

Revista Internacional de **PIENSO** en Latinoamérica

Revista de divulgación cuatrimestral del
Programa de Investigación en Salud Ocupacional, A.C.



Año: 5
Periodo: enero - abril 2023
Número: 14

PIENSO en Latinoamérica
Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

Directorio

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Pando Moreno PhD
Carolina Aranda Beltrán PhD
Tania Fernanda Elizalde Núñez Psic.
Nydia Teresa Pando Amezcua Lic.
Idalia López Valerio Lic.

COMITÉ CIENTÍFICO

Walter Varillas Vilches 
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú
Ana Carolina Reynaldos Quintero
Universidad Católica del Maúle, Chile.
Sergio Milano
Universidad Nacional Experimental de Guayana, Venezuela
Lino Carmenate Milián
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
Ana María Gutiérrez Strauss
Universidad de la Guajira, Colombia
Carlos José Chavera Bianchi
PIENSO en Latinoamérica, Argentina.
Francisco Díaz Mérida 
Universidad Especializada de las Américas, Panamá
Francisco López Barón
Asociación de Expertos en Psicología Aplicada –
AEPA, España
María de los Ángeles Carrión García
Asociación de Expertos en Psicología Aplicada –
AEPA, España
Santiago Gascón Santos
Universidad de Zaragoza, España
Juan Eduardo Lara Sotomayor
Universidad Central de Ecuador
Ángel Verdesoto Galeas
PIENSO en Latinoamérica, Ecuador
Concepción Georgina Espinal Almonte
Instituto Tecnológico de Sto. Domingo, República Dominicana
Silvia Graciela León Cortés
Universidad de Guadalajara, México
Raquel González Baltazar
Universidad de Guadalajara, México
Mónica Isabel Contreras Estrada
Universidad de Guadalajara, México

Cecilia Colunga Rodríguez
Universidad de Guadalajara, México
Sara Adriana García Cueva
Universidad de Guadalajara, México
Ma. Del Refugio López Palomar
Universidad de Guadalajara, México
Carolina Aranda Beltrán
Universidad de Guadalajara, México
Maryam Pando Amezcua
PIENSO en Latinoamérica, México
Pedro Reynaga Estrada
Universidad de Guadalajara, México
Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez
Universidad Autónoma de Zacatecas, México
Gilberto Arellano Pérez
PIENSO en Latinoamérica, México
José Luis Calderón Mafud
Universidad Autónoma de Colima, Mexico
Raúl Flores Carrillo
Universidad de Guadalajara, México
Nora Gray Gariazzo
Universidad Católica de Chile
Sarai Pando Amezcua
PIENSO en Latinoamérica, México
Mauricio González Ing.

REVISTA INTERNACIONAL DE PIENSO EN LATINOAMÉRICA, Año 5, No.14, enero - abril 2023, es una publicación trimestral editada por PIENSO, A.C. Calle Isla Cancún 2234B, Col. Jardines de San José, Guadalajara, C.P. 44950, Tel: +52 33 36452582, www.piensoenlatinoamerica.org, piensoac@yahoo.com.mx. Editor responsable: Manuel Pando Moreno. ISSN 2594-2077, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Impresa por ABC Impresiones, Calle Pedro Moreno 640, Col. Centro, C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco.



PIENSO en Latinoamérica
Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

PIENSO en Latinoamérica es constituido como una asociación civil el 11 de septiembre del 2000 en Guadalajara, Jalisco, México; el Programa de Investigación EN Salud Ocupacional (PIENSO,A.C) es una unidad de profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios contribuyendo a generar conocimiento científico en el campo de la Salud Ocupacional, a transmitirlo a través de la formación recursos humanos especializados en la materia, y ponerlos a disposición para individuos, instituciones y empresas (públicas o privadas) para que sirva como información estratégica en la adecuada gestión en políticas de salud, seguridad e higiene en ambientes de trabajo, y que conlleven a la mejora de la salud de los trabajadores en Latinoamérica.

La misión de PIENSO A.C. se constituye por:

- Generar, difundir y aplicar el conocimiento sobre la problemática de la gestión y prevención de riesgos laborales, calidad de vida y salud de los trabajadores en Latinoamérica.
- Ofertar capacitación continua, así como formar especialistas en el ámbito de la gestión e investigación en Salud Ocupacional.
- Ofertar servicios de investigación, asesoría, consultoría, apoyo técnico y de capacitación en materia de gestión de riesgos laborales a organismos sociales, instituciones y empresas en Latinoamérica.

Y dentro de ella se constituye la creación de la REVISTA INTERNACIONAL PIENSO que tiene como objetivo el colaborar en difundir el conocimiento desarrollado en materia de salud ocupacional.

PRESIDENTE

Manuel Pando Moreno

Los conceptos y opiniones expresados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a nuestra Asociación Civil.

Se autoriza la reproducción citando la fuente.

Índice

- 3** EDITORIAL
La inteligencia artificial y la salud mental laboral
Manuel Pando Moreno
- 5** **Factores psicosociales en tele trabajadoras de México**
Saraí Pando Amezcua y Maryam Pando Amezcua
- 14** **Síndrome de Burnout y morbilidad autoreportada en los trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, México.**
Carolina Aranda Beltrán, María Guadalupe Aldrete Rodríguez, Tania Fernanda Elizalde Núñez, Elsa María Vásquez Trespalacios, Manuel Pando Moreno
- 24** **Validez y confiabilidad del instrumento abreviado para medir salud mental positiva ocupacional en profesores ecuatorianos de educación superior**
Julio César Vázquez-Colunga
- 39** **Perspectivas compartidas en el manejo de la hepatitis ocupacional a nivel mundial**
Jaime Alejandro Vargas Córdoba
- 53** **Convocatoria**

La Inteligencia Artificial y la Salud Mental Laboral

Manuel Pando Moreno

La llegada de la Inteligencia Artificial (IA) a nuestros centros de trabajo se ha dado inicialmente casi de manera desapercibida, pero conforme esta crece, encontramos que los sistemas automatizados ya no solo realizan actividades físicas sino cada vez más tareas cognitivas.

Los robots y/o cobots no solo están habilitados para conducir de manera autónoma, sino también participan en tareas jurídicas, diagnósticos médicos y cada vez más en toma de decisiones.

La IA puede crear oportunidades, pero también nuevos retos para la seguridad y la salud en el trabajo (SST), su gestión y su regulación. Una gran parte del debate en torno a la inteligencia artificial gira en torno a la cantidad de puestos de trabajo, pero también debería abordar la calidad del empleo, y la SST es un aspecto esencial en este sentido.

No obstante, la mayor movilidad y autonomía de los cobots en la toma de decisiones, basada en algoritmos de autoaprendizaje, podría hacer que sus actos resultasen menos predecibles para quienes colaboran con ellos. Esto puede entrañar un mayor riesgo de accidentes por colisión o derivados de los equipos utilizados por los cobots. La dependencia excesiva de la tecnología también podría dar lugar a la pérdida de cualificación laboral y a riesgos para la seguridad. Dado que los cobots están conectados a la internet de las cosas, existen problemas de ciberseguridad y riesgos asociados de seguridad funcional. Las personas que tienen que mantener el ritmo y el nivel de trabajo de un cobot pueden verse sometidos a presión para alcanzar el mismo nivel de productividad.

El incremento del volumen de trabajo realizado con robots también puede reducir significativamente el contacto con compañía humanas y el apoyo social, con los consiguientes efectos negativos sobre la seguridad y la salud de las personas, en particular sobre su salud mental.

Al ingresar cada vez más la IA en nuestros trabajos, podremos encontrarnos con nuevos factores psicosociales de riesgo o que algunos ya conocidos se vuelvan más frecuentes

Sabemos que la automatización conduce a trabajos sedentarios para los humanos, pero, al tener el humano menos funciones cognitivas ¿se presentará un “sedentarismo mental”?

¿Se volverá más común hablar de una sub carga cognitiva y en tedio y no de la frecuente sobrecarga cognitiva de hoy en día?

Cómo abordaremos el aislamiento y la falta de interacción con compañeros humanos como un nuevo factor psicosocial de riesgo a la salud mental

Habremos de incluir en la lista de factores psicosociales de riesgo la invasión de la privacidad por los variados controles que se pueden desarrollar desde la IA.

También es ya evidente una alteración en las relaciones interpersonales (Ortiz, 2019) menciona, que en el estudio de IA realizado por Oracle y Future Workplace, donde participaron más de 8 mil empleadores, directores y responsables de RRHH de más de 10 países; se llegó a la conclusión que los trabajadores sienten más confianza en las indicaciones dadas por los robot que en aquellas que provienen de sus directores.

“Cuando se les preguntó qué pueden hacer mejor los robots que sus gerentes, los encuestados dijeron que los robots son mejores para proporcionar información imparcial (26 por ciento), mantener horarios de trabajo (34 por ciento), resolver problemas (29 por ciento) y administrar un presupuesto (26 por ciento)”.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, ya ha alertado de los cada vez más frecuentes “dispositivos de control portátiles o integrados (en la ropa, en los EPI o incluso en el cuerpo). Entre otros, cabe citar: pulsaciones en el teclado, contenido de los correos electrónicos, sitios web visitados, número y contenido de las llamadas telefónicas, información de las redes sociales, ubicaciones a través de la localización con GPS, movimientos corporales, constantes vitales, indicadores de estrés y fatiga, expresiones micro-faciales, tono de voz y análisis de sentimientos”, hasta qué punto estos controles pueden ayudarnos a la vigilancia de la salud y seguridad laboral y en qué punto transgreden la intimidad y autonomía del ser humano, generando daños a la salud mental del individuo.

Es evidente que debemos, a la brevedad posible, contar con normas y reglamentación en esta materia.

REFERENCIAS

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2012) El impacto de la inteligencia artificial en la seguridad y la salud en el trabajo. <https://osha.europa.eu/es/publications/impact-artificial-intelligence-occupational-safety-and-health>

Ortíz Georgina (2019) La Inteligencia Artificial cambiará las relaciones entre las personas y

el trabajo [https://bigdatamagazine.es/la-inteligencia-artificial-cambiara-las-relaciones-entre-las-personas-y-el-trabajo#:~:text=Cuando%20se%20les%20pregunt%C3%B3%20qu%C3%A9,presupuesto%20\(26%20por%20ciento\)](https://bigdatamagazine.es/la-inteligencia-artificial-cambiara-las-relaciones-entre-las-personas-y-el-trabajo#:~:text=Cuando%20se%20les%20pregunt%C3%B3%20qu%C3%A9,presupuesto%20(26%20por%20ciento))

Factores psicosociales en tele trabajadoras de México

Saraí Pando Amezcua,
Maryam Pando Amezcua

RESUMEN

Las condiciones de factores psicosociales en el tele trabajo mostraron gran relevancia durante la pandemia, sin embargo, pasada la etapa de aislamiento, gran cantidad de personas continuaron en trabajo a distancia. En el estudio de los factores psicosociales es imprescindible considerar la trayectoria de género para entender cómo estos actúan sobre las personas.

En este estudio, participaron 334 personas que realizan tele trabajo (225 señalaron sexo femeni-

no y 109 sexo masculino) y contestaron la Escala FPT-PIENSO.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas por género en la percepción del factor de “conciliación familia trabajo” y en la calificación global de los factores psicosociales.

INTRODUCCIÓN

La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha evolucionado constantemente y ha estado marcada por diferentes factores históricos, políticos y económicos. A principios del siglo XX, la mayoría de las mujeres se limitaban principalmente a roles domésticos y no se les permitía participar formalmente en el mercado laboral. En particular, durante la Primera y la Segunda Guerra Mundial, se generó escasez de mano de obra masculina llevó a una mayor participación de las mujeres en el trabajo. A través de este periodo, muchas mujeres asumieron empleos manufactureros, que anteriormente estaban dominados por hombres. Lo cual marcó un cambio significativo en la percepción del papel de las mujeres en la fuerza laboral.

Son los movimientos feministas de la década de los setentas, donde se visibilizan los persistentes retos y desafíos a la plena incorporación de la mujer

en el mercado laboral, así como las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres, la brecha salarial de género, la discriminación, la violencia sexual en los entornos laborales. Aunque se han logrado avances significativos en términos de igualdad de oportunidades laborales, todavía existen desafíos que abordar para lograr una plena igualdad de género en el ámbito laboral, particularmente en América Latina y México.

Según INEGI (2023) la población total en México es de más de 99 millones de personas, de las cuáles el 60.2% son población económicamente activa (PEA). Por género, nos reporta una PEA de 76.5% para hombres y un 45.7% para mujeres.

Durante la pandemia, en México y en el mundo se puso en marcha lo que algunos han denominado el mayor experimento masivo del teletrabajo en el mundo.

De manera intempestiva, millones de personas trabajadoras pasaron de presentarse en su oficina a tener que adaptar un espacio en sus hogares para laborar desde ahí.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que una de cada cinco personas trabajadoras en el mundo ha vivido esta realidad en algún momento de los 19 meses que se ha prolongado la pandemia. En América Latina, al menos 23 millones de personas han laborado de forma remota en el último año.

INEGI (2021) estima que, en México, durante la pandemia, un 32,6% de las empresas instrumentaron medidas de trabajo en casa (home office) pero solo el 5.7% planeaba proyectarlo como una acción permanente.

En diciembre del 2020 se reforma la Ley Federal del Trabajo, en materia de Teletrabajo, en concreto se modifica el artículo 311; y se adiciona un Capítulo XII Bis.

En el Artículo 311 se define como “trabajo a domicilio es el que se ejecuta habitualmente para un patrón, en el domicilio del trabajador o en un local libremente elegido por él, sin vigilancia ni dirección inmediata de quien proporciona el trabajo”.

La normativa ahí presentada se aplica cuando las relaciones laborales se desarrollen más del cuarenta por ciento del tiempo en el domicilio.

Posteriormente, en 2023, se publica la Norma Oficial Mexicana NOM-037-STPS-2023, Teletrabajo-Condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Sin embargo, tanto la reforma del artículo 311 como la NOM 037 carecen de una perspectiva de género.

Sabemos que la incorporación al teletrabajo en condición de las mujeres genera una exposición específica a factores psicosociales de riesgo laboral. Peña y sus colaboradores (2021) señalan “Nuestros

hallazgos revelan que las mujeres son las más afectadas por tener que trabajar a distancia y realizar al mismo tiempo las tareas del hogar. La ausencia de corresponsabilidad de los hombres en las actividades domésticas no remuneradas es perceptible, lo que demuestra patrones de acción socialmente aceptados y valorados, tanto por mujeres como por hombres.

Un claro ejemplo de ello es el machismo y el marianismo, que continúan siendo un lastre en las sociedades latinoamericanas y que marcan lo que el hombre espera de una mujer femenina. Finalmente, los resultados muestran, aun cuando no fueron estadísticamente significativos, que el número de casos de violencia de género reportados durante la pandemia fue pequeño” (Peña Contreras, 2021, pág. 11).

Por otro lado, la autora argentina Macarena Kunkel (2021) analiza los efectos de la pandemia sobre el tele-trabajo considerando las desigualdades entre hombres y mujeres y propone pensar al teletrabajo desde una perspectiva feminista, entendiendo que vivimos en una sociedad con altos niveles de desigualdad de género en el trabajo.

Podemos entender que la cultura de una organización laboral es reflejo de la cultura del tipo de sociedad donde se ubica, por lo mismo, una gran cantidad de las creencias, valores, hábitos, tradiciones, actitudes y experiencias en una organización serán correspondientes con las que se tengan en la sociedad.

Así, podemos preguntarnos ¿Cuáles son diferencias de género en la percepción de factores de riesgo psicosocial en quienes realizan tele trabajo en empresas en México?

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de tipo descriptivo observacional, no experimental. Realizamos una revisión de la percepción de factores psicosociales negativos en tele trabajadoras en México.

Participantes

Se aplicó la “Escala de Factores Psicosociales en Teletrabajo PIENSO en Latinoamérica” a 334 personas de la población económicamente activa en México pertenecientes al sector de la economía formal, y que estuvieran realizando tele trabajo en el momento del estudio. De las 334 personas que contestaron la Escala, 225 señalaron sexo femenino y 109 sexo masculino.

Procedimiento

El objetivo de este estudio consiste en analizar de forma exploratoria si existen diferencias de género en la percepción de los factores psicosociales laborales negativos.

Se aplicó la “Escala de Factores Psicosociales en Teletrabajo PIENSO en Latinoamérica”, a través de medios digitales a personas que realizan tele trabajo en México.

La Escala FPT-PIENSO está constituida por 7 dimensiones (Exigencias y carga cognitiva, Liderazgo, Apoyo institucional, Flexibilidad y Conciliación Familia Trabajo, Relaciones sociales, Confort, Contenido del trabajo) con un total de 28 ítems.

Para México, la validación de la Escala presentó un alfa de Cronbach de 0.746, y un 55.16% de varianza explicada (Pando, Almaguer, Santos, 2022), Además de haber sido validada para Ecuador (Pando, Freire, Flores, 2020) y Latinoamérica (La Cruz, 2022)

Los datos se recuperaron en una plantilla de Excel y el análisis estadístico se realizó con SPSS, determinamos: análisis descriptivo a través de tasas y porcentajes y análisis inferencial con t de student.

RESULTADOS

El 67.4% de las personas encuestadas señalaron ser mujeres, 47% viven con pareja (40.1% casadas y

6.9% unión libre); las edades van desde los 19 hasta los 67 años, con una media de 36.4 años.

La antigüedad laborando en tele trabajo se distribuyó entre menos de 1 año y 8 años; siendo predominante el 51.5% que registraron menos de un año. El 87.4% menciona utilizar la Tecnología de Información y Comunicación (TICs) para todas sus actividades laborales, el resto (12.45) solo para algunas actividades o para comunicación.

Como se señaló, la Escala aplicada (anexo 1) cuenta con 28 ítems dividida en 7 dimensiones o factores, de dichos factores, en general, en personas que tele trabajan, se reportan principalmente expuestas a altas “Exigencias y carga cognitiva” con un 93.7% de expuestos (47.1% en nivel alto y 46.6% en nivel medio); seguidos de un 56% que se reporta expuesto a “Disconfort” (11.3% alto y 44.7% medio) y los factores “Liderazgo” y “Relaciones sociales”, ambos con un 52.2% de expuestos (Tabla 1).

Encontramos una percepción de Factores Psicosociales negativos más alta en las mujeres para las dimensiones de Liderazgo, Flexibilidad y conciliación familia trabajo, Relaciones sociales, Disconfort, y la calificación global de los factores psicosociales (ver gráfico1).

Mientras que, en las dimensiones de Exigencias y carga cognitiva, Apoyo institucional y Contenido del trabajo, la prevalencia más alta se da en el sexo masculino.

De estas diferencias, encontramos significancia estadística (t student) en la dimensión de “conciliación familia trabajo” y en la calificación global de los factores psicosociales (ver Tabla 2).

De los 28 ítems, encontramos prevalencias más altas en las mujeres en 21 de ellos,

1, 2, 19, 22, 23, 27 y 28 ítems más altos en los hombres (ver gráfico2).

Solo seis de los ítems presentan relación estadísticamente significativa (t student) y en todos los casos

las prevalencias mayores se presentaron en las mujeres; los ítem son: 14 Sufro de complicaciones en el manejo de horarios de comidas y llego a comer en mi lugar de trabajo, 15 Cuando estoy trabajando sufro de interrupciones por asuntos domésticos y familiares, 16 Tengo dificultades para conciliar y evitar la superposición de las tareas del trabajo y las tareas domésticas, 20 Tengo contacto presencial con compañeros de trabajo, 21 Cuento con un área de trabajo exclusiva y privada dentro de casa y 25 Mi trabajo es rutinario (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

Son pocos los estudios de salud ocupacional, o más específicamente, de factores psicosociales en la salud ocupacional que se centren en las variaciones de resultados de acuerdo al género.

En México, existe una organización social jerarquizada que impone a los hombres sobre las mujeres y asigna a esta última un rol de género que atribuye una mayor responsabilidad del cuidado familiar a las mujeres. La carga de doble jornada que enfrentan las mujeres al incorporarse al mercado laboral y continuar con su rol de tareas en el hogar no remuneradas, es una situación que debe analizar a profundidad en el país. Es fundamental promover una mayor participación del hombre en el ámbito privado para lograr la igualdad de género. Cuando las mujeres trabajan, contribuyen al bienestar familiar y demuestran su valioso papel en la economía. Sin embargo, también enfrentan desafíos al combinar su trabajo con responsabilidades domésticas.

Con la salida masiva de las mujeres al mercado laboral, la línea de separación entre lo público y lo privado, termina por hacerse cada vez más difusa, y el ámbito de lo familiar y doméstico deja de

considerarse exclusivamente privado. No obstante, en el imaginario social y en la construcción cultural de los roles de mujeres y varones, estas distinciones, aún en la actualidad, siguen operando. Si bien las mujeres se insertaron en la esfera pública del trabajo remunerado, en el Estado y en las instituciones sociales, lo hicieron bajo condiciones profundas de inequidad, en tanto la responsabilidad sobre la esfera doméstica, continúa recayendo, en gran parte, sobre ellas (Aspiazu, Eliana Laura, 2014, pág. 181).

La autora Eliana Aspiazu (2014) analiza la vinculación entre el trabajo remunerado y el no remunerado, desde un enfoque de género; y profundiza sobre la dificultad que vivimos las mujeres para conciliar el trabajo remunerado con las responsabilidades domésticas y de cuidado. Explica que esta dificultad responde a que la incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral no fue acompañada por cambios en la estructuración del ámbito doméstico. En consecuencia, se produjo una sobrecarga de trabajo para las mujeres, denominada “doble jornada laboral” (pág.11).

No es extraño que esta organización social se reproduzca en la organización laboral y pueda explicarse así que los factores psicosociales de “Liderazgo” y “Flexibilidad y conciliación familia trabajo”, sean los que presenten mayores prevalencias en las teletrabajadoras que participaron en este estudio.

Algunos resultados han encontrado que las mujeres están expuestas a mayores conductas de acoso psicológico (Moreno Jiménez, et. al., 2005).

Basurto Calderón y Santillán Burgos (2022), en su estudio con personal docentes teletrabajadora en Ecuador, encontraron que los problemas de “Supervisión y participación” es el factor psicosocial con mayores prevalencias (79.1% de expuestas) en las mujeres docentes (43,7% riesgo muy elevado y 35,4%

riesgo elevado) superando la calificación en los hombres por más de 19 puntos.

La asignación de los roles de género suele determinar la percepción de signos y síntomas de enfermedad, el momento en que se busca atención médica, la manera de asumir o no el rol de enfermo (a) y las necesidades específicas de atención (Pedrosa L. y M. Yanes 2004). Por ello, también se han encontrado diferencias asociadas al género, en efectos negativos de los factores psicosociales como el Burnout (Gil-Monte,2002), así como en los niveles de tensión arterial, glucosa o colesterol (Aldrete Rodríguez et. al., 2009).

También hay estudios que reportan no haber encontrado diferencias de género en los factores psicosociales del trabajo (Aguilar Carrasco, et. al., 2023) en un estudio mexicano con 152 participantes (trabajadores presenciales) y utilizando el Cuestionario Guía de Referencia II de la Norma Oficial Mexicana 035 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social indica que no existe diferencia significativa en las puntuaciones medias entre los grupos de hombres y mujeres participantes lo que para ellos evidencia que tanto para las mujeres y para hombres participantes la aparición de este tipo de riesgos se presenta de manera similar. Debe hacerse notar que este estudio (Aguilar Carrasco, et. al., 2023) además de haber sido con trabajadores presenciales, debió haberse hecho con empresas pequeñas (la Guía de Referencia II es para empresas menores a 50 trabajadores), lo que da un ambiente laboral muy diferente al que estudiamos aquí.

Hasta el momento, podemos afirmar que hacer modelos de salud ocupacional con perspectiva de género es aún tarea pendiente. Existe una necesidad de seguir investigando los factores psicosociales laborales bajo una perspectiva de género, debido a que se requieren medidas inmediatas que regulen el teletrabajo para que las mujeres vivan entornos más

equitativos tanto en la vida laboral como de familia y/o en el hogar. Así también debemos pensar en políticas y estrategias que promuevan el teletrabajo dirigidas a acortar la brecha de género en el mercado laboral.



TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Porcentaje de expuestos a los factores psicosociales por nivel alto, medio o bajo de exposición

DIMENSIÓN	ALTA	MEDIA	BAJA
Exigencias y carga cognitiva	47.1%	46.6%	6.3%
Liderazgo	2.0%	50.2%	47.8%
Apoyo institucional	9.2%	38.9%	51.9%
Flexibilidad y conciliación familia trabajo	12.6%	32.6%	54.8%
Relaciones sociales	5.6%	46.6%	47.8%
Disconfort	11.3%	44.7%	44.0%
Contenido del trabajo	1.0%	14.3%	84.7%
Exposición global a factores psicosociales	0.2%	55.3%	44.5%

Tabla 2. Prueba T de Student para la igualdad de medias en las dimensiones de la Escala

Ítem	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Conciliación familia trabajo	-3.053	412	.002	-.655	.215
Global de Factores psicosociales	-3.214	412	.001	-2.126	.661

Tabla 3. Prueba T de Student para la igualdad de medias en los ítems de la Escala

Ítem	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
14. Sufro de complicaciones en el manejo de horarios de comidas y llego a comer en mi lugar de trabajo.	-2.648	410	.008	-.211	.080
15. Cuando estoy trabajando sufro de interrupciones por asuntos domésticos y familiares.	-2.378	410	.018	-.142	.060
16. Tengo dificultades para conciliar y evitar la superposición de las tares del trabajo y las tareas domésticas.	-2.116	411	.035	-.130	.061
20. Tengo contacto presencial con compañeros de trabajo.	3.252	408	.001	.146	.045
21. Cuento con un área de trabajo exclusiva y privada dentro de casa.	2.855	410	.005	.234	.082
25. Mi trabajo es rutinario.	-3.885	408	.000	-.259	.067

Gráfico 1

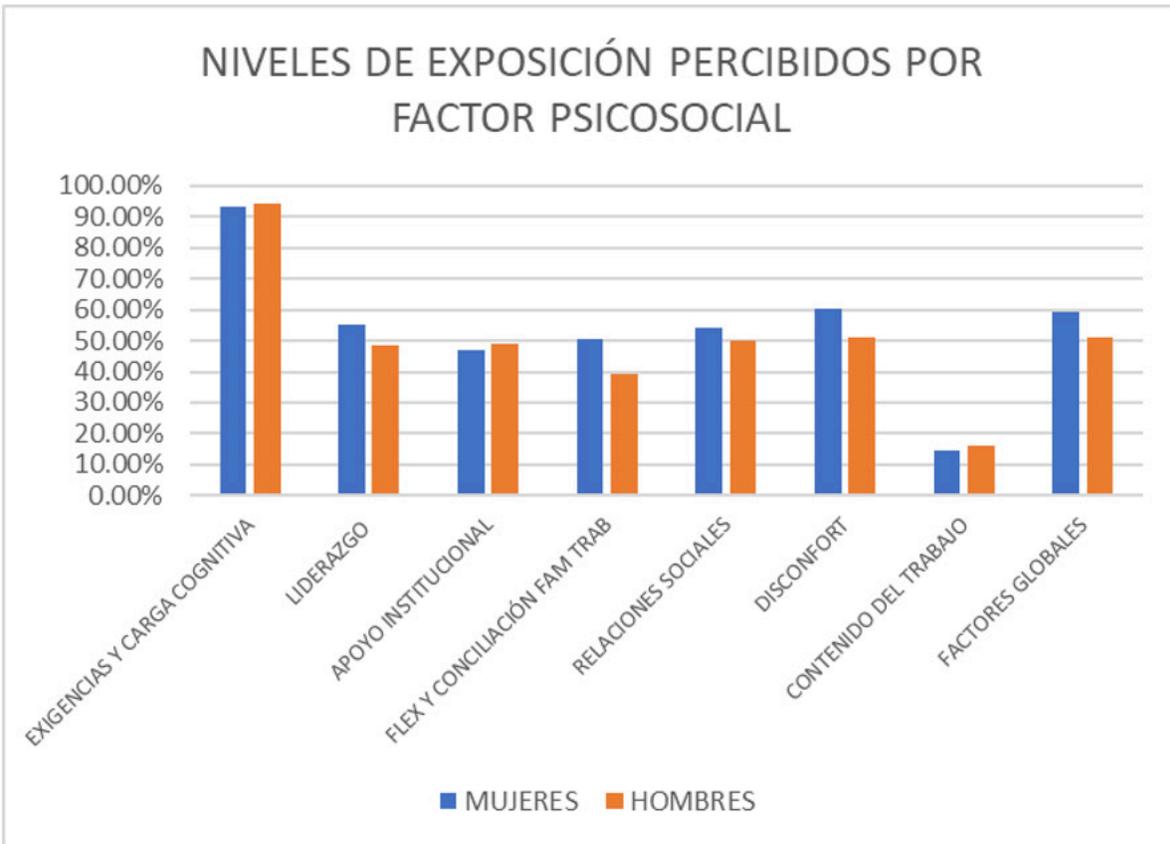
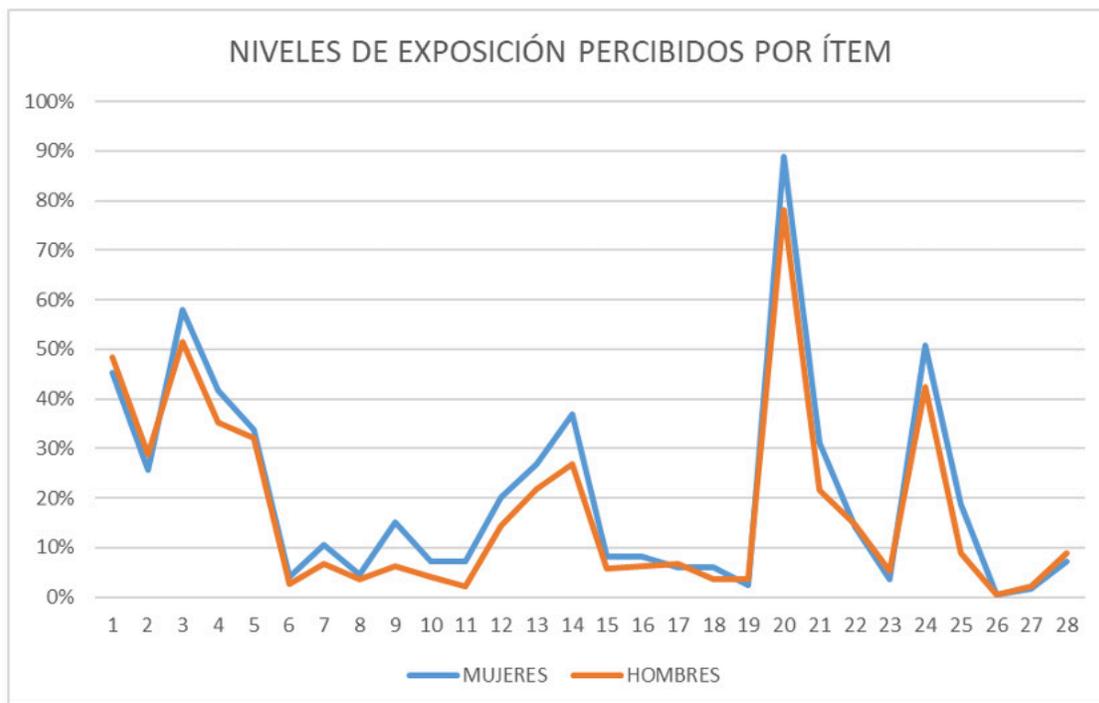


Gráfico 2



BIBLIOGRAFÍA

Aspiazu, E. (2014). Conciliación entre trabajo y responsabilidades familiares: una revisión teórica con enfoque de género. *Investigum IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, 5 (1), 177-194. doi: [http:// dx.doi.org/10.15658/CESMAG14.05050111](http://dx.doi.org/10.15658/CESMAG14.05050111)

Aguilar-Carrasco J. I., Medina-López P. M., Arvizu-Acosta R. y Flores-Ramírez A. E. (2023). Ingenio y Conciencia. *Boletín Científico de la Escuela Superior Ciudad Sahagún*, Vol. 10, No. 20.

Aldrete Rodríguez M. G., Pando Moreno M., Aranda Beltrán C., Torres López M. y Preciado Serrano M. L. (2009). Género, trabajo y salud en personal académico de un centro universitario. *Salus cum propositum vitae. Volumen 10 No. 2*, Abril-Junio

Basurto Calderón M. C. y Santillán Burgos S. A. (2022). Evaluación de los riesgos psicosociales del teletrabajo desde la perspectiva de género en los docentes de la ESPAM-MFL en el periodo 2020 – 2021. Trabajo para la obtención del grado de Licenciatura en Administración Pública. Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí Manuel Félix López.

Gil-Monte P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo, Maringá*, Vol. 7, No. 1, jan./jul.

Macarena Kunkel Fioramonti (2021). La pandemia invisible: reflexiones sobre la desigualdad de géneros en el teletrabajo. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

La Cruz A. (2022) Validación de la escala de factores psicosociales en el teletrabajo en trabajadores latinoamericanos. *Salud de los trabajadores / Volumen 30 N° 2 / Julio – Diciembre*

Moreno Jiménez B., Rodríguez Muñoz A., Garrosa Hernández E., Morante Benadero M. E. y Rodríguez Carvajal R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: un estudio en población española. *Psicología em Estudo, Maringá*, Vol. 10, No. 1, jan./abr.

Pedrosa L. y M. Yanes (2004). Género salud y equidad. *Género y Salud en Cifras*, Vol. 2, No. 1: 6-10

Peña-Contreras Eva, Calderón María del Carmen, Arias-Medina Paúl, Sacaquirin Cristina (2021) Teletrabajo, trabajo no remunerado y violencia de género en el Ecuador durante la pandemia por COVID-19. *MASKANA*, Vol. 12, No. 2, 11-18, 2021

Pando Moreno M., Almaguer Pecina S. A., Santos Delgado J. C. (2022) Análisis factorial exploratorio de la escala de factores psicosociales en teletrabajo PIENSO 2020, en tele trabajadores mexicanos. *Revista Internacional PIENSO en Latinoamérica*, Año 4 Núm.13 septiembre – diciembre.

Pando Moreno M., Freire Constante L. F., Flores Díaz J. C. (2020) Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Factores Psicosociales en Teletrabajo Pienso 2020, Ecuador. *Revista Internacional PIENSO en Latinoamérica*, Año 3 Núm. 7 enero – marzo.

Ruperti-Lucero, Erika; Espinel-Guadalupe, Johana; Naranjo-Cabrera, Carlos y Aguilar-Pita, Diana. Conciliación de la vida familiar y bienestar laboral, análisis de roles sociales y género en tiempos de COVID-19. Caso Ecuador. *Revista Chakiñan [online]*. 2021, n.15, pp.18-30. ISSN 2550-6722.

ANEXO 1

ESCALA DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TELETRABAJO FPT-PIENSO A.C.

 <p>ESCALA DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TELETRABAJO FPT-PIENSO A.C.</p> <p>La presente escala es solo para personas que realizan teletrabajo o home office. Para responder las preguntas siguientes considere las condiciones de trabajo en las que se encuentra en su casa. Elija y marque la respuesta que considere más adecuada a su situación en cada pregunta.</p>	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Nunca o casi nunca
1 Debo procesar cantidades muy grandes de información para realizar mi trabajo.			
2 Un error en mi trabajo produce consecuencias muy graves			
3 Tengo que realizar varias tareas al mismo tiempo			
4 Tengo altas exigencias que me hacen trabajar a un ritmo acelerado			
5 Mi supervisor me exige y mide los avances constantemente			
6 Mi jefe promueve reuniones virtuales y/o presenciales periódicas con el equipo de trabajo.			
7 Tengo reuniones virtuales y/o presenciales periódicas solo con mi jefe.			
8 Las reuniones con mi jefe generan los espacios necesarios de confianza que salvan las distancias físicas.			
9 Recibo la capacitación necesaria para las funciones que realizo y cuando se hacen cambios en mis tarea.			
10 Cuento con apoyo de asesoría inmediata si lo requiero			
11 En mi empresa se fijan metas diarias, semanales y mensuales, que son medibles y alcanzables.			
12 Recibo capacitación suficiente para estar al día con el constante avance tecnológico			
13 Mis tareas laborales y la vida familiar se mezclan			
14 Sufro de complicaciones en el manejo de horarios de comidas y llego a comer en mi lugar de trabajo			
15 Cuando estoy trabajando sufro de interrupciones por asuntos domésticos y familiares.			
16 Tengo dificultades para conciliar y evitar la superposición de las tareas del trabajo y las tareas domésticas.			
17 Realizo mi trabajo de manera aislada sin comunicación continua con compañeros.			
18 Tengo relación de apoyo con otros compañeros de mi trabajo.			
19 Mantengo comunicación con compañeros de trabajo.			
20 Tengo contacto presencial con compañeros de trabajo.			
21 Cuento con un área de trabajo exclusiva y privada dentro de casa.			
22 Mi equipo de trabajo (computadora, scanner, internet, etc.) es exclusivo para trabajar y no tengo necesidad de que se use para asuntos familiares.			
23 Mis herramientas de trabajo son modernas u adecuadas para mi trabajo.			
24 Cuento con mobiliario adecuado para trabajar (silla tipo oficina, escritorio, etc).			
25 Mi trabajo es rutinario.			
26 Me siento aburrido en mi trabajo.			
27 Durante mi trabajo siento que el tiempo pasa muy lentamente.			
28 Trabajar fuera de las oficinas disminuye las oportunidades de ser tomado en cuenta para un ascenso.			

Síndrome de Burnout y Morbilidad Autoreportada en los trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, México.

Carolina Aranda Beltrán, María
Guadalupe Aldrete Rodríguez,
Tania Fernanda Elizalde Núñez,
Elsa María Vásquez Trespalacios,
Manuel Pando Moreno

RESUMEN

La mayor parte de la evidencia científica alrededor del Síndrome de burnout y la salud se ha generado en trabajadores del sector salud, no así para el sector comercio. Los trabajadores dedicados al comercio al por menor, como son los trabajadores de las tiendas de abarrotes, también se enfrentan a diversas demandas físicas y mentales que suelen ser extenuantes, en ocasiones con repercusiones en su salud, por lo que el objetivo del estudio fue analizar la asociación entre el Síndrome de burnout y la morbilidad autoreportada de los trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, México. El tipo y diseño de estudio fue transversal analítico. La muestra consistió en 209 tiendas y/o trabajadores a encuestar. Se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario con ítems sociodemográficos y laborales, así

como para los aspectos de salud; el otro cuestionario fue el de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). El 61.2% de los trabajadores se reportó enfermo. La prevalencia del Síndrome de burnout fue del 68.4%. Los análisis inferenciales mostraron diversas asociaciones significativas: rentar la tienda donde labora y ser el principal trabajador con estar enfermo, que la tienda sea familiar y trabajar más horas que el promedio con falta de realización y con el Síndrome de burnout en general, trabajar un turno mixto con el síndrome y, estar enfermo se asoció con las enfermedades metabólicas, neurológicas e infecciosas no respiratorias con agotamiento emocional.

Palabras clave: trabajadores, tiendas de abarrotes, síndrome de burnout, morbilidad autoreportada.

ABSTRACT

Most of the scientific evidence around burnout syndrome and health has been generated in workers in the health sector; but not for the trade sector. Workers dedicated to retail trade such as grocery store workers also face various physical and mental demands that are usually exhausting, sometimes with repercussions on their health, so the objective of the study was to analyze the association between burnout syndrome and self-reported morbidity of grocery store workers in the municipality of Zapopan, Jalisco, Mexico. The type and design of the study was analytical transversal. The sample was 209 grocery stores and/or workers to survey. Two instruments were applied: a questionnaire with sociodemographic and labor elements and health aspects; the other

questionnaire was the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). 61.2% of the workers reported sick. The prevalence of burnout syndrome was 68.4%. The inferential analyzes showed various significant associations: renting the store where you work and being the main worker with being sick, that the store is familiar and working more hours than average with lack of accomplishment and with burnout syndrome in general, working a shift mixed with the syndrome and, being sick is associated with metabolic, neurological and non-respiratory infectious diseases with emotional exhaustion.

Word keys: Workers, grocery store, burnout syndrome, self-reported morbidity

Datos de correspondencia:

Carolina Aranda Beltrán. Domicilio: Joaquín Aguirre Berlanga 970, Colonia Jardines Alcalde, CP. 44298
caranda2000@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas Cristina Maslach en 1976 comenzó a estudiar la forma en que las personas manejan su relación con el trabajo, principalmente en sectores con altas demandas emocionales por parte de los trabajadores, encontrando que emergían luego de entrevistas tres aspectos importantes: desgaste emocional, falta de adhesión a las necesidades del cliente y un sentimiento de autoeficacia reducida (Maslach et al., 2001), características definitorias de este síndrome.

Por sí solas cada dimensión reúne ciertas características que las hacen específicas. Por ejemplo, la dimensión de desgaste emocional a su vez comprende varios estados como: fatiga crónica, desórdenes del sueño, y varios síntomas físicos como falta de energía y el sentimiento de estar emocionalmente desprovisto (Maslach et al., 2001). El desgaste o agotamiento emocional representa un sentimiento de falta de energía y consunción de los recursos emocionales; el individuo siente que no posee la energía que solía tener. Esta dimensión ha sido considerada como la más aparente dentro del síndrome de burnout, más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (Sjögren y Kristenson, 2006). Igualmente, Canivet et al. (2010), reportan que el desgaste y otros factores de riesgo psicosocial son más prevalentes en mujeres que en hombres. A pesar de que el desgaste emocional es la dimensión más estudiada del burnout y que refleja el componente de estrés dentro del síndrome, por sí solo no es suficiente para explicar la relación entre un individuo y su trabajo.

Otra de las dimensiones es la de despersonalización: se debe a un estado negativo de falta de significado que se combina con una indiferencia extrema hacia los colegas o clientes, sentimientos de culpa, aislamiento y la separación psicológica del trabajo (Maslach et al., 2001). El distanciamiento o indife-

rencia es una respuesta inmediata al desgaste, es por esto que consistentemente se observa una relación fuerte entre el agotamiento y la despersonalización, según refieren las investigaciones sobre el burnout (Maslach et al., 2001). No es la dimensión que más se discute en la literatura, sin embargo, es un elemento constitutivo importante del síndrome de burnout.

Una dimensión más, el sentimiento de autoeficacia reducida, es una sensación de incompetencia que se acompaña de una reducción en la eficiencia (Maslach et al., 2001). La relación entre el logro personal disminuido y las otras dos dimensiones del burnout es compleja y en algunas situaciones parece ser un resultado del desgaste, cinismo o una combinación de las dos (Lee y Ashforth, 1996).

Existe un interés creciente sobre la investigación de la prevalencia, los factores relacionados y las consecuencias para la salud con el burnout en América Latina, lo que es llamativo, dado que en la región aún persisten condiciones de empleo y trabajo precarias, y el empleo digno, realizado en buenas condiciones, no es una constante. La mayor parte de la evidencia científica alrededor del burnout y sus consecuencias para la salud se ha generado en trabajadores del sector salud, mientras que, en aquellos como el comercio, existe una cantidad de estudios inferiores. Los trabajadores del comercio se enfrentan a demandas físicas, tales como permanecer de pie durante mucho tiempo, caminar por el espacio comercial y subir escaleras, y emocionales, tales como el rechazo de una venta y pedidos incompatibles (Rakhy et al., 2022; Peasley et al., 2020). Es por esto que el objetivo del estudio fue el de analizar la asociación entre el Síndrome de burnout y la morbilidad autoreportada en la salud de los trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, México.



MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

El estudio es transversal y analítico, se evalúa en un momento específico y determinado de tiempo, útiles para la determinación de prevalencias, pero también para determinar la(s) asociaciones entre variables; la exposición y el efecto se miden en simultáneo (Cvetkovic-Vega et al., 2021).

Población de estudio

En el país México, la población total económicamente activa al año 2019 eran 2,433,361 trabajadores (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2019). En el sector del comercio al por menor al año 2018 eran 446,499 trabajadores, y al año 2019 el 56.6% eran hombres el resto mujeres (INEGI, 2018-2019).

Zapopan es una ciudad y es el segundo municipio (de 125) más poblado de Jalisco, México; su nombre proviene del vocablo náhuatl "tzapopantli" que significa "lugar entre zapotes o en el zapotal, lugar más poblado de zapotes"(Gobierno de Zapopan, 2023; Gobierno del Estado de Jalisco, 2023).

El objetivo o finalidad de las tiendas dentro del barrio, comunidad y/o el país es imprescindible, ya que ocupan los primeros lugares de importancia como comercios al por menor (INEGI, 2019-2020; Instituto de Información Estadística y Geografía de Jalisco [IIEG], 2020). En Zapopan, Jalisco al igual que en otros municipios, las tiendas de abarrotes son comercios que cubren por mucho las necesidades básicas de sus pobladores (Gobierno del Estado de Jalisco, 2023).

En México, algunos negocios o tienditas de abarrotes o tienditas de la esquina se han visto en la necesidad de cerrar sus puertas debido a la crisis por la pandemia del Covid-19. Actualmente, Zapopan cuenta con un poco más de 5148 tiendas de abarrotes ("Directorio de empresas", 2022).

Muestra y muestreo

Con más de 400 colonias distribuidas en el territorio perteneciente al municipio de Zapopan, en el estado de Jalisco, México (Pueblos América, 2023), se obtuvo una muestra de 209 tiendas y/o trabajadores a encuestar, tomando en cuenta una prevalencia esperada del 20%, con un error aceptable de .05 y un índice de confianza del 95%; el muestreo fue aleatorio y por colonias (Saborío e Hidalgo, 2015; Rosales y Cobos, 2011).

Instrumentos de evaluación

Se aplicaron dos instrumentos de evaluación: 1- Un cuestionario expofeso con ítems sociodemográficos y laborales (edad, sexo, estado civil, si la tienda es propia, rentada, prestada, turno laboral, si es el trabajador principal, etc.), además incluye preguntas abiertas necesarias para recabar los aspectos de salud (si ha estado enfermo en los últimos tres meses y/o si ha tenido algún síntoma o malestar). 2. El instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para evaluar la presencia del Síndrome de burnout. Este segundo instrumento consiste en 22 ítems con tres dimensiones, mediante una escala tipo Likert con opciones que van desde nunca hasta todos los días (Maslach y Jackson, 1996). Evalúa las tres dimensiones con ítems relacionados según la dimensión de la que se trate: 1. Agotamiento Emocional (AE) que describe sentimientos de estar agotado emocional y físicamente; 2. Despersonalización (D) que hace referencia a una respuesta impersonal y 3. Falta de Realización Personal (FRP) que relata sentimientos de competencia y motivación en el trabajo. Se suman las preguntas o ítems por dimensión y el puntaje obtenido se coloca en un nivel de calificación, bien sea en el nivel alto (alta presencia); medio (regular presencia) y bajo (poca presencia), según de la dimensión de la que se trate.

Análisis estadístico

Se ejecutaron, tanto análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, promedios y prevalencias) como inferenciales (Factor de riesgo OR con valor mayor a uno; el Índice de Confianza IC del 95%, y valor de p igual a 0.05). Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS versión 18).

Aspectos éticos

Según la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (2014), en su Artículo 17, se considera a esta investigación como Riesgo I. Se incluye en la batería de encuestas la carta de consentimiento informado sobre la participación de cada uno de los encuestados en el proyecto de manera voluntaria, de la finalidad del estudio, de los instrumentos a aplicar, de que no habría inconveniente alguno ni represalias hacia ellos, de que la difusión de los resultados será anónima y que tienen derecho a retirarse del estudio si no desean participar.

RESULTADOS

Los datos descriptivos de los 209 trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, se presentan de la siguiente manera: el 53.1% de los encuestados son mujeres, la edad mínima es de 15 años y la máxima de 77, con un promedio de 39.6 años y una desviación estándar de 16.119. En referencia al estado civil el 43.5% son solteros, 37.3% casados, 6.7% en unión libre. El 95.7% de los trabajadores manifestó tener el nivel de primaria completa, el 86.6% terminó la secundaria, el 64,6% de ellos terminó la preparatoria, un 29.7% logró algún grado de licenciatura y sólo 2.9% de posgrado.

Con respecto a datos de la tienda, 66.5% dicen que la tienda es propia, el 56% hace referencia a ser el trabajador principal, 35% describen trabajar

la tienda entre 3 personas. La antigüedad laboral mínima es de 1 mes (1%) y la máxima de 50 años (0.5%). Dicen abrir la tienda todo el día y parte de la noche un 59% de los trabajadores, manifestando al turno como un turno mixto. En cuanto a las horas a la semana que trabajan, las cifras oscilan entre 15 horas como mínimo (1%) hasta 119 horas (0.5%). Un 49.3% de los trabajadores dice abrir 6 días a la semana, sobre todo los martes y los viernes.

Entre los datos respectivos a la salud de los trabajadores de las tiendas de abarrotes los cuales fueron recabados por preguntas abiertas se obtuvo lo siguiente: el 61.2% reportó estar enfermo o haber tenido algún padecimiento o malestar en los últimos seis meses como: gripes, cefaleas, faringitis, asma, hemorroides, colitis, enteritis, diarreas, gastritis, problemas de vesícula, riñón, hiperlipidemias, diabetes, hipertensión, varices, dolor en hombros, en columna lumbar, en músculos, en cuello, fracturas, lesiones musculares, tendinitis, dolor en espalda, de rodillas, pies, piernas; miomas, problemas prostáticos, dentales, de ojos; depresión, estrés, insomnio, ansiedad, cansancio.

En la tabla 1 se pueden observar estos padecimientos y/o malestares por grupos de enfermedad, donde los más frecuentes fueron: las enfermedades musculoesqueléticas (10.5%), neurológicas (9.1), respiratorias superiores (6.2), gastrointestinales (5.3%), metabólicas (3.8%) y las cardiovasculares (3.3%).

La prevalencia del Síndrome de burnout fue del 68.4% de los trabajadores, mientras que por dimensiones la de falta de realización un 46.4% de presencia, seguida de agotamiento emocional 38.4% y por último la despersonalización 16.7%.

Los análisis inferenciales se presentaron de la siguiente manera: en cuanto a las asociaciones significativas entre los datos sociodemográficos y laborales con estar enfermo, las únicas asociaciones

estuvieron marcadas con el hecho de que el trabajador rente la tienda donde labora con estar enfermo (OR= 1.446, IC= 1.009-2.073, p= .016), así como ser el principal trabajador con estar enfermo (OR= 1.488, IC= 1.488-1.066, p= .020). No hubo asociación significativa entre los datos sociodemográficos y laborales con algún grupo de enfermedad, pero si se obtuvieron asociaciones significativas entre los datos sociodemográficos y laborales con el Síndrome de burnout como el

que la tienda sea familiar y trabajar más horas que el promedio (55hrs) con la dimensión falta de realización y con el Síndrome de burnout en general, además de trabajar un turno mixto con el síndrome (tabla 3).

Los análisis inferenciales además mostraron que estar enfermo y que padecer específicamente de enfermedades metabólicas, neurológicas e infecciosas no respiratorias son factor de riesgo para declararse en agotamiento emocional (tabla 4), el resto no mostró significancia.

Tabla 1

Datos descriptivos por grupos de enfermedad de los trabajadores de las tiendas de abarrotes

Patologías por grupos de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Respiratorias superiores	13	6.2
Respiratorias inferiores	4	1.9
Gastrointestinales	11	5.3
Metabólicas	8	3.8
Cardiovasculares	7	3.3
Musculoesqueléticas	22	10.5
Neurológicas	19	9.1
Psicológicas	6	2.9
Ginecológicas	3	1.4
Andrológicas	2	1.0
Infecciosas no respiratorias	5	2.4
Odontológicas	1	.5
Específicas por Covid 19	3	1.4
Órganos de los sentidos	3	1.4

Fuente: elaboración propia

Tabla 2

Datos descriptivos sobre el síndrome de burnout en general y por dimensiones de la población de estudio

Dimensiones del Síndrome de burnout	Agotamiento emocional		Falta de realización		Despersonalización	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nivel alto	29	13.9	45	21.5	8	3.8
Nivel medio	52	24.9	52	24.9	27	12.9
Nivel bajo	129	61.2	112	53.6	174	83.3

Nota: *n*= frecuencia, %= porcentaje, *prevalencia del Síndrome de burnout 68.4%*.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3

Datos de asociación significativa entre variables sociodemográficas y laborales con el síndrome de burnout

Ítems sociodemográficos y laborales con el Síndrome de burnout	OR	<i>p</i>	IC
La tienda es familiar con falta de realización en el trabajo	2.095	.009	1.169-3.757
Trabajar más horas que el promedio (55hrs) con falta de realización en el trabajo	1.333	.019	1.040-1.708
Trabajar más horas que el promedio (55hrs) con el Síndrome de burnout	1.522	.026	1.031-2.247
La tienda es familiar con el Síndrome de burnout	1.807	.048	1.001-3.448
Turno mixto con el Síndrome de burnout	1.565	.025	1.013-2.416

Fuente: elaboración propia

Tabla 4

Asociaciones significativas entre estar enfermo y grupos de enfermedad con el síndrome de burnout

Dimensiones del Síndrome de burnout con grupos de enfermedad	OR	<i>p</i>	IC
Estar enfermo con agotamiento emocional	2.925	.000	1.636-5.227
Enfermedades metabólicas con agotamiento emocional	2.010	.040	1.297-3.116
Enfermedades neurológicas con agotamiento emocional	1.699	.041	1.114-2.591
Enfermedades infecciosas no respiratorias con agotamiento emocional	2.662	.022	2.232-3-176

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Comparando los resultados con otros estudios, se observa en cuanto al ítem sexo, que la mayoría de la población trabajadora (53.1%) eran mujeres, coincidiendo con lo reportado por De la Cruz (2016) en el que el 58% de su población también eran mujeres, sin embargo estos resultados son contrarios a los demostrados por Navarro (2022) donde el mayor porcentaje de los trabajadores eran hombres (63.3%). Coincidentes además son los resultados sobre que la mayoría de las tiendas de abarrotes brindan trabajo a entre 1 y 5 personas, generalmente miembros de la familia (Navarro, 2022; De la Cruz, 2016; Paredes, 2013).

Por otro lado, la prevalencia calculada del Síndrome de burnout fue cercana al 65%, que, aunque superior a otros estudios realizados en Estados Unidos y Europa, se acerca mucho a lo observado en contextos con mayor informalidad laboral y precariedad de las condiciones de trabajo (Hernández et al., 2016; Garcés et al., 2020; Kallieniené et al., 2021); este porcentaje igualmente es cercano a la prevalencia reportada por Paredes (2013) en microempresas familiares, con un 62.5% de presencia del síndrome. Además trabajar más horas que el promedio se relacionó con la presencia general del síndrome, similar a lo expuesto por Paredes (2013), que encontró la presencia del síndrome en niveles medio y alto en los trabajadores que desempeñaban todas las funciones requeridas (ventas, producción y administración), aunque no se encontró relación estadística entre las variables. Loaiza (2013), en un estudio realizado en contadores públicos, reporta asociación entre el turno y las horas semanales que se trabaja con la presencia del síndrome; en nuestra población, trabajar en turno mixto tiene asociación con el síndrome.

En cuanto a las dimensiones del síndrome se refiere, la de falta de realización en el trabajo resultó asociada con trabajar más horas a la semana así como que la tienda sea familiar, datos que no pudieron ser comparados con otros estudios por no encontrar información específica; sin embargo la dimensión de agotamiento emocional fue la única que se asoció significativamente con la presencia de morbilidad autoreportada, lo que es consistente con el estudio de Springer y Oleska (2017) quienes analizan la información de 136 trabajadores del sector comercial de Polonia encontrando también una relación entre los síntomas somáticos y una puntuación alta en la dimensión de agotamiento emocional. Además las enfermedades metabólicas (hipertensión, diabetes, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados) se asocian con la dimensión de agotamiento emocional según se reporta en este estudio, mientras que Santaella (2022) reporta que el 100% de su población (trabajadores de una agencia misionera) con las tres dimensiones afectadas del síndrome de burnout presenta sobrepeso, y aunque no se encontró asociación entre estas variables, sí hubo asociación entre presión arterial elevada y la presencia general del síndrome de burnout.

En cuanto a los síntomas neurológicos (principalmente migrañas y cefaleas) se encontró asociación con la dimensión de agotamiento emocional, datos congruentes con el estudio de Nájera (2022) reportando que el 100% de la población (trabajadores petroleros) con esta dimensión en alto y medio presenta cefaleas.

A manera de conclusión se observaron tanto las altas prevalencias del Síndrome de burnout como diversas asociaciones significativas entre rentar la tienda donde labora, que ésta sea propia y familiar, ser el principal trabajador, trabajar más horas que el promedio, laborar un turno mixto, sin embargo hay que tomar en cuenta que el estudio presenta algunas limitantes por lo que se sugiere que las investigaciones futuras puedan analizarse a través de diseños expe-

rimentales o longitudinales. Nuestros hallazgos de asociación entre el desgaste emocional y la presencia de morbilidad autoreportada, son esperados, en tanto la dimensión de desgaste emocional a su vez comprende varios estados como: fatiga crónica, desórdenes del sueño, y varios síntomas físicos como falta de energía y el sentimiento de estar emocionalmente desprovisto (Maslach et al., 2001); representa un sentimiento de falta de energía y consunción de los recursos emocionales; el individuo siente que no posee la energía que solía tener. Esta dimensión ha sido considerada como la más aparente dentro del síndrome de burnout; cuando un individuo se considera a sí mismo sufriendo de burnout, es muy frecuente que reporte sentirse desgastado.

REFERENCIAS

- Canivet, C., Ostergren, P., Lindeberg, S., Choi, B., Karasek, R., Moghaddassi, M., Isacson, S. (2010). Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Soc Sci Med*, 70(8):1237-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.029>
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1):179-185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- De la Cruz, V. (2016). Caracterización de la formalización en las micro y pequeñas empresas del sector comercio – Rubro venta de abarrotes en el mercado 21 de abril de la ciudad de Chimbote, 2013 [tesis de licenciatura, Universidad Católica de los Ángeles]. Repositorio institucional UN. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/22001>
- Directorio de empresas y establecimientos en México. (2022). Municipios con servicio de tiendas, abarrotes, ultramarinos, misceláneas. <https://guiamexican.com/tiendas-de-abarrotes-ultramari-nos-miscelaneas/municipios>
- Garcés, C., Loli, A., Navarro, V. (2020). Calidad de vida laboral y síndrome de burnout en los colaboradores del sector retail de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en psicología*. 23(2): 67-82. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19233>
- Gobierno de Zapopan. (2023). Ciudad Historia y Geografía. <https://www.zapopan.gob.mx/v3/inclusion/ciudad/historia-y-geografia>
- Gobierno del Estado de Jalisco. (2023). Zapopan. <https://www.jalisco.gob.mx/es/jalisco/municipios/zapopan>

Hernández, L., Sánchez, S., Gordillo, M., Gómez, M., Ruiz, M., Bermejo, G. y Rebazo, M. (2016). El síndrome del “burnout” y el “engagement” en una muestra de dependientes de la población de Badajoz. *INFAD Revista de Psicología*. 2(1): 261-270. doi: 10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.299

Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco IIEG. (2020). Sectores Estratégicos de Jalisco. https://iieg.gob.mx/ns/?page_id=11592

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. (2019) Banco de indicadores. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=18&ag=14#D18#D6207128136#D6207129061#D6207129062#D5000000002>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. (2018-2019). Banco de indicadores. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=18&ag=14#D18#D6207128136#D6207128151#D6207128136#D6207129061#D6207129062#D5300000012#D6207129061>

Kalinienė, G, Lukšienė D, Ustinavičienė R, Škėmienė L, Januškevičius V. (2021). The Burnout Syndrome among Women Working in the Retail Network in Associations with Psychosocial Work Environment Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 18(11): 5603. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115603>

Lee, R., Ashforth, B. (1996). A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout. *J Appl Psychol*. 81(2):123-33. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.2.123>

Loaiza, E., Peña, A. E. (2013). Niveles de estrés y síndrome de Burnout en contadores públicos colombianos. *Actualidad contable FACES*. 16(26): 27-44.

Maslach, C., Jackson, E. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. 2d Edition. Consulting Psychologists.

Maslach, Schaufeli, Leiter. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*.52:397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

Nájera, D. (2022). Prevalencia de Síndrome de Burnout en los trabajadores de la industria petrolera. Repositorio institucional UN. <https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4717>

Navarro, A. (2022). Gestión de la calidad y estrategias del marketing en las micro y pequeñas empresas del rubro tiendas de abarrotes del mercado Modelo del distrito de Sullana, año 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de los Ángeles]. Repositorio UN. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/26801>

Paredes, F. (2013). Impacto de la prevalencia del síndrome de burnout en los dueños de microempresas familiares del municipio de Umán, Yucatán [Tesis de maestría, Instituto Tecnológico de Mérida]. Repositorio institucional UN. <https://rinacional.tecnm.mx/handle/TecNM/2710>

Peasley, C., Hochstein, B., Britton, P., Srivastava, V., Stewart, T. (2020). Can't leave it at home? The effects of personal stress on burnout and salesperson performance. *J Bus Res*. 117:58-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.014>

Pueblos América. (2023). Zapopan (Municipio). <https://mexico.pueblosamerica.com/jalisco/zapopan/>

Rakhy, S., Ambily, S. (2022). Burnout Risks among Salespersons Under Job Demand and the Mediating Role of Abusive Supervision. *Indian J Occup Environ Med*. 26(1): 26-28. https://doi.org/10.4103/ijocem.ijocem_249_21

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de 2 de abril, Última Reforma DOF 02-04-2014. *Diario Oficial de la Federación*, 2 de abril de 2014, pp. 6. <https://www.diputa->

dos.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Rosales, Y., Cobos, D. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 57(225), 313-318. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000400005>

Saborío, L., Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 32(1): 119-124. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Santaella, L. (2022). Incidencia del síndrome de Burnout y su relación con sobrepeso, sedentarismo y presión arterial elevada. *Revista Científica UISRAEL*. 9(3): 91-110. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n3.2022.601>

Sjögren, E., Kristenson, M. (2006). Can gender differences in psychosocial factors be explained by socioeconomic status? *Scand J Public Health*. 34(1): 59-68. <https://doi.org/10.1080/14034940510006049>

Springer, A., Oleksa, K. (2017). The relationship between emotional labor and professional burnout: A comparative analysis between work of teachers and employees of commercial service sector. *Medycyna Pracy*. 68(5):605-615. doi:10.13075/mp.5893.00556.

Validez y confiabilidad del instrumento abreviado para medir salud mental positiva ocupacional en profesores ecuatorianos de educación superior

Julio César Vázquez-Colunga

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas del instrumento SMPO-30, el cual es la versión abreviada de un cuestionario para la evaluación de la Salud Mental Positiva Ocupacional, diseñado con base en un modelo teórico de perspectiva predominantemente sistémica-ecológica, planteado desde la psicología positiva, el humanismo y la salutogénesis. El instrumento abreviado consiste en una encuesta de 30 ítems con opción de respuesta tipo Likert de cinco puntos, el cual se aplicó a una muestra de 432 trabajadores docentes ecuatorianos de educación superior en universidades públicas y privadas. El análisis

de datos incluyó el análisis factorial exploratorio para la determinación de la validez factorial y el coeficiente Alfa de Cronbach para la confiabilidad. Los resultados se presentaron en una estructura de cuatro factores que explica el 54.12% de la varianza total y un Alfa de Cronbach de .927 para todo el instrumento. Concluimos que el SMPO-30 es un instrumento de medición válido y confiable para la evaluación de la Salud Mental Positiva Ocupacional en trabajadores docentes de educación superior ecuatorianos.

PALABRAS CLAVE : Promoción de la Salud Mental, Psicología Positiva, Psicometría, SMPO-30, Docentes

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the psychometric properties of the OPMH-30 survey, which is the abbreviated version of a questionnaire for the evaluation of the Occupational Positive Mental Health, designed based on a theoretical model with a predominantly systemic-ecological perspective, raised from positive psychology, humanism and salutogenesis. The abbreviated instrument consists of a 30-item survey with a five point Likert type response option, which was applied to a sample of 432 ecuadorian higher education teaching workers in public and private universities. The data analysis included exploratory factor analysis to determine factorial validity and Cronbach's Alpha coefficient for reliability. The results were presented in

a four factor structure that explains 54.12% of the total variance and a Cronbach's Alpha of .927 for the whole instrument. We conclude that the SMPO-30 is a valid and reliable measurement instrument for the evaluation of the Occupational Positive Mental Health in ecuadorian higher education teaching workers.

KEYWORDS: Mental Health Promotion, Positive Psychology, Psychometry, OPMH-30, Teachers

E-mail: julio.vcolunga@academicos.udg.mx

Centro Universitario de Tonalá - Universidad de Guadalajara. Av. Nuevo Periférico No. 555 Ejido San José Tateposco, C.P. 45425. Tonalá Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN

En sus actividades cotidianas, los seres humanos se encuentran constantemente vinculados a los núcleos de socialización y entornos donde se desenvuelven. Esta relación es transaccional y tiene influencia e impacto permanente, multidireccional y ecológico, en la salud, calidad de vida y desarrollo de las personas, e incluso en los ambientes naturales y sociales (Bronfenbrenner, 1987; Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1991). Dentro de los núcleos de socialización secundaria, el ámbito ocupacional es uno de los más influyentes dado que el trabajo representa el principal medio de subsistencia para el ser humano, pero además, debido al gran tiempo que se le dedica durante la vida productiva (Pando-Moreno, 2012; Portero, 2012), por lo cual representa una de las actividades sociales más importantes y puede contribuir a generar bienestar para el individuo, para su círculo social inmediato, y para el desarrollo de la comunidad.

Aun cuando el trabajo puede ser considerado una fuente de bienestar y desarrollo a nivel individual y social, tradicionalmente el abordaje predominante de la salud ocupacional ha sido principalmente negativo enfocándose en el remedio de accidentes y enfermedades, y en el mejor de los casos en su prevención, sin embargo poco énfasis se ha puesto en la auténtica promoción de la salud (Vázquez-Colunga, 2016; Vázquez-Colunga, 2017); La Organización Internacional del Trabajo (OIT), señala que en los ambientes de trabajo además de existir factores patógenos y de riesgo, existen factores salutógenos que tienen un impacto favorable en el bienestar y estado de salud mental positivo en los individuos y las organizaciones (OIT, 1984).

En este mismo sentido señala Pando-Moreno (2012) que el trabajo no enferma ni cura a nadie, sino que son las condiciones en que este se realiza, las que pueden ser eugénicas o patogénicas. Tra-

tándose de la salud mental en el trabajo, a la forma como estas condiciones son percibidas y experimentadas por los seres humanos, se les ha denominado factores psicosociales (OIT, 1984). No obstante, poco se han explorado los factores psicosociales positivos o salutógenos en el trabajo, pese a que la OIT ha puesto, desde hace aproximadamente cuatro décadas, énfasis en la necesidad de desarrollar indicadores positivos, así como en la creación de métodos para su determinación.

Refiere Pando-Moreno (2016), que las aspiraciones de un trabajador no se deben limitar a no sufrir accidentes ni enfermedades laborales, sino que un trabajo bien diseñado puede crear sentimientos de autoestima, mejorar las redes sociales de apoyo, e incrementar la satisfacción y otros indicadores positivos de salud; Compartimos la idea de que toda persona, tiene la prerrogativa de experimentar una vida en la que pueda desarrollar sus potencialidades, en ambientes que favorezcan su salud y bienestar, lo cual incluye al trabajo. En un sentido más amplio, según la OIT (2019), la actividad laboral, debe propiciar las oportunidades y soporte, para que las personas tengan un sentido de trascendencia y satisfacción, teniendo una vida plena y siendo útiles a la sociedad.

Si bien, esta posición de la OIT es alentadora, no fue más allá de establecerse en una postura reactiva y en modelos mixtos que siguen poniendo énfasis en el remedio y prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral; Aun cuando ha habido un interés creciente en el desarrollo de un enfoque positivo de salud y salud mental positiva, en la actualidad, podemos encontrar diferentes propuestas que consideran la ausencia de psicopatología o trastorno mental como principal indicador de salud mental, mientras que otras presentan un enfoque reactivo, en el que se deja de lado la auténtica promoción de la salud, centrando la atención en la prevención y

restauración de la condición de no-enfermedad (Vázquez-Colunga, 2017).

Otra carencia importante es que la mayoría de las investigaciones que tienen foco en el estudio de la salud mental, suelen incluir aspectos generales de la vida, dejando de lado el ambiente laboral, un área importante para el desarrollo humano. Asimismo, el desacuerdo existente en la definición de salud mental ha dificultado la generación de instrumentos de medición válidos y confiables para su evaluación. Esta limitación también afecta el estudio de la salud mental en el área ocupacional.

A pesar de la existencia de propuestas que incluyen un enfoque positivo de la salud mental, aún no se concreta la transición del concepto clásico de salud mental a uno más positivo. Como alternativa a los clásicos enfoques negativos y mixtos, Vázquez-Colunga y cols. (2017; 2021) han propuesto un modelo teórico-instrumental para el estudio de la Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO), el cual a decir de Pando-Moreno (2021) se centra más en una relación entre las condiciones de trabajo presentes y la actitud del individuo, de forma que se entiende que los factores psicosociales en el ámbito ocupacional son capaces de desarrollar u obstaculizar la salud mental positiva de los trabajadores.

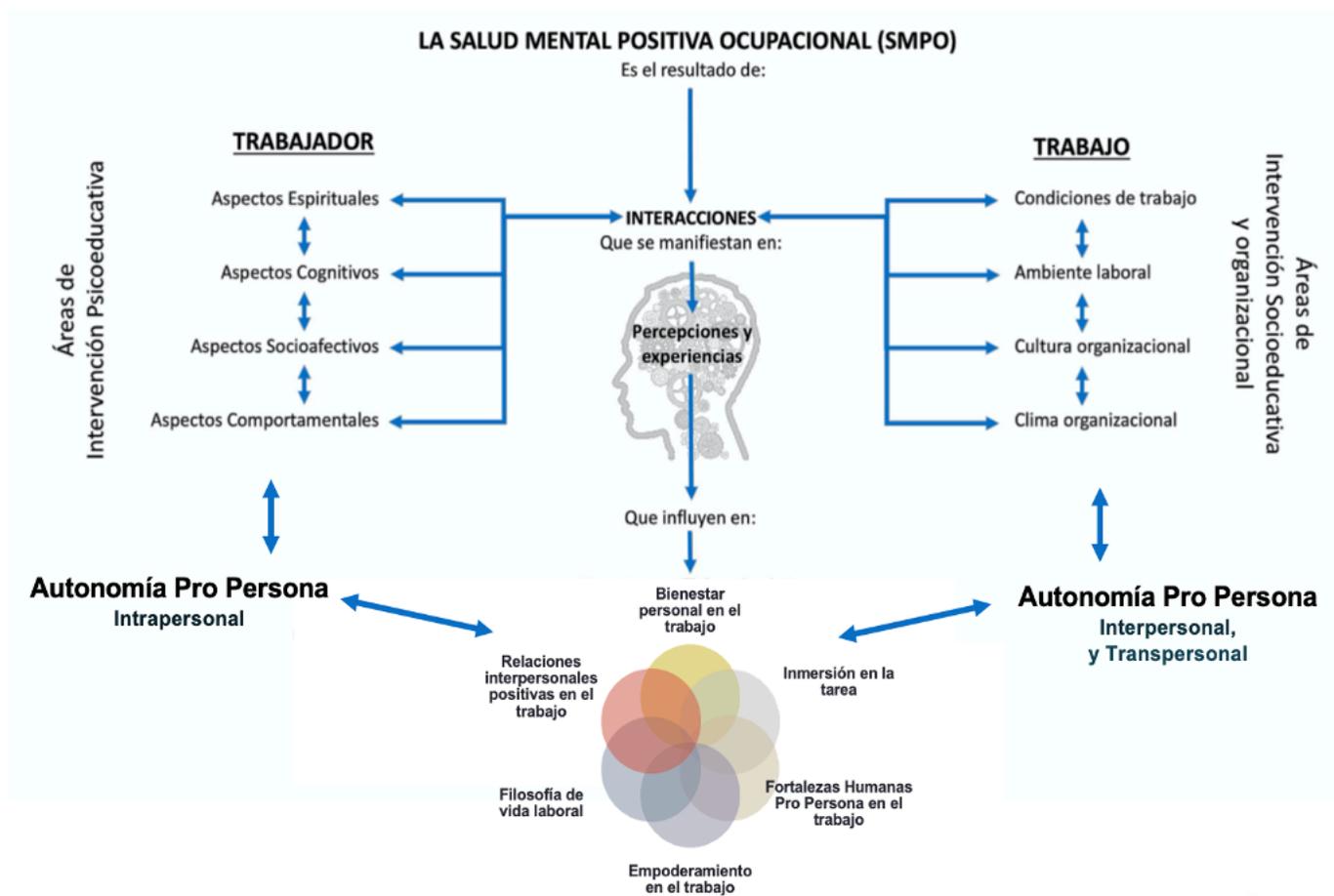
La salud mental positiva en el ámbito laboral y su marco teórico

La Salud Mental Positiva Ocupacional implica un abordaje eudaepidemiológico que va más allá de la mera salutogénesis, y que se centra en los aspectos humanos positivos y saludables, para generar salud, bienestar y felicidad (Vázquez-Colunga y Colunga-Rodríguez, 2021). Desde una perspectiva predominantemente sistémica-ecológica, planteado desde la psicología positiva, el humanismo y la salutogénesis (Vázquez-Colunga y cols.,

2021). Tiene sus antecedentes históricos y referentes epistémicos en diversos autores e instituciones como Cannon, 1932; Sigerist, 1941; Maslow, 1954, 1962; Jahoda, 1958; Csikszentmihalyi, 1975, 1990; Antonovsky, 1979, 1987, 1996; Organización Internacional del Trabajo, 1984; Peterson y Seligman, 2003; Pando, 2006; Seligman, 2011; Buttler y Kern, 2016 entre otros (citados en Vázquez-Colunga, 2017), quienes señalan de forma tácita así como expresa, que la salud no se mide con base en la ausencia de indicadores de enfermedad, sino a través de la presencia de indicadores positivos de salud, y es a partir de la generación e incremento de estos, que en primera instancia se debe gestionar, por lo cual se enfocan de manera expresa en la promoción de la salud.

La definición conceptual de la SMPO supone una postura transaccional del trabajador con el medio ambiente de trabajo. Es un fenómeno generado por un proceso dinámico y personal del trabajador, resultado de su interacción con las condiciones cotidianas de trabajo. Este proceso incluye, por una parte, los aspectos cognitivos, socioafectivos, comportamentales y espirituales del trabajador y, por otra, el trabajo, su medio ambiente y las condiciones en que trabaja. De esto se derivan percepciones y experiencias de realización, bienestar y trascendencia, las cuales influyen en el desarrollo integral de las capacidades y potencialidades humanas del trabajador y en la creación e incremento de indicadores positivos como el bienestar personal por el trabajo, las relaciones interpersonales positivas en el ámbito laboral, la inmersión en la tarea, el empoderamiento en el trabajo, la filosofía de vida laboral y el uso de fortalezas humanas pro persona en el trabajo como pueden ser el autoconocimiento, la creatividad, el sentido del humor, el altruismo laboral, entre otras (Vázquez-Colunga, 2017, 2019; Vázquez-Colunga y cols., 2021), ver Figura 1.

Figura 1. Esquema integrador de la SMPO



Fuente: adaptado de Vázquez-Colunga y cols. 2021

Un modelo multidimensional de abordaje auténticamente positivo

El modelo teórico-instrumental de SMPO aborda de una manera multidimensional y holística a la salud mental desde un enfoque auténticamente positivo, basado en cuatro dimensiones y seis componentes, a partir de las cuales se desarrolló el instrumento para su evaluación (SMPO-40); en cuanto a la dimensión Espiritual, esta se refiere a la cosmovisión y capacidad de la persona para comprender el sentido y el significado del trabajo que está desarrollando, así como los aspectos de su trabajo que le permiten te-

ner un sentido de trascendencia a través de su actividad laboral y su vocación; la dimensión Cognitiva hace alusión a la percepción de los estímulos del entorno laboral, así como al conjunto de informaciones y opiniones que la persona tiene sobre su trabajo y sus condiciones ambientales; por su parte la dimensión Socioemocional, es referida como el conjunto de emociones, sentimientos y actitudes ante los estímulos percibidos en el lugar de trabajo, a partir de los cuales la persona interactúa intrapersonal e interpersonalmente; por último, la dimensión Comportamental, se refiere a las tendencias e intenciones

conductuales frente a los estímulos percibidos en el trabajo.

En esta propuesta teórico-instrumental, se considera a la salud mental ocupacional como un constructo dinámico que se diferencia de la enfermedad mental, pero no antagónicamente, sino que las considera entidades coexistentes. Por ello, se considera que los instrumentos que tienen por objeto medir la auténtica salud mental, no deben incluir elementos negativos, ya que la existencia de los mismos, no garantiza la inexistencia de indicadores positivos.

Un enfoque auténticamente positivo es proactivo y surge de una conceptualización salutogénica, centrándose en la generación de círculos virtuosos y no en la supresión de círculos viciosos, se enfoca en la promoción de la salud mental, con el propósito de incrementar la calidad de vida y bienestar laboral, por lo que estos indicadores positivos deben aislarse de indicadores tradicionalmente considerados de salud mental en el trabajo, que buscan patologías, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo de origen laboral, que sin duda, influyen en la salud y en la producción, pero no aportan al enfoque positivo de la salud mental (Vázquez-Colunga, 2017).

Tampoco se deben considerar criterios de apego del trabajador hacia estándares productivos, normativos o institucionales vividos por este de manera acrítica y alienante. La SMPO contribuye al proceso productivo, pero de ninguna manera se centra en él, sino que se enfoca en el valor humano del trabajador, en sus potencialidades y en su búsqueda por la felicidad y el sentido de la vida a través de su actividad laboral.

El concepto de SMPO ofrece la posibilidad de generar indicadores para medirla en el ámbito laboral y gestionar programas de intervención con perspectiva auténticamente positiva, recono-

ciendo la coexistencia de salud y enfermedad como entidades distintas (Vázquez-Colunga y cols., 2017; Vázquez-Colunga, 2021). Por otra parte, permite identificar, en las condiciones de trabajo, factores salutogénicos transpolables a la normatividad para asegurar su vigilancia psicoepidemiológica. Permite educar, hacia un trabajo decente, centrándose en las condiciones que mejor garanticen la vida y la salud de los trabajadores enfocándose en la promoción y no sólo en la seguridad y prevención, que protege de factores negativos o que buscan el restablecimiento de la salud mermada por las condiciones de trabajo; una de las características que debe proveer un trabajo decente es el ofrecer las mejores condiciones que garanticen la vida y la seguridad del trabajador (OIT, 2019); lo cual requiere necesariamente incluir, además de intervenciones remediales y preventivas, actividades orientadas a la auténtica promoción de la salud (Vázquez-Colunga, 2021).

Cabe señalar que, desde su surgimiento y a la fecha, el modelo teórico-instrumental de SMPO ha presentado un desarrollo importante en términos cualitativos, particularmente en aspectos teóricos, y en términos cuantitativos, reflejados en la aplicación y validación del instrumento en distintas poblaciones de trabajadores, y en el rediseño de una versión abreviada del mismo al cual hemos denominado SMPO-30.

Instrumentos para la medición y evaluación de la salud mental positiva

Como ya lo hemos mencionado en otros trabajos (Vázquez-Colunga, 2017, 2019). Si bien existen varios instrumentos de medición con enfoque de aproximación a la salud mental positiva desde aspectos generales, -en algunos se siguen considerando incluso indicadores negativos-, estos abordan la salud mental en el ámbito general y por lo común, no incluyen el área ocupacional. Otro conjunto de instrumentos de-

sarrollados desde un enfoque positivo solo evalúan aspectos parciales de la salud mental, la mayoría de los cuales no están diseñados específicamente para el área ocupacional, siendo pocos los instrumentos diseñados para este ámbito, la mayoría de los cuales evalúan aspectos parciales de lo que consideramos como salud mental laboral desde un auténtico enfoque positivo.

Entre los más destacados para el ámbito general podemos señalar el Cuestionario de Salud Mental Positiva desarrollado por Lluich (1999) con base en la propuesta teórica de Jahoda (1958); el Continuo de Salud Mental - Forma Larga y el Continuo de Salud Mental - Forma Corta diseñados por Keyes (2002, 2008); la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo creada por Meriño y Privado (2015), así como sus diversas adaptaciones y validaciones para diferentes poblaciones; el cuestionario *Virtues in Action-Inventory of Strengths* de Peterson y Seligman (2003). Para el ámbito ocupacional podemos mencionar el Cuestionario de Satisfacción Laboral desarrollada por Meliá y Peiró (1989); la encuesta de Espiritualidad en el Trabajo de Ashmos y Duchon (2000), el Cuestionario de Bienestar Laboral General diseñado por Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes (2010), la Encuesta PERMA Workplace Profiler creada por Buttler y Kern (2016) con base en el modelo PERMA de Seligman (2011), así como la Escala de buen trato en el trabajo para docentes de educación secundaria diseñada por Carabez (2022).

Debemos reiterar que algunos de estos instrumentos de medición se basan en enfoques mixtos o incluso negativos de la salud mental, no pudiendo desvincularse de la negación de una condición como principal indicador de salud mental.

En Ecuador no existen publicaciones que evidencien la existencia de un instrumento de medida para la salud mental ocupacional desde lo que consideramos un enfoque auténticamente positivo,

por lo que nos propusimos validar y determinar las propiedades psicométricas del SMPO-30, el cual se aplicó en población trabajadora docente de educación superior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

La muestra estuvo conformada por 432 trabajadores ecuatorianos de educación superior, de instituciones públicas y privadas. Los participantes fueron seleccionados con base en los criterios de ser profesor en funciones, con actividad docente remunerada, un mínimo de un año de vida laboral, estar presente y estar de acuerdo en participar en el momento de la recolección de datos.

Instrumento

El instrumento multidimensional de Salud Mental Positiva Ocupacional en su versión abreviada (SMPO-30), es un instrumento multidimensional con formato autoadministrable, desarrollado para aplicarse a diferentes actividades ocupacionales (ver Anexos).

El SMPO-30 evalúa aspectos positivos de la salud mental en el trabajo, como la filosofía de vida laboral, el uso de fortalezas humanas pro persona en el trabajo, el empoderamiento laboral, la inmersión en la tarea, las relaciones interpersonales positivas en el lugar de trabajo, y el bienestar personal en el trabajo.

El instrumento consta de 30 ítems divididos en cuatro subescalas:

1) La dimensión Espiritual incluye 9 ítems (17, 6, 15, 18, 13, 10, 21, 27 y 16) que hacen referencia a la capacidad de comprender el sentido y significado del trabajo realizado, así como los aspectos del trabajo que le permiten a la persona alcanzar un sentido de trascendencia a través de su labor y vocación.

2) La dimensión Cognitiva, integrada por 7 ítems (28, 30, 29, 5, 8, 9 y 25), que incluye preguntas sobre la percepción de los estímulos presentes en el ambiente laboral, es decir, el conjunto de información, creencias y opiniones que tiene una persona sobre su trabajo y las condiciones ambientales en las que se desarrolla.

3) La dimensión Socioafectiva, conformada por 7 ítems (4, 3, 1, 11, 2, 14 y 26), definida como el conjunto de emociones, sentimientos y actitudes frente a los estímulos percibidos en el ambiente laboral, que le permiten a la persona interactuar intrapersonal e interpersonalmente.

4) La dimensión Comportamental, compuesta por 7 ítems (22, 12, 19, 20, 23, 7 y 24), aborda temas sobre las tendencias, disposiciones e intenciones conductuales frente a los estímulos percibidos en el ambiente de trabajo.

Todos los ítems tienen una opción de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van desde “absolutamente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. La puntuación de las dimensiones equivalen a la suma de los reactivos de cada una de ellas, así como la puntuación total del instrumento es la suma de las dimensiones.

Procedimiento

El instrumento abreviado SMPO-30 se aplicó a 432 participantes, los cuales respondieron la encuesta en formato impreso durante sesiones desarrolladas en su lugar de trabajo, tomando un promedio de 10 minutos para responder la encuesta. Los aplicadores fueron previamente entrenados para este fin.

Análisis de los datos

Desarrollamos una base de datos en el programa SPSS, versión 25.0, codificando los datos sociodemográficos y laborales de los participantes,

así como sus respuestas al SMPO-30. El análisis se dividió en las siguientes fases:

1) Se realizó un estudio de validez factorial de la encuesta mediante un análisis factorial exploratorio con el método de factorización de componentes centrales y rotación ortogonal Varimax. La prueba de adecuación de la muestra realizada fue la prueba de Kaiser-Mayer-Olkin y la de esfericidad de Barlett.

2) La confiabilidad de la encuesta se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para determinar la consistencia interna del instrumento.

Consideraciones éticas

El protocolo del estudio se sometió a un comité que analizó los aspectos éticos y metodológicos autorizando su realización. Este estudio, se adhiere a los tratados internacionales sobre investigación humana, así como a normativas locales. Adicionalmente, como aspectos éticos de esta investigación, consideramos la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato, el derecho a retirarse libremente en caso de no querer concluir con la participación, así como la posibilidad de los docentes a conocer sus resultados de manera individual y si así lo deseaban, anotaron su correo electrónico.

RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 55.8% (241) mujeres y 44.2% (191) hombres. El estado civil fue 65.7% (284) casado o con pareja; la edad media fue de 44.65 (DE=11.55) años. El nivel escolar fue del 18.2% (79) con formación a nivel pregrado y el 81.7% (353) con estudios de posgrado. En cuanto al sector de empleo, el 81.7% (353) trabajaba en el sector público y el 19% (82) en el sector privado, con una media de 15.3 años de trabajo docente.

Análisis factorial exploratorio

La prueba de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO = .921) y la de esfericidad de Barlett ($X^2 = 6507.45$; $gl = 435$; $p < .000$), indicaron que la intercorrelación de los ítems fue óptima para el desarrollo del análisis factorial. A través del análisis, se extrajo una estructura de cuatro factores, que explican el 54.12 % de la varianza total del instrumento (Tabla 1).

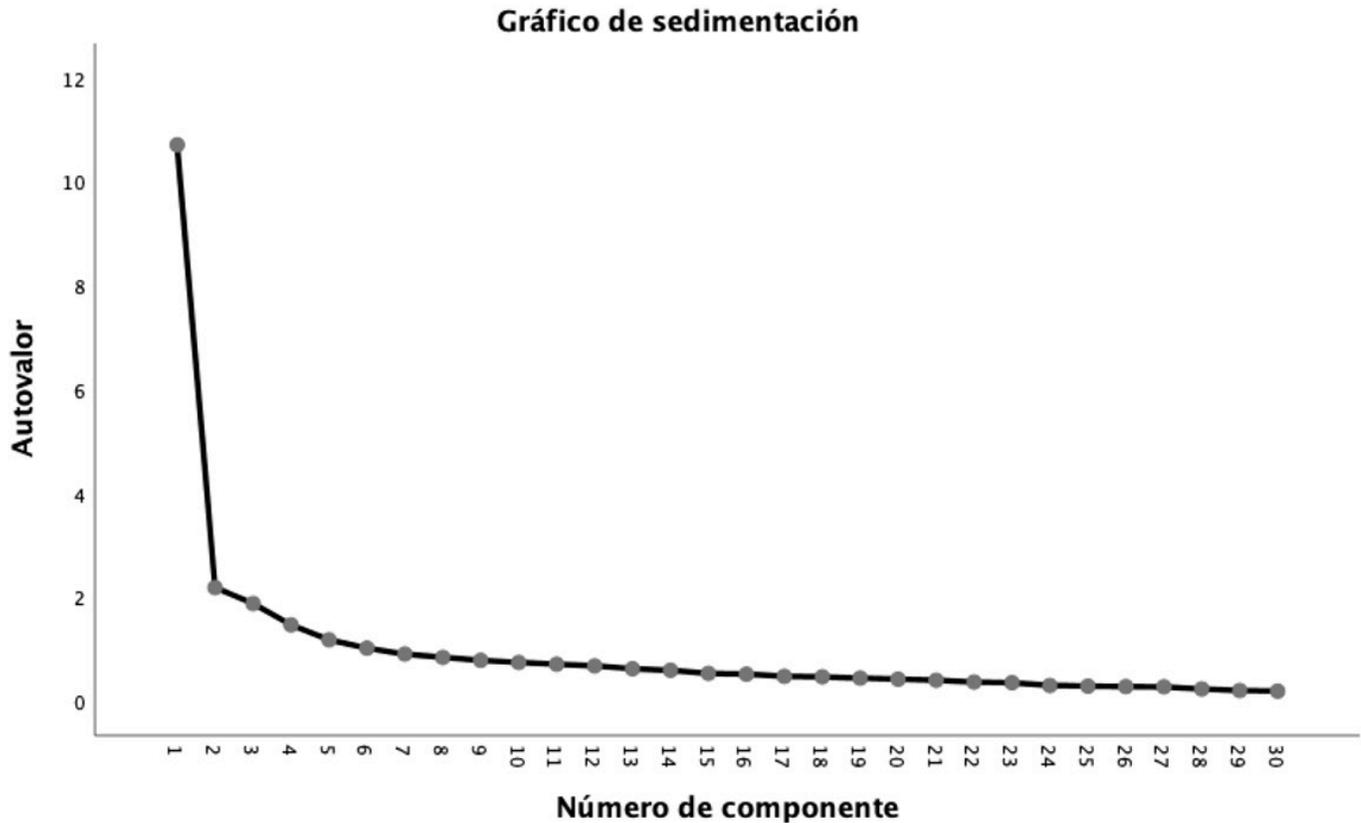
Tabla 1. Varianza total del SMPO-40

Varianza total explicada									
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	10.711	35.703	35.703	4.759	15.864	15.864	4.759	15.864	15.864
2	2.183	7.277	42.980	4.364	14.548	30.412	4.364	14.548	30.412
3	1.877	6.256	49.236	3.633	12.110	42.522	3.633	12.110	42.522
4	1.466	4.885	54.121	3.480	11.599	54.121	3.480	11.599	54.121
5	1.178	3.927	58.048						
6	1.016	3.386	61.434						
7	.902	3.008	64.442						
8	.839	2.798	67.240						
9	.782	2.606	69.846						
10	.742	2.474	72.320						
11	.708	2.359	74.679						
12	.676	2.254	76.933						
13	.621	2.069	79.002						
14	.589	1.964	80.966						
15	.530	1.767	82.733						
16	.516	1.721	84.454						
17	.474	1.582	86.035						
18	.464	1.546	87.581						
19	.439	1.463	89.045						
20	.419	1.397	90.441						
21	.400	1.332	91.774						
22	.365	1.216	92.990						
23	.350	1.168	94.158						
24	.299	.997	95.155						
25	.285	.952	96.106						
26	.277	.923	97.029						
27	.271	.904	97.933						
28	.230	.766	98.698						
29	.201	.671	99.369						
30	.189	.631	100.000						

Fuente: elaboración propia
N=432

En la figura 2 podemos observar el gráfico de sedimentación del instrumento SMPO-30, en el cual se muestran el número de factores y su valor correspondiente, ordenados de mayor a menor, así como el punto de inflexión para cuatro factores.

Figura 2. Sedimentación del SMPO-30.



Fuente: elaboración propia
N=432

Dado lo anterior, se procedió a aplicar la rotación Varimax a los ítems, presentando los resultados ordenados por el valor propio, los cuales se muestran en la Tabla 2. En el primer componente, denominado dimensión Espiritual, se incluyeron nueve ítems con valores de .801 a .486; en la segunda, denominada dimensión Cognitiva, se agruparon siete ítems con valores de .819 a .527; en la tercera, denominada dimensión Socioafectiva, se incluyeron siete ítems con valores de .712 a .458; en la cuarta, denominada dimensión Comportamental, se agruparon siete ítems con valores de .735 a .333

Tabla 2. Carga factorial del instrumento SMPO-30

Matriz de componente rotado^a				
Items	Componente			
	Espiritual	Cognitivo	Socioafectivo	Comportamen tal
17	.801			
6	.716			
15	.697			
18	.651			
13	.641			
10	.623			
21	.620			
27	.516			
16	.486			
28		.819		
30		.768		
29		.760		
5		.718		
8		.619		
9		.567		
25		.527		
4			.712	
3			.692	
1			.634	
11			.610	
2			.605	
14			.583	
26			.458	
22				.735
12				.704
19				.662
20				.621
23				.604
7				.490
24				.333

Notas: Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Fuente: elaboración propia

N=432

La confiabilidad por dimensión y para el instrumento abreviado de Salud Mental Positiva Ocupacional se presenta en la Tabla 3. Los resultados indican que las cuatro dimensiones y el instrumento SMPO-30 tienen un alfa de Cronbach aceptable, con un resultado de .927 para el instrumento completo, considerado como un indicador alto de consistencia interna.



Tabla 3. Confiabilidad del SMPO-30

Fiabilidad			
Factor	Items	Total de elementos	Alfa de Cronbach
Espiritual	17, 6, 15, 18, 13, 10, 21, 27, 16	9	.887
Cognitivo	28, 30, 29, 5, 8, 9, 25	7	.882
Socioafectivo	4, 3, 1, 11, 2, 14, 26	7	.802
Comportamental	22, 12, 19, 20, 23, 7, 24	7	.792
Total de la escala		30	.927

Fuente: elaboración propia

N=432

DISCUSIÓN

Considerando que existe una importante carencia en las investigaciones existentes sobre salud mental positiva ocupacional, el principal objetivo de esta investigación fue determinar las propiedades psicométricas del diseño de un instrumento de medida para la evaluación del constructo de SMPO. Los resultados obtenidos indican que este instrumento en su versión abreviada a 30 ítems, mantiene una estructura de cuatro dimensiones, acorde con el marco teórico tomado como base para el desarrollo de la encuesta, presentando altos valores de confiabilidad.

Aunque este no es el único instrumento desarrollado para la evaluación de salud mental desde un enfoque positivo, se puede decir que el SMPO-30 es el único instrumento de medida publicado enfocado a la salud mental ocupacional desde un auténtico enfoque positivo. En este sentido, mientras que la orientación de la salud mental en el trabajo, toma en cuenta los aspectos positivos del entorno laboral, otros instrumentos de medida, como el Cuestionario de Salud Mental Positiva, diseñado por Lluch (1999), el Mental Health Continuum-Short form, desarrollado por Keyes (2002, 2008), y la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo de Meriño, Privado y García (2015), representan propuestas que no son específicamente

diseñadas para el área ocupacional o que evalúan solo aspectos parciales, enfocándose principalmente en aspectos generales de la salud mental.

Asimismo, debemos mencionar el Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (1999) y el Mental Health Continuum-Long Form de Keyes (2002), con una mayor extensión y tiempo de aplicación, mientras que el SMPO-30 presenta una mayor confiabilidad en los valores obtenidos para el Coeficiente Alfa de Cronbach.

En cuanto a la dimensión Espiritual del SMPO-30, en el análisis factorial se incluyeron nueve ítems que se refieren a la cosmovisión que permite comprender la propia esencia, sentido de vida y vocación, la búsqueda personal de la felicidad y el significado y sentido de trascendencia que un individuo puede alcanzar a través del trabajo. Árias, Macías, Muñoz y Arpasi (2015) definen a la espiritualidad como algo distinto a la religiosidad, que implica una potencialidad humana que conduce a la felicidad, aumentando el compromiso y autoeficacia del individuo. En un sentido similar el instrumento diseñado por Ashmos y Duchon (2000) para evaluar la espiritualidad en el trabajo, mide este aspecto como algo distinto a la religiosidad, y considerando elementos como las condiciones de comunidad, significado del trabajo y vida interna, el cual además presenta una validez y confiabilidad aceptable.

Para las dimensiones Cognitiva y Comportamental, ambas con siete ítems, identificamos en otros instrumentos algunos indicadores relacionados, sin embargo no específicamente para el ámbito ocupacional, por ejemplo la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo de Meriño, Privado y Garcia (2015), que hace referencia a creencias, pensamientos y juicios de valor, así como a comportamientos o intenciones salutogénicas en el ámbito de la salud mental en general.

La dimensión Socioemocional también incluye siete ítems, con aspectos eudaimónicos basados en los elementos incluidos en Seligman (2011) bajo el modelo PERMA, no obstante el SMPO-30 incluye además aspectos hedónicos. Esta dimensión puede equipararse con algunos elementos de la Escala de buen trato en el trabajo para docentes de educación secundaria (Carabez, 2022) la cual evalúa aspectos sobre relaciones interpersonales, así como con la encuesta PERMA Workplace Profiler de Butler y Kern (2016), sobre emociones positivas, relaciones, significado y logro, aunque debemos señalar que de 23 ítems que componen dicho instrumento, solo 16 ítems se refieren a elementos que consideramos auténticamente positivos en el lugar de trabajo, mientras que cuatro ítems se enfocan en la ausencia de indicadores negativos y tres ítems siguen orientados a aspectos de la salud mental general.

Entre las fortalezas de esta investigación se encuentra que los participantes fueron docentes de educación superior, con una muestra mayor a lo establecido para la validación de instrumentos. Aunque la versión inicial de 40 ítems se aplicó en población de distintas ocupaciones, considerándolo como un instrumento de salud mental positiva para trabajadores en general, este estudio nos da referencia de lo que ocurre con profesores, sin embargo, sería importante realizar futuras investigaciones que incluyan comparaciones entre diferentes ocupaciones, que

permitan adaptar versiones específicas para diversas actividades laborales. Las principales limitaciones de esta investigación son que no se desarrolló una comparación entre esta encuesta y otros instrumentos de medición. Por otra parte, sería importante aplicar el instrumento a diferentes poblaciones culturales, para poder establecer puntuaciones para su calificación.

CONCLUSIONES

Según los hallazgos, el SMPO-30 es un aporte original que representa una alternativa a los instrumentos de medición existentes, generalmente basados en una postura negativa o mixta, acercando la posibilidad de intervenciones positivas que puedan aprovechar los aspectos positivos del trabajo y promover la salud mental positiva en el ámbito ocupacional, contribuyendo con esto a un trabajo decente mediante un abordaje de la salud ocupacional desde un enfoque eudaepidemiológico que permita además gestionar aspectos como pueden ser los factores psicosociales positivos y desarrollar el bienestar así como mayores niveles de salud y calidad de vida.

Además demostró ser un instrumento de medición válido y confiable para la evaluación de la salud mental ocupacional en docentes ecuatorianos, y que la versión original del SMPO-40, no disminuyó calidad en su versión abreviada para 30 ítems, teniendo el beneficio de menor tiempo de aplicación.

El análisis desarrollado para esta investigación nos permite concluir que el SMPO-30 tiene una validez de constructo aceptable. Entre las cualidades del instrumento se encuentran la alta confiabilidad y el corto tiempo de aplicación. El SMPO-30 evalúa, desde un enfoque positivo, la salud mental ocupacional, lo que puede brindar pautas para el desarrollo de estrategias de intervención orientadas a la auténtica promoción de la salud mental en el ambiente de trabajo.

REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of Health. How people manage Stress and Stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health promotion International*, 11, 11-18.
- Árias, W., Macías, M.A., Munoz, E., y Arpasi, M. (2015). Espiritualidad en el entorno laboral y su relación con la felicidad del trabajador. *Revista de Investigación Arequipa*, 4, 9-33.
- Ashmos, D. P., & Duchon, D. (2000). Spirituality at Work. A Conceptualization and Measure. *Journal of Management Inquiry*, 9, 134-145.
- Blanch, J.M., Sahagún, M.A., Cantera, L., y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26 (2), 157-170.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profilers: A Brief Multidimensional Measure of Flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6, 1-48.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: W W Norton & Co.
- Carabez, D. O. (2022). *Diseño y Validez de Contenido de una Escala de Buen Trato en el Trabajo en docentes de educación secundaria del Área Metropolitana de Guadalajara*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Guadalajara, México.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety*. Washington: Jossey-Bass Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Joint Commission on Mental Illness and Health.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in Setswana.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para la evaluación de la salud mental positiva*. Tesis doctoral no publicada, España: Universidad de Barcelona.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper & Row Publishers.
- Maslow, A. H. (1962). *Toward a Psychology of Being*. New York, NY: Harper & Row Publishers.
- Meliá, J.L., y Peiro, J.M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción 20/23. *Psicologemas*, 5, 59-74.
- Meriño, M. D., Privado, J., & Garcia, Z. (2015). Validación mexicana de la Escala de Funcionamiento Psicológico Positivo. *Perspectivas en torno al estudio del bienestar y su medida*. *Salud Mental*, 38, 109-115.
- Organización Internacional del Trabajo (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Reconocimiento y*

control. Ginebra: OIT-OMS.

Organización Internacional del Trabajo, (2019). Estado del Trabajo Decente en el Mundo . OIT. Consultado en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-madrid/documents/genericdocument/wcms_723294.pdf

Pando-Moreno, M., Castañeda, J., Gregoris, M., Aguilar, M., Ocampo, L., y Navarrete, R. (2006). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12, 523-259.

Pando-Moreno, M. (2012). Salud mental positiva. En M. Pando, C. Aranda, L. Parra y D. Ruiz (Eds.), *Eugenesia laboral. Salud mental positiva en el trabajo* (pp. 15-29). Cali: Universidad Libre Seccional Cali.

Pando-Moreno, M. (2016). Las fortalezas de la psicología positiva para la salud mental en el trabajo. En M. Pando, C. Aranda y J. C. Vázquez-Colunga, *Salud mental positiva en el trabajo* (pp. 83-116). México: Editorial PIENSO en Latinoamérica.

Peterson. C., & Seligman, M. E. P. (2003). Positive Clinical Psychology. In L. G. Aspinwall, & U. M. Staudinger (Eds.), *A Psychology of Human Strengths: Perspectives on an Emerging Field* (pp. 305-317). Washington DC: American Psychological Association.

Portero, G. (2012). ¿Qué es la salud mental? en: Velázquez, M. *La salud mental de las y los trabajadores* (pp. 101-128). Madrid: Wolters Kluwer.

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. New York, NY: Free Press.

Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. Beloit, KS: McGrath Publishing Company.

Vázquez-Colunga, J. C. (2016). Evaluación de la salud mental positiva en el trabajo. Reflexiones en torno a su conceptualización y medición. En M. Pando, C. Aranda y J. C. Vázquez-Colunga, *Salud mental positiva en el trabajo* (pp. 117-212). México: Editorial PIENSO en Latinoamérica.

Vázquez-Colunga, J. C. (2017). *Diseño, validez y fiabilidad de un instrumento para medir la Salud Mental Positiva Ocupacional*. Tesis doctoral, Doctorado Interinstitucional en Psicología. México: Universidad de Guadalajara.

Vázquez-Colunga, J. C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., y Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26, 584- 595. Brasil

Vázquez-Colunga, J.C. (2019). Análisis factorial de la escala SMPO-40 diseñada para medir la salud mental positiva ocupacional en trabajadores mexicanos. *Revista Internacional PIENSO*, 4 (2), 40-55.

Vázquez-Colunga, J.C., y Colunga-Rodríguez, C. (2021). La contribución de la eudaepidemiología a la SMPO. En J.C. Vázquez-Colunga, *Salud mental positiva ocupacional. Investigaciones actuales y consideraciones teórico-conceptuales* (pp. 51-55). México: Editorial PIENSO en Latinoamérica.

Vázquez-Colunga, J.C. (2021). *Salud mental positiva ocupacional. Investigaciones actuales y consideraciones teórico-conceptuales*. México: Editorial PIENSO en Latinoamérica.

Waltzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder.

ANEXOS

INSTRUMENTO MULTIDIMENSIONAL SMPO-30, VERSIÓN ABREVIADA

(Vázquez-Colunga, 2022)

Instrucciones: las siguientes frases contienen afirmaciones relacionadas con tu trabajo. A la derecha de cada afirmación hay un espacio para que le asignes marcando con una X, un valor de 1 a 5.

Uno (1) = “absolutamente en desacuerdo”. Dos (2) = “en desacuerdo”. Tres (3)= “indeciso”.

Cuatro (4)= “de acuerdo”. Cinco (5) =“totalmente de acuerdo”.

Afirmación	1	2	3	4	5
1. Nunca dejo que un mal día de trabajo afecte mi vida personal					
2. En mi trabajo, puedo enfrentar situaciones difíciles permaneciendo en calma					
3. Cuando realizo mi trabajo estoy plenamente concentrado					
4. Tengo la capacidad de adaptarme bien a los cambios en mi entorno laboral					
5. Mi trabajo es importante porque contribuye al bienestar de los demás					
6. Mi trabajo contribuye a darle sentido a mi vida					
7. Con mi ejemplo como trabajador, influyo positivamente en mis compañeros					
8. Hacer bien mi trabajo me satisface					
9. Confío en mis capacidades como trabajador					
10. El trabajo que realizo me hace sentir orgulloso					
11. Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas que se presentan en mi trabajo					
12. Me llevo bien con mis compañeros de trabajo					
13. Mi trabajo está relacionado con las cosas importantes de la vida					
14. Soy capaz de mantener el equilibrio en mi desempeño laboral ante presiones exteriores					
15. A través de mi trabajo he crecido como persona					
16. Me gusta pensar en nuevas formas de hacer mi trabajo					
17. Mi trabajo me ayuda a sentirme realizado como persona					
18. Me entusiasma realizar mis labores cotidianas					
19. Me considero una persona sociable en mi trabajo					
20. Cuando tengo preocupaciones laborales las hago saber a quien puede ayudarme					
21. Me apasiona realizar mi trabajo					
22. Cuando tengo problemas en el trabajo busco la ayuda de mis compañeros					
23. Realmente disfruto ser parte de un equipo de trabajo					
24. Por lo general trato de poner algo de humor en la realización de mis labores					
25. Por lo general trato de desarrollar mis habilidades laborales					
26. La mayor parte del tiempo me siento alegre en mi trabajo					
27. El trabajo es una fuente importante de bienestar personal					
28. Pienso que soy un trabajador digno de confianza					
29. El trabajo es algo que se debe disfrutar					
30. Es importante resolver los conflictos laborales de una manera positiva					

Perspectivas compartidas en el manejo de la hepatitis ocupacional a nivel mundial

Jaime Alejandro Vargas Córdoba

Resumen

Introducción: La hepatitis infecciosa, es una patología de distribución mundial, con cifras de prevalencia e incidencia cada vez más crecientes, muchos de estos casos se presentan asociados a la actividad laboral a pesar de ser una enfermedad inmunoprevenible, por lo que es necesario conocer los abordajes y las perspectivas de las autoridades sanitarias en diferentes partes del mundo para la prevención y el control de esta enfermedad a nivel ocupacional, y así enfrentar el desafío que plantea esta problemática en la población trabajadora. Con este trabajo se pretende realizar revisión de la literatura sobre el abordaje de la Hepatitis Ocupacional en diferentes regiones del mundo, con el fin de establecer las perspectivas y tendencias más prevalentes en la actualidad. **Métodos:** Se realizó una revisión documental con enfoque heurístico basada en la búsqueda y selección

de publicaciones presentes en bases de datos en línea, apoyado en el uso de palabras clave y operadores booleanos. Se consultó la base de datos, de la US National Library of Medicine (MEDLINE), a través de su motor de búsqueda PubMed, también Google académico Y SCOPUS. **Conclusiones:** La Hepatitis Ocupacional es una entidad cuyo comportamiento epidemiológico depende principalmente de factores socioeconómicos y culturales propios de cada región del mundo, en países industrializados apuestan por la rigurosidad en la aplicación de protocolos existentes, mientras en países en vía de desarrollo se han desarrollado metodologías innovadoras que incluyen a trabajadores informales.

Palabras clave: Medicina del trabajo-Hepatitis viral humana- Calidad de la atención de salud.

Abstract

Introduction: Infectious Hepatitis is a pathology with worldwide distribution, with increasing prevalence and incidence figures, many of these cases are associated with work activity despite being an immunopreventable disease, so it is necessary to know the approaches and perspectives of health authorities in different parts of the world for the prevention and control of this disease at the occupational level, and thus face the challenge posed by this problem in the working population. This work aims to carry out a review of the literature on the approach to Occupational Hepatitis in different regions of the world, to establish the most prevalent perspectives and trends today. **Methods:** A documentary review was carried out with a heuristic approach based on the search and selection of publications present in online databases, support-

ted using keywords and Boolean operators. The database of the US National Library of Medicine (MEDLINE) was consulted through its PubMed search engine, as well as academic Google and SCOPUS. **Conclusions:** Occupational Hepatitis is an entity whose epidemiological behaviour depends mainly on socioeconomic and cultural factors specific to each region of the world. In industrialized countries they are committed to rigorous application of existing protocols, while in developing countries innovative methodologies have been developed that include informal workers.

Keywords: Occupational Medicine-Human viral hepatitis- Quality of health care.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se conocen cinco tipos de virus: A, B, C, D, E. El protocolo para la atención de eventos por Riesgo Biológico del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia indica que actualmente 325 millones de personas en el mundo padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC), que son los tipos más asociados a cirrosis y carcinoma hepatocelular. Actualmente se encuentra disponible la inmunización para VHA-VHB y la meta de los estados asociados a la OMS es reducir en un 90% los casos nuevos y la mortalidad asociada en un 65% entre 2016-2030. Durante los últimos años, se ha conocido la relación entre estas patologías y las actividades laborales, principalmente en trabajadores de la salud. En el mismo protocolo se indica que en trabajadores sanitarios con exposición percutánea a sangre contaminada por el VHB, el riesgo de transmisión es al menos del 30% si el paciente fuente es Ag HBs positivo con Ag HBe positivo y menor del 6% si el Ag HBe es negativo. La incidencia media de seroconversión después de una exposición percutánea con una fuente positiva al VHC es del 1,8%. El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) estimó que para 2014 se reportaron 385.000 pinchazos en personal de salud, un promedio de 1.000 heridas por día, a pesar de lo anterior las encuestas de personal de salud indican que más del 50% no reportan sus lesiones percutáneas ocupacionales.

A pesar de las vacunas de alta efectividad existente, principalmente enfocada al VHB, las tasas de incidencia y prevalencia en el mundo continúan siendo elevadas, involucrando también a la población trabajadora, por lo que se plantea un interrogante acerca de las causas que originan este fenómeno.

Con este trabajo se pretende realizar a partir de la descripción de aspectos clínicos de las diferentes variantes de la Hepatitis infecciosa, una contextualización de los abordajes de la Hepatitis Ocupacional en diferentes regiones del mundo, estableciendo cuales son las perspectivas más populares en la actualidad, brindando al personal sanitario en las empresas, elementos que les permita realizar un manejo de esta patología acorde con las últimas tendencias a nivel global.

Métodos

La presente es una revisión documental, con enfoque heurístico, cualitativa, que se basó en la búsqueda y selección de material en bases de datos en línea, apoyado en el uso de las palabras clave mencionadas en el apartado anterior y operadores booleanos. Se consultaron las bases de datos, de la US National Library of Medicine, MEDLINE, a través de su motor de búsqueda PubMed, también Google académico y SCOPUS durante un periodo de 1 año. Se organizó la revisión en los siguientes capítulos: Introducción-Aspectos Clínicos de la Hepatitis Infecciosa y perspectivas en el abordaje de esta patología a nivel ocupacional en diferentes regiones del mundo, obteniéndose una muestra de 85 artículos, como factores de inclusión se determinaron: fecha de publicación posterior a 2015, (se exceptuaron documentos publicados por entidades oficiales que son referencia a nivel nacional e internacional), escritos en idiomas inglés y español, con alusión directa a aspectos ocupacionales de la Hepatitis, se incluyeron metanálisis, artículos de revisión y estudios de ensayo clínico. Se excluyeron documentos que hacen referencia a población no trabajadora como niños y mujeres gestantes, material no indexado como tesis y publicaciones en medios no científicos o académicos, no se incluyeron referencias que mencionan tratamientos y/o intervenciones en experimentación o que no cuenten con aval por parte

de autoridades sanitarias. Se tomó esta metodología de búsqueda basada en los trabajos de Ana Pereira y colaboradores sobre la situación de la Hepatitis B en Chile, obteniéndose al final las 32 referencias con las cuales se desarrolló el presente artículo.

Aspectos clínicos de la Hepatitis infecciosa

Se reconocen cinco tipos de virus: A, B, C, D, E. En cuanto a la Hepatitis A (VHA), es de predominio agudo, asociado a pobres condiciones higiénico-sanitarias, se cronifica en pacientes con inmunosupresión en donde la aplicación de una dosis adicional de vacuna, sumada las dos ya existentes pueden mejorar el comportamiento serológico, siendo la variable de mejor pronóstico clínico. (Kuan et al.,2017)

La Hepatitis B (VHB) mostró prevalencias en el Golfo Pérsico cercanas al 20%, la combinación de factores genéticos del virus y del huésped determinan el riesgo de complicaciones, los marcadores serológicos permiten medir de manera precisa el comportamiento y pronóstico de la infección, siendo la vacunación la medida que ha permitido disminuir drásticamente la prevalencia de esta patología. (Duaa et al., 2019). VHB puede ser agudo o crónico, los factores de riesgo para cirrosis son: sexo masculino, edad avanzada, coexistencia con otros tipos de Hepatitis o VIH. (Manne et al., 2019). La Hepatitis C (VHC), es la principal causa de cáncer hepático en los EU, los factores de riesgo para desarrollar cronicidad son los siguientes: tiempo de exposición al virus, la raza afroamericana, y la coexistencia con VIH. La presencia de ictericia en el cuadro clínico se considera un factor protector ya que evidencia un sistema inmune más reactivo que mitiga los efectos del virus, aunque esto no es frecuente ya que la mayoría de los casos suelen ser asintomáticos al comienzo (Jafri & Gordon 2018). VHC inicia con una fase aguda que puede resolver en el 15-25% de los sujetos llegando al 40% en quienes presentaron ictericia, así mismo

entre el 55-85% de los pacientes presentan ARN viral por más de 6 meses considerándose una infección crónica, llevando al 30% de los casos a presentar cirrosis. (Lingala & Ghany 2015). Publicaciones cubanas enseñan técnicas de muestreo para la detección de fibrosis evidenciando casos donde el proceso es lento (20-30 años de diagnóstico) y en otros más rápido (menos de 10 años), siendo la Escuela Cubana de Laparoscopia una de las pioneras en Latinoamérica en este tipo de diagnóstico. (Velbes & Nodarse 2018). La Hepatitis D (VHD), evidencia alta tasa de coinfección con el virus de la Hepatitis B esto dado por la presencia de regiones genómicas pre S1 que facilitan esta interacción. (Watashi & Wakita 2015). El virus de la Hepatitis E (VHE), es relativamente desconocido, aunque en estudios recientes de ha evidenciado su capacidad para producir alteraciones extrahepáticas principalmente a nivel neurológico y cardiopulmonar. (Rawla et al.,2020)

Hepatitis infecciosa y cáncer: Una de las complicaciones más estudiadas es el hepatocarcinoma. Según las monografías de la International Agency Research of Cancer (IARC) VHB influyó para elevar el riesgo de esta complicación en quince estudios de cohorte y una docena de casos y controles en los que se encontró que el 86.5% de los pacientes con esta neoplasia presentan positividad para antígeno del VHB, con un RR de 5.3-148, por lo anterior es considerado como cancerígeno para los seres humanos grupo I al igual que VHC. En las mismas monografías se describe sobre el VHC que la interacción del genoma vírico el ADN de los hepatocitos produce cambios en las cascadas de señales intracelulares que regulan la división celular. Explican también que VHD debe coexistir con VHB para ser infectante sin embargo su virulencia no depende tanto de la dosis de partículas víricas presentes como si del genotipo y de la cronicidad, estas partículas incrementan los niveles de alanino transferasa en sangre mostrando activi-

dad de la enfermedad, en este punto junto a VHB aumentan riesgo de carcinogenicidad. Estudios en Arabia Saudita compararon características de VHB y VHC evidenciando los hallazgos que resume la tabla 1.

CARACTERISTICA	VHB	VHC
Prevalencia de hepatocarcinoma en general	++	+++
Prevalencia de hepatocarcinoma sin cirrosis	+++	++
Severidad	++	+++ (por menores niveles de albúmina)
Porcentaje de pacientes candidatos a tratamiento curativo	29%	33%
Edad de diagnóstico	Temprana (frecuente transmisión vertical)	Tardía (frecuente transmisión horizontal)
Relación con diabetes y cirrosis	++	+++ (por deficiencia de alfa feto proteína)

TABLA 1. Diferencias en la carcinogenicidad de VHB-VHC según estudios realizados en Arabia Saudita. (Abdulrahman et al., 2018)

VHC muestra mayor severidad a pesar de que su prevalencia en muchas poblaciones es igual o menor que la de VHB. Sin embargo, estos estudios tienen limitaciones debido a la alta prevalencia de obesidad y diabetes en las poblaciones estudiadas que también podrían estar implicados en la generación de las complicaciones hepáticas ya descritas. Otros trabajos realizan una descripción sobre el cambio epidemiológico del hepatocarcinoma relacionado con el VHC, indicando que con el advenimiento de las terapias antirretrovirales se ha logrado disminuir la frecuencia de esta complicación en pacientes infectados, sin embargo de manera paradójica los casos de cáncer no han disminuido en aquellos que también desarrollaron hígado graso o cirrosis, posterior al respectivo tratamiento far-

macológico, lo que plantea nuevos retos en el sentido de estrechar la vigilancia incluso después de recibir tratamiento antirretroviral. (Meringer et al., 2019). En cuanto a la seroprevalencia en población trabajadora un metanálisis, que analizó publicaciones entre 2000-2022, estimó que la misma a nivel mundial se ubica alrededor del 38%, con diferencias entre países según su nivel de ingresos entre el 29 y el 42%, evidenciando el nivel socioeconómico como factor determinante en el comportamiento epidemiológico de la Hepatitis Ocupacional a nivel global. (Tolera et al, 2023)



Perspectivas en el abordaje de la Hepatitis Ocupacional a nivel global

La vacunación es la principal actividad preventiva en cualquier comunidad, sin embargo, las tasas de cobertura son muy disímiles en diferentes partes del mundo. Mientras las tasas más bajas de aceptación de la vacuna contra la Hepatitis B se registraron en países como Uganda (5%), Georgia (12%), Kenia (13%), Egipto (16%), y Nigeria (18%), las más altas se presentan en países desarrollados donde la cobertura puede llegar al 75%. (Kisic et al., 2015)

Con miras a aclarar esta disparidad de resultados en las diferentes regiones del mundo, se realizará una descripción de las perspectivas en el abordaje más relevantes a nivel mundial en el tema de la Hepatitis Ocupacional.

África: ¿Es un continente tradicionalmente conocido por las precarias condiciones de su infraestructura básica en salud y educación, como ha sido su experiencia con la Hepatitis Ocupacional? ¿El comportamiento es homogéneo en todo el continente o por el contrario se evidencian diferencias entre los países que la componen? Malawi presenta los deciles más altos del continente africano en cuanto a morbilidad derivada del carcinoma hepatocelular y la cirrosis secundaria a infección viral. En África subsahariana se reporta que la mayoría de los casos se presentan en personas jóvenes, entre el 50-64% de los casos de hepatocarcinoma y cirrosis hepática son atribuidos a la Hepatitis infecciosa registrando en estos pacientes tasas de mortalidad cercanas al 4% en 2016, este es un país con seroprevalencia cercana al 8%, muy por encima de la media mundial. (Stockdale et al., 2018). Otros países con prevalencia elevada son Mauritania, Argelia, Egipto y Sudán, en contraste con Marruecos, Túnez y Libia cuyo indicador está apenas en el 2.7%, sin evidenciarse una razón estadísticamente comprobable

sobre la razón de esta disparidad de prevalencias, se estima que podría estar asociado al mayor consumo de drogas intravenosas en algunos países del norte, debido a que por allí se transporta la mayoría de los estupefacientes que llegan a Europa, también podría estar asociado a los sistemas políticos predominantes en algunos de estos países donde los gobiernos restringen el uso de elementos cortopunzantes tales como jeringas, con el fin de mantener el orden público. (Daw et al., 2018)

El Consejo Nacional de Enfermería realizó un plan piloto en algunos países de este continente a partir del año 2000 con el fin de evitar nuevos casos de enfermedades infectocontagiosas de componente ocupacional, tomaron como referencia datos del Center for Disease Control and Prevention (CDC) de 1998 estipulando que el 90% de las infecciones secundarias a accidente biológico eran ocasionadas con agujas huecas que perforaban la piel, dentro del mismo trabajo se realizó una encuesta a personal de salud en Egipto en 2001 donde el reencapuchado con las dos manos fue considerado como la principal causa de accidentes biológicos con tasas cercanas el 57%, dentro de la jerarquía de controles se estableció la eliminación o sustitución de elementos cortopunzantes. Esto abre el campo al desarrollo de nuevas técnicas que permitan una práctica de procedimientos más seguros tales como inyectores a chorro, aplicaciones intravenosas sin agujas, también se reveló que la vacunación sigue siendo uno de los pilares fundamentales en la prevención pasando de 17000 casos de Hepatitis B en 1983 a solo 800 en 1995 en esta región del mundo, sin embargo se calcula que más de la mitad de los profesionales de la salud aún no están vacunados contra Hepatitis B y que entre el 40-70% de los accidentes no son reportados lo que contribuye con el subregistro. (OMS 2020). Al respecto, otros autores a través de metanálisis han descrito el comportamiento de la vacuna-

ción en personal sanitario en el continente, encontrando, en publicaciones entre 2010-2017 que la cobertura es de apenas el 24%, coincidiendo que las mejores tasas se dan en la región norte llegando al 62.1%, y la mas baja en la región central con 13.4%, dentro del grupo mas beneficiado con la inmunización se encuentran los médicos, los hombres y los trabajadores con mas de 10 años de experiencia, la principal causa que se evidenció para las baja cobertura es la falta de acceso al biológico en un 50.5%, sobrecarga laboral que no permite tiempos libres para el autocuidado 37.5%, y el costo de las dosis en un 18.4%, evidenciando enormes brechas poblacionales asociadas con factores socioeconómicos y culturales (Auta et al. 2018). En Etiopía se realizó un ejercicio similar en donde la cobertura de la vacunación fue de apenas el 20.04% en esta oportunidad el grupo poblacional con mayor prevalencia de inmunización fueron los hombres, con alto nivel de formación y que tengan antecedentes de accidentes de trabajo (Awoke et al. 2020), siendo consistente con otros estudios en donde las experiencias previas de eventos traumáticos incentivan de manera efectiva la búsqueda activa del biológico.

Medio Oriente: ¿Los ingresos provenientes del petróleo generan diferencias en el desempeño de los países con respecto a la Hepatitis Ocupacional? Al respecto cabe anotar que la estimación regional de la cobertura de vacunación contra la Hepatitis B en los trabajadores de la salud a principios de la década de 2000 variaba entre 18% al 77%, contrastando con los indicadores de los últimos 10 años, donde fue del 84% en Irán, 74% en Pakistán, 63.3% en Arabia Saudita, 78.1% en Libia, y 72% en Turquía, evidenciando una mejoría importante en este indicador. Parece que hay varios factores que pueden cambiar el patrón de prevalencia de

HBsAg en diferentes regiones, como la educación y los ingresos. En el medio oriente se puede apreciar de manera más clara las diferencias entre los países de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, lo que facilita mayor acceso a los servicios de salud, tal es el caso de Sudán donde solo un tercio de los trabajadores de la salud cuenta con esquema completo para VHB, mientras que en otros países de la región con ingresos provenientes del petróleo registran unos indicadores muy superiores. (Alavian et al.,2019)

Corea del Sur: ¿Siendo este un país industrializado, es diferente su experiencia con la Hepatitis Ocupacional con respecto a países en vías de desarrollo? El registro de enfermedades infecciosas reconocidas como relacionadas con el trabajo por la Ley de seguro de compensación de accidentes industriales (ICAI, por sus siglas en inglés) de 2006 a 2011, asoció 1062 casos de Hepatitis a empleados de instituciones médicas, representando el 5.2% de los eventos. (Kim et al.,2018) solo 1 caso fue confirmado para VHC, por lo que se sospecha subregistro. Se describen comportamientos de los trabajadores donde se evidencia insensibilidad ante el riesgo debido a la repetitividad de eventos que perciben a menudo. En 2015 el grupo más comprometido fue el personal de aseo con un 19% de los eventos, superando a las enfermeras y a los médicos, esto es explicado por el bajo nivel de conocimiento en medidas de asepsia y residuos hospitalarios, llegando apenas al 14% el indicador de personal considerado como adecuadamente capacitado, muy por debajo de las enfermeras 60% y los médicos 80%, otra barrera es la contratación de tiempo parcial, sin vinculación directa lo que afecta el compromiso con la capacitación, sumado a que en los meses de marzo y abril se celebra el año Nuevo en Corea, época donde se realizan las contrataciones de personal, la mayoría sin formación en riesgos biológicos. Interfieren también secuelas psicológicas en la actitud del trabajador

frente a las medidas de seguridad en los lugares de trabajo, ya que las pruebas confirmatorias pueden durar meses, periodo en el cual reina incertidumbre sobre los resultados, generando crisis de ansiedad y depresión. (Lee et al., 2017)

Europa: ¿Cómo influye la disciplina europea en los comportamientos de los individuos hacia la Hepatitis en su lugar de trabajo? Se ha intentado esclarecer la razón por la cual los trabajadores de la salud no cumplen de manera adecuada con el esquema de vacunación contra Hepatitis B, un estudio realizado en centros médicos de Serbia, evidenció una fuerte influencia de factores socioculturales. En aquellos casos donde los jefes inmediatos y las empresas han presionado la toma de decisiones, los resultados han sido mejores, otros factores importantes son el nivel educativo; entre los médicos la aceptación de la inmunización fue mayor que la de los trabajadores administrativos, tal vez por poseer mayor conocimiento del riesgo que se está evitando. Otro aspecto llamativo es la relación inversa entre experiencia laboral y el grado de inmunización, aquellos profesionales más jóvenes tuvieron mejores resultados en cuanto a cobertura de vacunación, esto debido a la formación recibida en el pregrado, donde a través de los años se ha hecho mayor énfasis en la promoción y prevención de la salud. El mecanismo más frecuente de accidente por riesgo biológico es el pinchazo con aguja con un 70% de casos, sin embargo, solo entre el 10-30% son efectivamente reportados a las autoridades correspondientes. En cuanto al contacto con sangre sin protección se reporta que incrementa hasta en 6 veces el deseo de vacunación, lo que puede demostrar que a mayor número de accidentes presentados ya sea con o sin reporte sumado al afán e interés, genera en el trabajador la búsqueda activa de la vacuna. Se demuestra también que el grado de aceptación de la

vacuna incrementa hasta en un 10% por cada grado de capacitación que se alcanza en cuanto al riesgo de contraer Hepatitis B, lo que permite concluir que la educación es un factor crucial en la lucha por disminuir la incidencia y prevalencia en el personal sanitario, queda como propuesta sujeta a discusión obligar al trabajador a la vacunación para obtener empleo. (Kisic 2017).

La Unión Europea, publicó en 2016 un plan maestro para el manejo de la Hepatitis infecciosa, alineado con el programa de salud y desarrollo sostenible 2020-2030, el objetivo de dicho plan es la eliminación de la Hepatitis infecciosa como amenaza para la región en 2030, estableciendo compromisos para los estados miembros

(impulsados por el deseo de revertir las cifras que se presentaron en 2016 con 171000 muertes anuales por complicaciones relacionadas con la Hepatitis infecciosa, 13 millones de portadores de VHB y 15 millones de VHC) de mejorar controles en la donación de sangre, la desinfección y esterilización de equipos, y la práctica segura de la inyectología, estandarizando protocolos en toda la región sobre estas prácticas. (OMS 2017)

Se observan cifras de contagio iatrogénico relativamente altos, cerca de un 22% de los casos reportados corresponden a esta modalidad de transmisión, Italia y Rumania son los países que se han mostrado más activos en el reporte de los eventos. La región ha venido estandarizando protocolos de bioseguridad, sin embargo, el nivel de reporte no es igual en todos los países, además la población migrante tiende a producir un mayor número de casos que afecta más a unos estados sobre otros. Reportes muestran vacunación específica para pacientes de hemodiálisis en el 70% de los países, siendo un buen punto de partida que tendrá que fortalecerse en el futuro. (Tavochi et al., 2019). Con lo anterior se evidencia la importancia que tienen tanto la capacitación del

personal como la cobertura en vacunación a la población en riesgo.

Estados Unidos: ¿En un país con población migrante proveniente de todo el mundo, como unificar las actitudes frente a los protocolos de bioseguridad con esta divergencia de culturas? En 2015, se reportó en Texas una enfermera que reutilizaba jeringas considerando que se trataba de una conducta segura, mencionando que ahorra costos, la institución donde ocurrieron los hechos ofreció de manera gratuita pruebas a los pacientes atendidos por esta enfermera, 262 muestras fueron tomadas de las cuales 2 fueron positivas para VHB y otras 2 para VHC (Arnold et al., 2017). Este es un ejemplo de los efectos que puede traer una capacitación deficiente en el personal de salud, sumado a factores socioculturales y de creencias populares que no son acordes a los protocolos establecidos por la comunidad científica.

Durante varias décadas investigadores han trabajado en modelos de atención que permitan prevenir y tratar de manera efectiva el VHB-VHC, experiencias con proveedores de cuidado primario han mostrado que el enfoque debe ser multimodal combinando educación, estimulación, coacción y restricción para convencer al personal de salud y a los pacientes sobre la necesidad de implementar las acciones preventivas y correctivas con el fin de mitigar el efecto de la Hepatitis Infecciosa en la comunidad. Esto se evidenció en un experimento con veteranos de la generación Baby Boomers en diferentes condados del país, donde resultó novedosa la implementación de recordatorios clínicos para reforzar la adquisición de nuevas pautas de autocuidado en los individuos que participaron en la experiencia. (Yakovchenko et al., 2019)

América Latina: ¿Cuáles han sido los aportes realizados por nuestro continente en el manejo de la Hepatitis Ocupacional? ¿Existe conciencia en nuestros países sobre el carácter inmunoprevenible de esta enfermedad? Un trabajo realizado en Latacunga, Ecuador en 2016 con odontólogos analizó las variables que interfieren en la aplicación de los protocolos de bioseguridad, evidenciando una buena correlación entre el nivel educativo y el grado de cumplimiento de dichas prácticas, así mismo a mayor antigüedad en la profesión mayor conocimiento y práctica de estas medidas, sin embargo los profesionales catalogados con nivel de conocimiento alto alcanzaron apenas un 67% que se considera insuficiente si se compara con otras muestras tomadas en otras partes del continente. (Álvarez & Juna 2017).

La secretaría de salud de México publicó en 2020 el informe anual de vigilancia epidemiológica de las Hepatitis infecciosas, allí se indica que los reportes son recolectados semanalmente, en cuanto a las metodologías utilizadas para realizar dicha vigilancia destaca en el caso de la Hepatitis B la realización de encuestas, requisito no exigido para los demás subtipos, y la vigilancia de brotes, actividad que se desarrolla en conjunto únicamente con la Hepatitis A. En la época comprendida entre 2010-2020 se reportaron 7746 casos en el país mostrando una reducción importante con respecto a décadas pasadas, siendo los estados con mayor número de reportes: Quintana Roo, Chihuahua y Tamaulipas. Por su parte el grupo de edad más comprometido fue el comprendido entre 25-44 años coincidiendo con la población económicamente activa, lo que refuerza la hipótesis de que la Hepatitis B tiene un mayor componente ocupacional que los demás subtipos. En contraste se registraron 2108 casos anuales de Hepatitis C en el mismo periodo de tiempo, concentrándose la mayoría de estos reportes en los estados de Baja California, Chihuahua y Colima, con una tasa de incidencia superior a la media

en el rango de 45-49 años, es decir una población ligeramente más veterana que la afectada por la Hepatitis B.

En cuanto al esquema de vacunación el ministerio de salud de Argentina publicó un protocolo en donde se describieron como las infecciones ocupacionales más prevalentes en el personal de salud la Hepatitis B, C y VIH, de los anteriores la Hepatitis B es el que mayor preocupación causa ya que el virus puede sobrevivir hasta 1 semana fuera del organismo lo que le confiere mayor poder transmisor, llegando a tener tasas de infección de hasta el 30% posterior a punciones percutáneas, la actual vacuna tiene tasas de efectividad entre el 95-99%, indicándose tres dosis con el esquema (0-1-6 meses), debiéndose realizar titulación de anticuerpos uno o dos meses posteriores a la finalización de la vacunación. Cuando un trabajador sufre accidente biológico y no se encuentre adecuadamente vacunado, se requerirá la aplicación profiláctica de gammaglobulina específica a dosis de 0.06 ml/kg, y posteriormente iniciar esquema de vacunación aclarándose que la aplicación simultánea de estos dos elementos no disminuye la efectividad con respecto a si se aplicaran por separado. La vacuna contra Hepatitis B ha demostrado ser segura en la gran mayoría de los estudios indicándose que su principal reacción adversa es la anafilaxis lo que sucede en menos del 1% de las aplicaciones, por lo que se considera una de las más importantes medidas preventivas contra infecciones por Hepatitis de origen Ocupacional.

Colombia: ¿Cuáles son los aportes que ha realizado el país el manejo de la Hepatitis Ocupacional? ¿Cómo influye nuestra realidad sociocultural en el manejo que se ha dado a esta problemática? Al respecto, estudios referencian las actividades laborales de mayor riesgo, en uno de ellos, realizado en el Departamento de Casanare, se realizó una investiga-

ción observacional en el periodo comprendido entre los años 2016-2018, en diferentes laboratorios clínicos de la región encontrando una tasa de accidentalidad laboral del 24.6% y un subregistro del 39.3%, dentro de las principales causas de estos resultados se indicaron la percepción de falta de tiempo con un 45.4% de los casos, seguidos por la subestimación del riesgo con un 36.4%, siendo la fuente primaria de obtención de datos la aplicación de encuestas auto diligenciadas a 124 trabajadores de 17 instituciones y la secundaria la revisión de Formatos Únicos de Reporte de Accidentes de Trabajo (FURAT) (Ochoa et al., 2020) dejando en evidencia que factores socioculturales tales como caer en el exceso de confianza y la relajación de las medidas de bioseguridad en personal con bastante experiencia, considerando que están exentos de presentar eventos o en muchos casos evitar la vergüenza de que el personal más novato tenga conocimiento de estos eventos, induce a estas conductas de riesgo.

A pesar de lo anterior, las empresas no promueven espacios de formación en temas de bioseguridad, limitándose únicamente a exigir a su personal nuevo la inmunización como requisito para la contratación, ignorando que el abordaje debe ser integral abarcando aspectos como la sensibilización acerca del riesgo biológico y la implementación de programas de seguimiento a casos sospechosos, esto expuesto en un estudio en odontólogos en el departamento de Bolívar, donde se reporta el contacto con material cortopunzante como la principal modalidad de accidente con un 60% de prevalencia aunque también se reconocen como otras fuentes peligrosas el contacto con secreciones respiratorias, a pesar de lo anterior, se sigue considerando el desacato a los protocolos de bioseguridad como el principal factor de riesgo para la presentación de accidentes por riesgo biológico. (Bedoya et al., 2017)

En Bogotá, se implementó en el año 2013 el SI-

VISTRA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los Trabajadores de la Economía Informal) siendo pionero en el país en el estudio de los riesgos laborales en población vulnerable sin cobertura del sistema de seguridad social en salud y riesgos laborales, teniendo como justificación el hecho de que el 60% de la población económicamente activa de la ciudad se encuentra en la informalidad sin existencia de un sistema de registro de eventos asociados a la actividad laboral,

siendo incluidas cerca de 140.000 microempresas, estimulando el reporte por parte de las mismas de todos los eventos sospechosos de tener un origen laboral, si bien el objetivo inicial eran los trastornos osteomusculares y la hipoacusia por ruido, con el tiempo se han encontrado otros riesgos relevantes dentro de ellos el biológico, la última mejora de este documento corresponde al año 2018. Actualmente cuenta con unidades de trabajo distribuidas según muestra la tabla 2.

SUBRED	NUMERO DE UNIDADES DE TRABAJO
NORTE	40
CENTRO ORIENTE	33
SUR OCCIDENTE	41
SUR	31
TOTAL	145

TABLA 2. Distribución de unidades de trabajo Sivistra según área geográfica en la ciudad de Bogotá, Colombia. 2018

Instituciones universitarias han desarrollado proyectos de investigación en trabajadores informales ejemplos de ello son la Universidad Nacional de Colombia y La Corporación Universitaria Minuto de Dios que han sido conscientes de este tipo de problemáticas y apoyan la investigación de carácter social con el fin de generar conocimiento y herramientas para prevenir enfermedades derivadas de la actividad laboral como las que se han mencionado en esta revisión. (Puello & Puentes 2019).

Conclusiones

La Hepatitis Infecciosa es una patología cuyos mecanismos de transmisión involucran los accidentes por riesgo biológico en instituciones hospitalarias, y su curso clínico es variable lo que dificulta en algunos escenarios su detección temprana, es una entidad cuyo comportamiento epidemiológico se ve fuertemente influenciado por diferencias socioeconómicas y culturales en las diferentes regiones del mundo, la literatura revisada en este trabajo ha sido consistente en que a nivel Ocupacional la educación en protocolos de bioseguridad y la vacunación son los elementos más importantes en la prevención y control de esta

patología en la población trabajadora, sin embargo los indicadores de cobertura son bastante disímiles entre las diferentes regiones del mundo, mientras en los países desarrollados los indicadores de vacunación son buenos, aun reina desconocimiento en el personal sanitario en los protocolos de bioseguridad, al ser países con presencia de población migrante, se enfatiza el hecho de unificar y estandarizar los diferentes protocolos existentes y aumentar la rigurosidad en su aplicación, tal es el caso de Estados Unidos en donde la perspectiva actual mezcla educación y coacción, o en Europa donde se discute la posibilidad de imponer como requisito obligatorio para la contratación de personal la vacunación, dejando en el centro de la polémica aspectos legales y éticos al comprometer la capacidad de autodeterminación de los individuos.

En contraste los países de menos ingresos apuestan por metodologías innovadoras para hacer frente sus bajas coberturas de educación y vacunación existentes en la población trabajadora, tal es el caso de Egipto en donde la implementación de técnicas novedosas en procedimientos invasivos que disminuyen la utilización de elementos cortopunzantes abre nuevas perspectivas para el manejo de la Hepatitis Ocupacional de una manera costo-efectiva teniendo en cuenta las limitaciones económicas y de infraestructura de estos países, también se destacan los protocolos de vigilancia epidemiológica de México donde se realizan barridos más estrechos con la aplicación de encuestas, entendiendo que la detección temprana es otra herramienta eficaz para el control de esta entidad, Cuba con el desarrollo de técnicas laparoscópicas que reducen el tiempo de detección de fibrosis hepática como indicador de cirrosis, mejorando el pronóstico de los pacientes y Colombia pionera en el diseño de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en trabajadores informales, concordante con la realidad social de nuestro continente, abriendo nuevos

caminos que permitan en el futuro descubrir nuevas metodologías para hacer mejor frente a esta amenaza de Salud Pública a toda la población trabajadora.

REFERENCIAS.

1. Abdulrahman, A., Aljumah, H., Kuriry, N., & Faisal, H. (2018). Clinicopathologic characteristics and outcomes of hepatocellular carcinoma associated with chronic hepatitis B versus hepatitis C infection. *Ann Saudi Med*.
2. Alavian, S., Babanejad, M., & Izadi, N. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of HBsAg in health care workers from Eastern mediterranean and Middle Eastern Countries. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 144. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_111_18
3. Álvarez, F., & Juna, C. (2017). Conocimientos y prácticas sobre bioseguridad en odontólogos de los centros de salud de Latacunga. En *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión* (Vol. 2). Abr-Jun.
4. Arnold, S., Melville, S. K., Morehead, B., Vaughan, G., Moorman, A., & Crist, M. B. (2017). Notes from the field: Hepatitis C transmission from inappropriate reuse of saline flush syringes for multiple patients in an acute care general hospital - Texas, 2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(9), 258–260. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6609a4>
5. Auta, A., Adewuyi, E. O., Kureh, G. T., Onoviran, N., & Adeloye, D. (2018). Hepatitis B vaccination coverage among health-care workers in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, 36(32 Pt B), 4851–4860. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.06.043>
6. Awoke, N., Mulgeta, H., Lolaso, T., Tekalign,

T., Samuel, S., Obsa, M. S., & Olana, R. (2020). Full-dose hepatitis B virus vaccination coverage and associated factors among health care workers in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(10), e0241226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241226>

7. Bedoya, E., Severiche, C., Meza, M., & Osorio, I. (2017). Accidentes laborales y enfermedades ocupacionales en Personal de odontología de Cartagena y departamento de Bolívar-Colombia. *Ciencia Odontológica*, 14, 21–26.

8. Datos Breves de NIOSH: Cómo prevenir las lesiones por pinchazos de aguja y objetos cortopunzantes. (2019, enero 31). Cdc.gov. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2012-123_sp/default.html

9. Daw, M. A., Daw, A. M., Sifennasr, N. E. M., Draha, A. M., Daw, A. M., Daw, A. M., Ahmed, M. O., Mokhtar, E. S., El-Bouzedi, A., & Daw, I. M. (2018). The epidemiology of hepatitis D virus in North Africa: A systematic review and meta-analysis. *The Scientific World Journal*, 2018, 1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/9312650>.

10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la Hepatitis B y el virus de la Hepatitis C. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatits.pdf>

11. Duaa, W., Al-Sadeq, S. A., Taleb, R. E., Zaied, S. M., Fahad, M. K., Balsam, R., Rizeq, A. A. A., Hadi, M., & Yassine, G. K. (2019). Hepatitis B Virus Molecular Epidemiology, Host-Virus Interaction, Co-infection, and Laboratory Diagnosis in the MENA Region: An Update. *Pathogens*, 8

12. Comisión Jurisdiccional Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo del Ministerio de Salud de Argentina. Programa de Vacunación para el Personal de Salud (2017). Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludseguridad/files/2018/03/Recomendaci%C3%B3n-CJM-N%C2%BA-1-2017-Vacunacion-Personal-de-Salud.pdf>

13. International Agency Research of Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. 100, 93–123, 135-138

14. International Agency Research of Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Hepatitis-Viruses-1994>.

15. Jafri, S.-M., & Gordon, S. C. (2018). Epidemiology of hepatitis C. *Clinical Liver Disease*, 12(5), 140–142. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cld.783>

16. Kim, H., Chung, Y. K., & Kim, I. (2018). Recognition criteria for occupational cancers in relation to hepatitis B virus and hepatitis C virus in Korea. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 30, 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0217-0>

17. Kusic-Tepavcevic, D., Kanazir, M., Gazibara, T., Maric, G., Makismovic, N., Loncarevic, G., & Pekmezovic, T. (2017). Predictors of hepatitis B vaccination status in healthcare workers in Belgrade, Serbia, December 2015. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 22(16), 30515.

18. Kuan-Yin Lin, G.-J., Chen, Y.-L., Lee, Y.-C., Huang, A., Cheng, H.-Y., Sun, S.-Y., & Chang, C.-E.

- (2017). Chien-Ching Hung. Hepatitis A virus infection and hepatitis A vaccination in human immunodeficiency virus-positive patients: A review. *World J Gastroenterol*, 23(20), 3589–3606.
19. Ministerio de Salud de México. Informe Anual de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis Virales, México 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615926/HepatitisViralesInformeAnual2020.pdf>
20. Lee, J. H., Cho, J., Kim, Y. J., Im, S. H., Jang, E. S., Kim, J.-W., Kim, H. B., & Jeong, S.-H. (2017). Occupational blood exposures in health care workers: incidence, characteristics, and transmission of bloodborne pathogens in South Korea. *BMC Public Health*, 17(1), 827. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4844-0>
21. Lingala, S., & Ghany, M. G. (2015). Natural history of hepatitis C. *Gastroenterology Clinics of North America*, 44(4), 717–734. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2015.07.003>
22. Manne, V., Gochanour, E., & Kowdley, K. V. (2019). Current perspectives into the evaluation and management of hepatitis B: a review. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 8(4), 361–369. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/hbsn.2019.02.09>
23. Meringer, H., Shibolet, O., & Deutsch, L. (2019). Hepatocellular carcinoma in the post-hepatitis C virus era: Should we change the paradigm? *World J Gastroenterol*, 25(29), 3929–3940. Disponible en: <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i29.3929>
24. Ochoa, E. O., Hernández, G. N., & Trillos, C. E. (2020). Accidentes laborales por riesgo biológico en trabajadores de laboratorio clínico. *Revista Mexicana del Instituto del Seguro Social*, 58(2), S144-151.
25. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. *Who.int*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
26. Puello-Socarrás, G. E., & Puentes, L. V. (2019). Salud Ocupacional y su enfoque social dentro de trabajos de grado en universidades de Bogotá. *Educación médica superior (Impresa)*, 33(1). Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1595>
27. Rawla, P., Raj, J. P., Kannemkuzhiyil, A. J., Aluru, J. S., Thandra, K. C., & Gajendran, M. (2020). A systematic review of the extra-hepatic manifestations of hepatitis E virus infection. *Medical Sciences (Basel, Switzerland)*, 8(1), 9. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medsci8010009>
28. Secretaría de Salud de Bogotá, Colombia Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal SIVISTRA. (2018).
29. Stockdale, A. J., Mitambo, C., Everett, D., Geretti, A. M., & Gordon, M. A. (2018). Epidemiology of hepatitis B, C and D in Malawi: systematic review. *BMC infectious diseases*, 18(1), 516. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3428-7>
30. Tavošchi, L., Mason, L., Petriti, U., Bunge, E., Veldhuijzen, I., & Duffell, E. (2019). Hepatitis B and C among healthcare workers and patient groups at increased risk of iatrogenic transmission in the European Union/European Economic Area. *The Journal of Hospital Infection*, 102(4), 359–368. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.004>.
31. Tolera, S., Mengistu, D. A., Alemu, F. K., Geremew, A., Mulugeta, Y., Dirirsa, G., Temesgen, L. M., Diriba, W., Mulatu, G., Sintie, T., Bayu, K., & Berhanu, A. (2023). Sero-prevalence of hepatitis viral infec-

tions among sanitary workers across worldwide: a systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*, 23(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08354-1>

32. Velbes, P., Mas, M., & Nodarse, H. (2018). Evolución terapéutica de la hepatitis crónica por virus C. *Revista Cubana de Medicina*, 57(4), 5–406.

33. Watashi, K., & Wakita, T. (2015). Hepatitis B virus and hepatitis D virus entry, species specificity, and tissue tropism. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 5(8), a021378. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a021378>

34. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2017). Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.

35. Yakovchenko, V., Bolton, R. E., Drainoni, M.-L., & Gifford, A. L. (2019). Primary care provider perceptions and experiences of implementing hepatitis C virus birth cohort testing: a qualitative formative evaluation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 236. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4043-z>

Instrucciones para autores

La revista internacional PIENSO en Latinoamérica es una publicación cuatrimestral dedicada a la difusión del conocimiento en materia de salud ocupacional.

Nuestra Revista publica documentos como:

1. Artículos originales de Investigación científica. En estos escritos se presenta de manera detallada los resultados originales de investigación de campo realizada recientemente y acostumbra contener al menos: introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones.
2. Carta al Editor. Documento que presenta reflexiones al respecto de un tema relevante de la salud ocupacional y puede estar basada en una perspectiva analítica e interpretativa del autor, a partir de lecturas realizadas o vivencias en el área.
3. Ensayo o Artículo de revisión. Documento resultado de una revisión sistemática y crítica de la literatura existente sobre un problema actual y relevante de la salud ocupacional, caracterizada por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Forma del documento:

En general, todos los artículos que se desee sean considerados para publicación, deben cumplir con los requerimientos que se presentan a continuación.

Apariencia y organización del documento:

o El texto del documento deberá presentarse en formato Word, hoja tamaño carta, letra Arial o Calibri número 12, interlineado de 1.5 líneas, justificado y con márgenes de 2.5 cm.

o El documento debe contener hoja de presentación, resumen en español con palabras clave, resumen en inglés con palabras clave, texto que conforma el artículo, referencias bibliográficas y anexos (este último en caso de ser necesario).

o Contenido para la hoja de presentación: Título del artículo en español y en inglés, lista de autores (tal y como se desea que aparezcan en el artículo), datos para correspondencia (nombre completo, dirección postal, número de teléfono y correo electrónico de autor principal), tipo de artículo (original o de revisión) y fecha de envío.

o El resumen se presenta en un solo párrafo, tanto en español como en inglés, no debe exceder a 250 palabras ni incluir citas. El mínimo de palabras clave es 3, máximo 8.

o En el texto deben estar definidos los apartados de Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión o Conclusiones. Las tablas y figuras deben estar incluidas en el texto, apareciendo en el orden en que son citadas en el mismo.

o Introducción: Trata sobre los objetivos del estudio, los motivos que llevaron a él, así como la literatura que se revisó (acorde al tema y objetivos).

o Materiales y Métodos: Se describen los materiales utilizados para la realización del estudio, así como las características de los participantes (sujetos, instituciones). De igual manera se describe la técnica empleada y los estudios estadísticos para el análisis de la información recolectada.

o Resultados: Este apartado debe ser lo más ordenado y coherente que le sea posible. Recuerde que las tablas y figuras son sólo de apoyo.

o Discusión o Conclusiones: Hacer énfasis en los descubrimientos del estudio y relacionarlos con los objetivos previamente establecidos. Evite repetir información contenida en apartados anteriores. Al comparar sus resultados con los de otros estudios, debe estar seguro que tienen temas y objetivos similares. Si la reflexión le lleva a nuevas hipótesis y/o recomendaciones, pueden estar incluidas.

o Las citas bibliográficas dentro del texto y en la lista de referencias deben estar de acuerdo al formato APA. La lista de referencias debe estar en orden alfabético de acuerdo al primer apellido del autor principal; en caso de que haya varias referencias del mismo autor, deberán ser ordenadas de acuerdo al año de publicación (comenzando con la menos reciente). En caso de que la referencia esté disponible en línea, se debe agregar el enlace después de la leyenda “Disponible en:”. Todas las referencias de la lista deben estar debidamente citadas en el texto.

- o El orden de los anexos será de acuerdo a la pertinencia que la, el o los autores consideren necesaria.
- o El texto no debe exceder de 25 páginas.

Aspectos éticos y editoriales:

o Todos los artículos remitidos a la Revista Internacional PIENSO deberán ser inéditos y no deben estar en proceso de publicación o haber sido enviado simultáneamente a alguna(s) otra(s) revista(s) científica(s).

o Todo conflicto de interés existente debe ser comunicado por escrito a la revista.

o Cada autor debe estar informado y de acuerdo con la publicación del estudio. Dicho acuerdo debe expresarse por escrito con la firma de cada autor.

Se considerará motivo de rechazo para el artículo cualquiera de las siguientes faltas:

- o Plagio.
- o Cambios de autoría.
- o Autoría ficticia.
- o Conflictos de interés ocultos.

Remisión de los trabajos

Los trabajos deben ser remitidos acompañados de una carta de “Acuerdo sobre publicación y derechos de autor” firmada por todos los autores donde se hace constar que se trata de un artículo original en que todos han participado, que no se ha incurrido en vicios de autoría, plagio ni fraude y se hace transferencia de todos los derechos de autoría en relación con el manuscrito a la Revista Internacional PIENSO en caso de que se publique el manuscrito.

**Se debe enviar por correo electrónico a la Revista:
revistapienso@yahoo.com.mx**

Trabajos a publicar

Los trabajos presentados a la revista serán revisados y en su caso por el Comité Editorial comprobando que cumplan con los criterios mínimos en contenido y formato.

Si son aprobados, pasarán a la revisión de pares expertos serán seleccionados de instituciones y universidades tanto nacionales como internacionales siguiendo el sistema de “doble ciego”.

El Comité editorial revisa los conceptos de los pares expertos y decide aceptarlo, enviarlo al autor para que realicen correcciones solicitadas por los pares o no publicarlo.

Redes sociales





PIENSO en Latinoamérica
Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

REVISTA INTERNACIONAL DE PIENSO EN LATINOAMERICA, Año 5, No.14, enero - abril 2023, es una publicación trimestral editada por PIENSO, A.C. Calle Isla Cancún 2234B, Col. Jardines de San José, Guadalajara, C.P. 44950, Tel: +52 33 36452582, www.piensoenlatinoamerica.org, piensoac@yahoo.com.mx. Editor responsable: Manuel Pando Moreno. ISSN 2594-2077, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Impresa por ABC Impresiones, Calle Pedro Moreno 640, Col. Centro, C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco.

IIIASO

Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional

CONTENIDO

EDITORIAL

La inteligencia artificial y la salud mental laboral

Pando Moreno M.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores psicosociales en tele trabajadoras de México

Pando Amezcua S. y Pando Amezcua M.

Síndrome de Burnout y morbilidad autoreportada en los trabajadores de las tiendas de abarrotes del municipio de Zapopan, Jalisco, México.

Aranda Beltrán C., Aldrete Rodríguez M. G., Elizalde Núñez T. F., Vásquez Trespalacios E. M. y Pando Moreno M.

Validez y confiabilidad del instrumento abreviado para medir salud mental positiva ocupacional en profesores ecuatorianos de educación superior

Vázquez-Colunga I. C.

Perspectivas compartidas en el manejo de la hepatitis ocupacional a nivel mundial

Vargas Córdoba J. A.

Revista Internacional de
PIENSO en Latinoamérica

Programa de Investigación en Salud Ocupacional, A.C

Año 5, Número 14 | ISSN: 2594-2077; indizada en Latindex (folio único 30878).

La Revista Internacional de PIENSO en Latinoamérica es una publicación de PIENSO, A.C.

Av. Chapultepec 15, Piso 23, Ladrón de Guevara, Americana, 44600 Guadalajara, México

Tel. (+52) 33 4160 2066 | revistapienso@yahoo.com