trabajadores y la construcción de redes sociales de apoyo.

Programas de salud y bienestar: Wellness

Otra tendencia actual es la de establecer programas específicos de salud y bienestar en el trabajo, que algunas compañías dedicadas a ofrecer este tipo de servicios implementa en las organizaciones productivas. Dichos programas están enfocados a promover comportamientos y hábitos saludables con el propósito de crear un ambiente saludable a través de herramientas de apoyo al personal, y así incidir en su productividad y compromiso con la organización.

El programa de salud y bienestar incluye tres fases y se utilizan plataformas de sistemas informáticos que permiten la organización, análisis y síntesis de los datos para luego generar los indicadores que permiten evaluar la efectividad del programa:

1. Diagnóstico de salud del personal y riesgos de la organización
2. Diseño del programa
3. Implementación y seguimiento por medio de indicadores

Programa de Asistencia al Empleado (PAE)

Este tipo de programa consiste en un servicio de consejería de corto plazo, normalmente ofrecido de manera externa, de manera confidencial, para los empleados con problemas personales que pueden llegar a afectar su desempeño laboral.

Ofrece ayuda con la resolución de problemas que están afectando el desempeño en el trabajo, independientemente que no sean causados por el trabajo.

Los PAE están diseñados para ayudar a las personas a entender o a superar sus problemas personales, tales como: estrés en el trabajo, relaciones interpersonales, aspectos familiares relacionados con el cuidado de los niños, cuidado del adulto mayor, acoso sexual o laboral, abuso de sustancias, separación o pérdida de personas o bienes, equilibrio trabajo y familia, problemas financieros o legales, violencia intrafamiliar, etc.

Estos programas han logrado obtener resultados en favor de las organizaciones al controlar el estrés del personal que por diversos motivos, aún ajenos al trabajo afectaban su desempeño laboral. Con ello, se logra también que el empleado perciba satisfacción en su trabajo y el consiguiente bienestar al pertenecer a una organización que se ocupa de sus necesidades personales.

Work Engagement (involucramiento en el trabajo)

Ha sido caracterizado en tres dimensiones, que permiten identificar a aquel trabajador o grupo de trabajadores que muestran involucramiento en su trabajo, a saber: 1) vigor: voluntad de dedicar el esfuerzo al trabajo y la persistencia ante las dificultades; 2) edicación: estar fuertemente involucrado en el trabajo y experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, reto y significado; y 3) absorción: estar totalmente concentrado y felizmente inmerso en el trabajo, el tiempo pasa rápidamente y se experimenta desagrado por tener que dejar el trabajo.

Las investigaciones sobre *Work Engagement* han revelado que se asocia positivamente con: soporte social de los compañeros, del superior inmediato, la retroalimentación al desempeño, el coaching, la autonomía en el desempeño, variedad de tareas y la capacitación.

Los efectos del involucramiento en el trabajo están relacionados con actitudes positivas hacia el trabajo y la organización, tales como: satisfacción laboral, compromiso organizacional, mínimas intenciones de rotación, iniciativa personal, motivación para el aprendizaje, conductas superiores al rol, conducta proactiva y con bajos niveles de depresión, estrés y sintomatología psicósomática.

En virtud de los resultados arrojados por las investigaciones de Schaufeli, Taris y Van Rhenen, es importante considerar el *Work Engagement* como un referente, entre otros factores, para determinar la salud y bienestar en el trabajo.

Conclusiones: hacer del trabajo una verdadera fuente de bienestar

El bienestar integral de las personas es el reflejo de la salud que poseen. Las condiciones del trabajo no solamente deben ser seguras y saludables, también deben garantizar las condiciones favorables para el desarrollo de potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de los grupos humanos.

Las estrategias para crear entornos ocupacionalmente favorables contribuyen a la salud y bienestar de los trabajadores y son un factor que impulsa el éxito del negocio y la prosperidad de la sociedad.

El involucramiento en el trabajo (*Work Engagement*) puede considerarse como un indicador de la salud y bienestar de los trabajadores y por ende de las organizaciones productivas.

Referencias

Comisión Internacional de Salud Ocupacional. Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional. Roma, 2002.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Modelo de Salud e Indicadores Positivos de Salud. México, 1993.

Laurell, A.C. Capítulo 1 La Construcción Teórico-metodológica de la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores, en: Para la Investigación Sobre la Salud de los Trabajadores. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1993: pp. 19-21.

Noriega, M. Capítulo 6 Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad, en: Para la Investigación Sobre la Salud de los Trabajadores. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1993: p. 185.

Organización Internacional del Trabajo. Convenio 161. Ginebra, 1985.

Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 171. Ginebra, 1985.

Pando M.M., Aranda B.C., Vázquez C.J.L. Salud Mental Positiva en el Trabajo. Ed. PIENSO, México 2006.

Piédrola, G. y col. Medicina Preventiva y Salud Pública. Ed. Salvat 8va. edición. Barcelona, 1988.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica. Diario Oficial de la Federación. México, 1994.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades. Diario Oficial de la Federación. México, 2009.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. Diario Oficial de la Federación. México, 2014.

El libro

TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL

Se terminó de imprimir en 2017

Editado por

PIENSO A. C.

La edición consta de 1,000 ejemplares

más sobrantes para reposición

Impreso en los talleres de
ABC Impresiones
Calle Pedro Moreno 640, Col. Centro
44100, Guadalajara, Jalisco

El libro **TEMAS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL** es una recopilación de trabajos de investigación en materia de salud en el trabajo presentados en eventos y congresos sobre salud ocupacional a nivel internacional.

Los trabajos de investigación seleccionados para este libro abordan temáticas como los factores de riesgo psicosocial; las patologías relacionadas al trabajo en México; el salario emocional; condiciones de salud y trabajo en adultos mayores; el liderazgo negativo y su relación con los riesgos psicosociales, así como temas de salud y bienestar en el ámbito laboral.

Editorial

PIENSO en Latinoamérica

Programa de Investigación en Salud Ocupacional

ISBN 978-607-97488-2-1



9 786079 748821