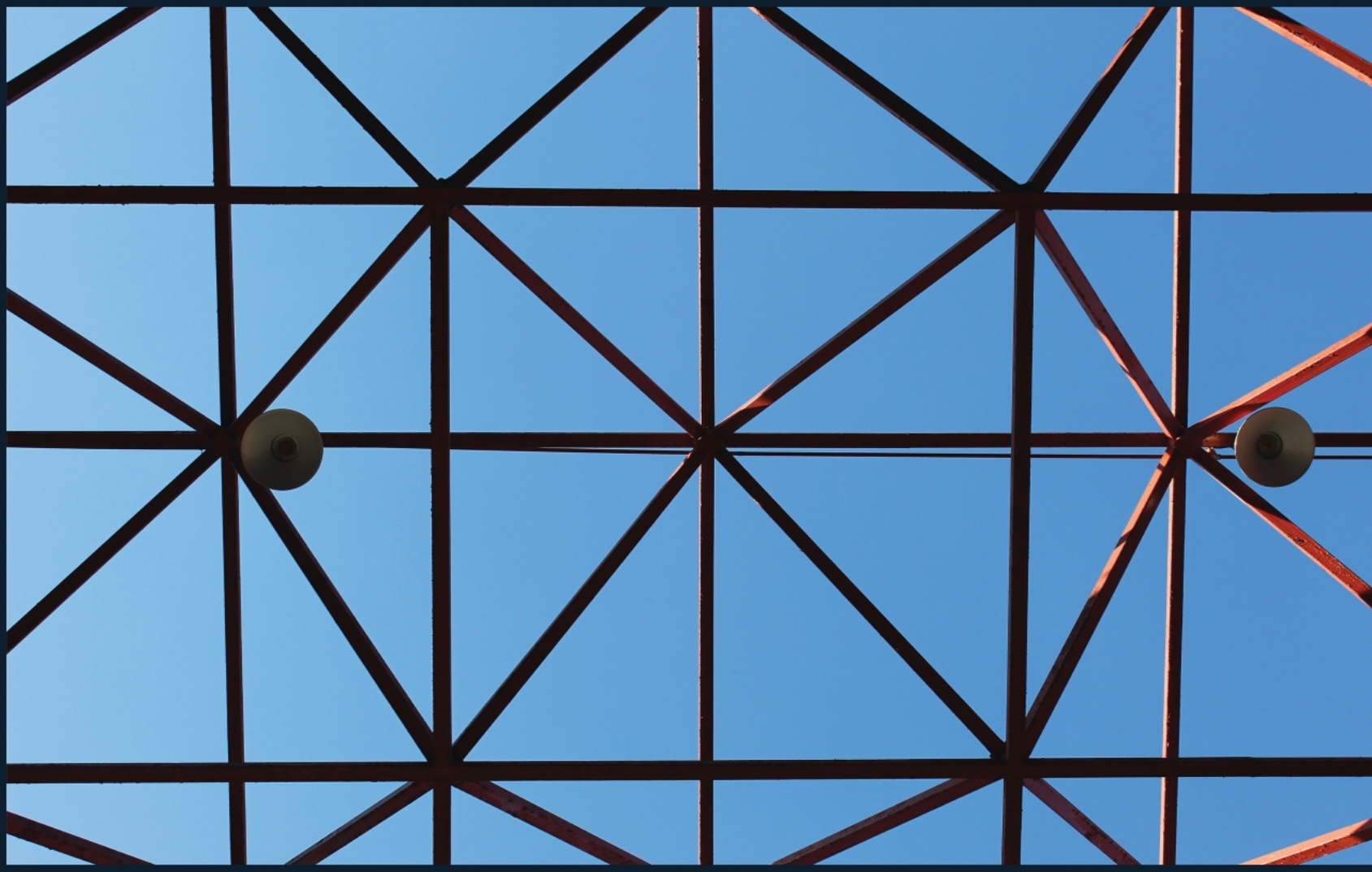
# Revista Internacional de PIENSO en Latinoamérica

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



**Año:** 7
**Periodo:** septiembre - diciembre 2025
**Número:** 22

PIENSO en Latinoamérica
Programa de Investigación EN Salud Ocupacional

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.

# Indice


EDITORIAL

**3** Evolución de la salud ocupacional en México (2000–actualidad)
Inteligencia Artificial

**5** Factores psicosociales y síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de rehabilitación y laboratorio clínico de un hospital de tercer nivel de Tegucigalpa, Honduras, noviembre 2025.
Funes K., Valerio M., Ulloa P.

**12** Posturas forzadas asociado a sintomatología músculo esquelética en operarios que fabrican productos de limpieza.
Marcelo Pozo R.

**23** Redes Sociales de Apoyo como factor protector ante mobbing: un estudio cuantitativo en una empresa del sector tequilero en México.
Aguilar-Ocampo L.M., Pando-Moreno M., González Baltazar R.†, Colunga-Rodríguez C., Gascón Santos S., García-Cueva S.A., Flores-Carrillo R.

**31** Reincorporación laboral en trabajadores con trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional: perfil epidemiológico y condiciones laborales
Castañeda-Borrayo Y., Guzmán-Silahua S., Aranda Beltrán C., Hernán Nava-Zavala A. y Márquez Ramos M. E.

# Evolución de la salud ocupacional en México (2000–actualidad)

**Inteligencia Artificial**

Este ensayo fue escrito por el ChatGPT con la consigna de: “Cuéntame la historia de la salud ocupacional en México del 2000 a la fecha”

La salud ocupacional en México ha experimentado una transformación significativa desde inicios del siglo XXI hasta la actualidad, pasando de un enfoque centrado en la prevención de accidentes físicos a una visión integral que incorpora el bienestar mental, social y tecnológico del trabajador. Este proceso ha estado influenciado por cambios legislativos, la globalización, la adopción de estándares internacionales y eventos críticos como la pandemia de COVID-19, así como por la participación de organismos públicos y asociaciones civiles especializadas.

Durante el periodo comprendido entre 2000 y 2010, la salud ocupacional en México se caracterizó por un enfoque tradicional orientado principalmente a la seguridad física en los centros de trabajo. La regulación se sustentaba en la Ley Federal del Trabajo, así como en diversas Normas Oficiales Mexicanas (NOM) diseñadas para prevenir accidentes y enfermedades laborales. En esta etapa, instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social desempeñaron un papel fundamental en la atención de riesgos de trabajo, mediante la prestación de servicios médicos y la recopilación de estadísticas. No obstante, el enfoque predominante era reactivo, con énfasis en la atención posterior a los incidentes más que en la prevención integral.

Entre 2010 y 2019, la salud ocupacional en México evolucionó hacia un enfoque más amplio que incorporó los factores psicosociales como elementos clave del bienestar laboral. La influencia de organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo impulsó la adopción de estándares más avanzados. En este contexto, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social publicó la NOM-035-STPS-2018, la cual estableció lineamientos para la identificación y prevención de riesgos psicosociales en el trabajo.

En esta etapa, comenzó a destacar la participación de organizaciones de la sociedad civil como PIENSO A.C., cuya labor se centró en la capacitación, investigación y difusión de la cultura preventiva. A través de cursos, talleres y asesorías, esta asociación contribuyó a sensibilizar a empleadores y trabajadores sobre la importancia de la salud mental en el entorno laboral, facilitando la implementación

de nuevas normativas como la NOM-035, especialmente en pequeñas y medianas empresas.

El periodo de 2020 a 2022 estuvo marcado por la pandemia de COVID-19, que transformó profundamente las dinámicas laborales. La adopción del teletrabajo, la implementación de protocolos sanitarios y el aumento de problemas de salud mental evidenciaron la necesidad de fortalecer los sistemas de salud ocupacional. Durante esta etapa, el IMSS reconoció el COVID-19 como enfermedad de trabajo en ciertos sectores, mientras que diversas organizaciones, incluyendo PIENSO A.C., reforzaron sus esfuerzos en la difusión de estrategias de bienestar emocional y adaptación al cambio.

En la etapa más reciente, de 2022 a la actualidad, la salud ocupacional en México ha evolucionado hacia un enfoque holístico que integra el bienestar físico, mental y social del trabajador, así como el uso de herramientas tecnológicas. La regulación del teletrabajo, mediante reformas a la Ley Federal del Trabajo y la NOM-037-STPS-2023, ha establecido nuevas obligaciones en materia de ergonomía, desconexión digital y condiciones laborales adecuadas. Instituciones como la Secretaría de Salud y el IMSS continúan siendo actores clave, mientras que organizaciones como PIENSO A.C. complementan estos esfuerzos mediante la formación continua y la promoción de una cultura organizacional saludable.

En conclusión, la evolución de la salud ocupacional en México refleja un cambio profundo desde un modelo centrado en la seguridad física hacia una visión integral del bienestar del trabajador. Este proceso ha sido impulsado tanto por instituciones gubernamentales como por organismos internacionales y asociaciones civiles. En este contexto, la participación de PIENSO A.C. ha sido relevante al fortalecer la educación, la concientización y la implementación práctica de estrategias preventivas, especialmente en el ámbito de la salud mental laboral.

# Factores psicosociales y síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de rehabilitación y laboratorio clínico de un hospital de tercer nivel de Tegucigalpa, Honduras, noviembre 2025.

**Funes Kellyn, Valerio Martha, Ulloa Paola**
*Universidad Nacional Autónoma de Honduras*

**Resumen**

Este estudio analizó la asociación entre factores psicosociales laborales y el síndrome de burnout en 50 trabajadores de laboratorio clínico y rehabilitación de un hospital público de Tegucigalpa. Mediante un diseño observacional, transversal y analítico, se aplicaron las escalas de Silva (factores psicosociales) y Maslach (MBI-HSS). Los resultados mostraron que el factor psicosocial con mayor exposición fue "exigencias laborales" 52% siendo el más alto. Se identificó una asociación estadísticamente significativa: los trabajadores con percepción deficiente de "Interacción social y aspectos organizacionales" presentaron 7.4 veces mayor riesgo de agotamiento emocional (OR= 7.43; IC 95%: 2.06-26.78; p=0.002). Se concluyó que, además de las altas demandas laborales, un clima psicosocial adverso incrementa sustancialmente el riesgo de burnout, lo que justifica intervenciones institucionales focalizadas en mejorar las condiciones organizacionales.

Palabras clave: factores psicosociales, síndrome de burnout, trabajadores de hospital.

**Abstract**

This study analyzed the association between occupational psychosocial factors and burnout syndrome in 50 clinical laboratory and rehabilitation workers from a public hospital in Tegucigalpa. Using an observational, cross-sectional, and analytical design, the Silva scale (psychosocial factors) and the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) were applied. The results showed that the most critical psychosocial factor was "Work Demands," with 52% at a high level. A statistically significant association was identified: workers with a poor perception of "Social Interaction and Organizational Aspects" had a 7.4-fold higher risk of emotional exhaustion (OR=7.43; 95% CI: 2.06–26.78; p=0.002). It was concluded that, in addition to high work demands, an adverse psychosocial climate substantially increases the risk of burnout, which justifies institutional interventions focused on improving organizational conditions.

**Keywords:** psychosocial factors, burnout syndrome, healthcare workers.

## Introducción

La Salud Mental del personal sanitario constituye un pilar fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), han alertado sobre los cinco grandes grupos de riesgos psicosociales inherentes al sector

laboral, tal es el caso de las directrices marco para combatir la violencia laboral en el sector salud (OIT, 2019). Si bien la violencia laboral afecta a todos los sectores de trabajadores, uno de los sectores con más riesgo es el de la atención a la salud, puesto que de la violencia que se vive en el lugar de trabajo, el sector salud ocupa la cuarta parte, relacionándose con la tensión en el trabajo, la inestabilidad social, el deterioro de las relaciones interpersonales y otros factores psicosociales en el lugar de trabajo; factores que en conjunto pueden estar presentes en más de la mitad de los trabajadores y en mayor presencia en las mujeres (OIT, 2019).

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Según el Comité Mixto OIT/OMS, estos factores "consisten en interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción del trabajo". En este sentido, los factores psicosociales pueden tanto generar daño a la salud del trabajador como contribuir positivamente a su satisfacción y rendimiento laboral (OIT, 1984).

Frente a una condición psicosocial laboral adversa, no todos los trabajadores reaccionan de la misma manera; características individuales como la personalidad, las expectativas, la capacidad de adaptación, vulnerabilidad y las necesidades personales influyen en la magnitud y el tipo de respuesta ante estas demandas. Estas diferencias individuales también contribuyen a la susceptibilidad de desarrollar problemas asociados al estrés laboral (OIT, 1984). Las repercusiones negativas de los factores psicosociales pueden manifestarse en alteraciones fisiológicas y psicosomáticas (cefaleas, dolores musculares, trastornos del sueño), así como en afectaciones cognitivas y emocionales (dificultad de concentración, irritabilidad, desmotivación) (OIT, 1984). En el contexto del personal de salud, estas consecuencias se traducen directamente en deterioro de la calidad de la atención brindada y en mayor riesgo de deserción profesional, lo cual puede disminuir la disponibilidad de servicios asistenciales para la población y generar un incremento en los costos del sistema sanitario (Rodríguez A. et al. 2015).

El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Al final de ese párrafo hay que agregar que se ha incluido en la versión 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 2018, de uso efectivo a partir de 2022.

El concepto de Síndrome de Burnout (SB) fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger en 1974, psicólogo de importancia que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo (OIT, 2019). Más tarde, Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal (OIT, 2019). Dicho de esa forma se define como la respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar (OIT, 2019).

La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Espino-Porras, M., López-Sánchez, A., & López-Sánchez, J., 2020). P. Gil-Monte lo define como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado" (Espino-Porras, M., López-Sánchez, A., & López-Sánchez, J., 2020).

Sin embargo, son pocos los estudio en Honduras que analicen esta relación, particularmente en poblaciones ocupacionales de servicios de apoyo hospitalario, como lo son laboratorio Clínico y Rehabilitación, quienes enfrentan demandas específicas y están en riesgo de desgaste profesional. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre los factores psicosociales laborales y la presencia del Síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de rehabilitación y laboratorio clínico de un hospital público de tercer nivel en Tegucigalpa, Honduras [Contenido]

**Metodología**

Se obtuvo una muestra de 50 trabajadores compuestos por los servicios de Laboratorio Clínico y Medicina Física y Rehabilitación de un hospital público de tercer nivel en Tegucigalpa, Honduras. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia donde cualquier trabajador de estas tres áreas podía participar de manera voluntaria. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal y analítico. El protocolo de investigación aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes, quienes otorgaron su consentimiento informado de manera voluntaria.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, complementados con una sección de datos sociodemográficos y laborales, se optó por un desarrollo virtual no presencial, realizado mediante el envío de un formato en Google Forms.

Características sociodemográficas y laborales: Incluye los variables edad, sexo, estado civil, nivel académico, área y jornada de trabajo.

Factores psicosociales: Se empleó la escala de Factores Psicosociales en el Trabajo de Silva (2006, versión modificada). Esta herramienta

evalúa siete dominios mediante 40 ítems: condiciones del lugar de trabajo, carga de trabajo, contenido y características de la tarea, exigencias laborales, rol y desarrollo profesional, interacción social y clima organizacional, y satisfacción con la remuneración. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 5 puntos (o= nunca, 4= siempre). Los puntajes por dominio y total se clasifican en categorías de riesgo: bajo, medio y alto. En el estudio realizado por Pando el coeficiente α de Cronbach del cuestionario en general, ascendió a 0,9, lo que indica una fiabilidad excelente (Pando Moreno M, et al. 2016).

Síndrome de Burnout: Se aplicó la versión en español del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). Este cuestionario de 22 ítems mide ter dimensiones a través de una escala Likert de 7 puntos (0= nunca, 6= todos los días): Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal (8 ítems). Para la interpretación, se utilizaron los puntos de la corte de la versión catalana, clasificando cada dimensión en niveles bajo, medio y alto. Siguiendo el modelo conceptual, se consideró "dimensión quemada" la combinación de un nivel alto o medio en Agotamiento Emocional y/o Despersonalización, junto con un nivel bajo o medio en Realización Personal. Se ha validado la confiabilidad del MBI valores alpha reportados por Manso, son 0,82 para agotamiento emocional, 0,80 para despersonalización y 0,85 para realización personal (Manso, J. F., 2006).

**Resultados**

Del total de 50 cuestionarios enviados, se obtuvo una respuesta del 100% (n=50). Para las personas que respondieron, el rango de edad más frecuente fue de 22 a 42 años con 52% (n26), la distribución por sexo fue en 78% (n=39) para las mujeres. Frente a la realización de estudios de posgrado (especialización, maestría, doctorado) el 82% (n=41) no ha realizado ningún estudio posgradual. Respecto a la jornada laboral de los profesionales, el 52%; n=26 pertenecen a la jornada matutina y el 64% (32) laboran en el área de laboratorio clínico. (Tabla 1)

**Tabla 1.** *Características sociodemográficas y laborales de los trabajadores hospitalarios*

| Variable | Valor N (%) |
|---|---|
| **Rango de Edad** | |
| 22- 42 años | 26 (52%) |
| 43- 63 años | 22 (44%) |
| >64 años | 1 (2%) |
| **Sexo** | |
| Hombre | 11 (22%) |
| Mujer | 39 (78%) |
| **Estado Civil** | |
| Soltero (a) | 13 (26%) |
| Casado / Unión Libre | 35 (70%) |
| Divorciado | 2 (4%) |
| **Nivel académico** | |
| Licenciatura | 10 (20%) |
| Especialidad | 2 (4%) |
| Maestría | 3 (6%) |
| Doctorado | 4 (8%) |
| Técnico | 22 (44%) |
| Secundaria Completa | 9 (18%) |
| **Área de trabajo** | |
| Departamento de medicina física y rehabilitación | 12 (24%) |
| Laboratorio Clínico | 32 (64%) |
| Emergencia de adultos | 6 (12%) |
| **Jornada de trabajo** | |
| Matutino | 26 (52%) |
| Vespertino | 4 (8%) |
| Turno nocturno | 2 (4%) |
| Turno rotatorio | 18 (36%) |

Con respecto a la percepción de factores psicosociales negativos en empleados hospitalarios, clasificados por nivel de afectación. Se observa un predominio de nivel medio de riesgo en la mayoría de los dominios. El factor con mayor exposición fue "Exigencias laborales", clasificado en nivel alto por el 52% de los participantes, seguido de la "satisfacción con la remuneración" (22% en nivel alto). En el

extremo favorable, el 60% reportó un nivel bajo en "interacción social y organizacional". El puntaje Global de riesgo psicosocial indicó que el 76% de la muestra se ubicó en un nivel medio y el 24% restante en un nivel bajo, no identificados ningún caso de riesgo alto global. (Tabla 2)

**Tabla 2.** *Presencia de factores psicosociales laborales en trabajadores hospitalarios por niveles de exposición*

| Factores Psicosociales Negativos | Alto | Medio | Bajo |
|---|---|---|---|
| Condiciones del lugar de trabajo | 16% | 62% | 22% |
| Carga de trabajo | 6% | 52% | 42% |
| Contenido y características de la tarea | 2% | 68% | 30% |
| Exigencias laborales | 52% | 42% | 6% |
| Papel del académico y desarrollo de la carrera | 4% | 60% | 36% |
| Interacción social y organizacional | 2% | 38% | 60% |
| Satisfacción con la remuneración del rendimiento | 22% | 52% | 26% |
| Factores psicosociales laborales en general | --- | 76% | 24% |

Los resultados de la escala de burnout (MBI - HSS) revelaron que el 62% (31) de los encuestados reportó nulo o bajo agotamiento emocional y falta de realización. La despersonalización fue la dimensión menos afectada, sin casos de alta intensidad y con 90% de los trabajadores en nivel bajo. Sin embargo, al integrar las dimensiones según el criterio diagnóstico, se identificó que casi la mitad de la población (48%, n=24) presentaba al menos una dimensión quemada, ver tabla No. 4). Un 30% (n=15) presentaba 2 dimensiones afectadas y un 14% (n=7) cumplía con el perfil completo del Síndrome de Burnout. (tres dimensiones quemadas). Solo el 8%(n=4) no mostraba afectación en ninguna dimensión. (Tabla 3)

**Tabla 3.** *Presencia de síndrome de Burnout y dimensiones afectadas en trabajadores de un hospital de tercer nivel*

| | Alto N (%) | Medio N (%) | Nulo/Bajo N (%) |
|---|---|---|---|
| Agotamiento emocional (EE) | 14%(7) | 24% (12) | 62% (31) |
| Falta de realización (PA) | 22%(11) | 16%(8) | 62% (31) |
| Despersonalización (D) | ---- | 10% (5) | 90% (45) |

| Dimensiones quemadas | No. Sujetos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Ninguna | 4 | 8% |
| Una | 24 | 48% |
| Dos | 15 | 30% |
| Tres | 7 | 14% |

El análisis de asociación identificó relaciones específicas y potentes entre ciertos factores psicosociales y las dimensiones del burnout (Tabla 4). El hallazgo más destacado fue la fuerte asociación entre una percepción deficiente de la "Interacción social y aspectos organizacionales" y un mayor riesgo de presentar agotamiento emocional (OR = 7.43; IC95%: 2.06 – 26.78; p = 0.002) y baja realización personal (OR = 3.36; IC95%: 1.02 – 11.12; p = 0.043). Ninguna de las otras dimensiones psicosociales evaluadas mostró una asociación estadísticamente significativa (p > 0.05) con las dimensiones del burnout.

**Tabla 4.** *Relación entre presencia de factores psicosociales y síndrome de burnout*

| Burnout Factores psicosociales | Agotamiento | Realización Personal | Despersonalización |
|---|---|---|---|
| Papel del académico y desarrollo de la carrera | ___ | ___ | ___ |
| Interacción social y aspectos organizacionales | OR = 7,429 (2,060 – 26,782) P = .002 | OR = 3,361 (1,016 – 11,117) P = .043 | ___ |
| Remuneración del rendimiento | ___ | ___ | ___ |
| Total | ___ | ___ | ___ |

## Discusión

Este estudio transversal aporta evidencia útil sobre las condiciones psicosociales laborales y el Síndrome de Burnout en trabajadores de un hospital de tercer nivel, lo que permitirá la visibilidad de este fenómeno y la adopción de

estrategias de mejora por parte de las instituciones hospitalarias frente a la gestión del recurso humano, el ambiente laboral, y el riesgo por factores psicosociales.

Se encontró similitud en las características sociodemográficas con estudios previos realizados en personal de enfermería, en los cuales la mayoría de los participantes pertenecían al sexo mujer (Rodríguez A. et al. 2015). Este hallazgo coincide con lo reportado por Residíaz cuyo estudio evidencio un predomino del sexo mujer en el 87.2% de la población evaluada (Ruidíaz Gómez, K. S., & Jiménez Álvarez, S. P., 2020).

En relación con los factores psicosociales, Rodríguez reportó en su estudio que el 47,5% de la población evaluada percibía niveles medios y altos de dichos factores (Rodríguez A. et al. 2015). De manera similar, Espino encontró que la percepción del personal de enfermería respecto a los factores de riesgo psicosocial evidenció que los propios de la actividad laboral se valoraban como de riesgo alto y muy alto (77%) (Espino-Porras, M., López-Sánchez, A., & López-Sánchez, J., 2020).

En contraste, en el presente estudio se observó una situación diferente, ya que el 60% de la población manifestó niveles bajos en la percepción de los factores psicosociales.

Por su parte, otro estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México en una población de enfermeras, reporta que 38% de la población estudiada tenía el síndrome de Burnout y las autoras consideraban que el 59% se encontraban en riesgo de padecerlo (Gutiérrez González N, Pedraza Andrade C., 2010). Datos inferiores a los del presente estudio en el cual el 48% presentó al menos una dimensión afectada. Resultados similares a los nuestros se observaron en investigaciones con personal de enfermería de unidades de cuidado crítico, donde el 62.2% presentó niveles bajos en agotamiento emocional (AE), el 57.8% mostró niveles bajos en despersonalización (DP) y el 40% evidenció un bajo nivel de falta de realización personal (FRP) (Rendón Montoya, et al., 2020).

El hallazgo más robusto y trascendente de esta investigación es la fuerte asociación entre el clima organizacional y el burnout. Una percepción deficiente de la “Interacción social y aspectos organizacionales” se asoció con un riesgo 7.4 veces mayor de agotamiento emocional (OR=7.43, p=0.002) y 3.361 veces mayor de baja realización personal (OR=3.361, p=0.043), situación similar encontrada en el estudio realizado por Cipiran Obando donde se estableció la influencia del agotamiento emocional como dimensión del síndrome de Burnout, en el clima organizacional del personal asistencial, en la que se obtuvo que tienen una significancia de 0.000 y la variable es explicada en su totalidad en un 81,8%, esto se debe a que el agotamiento emocional, como componente del síndrome de Burnout, afecta profundamente la percepción y el funcionamiento de los individuos en su entorno laboral (Cipiran Obando, L. K., 2024).

**Bibliografía**

Aldrete Rodríguez, María Guadalupe, Navarro Meza, Cristina, González Baltazar, Raquel, Contreras Estrada, Mónica I, & Pérez Aldrete, Jorge. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería

de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia & trabajo, 17(52), 32-36. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100007

Cipiran Obando, L. K. (2024). Síndrome de Burnout y su influencia en el clima organizacional del personal asistencial de un Hospital II-1 de La Libertad [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/151272/Cipiran_OLK-SD.pdf?sequence=1

Espino-Porras, M., López-Sánchez, A., & López-Sánchez, J. (2020). Factores de riesgo psicosocial y su asociación con el ausentismo laboral. Revista de Investigación Académica, 2(4), 45–56. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/360807957_Factores_de_riesgo_psicosocial_y_su_asociacion_con_el_ausentismo_laboral

Gutiérrez González N, Pedraza Andrade C. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología Ciudad de México. Cancerología, 2010; 5:31-35.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género. Ginebra: OIT. Disponible en: https://www.ilo.org/es/media/305336/download

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1984). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión. Ginebra: OIT. Disponible en: https://www.factorespsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf

Manso, J. F. (2006). Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. Revista PsicologiaCientifica.com, 8(9). Disponible en: https://psicologiacientifica.com/maslach-burnout-inventory-confiabilidad

Pando Moreno, Manuel, Varillas, Walter, Aranda Beltrán, Carolina, & Elizalde Núñez, Fernanda. (2016). Análisis factorial exploratorio del 'Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo' en Perú. Anales de la Facultad de Medicina, 77(4), 365-371. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400008&lng=es&tlng=es.

Rendón Montoya, Militza Saraí, Peralta Peña, Sandra Lidia, Hernández Villa, Eva Angelina, Hernández, Reyna Isabel, Vargas, María Rubi, & Favela Ocaño, María Alejandra. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermería Global, 19(59), 479-506. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300479

Ruidíaz Gómez, K. S., & Jiménez Álvarez, S. P. (2020). Factores psicosociales en estudiantes de una escuela de Enfermería y su influencia en la comunidad institucional. Ciencia Y Salud Virtual, 12(2), 77–87. Disponible en: https://revistas.uninunez.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1529

# Posturas forzadas asociado a sintomatología músculo esquelética en operarios que fabrican productos de limpieza.

# Forced postures associated with skeletal muscle symptoms in operators who manufacture cleaning products

**Marcelo Pozo Raúl**

**Resumen**

Las nuevas tecnologías, las formas de organización del trabajo, la exigencia entre tareas físicas y una mayor carga mental se ha invertido dando lugar a patologías. En México la patología músculo esquelética primera causa de morbilidad según estadísticas del IMSS-2011 el número de riesgos de trabajo: 536,322 casos. El Sistema del Seguro General de Riesgos del IESS aproximadamente 15.000 lesiones osteomusculares producidas en 2016, de 30 y 45 años.

**Objetivo:** Determinar si existe asociación entre las posturas forzadas y la sintomatología músculo esquelética en los operarios. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, alcance correlacional, diseño corte transversal. Población 45 colaboradores de producción. El diseño no experimental, no se contará con muestra, se consideró al total de la población. Instrumentos: Método Reba - Cuestionario de Daños y Riesgos Resuelto. **Hipótesis**: si existe asociación entre las posturas forzadas de forma repetitiva en el trabajo y presencia de sintomatología músculo esquelética. Esto alertó al investigador de posibles lesiones músculo esqueléticas en las zonas corporales de cuello y hombros con el síndrome cervical y tendinitis; la zona lumbar con lumbalgias y hernias; los pies con tendinitis, tenosinovitis y daños en ligamentos, lesiones de tipo postural. **Resultados:** "nivel de riesgo medio" intervención necesaria su actuación por molestias en segmentos corporales; cuello – hombros y espalda 11 puntos 37,78 %; espalda lumbar 10 puntos 46,67 %; manos y muñecas 07 puntos equivale 26,67 %. **Conclusiones:** El Método Reba es el más específico para el análisis postural de los segmentos corporales, el Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos alerta al investigador sobre el riesgo de lesiones asociadas a una postura de tipo músculo esquelético.

**Palabras claves:** posturas forzosas / método REBA / medidas correctivas / sintomatología [Escriba aquí]

## Abstract

New technologies, forms of work organization, the requirement between physical tasks and a greater mental load have been reversed giving rise to pathologies. In Mexico, the skeletal muscle pathology is the leading cause of morbidity according to IMSS-2011 statistics, the number of occupational risks: 536,322 cases. The IESS General Risk Insurance System approximately 15,000 musculoskeletal injuries produced in 2016, 30 and 45 years.

Objective: To determine if there is an association between forced postures and skeletal muscle symptoms in the operators. Methodology: Quantitative approach, correlational scope, cross-sectional design. Population 45 production partners. The non-experimental design, there will be no sample, the total population was considered. Instruments: Reba Method - Damage and Risk Questionnaire Solved. Hypothesis: if there is an association between forced postures repetitively at work and presence of skeletal muscle symptoms. This alerted the investigator of possible musculoskeletal injuries in the neck and shoulder body areas with cervical syndrome and tendinitis; the lumbar area with low back pain and hernias; feet with tendonitis, tenosynovitis and ligament damage, postural lesions. Results: "medium risk level" intervention required its performance due to discomfort in body segments; neck - shoulders and back 11 points 37.78%; lumbar back 10 points 46.67%; hands and wrists 07 points equals 26.67%. Conclusions: The Reba Method is the most specific for the postural analysis of body segments, the Questionnaire of Damages and Resolved Risks alerts the researcher about the risk of injuries associated with a skeletal muscle type posture.

**Keywords:** forced postures / REBA method / corrective measures / muscle skeletal symptomatology / malaises / pain / muscle skeletal injuries

**Introducción.**

La Organización Mundial de la Salud - OMS refiere a la salud como "el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daños o enfermedad" cita, (González R, Mateo F, & González M, 2009). Cuando nos referimos a la salud en el entorno laboral, lo hacemos en aceptación de la OMS y de todos los esfuerzos por preservar la salud del trabajador, conlleva a conseguir no sólo la ausencia de accidentes o enfermedad si no el adecuado equilibrio que lleve a su bienestar psíquico y social.

Hoy en día, los trastornos músculo esqueléticos se encuentran entre las lesiones que más frecuentemente sufren los trabajadores de los países desarrollados, provocando además de ser un problema personal y familiar, es un grave problema social dado por el elevado coste que lo provocan y que según algunos autores supusieron unos 126.000 millones de dólares en los Estados Unidos en el año 1992, lo describe (González, 2015).

Redin (2012) informa que "en el Ecuador las estadísticas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el 2011 revelan que dentro de los TME ocupacional, la lumbalgia es una de las enfermedades más frecuente en el país".

En las organizaciones productivas se practica la carga física liviana, moderada o pesada. En cada uno de esos casos es necesario confrontar si la actividad la realiza una persona con capacidades físicas livianas, moderadas o pesadas. (Estrada, 2015).

Troconis y Col. (2008) realizan la valoración postural y el riesgo de lesión musculo esquelético en trabajadores de una plataforma de perforación petrolera, mediante la aplicación del Método REBA (Rápida Evaluación de Cuerpo Entero) concluyendo que el riesgo más alto de padecer lesiones musculo esqueléticas en los trabajadores del taladro de perforación está en los obreros de patio, seguido del recibidor de tubos (encuellador).

La repercusión de los problemas músculo esqueléticos no solo afecta a la calidad de vida de los trabajadores (disminuyendo sus ingresos debido a las bajas laborales, aumentando sus gastos en fármacos, precisando consultas médicas, etc.), sino que además suponen un importante coste social (prestaciones económicas por incapacidad temporal o permanente, gastos hospitalarios, consultas médicas, prestación farmacéutica, etc.), y económico, explican (Asencio, Bastante & Diego-Más, 2012).

Las lumbalgias son problemas musculares frecuentes en trabajadores que realizan manipulación y levantamiento de materiales debido a la carencia de la técnica adecuada de levantamiento. Con frecuencia, cuando una persona sin la debida capacitación levanta algo del piso lo hace con las piernas estiradas y la espalda encorvada, una posición incorrecta

para nuestro sistema músculo esquelético que provoca daños en la salud, en relación a la identificación de problemas ergonómicos, refiere (Arellano & Rodríguez, 2013).

Cuando se hace un análisis del trabajo es necesario disponer de una situación problema para poder orientar los esfuerzos de dicho análisis. A veces las necesidades provienen de problemas osteomusculares derivados de la carga postural, con lo cual se deriva que hay que hacer énfasis en variables de tipo biomecánico, afirma (Estrada, 2015).

Bravo & Espinoza (2016) en su estudio respecto a los factores de riesgo biomecánicos manifiesta: los factores de riesgo biomecánicos relacionados con el daño al sistema musculo esquelético en actividades económicas agrupadas en servicios sociales y de salud, así la proporción de organizaciones con trabajadores expuestos a posturas incómodas es de un 18,6%, para cargas pesadas un 15,7% y movimientos repetitivos un 14,2 %.

El objetivo de la investigación al contribuir con la ciencia y el conocimiento, al determinar si existe asociación entre las posturas forzadas y la sintomatología músculo esquelética en los operarios fabricantes de productos de limpieza. El estudio es un aporte relevante a la ergonomía física, como a la prevención de las lesiones de tipo músculo esquelética por acción de cargas posturales.

La justificación de la presente se sirvió, al considerar que el recurso más importante para el desarrollo de una organización es el factor humano, el estudio de ergonomía, es ya un beneficio social para la empresa fabricante de productos de limpieza, al dotar una mejor calidad de vida a los operarios, en un ambiente laboral seguro y de protección, al valorar los niveles de riesgo presentes asociados a un nivel de actuación sobre las posturas evaluadas y prevenir trastornos musculo esqueléticos o enfermedades profesionales. Se concibió necesario conocer las consecuencias del manejo de carga postural excesiva, el tipo de agarre, la manipulación de las cargas realizadas con las manos o con otras partes del cuerpo para recomendar tareas que se deban ejecutar más bien con ayudas mecánicas.

**Metodología**

El presente artículo entre sus objetivos consta: el evaluar los aspectos referentes a la carga física debido al riesgo postural del cuerpo entero, el identificar la presencia de sintomatología músculo esquelética, determinar las medidas correctivas en el medio, en la fuente y en los operarios que fabrican productos de limpieza. Se utilizó el enfoque cuantitativo, por cuanto se llegó a obtener los resultados que permitieron probar las hipótesis “Pq”. El alcance es correlacional, pues se estudió las relaciones entre las variables independientes (posturas forzadas) y la variable dependiente (sintomatología músculo esquelética). El diseño es de corte transversal debido que se recolectaron los datos para describir la prevalencia o frecuencia de la exposición y/o resultado en la población, en un punto específico del tiempo. Se estructuró el gráfico de las medidas de tendencia central GAUSS o el coeficiente de correlación de Pearson X 2 en el programa estadístico SPSS. Para conocimiento del lector la investigación se realizó en la empresa que fabrica productos de limpieza, en la unidad de análisis en su nómina

contó con 78 trabajadores, en las unidades de estudio se enumeró una población de 45 colaboradores. No se describió una estratificación para el diseño de la muestra ya que se trabajó con toda su población.

En el estudio se utilizó las técnicas de la encuesta denominada "Cuestionarios de Daños y Riegos Resueltos" con preguntas cerradas y de opción múltiple. Los instrumentos como la grabación y la fotografía se emplearon para aquellas posturas forzadas más representativas. Para la interpretación de resultados se empleó el Método Reba cuyo objetivo es evaluar las posturas individuales y no conjuntos o secuencias de posturas por ello, fue necesario seleccionar aquellas posturas que fueron evaluadas de entre las que adopta el trabajador en el puesto.

Según Sevilla (2014) refiere "en las intervenciones de ergonomía participativa es frecuente utilizar cuestionarios auto-administrados para obtener información acerca de los daños y riesgos ergonómicos", para el análisis se aplicó el Cuestionario de Daños y Riesgos Resuelto su objetivo es obtener información directa de los trabajadores de cada puesto de trabajo por colectivo homogéneo, acerca de la presencia de molestias y dolores músculo esqueléticos a consecuencia del trabajo, según frecuencia y gravedad. Las exposiciones a factores de riesgo ergonómicos (fundamentalmente biomecánicos) según frecuencia, duración e intensidad del esfuerzo.

Se implementó un estudio piloto con el 10 % de la población total con evaluaciones preliminares del Reba. Para el plan de análisis de los resultados se aplicó el Método Reba, instrumentos válidos para el análisis de las diferentes relaciones cualitativas y cuantitativas de las condiciones sociales, debidamente reglamentado y aplicable a la situación nacional ecuatoriana. El Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos debidamente validados y dispuestos a la realidad nacional en Ecuador, se generó los reportes sujetos a las condiciones de construcción original y a las escalas de sus autores. Es válido el cuestionario en Ecuador ya que existe un estudio de (Bajaña, 2015) con la identificación y evaluación de riesgos ergonómicos en la manipulación manual de carga y descarga de mercadería. La metodología del Cuestionario de Daños y Riesgos Resuelto se sustenta su validez a través de un proyecto piloto en cinco empresas valencianas, financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (acción DIR 014/2009) durante los años 2010 – 2011, cuya concordancia (Kappa ponderado, Kp) de los ítems que valoraban la presencia de síntomas musculo esqueléticos en las distintas zonas del cuerpo (con la excepción de "muslos") se situaron entre 0,32 (IC95% 0,05-0,59) y 0,70 (IC95% 0,41-0,99).

El procesamiento y recolección de resultados para recoger y tabular la información mediante las herramientas estadísticas que arrojaron cuadros y tablas, se empleó el programa estadístico SPSS para procesar la información del cuestionario (CDRR), así también se utilizó el programa excel para generar un informe individual y grupal del método de evaluación ergonómica. La prueba estadística que se

manejó es el Chi-cuadrado, en la que se aplicó el programa estadístico SPSS, para desarrollar la prueba de la hipótesis, se fundamentó la relación de lo evaluado y lo observado.

**Resultados:** La empresa ecuatoriana desarrolla y produce soluciones integrales de limpieza, sanidad y cuidado personal, ahí se encuentran las áreas operativas considerándose los 45 colaboradores de la población total, en detalle los siguientes resultados:

Análisis e interpretación del Método Reba

Tabla 1. El nivel de riesgo

| Sintomatología músculo esquelética | Nivel de Riesgo según Método Reba | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parte anatómica | Inapreciable | | Bajo | | Medio | | Alto | | Muy alto | |
| | f | f% | f | f% | f | f% | f | f% | f | f% |
| Tronco | 0 | 0,00 | 7 | 15,56 | 10 | 22,22 | 0 | 44,44 | 8 | 17,78 |
| Cuello | 0 | 0,00 | 15 | 33,33 | 29 | 64,44 | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 |
| Pierna | 0 | 0,00 | 8 | 40,00 | 9 | 42,22 | 4 | 8,89 | 4 | 8,89 |
| Brazo | 0 | 0,00 | 0 | 22,22 | 0 | 44,44 | 4 | 31,11 | 1 | 2,22 |
| Antebrazo | 0 | 0,00 | 0 | 22,22 | 4 | 75,56 | 1 | 2,22 | 0 | 0,00 |
| Muñeca | 0 | 0,00 | 5 | 77,78 | 8 | 17,78 | 1 | 2,22 | 1 | 2,22 |
| Puntuación Final | 0 | 0,00 | 9 | 20,00 | 3 | 51,11 | 3 | 28,89 | 0 | 0,00 |

Fuente: Pozo Marcelo. (2018). Elaboración propia. Método Reba.

En la tabla 01., el Método Reba representó un riesgo en un "nivel medio" con un puntaje final de 51,11 % por adoptar posturas forzosas, se hace necesario la actuación para prevenir posibles sintomatologías musculo esqueléticas en las partes anatómicas descritas. Se presentaron mayor frecuencia de riesgo en los miembros: el antebrazo 75,56 %; el cuello 64,44 %; el brazo 44,44 %; la pierna 42,22 % y muñeca 17,78 %. En atención el tronco se ubicó en un" nivel alto" con 44,44 %.

Análisis e interpretación al Cuestionario de Daños y Riesgos

Pregunta No. 1. Eres hombre / mujer: El género de mayor prevalencia el masculino con 97,80 % y femenino con 2,20 %.

Pregunta No. 2. ¿Qué edad tienes?: Las edades de mayor presencia representaron de 24 a 30 años, con 46,67 %; de 31 a 36 años, con 15,56 %; de 43 a 48 años, con 13,33 %; de 37 a 42 años y de 49 a 54 años, con 11,11 %; de 61 a 64 años, con 2,22 %; de 55 a 60 años, con 0,0 % Pregunta No. 3. ¿Tú horario es?: el horario de trabajo de mayor incidencia es de 10h30 a 19h30 del 66,70 %; de 08h30 a 17h00 del 11,10 %; de 07h00 a 16h00 y de 08h00 a 12h00 del 2,20 %; y horas extras o suplementarias del 17,80 %.

Pregunta No. 5, ¿Del siguiente listado de puestos de trabajo, marca el puesto en el que trabajas? Se refirió los puestos de trabajo de las unidades: Operarios Paletizado y Rebobinadora de Papel en 51,10 %; el Ayudante de Bodega un 40,00 %; el Bodeguero un 6,70 %; el Auxiliar de Mantenimiento un 2,20 %.

Pregunta No. 6, ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en este puesto? El tiempo en años que laboran en el puesto se puntualizó entre 1 a 5 años al 55,60 %; más de 5 años al 28,90 %; menos de 1 año al 15,60 %.

Pregunta No. 7, habitualmente. ¿Cuántas horas al día trabajas en este puesto? Se indicó las horas que habitualmente trabajan en el puesto: más de 4 horas del 91,10 %; 4 horas o menos de 8,90 %.

Daños a la salud derivados del trabajo. –

Tabla 2.
Pregunta No. 8. Para cada zona corporal indica si tienes molestia o dolor, su frecuencia te ha impedido realizar tu trabajo actual

| Partes anatómicas | Sin dolor | | Molestia | | Dolor | | Impide trabajar | | Consecuencia del puesto | | No reporta | | A veces | | Muchas veces | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | F | F% | F | F% | F | F% | F | F% | F | F% | F | F% | F | F% | F | F% |
| Cuello, hombros y/o espalda dorsal | 24 | 53,33 | 17 | 37,78 | 4 | 8,89 | 7 | 15,56 | 15 | 6,75 | 24 | 53,33 | 17 | 37,78 | 4 | 8,89 |
| Espalda lumbar | 19 | 42,22 | 21 | 46,67 | 5 | 11,11 | 6 | 13,33 | 19 | 8,55 | 19 | 42,22 | 22 | 48,89 | 4 | 8,89 |
| Codos | 43 | 95,56 | 1 | 2,22 | 1 | 2,22 | 2 | 4,44 | 2 | 0.90 | 41 | 91,11 | 3 | 6,67 | 1 | 2,22 |
| Manos y/o muñecas | 28 | 62,22 | 12 | 26,67 | 5 | 11,11 | 3 | 6,67 | 12 | 5,4 | 26 | 57,78 | 15 | 33,33 | 4 | 8,89 |
| Piernas | 34 | 75,56 | 7 | 15,56 | 4 | 8,89 | 4 | 8,89 | 9 | 6,75 | 34 | 75,56 | 4 | 8,89 | 7 | 15,56 |
| Rodillas | 33 | 73,33 | 8 | 17,78 | 4 | 8,89 | 1 | 2,22 | 11 | 4,95 | 32 | 71,11 | 9 | 20 | 4 | 8,89 |
| Pies | 22 | 48,89 | 18 | 37,78 | 5 | 11,11 | 7 | 15,56 | 18 | 6,75 | 23 | 51,11 | 11 | 24,44 | 11 | 24,44 |

Fuente: Pozo Marcelo. (2018). Elaboración propia. Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos.

Los encuestados refirieron tener molestia en espalda lumbar 46,67 %; cuello – hombros y los pies 37,78 %; las manos o muñecas 26,67 %; las rodillas 17,78 %; las piernas 75,56 %; los codos 2,22 %. Esas molestias impiden trabajar en cuello, hombros y/o espalda dorsal en 15,56 %; en espalda lumbar un 13,33 %; mientras que son consecuencia del puesto en zona de espalda lumbar con 8,55 %.

Posturas y acciones propias del trabajo. -

Las respuestas que se describieron están en relación con una jornada habitual en el puesto de trabajo en referencia a las respuestas de la pregunta No. 5

Pregunta No. 9, ¿Durante cuánto tiempo tienes que trabajar adoptando o realizando estas posturas? A "más de 4 horas": de pie sin andar apenas con 40,00 %; solo caminado con 37,78 %; caminando mientras bajan o suben niveles diferentes con 35,56 %. Seguido de 2,22% para la posición de sentado, en rodillas y tumbado.

Pregunta No. 10, ¿Durante cuánto tiempo tienes que trabajar adoptando o realizando estas posturas del cuello/cabeza? Por "más de 4 horas" al inclinar el cuello o/cabeza hacia delante con 28,89 %; "entre 30 minutos y 2 horas" de 17,78 %; "entre 2 y 4 horas" de 15,56 %; y "nunca/menos de 30 minutos" de 8,89 %.

Pregunta No. 11, ¿Durante cuánto tiempo tienes que trabajar adoptando o realizando estas posturas de espalda/tronco? Por "más de 4 horas" al inclinar la espalda/tronco hacia adelante de 0,27 % y 0,22 % al girar la espalda o tronco; en el tiempo menor "entre 2 y 4 horas" se gira la espalda o tronco con 0,24 % y con 0,20 % se inclinar la espalda/tronco hacia adelante.

Pregunta No. 12, ¿Durante cuánto tiempo tienes que trabajar adoptando o realizando estas posturas de hombros, muñecas, tobillos/pies? "Más de 4 horas" uno o ambas muñecas dobladas hacia arriba o hacia abajo hacia los lados o giradas (giro antebrazo) con el 26.66 %; las manos por encima en la cabeza o los codos por encima de los hombros y al ejercer la presión con uno de los pies con el 15,55 %.

Pregunta No. 13, La manipulación manual de cargas de más de 3 kg en total. Respondieron en relación a cada una de las tres acciones: "Más de 4 horas" al coger y/o dejar manualmente objetos, herramientas, del 51,11 %; al transportar manualmente objetos, herramientas, materiales, del 44,44 %; al empujar y/o arrastrar manualmente o utilizando algún equipo, objetos, herramientas materiales, del 37,78 %.

Pregunta No. 14, en general ¿Cómo valorarías las exigencias físicas de su puesto de trabajo? Las exigencias reportaron ser "altas" con 40,00 %; "moderadas" con 37,80 %; "muy altas" con 15,60 %; y "bajas" con 6,70 %

Pregunta No. 15, en relación a posturas y acciones propias del puesto de trabajo. En pregunta abierta se consultó ¿Cuál es la que más afecta más a tu salud y bienestar?: espalda – lumbar 71,11%; pies 42,22 %; cuello – hombro 40,00 %; manos 28,89 %; rodillas 26,67%; piernas 24,44 %; y codos 8,89 %.

Tabla 3.
Consolidado de resultados del Método Reba y Cuestionario de Daños Riesgos Resueltos

| **Método Reba** | | | | **Cuestionario de Daños Riesgos Resueltos** | |
|---|---|---|---|---|---|
| Partes anatómicas | Nivel de Riesgo | Frecuencia % | Puntuación | Posición anatómica | Frecuencia % |
| Tronco | Alto | 44,44 | Tronco está entre 20° y 60° de flexión o más de 20° de extensión | Espalda - lumbar | 71,11 |
| Cuello | Medio | 64,44 | Cuello está flexionado o extendido más de 20° | Cuello - hombro | 40,00 |
| Piernas Derecho | Medio | 42,22 | Soporte unilateral, soporte ligero o postura inestable | Piernas | 24,44 |
| Brazos derecho | Medio | 44,44 | Brazo está entre 21° y 45° de flexión o más de 20° de extensión | Codos | 8,89 |
| Antebrazo derecho | Medio | 75,56 | Antebrazo está flexionado por debajo de 60° o por encima de 100° | Codos | 8,89 |
| Muñeca derecha | Bajo | 77,78 | Muñeca está entre 0 y 15° de flexión o extensión | Manos | 28,89 |

Fuente: Pozo Marcelo. (2018). Elaboración propia. Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos.

Interpretación de resultados del Método Reba, y Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos, respecto a las posturas y la sintomatología musculo esquelético para el análisis:

"Nivel de riesgo alto": Tronco entre 20° y 60°, de flexión o más de 20° de extensión, se asoció con espalda lumbar con 71,11 %

"Nivel de riesgo medio": Cuello está flexionado o extendido más de 20°, se relaciona con cuello y hombro con 40,00 %. Brazo entre 21° y 45° de flexión o más de 20° de extensión, se asoció con los codos con 8,89 %. Antebrazo está flexionado por debajo de 60° o por encima de 100°, se vincula con los codos con 8,89 %.

"Nivel de riesgo bajo": Muñeca entre 0 y 15 ° de flexión y extensión, se asoció con las manos en un 28,89 %.

En el análisis inferencial la regla de decisión en la campana de Gauss se encuentra entre +12.592 Ho, el valor de chi2 calculado. En la decisión final el valor de Chi2 es de 14 puntos, este valor NO relaciona los codos con otras partes del cuerpo humano, mientras que los demás segmentos corporales tienen una relación directa y positiva. Existe un promedio de 8,02 puntos lo que permite APROBAR la hipótesis.

Tabla 4. Resultados del cálculo de Chi2.

| Parte del cuerpo Humano | $Chi^2$ | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Cuello, hombros y/o espalda | 11.76 | 6 | 0.068 |
| Espalda lumbar | 10 | 6 | 0.142 |
| **Codos** | **14** | **6** | **0.033** |
| Manos y/o muñecas | 7 | 6 | 0.319 |
| Piernas | 4 | 6 | 0.715 |
| Rodillas | 6 | 6 | 0.41 |
| Pies | 4 | 6 | 0.65 |
| **Promedio general** | **8.02** | **6** | **0.33** |

Fuente: Pozo Marcelo (2018). Elaboración propia. Calculo $Chi^2$

Discusión: Para posicionar el estudio en la ciencia y dar un significado a los resultados de la evaluación de posturas forzosas, la carga, el agarre y la actividad muscular, con orientación a las lesiones asociadas a una postura principalmente de tipo músculo esquelética obliga la urgencia de emplear medidas de control.

Los resultados del Método Reba orientan el tipo de acción a seguir, siendo "necesario su actuación", por encontrarse un nivel de "riesgo medio", su frecuencia de cuello con 64,44 %, antebrazo con 75,56 %, de brazos con 44,44 % y de piernas con 42,22 %. Estos resultados se relacionan con la prevalencia de exposición a riesgos ergonómicos, a mayor frecuencia en el periodo 1997 – 2003 de la población laboral española, un aumento en la exposición a posturas forzadas (23 % vs 29 %), manipulación de cargas (29 % vs. 36 %), esfuerzo físico (24 % vs 31%). Así el riesgo ergonómico con datos de MatEmESp (2005) la prevalencia de exposición a posturas forzadas en población laboral del 50 %, la prevalencia de exposición a posturas forzadas en las ocupaciones (CNO-94 con tres dígitos) oscila entre el 09 % y 96 %, en manipulación de cargas entre el 0 % y el 89 %, en movimientos repetidos entre el 15 % y el 95 % y en trabajo sedentario entre el 02 % y el 100 % (González, y Col, 2013). En el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, (2011) reporta en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT) los desórdenes osteomusculares como consecuencia de las posturas dolorosas o fatigantes (50,3%) y de la movilización de personas (43,9 %) ocasionando sintomatología de predominio lumbar cita en su artículo (Montalvo Prieto, Cortés Múnera, & Rojas López, 2015).

Para la debida discusión de los resultados del Cuestionario de Daños y Riesgos Resuelto a la luz de los conocimientos existentes, se considera que existe molestia en las zonas corporales de espalda lumbar con 46,67 %, en cuello – hombros de 37,78 %, en los pies con 37,78 %, las rodillas con 17,78 %. Se trabajó al día más de cuatro (04) horas de pie sin andar apenas con 40 %, en este mismo lapso de tiempo se adoptó las posturas de cuello o cabeza hacia adelante en un 28,89 %; también la postura de espalda y tronco hacia adelante con el 0,27 %, una o más muñecas dobladas hacia arriba o hacia abajo describe el 26,66 %. Para la manipulación de carga al coger y/o dejar manualmente objetos, herramientas, materiales de más de 03 kg con el 51,10 %, para culminar las exigencias físicas del puesto de trabajo son altas en un 40,00 %.

Estos resultados se comparan con los datos de Eurofound 2005 en la IV Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo, el 24,7 % de los trabajadores de la Unión Europea afirman sufrir dolor de espalda y el 22,8 % se queja de dolores musculares. (Asencio, Bastante & Diego-Más, 2012).

Los datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, (2011) reportan en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT) los

desórdenes osteomusculares como consecuencia de las posturas dolorosas o fatigantes (50,3 %) y de la movilización de personas (43,9 %) ocasionando sintomatología de predominio lumbar, (Montalvo Prieto, Cortés Múnera, & Rojas López, 2015).

En la actualidad los trastornos musculo esqueléticos - TME de origen laboral constituyen una de las principales causas de enfermedad relacionadas con el trabajo. En Europa el 24 % de los trabajadores afirman sufrir dolor de espalda y el 22,8 % se queja de dolores musculares, afirman (Asencio, Bastante & Diego-Más, 2012).

En el informe No 20 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, (2014) en empresas de industrias manufactureras, el estudio por ubicación de la lesión se encuentra las siguientes cifras: 448 en cabeza, 46 en cuello, 385 en tronco, 1.918 en miembro superior, 941 en miembro inferior, 235 en ubicación múltiple, 07 en lesiones generales, 14 sin lesiones, 121 sin información, 4,115 total.

De lo expuesto en concordancia con las teorías existentes es importante alertar la sintomatología músculo esqueléticas en zonas del cuello y hombro, que resulten un síndrome de tensión cervical, el síndrome cervical, torticolis, hombro congelado; en zona dorso lumbar repercuta la lesión de lumbalgias y hernias; en la zona de los codos, puede darse la presencia de codo de tenista, codo de golfista, codo del minero; en muñecas se relacionó con el aparecimiento de: tendinitis, la tenosinovitis, el ganglio, el síndrome DeQuervain, el síndrome del túnel carpiano, el síndrome del canal de Guyon, el dedo en maza, el síndrome de Raynaud; con las extremidades inferiores de los pies trascienda la lesión de tendinitis, tenosinovitis, daños en los ligamentos.

Se comprueba la hipótesis de trabajo al aceptar, la suposición: “si se adoptan posturas forzadas de forma continuada o repetitiva en el trabajo se presentará sintomatología músculo esquelética en los operarios que fabrican productos de limpieza.” Se permite aseverar los diferentes ensayos o pruebas que van a respaldar cada conclusión, señalando las faltas de correlación con los datos presentes de los “codos” con un “nivel de riesgo bajo” que no concuerdan con el cuadro de variables en el análisis de Chi2

Se delimito los aspectos no resueltos en relación a las medidas correctivas con la mejora en las condiciones del entorno de trabajo, su potencial limitación del estudio en opinión fundamentado sobre la base de los resultados obtenidos, se valore nuevamente las posturas forzosas en una segunda evaluación con el Método Reba, para confrontar lo actuado y valorar las recomendaciones en el medio, la fuente y el trabajador.

**Conclusiones:** Al adoptar posturas forzosas de forma continuada y repetitiva en el trabajo, se presenta sintomatología músculo esquelético. Existe asociación entre posturas forzosas y sintomatología músculo esquelético en los operarios que fabrican productos de limpieza.

Es concluyente aplicar el Método Reba, este instrumento es el más específico y adecuado para el análisis postural, de las diferentes zonas o segmentos corporales ya que es una herramienta de análisis postural especialmente sensible con las tareas que conllevan cambios inesperados de postura, como consecuencia normalmente de la manipulación de cargas inestables o impredecibles, de aquellas posturas forzosas más representativas.

El Cuestionario de Daños y Riesgos Resueltos alerta al investigador sobre el riesgo de lesiones asociadas a una postura, principalmente de tipo músculo esquelético, indicando en cada caso la urgencia de aplicar medidas correctivas.

**Bibliografía:**

Ardila Jaimes, C. P., & Rodríguez, R. M. (13 de febrero de 2013). Riesgo ergonómico en empresas artesanales del sector de la manufactura. Medicina y Seguridad del Trabajo, 102-111. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n230/original6.pdf

Arellano Dìaz, J., & Rodríguez Cabrera, R. (2013). Salud en el Trabajo y Seguridad Industrial (Primera Edición ed.). México DF: Alfaomega Grupo Editor SA de CV.

Bajaña, J. H. (2015). Repositorio Universidad de Guayaquil. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7168/1/Tesis%20Jose%20Baja%C3%B1a.pdf

Bravo Carrazco, V. P., & Espinoza Bustos, J. R. (Septiembre Diciembre de 2016). Factores de Riesgo Ergonómico en Personal de Atención. Ciencia y Trabajo(57), 150 - 153. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v18n57/0718-2449-cyt-18-57-00150.pdf

Castillo, J., Cubillos, À., Orozco, A., & Valencia, J. (09 de Agosto de 2007). El análisis económico y las lesiones de espalda en sistemas de producción flexible. Obtenido de Scielo. Revistas ciencias de la salud: http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n3/v5n3a5.pdf

Castillo, J., Cubillos, À., Orozco, A., & Valencia, J. (Septiembre Diciembre de 2007). El análisis ergonómico y las lesiones de espalda en sistemas de producción flexible. Ciencias y Salud, 5, 43 -57. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n3/v5n3a5.pdf

Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (4 de marzo de 2016). Resoluciòn CD 513. Obtenido de file:///C:/Users/Dell/Downloads/resolucion_513_marzo_4_20160235079001457651937.pdf

Consejo Superior del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (s.f.). Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente. Obtenido de http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/12/Reglamento-de-Seguridad-y-Salud-de-los-Trabajadores-y-Mejoramiento-del-Medio-Ambiente-de-Trabajo-Decreto-Ejecutivo-2393.pdf

Diego-Mas, J. A. (2015). Análisis de riesgos mediante la lista de comprobación ergonómica. (Ergonautas, Editor, & Universidad Politécnica de Valencia) Obtenido de http://www.ergonautas.upv.es/metodos/lce/lce-ayuda.php

Ergonomics plus. (s.f.). Rapid Entire Body Assessment/REBA. Obtenido de https://ergo-plus.com/wp-content/uploads/REBAa-step.pdf

Estrada Muñoz, J. (2015). Ergonomìa bàsica (Vol. 24 cm). (Primera, Ed.) Bogota: Ediciones de la U.

González Galarzo, M. C., GarcÍa, A. M., Gadea Merino, R., Martínez Martínez, J. M., & Velarde Collado, J. M. (06 de Noviembre - diciembre de 2013). Revista Española de Salud Pública. Obtenido de http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=17029591005

Gonzàlez Maestre, D. (2015). Ergonomìa y psicologìa (5ta ed.). Bogota, Colombia: FC Editorial Ediciones de la U.

González Ruiz, A., Mateo Floria, P., & González Maestre, D. (s.f.). Manual para el técnico en prevención de riesgos laborales II. 1489(02), novena. Madrid: Fundación confederal.

Guerrero Lana, S., Gamarra Guerrero, R., & Guerrero Agila, V. (s.f.). Doble presencia y riesgos ergonómicos en floricultura ecuatoriana. Obtenido de http://fenastac.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/0_03-DOBLE-PRESENCIA-Y-RIESGOS-ERGONOMICOS.pdf

Guerrero Lana, S., Prado Leòn, L., Contretras Estada, M., & Medina Aguilar, S. (Agosto de 2014). Sintomatología musculoesquelética y doble presencia en personal de una empresa de costura ecuatoriana. (D. E. Viveros, Ed.) Revista mexicana de salud en el trabajo, 6(16), 63. Obtenido de http://fenastac.org.mx/wp-content/uploads/2015/02/REMESAT-EDICI%C3%93N-16.pdf#page=42

Instituto de Seguridad y Salud Laboral - ISI. (s.f.). Prevención de riesgos ergonómicos. (CROEM Confederación Regional de Organizaciones Empresariales de Murcia) Recuperado el 2018, de http://www.croem.es/prevergo/formativo/1.pdf

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). Boletín estadístico número 20. Obtenido de https://www.iess.gob.ec/documents/10162/8421754/BOLETIN+ESTADISTICO+20+2014.p df

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). Informe de rendición de cuentas 2014. Obtenido de https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3780216/2015+04+01+Rendicion+de+cuentas+v3.pdf

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. (2004). NTP 674: Evaluación de la carga postural: método de la Universidad de Lovaina; método LUBA. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_674.pdf

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2001). NTP 601: Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural. Obtenido de Método Reba (Rapid Entire Body Assessment): http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601 a700/ntp_601.pdf

Lòpez, B. P., González, E. L., Colunga, C., & Oliva, E. (Mayo - agosto de 2014). Evaluación de sobrecarga postural en trabajadores: Revisión de la literatura. Ciencia & trabajo (50), 111/115. Recuperado el 2018, de Ciencia & Trabajo: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v16n50/art09.pdf

Montalvo Prieto, A. A., Cortés Múnera, Y. M., & Rojas López, M. C. (2 de Julio a diciembre de 2015). Revista hacia la promoción de la salud. Obtenido de Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculo esquelética en personal de enfermería: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309143500010

Montalvo, A. A., Cortés, Y. M., & Rojas, M. C. (Julio diciembre de 2015). Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. Hacia la promoción de la salud, 20(02), 132 - 146. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a10.pdf

Ordoñez, C., Gòmez, E., & Calvo, A. (2016). Desórdenes músculo esqueléticos relacionados con el trabajo. Revista colombiana de salud ocupacional, 7. Obtenido de file:///D:/C%20H%20E%20L%20O/MAESTRIA%20UCE%20Chelo/8.%20Temas%20Ergo NOMIA/Posturas%20ergonomicas/307-995-3-PB.pdf

Sevilla Zapater, M. J. (2014). Manual del Método ERGOPAR 2.0, 2.0. (a. y. Instituto sindical de trabajo, Editor, & (ISTAS-CCOO) Obtenido de http://ergopar.istas.net/ficheros/documentos/v2/Manual%20del%20M%C3%A9todo%20ERGOPAR%20V2.0.pdf

Siza, H. J. (2012). Repositorio escuela superior politécnica de Chimborazo. Obtenido de http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/2450/1/85T00230.pdf

Sociedad de ergonomistas de México A.C. (SEMAC). (abril de 2018). Ergonomía ocupacional. Investigaciones y soluciones. Obtenido de http://www.semac.org.mx/images/stories/libros/Libro%20SEMAC%202018.pdf

Troconis, F., Lubo Palma, A., Montiel, M., Quevedo, A., Rojas, L., Chacin, B., & Petti, M. (enero - junio de 2008). Valoración postural y riesgo de lesión músculo esquelética en trabajadores de una plataforma de perforación petrolera Lacustre. Salud de los trabajadores, 16(1), 43 - 51. Obtenido de file:///C:/Users/Dell/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_375839289005%20(1).pdf

# Redes Sociales de Apoyo como factor protector ante mobbing: un estudio cuantitativo en una empresa del sector tequilero en México.

# Social support networks as a protective factor againste bullying: a quantitative study in a tequila company in Mexico.

**Aguilar-Ocampo L.M., Pando-Moreno M., González Baltazar R.†, Colunga-Rodríguez C., Gascón Santos S., García-Cueva S.A., Flores-Carrillo R.**

*Autor de correspondencia:*

*Laura Marina Aguilar Ocampo* *marinaaguilarpsicologa@gmail.com*

## Resumen

**Resumen**

El acoso psicológico en el trabajo (mobbing) constituye un riesgo psicosocial que compromete gravemente la salud mental y el desempeño laboral. Esta investigación tuvo como objetivo analizar la función de las redes sociales de apoyo (objetivas y subjetivas) como factores protectores ante el mobbing en una empresa del sector tequilero en Jalisco, México. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal con una muestra de 147 trabajadores, aplicando el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO) y la Escala de Evaluación de Apoyo Social. Los resultados muestran que tanto el apoyo objetivo como el subjetivo se asocian significativamente con menor prevalencia de mobbing ( p= .000; OR= .094 y OR=.073 respectivamente). Estos hallazgos respaldan el modelo de salud organizacional positiva y evidencian la necesidad de fortalecer las redes de apoyo laboral como estrategia de prevención. Se discuten implicaciones teóricas y prácticas para la promoción de entornos organizacionalmente saludables.

## Palabras clave

Palabras clave: mobbing, factores psicosociales, apoyo social, salud laboral, redes laborales de apoyo.

## Abstract

Abstract

Psychological harassment at work (mobbing) is a psychosocial risk that seriously compromises mental health and job performance. This research aimed to analyze the role of social support networks (objective and subjective) as protective factors against mobbing in a tequila company in Jalisco, México. A quantitative cross-sectional study was conducted with a sample of 147 workers, applying the Inventory of Violence and Psychological Harassment at Work (IVAPT-PANDO) and the Social Support Assessment Scale. The results show that both objective and subjective support are significantly associated with a low prevalence of mobbing (p=.000; OR=.094 and OR= .073, respectively). These findings support the positive organizational health model and demonstrate the need to strengthen workplace support networks as a prevention strategy. Theoretical and practical implications for promoting healthy organizational environment are discussed.

## Keywords

Keywords: mobbing, psychosocial factors, social support, occupational health, work networks.

**Introducción**

Los cambios experimentados en las organizaciones durante las últimas décadas han transformado profundamente las condiciones laborales y las relaciones interpersonales en el trabajo. La globalización, la competitividad, la flexibilización organizacional y la incorporación de nuevas tecnologías han generado importantes beneficios en términos de productividad; sin embargo, también han incrementado la exposición de los trabajadores a diversos riesgos psicosociales. Entre ellos, el mobbing o acoso psicológico laboral constituye una de las problemáticas más relevantes para la salud ocupacional debido a sus efectos negativos sobre el bienestar físico, psicológico y social de los trabajadores (Gupta et al., 2020).

Actualmente, el mobbing es considerado un fenómeno multidimensional que involucra factores individuales, grupales y organizacionales, por lo que su comprensión requiere una perspectiva integral que considere tanto los factores de riesgo como los recursos protectores disponibles para los trabajadores (Boudrias et al., 2021).

La evidencia científica ha demostrado consistentemente que el acoso laboral genera consecuencias significativas para la salud mental y física. Diversas investigaciones longitudinales indican que las personas expuestas al mobbing presentan mayores niveles de ansiedad, depresión, agotamiento emocional, estrés psicológico, trastornos del sueño, disminución de la autoestima y deterioro de la calidad de vida (Boudrias et al., 2021; Holm et al., 2022).

Gil-Monte et. al. en 2024 señalan que la exposición prolongada al acoso psicológico puede incluso favorecer conductas de riesgo para la salud, incrementar la necesidad de apoyo profesional especializado y afectar significativamente el funcionamiento cotidiano de los trabajadores.

Diversos estudios han señalado que el mobbing no debe entenderse únicamente como un conflicto interpersonal aislado, sino como un fenómeno estrechamente relacionado con factores organizacionales tales como estilos de liderazgo inadecuados, conflictos de rol, sobrecarga laboral, ambigüedad de funciones y climas organizacionales caracterizados por escaso apoyo social y deficientes mecanismos de gestión de conflictos (Salin & Notelaers, 2020; Gupta et al., 2020).

Durante los últimos años ha surgido un interés creciente por analizar aquellos recursos que pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad de los trabajadores frente a este fenómeno. Desde esta perspectiva, las redes sociales de apoyo han adquirido una importancia particular debido a su capacidad para actuar como un mecanismo de protección psicológica y social ante situaciones de estrés y adversidad (Nakamura et al., 2022).

Las redes sociales de apoyo pueden definirse como el conjunto de relaciones interpersonales que proporcionan recursos emocionales, instrumentales, informativos y de valoración a los individuos. Estas redes incluyen vínculos familiares, amistades, compañeros de trabajo, supervisores y otras personas significativas que ofrecen ayuda, orientación, comprensión y respaldo en momentos de dificultad. En el ámbito laboral, el apoyo social constituye uno de los recursos psicosociales más relevantes para el afrontamiento de las demandas organizacionales y la promoción del bienestar ocupacional (Pauksztat et al., 2022).

La importancia del apoyo social ha sido ampliamente documentada en la literatura sobre salud ocupacional. Diversos estudios han demostrado que la percepción de contar con personas disponibles para brindar apoyo emocional y práctico se relaciona con menores niveles de estrés, mayor satisfacción laboral, mejor adaptación psicológica y menor incidencia de problemas de salud mental (Shorey & Wong, 2021; Nakamura et al., 2022). Estas evidencias sugieren que las redes sociales constituyen un recurso fundamental para enfrentar situaciones laborales adversas.

La relevancia de las redes sociales de apoyo en el contexto del mobbing ha sido respaldada por investigaciones recientes. Pauksztat y Salin (2020) señalaron que las relaciones sociales dentro de las organizaciones influyen tanto en la probabilidad de convertirse en víctima de acoso como en la manera en que las personas enfrentan sus consecuencias. Desde una perspectiva de redes sociales, los trabajadores que mantienen vínculos positivos y relaciones de apoyo suelen disponer de mayores recursos para afrontar

situaciones de hostilidad, acceder a ayuda y evitar el aislamiento que frecuentemente caracteriza a las víctimas de mobbing.

Una de las características más comunes del acoso laboral es precisamente el aislamiento progresivo de la víctima. Los agresores suelen intentar debilitar las relaciones sociales de la persona afectada mediante rumores, exclusión o desacreditación frente a compañeros y supervisores. Este proceso reduce las posibilidades de recibir apoyo y puede intensificar el impacto psicológico del acoso. En este sentido, las redes sociales de apoyo actúan como un mecanismo protector al contrarrestar el aislamiento social y proporcionar espacios seguros para la expresión emocional y la búsqueda de ayuda (Pauksztat & Salin, 2020).

La ausencia de apoyo puede incrementar sentimientos de aislamiento, inseguridad y desesperanza, favoreciendo la cronificación de los efectos psicológicos del acoso y dificultando la intervención temprana (Shorey & Wong, 2021).

Como resultado, numerosos investigadores han enfatizado la necesidad de fortalecer las redes de apoyo formales e informales dentro de las organizaciones como estrategia para promover la salud mental laboral y prevenir fenómenos de violencia psicológica en el trabajo (Holm et al., 2022).

Esta situación evidencia una necesidad importante de investigación. Comprender el papel de las redes sociales de apoyo como factor protector frente al mobbing puede aportar información valiosa para el diseño de intervenciones preventivas orientadas no solo a reducir la ocurrencia del acoso, sino también a fortalecer los recursos personales y organizacionales que favorecen la resiliencia y el bienestar de los trabajadores. Además, la identificación de mecanismos protectores puede contribuir al desarrollo de políticas organizacionales más efectivas para la promoción de entornos laborales saludables y sostenibles.

En consecuencia, el presente estudio parte de la premisa de que las redes sociales de apoyo constituyen un recurso psicosocial fundamental para enfrentar las experiencias de acoso laboral. Se plantea que una mayor percepción de apoyo social estará asociada con menores niveles de afectación psicológica y con una mejor capacidad de afrontamiento ante situaciones de mobbing. Analizar esta relación permitirá ampliar el conocimiento existente sobre los factores protectores en el ámbito laboral y contribuirá al diseño de estrategias de prevención e intervención basadas en el fortalecimiento de las relaciones sociales y el apoyo interpersonal dentro de las organizaciones.

**Metodología**

Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, transversal y correlacional. La población consistió en 147 trabajadores de una empresa del sector tequilero en Jalisco, México, compuesta mayoritariamente por hombres (91.8%) y personal operativo sindicalizado (89% y 87% respectivamente). Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos validades: el IVAPT-PANDO para medir mobbing y la Escala de Evaluación de Apoyo y Contacto Sociales de Díaz Veiga (modificada) para evaluar el apoyo social objetivo y subjetivo.

Para la evaluación del Mobbing se utilizó el Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo (IVAPT-PANDO), instrumento diseñado para la recolección de información sobre trabajadores víctimas de violencia psicológica en el trabajo, Mobbing, el primero construido y validado en Latinoamérica. El instrumento fue validado con una confiabilidad Alpha de Cornbach de 0.91 y explica el 53.74 de varianza. (Pando et. al., 2006)

El instrumento permite discernir tres elementos evaluados: presencia de violencia psicológica en el trabajo, intensidad de la violencia psicológica en el trabajo en general y el acoso psicológico en el trabajo. Señalando así que para evaluar la presencia de mobbing se requieren tres elementos: uno, que la presencia de comportamientos violentos de una o varias personas sobre otras, dos, que estos comportamientos se presenten de manera continuada durante cierto tiempo y, tres, que exista la intencionalidad de aniquilación o destrucción psicológica para obtener su salida de la organización o dañar deliberadamente a la persona. Se compone de 22 reactivos que plantean una aseveración sobre algún elemento constituyente del acoso.

Así mismo se utilizó la Escala de evaluación de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga, modificada por la Dra. Aranda y el Dr. Manuel Pando, este instrumento que incluye los elementos estructurales del Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga (Montorio, 1994) incluye tanto elementos estructurales de tamaño, frecuencia de contacto tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto emocional e instrumental, sobre una escala ordinal de tres puntos, como funcionales con respecto a la satisfacción subjetiva de su red de apoyo.

Para analizar las redes sociales de apoyo laborales, el instrumento original de Díaz Veiga fue modificado por Aranda y Pando (2004) agregando algunas interacciones como los compañeros de trabajo, superiores y subordinados, con ítems enfocados hacia el apoyo social que reciben y perciben los sujetos dentro de la institución, tanto para los aspectos objetivos como para los subjetivos. Cuenta con índices de consistencia interna buenos (.35 y .86) (Aranda, Pando & Rincón, 2009). Se suman los puntajes de cada aspecto obteniendo niveles alto, medio o bajo para redes objetivas y subjetivas.

Para recabar los datos sociodemográficos de los participantes se utilizó una hoja creada con ese fin específico. Los datos se analizaron con una base de datos en Excel, que posteriormente se importó a SPSS v21. Posteriormente, las variables medidas en escala nominal se analizaron en función de las distribuciones en porcentajes y tasas de prevalencia. Se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado y de Fisher para establecer la asociación entre variables. El nivel de significación estadística se estableció en $p > 0,05$. El estudio también evaluó el factor de riesgo (OR), considerándolo válido cuando el OR es mayor que 1, cuando los intervalos de confianza no incluyen la unidad y cuando existe un valor de asociación acorde con el nivel de significación estadística ($p < 0,05$).

## Resultados

**Resultados**

Los hallazgos revelaron una prevalencia de mobbing del 11.6% (17 casos) y una alta presencia de violencia psicológica generalizada (89.9%), ejercida principalmente por superiores. El análisis estadístico mediante la razón de momios (OR) comprobó la hipótesis de que las redes sociales de apoyo laboral, en niveles alto y medio, actúan como un factor protector crítico ante el mobbing. Se encontró una asociación signficativa de protección tanto en el apoyo objetivo (p=.000; OR=.094; I.C.= .030-.296), relacionado con la frecuencia de contactos, como el apoyo subjetivo (p=.000; OR=.073; I.C.= .019-.279), referido a la percepción de satisfacción del trabajador.

La prevalencia de mobbing del 11.6% detectada en esta empresa tequilera de Jalisco se sitúa en un rango comparable con otros estudios realizados en poblaciones administrativas mexicanas, donde se han reportado cifras entre el 10.3% y el 14%. Este hallazgo es particularmente relevante ante la alta presencia de violencia psicológica generalizada (89.8%) dentro de la organización, ejercida primordialmente por superiores. Los resultados de la investigación comprueban fehacientemente que las redes sociales de apoyo laboral, en niveles alto y medio, actúan como un factor protector crítico ante la presencia de mobbing.

El análisis estadístico demuestra que el apoyo objetivo, referido a la estructura de la red y frecuencia de contactos, posee una asociación causal significativa que disminuye el riesgo de padecer acoso (p=.000; OR=.094). De igual manera, el apoyo subjetivo, que se centra en la percepción de satisfacción del trabajador con su red, resultó ser un potente factor de protección ante el mobbing (p=.000; OR=.073). Estos datos validan la función de las redes sociales como amortiguadores ante el deterioro psicológico, moderando las conductas de satisfacción de necesidades sociales básicas como la identidad, la autoestima y la seguridad.

**TABLA 1. Prevalencia de violencia psicológica, intensidad de la violencia y acoso psicológico en el trabajo, Mobbing.**

| TIPO | NULA/BAJA | MEDIA | ALTA |
|---|---|---|---|
| Presencia de violencia psicológica en el trabajo. | 10,2 | 23,1 | 66,7 |
| Intensidad de la violencia psicológica en el trabajo. | 80,3 | 17,3 | 2,0 |
| Presencia de acoso psicológico en el trabajo, Mobbing. | 88,4 | 7,5 | 4,1 |

**TABLA 2. Presencia de Acoso Psicológico en el Trabajo.**

| VIOLENCIA PSICOLÓGICA | NULO | PRESENTE |
|---|---|---|
| Presencia de violencia psicológica en el trabajo. | 10,2 | 89,8 |
| Intensidad de la violencia psicológica en el trabajo. | 70,1 | 29,9 |
| Presencia de acoso psicológico en el trabajo, Mobbing. | 88,4 | 11,6 |

No obstante, es notable que estas redes sociales de apoyo no mostraron asociación como factor protector ante la presencia inicial de violencia, lo cual puedo explicarse por el contexto sociocultural de México. En nuestro entorno, la violencia laboral a menudo se encuentra en un punto de naturalización o invisibilización, siendo percibida como parte de la cotidianidad organizacional hasta que se convierte en un acoso sistemático o mobbing. Por ello, el fortalecimiento de los recursos derivados de las relaciones sociales mantenidas en el trabajo es vital para generar un entorno organizacionalmente saludable y prevenir el desvalimiento del trabajador.

**TABLA 3. Asociación estadística (valores p) de Redes Sociales de Apoyo y Presencia de Violencia Psicológica.**

| | PRESENCIA DE VIOLENCIA | INTENSIDAD DE VIOLENCIA | MOBBING |
|---|---|---|---|
| APOYO EXTRALABORAL OBJETIVO | ---------- | ---------- | p= .042<br>OR= .354<br>IC= ( .127 - .986) |
| APOYO EXTRALABORAL SUBJETIVO | p= .018<br>OR= .868<br>IC= ( .809 - .933) | p= .009<br>OR= .346<br>IC= ( .155 - .774) | p= .001<br>OR= .150<br>IC= ( .052 - .437) |
| APOYO LABORAL OBJETIVO | ---------- | ---------- | ---------- |
| APOYO LABORAL SUBJETIVO | ---------- | ---------- | ---------- |
| AMBOS APOYOS OBJETIVOS | p= .041<br>OR= .325<br>IC= ( .105 - 1.005) | p= .032<br>OR= .462<br>IC= ( .217 - .983) | p= .005<br>OR= .156<br>IC= ( .034 - .708) |
| AMBOS APOYOS SUBJETIVO | p= .002<br>OR= .128<br>IC= ( .028 - .591) | p= .058<br>OR= .528<br>IC= ( .267 - 1.086) | p= .001<br>OR= .111<br>IC= ( .024 - .504) |

Finalmente, los resultados subrayan la necesidad de transitar hacia un Enfoque Eugenésico Laboral, donde se prioricen los factores salutogénicos que posee el individuo. Fomentar la integración social y la confianza mutua entre compañeros y supervisores permite que el apoyo social funcione como una herramienta preventiva eficaz para romper el ciclo de violencia en sistemas organizacionales privados.

Discusión

La prevalencia de mobbing del 11.6% detectada en este estudio se sitúa en un rango comparable con investigaciones previas en el contexto mexicano, como las de Segura Aguirre (14%) en trabajadores administrativos (2013). Sin embargo, esta cifra difiere significativamente del 38.6% reportado para México en estudios transculturales más amplios, lo que resalta cómo la percepción del coso varía según el sector laboral y el instrumento de medida utilizado. Un hallazgo crítico es la alta presencia de violencia psicológica generalizada (89.8%), donde los superiores son identificados como los principales agresores (36%). Esto sugiere que en la organización existe una naturalización de la violencia laboral, validando la teoría de Bourdieu sobre la violenci simbólica, donde las relaciones de dominación y poder jerárquico se perciben como parte de la cotidianeidad organizacional.

En cuanto a las hipótesis principal, los resultados comprueban fehacientemente que las redes sociales de apoyo laboral actúan como un factor protector crítico ante el mobbing. El análisis estadístico demuestra que tanto el apoyo objetivo (frecuencia de contactos) como el apoyo subjetivo (satisfacción percibida) reducen significativamente el riesgo de padecer acoso (p=.000). Este efecto amortiguador se alinea con la Teoría del Apoyo Social de Caplan, reafirmando que la integración social y la confianza en compañeros y supervisores son recursos de afrontamiento vitales para preservar la salud mental. No obstante, es notable que estas redes no protegieron contra la presencia de violencia inicial, lo cual podría explicarse por el entorno sociocultural mexicano, donde la violencia se ha integrado en la naturaleza de las interacciones laborales, volviéndose "invisible" hasta que se convierte en acoso sistemático.

Las redes sociales de apoyo en el ámbito laboral funcionan como amortiguadores ante el deterioro psicológico, actuando como instancias moderadoras de la satisfacción de necesidades sociales básicas. Se concluye que fortalecer estos recursos dentro de la estructura formal de la empresa es vital para la promoción de la salud y la generación de un entorno organizacionalmente saludable, contribuyendo directamente a la prevención de la violencia psicológica en el trabajo.

La calidad de vida de hombres y mujeres dentro de una sociedad está determinada por las posibilidades que esta les ofrece para satisfacer sus necesidades y desarrollar sus habilidades individuales. En este sentido la Salud Ocupacional debe considerar al trabajador en su contexto biológico, social y psicológico, dentro de un amiente laboral. Se trata de una disciplina orientada a planear, organizar, ejecutar y evaluar actividades relacionadas con el trabajo, con el objetivo de prevenir, preservar y mejorar la salud del trabajador (Álvarez Heredia, Conti Parra, Valderrama Mantilla, Moreno Vargas, & Jiménez Barbosa, 2008).

Tradicionalmente, las acciones de la salud ocupacional han estado enfocadas en la identificación, valoración e intervención de condiciones riesgosas, como los factores físicos, químicos, biológicos y ergonómicos. Sin embargo, una visión más amplia incluye los factores psicosociales, que también impactan la salud laboral. Dentro de este contexto, el mobbing o acoso psicológico laboral ha cobrado cada vez mayor relevancia como problemática emergente (Pando Moreno et al., 2006).

El mobbing se define como una serie de conductas de acoso psicológico sistemático ejercidas por uno o varios individuos contra un trabajador. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que tanto la violencia física como la psicológica en el entorno laboral han alcanzado niveles preocupantes a escala global, si distinción de fronteras, profesiones ni tipos de organización (Uribe Prado, 2011), representa una forma de violencia estructural e interpersonal que afecta al bienestar psicosocial de los trabajadores y a la eficiencia organizacional (Hirigoyen, 1999; Einarsen, 1999).

Los estudios iniciales sobre mobbing se centraron en medir su prevalencia, pero obtener datos confiables ha sido todo un reto. La información suele provenir de entrevistas y cuestionarios aplicados a los trabajadores acosados, lo que introduce un alto grado de subjetividad. Además, existen limitaciones para hacer comparaciones válidas debido a la variabilidad en los métodos de medición, los contextos organizacionales y las diferencias culturales en torno a la percepción de la violencia (García-Izquierdo et. al., 2014). En España, Meseguer, Soler, García-Izquierdo, Sáez y Sánchez (2014), identificaron diversos factores psicosociales de riesgo asociados a su aparición, tales como la inadeacuada definición de roles, la sobrecarga mental, la falta de interés por el trabajo, la deficiente supervisión y la escasa participación de los trabajadores en las decisiones.

Respecto a las consecuencias del mobbing, se ha documentado que actúa como un estresor psicosocial de alto impacto. Por ejemplo, Einarsen y Raknes (1997), en un estudio con trabajadores noruegos, hallaron diferencias significativas en la salud física, cognitiva y social entre quienes fueron clasificados como acosados y aquellos que no. Estos efectos, sin embargo, varían entre individuos. Algunos experimentan altos niveles de estrés y malestar, mientras que otros logran afrontarlo con mayor resiliencia. Esto sugiere la existencia de factores individuales protectores que valdría la pena identificar y fortalecer.

Dentro de estos factores protectores, se destaca el papel de las redes sociales de apoyo. Según Aranda y Pando (2013) y acorde a la Teoría del Apoyo Social de Caplan, los seres humanos buscan integrarse en grupos que les permitan intercambiar recursos emocionales, materiales e informativos, lo cual contribuye significativamente a su bienestar. Estas redes han demostrado ser una herramienta fundamental para mitigar el impacto del mobbing, al proporcionar contención emocional y soporte práctico en contextos laborales adversos (Aranda & Pando, 2013).

Entonces, los resultados subrayan la necesidad de transitar hacia un Enfoque Eugenésico Laboral, donde se prioricen los factores salutogénicos que posee el individuo, fomentando la integración social y la confianza mutua entre compañeros y supervisores permite que el apoyo social funcione como herramienta preventiva eficaz para romper el ciclo de violencia en sistemas organizacionales privados.

**Conclusiones**

Esta investigación permite concluir de manera contundente que las redes sociales de apoyo laboral actúan como un factor protector crítico y significativo ante el mobbing. A través del análisis estadístico, se comprobó la hipótesis de que contar con niveles alto y medio de apoyo social en el trabajo reduce la probabilidad de ser víctima de acoso psicológico sistemático.

Entre los hallazgos más relevantes respeo a esta variable se encuentran:

- Eficacia del Apoyo Objetivo: se demostró que la estructura de la red y la frecuencia de los contactos sociales (apoyo objetivo) tienen una asociación causal que disminuye el riesgo de padecer mobbing (p=.000; OR=.094) e influye favorablemente ante la intensidad de la violencia.

- Impacto del Apoyo Subjetivo: la percepción de satisfacción del trabajador respecto al apoyo que recibe (apoyo subjetivo) resultó ser un protecor aún más potente (p=.000; OR= .073), subrayando que el sentimiento de

ser valorado y aceptado por los pares y superiores es fundamental para la salud mental.

• Función amortiguadora: las redes sociales de apoyo operan como amortiguadores ente el deterioro psicológico, funcionando como instancias moderadoras que satisfacen necesidades sociales básicas de identidad, autoestima y seguridad en el empleado.

• Limitación en la violencia inicial: es importante notar que en este contexto particular, las redes sociales no protegieron contra la presencia inicial de violencia, lo que sugiere que la agresión verbal o moral puede estar naturaliza en el entorno organizacional hasta que se convierte en un acoso sistemático.

La investigación señala que, aunque las redes sociales de apoyo son factores protectores robustos ante el mobbing, no muestran la misma eficacia contra la violencia inicial o genérica debido a los siguientes factores extraídos de las fuentes:

o Naturalización de la violencia: en el contexto sociocultural mexicano, la violencia laboral se encuentra a menudo en un punto de normalización e invisibilización. Esto implica que las agresiones verbales o morales iniciales se perciben como parte de la cotidianidad o la "naturaleza" del entorno organizacional, lo que impide que las redes de apoyo actúen preventivamente antes de que la situación se agrave.

o Violencia simbólica y jerarquía: basándose en la teoría de Pierre Bourdieu, el estudio explica que existe una aceptación de la dominación jerárquica como legítima. Bajo está lógica, las conductas agresivas iniciales pueden ser interpretadas por el grupo y el propio trabajador cmo una supervisión o autoridad mal aplicada encaminada a la productividad, y no como una agresión que requiera la activación de mecanismos de protección social.

o Falta de intencionalidad percibida: a diferencia del mobbing, que tiene una intención clara de aniquilación y destrucción para lograr la salida del trabajador, la violencia genérica inicial puede carecer de esa malicia explicita o ser vista como un subproducto de momentos de crisis en la organización. Por ello, las redes funcionan como un amortiguador ante el deterioro psicológico sistemático (daño), pero no necesariamente bloquean la presencia inicial de conductas hostiles.

o Cultura de poder: la dinámica de dominación-sumisión apoyada por creencias socialmente inculcadas sobre el poder hace que la violencia sea silenciosa en sus primeras etapas, lo que dificulta que el apoyo social subjetivo (el afecto y la identidad) se manifieste como una barrera efectiva desde el primer contacto agresivo.

En conclusión, las redes sociales de apoyo no protegen ante la violencia inicial porque esta se considera invisible o normalizada dentro de las prácticas laborales del contexto estudiado, activándose su función protectora solo cuando la agresión se vuelve recurrente, sistemática y dañada, por lo que se ratifica la necesidad de fortalecer las redes formales de apoyo dentro de las empresas. Fomentar la integración social y la confianza mutua no solo ayuda a enfrentar conductas hostiles, sino que es una herramienta de prevención eugenésica indispensable para generar entornos organizacionalmente saludables y proteger la integridad del capital humano.

**Referencias**

Álvarez Heredia F, Conti Parra L, Valderrama Mantilla F, Moreno Vargas O, Jiménez Barbosa I. Salud ocupacional. Bogotá Ecoes. 2007

Aranda, C., Pando Moreno, M., & Rincón Ramírez, R. (2009). Redes de Apoyo Social y Salud. Apreciaciones teóricas y metodológicas. Guadalajara: PIENSO en Latinoamérica.

Aranda, C., Pando, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara.

Aranda, C., Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista IIPSI. Facultad de Psicología. UNMSM.

Barrón, A. (2006). Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Boudrias, V., Trépanier, S. G., & Salin, D. (2021). A systematic review of research on the longitudinal consequences of workplace bullying and the mechanisms involved. Aggression and Violent Behavior, 56, 101508. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101508Chappell, D., & Di Martino, V. (1998). Violence at Work. Ginebra: OIT.

Einarsen, S., & Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. Violence and Victims, 12(3), 247–263. https://doi.org/10.1891/0886-6708.12.3.247

Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. International Journal of Manpower, 20(1/2), 16–27. https://doi.org/10.1108/01437729910268588

García-Izquierdo, M., Meseguer, M., Soler, M. I., & Sáez, M. C. (2014). Avances en el estudio del acoso psicológico en el trabajo. Papeles del Psicólogo, 83-90.

Gil-Monte, P. R., Espejo, B., Checa, I., & Gil-LaOrden, P. (2024). Mobbing as a predictor of health risk behaviours and seeking specialist support in non-university teachers. Journal of Work and Organizational Psychology, 40(1), 41–49. https://doi.org/10.5093/jwop2024a4

Gupta, P., Gupta, U., & Wadhwa, S. (2020). Known and unknown aspects of workplace bullying: A systematic review of recent literature and future research agenda. Human Resource Development Review, 19(3), 263–308. https://doi.org/10.1177/1534484320936812

Hirigoyen, Marie-France. (1999). El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Paidos. Barcelona.

Holm, K., Torkelson, E., & Bäckström, M. (2022). Workplace incivility as a risk factor for workplace bullying and psychological well-being. BMC Psychology, 10(1), 299. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00996-1

De Pedro, M. M., Soler, M. I., & García-Izquierdo, M. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. Anales De Psicología, 30(2). https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251

Nakamura, M., Tsuno, K., Inoue, A., & Kawakami, N. (2022). Do personal resilience, coping styles, and social support prevent future psychological distress when experiencing workplace bullying? BMC Psychology, 10(1), 310. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00991-6

Pauksztat, B., & Salin, D. (2020). Targets' social relationships as antecedents and consequences of workplace bullying: A social network perspective. Frontiers in Psychology, 10, 3077. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03077

Pauksztat, B., Salin, D., & Kitada, M. (2022). Bullying behavior and employee well-being: How do different forms of social support buffer against depression, anxiety and exhaustion? International Archives of Occupational and Environmental Health, 95(7), 1633–1644. https://doi.org/10.1007/s00420-022-01844-w

Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Preciado Serrano, L., Franco Chávez, S., & Salazar Estrada, G. (2006). Validez y confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). Enseñanza e Investigación en Psicología, 319-332.

Uribe Prado, J.F. (2011). Violencia y acoso en el trabajo Mobbing. Manual Moderno. México. UNAM.

Segura Aguirre A., Hernández Arista U., Ballesteros Ayala J. Acoso psicológico en el trabajo y su relación con síntomas psicopatológicos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2013;18(2):359-71.

Shorey, S., & Wong, P. Z. E. (2021). A qualitative systematic review on nurses' experiences of workplace bullying and implications for nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 77(11), 4306–4320. https://doi.org/10.1111/jan.14912

# Reincorporación laboral en trabajadores con trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional: perfil epidemiológico y condiciones laborales

# Return to Work Outcomes in Workers with Occupational Post-Traumatic Stress Disorder: Epidemiological Profile and Working Conditions

**Castañeda-Borrayo Y, Guzmán-Silahua S, Aranda Beltrán C., Nava-Zavala A. H. y Márquez Ramos M. E.**

**Resumen**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen ocupacional es un problema emergente de salud mental que puede afectar la capacidad funcional y los procesos de reincorporación laboral de los trabajadores expuestos a eventos traumáticos durante el desempeño de sus funciones. El objetivo del estudio fue analizar el perfil epidemiológico y las condiciones de reincorporación laboral de trabajadores diagnosticados con TEPT de origen ocupacional. Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo basado en la revisión de expedientes clínicos y registros médico-laborales de una institución pública de seguridad social en México. Se identificaron nueve trabajadores con diagnóstico confirmado de TEPT de origen ocupacional atendidos entre el 2020 y 2023. Se analizaron variables sociodemográficas, laborales, clínicas y elementos relacionados con las condiciones de reincorporación laboral. La edad promedio de los participantes fue de 39.8 años y el 56% correspondió al sexo masculino. Los días de incapacidad laboral variaron entre 10 y 658 días, con un promedio de 217 días. El 33% de los trabajadores presentó secuelas permanentes al momento de la reincorporación. La etiología del TEPT se asoció principalmente con factores psicosociales laborales (56%) y con exposición ocupacional relacionada con la pandemia de COVID-19 (44%). Aunque todos los trabajadores reportaron apoyo familiar, el apoyo organizacional fue limitado y no se documentaron programas institucionales/empresariales de reincorporación laboral, evaluaciones médicas posteriores ni intervenciones psicológicas durante su proceso. La ausencia de estrategias estructuradas para facilitar la reincorporación laboral en trabajadores con TEPT de origen ocupacional resalta la necesidad de fortalecer las políticas de salud mental y de desarrollar programas de rehabilitación y retorno laboral dirigidos a trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo.

**Palabras clave:** Reincorporación laboral; trastorno de estrés postraumático; salud mental laboral; salud ocupacional; factores psicosociales.

**Abstract**

Occupational post-traumatic stress disorder (PTSD) is an emerging mental health issue that can affect the functional capacity and job reintegration processes of workers exposed to traumatic events during their duties. The aim of the study was to analyze the epidemiological profile and the conditions of job reintegration of workers diagnosed with occupational PTSD. An observational, cross-sectional, and retrospective study was conducted based on the review of clinical files and medical-labor records from a public social security institution in Mexico. Nine workers with a confirmed diagnosis of occupational PTSD were identified, having been treated between 2020 and 2023. Sociodemographic, labor, clinical variables, and elements related to job reintegration conditions were analyzed. The average age of participants was 39.8 years, and 56% were male. Days of work incapacity varied between 10 and 658 days, with an average of 217 days. Thirty-three percent of workers had permanent sequelae at the time of reintegration. The etiology of PTSD was primarily associated with psychosocial labor factors (56%) and workplace exposure related to the COVID-19 pandemic (44%).

Although all workers reported family support, organizational support was limited, and no institutional/company reintegration programs, follow-up medical evaluations, or psychological interventions were documented during their process. The lack of structured strategies to facilitate job reintegration in workers with occupational PTSD highlights the need to strengthen mental health policies and to develop rehabilitation and return-to-work programs aimed at workers with work-related mental disorders.

**Keywords:** Return to work; post-traumatic stress disorder; workplace mental health; occupational health; psychosocial factors.

## Introducción

**Introducción**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) constituye uno de los trastornos mentales asociados a trauma con mayor impacto sobre la capacidad funcional y la participación laboral de los trabajadores expuestos a eventos críticos. Aunque la prevalencia de TEPT en la población general se estima entre 3% y 4% a nivel mundial, diversos estudios epidemiológicos han demostrado que determinadas exposiciones ocupacionales incrementan significativamente este riesgo, particularmente en trabajadores expuestos a violencia laboral, accidentes graves o eventos potencialmente traumáticos durante el desempeño de sus funciones (Kessler et al., 2005). En este contexto, la literatura epidemiológica ha documentado que la exposición a traumas relacionados con el trabajo se asocia con un riesgo sustancialmente mayor de desarrollar TEPT y otros trastornos mentales relacionados con el trauma en comparación con trabajadores no expuestos (Petereit-Haack et al., 2020). Estos hallazgos han posicionado al TEPT ocupacional como una condición emergente dentro del campo de los riesgos psicosociales laborales, debido a sus consecuencias sobre la incapacidad laboral, el ausentismo laboral prolongado y las dificultades en los procesos de reincorporación al trabajo (Coenen & van der Molen, 2021).

Desde una perspectiva epidemiológica, diversos estudios han documentado que la frecuencia del trastorno de estrés postraumático es significativamente mayor en determinados grupos ocupacionales expuestos a eventos potencialmente traumáticos durante el desempeño de sus funciones. Investigaciones realizadas en trabajadores de primera respuesta han identificado prevalencias elevadas de síntomas de TEPT, particularmente en personal policial, bomberos y paramédicos, con estimaciones que pueden oscilar entre 10% y 15%, cifras considerablemente superiores a las observadas en la población general (Petrie et al., 2018). De manera similar, estudios realizados en profesionales del sector salud han reportado una mayor frecuencia de síntomas relacionados con trauma psicológico en trabajadores expuestos a situaciones clínicas críticas, violencia laboral o eventos adversos durante la atención sanitaria (Carmassi et al., 2020). Asimismo, análisis epidemiológicos en diferentes contextos laborales han demostrado que la exposición ocupacional a eventos traumáticos se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar TEPT y otros trastornos mentales relacionados con el trauma, lo que evidencia la relevancia de los factores laborales en la aparición de estos trastornos (Coenen & van der Molen, 2021). Investigaciones recientes también han señalado que la exposición ocupacional sostenida a factores traumáticos puede afectar de manera importante la funcionalidad laboral, la estabilidad emocional y la permanencia en el empleo, particularmente cuando existe escaso apoyo organizacional y ausencia de programas estructurados de reincorporación laboral (Lambreghts et al., 2023; Nowrouzi-Kia et al., 2023).

Desde una perspectiva conceptual, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático en el ámbito laboral se ha vinculado estrechamente con la exposición a riesgos psicosociales, entendidos como aquellas condiciones derivadas de la organización, el contenido y el entorno del trabajo que pueden afectar la salud mental de los trabajadores. Entre estos factores se incluyen la exposición a violencia laboral, eventos traumáticos durante la actividad laboral, alta carga emocional del trabajo, presión psicológica sostenida y la ausencia de apoyo organizacional o social en el entorno laboral. Diversos estudios han señalado que la exposición repetida a eventos traumáticos en el trabajo, particularmente en ocupaciones como servicios de

emergencia, fuerzas de seguridad o atención sanitaria, puede incrementar significativamente la probabilidad de desarrollar síntomas persistentes de estrés postraumático y otros trastornos relacionados con el trauma (Skogstad et al., 2013). Asimismo, la evidencia epidemiológica indica que la acumulación de experiencias traumáticas laborales y la falta de mecanismos institucionales de apoyo o intervención temprana pueden favorecer la cronificación de los síntomas y dificultar la recuperación funcional de los trabajadores afectados (Bisson et al., 2015). Estudios recientes han señalado que el apoyo organizacional, la adaptación de funciones y las intervenciones psicosociales tempranas constituyen factores clave para favorecer la recuperación funcional y disminuir las barreras durante el retorno al trabajo en personas con trastornos mentales relacionados con trauma y estrés (Andersen et al., 2012; Edgelow et al., 2020).

La presencia de TEPT de origen laboral puede tener consecuencias significativas sobre la trayectoria laboral de los trabajadores afectados, particularmente en relación con los procesos de incapacidad temporal, el ausentismo prolongado y las dificultades en la reincorporación al trabajo. Diversos estudios han señalado que los trastornos mentales relacionados con el trabajo se asocian con periodos más prolongados de incapacidad laboral en comparación con otras condiciones de salud, lo que genera importantes repercusiones tanto para los trabajadores como para los sistemas de seguridad social y las organizaciones laborales (Dewa et al., 2014). Asimismo, investigaciones realizadas en el ámbito de la rehabilitación laboral han documentado que los trabajadores con trastornos mentales, incluyendo TEPT, presentan mayores dificultades para retornar al trabajo de manera sostenida, particularmente cuando no existen programas estructurados de reintegración laboral o intervenciones psicosociales en el entorno de trabajo (Dewa et al., 2015). En este sentido, la reincorporación laboral se reconoce actualmente como un proceso complejo que depende no solo de la evolución clínica del trabajador, sino también de factores organizacionales, condiciones laborales y disponibilidad de estrategias institucionales de apoyo durante el retorno al trabajo. Una revisión exploratoria reciente sobre intervenciones en terapia ocupacional en trabajadores con trastornos relacionados con trauma y estrés señaló que los programas multidisciplinarios orientados al retorno laboral pueden mejorar la funcionalidad y favorecer la permanencia laboral, aunque la evidencia continúa siendo limitada en sistemas públicos de salud y seguridad social (Edgelow et al., 2020). A pesar del creciente reconocimiento de los riesgos psicosociales laborales y de los trastornos mentales relacionados con el trabajo, la evidencia empírica sobre las condiciones de reincorporación laboral en trabajadores con TEPT de origen ocupacional sigue siendo limitada, particularmente en países de ingresos medios y en sistemas públicos de seguridad social. La mayor parte de los estudios disponibles se han centrado en la prevalencia de síntomas o en la identificación de factores de riesgo, mientras que existen menos investigaciones orientadas a comprender las condiciones laborales y organizacionales presentes durante los procesos de retorno al trabajo en trabajadores diagnosticados con TEPT (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

En este contexto, analizar las características epidemiológicas de los trabajadores afectados, así como los elementos institucionales que intervienen en su reincorporación laboral, resulta fundamental para orientar el diseño de estrategias de prevención, rehabilitación y reintegración laboral en el ámbito de la salud ocupacional. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar el perfil epidemiológico y las condiciones de reincorporación laboral de trabajadores diagnosticados con trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional atendidos en una institución pública de seguridad social en México.

**Metodología**

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo basado en registros institucionales de una institución pública de seguridad social en México. La investigación se desarrolló a partir de la revisión de expedientes clínicos y registros médico-laborales correspondientes a trabajadores con diagnóstico confirmado de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen ocupacional atendidos entre los años 2020 y 2023.

La población de estudio estuvo conformada por nueve trabajadores con diagnóstico clínico documentado de TEPT relacionado con exposición a eventos traumáticos ocurridos durante el desempeño de sus funciones laborales. Los casos fueron identificados mediante la

revisión sistemática de expedientes clínicos, dictámenes médico-laborales y registros institucionales disponibles en la unidad médica correspondiente. Se incluyeron trabajadores con diagnóstico confirmado de TEPT de origen ocupacional y antecedentes documentados de exposición a eventos traumáticos en el contexto laboral. Se excluyeron registros incompletos o aquellos en los que no fue posible establecer la relación entre el evento traumático y la actividad laboral.

Para cada caso se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y laborales obtenidas mediante revisión documental de expedientes clínicos y registros médico-laborales. Entre las variables sociodemográficas se incluyeron edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad. Las variables laborales incluyeron ocupación, antigüedad en el puesto, turno de trabajo y características de la jornada laboral. Asimismo, se analizaron variables clínicas y médico-laborales relacionadas con duración de la incapacidad laboral, presencia de secuelas y características generales del proceso de reincorporación laboral.

De manera complementaria, se aplicó un interrogatorio estructurado diseñado por los investigadores con el propósito de identificar elementos relacionados con las condiciones de reincorporación laboral posteriores al retorno al trabajo. El instrumento estuvo conformado por 14 preguntas dirigidas a explorar apoyo organizacional, apoyo familiar, continuidad en el puesto y horario laboral, modificaciones en las actividades desempeñadas, percepción de suficiencia salarial, existencia de evaluaciones médicas posteriores, intervenciones psicológicas, adaptación de funciones laborales, horarios flexibles y modalidades de teletrabajo. El interrogatorio fue aplicado de manera directa a los trabajadores participantes y la información obtenida se analizó de forma independiente a los hallazgos derivados de la revisión de expedientes clínicos y registros institucionales.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva. Las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables continuas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión. El procesamiento y organización de la información se realizó utilizando herramientas de análisis estadístico descriptivo.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos para la investigación en seres humanos. La información derivada de los expedientes clínicos fue tratada de manera confidencial y anonimizada para fines de análisis, mientras que los trabajadores que participaron en el interrogatorio estructurado otorgaron su consentimiento informado para el uso de la información con fines de investigación. Asimismo, se contó con la aprobación del comité de ética e investigación institucional correspondiente. Este trabajo forma parte de un proyecto doctoral orientado al análisis de los procesos de reincorporación laboral en trabajadores con trastornos mentales de origen ocupacional, aprobado por el comité institucional bajo el folio correspondiente.

**Resultados**

Se analizaron nueve casos de trabajadores con diagnóstico confirmado de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen ocupacional atendidos entre 2020 y 2023. A partir de la revisión de expedientes clínicos y registros médico-laborales se obtuvieron variables sociodemográficas, laborales y clínicas. Adicionalmente, mediante la aplicación de un interrogatorio estructurado se obtuvo información relacionada con las condiciones de reincorporación laboral posteriores al retorno al trabajo.

Hallazgos obtenidos mediante revisión de expedientes clínicos y registros médico-laborales

Características sociodemográficas de la población de estudio

Las variables sociodemográficas fueron obtenidas mediante revisión de expedientes clínicos y registros institucionales. La edad de los participantes osciló entre 26 y 57 años, con una media de 39.8 años. Tres participantes se ubicaron en el rango etario de 21 a 30 años (33%), mientras que los demás se distribuyeron de manera similar en los grupos de 31 a 40 años, 41 a 50 años y 51 a 60 años (2 casos cada uno, 22%). En relación con el sexo, se identificaron 5 participantes masculinos (56%) y 4 femeninos (44%). Respecto al estado civil, 5 participantes estaban casados (56%), 2 en unión libre (22%) y 2 solteros (22%). En cuanto al nivel educativo, 4 participantes reportaron bachillerato (44%), 3 secundaria (33%) y 2 carrera técnica (22%) (Tabla 1).

*Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio (n = 9)*

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| **Edad (años)** | | |
| 21–30 | 3 | 33 |
| 31–40 | 2 | 22 |
| 41–50 | 2 | 22 |
| 51–60 | 2 | 22 |
| **Sexo** | | |
| Masculino | 5 | 56 |
| Femenino | 4 | 44 |
| **Nivel educativo** | | |
| Secundaria | 3 | 33 |
| Bachillerato | 4 | 44 |
| Carrera técnica | 2 | 22 |
| **Estado civil** | | |
| Soltero(a) | 2 | 22 |
| Casado(a) | 5 | 56 |
| Unión libre | 2 | 22 |

Características laborales de la población de estudio

La distribución ocupacional de los trabajadores con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen laboral incluyó puestos administrativos y operativos. Entre las ocupaciones registradas se identificaron gerentes o jefes de área (22%), conductores de transporte terrestre (22%), así como puestos individuales como auxiliar de prevención, vendedor, operador de ambulancia, auxiliar de soporte técnico en informática y administrador (11% cada uno).

En relación con la antigüedad laboral en el puesto, el 44% de los participantes tenía entre 5 y 10 años de servicio, el 33% entre 10 y 20 años y el 22% más de 20 años. Respecto al turno de trabajo, el más frecuente fue el turno matutino (44%), seguido del vespertino (22%), turnos variables (22%) y jornada acumulada (11%) (Tabla 2). Las variables antriore fueron obtenidas mediante revisión de expedientes clínicos, registros médico-laborales y documentación institucional disponible.

*Tabla 2. Características laborales de la población de estudio (n = 9)*

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| **Puesto de trabajo** | | |
| Gerentes o jefes de área | 2 | 22 |
| Auxiliar de prevención | 1 | 11 |
| Vendedor(a) | 1 | 11 |
| Operador de ambulancia | 1 | 11 |
| Auxiliar de soporte técnico en informática | 1 | 11 |
| Administrador | 1 | 11 |
| Conductor de transporte terrestre | 2 | 22 |
| **Antigüedad en el puesto** | | |
| 5–10 años | 4 | 44 |
| 10–20 años | 3 | 33 |
| Más de 20 años | 2 | 22 |
| **Turno de trabajo** | | |
| Matutino | 4 | 44 |
| Vespertino | 2 | 22 |
| Variable | 2 | 22 |
| Jornada acumulada | 1 | 11 |

Diagnósticos etiológicos asociados al TEPT de origen ocupacional

Los diagnósticos etilológicos fueron idenfiquicados mediate la revisión de expedientes clínicos, dictámenes médico-laborales y registros institucionales. distribución de los diagnósticos etiológicos mostró que la mayor proporción de los casos se relacionó con factores psicosociales asociados al entorno laboral. En total, 5 casos (56%) se asociaron con factores psicosociales, mientras que 4 casos (44%) se relacionaron con exposición ocupacional vinculada al contexto de atención de pacientes durante la pandemia de COVID-19. La distribución completa de los diagnósticos etiológicos se presenta en la Tabla 3.

*Tabla 3. Distribución de diagnósticos etiológicos en la población de estudio (n = 9)*

| Diagnóstico etiológico | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| Factores psicosociales | 5 | 56 |
| Exposición ocupacional relacionada con COVID-19 | 4 | 44 |

Nota: Los porcentajes se calcularon con base en el total de participantes incluidos en el estudio (n = 9). La categoría “exposición ocupacional relacionada con COVID-19” incluyó trabajadores con antecedente de contagio por COVID-19 reconocido como de origen ocupacional o con participación laboral directa en la atención de pacientes durante la pandemia, en contextos de alta carga emocional y exposición a eventos potencialmente traumáticos.

Incapacidad laboral y presencia de secuelas

A partir de sistemas de registros electrónicos de incapacidades temporales para el trabajo se identificó que los días de incapacidad laboral en los trabajadores con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen ocupacional variaron entre 10 y 658 días, con un promedio de 217 días. En relación con el dictamen médico-laboral al momento de la reincorporación, se identificó que 6 trabajadores (66%) no presentaron secuelas valorables, mientras que 3 trabajadores (33%) fueron dictaminados con secuelas permanentes (Tabla 4).

La información relacionada con la presencia de secuelas se identificó mediante revisión de expedientes clínicos y registros de sistemas electrónicos de Salud en el Trabajo.

*Tabla 4. Incapacidad laboral y presencia de secuelas en la población de estudio (n = 9)*

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| **Días de incapacidad** | | |
| Mínimo | 10 | — |
| Máximo | 658 | — |
| Promedio | 217 | — |
| **Secuelas al momento de la reincorporación** | | |
| Sin secuelas | 6 | 66 |
| Con secuelas | 3 | 33 |

Nota: Los valores mínimo, máximo y promedio corresponden al número de días de incapacidad laboral acumulados durante el proceso clínico-laboral previo a la reincorporación al trabajo.

Hallazgos obtenidos mediante interrogatorio estructurado sobre reincorporación laboral

Los siguientes hallazgos corresponden a la información obtenida mediante el interrogatorio estructurado aplicado a los trabajadores participantes con el propósito de explorar las condiciones de reincorporación laboral posteriores al retorno al trabajo.

Condiciones de reincorporación laboral

En relación con las condiciones de reincorporación laboral posteriores al diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT), el 100% de los trabajadores reportó contar con apoyo familiar durante el proceso de retorno al trabajo. Sin embargo, únicamente el 33% refirió haber recibido apoyo por parte de la empresa o de sus compañeros de trabajo.

La continuidad en el puesto laboral se mantuvo en el 67% de los casos, proporción similar a la observada para la continuidad en el horario laboral. El 56% de los trabajadores conservó los mismos días laborales posteriores a su reincorporación. En cuanto a las actividades desempeñadas tras el retorno al trabajo, el 56% reportó cambios en sus funciones laborales y el 33% señaló realizar actividades más complejas que las previamente desarrolladas.

No se documentaron programas de reincorporación laboral, evaluaciones médicas posteriores al retorno, intervenciones psicológicas ni procesos formales de adaptación de funciones laborales. Asimismo, únicamente el 11% de los trabajadores consideró que su salario era suficiente, y ninguno reportó contar con esquemas de horarios flexibles o modalidades de teletrabajo (Tabla 5).

*Tabla 5. Condiciones de reincorporación laboral en la población de estudio (n = 9)*

| Elemento | Frecuencia (Sí) | Porcentaje (%) |
|---|---|---|
| Apoyo de la empresa | 3 | 33 |
| Apoyo de compañeros | 3 | 33 |
| Apoyo familiar | 9 | 100 |
| Mismo puesto | 6 | 67 |
| Mismo horario | 6 | 67 |
| Mismos días laborales | 5 | 56 |
| Cambio de actividades | 5 | 56 |
| Actividades más sencillas | 0 | 0 |
| Actividades más complejas | 3 | 33 |
| Programa de reincorporación laboral | 0 | 0 |
| Evaluaciones médicas posteriores | 0 | 0 |
| Intervenciones psicológicas | 0 | 0 |
| Adaptación de funciones | 0 | 0 |
| Salario suficiente | 1 | 11 |
| Horarios flexibles | 0 | 0 |
| Opción de teletrabajo | 0 | 0 |

**Discusión**

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico y las condiciones de reincorporación

laboral de trabajadores diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen ocupacional atendidos en una institución pública de seguridad social en México. Los resultados muestran que los trabajadores afectados presentaron periodos prolongados de incapacidad laboral, con una duración promedio superior a seis meses, y que una proporción relevante presentó secuelas permanentes al momento de su reincorporación laboral. Además, se observó que el retorno al trabajo ocurrió en la mayoría de los casos sin la existencia de programas institucionales estructurados de reintegración laboral, evaluaciones médicas posteriores al retorno ni intervenciones psicológicas formales. Estos hallazgos sugieren que, aunque los trabajadores lograron reincorporarse a sus actividades laborales, el proceso de retorno se desarrolló en gran medida sin mecanismos organizacionales específicos orientados a facilitar la adaptación laboral y la recuperación funcional tras un trastorno mental relacionado con el trabajo.

Los resultados observados son consistentes con la literatura internacional que señala que los trastornos mentales relacionados con el trabajo se asocian con periodos prolongados de incapacidad laboral y con mayores dificultades en los procesos de reincorporación al trabajo. Diversas investigaciones han documentado que las enfermedades mentales constituyen una de las principales causas de ausentismo laboral prolongado en distintos sistemas de seguridad social, lo que genera importantes repercusiones para los trabajadores, las organizaciones laborales y los sistemas de protección social (Dewa et al., 2014). En particular, el trastorno de estrés postraumático relacionado con el trabajo se ha asociado con alteraciones persistentes en el funcionamiento psicológico y social, lo que puede dificultar el retorno al trabajo de manera sostenida si no se implementan estrategias adecuadas de rehabilitación laboral (Skogstad et al., 2013). Estudios recientes han señalado que los trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo presentan mayores dificultades para mantener una reincorporación laboral sostenida cuando no existen programas estructurados de retorno al trabajo, apoyo organizacional o intervenciones orientadas a la adaptación laboral y recuperación funcional (Lambreghts et al., 2023; Nowrouzi-Kia et al., 2023).

Otro hallazgo relevante del estudio fue la ausencia de programas institucionales de reincorporación laboral, así como la falta de evaluaciones médicas posteriores al retorno o intervenciones psicológicas durante el proceso de reincorporación. Esta situación coincide con lo reportado en estudios previos sobre retorno al trabajo en trabajadores con trastornos mentales, en los cuales se ha señalado que la ausencia de programas estructurados de reintegración laboral puede dificultar la recuperación funcional y favorecer la persistencia de síntomas psicológicos (Dewa et al., 2015). En contraste, diferentes investigaciones han demostrado que las intervenciones orientadas al retorno al trabajo que incorporan estrategias de adaptación laboral, seguimiento médico ocupacional y apoyo organizacional pueden mejorar significativamente los resultados de reincorporación en trabajadores con trastornos mentales (Nieuwenhuijsen et al., 2014). De manera similar, revisiones recientes han señalado que las intervenciones multidisciplinarias dirigidas al retorno laboral, incluyendo terapia ocupacional, adaptación de funciones y acompañamiento psicosocial, pueden favorecer la estabilidad laboral y disminuir las barreras para la reincorporación en trabajadores con trastornos relacionados con trauma y estrés (Edgelow et al., 2020).

En relación con el entorno laboral durante el proceso de reincorporación, los resultados muestran que el apoyo organizacional fue limitado en comparación con el apoyo familiar reportado por los trabajadores. Este hallazgo resulta relevante, ya que la evidencia científica ha señalado que el apoyo social en el lugar de trabajo constituye uno de los factores más importantes para favorecer la recuperación funcional y la estabilidad laboral en trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo. La presencia de entornos laborales comprensivos, supervisión adecuada y medidas de adaptación del puesto de trabajo puede contribuir a reducir el riesgo de recaídas y mejorar la permanencia laboral en trabajadores con TEPT (Bisson et al., 2015). La evidencia reciente también ha mostrado que el apoyo organizacional y las estrategias de reincorporación centradas en el trabajador pueden influir positivamente en la permanencia laboral y en la percepción de recuperación funcional posterior a trastornos mentales relacionados con el trabajo (Andersen et al., 2012).

Asimismo, diversos estudios han documentado que determinadas ocupaciones presentan mayor riesgo de exposición a eventos potencialmente traumáticos durante el desempeño de sus funciones laborales. En particular, trabajadores de servicios de emergencia, fuerzas de seguridad y personal sanitario han sido identificados como grupos ocupacionales con mayor prevalencia de síntomas de TEPT debido a la exposición repetida a eventos críticos, violencia laboral o situaciones de alta carga emocional (Carmassi et al., 2020; Petrie et al., 2018). Aunque los casos analizados en el presente estudio incluyeron trabajadores de diferentes ocupaciones, los resultados ponen de manifiesto la diversidad de contextos laborales en los que pueden presentarse eventos traumáticos asociados al trabajo.

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, los hallazgos del estudio resaltan la importancia de fortalecer las políticas institucionales orientadas a la prevención, el diagnóstico oportuno y la rehabilitación laboral de los trastornos mentales relacionados con el trabajo. La reincorporación laboral en trabajadores con TEPT no depende únicamente de la evolución clínica del trabajador, sino también de la existencia de condiciones organizacionales adecuadas, programas de apoyo psicosocial y estrategias de adaptación del puesto de trabajo. En este sentido, la integración de la salud mental dentro de las políticas de seguridad y salud en el trabajo constituye un elemento clave para reducir el impacto de los trastornos mentales en la capacidad funcional y la trayectoria laboral de los trabajadores.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido, lo que limita la posibilidad de realizar análisis inferenciales y restringe la generalización de los hallazgos a otras poblaciones laborales. En segundo lugar, el estudio se basó en la revisión de expedientes clínicos y registros institucionales, lo que puede implicar variabilidad en la disponibilidad y calidad de la información registrada. Adicionalmente, la información relacionada con las condiciones de reincorporación laboral fue obtenida mediante interrogatorio estructurado aplicado a los trabajadores participantes, lo que podría implicar sesgo de memoria y heterogeneidad en las fuentes de información utilizadas. No obstante, a pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante sobre las condiciones de reincorporación laboral en trabajadores con TEPT de origen ocupacional dentro de un sistema público de seguridad social, un tema que ha sido poco documentado en países de ingresos medios.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias institucionales más robustas orientadas a facilitar la reincorporación laboral de trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo. La implementación de programas estructurados de retorno al trabajo, intervenciones psicosociales tempranas y mecanismos de apoyo organizacional podría contribuir a mejorar los procesos de recuperación funcional y a reducir las consecuencias laborales y sociales asociadas al TEPT ocupacional. Asimismo, la incorporación de programas multidisciplinarios de rehabilitación laboral y seguimiento posterior al retorno al trabajo podría favorecer procesos de reincorporación más seguros, sostenibles y orientados a la recuperación funcional integral de los trabajadores afectados.

**Conclusiones**

Los resultados del presente estudio evidencian que el trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional se asocia con periodos prolongados de incapacidad laboral y con importantes desafíos en los procesos de reincorporación al trabajo. En los casos analizados, el retorno laboral se produjo en ausencia de programas institucionales estructurados de reintegración, sin evaluaciones médicas posteriores ni intervenciones psicológicas formales orientadas a facilitar la adaptación laboral de los trabajadores afectados.

Los hallazgos muestran que, aunque el apoyo familiar estuvo presente en todos los casos, el apoyo organizacional y las estrategias de adaptación del puesto de trabajo fueron limitadas, lo que podría influir en la recuperación funcional y en la estabilidad laboral posterior al retorno. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer las políticas de salud mental en el trabajo y de desarrollar programas institucionales de reincorporación laboral dirigidos a trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo. La ausencia de programas multidisciplinarios de rehabilitación laboral pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias institucionales de apoyo

dirigidas a trabajadores con trastornos mentales relacionados con el trabajo.

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, la implementación de estrategias integrales de rehabilitación laboral que incluyan seguimiento médico ocupacional, intervenciones psicosociales y adaptación de las condiciones laborales podría contribuir a mejorar los procesos de retorno al trabajo y a reducir las consecuencias funcionales, sociales y laborales asociadas al trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional.

**Referencias:**

Andersen, M. F., Nielsen, K. M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. Scand J Work Environ Health, 38(2), 93–104. https://doi.org/10.5271/sjweh.3257

Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Robert, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. BMJ, 351, h6161. https://doi.org/10.1136/bmj.h6161

Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res, 292, 113312. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312

Coenen, P., & van der Molen, H. F. (2021). What work-related exposures are associated with post-traumatic stress disorder? A systematic review with meta-analysis. BMJ Open, 11(8), e049651. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049651

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Hees, H. (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. BMC Public Health, 14, 205. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-205

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Joosen, M. C. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. BMJ Open, 5(6), e007122. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007122

Edgelow, M., Harrison, L., Miceli, M., & Cramm, H. (2020). Occupational therapy return to work interventions for persons with trauma and stress-related mental health conditions: A scoping review. Work, 65(4), 821–836. https://doi.org/10.3233/WOR-203134

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 62(6), 593–602. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Lambreghts, C., Vandenbroeck, S., Goorts, K., & Godderis, L. (2023). Return-to-work interventions for sick-listed employees with burnout: a systematic review. Occup Environ Med, 80(9), 538–544. https://doi.org/10.1136/oemed-2023-108867

Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Bultmann, U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database Syst Rev(12), CD006237. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub3

Nowrouzi-Kia, B., Garrido, P., Gohar, B., Yazdani, A., Chattu, V. K., Bani-Fatemi, A., Howe, A., Duncan, A., Riquelme, M. P., Abdullah, F., Jaswal, S., Lo, J., Fayyaz, Y., & Alam, B. (2023). Evaluating the Effectiveness of Return-to-Work Interventions for Individuals with Work-Related Mental Health Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel), 11(10). https://doi.org/10.3390/healthcare11101403

Petereit-Haack, G., Bolm-Audorff, U., Romero Starke, K., & Seidler, A. (2020). Occupational Risk for Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Depression: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health, 17(24). https://doi.org/10.3390/ijerph17249369

Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-

analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 53(9), 897–909. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5

Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Heir, T., & Weisaeth, L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. Occup Med (Lond), 63(3), 175–182. https://doi.org/10.1093/occmed/kqt003

IIISASO

Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional

# CONTENIDO

## EDITORIAL

**Evolución de la salud ocupacional en México (2000–actualidad)**
Inteligencia Artificial

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Factores psicosociales y síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de rehabilitación y laboratorio clínico de un hospital de tercer nivel de Tegucigalpa, Honduras, noviembre 2025.**
Funes K., Valerio M., Ulloa P.

**Posturas forzadas asociado a sintomatología músculo esquelética en operarios que fabrican productos de limpieza.**
Marcelo Pozo R.

**Redes Sociales de Apoyo como factor protector ante mobbing: un estudio cuantitativo en una empresa del sector tequilero en México.**
Aguilar-Ocampo L.M., Pando-Moreno M., González Baltazar R.†, Colunga-Rodríguez C., Gascón Santos S., García-Cueva S.A., Flores-Carrillo R.

**Reincorporación laboral en trabajadores con trastorno de estrés postraumático de origen ocupacional: perfil epidemiológico y condiciones laborales.**
Castañeda-Borrayo Y., Guzmán-Silahua S., Aranda Beltrán C., Hernán Nava-Zavala A. y Márquez Ramos M. E.

Revista Internacional de
**PIENSO** en Latinoamérica

Programa de Investigación en Salud Ocupacional, A.C
Año 7, Número 22 | 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