

SALUD DE LOS TRABAJADORES

VOLUMEN 32 N°1
ENERO - JUNIO 2024

Online ISSN: 2665-0215 · Print ISSN: 1315-013830 / Publicación Semestral

ARTÍCULOS

Evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana del sector formal e informal
Evaluation of the psychometric properties of the DASS-21 in the Mexican working population of the formal and informal sector

Condiciones de trabajo y manifestaciones musculoesqueléticas en bomberos y bomberas de atención prehospitalaria
Working conditions and musculoskeletal manifestations in firefighters and prehospital care firefighters

Caracterización de trabajadores atendidos en consultorio adyacente a farmacia durante post-pandemia, que presentaron depresión y psicopatología
Characterization of workers treated at the clinic adjacent to the pharmacy during the post-pandemic period, who suffered from depression and psychopathology

Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de cirugía de hospitales en Maracay, estado Aragua
Prevalence of burnout syndrome in surgical residents of hospitals in Maracay, Aragua state

Aproximación a las causas de la impunidad ante los accidentes de trabajo fatales en Venezuela
Approach to the causes of impunity for fatal occupational accidents in Venezuela

Factores socio-profesionales que influyen en la elección laboral del personal de salud
Socio-professional factors influencing the job selection of healthcare personnel



Universidad de Carabobo.
Postgrado en Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral
Rif: G-20000041-4
www.uc.edu.ve



Facultad de Ciencias de la Salud

La Revista Salud de los Trabajadores, es una publicación científica, editada semestralmente por el Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Universidad de Carabobo, dedicada a temas de Salud Ocupacional y Ambiental: Medicina y Toxicología Ocupacional, Higiene Ocupacional, Seguridad Industrial, Derecho Laboral, Salud Ambiental, Sociología del Trabajo, Educación Ambiental, Seguridad Social, Ergonomía, Salud, Mujer y Trabajo, Gerencia en Salud Ocupacional, Cultura Preventiva.

Dirección: Universidad de Carabobo, Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral (SOHAL). Final Av. Leonardo Ruiz Pineda. La Morita II, Estado Aragua, Venezuela. ZP 2101. Apartado Postal 2442.

Teléfonos: 58-02438710205

e-mail: st.revista@gmail.com
ligia.uc@gmail.com

Portal web:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/>

Salud de los Trabajadores como publicación científica Tipo "A" recibe el apoyo permanente del Fondo Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación FONACIT.

INDIZADA EN:

REVENCYT: Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología.

REDALYC: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

LILACS: Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud.

LIVECS: Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud.

DIALNET: Servicios de alertas sobre publicación de contenidos científicos

Versión Impresa:

ISSN: 1315-0138 - Depósito Legal pp199302AR125

Versión Digital (Continuidad de la versión impresa):

ISSN: 2665-0215 - Depósito Legal CA2019000068

Editada por:

Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Universidad de Carabobo.

Diseño y diagramación:

Francisco Antonio Ponte-Rodríguez.
Universidad de Carabobo, Venezuela.

Impresión:

Junio 2023. Maracay, Edo. Aragua. Venezuela.
Tiraje: 500 ejemplares.

COMITÉ EDITOR:

Directora-Editora: Ligia Sánchez Tovar, Universidad de Carabobo.

-David Cobos Sanchiz, Universidad Pablo de Olavide, España.

-Evelin Escalona, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Gisela Blanco, Universidad Central de Venezuela.

-Jesús Gabriel Franco Enríquez, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

-Jairo Luna, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. -

Director Fundador: Oscar Feo, Universidad de Carabobo.

SECRETARÍA TÉCNICA:

Estela Hernández Runque, Venezuela

NORMALIZACIÓN TÉCNICA Y GESTIÓN EDITORIAL:

Ma. Mercedes Estrada, Venezuela

CONSEJO CONSULTIVO:

-Aismara Borges, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Antonio Granda, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT) y Escuela de Salud Pública, Cuba. -Bruce Millies, International Brotherhood of Teamsters, Washington, USA. -Carlos Aníbal Rodríguez, Universidad de Buenos Aires, Argentina. -Carmen Irene Rivero, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Doris Acevedo, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Estela Ospina Salinas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. -George Delclos, Division of Environmental and Occupational Health Sciences, The University of Texas School of Public Health, USA. -Leopoldo Yanes, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. -Lilian Capone, Universidad de Buenos Aires, Argentina. -Lya Feldman, Universidad Simón Bolívar, Venezuela. -María del Carmen Martínez, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. -María del Pilar Matud, Universidad de La Laguna, España. -María José del Pino, Universidad Pablo de Olavide, España. -Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Neil Maizlish, Instituto de Salud Pública, Oakland, California, USA. -Oscar Betancourt, Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador. -Orielle Solar, Universidad de Chile. -Susana Martínez Alcántara, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México. -Ernesto García Machín, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

La Universidad de Carabobo se reserva el derecho patrimonial de impresión, reprografía, digitalización, publicación electrónica y permisos de la propiedad intelectual publicada en Salud de los Trabajadores. Las publicaciones están protegidas por el Protocolo N° 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. No obstante, las entidades editoras, autorizan, para fines didácticos y de investigación la reproducción y traducción de trabajos publicados, siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

EDITORIAL 03

ARTÍCULOS

- Evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana del sector formal e informal**
Evaluation of the psychometric properties of the DASS-21 in the Mexican working population of the formal and informal sector
María Adriana Cecilia Cruz-Flores, Susana Martínez Alcántara, Gabriel Chavira-Trujillo, Sandra Luz Morales-Estrella, Martha-Lorena Sánchez-Padilla y Mireya Zamora-Macorra. 05
- Condiciones de trabajo y manifestaciones musculoesqueléticas en bomberos y bomberas de atención prehospitalaria**
Working conditions and musculoskeletal manifestations in firefighters and prehospital care firefighters
Bárbara Anais Cárdenas Marrero y María Del Carmen Martínez Bello. 19
- Caracterización de trabajadores atendidos en consultorio adyacente a farmacia durante post-pandemia, que presentaron depresión y psicopatología**
Characterization of workers treated at the clinic adjacent to the pharmacy during the post-pandemic period, who suffered from depression and psychopathology
María Teresa Gutiérrez Alanis y Angel Olicer Rojas Vistorte. 31
- Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de cirugía de hospitales en Maracay, estado Aragua**
Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de cirugía de hospitales en Maracay, estado Aragua
Junelvis Ascanio, Annie Coelho, Javier Ferrer, Adriana Rodríguez y Mildred Lupi 43

CONTENIDO

Aproximación a las causas de la impunidad ante los accidentes de trabajo fatales en Venezuela <i>Approach to the causes of impunity for fatal occupational accidents in Venezuela</i> Eric Omaña.	53
Factores socio-profesionales que influyen en la elección laboral del personal de salud <i>Socio-professional factors influencing the job selection of healthcare personnel</i> Yadira Salas, Forlly Chavez, Rafaela Grigoriu, María Del Camen Calle, Gloria Marisella Mallqui y Hernán Sepúlveda.	65
NOTAS INFORMATIVAS	
Un año de gestión: SOVESO capítulo Aragua continúa brindando conocimiento en salud ocupacional <i>Estela Hernández-Runque, Misael Ron, Evelin Escalona.</i>	79

EDITORIAL

La huella imborrable de la gasolina más allá del plomo.

Desde el 15 de agosto del año 2005, Venezuela paso a vender gasolina sin plomo (Pb) como medida para frenar el impacto ambiental que este metal produce. La introducción de la gasolina con Pb en la década de 1920 inició un período de crecimiento constante de las emisiones globales de este metal. Antes del inicio de la eliminación gradual de la gasolina con Pb a principios de 1970 sus niveles en la atmosfera se incrementaron considerablemente en diversos países europeos, México y Estados Unidos. Las emisiones de Pb a nivel mundial provenientes de la gasolina en 1983 se estiman en aproximadamente 248.000 toneladas, que fueron disminuyendo gradualmente a 90.000 a mediados de 1995 posterior a la implementación de estrategias medio ambientales a través de la introducción de gasolina con bajo contenido de este metal.

Como podemos evidenciar, Venezuela tardó casi una década en retirar de forma definitiva el Pb de la gasolina. Ahora bien, para entender esta medida es fundamental conocer las razones por la cuales se desarrollaron diversos proyectos en el país dirigido a abordar los efectos toxicológicos de la gasolina con Pb.

El Pb es un metal de alta toxicidad que posee una capacidad bioacumulativa, por tal razón existen evidencias de su patogénesis de enfermedades crónicas. En tal sentido, la Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR, 2019) lo considera dentro del segundo grupo de sustancias cancerígenas, es decir, probable cancerígeno para los seres humanos. Este metal origina una diversidad de síntomas donde lo más destacable es a nivel del sistema nervioso central (SNC) y renal, por los que los trabajadores expuestos a la antigua gasolina con Pb sufrían a largo plazo los efectos por la bioacumulación, viéndose reflejado a nivel de laboratorio y clínico una considerable disminución de la concentración de hemoglobina y punteado basófilo.

Con todos estos basamentos y hallazgos científicos se logra entonces la eliminación del Pb de la gasolina en la fecha señalada al inicio, dando paso a una nueva era en Venezuela. Sin embargo, ya han transcurrido casi 20 años, por lo que han surgidos muchas interrogantes referentes a las secuelas dejadas por este metal y si realmente ya la gasolina no representa un peligro, no solo para el trabajador sino también para el medio ambiente.

En estos 20 años han sido muy escasos los estudios en Venezuela sobre los efectos de la gasolina, considerando que dentro de su composición química esta posee un porcentaje de benceno, un solvente orgánico al cual se le atribuyen múltiples efectos en el organismo, por lo que desde el laboratorio de metales pesados, adscrito al centro de Estudio en Salud de los Trabajadores de la Universidad Carabobo(CEST-UC), ha venido realizando desde el 2015 una serie de estudios con los trabajadores de estaciones de servicio del estado Aragua.

En estos estudios se ha observado que estos trabajadores están expuestos a altos niveles de benceno, correlacionados con la concentración de fenol en orina (uno de los metabolitos de este solvente), y con alteraciones hematológicas, hepáticas y renales, que justifican que el empleador deba realizar una evaluación periódica a estos trabajadores y velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Lo anteriormente descrito habla por sí solo de la huella imborrable de este derivado del petróleo, el cual llegó para quedarse por muchos años en nuestro ambiente laboral, en el aire que respiramos y por ende hay que mediar con sus consecuencias en la salud a largo plazo.

Referencia

Agencia para sustancias tóxicas y el registro de enfermedades (ATSDR) (2019). División de Toxicología y Medicina Ambiental. Resumen de salud pública-benceno (tomado de la página web de Servicio de Salud Pública benceno). https://www.atsdr.cdc.gov/es/phs/es_phs3.html

Franklin Jesús Pacheco Coello

Centro de Estudio en Salud de los Trabajadores (CEST-UC)

Laboratorio de Metales Pesados y Solventes Orgánicos.

Departamento de Ciencias Básicas. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Carabobo. Maracay. Venezuela

Email: fpacheco2@uc.edu.ve.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2765-4069>

Evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana del sector formal e informal.

Evaluation of the psychometric properties of the DASS-21 in the Mexican working population of the formal and informal sector.

María Adriana Cecilia Cruz-Flores¹, Susana Martínez Alcántara², Gabriel Chavira-Trujillo³, Sandra Luz Morales-Estrella⁴, Martha-Lorena Sánchez-Padilla⁴ y Mireya Zamora-Macorra⁴

Resumen

Introducción: El DASS-21 es una escala que mide sintomatología de Estrés, Ansiedad y Depresión. Sus propiedades psicométricas se han evaluado de manera recurrente en población en general o clínica, pero hay escasa evidencia de su aplicación con población trabajadora. **Objetivo:** Evaluar las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana de diversos sectores productivos. **Método.** Diseño transversal analítico. Se aplicó la Escala del DASS-21 en español a una muestra por conveniencia de 2 315 personas trabajadoras del sector formal (73.7%) e informal (26.3%). Se empleó el coeficiente de Alfa de Cronbach y la correlación de Spearman; se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con los programas SPSS y AMOS. **Resultados.** El instrumento mostró una alfa total de $\alpha = 0.93$, por lo que se confirmó la confiabilidad del instrumento. Se observaron cargas factoriales grandes (> 0.3) y divididas entre los factores. La reducción de ítems, la eliminación de categorías y el AFC mostraron un mejor ajuste del modelo general ($CFI: 0.953$, $TLI: 0.938$, $RMSEA: 0.070$) y de covarianzas. **Conclusiones.** La aplicación del DASS-21 en población trabajadora, en una versión reducida a 12 ítems, mostró un mejor ajuste general en las tres subescalas para evaluar y discriminar la carga factorial entre éstas.

Palabras clave: Psicometría, estudios de validación, trabajadores, salud mental.

Abstract

Introduction: The DASS-21 is a scale that measures symptomatology of stress, anxiety, and depression. Its psychometric properties have been repeatedly evaluated in the general or clinical population, but there is little evidence of its use in the working population. **Objective:** The objective of this study is to evaluate the psychometric properties of the DASS-21 in a Mexican working population comprising individuals from diverse productive sectors. **Method:** The study employed an analytical cross-sectional design. The DASS-21 Scale was applied in Spanish to a convenience sample of 2,315 workers in both the formal (73.7%) and informal (26.3%) sectors. Cronbach's alpha coefficient and Spearman's correlation were used; exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were performed using SPSS and AMOS programs. **Results:** The instrument demonstrated a total alpha of $\alpha = 0.93$, thereby substantiating the instrument's reliability. Large factor loadings (> 0.3) and split factor loadings were observed. The reduction of items, the elimination of categories, and the CFA demonstrated a superior fit of the general model ($CFI: 0.953$, $TLI: 0.938$, $RMSEA: 0.070$) and covariances. **Conclusions:** The application of the DASS-21 in a working population, in a version reduced to 12 items, showed a better general adjustment in the three subscales to evaluate the factor loading between them.

Keywords: Psychometrics, validation studies, workers, mental health.

Fecha de recepción: 20-05-2024

Fecha de aceptación: 25-06-2024

¹ Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Xochimilco, México. Email: maccruz@correo.xoc.uam.mx

² Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Xochimilco, México.

³ Federación Mexicana de Ciencia e Investigación, CT. Cuernavaca Morelos, México.

⁴ Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Xochimilco, México.

Introducción

El mundo del trabajo enfrenta cambios vertiginosos en las relaciones laborales, el desarrollo tecnológico y la implementación de nuevas formas de organización del trabajo. La población trabajadora activa, inserta tanto en empleos formales como informales, ha sido sometida a un incremento de exigencias laborales que vulneran su salud y llevan a la presencia de daños psicosomáticos, mentales e incluso discapacidad.

Cabe precisar que hay diferencias en las condiciones laborales entre un empleo formal e informal. En el primero, la relación laboral está formalizada por medio de un contrato de trabajo y brinda protección y beneficios que la ley establece en materia laboral legal, mientras que el segundo, carece de prestaciones y de seguridad social, así como de protección legal (Enríquez y Galindo, 2015).

Investigaciones realizadas en poblaciones trabajadoras latinoamericanas, de diversas áreas productivas tanto del sector formal como informal (Samaniego et al., 2020; Unda-Rojas et al., 2019; Zumárraga-Espinosa et al., 2021) dan cuenta de cómo el incremento de demandas y exigencias laborales (Mejía et al., 2019) así como las condiciones precarias de empleo y de inseguridad laboral (Llosa et al., 2018), se asocian con la depresión, el estrés y la ansiedad.

En México distintos estudios, en materia de salud laboral, destacan prevalencias del doble de ansiedad y hasta tres veces más de depresión asociadas a exigencias como: jornadas extensas (Inchaustegui, 2015; Sánchez-Padilla, 2018) supervisión estricta y la percepción de que el trabajo es peligroso (Castro, 2017) mientras que el estrés, producto de la relación entre una persona y su entorno laboral, se ha reportado asociado a exigencias como trabajar en días de descanso, bajos salarios (Torres, 2020), falta de claridad en las tareas, órdenes confusas en la ejecución de la actividad así como con aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, que se suman a problemas sociales como la discriminación y la desigualdad,

que intensifican las consecuencias negativas en la salud mental. No obstante, el incremento de este tipo de trastornos continúa siendo un problema para atender y estudiar en los entornos laborales por la estigmatización que representan.

El informe Mundial de Salud Mental dado a conocer por la Organización Mundial de la Salud, OMS (2022) destaca que en el año 2019 el 15% de la población económicamente activa experimentó un trastorno mental. Con la pandemia de la COVID-19, se incrementó la ansiedad, la depresión y el estrés (Huarcaya-Victoria, 2020), por lo que la evaluación y atención de dichos trastornos se perfila como una prioridad para la salud mental de las personas trabajadoras (Azzi, 2020).

Se han reportado en la literatura el uso de diversos instrumentos que permiten acercarse a la evaluación o diagnóstico de dichos padecimientos, una opción de fácil aplicación y que permite integrar los tres diagnósticos es la versión abreviada de las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, DASS-21 (por sus siglas en inglés) propuesto por Daza et al. (2002).

Si bien, el DASS-21, es uno de los instrumentos más usados para la evaluación de estos trastornos, su validación y confiabilidad, se reporta de manera recurrente en la población en general (Ahmed et al., 2022), en estudiantes (Sanmartín et al., 2022), en jóvenes con problemas clínicos (Román et al., 2016) o pacientes clínicos en países como el Salvador (Orellana y Orellana, 2022), España (Ruiz et al., 2017) o Portugal (Morais-Peixono et al., 2021). Sin embargo, se carece de suficiente evidencia en la literatura sobre su validación en sectores de la población trabajadora (formal e informal) en su versión en español.

Los pocos estudios de la evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 con población trabajadora han sido realizados en personas no latinas, como en el caso de Jun et al (2018), quienes desarrollaron una nueva versión coreana del DASS-21 para esa región. Sus hallazgos reportaron excelente consistencia interna a través del alfa de Cronbach; depresión ($\alpha = 0.87$), ansiedad ($\alpha = 0.83$) y estrés ($\alpha = 0.83$), por lo que

lo consideran un instrumento confiable para investigar problemas de salud en las trabajadoras y trabajadores coreanos.

Un par de décadas atrás, Gurrola et al. (2006); aplicaron la escala del DASS-21 en una muestra no probabilística con personas voluntarias residentes del Valle de Toluca, Estado de México y concluían que se requería un mayor número de estudios para completar la validación del instrumento, al encontrar que 12 de los 21 ítems eran suficientes para evaluar las tres dimensiones. En este estudio, la escala explicó el 46.6% de la varianza con un alfa de Cronbach de 0.86

Por su parte Gutiérrez-Quintanilla et al. (2020); al utilizar la escala del DASS-21 en adolescentes salvadoreños y determinar la confiabilidad del instrumento en el campo de la psicología, los autores concluyen que dicha escala posee adecuada validez convergente en la población salvadoreña. La dimensión ansiedad tuvo un valor de consistencia interna de 0.77, mientras que el estrés, el valor de Alfa de Cronbach fue de 0.79. y la dimensión depresión de 0.89.

Dentro de las dificultades identificadas en la revisión de las características psicométricas del DASS-21, se ha señalado que los diagnósticos realizados tienen una correlación muy estrecha (depresión, ansiedad y estrés), ya que comparten síntomas similares, al ser estimados mediante análisis factorial una pregunta pueda cargar en más de un factor, debido al solapamiento de categorías (Moussa et al., 2017; Valencia, 2019; Wang et al., 2016). Considerando estas características el objetivo de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del DASS-21 en población trabajadora mexicana de diversas ramas productivas, y proponer una versión simplificada del instrumento que discrimine de manera confiable y válida las tres subescalas que estima.

Metodología

Se realizó un análisis secundario de 13 bases de datos del repositorio de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (Alquicira, 2022; Balderas, 2017; Castro, 2017; Inchaustegui, 2015; Irigoyen, 2015; López-Roque, 2017; Martínez-Alcántara, 2010; Martínez, 2014; Palma, 2022; Saavedra, 2017; Sánchez, 2013; Sánchez-Padilla; 2018; Torres, 2020). Éstas se recolectaron en diferentes años entre el 2010 y 2021 y son producto del trabajo conjunto de las y los estudiantes del posgrado y el personal docente.

No son de acceso abierto y se desprenden del proyecto *Estudios de caso y Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores*, el cual cuenta con la aprobación del Comité de Ética CEI.2021.005 de la División de Ciencias Biológicas de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco aprobado en la sesión 13/21. La información recabada corresponde a la evaluación de las condiciones laborales y de salud de trabajadores de 4 sectores productivos como son: educación, comercio, servicios y salud.

Para el análisis, en todos los casos, se utilizó una metodología similar, diseños transversales y analíticos, recolectados por auto informe, y la información personal fue tratada de manera confidencial. Previo a la aplicación del instrumento, se explicó a la población trabajadora participante el objetivo del estudio y firmaron un consentimiento informado. El contacto con los trabajadores y trabajadoras se realizó de acuerdo al apoyo y disposición de las autoridades o responsables de los centros laborales donde se recolectó la información. En las dependencias formales, como el sector salud o educativo, se gestionó con antelación el consentimiento con las autoridades respectivas para tener acceso a la población, mientras que, en el caso de los y las comerciantes y telefonistas, así como pescadores y taxistas (sector informal), el acercamiento fue de manera directa por parte de las personas que aplicaron la encuesta, en su sitio de trabajo o áreas cercanas al lugar donde desempeñaban su actividad.

Para fines de esta investigación solo se usó la información de edad, sexo, antigüedad, sector productivo, ciudad y los 21 reactivos que

constituyen al cuestionario DASS-21 de los trabajadores participantes.

Sobre los y las participantes

Se recurrió a una muestra no probabilística por conveniencia, la cual se integró por 2 315 personas que trabajaban de manera activa en el

sector formal (73.7%) e informal (26.3%). En la división formal se incorporaron a 923 docentes (39.9%), 605 enfermeras y enfermeros (26.1%) y 179 obreros (7.7%); mientras que, el sector informal se conformó con 221 taxistas (9.5%), 155 telefonistas (6.7%), 98 comerciantes (4.2%) y 134 pescadores (5.8%). Todos mayores de 18 años y laboralmente activos. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características de las poblaciones trabajadoras donde se aplicó el DASS-21.

Año de recolección	Sector laboral	Total de centros de trabajo	Ciudad de recolección	Trabajadores Participantes	Total	%
2010	Formal	1	CDMX	Docentes	185	8.0
2012	Formal	2	CDMX	Docentes	92	4.0
	Formal		Estado de México	Docentes	184	8.0
2014	Formal	2	Puebla	Docentes	191	8.3
	Formal		Oaxaca	Docentes	116	5.0
2015	Formal	3	CDMX	Docentes	155	6.7
	Formal		Estado de México	Obreros*	179	7.7
	Informal		CDMX	Telefonistas	155	6.7
2017	Formal	2	CDMX	Enfermeras/os	296	12.8
	Formal		CDMX	Enfermeras/os	309	13.3
2019	Informal	1	CDMX	Taxistas	221	9.5
2021	Informal	2	CDMX	Comerciantes	98	4.2
	Informal		Yucatán	Pescadores*	134	5.8
					2 315	100.0

*Sólo fueron varones

Fuente: Información obtenida del Repositorio de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2023.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) propuesta por Daza et al (2002) y originalmente formulada por Lovibond y Lovibond (1995). Escala en español conformada por 21 preguntas, para determinar los estados emocionales negativos de estrés, ansiedad y depresión a través de siete ítems cada uno. Cada reactivo se conforma de cuatro opciones de respuesta tipo Likert, mismas que se puntúan en una escala progresiva que va de cero cuando no se encuentra la condición hasta un máximo de tres cuando se está totalmente de acuerdo con el cuestionamiento que se realiza. La propiedad del instrumento reportada por Daza et al. (2002), muestra un coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha = 0.96$, mientras que en las tres subescalas los

coeficientes alfa también son altos (depresión $\alpha = 0.96$, estrés $\alpha = 0.91$ y ansiedad $\alpha = 0.86$).

En este estudio para determinar los diagnósticos en la población participante, se sumó la puntuación de los siete ítems de cada subescala y se tomó como punto de corte el percentil 75 de la muestra al no haber normativa en la población.

Diseño estadístico

El análisis descriptivo de las muestras se presenta con información relevante para la caracterización de las mismas. La confiabilidad se determinó por medio del coeficiente de Alfa de Cronbach, Omega de Mc'Donald y la correlación Inter-enunciados por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Se realizó la prueba de

Kaiser-Meyer-Olkin para comprobar la adecuación del muestreo y la de esfericidad de Barlett con la finalidad de determinar la aplicabilidad del análisis factorial a los datos.

Para la exploración de la estructura factorial se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante el método de Factorización de ejes principales con rotación Varimax.

Para evaluar la adecuación de la estructura factorial se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC). Todos los análisis se realizaron en el programa del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en

inglés) versión 23 en español con el módulo AMOS para los análisis confirmatorios.

Resultados

De los 2315 participantes, 1707 fueron del sector formal, de los cuales el 51.6% fueron mujeres y 48.4% varones; mientras que del sector informal, el 23.8% fueron mujeres y el 76.1% varones, siendo un total de 608 participantes; cuyo promedio de edad para toda la población fue de 43.9 años con una desviación estándar de 12.4 y una antigüedad laboral de 16.6 años en promedio (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes en los diferentes momentos de levantamiento de información.

Año		2010	2012	2014	2015	2017	2019	2021	
Número de Mediciones		1	2	2	3	2	1	2	Total
Participantes	Total	185	276	307	489	605	221	232	2315
	%	(8.0)	(11.9)	(13.2)	(21.1)	(26.1)	(9.5)	(10.0)	(100)
Hombres	Total	111	187	188	350	75	199	179	1289
	%	(60.0)	(67.7)	(61.2)	(71.6)	(12.4)	(90.1)	(77.2)	(55.7)
Mujeres	Total	74	89	119	139	530	22	53	1026
	%	(40.0)	(32.2)	(38.8)	(28.4)	(87.6)	(9.9)	(22.8)	(44.3)
Edad	<i>Promedio</i>	54.3	53.7	46.9	48.7	36.9	39.9	40.4	43.9
Desviación estándar		8.5	9.7	10.2	11.3	10.3	9.6	13.1	12.4
Antigüedad Laboral	<i>Promedio</i>	25.9	26.6	18.5	19.4	12.7	1.3	18.3	

Fuente: Información extraída del repositorio de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de tesis de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2023.

Al analizar el género en el sector formal, se encontró una participación similar entre hombres y mujeres 48.4% y 51.6% respectivamente, no es el caso del sector informal donde se observó una mayor presencia de varones (76.2%); no obstante, en el sector formal, las mujeres siguen predominando en las actividades de cuidados, como es el caso de la enfermería.

En cuanto a la antigüedad laboral por ocupación, las y los taxistas, así como telefonistas, reportaron una menor antigüedad (1.3 años), situación que se explica por la falta de estabilidad laboral y alta rotación de personal que caracteriza a este tipo de ocupaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población en estudio por sector, ocupación, género y antigüedad laboral.

Sector	Ocupación	Total	Hombres	Mujeres	Antigüedad laboral promedio (Años)
Formal	Docentes	923	572 (62.0%)	351 (38.0%)	24.5
	Enfermera/o	605	75 (12.4%)	530 (87.6%)	15.6
	Obreros*	179	179 (100%)	0 (0.0)	9.73
Total		1707 (100%)	826 (48.4%)	881 (51.6%)	
Informal	Taxistas	221	199 (90.0%)	22 (10.0%)	1.3
	Telefonistas	155	85 (54.8%)	70 (45.2)	1.3
	Comerciantes	98	45 (45.9%)	53 (54.1%)	13.2
	Pescadores*	134	134 (100%)	0 (0.0)	21.9
Total		608 (100%)	463 (76.2%)	145 (23.8%)	

*Sólo fueron varones

Fuente: Información obtenida del Repositorio de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2023.

Consistencia interna y adecuación de la muestra

Se confirma la estructura factorial original, la cual plantea tres factores (depresión, ansiedad y estrés) el instrumento cuenta con un alfa total de $\alpha = 0.93$ mientras que cada factor reporta un coeficiente para la escala de depresión $\alpha = 0.86$, ansiedad $\alpha = 0.84$ y estrés $\alpha = 0.86$. Lo que indica es un instrumento confiable.

Adicionalmente se calculó el coeficiente Omega únicamente para comparación ($D-\Omega = 0.822$, $A-\Omega = 0.811$ y $E-\Omega = 0.866$ y del DASS-21- $\Omega = 0.922$) La prueba KMO presenta un coeficiente de 0.944 lo que garantiza la adecuación de la muestra, respecto a la de esfericidad de Bartlett es significativa a $p < .0001$.

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El resultado del análisis factorial exploratorio se presenta en la tabla 4. Los resultados muestran cargas factoriales relevantes

(≥ 0.3) para la mayoría de los elementos; Además cargas factoriales relevantes divididas (en más de un factor) en varios ítems y una varianza explicada del 61.05% por parte de los factores.

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

El análisis factorial confirmatorio se realizó en dos partes, la primera (Figura 1) consideró todas las preguntas para observar el proceso de replicación de la estructura factorial inicial denominado como "Completo".

En este primer caso, se observan diversas covarianzas dentro del modelo en la estructura original que no permite alcanzar los coeficientes de ajuste esperados. El mejor ajuste alcanzado con este modelo fue ($CFI: 0.856$, $TLI: 0.946$, $RMSEA: 0.084$). Considerando un error mayor a .05 en el indicador RMSEA lo que supone un problema en las varianzas de las muestras.

Tabla 4. Análisis Factorial exploratorio en los factores que evalúa el DASS-21

Preguntas	Factores		
	Depresión	Ansiedad	Estrés
21. Vida sin sentido	.806		
17. Valía poco como persona	.706		
10. No tenía motivos para vivir	.700		
16. No me pude entusiasmar por nada	.590		.325
20. Tuve miedo sin razón	.580	.420	
13. Me sentí triste y deprimido	.483	.324	.372
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	.401		.400
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	.369		.337
8. Sentí que tenía muchos nervios		.648	.370
7. Sentí que mis manos temblaban		.627	
19. Sentí latidos a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico		.578	
9. Preocupado por situaciones que generan pánico o el ridículo	.351	.568	
15. Sentí que estaba a punto del pánico	.491	.555	
11. Noté que me agitaba		.531	.362
4. Se me hizo difícil respirar	.321	.472	
12. Se me hizo difícil relajarme			.820
13. Me costó mucho relajarme			.780
18. Sentí que estaba muy irritable			.658
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones		.356	.540
14. No toleré nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	.315	.378	.400
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca		.334	.398

Preguntas con cargas factoriales divididas se presentan en negritas.

Fuente: Información obtenida y procesada de 13 bases de datos de estudiantes y docentes de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2023.

Posteriormente, se realizó una reducción de los ítems conforme al AFE retirando los ítems que contaban con una carga factorial dividida en el AFE y/o tenían ajustes en los errores de las covarianzas en los índices de modificación del AFC-Completo. EL nuevo análisis se presenta como AFC-Reducido y alcanza un mejor ajuste del modelo en general (*CFI: 0.953, TLI:0.938, RMSEA:0.070*) con un menor ajuste de covarianzas (Figura 2).

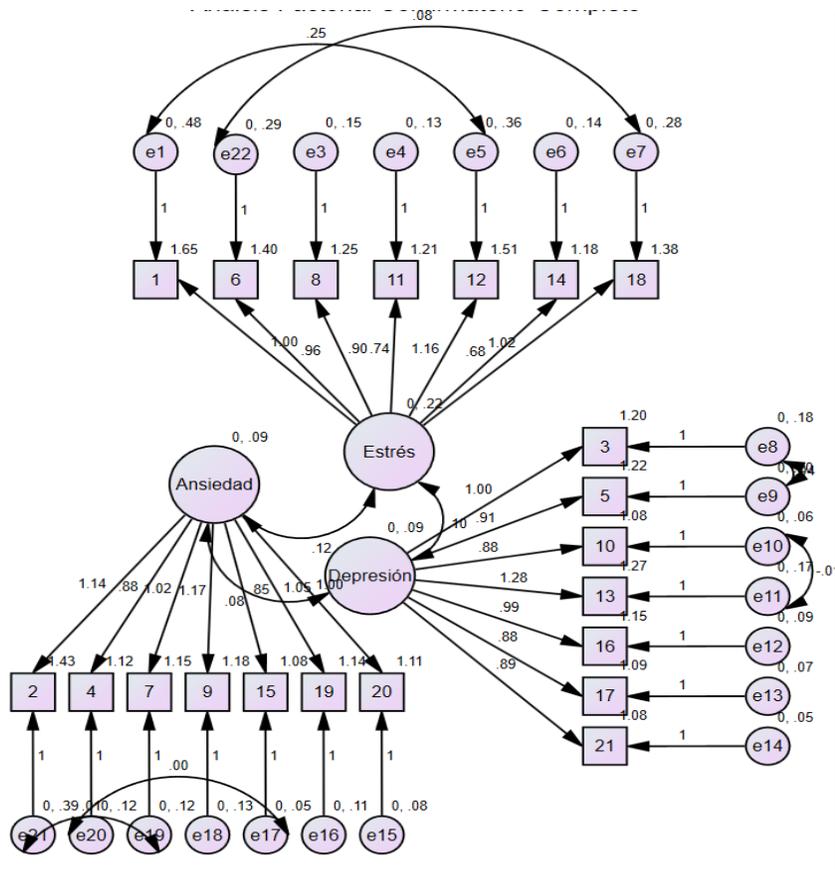
Discusión

Este estudio buscó evaluar las propiedades psicométricas de la escala del DASS-21, en su versión corta en español, para tener un instrumento

válido y confiable que permita la identificación de rasgos como: estrés, ansiedad y depresión en trabajadores mexicanos insertos en el sector formal e informal que realizan sus actividades en diversos sectores productivos.

El análisis factorial exploratorio realizado, reflejó que la mayoría de los factores que conforman el instrumento presentan cargas factoriales divididas entre las tres dimensiones que evalúa, ante este hallazgo, se procedió: primero, a realizar un análisis factorial confirmatorio amplio de 21 ítems originales y, segundo, a eliminar los ítems que cargaban de manera simultánea en los factores evaluados.

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio-completo.



Fuente: Información obtenida y procesada de 13 bases de datos de estudiantes y docentes de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2023)

En general, el instrumento tiene un desempeño confiable. Al explorar su consistencia interna, el Alfa de Cronbach obtenido fue de $\alpha = 0.93$ y su coeficiente Omega $\Omega = 0.922$, lo que coincide con lo reportado por Tapullima y Chávez (2021), quienes, al analizar sus propiedades psicométricas, señalan que los ítems del instrumento no presentan valores extremos, ni sesgos, además de referir una confiabilidad mayor de > 0.70 , por lo que concluyen que la escala tiene adecuadas propiedades psicométricas para la muestra que estudiaron.

Existen ítems que no discriminan con claridad al factor al que pertenecen, esto se ha reportado en otros estudios (Orellana y Orellana,

2022; Sanmartín et al., 2022). Dentro del análisis factorial exploratorio se encontró que el instrumento muestra cargas factoriales divididas entre sus tres dimensiones; esto puede atribuirse a diversos factores como el lenguaje, el nivel educativo, las diferencias en las poblaciones, entre otros. Por ello, en el análisis confirmatorio se propuso un modelo reducido donde se eliminaron los ítems que cargaban en más de un elemento. Los reactivos eliminados por dimensión fueron los siguientes: depresión (3. Sin sentimientos positivos, 5. Tomar la iniciativa, 13. Triste y deprimido), estrés (8. Sentí nervios, 11. Agitación 14. Sin tolerancia a interrupciones) y ansiedad (2. Boca seca, 15. Pánico y 20. Miedo sin razón).

con los ítems 2, 3, 5, 8 y 13 que cargaban en dos factores.

Nuestros resultados son similares con otras investigaciones que señalan las dificultades del instrumento al tener cargas factoriales en más de una categoría, al eliminar estas categorías el modelo mostró un mejor ajuste general. La propuesta del modelo reducido de 12 ítems incluso coincide con otras propuestas como la de González-Rivera et al. (2020) y Gurrola et al. (2006).

Sin embargo, en el primer caso, los autores sugieren que el DASS debería ser un instrumento unidimensional pues no pudieron replicar la estructura de 3 categorías. Mientras que los análisis de Gurrola et al. (2006), corresponde con la propuesta de tres factores, en este caso los autores eliminaron los ítems 1, 5, 6, 7, 11, 15 y 18, de los cuales algunos difieren de este escrito, aunado a que los artículos referidos, fueron realizados en poblaciones diferentes a la que se exploró.

Limitaciones del estudio

Una limitación de este estudio es la forma en que se construyó la muestra, debido a que ésta se recolectó en diversos momentos y las poblaciones de trabajadores son muy heterogéneas, no obstante, se buscó evidenciar la aplicabilidad y confiabilidad de este instrumento en sectores laborales con diversas características tanto en su inserción laboral como en las condiciones de trabajo y organización en que realizaban su actividad. Sin embargo, al ser una muestra tan numerosa, permite determinar el ajuste considerando la heterogeneidad de sus características.

Futuros estudios podrían analizar si la propuesta de la escala reducida es viable para diferentes poblaciones o únicamente adecuar los ítems con carga dividida, haciéndolos más específicos hacia el factor bajo el cual se consideraron. Este proceso generalmente toma en cuenta, análisis mixtos para la evaluación de los reactivos y aplicaciones en serie o de cada escala por separado, para reforzar la discriminación de los

ítems. Los resultados deben ser analizados mediante una metodología cuantitativa que permita identificar la posible causa de que tengan buena carga factorial en más de una dimensión.

Así también, es necesario señalar que, desde la creación del instrumento a la fecha, los constructos que mide el DASS-21 han ido cambiando y sus rasgos se han diferenciado un poco más, lo que implica una revisión permanente del instrumento.

Por su parte, los ítems que conforman el modelo reducido pueden ser una mejor opción para valorar las dimensiones en los trabajadores formales e informales, ya que disminuyen el sesgo de cansancio y deseabilidad social principalmente y podrían valorar la validez concurrente con otras escalas diseñadas para similares constructos, lo que arrojaría más información al respecto

Conclusiones

Los resultados de la evaluación de las propiedades psicométricas del DASS-21 permiten concluir que una versión reducida a 12 ítems, muestra un mejor ajuste general con los índices evaluados que la versión original. Actualmente, con las herramientas estadísticas y tecnológicas, es viable hacer revisiones de los instrumentos de medición y en general la literatura está usando escalas breves o ultra reducidas. Esta escala reducida a 12 factores es confiable y permite evaluar con una mayor precisión y certeza las características de estrés, depresión y ansiedad, en personas trabajadoras tanto del sector formal como del informal.

Por tanto, es necesario probar la propuesta del DASS de 12 ítems en otras poblaciones de diversos sectores productivos y determinar si algunos de los ítems deben ser reformulados o eliminados. Contar con una escala validada beneficia a todo el sector laboral y promueve el diagnóstico e intervención temprana en dimensiones tan relevantes como lo es, el trabajo.

Referencias Bibliográficas

- Ahmed, O., Faisal, RA., Alim, S, Sharker, T., & Hiramoni, FA. (2022). The psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale-21(DASS-21). Bangla version. *Acta Pyschological (Amst)*, 223, 103509. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103509>
- Alquicira, J. (2022). *Perfil patológico de los tianguistas de una localidad de Iztapalapa, Ciudad de México 2020-2021*. [Tesis de maestría, no publicada]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México.
- Azzi, M. (2020). Hablemos con franqueza sobre la salud mental en el lugar de trabajo. *Organización Internacional del Trabajo*. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_749828/lang-es/index.htm
- Balderas, M. (2017). *Morbilidad asociada con las condiciones laborales en una empresa manufacturera de neumáticos mexicana, 2015*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2214>
- Castro, G. (2017). *Perfil de daños en docentes universitarios como condición de su participación en el programa de estímulos*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2187>
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: spanish translation and validation with a hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24 (3),195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Enríquez A., y Galindo M. (2015). Empleo. ¿Cómo vamos? Serie de Estudios Económicos. 1 (Agosto 2015): 1-9. México. https://scholar.harvard.edu/files/vrios/files/201508_mexicoemployment.pdf
- González-Rivera, J.A., Pagán-Torres, O. M., & Pérez-Torres, O.M. (2020). Depression, Anxiety and Stress (DASS-21): Construct Validity problem in Hispanics. *European Journal of Investigation in Health*, 10(1). 375-389. <https://doi.org/10.3390/ejiphe10010028>
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, P., y Virseda, JA. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social* 8(2); 3-7. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Gutiérrez-Quintanilla, J., Lobos-Rivera, M., y Tejada-Rodríguez, J. (2020). Adaptación psicométrica de las escalas de depresión, ansiedad y estrés en una muestra de adolescentes salvadoreños. *Revista entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*, 69, 12-22. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9556>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-34. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Inchaustegui, L. (2015). *Daños a la salud en académicos universitarios asociados a exigencias laborales que se asumen para conseguir y mantener estímulos y becas*.

- [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2196>
- Irigoyen, F. (2015). *Consecuencias de los incentivos académicos sobre la salud física y mental en docentes de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2197>
- Jun, D., Johnston, V., Kim, J.M., & O'Leary, S. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) in the Korean working population. *Work (Reading, Mass.)*, 59(1), 93-102. <https://doi.org/10.3233/WOR-172661>
- Llosa, J.A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., & Rodríguez-Suárez, J. (2018). Job insecurity and mental health: A meta-analytical review of the consequences of precarious work in clinical disorders. *Anales en Psicología*, 34(2), 221-223. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.281651>.
- López-Roque, I. (2017). *Las exigencias laborales como determinantes de fatiga, estrés y trastornos músculo esqueléticos en trabajadores de la Salud*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2195>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Martínez, C. (2014). *Exigencias y riesgos laborales asociados con daños a la salud en académicos de la Universidad Autónoma Chapingo, 2012*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2172>
- Martínez-Alcántara, S. (2010). *Programa de estímulos económicos y su relación con un perfil de daño en la salud física y mental de trabajadores académicos de una universidad pública* [Tesis de doctorado] México: Universidad de Guadalajara.
- Mejía, C. R., Chacon, J., Enamorado-Leiva, O., Garnica, L., Chacón-Pedraza, S., y García-Espinosa, Y. (2019). Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(3), 204-211. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1132-62552019000300004&Ing=es&ting=pt
- Morais-Peixono, E., da Silva-Oliveira, K., Campos, C., Gagnon, J., Sacramento, D., de Cássia, T., & Haas-Bueno, J. (2021). DASS-21: Assessment of psychological distress through the bifactor model and item analysis. *Psico-USF*, 26(4), <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260413>
- Moussa, M. T., Lovibond, P., Laube, R., & Megahead, H. A. (2017). Psychometric properties of an Arabic version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS).

- Research on Social Work Practice*, 27(3), 375-386.
<https://doi.org/10.1177/1049731516662916>
- Orellana, C., y Orellana, L. M. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría Y Praxis*, (38) 45–54.
<https://www.revistas.udb.edu.sv/ojs/index.php/typ/article/view/34>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022 septiembre 28). La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo (Comunicado de prensa).
<https://www.who.int/es/news/item/28-09-2022-who-and-ilo-call-for-new-measures-to-tackle-mental-health-issues-at-work>
- Palma, J. (2022). *Daños a la salud y trastornos musculoesqueléticos en pescadores de pequeña escala en Progreso. Yucatán 2020-2021*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México.
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336.
[https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)
- Ruiz, F., García-Martín, MB., Suárez-Falcón, J., & Odriozola, P. (2017). The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624>
- Saavedra, A. (2017). *Exigencias Laborales y perfil de daños a la salud de los trabajadores de un call center en la Ciudad de México*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2189>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-19.
<https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1298/1013>
- Sánchez, C. (2013). *Daños a la salud física y mental en académicos de dos Facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México relacionados con su participación en el programa de primas al desempeño académico de tiempo completo (PRIDE)*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2168>
- Sánchez-Padilla, M. L. (2018). *Exigencias laborales, trabajo emocional y sus repercusiones en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2222>
- Sanmartín, R., Suria-Martínez, R., López-López, R., Vicent, M., González, C., & García-Fernández, J. (2022). Validation, factorial invariance, and latent mean differences across sex of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) in Ecuadorian University sample. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(4),

398-406.

<https://doi.org/10.1037/pro0000442>

Tapullima, C., y Chávez, B. (2021). Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21): Propiedades psicométricas en adultos de la provincia de San Martín. *PsiqueMag*, 11(1), 73-88.

<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v11i1.2575>

Torres, J. E. (2020). *Exigencias, daños a la salud y significados del trabajo en conductores de uber en la Ciudad de México, 2019*. [Tesis de Maestría]. Maestría en Ciencias en la Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México.

<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/22654>

Unda-Rojas, S., Nava-Jiménez, A., y Contreras-López, S. (2019). Factores de riesgo psicosocial y estrés laboral en teleoperadores asociado a síntomas psicosomáticos, ansiosos y depresivos. *Revista electrónica de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM*, 9(18);19-28.

https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/revistas/rev_elec_psico/REP_18.pdf

Valencia, P. (2019). Las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): ¿Miden algo más que un factor general? *Avances en Psicología*, 27(2), 177-189.

<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2019.v27n2.1796>

Wang, K., Shi, H. S., Geng, F. L., Zou, L. Q., Tan, S. P., Wang, Y., Neumann, D., Shum, D., & Chan, R. C. (2016). Cross-cultural validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 in China. *Psychological Assessment*, 28(5), e88-e100. <https://doi.org/10.1037/pas0000207>

Zumárraga-Espinosa, V.M., Noroña-Salcedo, D.R., & Vega-Falcón, V. (2021). Factores de

riesgo psicosocial en trabajadores de la Administración Diocesana de Tungurahua durante el 2020. *Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud*, 41(1), 621-636. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view>

Condiciones de trabajo y manifestaciones musculoesqueléticas en bomberos y bomberas de atención prehospitalaria.

Working conditions and musculoskeletal manifestations in firefighters and prehospital care firefighters.

Bárbara Anais Cárdenas Marrero¹ y María del Carmen Martínez Bello²

Resumen

Objetivo: determinar las condiciones de trabajo y factores de riesgo asociados a manifestaciones musculoesqueléticas en bomberos y bomberas de una estación de atención prehospitalaria. **Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva de campo, con muestra aleatoria intencional de 34 bomberos y bomberas (41,97% de la población). Instrumentos: Método Déparis y Cuestionario Nórdico Estandarizado. **Resultados:** predominio del sexo masculino (94%), promedio de edad 32,9 años, antigüedad laboral promedio 9,8 años. Las condiciones de trabajo percibidas y referidas insatisfactorias fueron: adecuación del trabajo, riesgos de accidente, herramientas y materiales de trabajo, manipulación de carga y ambiente psicosocial; generando factores de riesgo disergonómicos, mecánicos, psicosociales y físico, vinculados con molestias musculoesqueléticas. Las causas de molestias atribuidas por el personal coinciden con los factores de riesgo identificados con el Método Déparis, con asociación estadísticamente significativa entre antigüedad laboral y presencia de molestias musculoesqueléticas ($p= 0,03$). **Conclusiones:** tanto las condiciones de trabajo como la actividad laboral de este personal prehospitalario los expone a múltiples factores de riesgo, generadores de manifestaciones musculoesqueléticas; por lo cual, se recomendó mejorar las condiciones de trabajo implementando los cambios señalados por los propios trabajadores en las dinámicas de grupo.

Palabras clave: Atención prehospitalaria, condiciones de trabajo, factores de riesgo, musculoesquelético.

Abstract

Objective: The objective of this study is to determine the working conditions and risk factors associated with musculoskeletal manifestations in male and female firefighters stationed at a prehospital care station. **Materials and Methods:** This study employed descriptive field research with an intentional random sample of 34 firefighters, which represents 41.97% of the population. **Instruments:** Déparis Method and Standardized Nordic Questionnaire. **Results:** The study found that 94% of the participants were male, with an average age of 32.9 years and an average length of service of 9.8 years. Reported unsatisfactory working conditions included adequacy of work, accident risks, work tools and materials, load handling, and the psychosocial environment. These conditions generate dysergonomic, mechanical, psychosocial, and physical risk factors that are linked to musculoskeletal discomfort. The personnel's reported causes of discomfort align with the risk factors identified by the Déparis Method. There is a statistically significant association between work seniority and the presence of musculoskeletal discomfort ($p= 0.03$). **Conclusions:** The working conditions and work activities of pre-hospital personnel expose them to multiple risk factors that generate musculoskeletal manifestations. It is recommended to improve working conditions by implementing changes indicated by the workers themselves in group dynamics.

Keywords: Prehospital care, working conditions, risk factors, musculoskeletal.

Fecha de recepción: 06-12-2023

Fecha de aceptación: 12-03-2024

¹Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Médica Ocupacional adscrita al Cuerpo de Bomberos del Distrito Capital, Venezuela. Email: princess_anais88@hotmail.com

²Magister en Salud Ocupacional. Docente Asociado de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela. Email: carmelamar715@hotmail.com

Introducción

Los Servicios de Seguridad y Emergencia enmarcan un sector laboral con gran amplitud y diversidad, sus funciones se vinculan con hechos y situaciones laborales de riesgo, las cuales derivan de las actividades ejecutadas y/o de las condiciones de trabajo en las que se desenvuelven los integrantes de estos organismos.

A propósito de esto, Guidotti (2012) menciona que el personal prehospitalario realiza tareas de evacuación de pacientes, labores de rescate y traslado urgente; afrontando hechos muy cambiantes que incluyen condiciones peligrosas asociadas a múltiples factores de riesgo, entre los que destacan los químicos y mecánicos; factores de riesgo físicos, como las vibraciones; factores disergonómicos asociados a cargas de trabajo, posturas forzadas y movimientos repetitivos; así como factores de riesgo psicosociales, producto de la organización y división del trabajo dentro de los que se encuentran sobrecarga de trabajo, trabajos por turnos y con altos ritmos, relacionados o vinculados a molestias musculoesqueléticas.

Con respecto al personal bomberil, ya desde 2004 López señala que la literatura hace mención casi en su totalidad a factores de riesgo laborales derivados de la extinción de incendios, cuando esta actividad representa sólo una de las múltiples que entrañan daños a la salud de los bomberos, aspecto abordado también por Navarro (2016).

Por su parte, Liendo Bellorín (2018) refiere que dichos trabajadores son altamente vulnerables, debido a los procesos peligrosos en los que se involucran, mientras que Meyer (2012) y Paredes Ordóñez (2020) apuntan que las manifestaciones musculoesqueléticas de estos profesionales se encuentran relacionadas con las tareas y el ambiente de trabajo donde son ejecutadas, atribuyendo al manejo de pacientes y equipos tanto las causas de estas molestias, como la generación de incapacidad, discapacidad y jubilación precoz de dichos trabajadores.

En el mismo orden de ideas, González (2016) refiere que “las condiciones de trabajo

dadas en el área prehospitalaria difieren mucho de lo establecido en la legislación en cuanto a características de diseño, ambiente, seguridad, etc., de los lugares de trabajo” (p. 27); a la vez que destaca, al igual que Rodríguez Martínez y Martínez Bello (2016) que los escenarios laborales son poco comunes y no controlados, tal es el caso de espacios confinados, actividad laboral en vehículos, domicilios y locales públicos, entre otros, cuyas labores de asistencia conllevan a la adopción de posturas de trabajo alejadas de la posición anatómica correcta y a la movilización de cargas, que aunado a factores de riesgo mecánicos del tipo golpeado por o golpeado contra objetos fijos o móviles, pueden generar lesiones a nivel musculoesquelético.

Dada su importancia, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2019), define a las manifestaciones musculoesqueléticas de origen laboral como aquellas que puedan ser causadas o agravadas principalmente por el trabajo y/o por los efectos del entorno en el que éste se desenvuelva. Resaltando además, en concordancia con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (2013) y Riihimäki (2012), que estas manifestaciones se encuentran entre los problemas más importantes de salud laboral, tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, con un costo anual elevado.

Asimismo, en Venezuela, las lesiones o patologías musculoesqueléticas hasta el año 2013 encabezaban la lista de enfermedades ocupacionales certificadas por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).

Hasta este punto, se ha logrado apreciar el carácter multifactorial al que se expone el personal prehospitalario, el cual se abordaba convencionalmente con un enfoque monocausal, limitando la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, tal y como lo han venido señalando, Navarro (2016), Malavé (2017), Paredes Ordóñez (2020) y Betancourt (2021). Debido a lo señalado hasta el momento, es evidente que reviste especial importancia las

labores asistenciales del personal que ejerce funciones de atención de Emergencias Médicas Prehospitalarias en el Cuerpo de Bomberos, tal es el caso de los funcionarios de la estación, quienes en el Servicio Médico se registraba un incremento en la morbilidad por molestias y lesiones musculoesqueléticas a nivel de cuello, espalda y extremidades, generando ausentismo laboral por reposos médicos, razón por la cual se planteó determinar las condiciones de trabajo y factores de riesgo asociados a manifestaciones musculoesqueléticas, así como caracterizar dichas manifestaciones, con la finalidad de recomendar medidas orientadas a mejorar o eliminar dichas condiciones desfavorables y los procesos peligrosos producto de su actividad laboral en este organismo de Seguridad y Emergencia del Estado venezolano, a quienes les servirá como precedente y aporte científico.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación descriptiva de campo, de corte transversal y diseño correlacional, durante el periodo comprendido entre abril del año 2019 y noviembre del año 2020. Se consideró como población a todos los bomberos y bomberas que ejercían labores de atención de Emergencias Médicas Prehospitalarias en una estación del Cuerpo de Bomberos del Distrito Capital (CBDC), integrada por un total de 81 funcionarios, distribuidos en 3 secciones o grupos, con jornadas de guardia de 24 por 48 horas y rotación hacia atrás, denominados: Sección “A”, “B” y “C”. Se conformó una muestra aleatoria intencional, de acuerdo a los siguientes criterios:

Inclusión: a) tener doce (12) meses o más de antigüedad laboral en dicha estación, b) desempeñarse en los turnos de 24 por 48 horas, c) estar presente en el momento de aplicar los instrumentos y d) aceptar de forma voluntaria y por escrito (consentimiento informado) participar en la investigación.

Exclusión: a) bomberos y bomberas con lesiones musculoesqueléticas de origen congénito o traumático para el momento de la investigación, b)

aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión antes señalados.

Quedando conformada la muestra, por 34 bomberos y bomberas (41,97%), distribuidos de la siguiente manera: Sección “A” = 13, Sección “B” = 12 y Sección “C” = 9.

Previo visita, solicitud de permiso por escrito y autorización por parte de la Jefatura de la División de la estación, se realizó reunión que permitió identificar líderes que tuvieran la disposición de apoyar en la investigación; planificando los encuentros, facilitando la aplicación de los instrumentos, adaptando la herramienta Déparis a la situación de trabajo y a la terminología.

Se coordinó con el líder de la sección al personal que iniciaba la jornada laboral (10:00 AM), explicándose en detalle la finalidad del estudio y la importancia del mismo, siempre bajo los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia; detallando el proceso a través del consentimiento informado que aprobaron voluntariamente de forma oral y escrita, y la aclaratoria de las dudas surgidas, para finalmente dar paso a la recolección de la información.

El proceso para establecer las condiciones de trabajo y factores de riesgo laborales fue a través de la aplicación del Método de Diagnóstico Participativo de los Riesgos Profesionales (DÉPARIS), Malchaire (2010). El mismo, se realizó en tres reuniones con una duración aproximada de 2:30 horas cada una, durante jornadas laborales de 24 horas con grupos de trabajo de hasta 10 participantes por sección; para ello, se revisaron de forma sistemática y detallada sus 18 apartados: organización general (ítems 1 y 2); situación de trabajo (ítem 3), seguridad (ítem 4), herramientas y medios directos de trabajo (ítems 5 al 9), factores físicos del ambiente (apartados 10 al 14) y del (15 al 18) factores organizacionales.

Con respecto a la situación deseada y los aspectos a vigilar en cada apartado, en cada grupo se tomó nota sobre lo que debía cambiarse

concretamente para mejorar la situación y condiciones de trabajo; posteriormente, se identificaron los aspectos que necesitaban estudios de especialistas y/o expertos. Las respectivas soluciones propuestas, orientadas en el diseño de un plan de gestión de riesgos, quedaron reflejadas en un listado de síntesis de mejoras.

Por consenso de los participantes se valoró cada aspecto, siguiendo la técnica del semáforo a través de un sistema figurativo e intuitivo de colores y sonrisas establecido en el instrumento, donde: color en verde: situación completamente satisfactoria, amarillo: situación mediana y ordinaria; para mejorar, si es posible y rojo: situación insatisfactoria; susceptible de ser peligrosa, para mejorar necesariamente. La detección y análisis de síntomas musculoesqueléticos iniciales, se realizó con el Cuestionario Nórdico Estandarizado de Kuorinka et al. (1987). El mismo fue autoadministrado (garantizando el anonimato), previa lectura y explicación detallada sobre los pasos a seguir, con una duración aproximada de 25 minutos.

Se dividió en dos partes, una con la que se registraron los datos sociodemográficos: edad, sexo, antigüedad laboral y cargo, y otra en la que se registraron síntomas de origen musculoesqueléticos en nueve áreas corporales (cuello, hombros, codos, muñecas/manos, espalda superior, espalda inferior, caderas/muslos, rodillas y tobillos), evaluados en 3 dimensiones: restricción motora, frecuencia de dolor y localización de los mismos en los últimos 12 meses, representando gráficamente los resultados de las diferentes regiones corporales dolorosas a través de un esquema corporal.

El procesamiento de los datos se realizó ordenando y tabulando en hojas de cálculo del programa Microsoft Office Excel (2016), presentándolos en tablas y figura. El análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas se realizó posterior a la distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, medidas de tendencia central y dispersión. Para relacionar la exposición a factores de riesgo musculoesqueléticos y la frecuencia de los mismos se

realizó prueba de significancia estadística, Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) usando el programa Epi-Info 6.0.

Resultados

En relación a las características sociodemográficas, el personal de atención de Emergencias Médicas Prehospitalarias de la unidad estudiada ($n=34$), es predominantemente masculino, con un promedio de edad de 32,9 años y antigüedad laboral promedio de 9,8 años, lo que indica que son trabajadores jóvenes con estabilidad laboral, pero con un periodo de exposición a procesos peligrosos de trabajo que en el 71% supera los 5 años. En relación al cargo, vale acotar que todos los bomberos y bomberas que ejercen funciones de atención de EMPH se desempeñan como paramédicos, predominando además en 32% de éstos la función de conductor (Tabla 1).

Con respecto a las condiciones de trabajo y la percepción de los trabajadores sobre los factores de riesgo laborales a los que están expuestos, se puede observar en la tabla 2, que siguiendo la técnica del semáforo se reflejaron las situaciones insatisfactorias percibidas en 7 de los 18 apartados y que fueron comunes en los tres grupos. Las situaciones insatisfactorias identificadas por los grupos (llamó la atención que hubo coincidencia) que requerían mejoras inmediatas de acuerdo al orden de aparición en los apartados fueron:

1. Las áreas de trabajo: obstrucción de vías de circulación. Estacionamiento vehicular en áreas no aptas. Limpieza general y de vehículos deficiente. Grietas y desnivel del piso en sala de máquinas. Infraestructura general en deterioro. Espacio angosto en áreas de depósito general y logística médica, así como salón de clases con aglomeración de equipos fuera de servicio. La infraestructura general y la reparación del piso, fueron los aspectos que se debían estudiar con más detalle.

2. La adecuación del trabajo: espacio reducido en cabina de vehículo de triaje. Asiento rígido de la unidad de triaje, además de la adopción de posturas incómodas (tronco flexionado) y

forzadas (estáticas) durante los traslados de pacientes en dicha unidad. Unidad de Incidentes para Eventos Masivos (UIPEM) con altura inadecuada para ingreso y salida de camillas, sillas y tablas. La dotación de unidades de atención y traslados acordes a las funciones y necesidades de los trabajadores, fueron los aspectos que se requerían estudiar con más detalle.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los bomberos y bomberas de emergencias médicas prehospitalarias. Venezuela 2020. (n=34)

Variables Sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	32	94
Femenino	2	6
Grupo etario (años)		
20 – 29	11	32
30 – 39	17	50
40 – 49	6	18
Rango 23 – 49 años; Media (\bar{x}) 32,9 años \pm 6,5 (DS).		
Antigüedad (años)		
01 – 05	10	29
06 – 10	9	26
11 – 15	8	24
16 – 20	7	21
Rango 4 – 19 años; Media (\bar{x}) 9,8 años \pm 4,6 (DS).		
Cargo		
Paramédico	23	68
Conductor	11	32

Fuente: Cuestionario Nórdico Estandarizado. 2020

3. Los riesgos de accidente: Tornillo sobresaliente (camilla triaje). Piso mojado (comedor). Ausencia de luminarias en distintas áreas de la estación. Deterioro de botas de seguridad. Techo en mal estado. Contenedor de objetos punzocortantes inadecuado. Toma corrientes en mal estado. Deterioro de lentes de seguridad. Ausencia de cascos de protección. Circulación en vehículos a gran velocidad y atención de accidentes de tránsito. Los mismos se vincularon con riesgos de caídas de personas, caída de objetos, cortadas, pinchazos, electrocución, salpicaduras, traumatismos, colisión, atropello y hasta la muerte, con una gravedad de dos cruces percibida y referida por los trabajadores. Los grupos consideraron que la reparación del techo, la

dotación de contenedores adecuados para objetos punzocortantes y dotación de EPP (lentes, botas y cascos) eran los aspectos a mejorar necesariamente.

4. Las herramientas y materiales de trabajo: Escasas unidades de soporte básico y avanzado de vida (ambulancias). Vehículos inapropiados para atención, soporte y traslado de pacientes. Camillas deterioradas, con desgaste en zona de manipulación, Deterioro de sillas de ruedas (ruedas, posa pies, agarre). Deterioro de chalecos de primeros auxilios y equipos médicos inoperativos (tensiómetros, ventilador mecánico, monitor multiparámetros, desfibrilador externo automático).

Dentro de los aspectos a estudiar con más detalle señalaron la dotación de vehículos apropiados (ambulancias) y la reparación y/o

dotación de camillas, sillas de ruedas y equipos médicos

Tabla 2. Condiciones de trabajo y factores de riesgo percibidos por bomberos y bomberas de emergencias médicas prehospitalarias. Secciones: “A”, “B” y “C”. Venezuela 2020. (n=34)

SITUACIÓN DE TRABAJO	Sección “A”	Sección “B”	Sección “C”
1. Las áreas de trabajo.			
2. La organización técnica entre los puestos.			
3. La adecuación del trabajo.			
4. Los riesgos de accidente.			
5. Los comandos y señales.			
6. Las herramientas y materiales de trabajo.			
7. El trabajo repetitivo.			
8. Las manipulaciones.			
9. La carga mental.			
10. La Iluminación.			
11. El ruido.			
12. Los ambientes térmicos.			
13. Los riesgos químicos y biológicos.			
14. Las vibraciones.			
15. Las relaciones de trabajo entre operarios.			
16. El ambiente social, local y general.			
17. El contenido del trabajo.			
18. El ambiente psicosocial.			

Fuente: Análisis del Método Déparis en los grupos de trabajo. 2020

5. Las manipulaciones: Manejo manual de pacientes sin ayuda mecánica. Desplazamiento de maletín de primeros auxilios y equipos médicos. Levantamiento y descenso de pacientes en vehículo muy alto (UIPEM). Camillas con difícil agarre. Torsión y flexión de tronco y cuello durante traslados, así como fuerza y elevaciones de miembros superiores para el levantamiento de pacientes. Los aspectos a estudiar con más detalle fueron la dotación de camillas hidráulicas y sillas de ruedas. Adaptación de rampa UIPEM. Reparación y/o dotación de unidades de traslados aptas y la capacitación en cuanto a higiene postural.

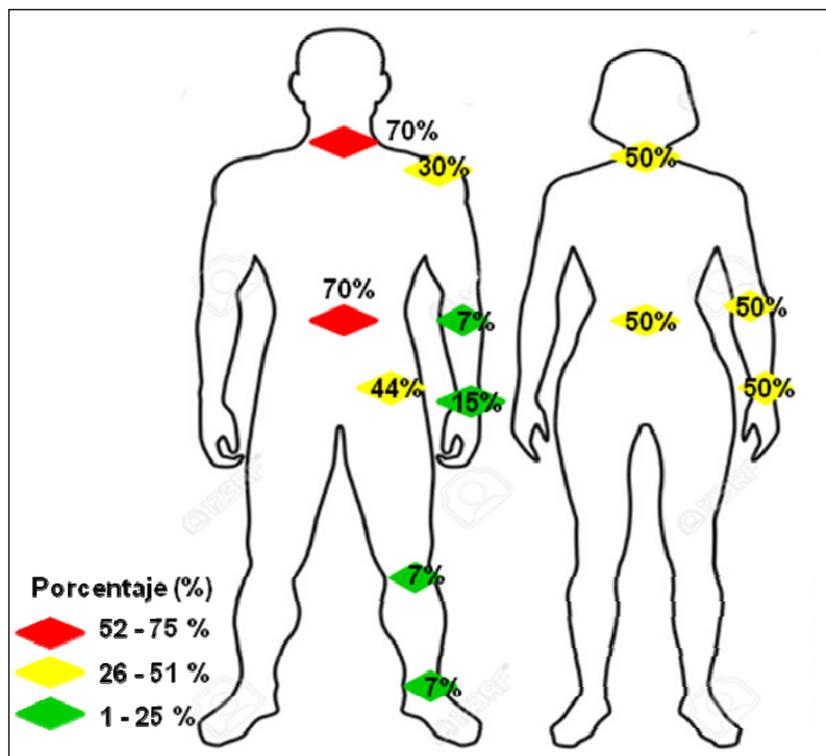
6. Los riesgos químicos y biológicos: Ausencia de recipientes para disposición de desechos biológicos. Recipiente inadecuado para objetos punzocortantes. Escasa capacitación en manejo y disposición final de desechos biológicos. Dotación insuficiente de guantes. uso inadecuado de EPP (tapabocas y lentes de seguridad).

El aspecto a estudiar con más detalle fue, la capacitación en materia de prevención de riesgos laborales biológicos, programa de bioseguridad y uso de EPP.

7. El ambiente psicosocial: Insatisfacción por condiciones generales de vida en la institución. Baja remuneración (salario). Jornadas laborales prolongadas (24 x 48 horas). Déficit en la atención de la seguridad social (HCM) y suspensión del beneficio del comedor. Refiriendo estudiar con más detalle el cumplimiento de la escala salarial, con revisión e incremento periódico y la reincorporación de primas (nocturna, profesionalización y transporte).

La localización de las manifestaciones, fueron más frecuentes en ambos sexos a nivel de cuello y columna dorsolumbar. Siendo las molestias en las regiones del codo, antebrazo, muñeca y mano, más frecuentes en el sexo femenino; mientras que solo los hombres refirieron dolor en hombro, cadera y miembros inferiores (ver figura 1).

Figura 1. Molestias musculoesqueléticas y su localización en los últimos 12 meses, en bomberos y bomberas de emergencias médicas prehospitalarias. Venezuela 2020. (n=27 bomberos n=2 bomberas)



Fuente: Análisis del Cuestionario Nórdico Estandarizado, 2020

La frecuencia de restricción motora o limitación funcional para hacer su trabajo (pregunta N° 7 Cuestionario Nórdico Estandarizado) referida en los últimos 12 meses, fue de 14 casos (48,2%), producto de las molestias en las diferentes regiones corporales. El tiempo de restricción fue: en 10 casos de 1 a 7 días, 3 casos de 1 a 4 semanas y 1 caso con más de un mes.

Por su parte, las molestias musculoesqueléticas presentadas por estos bomberos y bomberas en los últimos 12 meses (96,6%) son coincidentes con los factores de riesgo identificados y percibidos por los trabajadores a través de los grupos de discusión del Método Déparis y atribuidas a las causas expuestas en la tabla 3.

Al relacionar la exposición a factores de riesgo generadores de manifestaciones musculoesqueléticas y la frecuencia de las mismas, se evidenció, de acuerdo a los resultados del Método Déparis y del Cuestionario Nórdico

Estandarizado, que los propios trabajadores desde la experiencia y lo subjetivo vincularon la forma de realizar la actividad laboral, el uso de herramientas inadecuadas o equipos y técnicas inapropiadas, con la presencia de estas molestias.

Tabla 3. Distribución porcentual de las causas de molestias musculoesqueléticas en bomberos y bomberas de emergencias médicas prehospitalarias. Venezuela 2020. (n=29).

Causas de molestias musculoesqueléticas	%
Manejo manual de cargas, manipulación y traslados de pacientes, sobreesfuerzos físicos y técnicas inadecuadas.	62
Posturas inadecuadas e incómodas durante procedimientos y dentro de las unidades.	59
Manejo de equipos.	17
Estrés.	10
Vibración de vehículos.	3
Sedestación prolongada, por estar mucho tiempo al volante	3
Falta de ejercicios	3

Fuente: Análisis del Cuestionario Nórdico Estandarizado, 2020

Asimismo, al realizar el cálculo del Riesgo Relativo y prueba de Chi Cuadrado, se consideraron la antigüedad y presencia de molestias musculoesqueléticas para establecer la relación y asociación estadística, obteniendo los siguientes resultados: **Riesgo Relativo** = 1,37 (0,90 – 2,07). Límite de confianza 95%. **Valor de Chi (Mantel-Haenszel)** = 4,40. Valor de p= 0,03. Por lo que el riesgo de lesiones musculoesqueléticas es 1,37 veces mayor en los bomberos y bomberas con más de 5 años de antigüedad. El valor de p= 0,03, indica una diferencia estadísticamente significativa en los trabajadores de acuerdo a su antigüedad, donde se consideraron no expuestos a los que tenían 5 o menos años de antigüedad laboral.

Discusión

Las características sociodemográficas del grupo de estudio coinciden con las investigaciones realizadas por Liendo Bellorín (2018), Malavé (2017) y Rivera Guillén et al. (2015), con predominio del sexo masculino superior al 50%. La

edad muestra que esta actividad laboral la desarrolla una población adulta joven, con predominio del cargo paramédico. Sin embargo, no coinciden en promedio de edad y cargos, con lo descrito por Rodríguez Martínez y Martínez Bello (2016), quienes además reportaron presencia de personal médico, lo cual difiere de los resultados obtenidos en esta investigación.

La antigüedad laboral es coincidente con la reportada por Liendo Bellorín (2018), Malavé (2017), Rodríguez Martínez y Martínez Bello (2016) y Rivera Guillén et al. (2015). Sin embargo, llama la atención la presencia de trabajadores con antigüedad superior a 5 años, lo que implica un tiempo de exposición laboral a considerar para el establecimiento de riesgos por factores disergonómicos, mecánicos y psicosociales (predominio de situaciones insatisfactorias); además de evidenciar, contrario a los demás autores, que estos no se encuentran expuestos a una alta rotación de personal. Sobre las condiciones de trabajo y factores de riesgo generadores de manifestaciones musculoesqueléticas son varios los

estudios realizados, cuyos resultados respaldan los hallazgos obtenidos en la presente investigación: los factores de riesgo disergonómicos encabezaron la lista de situaciones que requerían mejoras inmediatas, entre ellas las posturas forzadas durante traslados y asientos rígidos en unidades, percepción compartida por Cuenca Apolo et al. (2017).

La elevación de miembros superiores por encima de la cintura para depósito de camillas, así como el manejo manual de pacientes y la manipulación manual de carga (equipos médicos), son coincidentes con Rosario y Amézquita (2014) y Paredes Ordóñez (2020). Mientras que la ausencia de ayudas mecánicas y ayudas manuales deterioradas coinciden con González (2016) y Navarro (2016); adicionando, además, González (2016) y Paredes Ordóñez (2020) la evacuación domiciliaria de pacientes a través de escaleras y el espacio físico reducido en cabinas para el manejo del paciente, respectivamente.

Seguidamente, los factores de riesgo mecánicos reportados en los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por Navarro (2016), González (2016) y Paredes Ordóñez (2020), destacando además González (2016) durante la identificación de riesgos de caída, choque, traumatismo y muerte en el personal de ambulancias la circulación a gran velocidad de las unidades móviles, seguido por el estacionamiento indebido de las mismas.

Los factores de riesgo psicosociales estuvieron caracterizados por baja remuneración, lo cual concuerda con la baja compensación reportada por Malavé (2017). El trabajo por turnos y jornadas prolongadas coinciden con Liendo Bellorín (2018) y González (2016). Alto ritmo de trabajo, factor semejante al reportado por Liendo Bellorín (2018), González (2016), Morales Mendoza (2015) y Rosario y Amézquita (2014), quienes también identificaron exigencias psicológicas producto de una gran demanda asistencial.

Mientras que la carga mental fue debida a la ausencia de personal médico y unidades fuera de servicio, aspecto que González (2016) atribuye a

los médicos por ser el escalón jerárquico superior más inmediato, además de inseguridad, respecto a la protección social (HCM) y suspensión del comedor.

Por último, se identificaron las vibraciones como el único factor de riesgo físico vinculado con la aparición de manifestaciones musculoesqueléticas en estos trabajadores y trabajadoras, las mismas fueron referidas durante el uso y traslado de pacientes en las UIPEM, producto del mal estado del piso de las mismas, iguales datos fueron reportados en conductores por Morales Mendoza (2015), quien encontró dentro de las condiciones de trabajo mayor frecuencia de exposición a vibraciones, debido a la presencia de huecos y desniveles en el piso.

Lo referente a las manifestaciones musculoesqueléticas, al igual que en estudios previos realizados tanto en el área como en el personal prehospitalario, se encontró una frecuencia de molestias en el 88% de los trabajadores, siendo el cuello y la columna dorsolumbar las regiones corporales más afectadas, con una frecuencia entre 50% y 70% para ambos sexos. Caso similar a los reportados por Paredes Ordóñez (2020), Melita Rodríguez y Gutiérrez Henríquez (2018), Cuenca Apolo et al. (2017), Navarro (2016), Morales Mendoza (2015), Rivera Guillen et al. (2015) y Rosario y Amézquita (2014). Seguidamente, se obtuvo un 44% de manifestaciones musculoesqueléticas a nivel de cadera o pierna, ubicando dicha región anatómica en el tercer lugar más frecuente de molestias percibidas por el personal prehospitalario masculino, resultado que igualmente coincide con Rivera Guillen et al. (2015) con 42% reportado por paramédicos y choferes de ambulancias a este nivel.

Asimismo, la limitación funcional provocada por las molestias musculoesqueléticas en el personal de atención de Emergencias Médicas Prehospitalarias, impidió a estos realizar su trabajo por un período entre 1 y 7 días en el 71% de los casos, datos similares a los obtenidos en las investigaciones de Melita Rodríguez y Gutiérrez Henríquez (2018), quienes obtuvieron un promedio

de 7 días de ausentismo laboral por dichas molestias; caso similar a Morales Mendoza (2015) con un 40% de restricción para realizar el trabajo a causa de las molestias musculoesqueléticas.

Sobre la multicausalidad atribuida a las molestias por parte de este personal, son coincidentes: la manipulación manual de cargas, posturas forzadas y aplicación de fuerzas, señaladas por Betancourt (2021), López Roque y Cruz Flores (2016), Navarro (2016) y Rosario y Amézquita (2014); asimismo, coinciden la postura y el estrés laboral referido por Paredes Ordóñez (2020) y Cuenca Apolo et al. (2017), mientras que Melita Rodríguez y Gutiérrez Henríquez (2018), así como Navarro (2016) agregan además del sobrepeso del personal y de algunos pacientes el traslado de éstos desde lugares de difícil acceso; por otra parte, Morales Mendoza (2015) adiciona a las posturas y sobreesfuerzos físicos la infraestructura de las vías, movimientos repetitivos y la velocidad con la que es ejecutado el trabajo.

La asociación entre antigüedad laboral y manifestaciones musculoesqueléticas en el presente estudio muestra semejanza con otras investigaciones, tal es el caso de Rivera Guillen et al. (2015) quienes reportaron una correlación altamente significativa entre la antigüedad de los trabajadores y el dolor en espalda baja y alta ($p < 0,001$).

Conclusiones

A manera de conclusión, la presente investigación pone de manifiesto que tanto las condiciones de trabajo como la actividad laboral de los bomberos y bomberas de atención

prehospitalaria los expone a múltiples factores de riesgo (disergonómicos, mecánicos, psicosociales y físicos), generadores de manifestaciones musculoesqueléticas. Es por esto, que se hace necesario mejorar las condiciones de trabajo de acuerdo a lo señalado por los trabajadores a través de las dinámicas de grupos, según nivel jerárquico de decisión.

Del mismo modo, se recomienda retomar la actividad física dentro de la estación como parte de un programa de acondicionamiento, además de diseñar e implementar un programa de pausas activas dirigido a paramédicos y conductores. Adicionalmente, se requiere implementar un programa de vigilancia epidemiológica, dirigido a la evaluación del estado de salud de este personal al menos una vez al año; así como incorporar como parte de la capacitación trimestral en materia de Salud y Seguridad Laboral una adecuada formación en cuanto a higiene postural, adoptando todas las medidas originadas a partir de la presente investigación tanto en la estación objeto de estudio, como en todas aquellas que conforman el área prehospitalaria de la institución.

Nota de las autoras

para el momento de la presentación de los resultados (finales del 2020) ya habían sido adoptadas algunas medidas recomendadas por los propios trabajadores, en base a las condiciones de trabajo y factores de riesgo percibidas como insatisfactorias en los apartados de la guía. Estas fueron: despeje de vía de circulación vehicular. Se logró la operatividad de 7 unidades (ambulancias). Uso de unidad UIPEM solo como clínica móvil. Retiro de la camilla de la cabina de la unidad de triaje y reclinado del asiento de la unidad.

Referencias Bibliográficas

Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [EU-OSHA]. (2019) *Trastornos musculoesqueléticos*. <https://osha.europa.eu/es/themes/musculo-skeletal-disorders>

Betancourt, O. (2021). Enfoque sistémico de la salud y seguridad en el trabajo. *Servicios Integrales de Salud y Seguridad en el Trabajo*. https://epsica.com/archivos/Servicios_sal

ud_en_el%20trabajo_2021_Oswaldo_Betancourt.pdf

- Cuenca Apolo, J., Remache J., y Pardo M. (2017). Identificación de trastornos musculoesqueléticos de columna en el personal operativo de consolas de atención médica prehospitalaria. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastornos-musculoesqueleticos-de-columna/>
- González, A. (2016). *Prevención de Riesgos Laborales en Servicios de Urgencias Prehospitalaria*. [Trabajo de Máster Prevención de Riesgos Laborales, Universidad Miguel Hernández] España. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3276/1/Gonzalez%20Martinez%2C%20Ana%20TFM.pdf%20Hecho.pdf>
- Guidotti, T. (2012). Servicios de Seguridad y de Emergencia. OIT. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo [OIT]. <https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/sumario.pdf>
- Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales [INPSASEL]. (2013). Registros de Enfermedades Ocupacionales 2009-2013. <http://iaes.edu.ve/index.php/centro-de-descargas/viewcategory/3-libros-y-publicaciones>
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., y Jorgensen, K. (1987). Cuestionario Nórdico Estandarizado para el análisis de síntomas músculo esqueléticos. *Ergonomía Aplicada*, 18(3), 233-237. doi: 10.1016/0003-6870(87)90010-x.
- Liendo Bellorín, J. (2018). *Factores de Riesgo Psicosociales y Fatiga Laboral en los Bomberos del Área de Rescate del Distrito Capital*. [Trabajo Especial de Grado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”]. Venezuela.
- López Roque, I., y Cruz Flores, M. (2016). Las exigencias laborales como determinantes de trastornos musculoesqueléticos. Conferencia Internacional sobre Prevención de Riesgos Laborales (Ed). <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2016/exigencias-laborales-como-determinantes-trastornos-musculoesqueleticos>
- López, M. (2004). Enfermedades de los Bomberos. Una revisión de la literatura a demanda de la Federación de Servicios y Administraciones Públicas de CC.OO. Ed: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS]. http://www.ccooaytomadrid.es/documentos/general/primerapagina/Enfermedades_Bomberos.pdf
- Malavé, M. (2017). *Factores de Riesgo Psicosociales y sus Efectos a la Salud en el Personal Paramédico de un Servicio de Ambulancia Privado*. Valencia. Estado Carabobo. [Trabajo Especial de Grado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”] Venezuela.
- Malchaire, J. (2010). La estrategia SOBANE y la guía Déparis para la gestión participativa de los riesgos ocupacionales. *Salud de los Trabajadores*, 18(2), 153-163. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382010000200007&lng=es&tlng=es.

- Melita Rodríguez, A., y Gutiérrez Henríquez, M. (2018). Evaluación ergonómica del puesto de trabajo de paramédicos y conductores de un servicio de atención prehospitalaria de urgencia. *Benessere Revista de Enfermería*. 3(1). DOI:10.22370/bre.31.2018.1395.
- Meyer, J. (2012). Personal auxiliar y de ambulancias. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo [OIT]. <https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/sumario.pdf>
- Morales Mendoza, D. (2015). Factores de riesgo ergonómico y condiciones de trabajo asociados a sintomatología osteomuscular, en conductores de una cooperativa del sector de transporte público en tres municipios de Cundinamarca, Colombia. [Trabajo de Maestría en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad del Rosario] Colombia. https://doi.org/10.48713/10336_11860
- Navarro, A. (2016). Lesiones del aparato locomotor en bomberos. Tratamiento básico de urgencia. *Preparación física*, (2), 60-65. <https://www.cubp.es/wp-content/uploads/2017/07/Lesiones-del-aparato-locomotor-en-bomberos-Preparaci%C3%B3n-F%C3%ADsica.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2013). *770 nuevos casos diarios de personas con enfermedades profesionales en las Américas*. Ed: Autor. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=8606:2013-paho-who-estimates-770-new-cases-daily-people-occupational-diseases-americaItemid=135ylang=es
- Paredes Ordóñez, J. (2020). Condiciones de trabajo en los departamentos de bomberos: un ambiente de trabajo ni seguro ni saludable. *Revista Internacional y Comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*. 8(3), 116-136. https://ejcls.adapt.it/index.php/rlde_adapt/article/view/893
- Riihimäki, H. (2012). Sistema Musculoquelético. OIT. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo [OIT]. <https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/sumario.pdf>
- Rivera Guillén, Mario A, Sanmiguel Salazar, Maria F, Serrano Gallardo, Luis B, Nava Hernández, Martha P, Moran Martínez, Javier, Figuerola Chaparro, Luis C, Mendoza Mireles, Eduardo E., y García Salcedo, José J. (2015). Factores asociados a lesiones músculo-esqueléticas por carga en trabajadores hospitalarios de la ciudad de Torreón, Coahuila. México. *Ciencia & trabajo*, 17(53), 144-149. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000200008>
- Rodríguez Martínez, C., y Martínez Bello, MC. (2016). Exposición laboral a ruido en personal de servicio en ambulancias médica. *Salud de los Trabajadores*, 24(2), 93-104. <http://ve.scielo.org/pdf/st/v24n2/art04.pdf>
- Rosario, R., y Amézquita, T., (2014). Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos en el personal de esterilización en tres hospitales públicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 24-43. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100004>

Caracterización de trabajadores atendidos en consultorio adyacente a farmacia durante post-pandemia, que presentaron depresión y psicopatología

Characterization of workers treated at the clinic adjacent to the pharmacy during the post-pandemic period, who suffered from depression and psychopathology.

María Teresa Gutiérrez Alanis¹ y Angel Olider Rojas Vistorte²

Resumen

De las secuelas derivadas de la pandemia, se destacan las afectaciones sobre la salud mental de las personas y su trabajo. La depresión es un problema de salud pública, creciente, costosa, estigmatizada, que no se detecta ni atiende adecuadamente. Consultas médicas reiteradas pueden esconder un trastorno de la esfera de la salud mental, pues la depresión suele expresarse mediante equivalentes somáticos. **Objetivo:** Detectar la presencia de depresión y psicopatologías diversas relacionadas con factores laborales y médicos, en pacientes de consultorio adyacente a farmacia (CAF). **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, correlacional, prevalencia. Muestra representativa de 351 pacientes de (CAF), donde 67% mujeres, 41% solteros(as) y 35% escolaridad técnica, 37.27 años promedio. **Resultados:** Laboralmente, 65% de muestra estaban trabajando, 30% desempleados(as) y 2% jubilados(as). Frecuencia de consultas médicas fue 28% dos consultas anuales, 2% semanales y 19% mensuales. Del total de participantes, reportaron sentir ansiedad 49%, insomnio 46%, enojo 44% y ánimo depresivo 33%. Prevalencia de depresión 20%, tasa 196/1000 habitantes. La depresión se relacionó significativamente con situación laboral, motivos de consulta, sentir ansiedad, enojo, miedo, insomnio o depresión. **Conclusión:** Aun siendo pacientes médicos, resultaron con depresión y psicopatología asociada considerable, puede explicarse dado el momento del estudio.

Palabras clave: depresión, atención primaria, pandemia, trabajadores, síntomas afectivos.

Abstract

The pandemic has had significant consequences, particularly on people's work and mental health. Depression is a growing, costly, stigmatized public health problem that is not adequately detected or treated. It is typically conveyed through somatic equivalents that lead to recurring and unsuccessful medical appointments. **Objective:** To detect the presence of depression and various psychopathologies related to occupational and medical factors in patients of a doctor office adjacent to the pharmacy (DOAP). **Materials and Methods:** Cross-sectional, correlational, prevalence study on 351 (DOAP) patients. The sample was representative and consisted of 67% females, 41% single individuals, and 35% with technical schooling. On average, the participants were 37.27 years old. **Results:** In terms of employment, 65% of the sample were working, 30% were unemployed and 2% were retired. The frequency of medical consultations was 28% twice a year, 19% monthly, and only 2% weekly. Out of all the participants, 49% reported feeling anxious, 46% experiencing insomnia, 44% feeling angry, and 33% experiencing a depressed mood. The prevalence of depression is 20%, with a rate of 196 per 1000 inhabitants. The study found a significant relationship between depression and work situation, reasons for consultation, anxiety, anger, fear, insomnia, or depression. **Conclusion:** Although the patients were receiving medical treatment, they exhibited significant depression and related psychopathology. This finding can be explained by the timing of the study.

Keywords: depression, primary care, pandemic, workers, affective symptoms.

Fecha de recepción: 13/11/2023

Fecha de aceptación: 06/02/2024

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México. México. Email: teregut2003@yahoo.com.mx

²Departamento de Psicología, Universidad Europea del Atlántico, Santander, España. Email: angel.rojas@uneatlantico.es

Introducción

La tendencia epidemiológica mundial con un incremento en las enfermedades no transmisibles, como los trastornos mentales, fue evidenciada y magnificada en la reciente contingencia sanitaria por el virus del SARS COV 2 que provoca la enfermedad del Covid19. Además de la gravedad propia de la pandemia, los efectos negativos fueron detonantes y/o agravantes de problemas de salud mental en la población. Tal es el caso de la depresión, como un síndrome, que aumentó su prevalencia mundial cerca de 25% en ese periodo según la Organización mundial de la salud (OMS, 2022).

El panorama de la salud mental en México considera las estadísticas nacionales en esta materia y refiere a la “Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México” (ENEP) realizada en 2003, como parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en materia de Salud Mental. Su importancia y vigencia radica en la aportación de datos a nivel nacional en esta materia, en un esfuerzo específico vinculado a una iniciativa de la OMS que no ha sido sustituida por una versión más actual de la misma dimensión en el país.

En aquel momento, la ENEP reportó que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos estudiados alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). La prevalencia del episodio depresivo mayor fue de 3.3% y estuvo entre los tres principales trastornos para las mujeres. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias (Medina-Mora, et al. 2003).

Diez años después de la ENEP, se reportó que en México 3.34 millones de personas presentaron depresión en contraste con el 1.73 millones que existían registrados en 1990, casi se

había duplicado la cifra en esos años (Berenzon, et al. 2013). En la Encuesta Nacional de los Hogares del INEGI (2017), la depresión implicó a un 32.5% de personas con 6,808 suicidios en 2018, donde el 8.1% ocurrió en la Ciudad de México (Ritchie y Roser, 2018) Our World in Data reportó con datos del 2017, el 3.4% de la población mundial con depresión (264 millones de personas), el 3.8% con ansiedad, el 0.6% con trastorno bipolar, entre otros.

Asimismo, la depresión se calcula del 2 al 6% de prevalencia mundial donde las personas de más edad tienen mayor riesgo. (Ritchie y Roser, 2018). En la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005, según los datos de la Organización mundial y Panamericana de la salud (Organización Mundial de la salud, 2017). La depresión es un trastorno de prevalencia creciente en el país y en el mundo y no siempre es detectado y atendido adecuadamente, pues las personas suelen retrasar la búsqueda de atención especializada (Benjet, et al. 2004, Berenzon, et al, 2013, Morales-Fuhrmann, 2017, Ritchie y Roser, 2018, Vistorte, et al. 2018, Organización mundial de la salud, 2020, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020, Organización mundial de la salud, 2023).

El poco acceso al tratamiento o atención adecuada, suele derivar en el agravamiento y/o cronicidad del trastorno con el consecuente desgaste de las personas y las instituciones. La paradoja es que a pesar de lo frecuente y costoso parece “invisible” en la práctica clínica cotidiana, lo que refuerza el círculo vicioso de un problema persistente que no encuentra solución y representa una enorme carga de enfermedad para los individuos e instituciones, los datos poblacionales tomados del Instituto Nacional de salud pública y del Instituto nacional de estadística geografía e informática lo respaldan (Instituto Nacional de salud pública, 2018 y 2023, Instituto nacional de estadística geografía e informática , 2017, 2020 y 2023, Organización mundial de la salud, 2023).

Es la cuarta causa de discapacidad mundial en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (AVISA's), en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los

hombres. Además del cuadro discapacitante que provoca, interactúa con otros trastornos físicos y mentales, por lo que es frecuente que la comorbilidad reduzca la independencia y funcionalidad habitual del paciente (Berenzon, et al, 2013, Morales-Fuhrmann, 2017, Ritchie y Roser, 2018, Organización mundial de la salud, 2020).

Por otro lado, la consulta especializada en salud mental está casi descartada para la población trabajadora, debido a causas personales o institucionales, las personas acuden a consulta médica general o de primer nivel en su lugar. Un servicio de Atención primaria (AP), ofrece la oportunidad para la detección temprana de diversos trastornos físicos y/o mentales, también para la implementación de estrategias de intervención preventivas y de promoción de la salud, lo cual resulta en una reducción de la carga de la enfermedad sobre los sistemas de salud y sobre la economía del paciente (Gómez-Dantés, et al. 2011, Vignolo, et al. 2011, Calderón, et al. 2016, Fernández-Cantón, 2019, Medina-Mora, et al. 2015, Berenzon, et al, 2013, Morales-Fuhrmann, 2017, Ritchie y Roser, 2018, Organización mundial de la salud, 2020).

Aunque la presencia de depresión en pacientes de AP es común y se ha visto que se presenta diferenciada por género, edad o tipo de padecimientos (comorbilidad con otros padecimientos físicos o mentales) no es detectada como tal pues esta encubierta por el motivo de consulta médico manifiesto. Es usual que un padecimiento de tipo psicológico, no detectado, se exprese a partir de dolencias somáticas diversas que ameritan una consulta médica (Apóstolo, et al. 2011, Calvo y Jaramillo, 2015, Días de Sousa y De Andrade, 2017, Hegeman, et al. 2012, Montesó, 2008 y Vargas y Villamil, 2016).

En cuanto al impacto de la pandemia sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras, se observó un incremento en el desempleo y se agravaron las enfermedades físicas y mentales. Al comparar los efectos de la pandemia en la economía de los hogares tomando como base el 2020, en 2021 68.4% reportó haber aumentado sus

gastos generales y 72% los gastos en alimentos (Shamah, et al. 2022).

En relación con los casos positivos a Covid-19 y la cascada de atención por este padecimiento, se encontró que 61.6% reportó haber tenido una secuela después de haber sido dado de alta o un mes posterior al inicio de la enfermedad y 34% seguía experimentando secuelas. El 68% recibió atención en servicios privados y el 2.9% en otros consultorios privados tipo CAF (Shamah et al, 2022).

También en el recuento que hace la Organización internacional del trabajo acerca del impacto de la pandemia en el mundo del trabajo se hace referencia al incremento en las tasas de desempleo comparadas con las de antes de la pandemia, al aumento de trabajadores (as) en el sector informal, la brecha salarial y directiva entre hombres y mujeres y la situación desventajosa para los trabajadores(as) jóvenes (Organización internacional del trabajo, 2023).

En particular en México, el aislamiento, la desaceleración económica, los gastos emergentes en salud y las pérdidas de todo tipo fueron mermando la economía y salud mental de muchas personas y sus familias. Adicionalmente, las modalidades para trabajar cambiaron abruptamente con el uso forzado de la tecnología y el aumento del sedentarismo (Shamah et al, 2022).

Con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2023) la tasa de desempleo subió a 5,5% en junio 2020, los empleos en riesgo alto de verse afectados por la pandemia rebasaron los 24 millones, lo que representa el 44% del empleo total en México. Se perdieron 12.5 millones de empleos formales, creció el sector informal, que no cuenta con seguridad social ni estabilidad laboral (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Según estimaciones de la Organización mundial de la salud (2022), como consecuencia de la contingencia sanitaria del COVID-19 hubo un aumento del 27,6% de los casos de trastorno depresivo mayor y un aumento del 25,6% de los

casos de trastornos de ansiedad en todo el mundo en 2020. Además, se afectó la cifra de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad. Además, en un informe de la Organización mundial de la salud (2022) se refirió que hubo un mayor riesgo de comportamientos suicidas entre personas jóvenes y en personal de salud expuesto al contagio. El riesgo de infección, enfermedad y/o muerte era mayor en personas con trastornos mentales. Los servicios de salud mental se interrumpieron y no pudieron suplirse con atención vía electrónica por el acceso desigual de los pacientes.

En contraste, las condiciones de acceso a los servicios de salud, reportados en la Encuesta en Salud y Nutrición referente al Covid19, refieren que el 23.3% se atendieron en el Instituto mexicano del seguro social, el 22.2% se atendieron en consultorios de médicos privados ubicados en domicilios particulares, 16.4% en centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud, 19.9% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 5.5% en consultorio dentro de un hospital privado y 3.2% en otros servicios privados (Shamah et al, 2022).

En tal sentido, el objetivo fue detectar la presencia de depresión y psicopatologías diversas relacionadas con factores laborales y médicos, en pacientes de consultorio adyacente a farmacia (CAF).

Se parte del supuesto de que el incremento en la consulta médica convencional, relacionada a la contingencia sanitaria, además puede estar indicando la presencia de padecimientos de la esfera de la salud mental, como la depresión y otros síntomas psicopatológicos que no se engloban en un cuadro clínico o diagnóstico, pues son expresiones emocionales emergentes relativas al momento de vida.

Es destacable el papel del CAF como escenario emergente para aligerar la carga de la atención médica pública, dado que cerca del 20% de los mexicanos fueron atendidos en este tipo de servicio durante la pandemia (Morán, 2021 y Shamah et al, 2022).

Materiales y métodos

Estudio de tipo transversal, correlacional, de prevalencia (Álvarez y Delgado, 2015). La muestra estuvo representada por 351 pacientes que acudieron al consultorio de Farmacia, en un lapso de un mes. El tamaño de la muestra representó el 39% del universo de pacientes que acudieron a consulta en cualquiera de los horarios y turnos disponibles, un aproximado de 900 personas al mes, (Comunicación personal, César García Villanueva, responsable del CAF). Como participantes se incluyeron a los pacientes atendidos en el mes que aceptaron participar y fueron elegidos conforme a una razón de muestreo de 2. 5, mediante un listado de factores de muestreo, para que fueran seleccionados al azar.

Acerca de las características sociodemográficas de la muestra, (67%) fueron mujeres y 33% hombres, 41% fueron personas solteras y 29% con educación secundaria y 35% formación técnica. La edad promedio de los trabajadores(as) fue de 37.27 años con una D.E. de 18.71 años.

El estudio se llevó a cabo en el lapso de un mes (septiembre-octubre, 2022) en un consultorio adyacente a farmacia (CAF) de la Alcaldía de Tláhuac (s.f.), ubicado en la colonia Barrio la Soledad, San Juan Ixtlayopan, debido a su disponibilidad y porque brinda atención primaria accesible a toda la población. El servicio de consulta externa se ofrece los siete días de la semana en tres turnos matutino, vespertino y nocturno (en un horario de 8-14 horas, 14-20 horas, y hasta las 12:00 horas respectivamente). La afluencia fue más alta de lo habitual debido al momento del estudio.

Se aplicó una encuesta de auto-llenado que incluyó reactivos tomados de otros instrumentos (los aspectos sociodemográficos y laborales, fueron tomados de la Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores. Extraída del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores, PROESSAT (Noriega, et al. 2001), otros de elaboración propia (reactivos abiertos que

exploraron los factores médicos, frecuencia, tipo y motivos de consultas) y por último, una escala estandarizada y validada para población mexicana para detectar la depresión (“Cuestionario clínico del síndrome depresivo” de Calderón 1997). Éste incluye 20 reactivos que exploran síntomas depresivos que son valorados conforme al grado de intensidad con que se presentan, mediante una escala tipo Likert. Se obtienen puntajes totales crudos que son comparados con los baremos diagnósticos para obtener niveles de gravedad del trastorno: normal (20-35 puntos), reacción de ansiedad (36-39 puntos), depresión leve (40-45 puntos), depresión moderada (46-65 puntos) y depresión severa (66-80 puntos).

La recolección de datos incluyó dos momentos. El primero de reconocimiento y planeación, mediante un recorrido por las instalaciones apoyado con una entrevista con un informante clave, que era el encargado de la Farmacia. Seguido de la aplicación individual de las escalas de medición a los pacientes que se realizó en el área de espera e ingreso a la farmacia y consultorio.

Para empezar los pacientes encuestados fueron debidamente informados de la finalidad y confidencialidad en el manejo de datos del estudio (Consentimiento Informado) y luego se procedió a la aplicación, de dos formas posibles: 1. El encuestador preguntó y anotó las respuestas del paciente o 2. El paciente lo respondió, pues por tratarse de un cuestionario de autollenado, pudieron leerlo y responder.

Una vez fue comprobada la normalidad de los datos, se realizaron análisis descriptivos, posteriormente, se realizaron análisis bivariados (ji cuadrada y correlación de Pearson), se presentan las relaciones significativas en cada caso.

Consideraciones éticas

Todos los participantes fueron debidamente informados y participaron de manera voluntaria (Consentimiento Informado), en observancia de los lineamientos bioéticos para la investigación con personas (Comisión Nacional de Arbitraje Médico,

2020), Además el presente proyecto fue revisado y aprobado por el H. Comité de ética de la Universidad Internacional Iberoamericana.

Resultados

En cuanto a las características laborales, se obtuvo que el 65% de participantes de la muestra estaban trabajando, mientras el 30% estaban desempleados(as) y el 2% jubilados(as). En cuanto al sector productivo, el 24% del total de la muestra se desempeñaban en el sector servicios y comercial, 14% en el sector educativo, 13% en el sector privado y en otras actividades el 7% de la muestra (home-office, campesinos/as o amas de casa). La antigüedad laboral para toda la muestra fue de 56% con más de dos años en su situación (trabajando, desempleado/a o jubilado/a) y el 28% con menos de dos años. La antigüedad desagregada por grupo de trabajadores(as) activos (as), desempleados(as) y jubilados(as), mostró que 69% de las personas que trabajaban en ese momento y 44% de las personas jubiladas, tenían más de dos años en esa condición, mientras que el 39% de los desempleados(as) reportaron su condición por un lapso temporal de menos de dos años (Tabla 1).

En la Tabla 2 se muestra el resultado de la frecuencia de la consulta del total de la muestra, se obtuvo que el 28% refiere consulta médica dos veces por año y el 23% cada vez que enferma. Las personas que acuden con mayor frecuencia son aquellos que reportaron ir cada semana 2% y cada mes 19%. En cuanto a los motivos de consulta, reportaron 5.99 motivos de consulta diferentes en promedio (D.E. de 21.02), un solo motivo el 79%, 17% con dos, 3% con tres, 0.5% con cuatro y 0.5% con cinco motivos diferentes de total consulta en el periodo.

Se hizo también la detección de síntomas psicopatológicos asociados a la consulta médica y el total de participantes reportaron un promedio de 8.51 padecimientos de tipo psicológico (D.E. 22.37). Con un 49% de la muestra que reportó sentir ansiedad, el 44% enojo, el 47% insomnio y el 33% depresión, entre otros. (Tabla 3).

Tabla 1. Distribución de las características laborales de la muestra en estudio. Situación laboral, antigüedad y sector productivo

Variable	Frecuencia simple	Porcentaje
Situación laboral actual Muestra completa (N=351)		
Trabajando	227	65%
Desempleado (a)	103	30%
Jubilado(a)/retirado(a)	10	2%
No respuesta	11	3%
Total	351	100%
Antigüedad en esa situación laboral. Muestra completa		
Meses a dos años	98	28%
Más de dos años	197	56%
No respuesta	56	16%
Total	351	100%
Antigüedad personas trabajando (n=227)		
Meses a dos años	61	27%
Más de dos años	156	69%
No respuesta	10	4%
Total	227	100%
Antigüedad desempleados (as) (n=103)		
Meses a dos años	40	39%
Más de dos años	30	29%
No respuesta	33	32%
Total	103	100%
Antigüedad jubilados(as)/retirados(as) (n=10)		
Meses a dos años	2	12%
Más de dos años	4	44%
No respuesta	4	44%
Total	10	100%
Sector laboral del total de la muestra (N=351)		
Sector salud	21	6%
Sector educativo	51	14%
Sector comercial/servicios	87	24%
Sector gobierno	25	7%
Sector privado	46	13%
Sector seguridad	11	3%
Otros (campesino(a), chofer, ama de casa, construcción, home office, etc.)	27	7%
No contestó o declara domicilio del trabajo	83	23%

Fuente: Estudio de prevalencia de depresión y psicopatología en trabajadores(as) consulta en CAF (sep-oct 2022)

Tabla 2. Distribución de las características médicas de la muestra en estudio. Frecuencia de consulta

Variable	Frecuencia simple	Porcentaje
Cada semana	7	2%
Cada mes	66	19%
Dos por año	98	28%
Uno por año	76	22%
Cada dos años	23	6%
Otro: cuando es necesario o cuando estoy enfermo(a).	81	23%
Total	351	100%

Fuente: Estudio de prevalencia de depresión y psicopatología en trabajadores(as) consulta en CAF (sep-oct 2022)

Tabla 3. Distribución de las dolencias de tipo psicológico (psicopatología) reportadas por la muestra en estudio (reportaron más de un padecimiento por persona)

Tipo de Psicopatología presentada en el año	Frecuencia simple	Porcentaje
Ansiedad	171	49%
Enojo	156	44%
Miedo	75	21%
Depresión	115	33%
Insomnio	161	46%
Falta de concentración	104	29%
Ataque de pánico	34	10%
Apatía	44	12%
Preocupación excesiva	99	28%
Llanto excesivo	45	13%.

Fuente: Estudio de prevalencia de depresión y psicopatología en trabajadores(as) consulta en CAF (sep-oct 2022)

Por otro lado, acerca de la distribución de la depresión como trastorno, el 59% de la muestra presentó un nivel normal, sin depresión, mientras que el 41% de los participantes presentaron algún nivel de intensidad del trastorno depresivo. El 17% de la muestra con una depresión media o moderada y el 3% con una depresión severa, conforme a los puntajes obtenidos por los trabajadores (as) en contraste con los baremos del cuestionario (Calderón, 1997).

Lo que resultó en un 20% de pacientes con depresión, cifra resultante de la suma de la depresión moderada y severa, puesto que conforme al autor a partir de un nivel medio se considera como depresión.

Se exploraron adicionalmente las consecuencias personales de la pandemia en el total de la muestra, se obtuvo que el 49% perdió a un familiar o amigo cercano, el 22% quedó con secuelas negativas en su salud, el 9% incrementó sus gastos y deudas, el 15% perdió su empleo y para el 14% se incrementaron los conflictos familiares. Sin embargo, al relacionar estos datos con la presencia de depresión y/o psicopatología no hubo significancia estadística.

Análisis correlacional

Se presentan las relaciones significativas entre las variables en estudio y la presencia de

depresión (Tabla 4). De las variables laborales, solo la situación laboral se asoció significativamente $\chi^2 = (8, N=340)=15.38$, ($p=0.05$). Donde, el 54.39% de personas con depresión moderada eran trabajadores(as) activos(as) y 45.61% estaban desempleados(as); 55.56% de las personas con depresión grave eran trabajadores(as) activos(as) y 44.44% estaban desempleados(as).

A pesar de que el sector laboral no fue significativo a la presencia de depresión, los casos de depresión moderada (41.67%) y grave (33.33%) se concentraron en el sector servicios/comercial. En cuanto a los aspectos médicos, fue significativa la relación con el número de motivos diferentes de consulta, $\chi^2 = (16, N=334)=45.17$, ($p=0.0001$). Al respecto de la presencia de psicopatología asociada

a los casos de depresión, hubo relación significativa con la ansiedad, $\chi^2 = (4, N=351)=64.42$, ($p=0.0001$); con la sensación de enojo, $\chi^2 = (4, N=351)=33.61$, ($p=0.001$); con la sensación de miedo, $\chi^2 = (4, N=351)=25.27$, ($p=0.0001$); con la sensación de estar deprimido, $\chi^2 = (4, N=351)=81.38$, ($p=0.0001$); con el insomnio, $\chi^2 = (4, N=351)=29.50$, ($p=0.0001$); la falta de concentración, $\chi^2 = (4, N=351)=43.05$, ($p=0.0001$); el ataque de pánico, $\chi^2 = (4, N=351)=60.13$, ($p=0.0001$); la apatía, $\chi^2 = (4, N=351)=26.47$, ($p=0.0001$) y el llanto excesivo, $\chi^2 = (4, N=351)=48.28$, ($p=0.0001$).

En suma, la depresión se relacionó significativamente con toda la psicopatología.

Tabla 4. Relaciones significativas entre las variables en estudio laborales y médicas con la presencia de depresión

VI Factor	VD Efecto	X2	GL	N	Valor de p
Situación laboral	Depresión	15.38	8	340	0.05
Número de motivos de consulta	Depresión	45.17	16	334	0.0001
Enfermedad cardiaca	Depresión	11.01	4	351	0.02
Ansiedad	Depresión	64.42	4	351	0.0001
Enojo	Depresión	33.61	4	351	0.001
Miedo	Depresión	25.27	4	351	0.0001
Deprimido	Depresión	81.38	4	351	0.0001
Insomnio	Depresión	29.50	4	351	0.0001
Falta de concentración	Depresión	43.05	4	351	0.0001
Ataque de pánico	Depresión	60.13	4	351	0.0001
Apatía	Depresión	26.47	4	351	0.0001
Preocupación excesiva	Depresión	43.36	4	351	0.0001
Llanto excesivo	Depresión	48.28	4	351	0.0001

Fuente: Estudio de prevalencia de depresión y psicopatología en trabajadores(as) consulta en CAF (sep-oct 2022)

Adicionalmente, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson y el coeficiente de determinación, para las siguientes variables edad, número de motivos de consulta, número de padecimientos físicos y mentales en relación con los puntajes totales de la escala de depresión. Se apreció una asociación lineal y

negativa entre la edad (-0.23) y los puntajes de depresión ($r=0.22$) con un coeficiente de determinación de $r^2 = 0.05$. Con los otros factores se presentaron relaciones lineales y positivas; número de motivos médicos (+2.77), $r=0.1$ y $r^2=0.01$; número de síntomas psicológicos (+3.69)

$r=0.62$ y $r^2=0.39$; y número de psicopatología (+3.67), $r=0.60$ y $r^2=0.37$.

Discusión

La prevalencia de depresión encontrada fue 20%, con una tasa de 196 casos por mil habitantes, resultó superior a los datos nacionales obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023), con 9.69 nuevos casos por 100,000 habitantes, de la Secretaría de salud (2023), 4.6% o 3.6 millones y del Instituto nacional de salud pública, (2023), 9.2%, entre otros.

Lo mismo ocurre respecto de datos de la Organización mundial de la salud (2023), 3.8% de la población mundial o 280 millones de personas. La presencia de depresión fue significativa para la situación laboral, $\chi^2(8, N=340)=15.38$ ($p=0.05$), resultando que los casos de depresión moderada y grave se presentaron en las personas que estaban activas en un trabajo a la fecha del estudio, lo cual puede reflejar la inestabilidad laboral, deudas e incertidumbre familiar resultantes de la pandemia, referidos en el estudio de Shamah, et al (2022).

En la muestra en estudio se encontró que un 49% perdió a un familiar o amigo cercano, el 9% incrementó sus gastos y deudas, el 15% perdió su empleo y para el 14% se incrementaron los conflictos familiares a partir de la pandemia, problemáticas reportadas igualmente por Shamah et al (2022).

También fue significativa la presencia de depresión con el número de motivos de conducta, $\chi^2(16, N=334)=45.17$, ($p=0.0001$), en el sentido de un correlación lineal y positiva, donde a mayor número de motivos de consulta más depresión, (+2.77), $r=0.1$ y $r^2=0.01$. Por la posible existencia de un problema de salud mental, sin detección ni solución, en las personas que acuden reiteradamente a una consulta médica por distintos motivos, coincidiendo con lo observado por Benjet, et al (2004), Berenzon et al (2013), Morales-Fuhrmann (2017) y Ritchie y Roser (2018).

Dado que existe una comorbilidad de la depresión con trastornos físicos y mentales que se

presentó en los resultados con la relación significativa con psicopatología diversa como ansiedad, enojo, miedo, insomnio, sentirse deprimido, ataque de pánico, lo cual fue reportado anteriormente por Vargas y Villamil (2016), Calvo y Jaramillo (2015), Apóstolo, et al (2011) y Dias de Sousa y De Andrade (2017). Este comportamiento de personas que acuden a una consulta médica, no psiquiátrica/psicológica puede indicar la dificultad o vergüenza de las personas para reconocer un problema de salud mental subyacente, como lo mencionan Vistorte et al. (2018).

Un consultorio adyacente a farmacia (CAF) fue el escenario, pues el 2.9% nacional recibió atención en consultorios privados de este tipo en pandemia (Shamah et al, 2022). A pesar de las diferentes visiones, este servicio ofreció atención médica eficiente para quienes no contaban con seguridad social pública y debido a la cantidad de pacientes atendidos, aligeraron la carga y saturación en éstos, además de ofrecer la oportunidad de detectar trastornos mentales subyacentes en la consulta médica de atención primaria, que es una forma de reducir la carga de enfermedad y desgaste de las instituciones públicas, tal como lo han señalado Gómez-Dantés, et al (2011) y Soto-Estrada et al. (2016).

Conclusiones

La muestra en estudio fue de trabajadores y trabajadoras que acudieron a una consulta médica, para detectar en ellos(as), además, la presencia de depresión y psicopatología variada, verificando que padecimientos de la esfera de la salud mental pudieran estar ocultos o manifestarse mediante la somatización, lo cual se demostró con los resultados obtenidos (20% depresión y casi la mitad con psicopatología). La presencia de depresión en los participantes resultó superior a los datos nacionales, previos a la contingencia sanitaria y su comorbilidad con otros padecimientos psicológicos, sugiere que existen trastornos mentales, no detectados, en pacientes de atención primaria, que pudieran ser captados mediante evaluaciones de tamizaje de éstos.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, G., y Delgado, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. El estudio transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 32 (1): 26-34. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=58106>
- Apóstolo, J., Mendes, A., Calvário-Antunes, M., Alves, R., M., Figueiredo, M., H., y Ferreira Da Graça Lopes, M.C. (2011). Depresión, ansiedad y estrés en el ámbito de la atención primaria de salud. *Revista de Enfermagem Referência*. 3, 67-74. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962011.pdf>
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, (5), 417-424. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/printerFriendly/6559/8071>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, [S.l.], 55, (1), 74-80. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/articula/view/7190/9349>
- Calderón, C., Balagué, L., Iruin, A., y Retolaza, B., A. (2016). Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. *Atención Primaria*, 6, 356-365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.013>
- Calderón, N. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuropsiquiatría México*. 60. 127-135. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1406/1435>
- Calvo, J., y Jaramillo, L. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63(3), 471-482. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363525015>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2020). *Carta de consentimiento válidamente informado*. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/profesionales/pdf/dwnld_cvi.pdf
- Dias de Sousa, F., y De Andrade, F. (2017). Perfil de los adultos mayores usuarios de atención primaria. *Revista Cuidarte*, 2, 1573-1581. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.376>
- Fernández-Cantón, S., B. (2019). La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. *Bol. CONAMED-OPS*. 2019; 4(23): 13-23. <https://bit.ly/2TFGO0l>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., M., Knaul, F., M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex* 2011; 53 suplemento 2, S220-S232. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/articula/view/5043/10023>
- Hegeman J., Kok, R., Van der Mast, R., & Giltay, E. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 200(4). 275-81. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Datos en salud y seguridad social*. <https://www.inegi.org.mx/datos/?t=0220>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta nacional de los hogares*. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, (2017)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion_eness_2017.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Comunicado de Prensa Núm. 33/23 26 de enero de 2023*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/enoen/enoen2023_01.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2021*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_05_101eeb31-ab5d-4238-899b-47a8d85786cc
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta nacional en salud y nutrición 2018*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2023). *Síntomas depresivos y atención a la depresión*. <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C.L., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Medina-Mora, M., Santi-Gutiérrez E., y Real-Quintanar, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*. Colección de Aniversario 150 de la Academia Nacional de Medicina (ANM)/México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México. Editorial Intersistemas. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Montesó, P. (2008). *Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad de Educación a Distancia. España. https://www.researchgate.net/publication/271343305_Salud_mental_y_genero_causas_y_consecuencias_de_la_depresion_en_las_mujeres
- Morales-Fuhrmann, C. (2017). Depression: A society's challenge we need to discuss. *Revista Cubana de Salud Pública*. 43 (2). 136-138. <https://www.scielosp.org/article/resp/2017.v43n2/136-138/>
- Morán, P., A. (2021). Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de COVID-19: crisis y omisiones del sector salud. *Alteridades*, 31(61), 9-20. Epub 25 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/moranp>
- Noriega, M., Franco, G., y Martínez, S. (2001). *Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT)*. Serie académicos CBS. UAM-Xochimilco. <https://books.google.com.mx/books/about/E>

[valuaci%C3%B3n y seguimiento de la salud de.html?id=Y0SGAAAIAAJ&redir_esc=y](#)

- Organización internacional del trabajo (2023). *Evaluación del estado actual del mercado laboral global: implicaciones para la consecución de los objetivos mundiales*. <https://ilostat.ilo.org/es/assessing-the-current-state-of-the-global-labour-market-implications-for-achieving-the-global-goals/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Temas de salud: Depresión*. <https://cutt.ly/PgZ0EhE>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental y COVID-19: Datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. Resumen científico. 2 de marzo de 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=A%20escalador%20mundial%2C%20aproximadamente%20280,mujeres%20que%20entre%20los%20hombres>
- Ritchie, M., & Roser, M. (2018). Mental health. Publicado en línea por OurWorldInData.org. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Secretaría de salud. (2023). *Boletín 008: En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion#:~:text=008>
- Shamah, T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., y Rivera-Dommarco, J. (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: *Instituto Nacional de Salud Pública*, 2022. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., y Pahua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México*. 59(6):8-22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>
- Vargas, B., y Villamil, V. (2016). Mental health and primary care in Mexico. Experience of a collaborative care model. *Salud Mental*. 39, (1), 3-9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int*. 33 (1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. de J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317-338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>

Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de cirugía de hospitales en Maracay, estado Aragua.

Prevalence of burnout syndrome in surgical residents of hospitals in Maracay, Aragua state.

Junelvis Ascanio¹, Annie Coelho², Javier Ferrer³, Adriana Rodríguez⁴ y Mildred Lupi⁵

Resumen

Introducción: El personal de salud es susceptible a desarrollar el síndrome de agotamiento laboral, debido a las exigencias en su desempeño diario. **Objetivo:** Comparar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía de dos hospitales públicos del estado Aragua, Hospital I y Hospital II durante marzo a septiembre 2023. **Materiales y Métodos:** se desarrolló una investigación de campo, descriptiva, correlacional, de corte transversal, enmarcada en el área de salud ocupacional. La muestra estuvo conformada por 29 médicos residentes de cirugía del Hospital I y 14 del Hospital II. Se aplicaron dos instrumentos, un cuestionario sociodemográfico sobre aspectos personales y laborales, y el cuestionario estandarizado de la escala de *Maslach Burnout Inventory*. **Resultados:** El 51% de los residentes de ambos centros hospitalarios eran de sexo femenino, con edades entre 25 y 30 años, que laboraban más de 60 horas a la semana y con guardias cada 4 a 5 días. Se encontró que la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes del Hospital I fue de 33,01% a diferencia de 0% en Hospital II, por lo que hubo una diferencia significativa entre los hospitales ($p=0,001$). **Conclusiones:** Los residentes que trabajaron en el Hospital I fueron más susceptibles al desarrollo del síndrome de Burnout y esto puede estar asociado no sólo a las condiciones laborales, sino también a aspectos psicológicos y emocionales de cada residente.

Palabras clave: síndrome de burnout, residentes de cirugía, cansancio emocional.

Abstract

Introduction: Healthcare workers are susceptible to developing job burnout syndrome due to the demands placed on their daily performance. **Objective:** The objective of this study is to compare the prevalence of burnout syndrome in surgical residents of two public hospitals in Aragua state, Hospital I and Hospital II, over the period from March to September 2023. **Materials and Methods:** The study employed a field-based, descriptive, correlational, and cross-sectional research design, situated within the area of occupational health. The sample consisted of 29 surgical residents from Hospital I and 14 from Hospital II. Two instruments were applied, a sociodemographic questionnaire on personal and work-related aspects, and the standardized questionnaire of the Maslach Burnout Inventory scale. **Results:** A total of 51% of the residents at both hospitals were female, aged between 25 and 30 years, and were engaged in work activities exceeding 60 hours per week, in addition to being on call every 4 to 5 days. It was found that the prevalence of burnout syndrome among residents in Hospital I was 33.01% compared to 0% in Hospital II, which was a significant difference between the hospitals ($p=0.001$). **Conclusions:** Residents working at Hospital I were more susceptible to the development of burnout syndrome, and this may be associated not only to working conditions, but also to psychological and emotional aspects of each resident.

Keywords: burnout syndrome, surgery residents, emotional exhaustion.

Fecha de recepción: 16-11-2023

Fecha de aceptación: 07-06-2024

¹ Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Venezuela. Email: junelvis050316@gmail.com

² Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Venezuela. Email: annice.daniela@gmail.com

³ Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Venezuela. Email: freitasalejandro556@gmail.com

⁴ Escuela de Medicina, Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. Email: dra.adri@outlook.es

⁵ Escuela de Bioanálisis, Sede Aragua. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. Email: mildredlupidiaz@gmail.com

Introducción

El estrés laboral es un problema de salud que afecta a la población a nivel mundial. Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citada por Carrillo-García *et al.*, 2018) como, la reacción que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no siempre se ajustan a sus conocimientos, competencias y/o aptitudes, por lo que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016) y la OMS (2016), el estrés laboral es una enfermedad que genera una serie de disfunciones sociales, mentales y físicas que afectan la salud del trabajador, a las organizaciones y a su entorno inmediato e incluye aspectos emocionales relacionados con la satisfacción y el placer que el individuo tiene con su trabajo (Álvarez *et al.*, 2019; Vidotti *et al.*, 2019).

Los síntomas ocasionados por la manera inadecuada de afrontar el estrés crónico que se expresa principalmente con agotamiento o síndrome de Burnout, el cual fue descrito por primera vez por Freudenberger en 1973 y posteriormente por Maslach en 1976. Este síndrome abarca tres dimensiones: cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Acosta, 2021).

La primera dimensión, el cansancio emocional se refiere al agotamiento y puede abarcar estados emocionales asociados con la desesperanza, la soledad, la depresión, la cólera, la impaciencia, la irritabilidad, reducción de la empatía. La despersonalización consiste en un distanciamiento entre el profesional y los beneficiarios del servicio, donde se hace caso omiso de las necesidades de estos últimos como personas individuales. La última dimensión, la baja realización personal asociada a una baja estima personal y lo que está consumado es inútil e ineficiente (Acosta, 2021). Los síntomas de este síndrome se pueden manifestar de forma leve, a través del cansancio, un menor rendimiento

laboral, dolor muscular; de forma moderada, en el que se suman a los síntomas del agotamiento, actitudes negativas y el aislamiento. Y en los casos más graves, se manifiesta a través del ausentismo, el uso de estupefacientes, cuadros psiquiátricos, colapso y hasta el suicidio (Saborío e Hidalgo, 2015).

La prevalencia de este síndrome en médicos generales oscila entre el 43 y 45%, y para especialistas entre 20 a 60% (Acosta, 2021). Esto se debe a que el personal de salud está frecuentemente expuesto a múltiples estímulos estresores. Uno de los grupos con mayor exposición a estos estímulos son los médicos residentes, quienes además de trabajar en los centros de salud donde atienden a los pacientes de forma simultánea, cumplen el rol de estudiantes de postgrado, por lo que, se trata de responsabilidades altamente demandantes. En estos casos, tal como lo afirman Dewa *et al.* (2017) y Medina *et al.* (2017), la prevalencia es alta, entre 47 y 70%. Una de las especialidades médicas más afectadas por el síndrome de burnout son los cirujanos, ya que necesitan de gran agilidad, concentración y técnica; factor predisponente para desarrollar el síndrome de Burnout y otras patologías psiquiátricas (Borges *et al.*, 2022).

Existen componentes sociales que predisponen el desarrollo del síndrome de Burnout en el personal de salud, tales como la presión por ser especialista para contar con el reconocimiento profesional (Lovo, 2021).

Los factores organizacionales también pueden jugar un papel importante, tal como lo afirman Gálvez *et al.* (2009), aspectos como la sobrecarga laboral, el conflicto y ambigüedad de roles, ambiente físico de trabajo, el clima organizacional e incluso, características de la sociedad en la cual se desempeña el trabajo predisponen al desarrollo de este síndrome.

En Venezuela, los médicos residentes de primero, segundo y tercer año (R1, R2 y R3 respectivamente) están sujetos a las presiones propias del servicio que prestan, en los diferentes centros de salud, además de las producidas por los

estudios del postgrado, que son necesarios para obtener sus respectivas especializaciones. Las jornadas laborales suelen ser prolongadas y pueden llegar a superar las 24 horas. En este sentido, López-Morales *et al.* (2007) afirman que, las largas jornadas de trabajo de los médicos residentes son extenuantes y provocan deterioro en el rendimiento laboral debido a la privación de las horas necesarias de sueño. Esto puede incidir negativamente en la toma de decisiones e incrementar los errores de procedimientos médicos, así como el desarrollo de trastornos de ansiedad en los profesionales de la salud.

En lo que respecta a las instituciones que se estudian, el hospital I es un hospital público que atiende a todo tipo de ciudadanos, en el que ingresa un elevado número de pacientes, y donde se reciben una gran cantidad de emergencias a diario, por lo que la dinámica de trabajo es mucho mayor que el hospital II.

En este último, se atienden principalmente a miembros de las fuerzas armadas de la región y en consecuencia la cantidad de pacientes y emergencias es menor.

Es por ello, que el objetivo de la presente investigación es comparar la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía de dos hospitales públicos del estado Aragua, Hospital I y Hospital II durante marzo a septiembre 2023. Ambos centros asistenciales con diferencias en cuanto a la cantidad y tipo de pacientes, así como a nivel organizacional.

Materiales y métodos

Se diseñó una investigación bajo el paradigma positivista de enfoque cuantitativo, de campo, con un diseño transversal el cual abarcó el periodo de marzo a septiembre de 2023; de carácter descriptivo, comparativo y correlacional, no experimental. La población de estudio estuvo constituida por los médicos residentes de cirugía de Hospital I y Hospital II, de diferentes años (R1, R2 y R3). Participaron en el estudio todos los residentes de cirugía de ambos centros

hospitalarios, constituida por 29 y 14 médicos residentes, respectivamente.

Se utilizaron dos instrumentos tipo encuesta. El primero, un cuestionario sociodemográfico validado por cinco expertos en el área de la salud, constituido por 16 preguntas distribuidas en cinco secciones. La primera sección de cinco ítems relacionadas con las características personales, tales como edad, sexo, estado civil, y si posee alguna patología crónica de base. La segunda de dos ítems asociados con la situación familiar del médico residente, específicamente si es padre o madre, y número de personas a su cargo. La tercera sección comprende dos ítems sobre su situación social. La cuarta sección está conformada por cuatro ítems, para investigar sobre hábitos y actividades de recreación. La quinta y última sección constituida por seis ítems, relacionados aspectos laborales, tales como el horario laboral semanal, cronograma de guardias, días libres a la semana y si goza de vacaciones anuales

El segundo instrumento fue el Test de Maslach Burnout Inventory, el cual es un instrumento estandarizado, constituido por 22 ítems en forma de afirmación, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes en función de medir la presencia e intensidad del síndrome de Burnout (Beltrán *et al.*, 2016). Este instrumento está dividido en tres subescalas:

a) Subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, consta de nueve preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) con una puntuación máxima de 54 puntos.

b) Subescala de despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Formada por cinco preguntas (5, 10, 11, 15, 22) con una puntuación máxima de 30 puntos.

c) Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autosuficiencia y realización personal en el trabajo, se compone de ocho preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) para una puntuación máxima de 48 puntos.

Para la interpretación de este cuestionario y afirmar que una persona está desarrollando el síndrome de Burnout es necesario que el individuo tenga una puntuación en la subescala de agotamiento emocional mayor a 26 puntos; una puntuación en la subescala de despersonalización mayor a 9 puntos, y en la escala de realización personal, menos de 34 puntos (Beltrán et al., 2016).

Procedimiento

Previo a la aplicación de los instrumentos, a los médicos residentes participantes del estudio se les entregó un consentimiento informado, en el que se les explicó el objetivo de la investigación, el manejo confidencial de la información, de la ausencia de riesgos para la salud y del uso con fines estrictamente académicos de los resultados. Luego se les hizo entrega de los instrumentos y la información fue tabulada en hojas de programas informáticos para su posterior análisis.

Análisis estadístico

En el caso de las características sociodemográficas, se realizó un análisis descriptivo calculando frecuencias y porcentajes en función de las respuestas obtenidas por los sujetos que conformaban la muestra de cada centro hospitalario.

Para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los centros médicos asistenciales seleccionados, en primera instancia se calcularon las frecuencias del número de residentes que presentaron cansancio emocional (> 26 puntos), altos niveles de despersonalización (> 9 puntos) y baja realización personal (< 34 puntos), según los valores obtenidos en el Test de Maslach Burnout. Luego se cuantificó el número de residentes que cumplieron las tres condiciones para determinar el porcentaje de residentes que padecían dicho síndrome.

Finalmente, para determinar si existía alguna correlación entre la prevalencia del síndrome y el lugar de trabajo, se procedió a realizar una prueba de hipótesis de Chi cuadrado

(X^2) y calcular el coeficiente de correlación de Phi (ϕ), con un nivel de significancia $\alpha = 0.005$. Para la interpretación, el coeficiente de correlación varía entre -1 a $+1$, donde ± 1 concordancia o discordancia perfectas, y el 0 indica ausencia de relación. Entonces, si $\phi \geq 0.5$ existe una alta asociación, si $\phi \geq 0.2$ asociación media, $\phi < 0.2$ baja asociación entre las variables. Como programa para el análisis se utilizó el *Excel de Microsoft office* versión 16 del año 2016

Resultados

Características sociodemográficas

Se observaron coincidencias en cuanto a las características de sexo, edad, lugar de nacimiento y prevalencia de enfermedades de base en los residentes de ambos centros hospitalarios. La mayoría de los residentes eran de sexo femenino (55,1% y 64,2% respectivamente), con edades comprendidas entre los 25 y 30 años (79,3 y 85,7%), nacidos en el estado Aragua (55,1% y 64,3%) y con baja prevalencia de enfermedades de base (75,9 y 85,7%).

Sin embargo, exhibieron diferencias en cuanto al estado civil, tipo de bebidas psicoactivas de preferencia y actividades de esparcimiento que realizan. La mayoría de los residentes del Hospital I eran solteros (79,3%), mientras que alrededor del (42,0% de los que laboraban en Hospital II estaban casados o en unión libre.

En lo que respecta al consumo de sustancias, las preferencias de los residentes del Hospital II se dividieron entre el café (57,1%) y las bebidas alcohólicas (42,9%); en el caso de los del Hospital I las preferencias incluyeron una mayor variedad, entre las que se incluyeron las bebidas energéticas (20,7%). Y en el aspecto de esparcimiento, la mayoría de los residentes del Hospital I (55,1%) realizan alguna actividad, dentro de las que se incluyen actividades deportivas y recreativas; en contraposición de los de Hospital II, donde la mayoría (57,1%) no realiza ninguna actividad (Tabla 1). En esta tabla, N se refiere al número de sujetos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes de cirugía del Hospital I y Hospital II, durante el período de marzo a septiembre de 2023

Características	Hospital I	Hospital II
	N (%)	N (%)
Sexo		
Femenino	13 (55,2%)	9 (64,3%)
Masculino	16 (44,8%)	5 (35,7%)
Edad		
25-30 años	23 (79,3%)	12 (85,7%)
>30 años	6 (20,7%)	2 (14,3%)
Estado civil		
Soltero	23 (79,3%)	8 (57,1%)
Casado	1 (3,5%)	3 (21,4%)
Unión estable	5 (17,2%)	3 (21,4%)
Lugar de nacimiento		
Aragua	16 (55,2%)	9 (64,3%)
Otro estado	13 (44,8%)	5 (35,7%)
Patologías de base		
Asma	1 (3,5%)	1 (7,1%)
Hipertensión arterial (HTA)	2 (6,9%)	0
Otras	4 (13,8%)	1 (7,1%)
Consumo de sustancias psicoactivas		
Bebidas alcohólicas	8 (27,6%)	6 (42,9%)
Café	10 (34,5%)	8 (57,1%)
Bebidas energéticas	6 (20,7%)	1 (7,1%)
Cigarrillo	2 (6,9%)	1 (7,1%)
Otros	3 (10,3%)	1 (7,1%)
Actividades de esparcimiento		
No realiza	13 (44,8%)	8 (57,1%)
Si realiza	16 (55,1%)	6 (42,9%)
Deporte	2 (6,9%)	4 (28,6%)
Ejercicio	4 (13,8%)	3 (21,4%)
Cine	6 (20,7%)	2 (14,3%)
Playa	4 (13,8%)	0
Otros	4 (13,8%)	0

Fuente: Base de datos de la investigación (2023)

Características laborales

En lo que respecta al nivel de residencia en el Hospital I, las proporciones de galenos en cada nivel fueron similares, mientras que, en el Hospital II, la mayoría era R3 (50%) (Tabla 2).

En cuanto a la organización laboral, las exigencias de ambos centros eran altas respecto al número de horas trabajadas, la frecuencia de guardias y días libres semanales. En ambos

hospitales la mayoría de los residentes laboraban más de 60 horas a la semana (96,5 y 100%), con guardias cada 4 y 5 días, con pocos días de descanso en el Hospital I (58,6%) a ninguno en Hospital II (42,9%). Y sin vacaciones en el caso de Hospital II (100%). Mientras que en el caso del Hospital I, alrededor del 76% de los galenos habían disfrutado de vacaciones recientemente (menos de un año). (Tabla 2).

Tabla 2. Características laborales de los residentes de cirugía de los centros hospitalarios hospital I y hospital II, durante el período de marzo a septiembre de 2023

Características	Hospital I	Hospital II
	N (%)	N (%)
Nivel de postgrado		
R1	11 (37,9%)	4 (28,6%)
R2	8 (27,6%)	3 (21,4%)
R3	10 (34,5%)	7 (50%)
Número de horas laborables a la semana		
40 horas	1 (3,5%)	0
Más de 60 horas	28 (96,5%)	14 (100%)
Días de intervalo entre guardias		
Cada 4 días	11 (37,9%)	0
Cada 5 días	17 (58,6%)	14 (100%)
Cada 6 días	1 (3,5%)	0
Número de días libres a la semana		
1 día	17 (58,6%)	4 (28,6%)
2 días	1 (3,5%)	4 (28,6%)
0	11 (37,9%)	6 (42,8%)
Tienen vacaciones		
Si	29 (100%)	0
No	0	14 (100%)
Tiempo transcurrido desde las últimas vacaciones		
Hace menos de 6 meses	13 (44,9%)	0
Entre 6 meses y 1 año	9 (31,0%)	0
Más de 1 año	7 (24,1%)	0

Fuente: Base de datos de la investigación (2023)

Prevalencia del Síndrome de Burnout

A partir del Test de Maslach Burnout Inventory se obtuvo que, la mayoría de los residentes de ambos hospitales experimentaron cansancio emocional (82,76% y 71,43%); en lo que respecta a la despersonalización, se observó una alta prevalencia en los residentes del Hospital

I(86,21%), mientras que en Hospital II fue baja (35,71%); y para la escala de realización personal, el 31,03% de los residentes del Hospital I tuvieron una autopercepción de baja no comparable con el hospital II debido a la diferencia en el tamaño de la muestra pero evidenciándose en este hospital un alto nivel de agotamiento (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de las escalas del síndrome de Burnout según el Test de Maslach Burnout Inventory, en los residentes de cirugía del hospital I y hospital II, durante el período de marzo a septiembre de 2023

Categoría	Hospital I		Hospital II	
	N	(%)	N	(%)
Cansancio Emocional > 26	24	(82,76%)	10	(71.43%)
Despersonalización > 9	25	(86,21%)	5	(35.71%)
Baja realización personal < 26	9	(31,03%)	1	(7.14%)
Prevalencia				
Con síndrome de Burnout	9	(31.03%)	0	(0.00%)
Sin síndrome de Burnout	20	(68.97%)	14	(100.00%)

Fuente: Base de datos de la investigación (2023)

Ese valor ausente para SB encontrado para los residentes del Hospital II, puede estar asociado a la falta de sinceridad por parte de los residentes evaluados o quizás al tamaño de la muestra que fue baja. No se corresponde que los 10 participantes mostraron un alto porcentaje en lo que respecta al cansancio emocional (71,43%) y ninguno tenga el síndrome.

Con estos datos se realizó la prueba de hipótesis de X^2 y se obtuvo que el valor 5,49 con un nivel de $p = 0,0191$, lo cual confirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia del síndrome en ambos centros asistenciales (Tabla 4). De igual manera se calculó el coeficiente de correlación $\phi = 0,357$, por lo que existe una asociación moderada entre padecer del síndrome y laborar en el Hospital I.

Tabla 4. De contingencia 2x2 para la prueba de X^2 , entre centros de salud y la prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía en el período entre marzo y septiembre de 2023

Centro de Salud		síndrome de Burnout		
		Con	Sin	Total
Hospital II	Observado	0	14	14
	Esperado	2.93	11.07	14
Hospital I	Observado	9	20	29
	Esperado	6.07	22.93	29
Total	Observado	9	34	43
	Esperado	9	34	43

Fuente: Base de datos de la investigación (2023)

Discusión

Las características sociodemográficas de los residentes que conformaron los sujetos de la investigación, resultaron similares a las descritas en estudios análogos realizados por autores como Espinoza *et al.* (2017), quienes trabajaron con estudiantes de medicina, en su mayoría de sexo femenino, con edades entre 25 y 30 años y solteros, para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout.

También se evidenció coincidencia en lo referente al horario de trabajo reportado en investigaciones previas como las de Romero y Romero (2020) y Borges *et al.* (2022), quienes encontraron que los cirujanos trabajan más de cuarenta horas semanales y realizan guardias con cortos períodos de descanso, y disfrutan de escasos períodos vacacionales. Por lo que se puede afirmar que los médicos cirujanos tienen altas exigencias laborales.

La alta prevalencia del cansancio emocional en los galenos también ha sido descrita en numerosos trabajos como los de Espinoza *et al.* (2017), Patiño y Rubio (2020), Romero y Romero (2020), Borges *et al.* (2022), entre otros; sin embargo, la comparación entre centros hospitalarios no había sido descrita.

En la presente investigación se evidenció que los médicos del Hospital I son más susceptibles a padecer el síndrome de Burnout, lo que esto pudiera estar relacionado a dos aspectos claves, el tipo y cantidad de pacientes atendidos en cada centro asistencial, y las características personales de los residentes, específicamente el estado civil.

En cuanto al estado civil, estudios como el realizado por Armenta *et al.* (2021) en México, demostraron que existe una asociación entre el estado civil y el síndrome de Burnout. Estos autores encontraron que existe una diferencia en el agotamiento emocional percibido entre los participantes solteros y casados.

En el caso específico de los médicos residentes del hospital I un cierto porcentaje tenían una autopercepción de baja realización personal. Muy probablemente asociado al estado civil, puesto que la mayoría eran solteros, no tenían unión estable o familia a cargo. Ni tampoco realizaban actividades de esparcimiento, tal como se evidenció con el cuestionario sociodemográfico. Estos aspectos pudieran estar influyendo en la autopercepción de realización y pueden afectar a nivel laboral.

Conclusiones

Se encontró una alta prevalencia de cansancio emocional en los residentes de cirugía, independientemente del lugar de trabajo.

Los residentes que trabajaron en el hospital I fueron más susceptibles al desarrollo del síndrome de Burnout.

Los factores que influyen en el desarrollo del síndrome de Burnout, no sólo se asocian a las condiciones laborales, sino también con aspectos psicológicos y emocionales.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, C. (2021). *Síndrome de Burnout y desempeño laboral en el personal de enfermería en Hospital Covid Nivel II de Lima*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo de Perú]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80506>
- Álvarez, J., Cobo, N., Parra, L., Gómez, L., y Acosta, M. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre

- 2012 y 2018: Una revisión sistemática. *Revista Diálogos de Saberes*. (50), 39-60. <https://doi.org/10.18041/0124-0021/dialogos.50.2019.5551>.
- Armenta, O., Maldonado, A., Barajas, M., Vargas, A., y Báez, Y. (2021). Estado civil y Síndrome de Burnout en gerentes medios y superiores de la industria manufacturera mexicana. *Ergonomía, Investigación y Desarrollo*, 3(1), 35-47. <https://doi.org/10.29393/EID3-3Ecoa500023>.
- Beltrán, C., Moreno, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 32(2): 218-227. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522016000200005&script=sci_arxt
- Borges, R., Pieroni, T., Valásquez, R., Luz, L., Alves, G., y Picanco, O. (2022). Análisis de la prevalencia del síndrome de Burnout en cirujanos del estado de Amapá, Amazonas, Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(7), 37-62. <http://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/burnout-en-cirujanos>
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M., Escudero-Fernández, L., y Martínez-Roche, M. (2018). Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Global*, 17(50), 304–324. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Medical Education*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1040-y>
- Espinosa, L., Hernández, N., Tapia, J., Hernández, Y., y Rodríguez, A. (2020). Prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(1):e127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1817-59962020000100005
- Gálvez, M., Moreno, B., y Mingote, A. (2009). *El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas*. El vuelo de Ícaro LK. <https://ucm.on.worldcat.org/oclc/847505474>.
- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M., y Espinoza-Martínez, E. (2007). Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 233-242. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527005.pdf>
- Lovo, J. (2021). Síndrome de Burnout: Un problema moderno. *Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*, 70, 110-120. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Medina, M.L., Medina, M.G., Gauna, N.T., Molfino, L., y Merino, L.A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Investigación en Educación Médica*, 23(6), 160 – 168. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505717301758>
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud [OPS – OIT – OMS]. (2016). *El estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=0

- Patiño, D., y Rubio, S. (2020). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes Venezolanos y su Relación con el Contexto de Crisis Sanitaria en Venezuela. *Medicina Interna. Revista de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna*, 36 (2), 80 – 90. <https://docs.bvsalud.org.>biblioref>2020/12>
- Romero, A., y Romero, I. (2020). Síndrome de Burnout en médicos residentes de un Hospital público en la ciudad de Aregua. *Medicina Clínica y Social*, 4(3), 98-103. <https://doi.org/10.52379/mcs.v4i3.151>
- Saborío, L., y Hidalgo, L.F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-126. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
- Vidotti, V, Trevisan, J., Quinta, M., Perfeito, R., y Do Carmo, M. (2019). Síndrome de Burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(3), 344 –376. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.3259>

61

Aproximación a las causas de la impunidad ante los accidentes de trabajo fatales en Venezuela.

Approach to the causes of impunity for fatal occupational accidents in Venezuela.

Eric Omaña ¹

Resumen

Este estudio indagó porqué en Venezuela, a pesar de contar desde 1986 con leyes que penalizan con prisión al empleador por la muerte de sus trabajadores a consecuencia de violaciones por parte de las empresas a la normativa de seguridad y salud en el trabajo, en solo 11 casos de los 14.100 reportados hasta la actualidad, ha habido aplicación de la justicia, sentándose las bases para la impunidad del empleador. El estudio empleó la metodología de investigación-acción de tipo explicativa, basada en los contextos de situaciones específicas vividas por familiares de los fallecidos, y por: inspectores, jueces, sindicalistas, prevencionistas y delegados de prevención, quienes fueron seleccionados intencionalmente por estar relacionados a casos fatales en funciones propias de sus actividades, y puestos a dialogar todos los actores entre ellos para establecer, no solo las explicaciones de la falta de aplicación de la justicia sino también las eventuales vías para abordar esta situación. En total participaron 13 personas en el estudio. Todos los actores apuntaron al Estado como responsable de que no se llegue a judicializar a los empleadores en este tipo de casos. Se concluyó que entre las causas de la impunidad destacan: ausencia de una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, un sindicalismo desinteresado por el tema, un empresariado público y privado que tiene el control del aparato de justicia, la existencia de entes gubernamentales incapaces de hacer cumplir la ley, una opinión pública desinformada sobre este tipo de delitos y la transacción laboral.

Palabras clave: trabajo, accidentes mortales, contexto explicativo, impunidad.

Abstract

This study investigated the reasons behind the discrepancy between the existence of legislation in Venezuela since 1986 that imposes penalties on employers, including imprisonment, for the death of their workers resulting from violations by companies of occupational health and safety regulations, and the actual application of justice in only 11 of the 14,100 cases reported to date, laying the foundations for the employer's impunity. The study employed an explanatory action-research methodology, based on the contexts of specific situations experienced by relatives of the deceased, as well as by inspectors, judges, trade unionists, prevention workers, and prevention delegates. These individuals were intentionally selected because they were related to fatal cases in the course of their activities. All the actors were put into dialogue with each other to establish not only the explanations for the lack of application of justice but also possible ways to address this situation. A total of 13 people participated in the study. All stakeholders identified the state as the entity responsible for failing to prosecute employers in this type of cases. It was concluded that among the causes of impunity, the following stand out: the absence of a national occupational health and safety policy, a trade union movement that is not sufficiently engaged with the issue, a public and private business sector that exerts control over the justice system, the existence of government agencies incapable of enforcing the law, a public opinion that is largely uninformed about this type of crime, and the nature of the labour transaction.

Keywords: work, fatal accidents, explanatory context, impunity.

Fecha de recepción: 18-02-2024

Fecha de aceptación: 09-05-2024

¹Centro de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela.
Email: ericomanados@gmail.com

Introducción

La impunidad es la cualidad de impune, que debe entenderse como el delito ejecutado, pero no castigado de acuerdo a la ley, que le da a la acción, ese carácter de delito. Jiménez de Asúa (1958) establece que el Estado tiene el derecho y el deber de castigar, derecho para perpetuar la sobrevivencia del “orden” impidiendo que cada quien se tome la justicia en sus manos, y deber porque en el fondo, el castigo es como una compensación para no llegar al sadismo, que está involucrado con la venganza, pero no todos reconocen ese derecho al Estado, sobre todos quienes detentan el poder económico y el poder político.

El trabajo es un proceso que ha acompañado a la humanidad a través de toda su historia, incluso para algunos autores, el trabajo fue lo que permitió el paso a la especie humana, hace unos 350 mil años, el *homo sapiens* (Engels, 1876). Pero el trabajo no es inocuo, si bien ha hecho avanzar a la especie, puede acabar con su existencia, cuando las condiciones en que se desarrolla no están controladas y la persona ejecutante no está dotada de la formación y de los implementos y equipos de trabajo acordes a la operación que realiza.

La muerte en el trabajo puede sobrevenir por una serie de causas, pero autores como Heinrich (1959) las centraron solamente en un inadecuado comportamiento de la víctima, basado en los reportes de las empresas donde ocurrieron los accidentes, interesadas en cobrar a las aseguradoras todos los gastos de los mismos.

El sesgo se hizo evidente en los años 70's cuando se popularizó el actual concepto de “acto inseguro”, como la violación de una normativa de trabajo pre-establecida, concepto que es presentado de muchas maneras, por ejemplo, para Stranks citado por Aksorn & Hadikusumo (2007), el acto inseguro puede ser el conjunto de acciones que no coinciden con lo que se considera la forma segura de realizar una actividad y que como tal aumenta la probabilidad de la ocurrencia de accidentes. Hoy en día, esa expresión se viene desechando, y se

habla más de comportamiento no responsable en el proceso de trabajo, que puede ser imputable a la víctima, pero también a la supervisión y a los directivos de la empresa.

En aquellos reportes usados por Heinrich, que luego desaparecieron, los accidentes sucedidos en las empresas no podían caer bajo la concepción de la violación de una norma de trabajo pre-establecida, porque en su mayoría, las empresas carecían de procedimientos estandarizados para esa época. En sus tiempos, este autor fue severamente criticado por Black (1970), pero sus ideas se consolidaron como un paradigma que aún domina el mundo de los prevencionistas, aunque autores recientes como Manuele (2011) consideran como una falta de ética el seguir usando y enseñando el nudo central de la propuesta de Heinrich, la famosa pirámide.

Renz (1974) expone que, en Italia, la posición empresarial es atribuirles a los trabajadores que se accidentan la causa de los mismos, por su “irresponsabilidad, el descuido o la distracción”, a través del término fácil de “acto inseguro”, pero además manifiesta una verdad universal, la imperfección de las leyes y el poder económico-político hacen que el sistema judicial favorezca la impunidad. Salvo contadas excepciones la dirigencia sindical venezolana no suele tener en su agenda el tema de la prevención de los daños a la salud y la vida que pueden sobrevenir por un trabajo, como lo señala Rodríguez en Departamento de Salud y Trabajo de la Central Unitaria de Trabajadores de Venezuela (1989).

Al analizar qué pasa en otras latitudes, se aprecia que el mundo sindicalizado ha dado respuestas interesantes al problema de las condiciones y ambientes de trabajo; cita Berman (1983) al líder de la poderosa Organización de los Trabajadores del Petróleo, Química y Energía Atómica (OCAW, por sus siglas en inglés), Tony Mazzocchi, quien planteaba que la seguridad en el trabajo es un asunto tan serio que no se puede dejar en manos de las empresas y mucho menos de los gobiernos, y que es un área que debe asumirla la

organización de los trabajadores y trabajadoras.

En Venezuela existen las condiciones para hacer realidad esta postura de Mazzocchi, ya que la ley que rige la materia, la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente (LOPCYMAT, 2005), contempla en rol de Delegados y Delegas de Prevención (DDP) en la vigilancia y contraloría de las condiciones y ambientes de trabajo, pero en la mayoría de los sindicatos no se observa interés al respecto. Esta ley, desde que fuese promulgada en 1986 y reformada en 2005 estableció como delito penal, la muerte del trabajador por haber sido expuesta la víctima a condiciones que no cumplen con la normativa de seguridad e higiene del trabajo, precepto jurídico que es ampliamente desconocido por la comunidad, incluyendo a la gente que trabaja, que en general aprecia como “natural” que alguien fallezca en condiciones peligrosas o insalubres, o realizando trabajos peligrosos.

La citada LOPCYMAT nació de una Comisión Presidencial de Riesgos Laborales (1977), Coordinada por el Dr. Emigdio Cañizales Guedez, que estableció como primera recomendación que sea “declarado en emergencia el campo de la salud y seguridad laborales, en los sectores industrial y agropecuario” (p. 131), en virtud a la gran cantidad de trabajadores que se encontraban expuestos a condiciones de trabajo que atentaban contra su salud y su vida en estos sectores.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló bajo el marco de investigación-acción para generar contextos explicativos de la realidad de los accidentes de trabajo fatales y la impunidad, mejorar la comprensión de este problema y precisar vías para abordar esta situación, hacerla visible, como un paso para su abordaje.

Con una visión holística, se partió desde la amplitud del universo, la explotación, el trabajo, la formación del trabajador, los accidentes de trabajo, para ir cerrándose en la muerte como resultado de

una serie de condiciones ofertadas en el sitio de trabajo, generalmente violatorias de las normas de seguridad y salud en el trabajo, para que a partir de un hecho luctuoso, rehacer la historia previa de algunos casos emblemáticos, construir la línea del tiempo, para tratar de explicar por qué pasó lo que pasó, y la historia posterior, para tratar de reconocer porque los casos no llegan a los tribunales, al menos de aquellos en que se sospecha hay responsabilidad del empleador o empleadora.

A tal fin, la herramienta principal se conformó con entrevistas a personas vinculadas a los hechos, ya sea por relaciones familiares con las víctimas o por haber sido partícipes de las respectivas investigaciones formales de algunas fatalidades, por ser funcionarios de las entidades del Estado que tienen que ver con el control de los accidentes de trabajo, por formar parte del escaso mundo sindical interesado en la materia o por formar parte de los entes encargados de aplicar justicia. En total participaron 13 personas en el estudio.

No fue posible entrevistar a los actores empleadores ni a sus abogados, en los pocos casos de las fatalidades en las cuales se aplicó la justicia como tal y los empleadores recibieron un fallo que debió llevarlos a pagar prisión, conformado por un universo de 4 empleadores de los casos Morcarpel (2000), Provegran (2012) y Ebelca (2012). Los resultados de las entrevistas se triangularon con la información disponible, tanto nacional como internacional sobre el binomio muerte en el trabajo– impunidad, y con los aportes de expertos en investigación de accidentes de trabajo. La muestra de las personas entrevistadas fue intencional, basada en la premisa de presentar algún tipo de relación con accidentes de trabajo fatales.

Las entrevistas a los actores sociales de este estudio abarcó a prevencionistas con amplia experticia en seguridad y salud en el trabajo, sindicalistas que han colocado el tema en su agenda en contraposición a la mayoría de las corrientes sindicales que se manifiestan por su agenda economicista, funcionarios gubernamentales que por ley les corresponde la

investigación de los accidentes de trabajo tanto del ente rector como del ente gestor de la Seguridad y Salud en el Trabajo como de empresas del Estado, jueces que han sentenciado en materia de accidentes de trabajo fatales, gerentes de empresas del Estado que han impulsado la prevención durante su gestión, delegados y delegadas de prevención que han participado en la investigación de accidentes fatales, y familiares de trabajadores fallecidos por el hecho y ocasión del trabajo.

Las entrevistas que fueron de carácter abierto y tratadas con análisis de contenido contaban con tres temas motivadores: 1) la experiencia en la investigación de accidentes mortales; 2) la baja judicialización en los casos de accidentes mortales y su causa; y 3) acciones para superar la impunidad. En la Tabla 3 se presentan las opiniones más significativas que se seleccionaron por ser comunes en la mayoría de las intervenciones. Toda la información fue tratada en el marco de los contextos explicativos de carácter histórico, tecnológico y jurídico con el propósito de intentar la aproximación a un problema que permanece oculto a la sociedad, por lo cual, genera y alimenta una cultura de inacción para el movimiento de los trabajadores, cuyas dirigencias en general no asumen ese problema como suyo. Franco (1999) señala que contexto explicativo son las condiciones y situaciones, que pueden ser de índole cultural, económica y política, que hacen socialmente posible el desarrollo de un

determinado fenómeno, en este caso tanto la muerte en el trabajo como la impunidad del empleador.

Las propuestas para abordar la solución al problema, primero, para que no haya más accidentes fatales en las empresas, y segundo, para que en los casos en que tales accidentes ocurran no queden impunes, se lograron con el método de investigación-acción, desde la perspectiva de los actores involucrados en el proceso de producción de bienes y servicios, así como en el control social y hasta de aplicación de justicia. En ambos casos, tanto los temas de las entrevistas como las propuestas de cambios, fueron sometidos a un análisis de contenido.

Resultados

La data de accidentes del trabajo en Venezuela, pese a que la ley penaliza al empleador por no declararlos, en especial cuando se trata de accidentes mortales, es incompleta, con el agravante que desde 2014, la institución que lleva la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en Venezuela no la hace pública, no obstante, con la poca información que se publicó en los años anteriores a 2014 se puede inferir el número de trabajadores que fallecen cada año por realizar sus labores. De la Tabla 1 se puede hacer tal inferencia.

Tabla 1. Distribución de los accidentes de trabajo de trabajo y de los accidentes mortales

Año	Total Accidentes	Accidentes Mortales
2005	8.213	95
2006	34.202	224
2007	57.646	325
2008	54.858	---
2009	50.770	355
2010	56.416	---
2011	62.457	---
2012	63.918	---
2013	57.706	---
2014	52.408	242

Fuente: INPSASEL Anuario Estadístico 2015. Accidentes de Trabajo. Delegados y Delegadas de Prevención y Comités de Seguridad Laboral.

La Tabla 1 permite estimar que anualmente fallecen, en promedio, 300 personas por accidentes fatales, o por lo menos es la cifra que reportan las empresas. Lamentablemente el ente emisor, en la información que ha presentado, en el caso de las fatalidades no diferencia los accidentes que ocurrieron por violación a la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte de los empleadores, solo aclara que son

ocupacionales esas muertes, pero no indican nada de las responsabilidades de esos accidentes.

No obstante, la relación se puede inferir revisando a Aranguren (2010) quien evaluó los informes de las inspecciones de funcionarios del Ministerio del Trabajo a 120 empresas de las ciudades más pobladas del país, cuyo resultado se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Incumplimiento de las empresas a la normativa legal en el área de seguridad y salud laboral

<i>Incumplimiento</i>	<i>Nº de empresas que incumplen</i>	<i>%</i>
<i>No tienen un Programa de Seguridad</i>	71	46
<i>No dan capacitación laboral</i>	46	27
<i>No dan notificación de los principios de prevención de peligros</i>	84	51
<i>No dan ropa y equipos de protección personal</i>	56	31
<i>No realizan exámenes médicos</i>	45	26
<i>No tienen botiquín de primeros auxilios</i>	50	23
<i>No han constituido el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo</i>	65	33
<i>No cuenta con medidas para enfrentar emergencias</i>	36	20
<i>No informa a los trabajadores como actuar en emergencias</i>	47	28

Fuente: Aranguren, A. (2010). Violación a la normativa laboral en Venezuela: un análisis desde los servicios de inspección del trabajo

Con esta revisión de Aranguren (2010) se puede inferir, que al menos en el 32% de esas empresas, si llegaran a ocurrir accidentes fatales, los mismos estarían vinculados al no cumplimiento de una parte de la normativa legal en el área de seguridad y salud laboral, en cuanto a su gestión de índole administrativa, entendiéndose que el mencionado trabajo no revisó el incumplimiento del Reglamento de las Condiciones de Seguridad e Higiene del Trabajo (1973), que pese a ser de vieja data, dispone de un amplio articulado que establece las bases para la gestión técnica de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Pese a que la información del INPSASEL no permite especificar cuáles accidentes mortales son una violación de la normativa de seguridad laboral vigente, se puede apreciar en un estudio de los accidentes de trabajo en el estado Carabobo (Mujica, *et al.* 2013) que los tipos de lesión pueden inferir la responsabilidad de los empleadores y empleadoras en la mayoría de los mismos y temerariamente hacer la proyección a gran parte de los 355 casos mortales notificados al instituto en el año 2009, año analizado por estos autores.

Las respuestas a este tema son las esperadas en los colectivos entrevistados (Tabla 3). Así, si se

hubiese tenido la oportunidad de entrevistar a empleadores que han sido sentenciados por el delito de muerte de trabajador en circunstancias de la violación de la normativa de seguridad e higiene

del trabajo, seguramente se hubiera obtenido un “No”, porque la investigación de accidentes no suele ser una función asumida por los empleadores.

Tabla 3. Opiniones de los actores sociales sobre su experiencia en investigación de accidentes de trabajo fatales

<i>Actores</i>	<i>Opiniones</i>
<i>Prevencionistas de amplia experticia en investigaciones accidentes fatales</i>	<i>Ciertamente, por décadas se ha participado en investigaciones de este tipo y cuando se llega a las causas raíz, que apuntan a la responsabilidad de la empresa, empiezan las dilaciones y las urgencias para cerrar los casos. Casi nunca se procede a divulgar la lección aprendida.</i>
<i>Sindicalistas con agenda de prevención de los accidentes de trabajo</i>	<i>No, porque en nuestro sector no ha habido accidentes de ese tipo, pero si hay experiencias en la investigación de algunos no fatales, sobre todo cuando la empresa se niega al pago contemplado en la ley.</i>
<i>Funcionarios inspectores gubernamentales y de empresas del Estado</i>	<i>Sí, porque eso es parte de nuestra actividad, solo que para la cantidad de eventos de este tipo no tenemos suficiente personal por lo que supera con creces nuestra capacidad para investigarlos todos.</i>
<i>Jueces que ha emitido fallos judiciales en casos de accidentes de trabajo</i>	<i>Toca al Juez revisar las pruebas aportadas por el Ministerio Público y las partes para emitir sentencia.</i>
<i>Gerentes de empresas del Estado que impulsan la SST en las dependencias que han dirigido</i>	<i>Sí, porque la gerencia debe ser la primera en saber en qué se falló y en dar la cara a las familias y auxiliarlas en esos difíciles momentos.</i>
<i>DDP que han participado en investigación de accidentes fatales</i>	<i>Sí, en la empresa siempre involucran a los DDP en la mayoría de la investigación de accidentes, pero en los fatales se puede observar un sesgo orientado a buscar en el compañero fallecido la responsabilidad de su propia muerte.</i>
<i>Familiares (deudos) de trabajadores fallecidos con ocasión del trabajo</i>	<i>No, ni sabíamos de prevención, de las leyes y normas que existen en la materia, éramos huérfanas de todo tipo de información.</i>

Fuente: Elaboración propia, 2022

De estas respuestas se debe destacar el razonamiento que dan los expertos en investigación de accidentes de trabajo, quienes comentan en las entrevistas que la mayoría de los accidentes mortales que han investigado en su vida profesional están relacionados con los fallos de las barreras organizacionales, técnicas y administrativas, es decir, son responsabilidad de

los empleadores, porque salvo casos aislados, la seguridad y salud en el trabajo no aparece en la prioridad de las empresas. Con la tabla 4, se intenta sintetizar las opiniones de los actores sociales sobre la baja judicialización en los casos de accidentes mortales y su causa.

Tabla 4. Opiniones de los actores sociales sobre la baja judicialización en los casos de accidentes mortales y su causa

Actores	Opiniones
Prevencionistas de amplia experticia en investigaciones de accidentes fatales	Pareciera que al INPSASEL le falta personal con suficiente formación para investigar todos los accidentes mortales cada año, pero además de los pocos accidentes fatales que investiga, el expediente se queda la institución, no lo envía a la Fiscalía para que allí puedan hacer su investigación y de ser el caso, imputar a la persona que resulte responsable de la violación, que puede ser desde un supervisor hasta el empleador.
Sindicalistas con agenda de prevención de los accidentes de trabajo	Es una política de Estado porque es el Estado el mayor empleador en el país, entonces no interesa a quienes están en las empresas, que son del Estado, que se les abra juicio, y de llegar a suceder, el poder profundo se encargaría de que el juicio no prospere, ya se ha visto bastante de esto.
Funcionarios inspectores gubernamentales y de empresas del Estado	Priva mucha la falta de compromiso de los equipos directivos de nuestras instituciones, ha habido casos donde incluso se han anulado investigaciones de fatalidades, como la Planta de Tratamiento de Aguas Servidas en La Guaira, cuyo expediente terminó engavetado.
Jueces que ha emitido fallos judiciales en casos de accidentes de trabajo	La única respuesta al respecto es que el Estado no ha mostrado interés, más allá de la fotografía y de la declaración, para abordar seriamente el tema de tanta gente muriendo por malas condiciones y ambientes de trabajo.
Gerentes de empresas del Estado que impulsan la SST en las dependencias que han dirigido	Obviamente el tema es de exclusividad para el Estado, allí está la fuente del problema, estamos en un país sin planes de SST, por eso ni siquiera tenemos estadísticas al día, lo que hace que la Vigilancia Epidemiológica en la materia sea una función que no se puede implementar en las empresas ni en el país.
DDP que han participado en investigación de accidentes fatales	Los prevencionistas de las empresas se orientan a que los accidentes mortales sean declarados no ocupacionales, por lo cual ni siquiera entran en la estadística, para esto buscan cualquier evidencia que ponga a la persona fallecida como el responsable de su muerte.
Familiares (deudos) de trabajadores fallecidos con ocasión del trabajo	La experiencia es cansona, costosa y frustrante, hubo que hacer trámites primero para que el INPSASEL nos entregará el informe de la investigación, llevarlo a la Fiscalía, ubicar el informe del CICPC para que le llegara al Fiscal, visitar al Ministerio Público varias veces para que el caso se judicializara y luego soportar los acosos de abogados y gentes que no se sabe porque hacían parte del proceso. Son muchas las razones por las cuales las muertes por violaciones de la reglamentación de la seguridad industrial y laboral no llegan a los tribunales, una de ellas, que se tuvo conocimiento de causa, por la presencia constante en los tribunales, es que desde el abogado de los deudos y de los empleadores, fiscales y hasta jueces, inducen a lo que se llama la transacción laboral, para que la empresa pague “rápido” y los deudos acepten el cierre del juicio, ahí hubo judicialización, pero la misma es paralizada.

Fuente: Elaboración propia, 2022

En estas opiniones se observa que la mayor parte de los actores sociales consideran como predominante la responsabilidad del Estado en la baja judicialización en los casos de accidentes mortales por no garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios gubernamentales establecidos en la LOPCYMAT, y en la falta de coordinación de esos entes con el Ministerio Público.

También se aprecia la advertencia que hacen los y las DDP, que se consiguen con prevencionistas que obviamente, al recibir sus salarios de las empresas, y siguiendo la visión que ha marcado Heinrich (1959) en esta tema, se van a demostrar que la víctima cometió un “acto inseguro”, por lo cual el accidente es declarado por la propia empresa que lo ha investigado, como una fatalidad no ocupacional, y como la instancia que le toca controlar esto, es decir, ni el ente rector ni el ente gestor de la SST no pueden actuar por falta de personal, el caso jamás será judicializado. Coincide esta opinión de los y las DDP con la crítica que hacen Omaña y Suárez (2020) al paradigma dominante en la actividad de los prevencionistas, que siempre busca clasificar cualquier accidente como el resultado de una acción incorrecta de la víctima.

La Tabla 5 presenta opiniones que son cónsonas con el actor social que las emite, siendo la de familiares y deudos de trabajadores que murieron en condiciones inseguras e insalubres, la que sintetiza lo que se debe proponer al Estado para que no continúe la impunidad, y lo que deben hacer las personas a quienes este tema les es de especial interés, porque se aprecia una falta de sensibilidad en la sociedad en general, que no ve el delito en estas circunstancias, sino que al contrario se llega a naturalizar el peligro y ver como algo “normal”, que alguien muera en un trabajo peligroso.

Discusión

En el presente estudio se realizó una aproximación explicativa de las causas que impiden que se judicialicen los casos de accidentes

fatales de trabajadores en Venezuela, en el marco de la violaciones graves o muy graves de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte del empleador o empleadora o sus representantes, que contempla pena de prisión de ocho (8) a diez (10) años; la falta de judicialización es en sí la impunidad misma.

Si se usa la estimación de que cada año fallecen, en promedio 300 personas en accidentes de trabajo, y el dato que la penalidad está contemplada en la ley desde 1986, se podría estimar que hasta el año 2023 fallecieron 14.100 trabajadores por accidentes de trabajo, pero sólo han sido llevado a juicio los empleadores de 11 trabajadores, correspondiente a tres empresas, por lo que el tema de la impunidad no requiere de ningún estadístico para demostrarla, salvo que se recurra al paradigma dominante de Heinrich.

Los casos Morcarpel (2000), Ebelca (2012) y Provegran (2012), son los únicos, hasta ahora, sobre los cuales ha habido sentencia firme de lo que el legislador estableció para este tipo de delitos, como cita Omaña (2022) al analizar varias sentencias judiciales relacionadas con accidentes de trabajo.

Por la falta de data no se puede establecer una aproximación, ni siquiera conservadora del número de fatalidades ocupacionales que pudieron ir a juicio, de ese total de 14.100 fatalidades, porque llenan la formalidad de muertes por violación de la normativa de seguridad e higiene del trabajo.

Sólo se puede establecer, con el trabajo de Aranguren (2010), que en el 32 % de las empresas inmersas en su estudio se estarían violando la normativa en su componente administrativo. Y se puede tomar en cuenta la opinión de los prevencionistas de amplia experticia en investigaciones de accidentes fatales, ellos sustentan que en los casos que les ha tocado participar ha surgido la responsabilidad de las empresas, y por eso cuando llegan a la esencia de las causas raíces, empiezan las dilaciones y las urgencias para cerrar los casos.

Tabla 5. Opiniones de los actores sociales para superar las condiciones que generan los accidentes mortales por violaciones de la normativa vigente en materia de higiene, salud y seguridad, y la impunidad que le es concomitante

Actores	Opiniones
Prevencionistas de amplia experticia en investigaciones accidentes fatales	La superación de las fallas que conducen a una inadecuada atención a las desviaciones de los procesos donde pueden ocurrir accidentes requiere de mayor atención a la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, que en la mayoría de las empresas no existe, y cuando existe es la última tomada en cuenta en la planificación y asignación de recursos. Obviamente, los entes rector y gestor de la SST, deben dar un giro de 180° en sus actuaciones, empezando por hacerse de un Plan Nacional, disponiendo de sistemas de información y comunicación actualizados, de personal responsable suficiente, con sueldos y facilidades de comunicación que sean cónsonos, y empezar por mover, en forma automática, todo informe de accidente mortal para que las fiscalías puedan actuar en consecuencia.
Sindicalistas con agenda de prevención de los accidentes de trabajo	El gobierno debe asumir su responsabilidad para con los trabajadores, dar las órdenes que se deban dar, los presupuestos para que las cosas funcionen y pedir cuenta, en las Asambleas del Congreso Presidencial de la Clase Obrera, a quienes ha puesto al frente del INPSASEL y del Ministerio del Poder Popular Para Proceso Social del Trabajo.
Funcionarios inspectores gubernamentales y de empresas del Estado	El Estado y sus empresas deben dar a sus inspectores la formación que hoy día demanda el avance de la ciencia y tecnología, y sobre todo, debe nombrar para los cargos directivos a personas comprometidas con el tema de la SST.
Jueces que ha emitido fallos judiciales en casos de accidentes de trabajo	Se deben dar todas las garantías para que las empresas corrijan esas fallas en los procesos productivos que puedan conducir a la muerte de alguien, pero también se le debe dar a los deudos todas las garantías y facilidades para que puedan lograr la aplicación de la justicia.
Gerentes de empresas del Estado que impulsan la SST en las dependencias que han dirigido	Pareciera necesario poner al INPSASEL a depender del ministerio que tiene que ver con la creación de empresas, industrias, comercio, etc. donde se aplican las normas de calidad, para lo cual hasta se tiene una ley. Los procesos de trabajo deben ser objetos de normas de calidad, así se impide tener más fatalidades.
DDP que han participado en investigación de accidentes fatales	Los entes como INPSASEL deberían estar al lado de los DDP, por ejemplo, a la fecha no han promulgado una norma técnica de los DDP que discutimos hace como 10 años. Para lograr ambientes de trabajo seguro y atacar la impunidad, los DDP tienen que tener formación y hacer de obligatorio cumplimiento sus propuestas, lo que se quiere es que una demanda de mejora de un puesto de trabajo sea homologada a la exigencia de corrección que emana de un inspector del INPSASEL, con todas las consecuencias que ello acarrea.
Familiares (deudos) de trabajadores fallecidos con ocasión del trabajo	Debe crearse un movimiento nacional, con abogados, técnicos de prevención, DDP y luchadores sociales que acompañen a las familias de los trabajadores que mueren por violaciones de las condiciones de trabajo, que las asesoren, y las ayudan a reclamar justicia, para que cese la impunidad. El gobierno debe concientizar a la gente que todo empleador que ponga a una gente a trabajar en una situación de peligro y la persona muere, ha cometido un delito, y ese delito es penado por la ley.

Fuente: Elaboración propia, 2022

La opinión de los prevenicionistas de amplia experticia es cónsona con trabajos que señalan como fuente de la accidentalidad en general, el no atender las correcciones de las condiciones peligrosas señaladas, como es el caso colombiano, los accidentes se relacionan con la falta de apoyo de la gerencia en el 31% de los casos y la falta de apoyo del resto de coordinadores (producción y mantenimiento principalmente), en el 27,1% de los casos, es decir, un total de 58,1% de los casos (Vega, 2016)

Como en las matemáticas, al diálogo entre los discursos de los actores considerados para las entrevistas se le puede extraer un denominador común: el tipo de Estado. Así, los mismos Jueces entrevistados señalan que la impunidad se explica porque las leyes están hechas para el que tiene el poder, quienes hacen de sus textos letra muerta cuando de aplicación a la clase poderosa se trata, como comenta Renz (1974).

Las opiniones de los sindicalistas son las más elocuentes, cuando señalan que el INPSASEL incumple la LOPCYMAT, ya que se le pudiera hacer un directorio de la morosidad, como: no tener un Directorio Nacional, no haber creado el Consejo Nacional ni los Consejos Regionales de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, no haber promovido los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo y que estos se reporten directamente a las directivas de las empresas, no dar la adecuada formación a empresarios y a trabajadores, no llevar ningún tipo de data de las empresas, ni haberlas clasificado de acuerdo a su nivel de riesgos, entre otras deudas, la inacción de esa institución contribuye a mantener muy amplia a una cultura contraria a la prevención.

La entrevista a familiares de trabajadores fallecidos abrió un tema candente, la aplicación de la transacción en materia laboral, contemplada en el Artículo 19 de la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, la cual se estima en el ámbito del término o finalización de la relación de trabajo, es en realidad un acuerdo entre el empleador y el trabajador que tiene como objetivo resolver una controversia o conflicto

laboral, generalmente por el tema de las prestaciones. La utilización de esta modalidad ha sido recurrente en las demandas judiciales que han intentado trabajadores afectados por accidentes de trabajo y familiares de afectados por accidentes mortales, tema que requiere una profunda investigación.

Conclusiones

El estudio concluye que, entre las causas de la impunidad, figuran entre otras: ausencia de una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, un sindicalismo desinteresado por el tema, un empresariado público y privado que tiene la ley en sus manos, la existencia de entes gubernamentales con debilidades para hacer su trabajo con eficiencia y eficacia, una opinión pública desinformada sobre este tipo de delitos y la transacción laboral.

El estudio facilita la concreción de acciones que coinciden con las recomendaciones de la Comisión Presidencial de Riesgos Laborales (1977), 46 años después, de acciones que el Estado debe impulsar como: declarar en emergencia la salud de trabajadores y trabajadoras de todo el país, así como disponer de un ente con suficiente fortaleza técnica y presupuestaria para la prevención y el control de los peligros, riesgos y amenazas del ambiente laboral, utilizando adecuados y actualizados sistemas de información que contribuyan a la vigilancia epidemiológica ocupacional.

Esta coincidencia con las recomendaciones de la citada comisión alcanza a los actores sindicales, cuya dirección debe revisar su rol en esta materia, tanto en su compromiso de formar a sus afiliados en seguridad y salud en el trabajo, como de acompañar a las familias de los trabajadores fallecidos por accidentes de trabajo en la compleja red de pasos administrativos para lograr la judicialización de aquellos caso donde la muerte haya sido el producto de una violación de la normativa de seguridad y salud en el trabajo.

Referencias Bibliográficas

- Aksorn, T., & Hadikusumo, B. (2007). The Unsafe Acts and the Decision-to-Err Factors of Thai Construction Workers. *Journal of Construction in Developing Countries*. 12 (1),1-25.
[http://web.usm.my/jcdc/vol12_1_2007/1_T_hanet%20&%20Hadikusumo%20\(p.1-25\).pdf](http://web.usm.my/jcdc/vol12_1_2007/1_T_hanet%20&%20Hadikusumo%20(p.1-25).pdf)
- Aranguren, A. (2010). Violación a la normativa laboral en Venezuela: un análisis desde los servicios de inspección del trabajo. *Gaceta Laboral*,16(2),195-214.
<https://produccioncientificaluz.org/index.php/gaceta/article/view/3636>
- Berman, D. (1983). *Muerte en el trabajo*. México: Siglo XXI Editores.
- Central Unitaria de Trabajadores de Venezuela. Departamento de Salud y Trabajo. (1989). *Manual de Contratación Colectiva en Condiciones de Higiene y Seguridad Laboral*.
<https://es.scribd.com/document/547245465/Manual-de-Contratacion-Colectiva-en-Condiciones-de-Higiene-venezuela>
- Comisión Presidencial para el Estudio y Evaluación de los Riesgos Laborales que inciden sobre la Salud de los Trabajadores Industriales y Agropecuarios. (1977). *Informe presentado al Ciudadano Presidente de la República de Venezuela*.
<https://es.scribd.com/doc/32993321/Comision-Presidencial-de-Los-Riesgos-Laborales>
- Corte de Apelaciones. Sala 10ma. (2012). Expediente n° 10Aa-3145-12/I-Ebelca. Caracas: 21 de marzo de 2012.
[http://apure.tsj.gob.ve/DECISIONES/2012/MARZO/1731-21-3145-2012\(AA\)S-10-.HTML](http://apure.tsj.gob.ve/DECISIONES/2012/MARZO/1731-21-3145-2012(AA)S-10-.HTML)
- Engels, F. (1876). *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*.
<https://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/1876trab.htm>
- Franco, S. (1999). *El quinto no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá: IEPRI-Tercer Mundo.
- Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. (2015). *Anuario Estadístico. Accidentes de Trabajo. Delegados y Delegadas de Prevención y Comités de Seguridad Laboral*.
<https://es.scribd.com/document/382539063/Anuario-Estadistico-2015-Cifras-2015>
- Jiménez de Asúa, J. (1958). *Principios de Derecho Penal. La Ley y el Delito*. Editorial Sudamericana.
<https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2018/01/Descarga-en-PDF-%C2%ABLa-ley-y-el-delito%C2%BB-del-gran-Luis-Jim%C3%A9nez-de-As%C3%BAa.pdf>
- Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial N° 38.236. 2005, 26 de Julio.
- Manuele, F. (2011). Reviewing Heinrich: Dislodging Two Myths From the Practice of Safety. *Professional Safety Journal*. October, 56 (10), 52-61.
https://aeasseincludes.assp.org/professional_safety/pastissues/056/10/052_061_F2Manuele_1011Z.pdf
- Mujica, A.; Mujica, M., y Villalba, L. (2013). Análisis de los accidentes de trabajo en Venezuela y su gestión estratégica en empresas del estado Carabobo. Centro de Investigación y Desarrollo de la Pequeña, la Mediana y la Micro Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad de Carabobo.
https://www.researchgate.net/publication/283546830_ANALISIS_DE_LOS_ACCIDENTES

[DE TRABAJO EN VENEZUELA Y SU GESTIÓN ESTRATÉGICA EN EMPRESAS DEL ESTADO CARABOBO](#)

Omaña, E. (jul 05, 2022). Algunas Sentencias Jurídicas sobre Seguridad y Salud Laborales revisadas por un Prevencionista. *Naturaleza y Trabajo*. <https://naturaytrabajo.blogspot.com/2022/07/algunas-sentencias-juridicas-sobre.html>

Omaña, E., y Suárez, A. (2020). Nuevos paradigmas en seguridad y salud en el trabajo. *Salud de los Trabajadores*. 28(1), 61-71. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol28n1/art05.pdf>

Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Gaceta Oficial N° 1.631 Extraordinario del 31 de diciembre de 1973.

Renz, R. (1974). *La muerte obrera. Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo*. México: Ed. Nueva Imagen.

Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia. Sala de Casación Penal. C-97/292, J.J.H S.R.L. Construcciones y Montajes Industriales; 31 de marzo de 2000, Caso Morcapel. <http://historico.tsj.gob.ve/decisiones/scp/marzo/397-310300-970424.HTM>

Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia. Sala de Casación Penal. 97/424. Desestimación recurso del defensor de los dueños de la empresa Provegran. 20 de junio del 2012. Caso Provegran. <http://historico.tsj.gob.ve/decisiones/scp/junio/214-20612-2012-C12-125.html>

Vega, N. (2016). Razones del incumplimiento de los Controles de Seguridad en el Trabajo en Empresas Colombianas. *Ciencia y trabajo*, 18(57), 154-158. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000300154>.

Factores socio-profesionales que influyen en la elección laboral del personal de salud.

Socio-professional factors influencing the job selection of healthcare personnel.

Yadira Salas¹ , Forlly Chávez² , Rafaela Grigoriu³ , María del Camen Calle⁴ ,
Gloria Marisella Mallqui⁵  y Hernán Sepúlveda⁶ 

Resumen

Objetivo: Analizar las motivaciones, intereses y condiciones que influyen en la elección de puestos de trabajo por parte del personal de salud en zonas subatendidas y no subatendidas. **Materiales y Metodología:** estudio mixto cuali-cuantitativo con enfoque transversal, basado en el paradigma interpretativo. Se aplicó una encuesta en línea entre noviembre del 2021 y mayo del 2022 a 2.207 profesionales y técnicos de salud de la subregión Andina, basada en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas. **Resultados:** Los trabajadores no consideran el trabajo en zonas subatendidas como algo permanente, sino como una etapa para acceder a mejores oportunidades. El origen territorial no determina la elección de estas zonas como lugar de trabajo. Los valores personales y profesionales, la seguridad, las condiciones básicas, existencia de centros de enseñanza y redes de apoyo para los hijos son factores importantes. Insatisfacción salarial y percepción de riesgo no compensado. Acoso verbal, laboral, físico y sexual como problemas relevantes. **Conclusiones:** La calidad de vida laboral está directamente relacionada con la satisfacción personal y familiar e influyen en el conflicto trabajo-familia. En Zonas subatendidas existe menor estabilidad económica y dificultades para conciliar la vida familiar y laboral.

Palabras clave: Recursos humanos en salud, áreas rurales, calidad de vida, condiciones de trabajo, salud mental.

Abstract

Objective: The objective of this study is to analyze the motivations, interests, and conditions that influence the choice of jobs by health personnel in underserved and unserved areas. **Materials and Methodology:** The study employed a mixed qualitative-quantitative with a cross-sectional approach, based on the interpretative paradigm. An online survey was conducted between November 2021 and May 2022 among 2,207 health professionals and technicians in the Andean sub region, based on the World Health Organization Guidelines on the development, recruitment, hiring and retention of health personnel in rural and remote areas. **Results:** Workers do not view working in underserved areas as permanent, but rather as a stepping-stone to better opportunities. Territorial origin does not determine the choice of these areas as a workplace. The consideration of personal and professional values, safety, basic conditions, and the existence of educational centers and support networks for children are important factors. Salary dissatisfaction and perception of uncompensated risk are significant issues, along with verbal, workplace, physical, and sexual harassment as relevant problems. **Conclusions:** The quality of work life is directly related to personal and family satisfaction and influences work-family conflict. In underserved areas, there is less economic stability and greater difficulty in balancing family and work life.

Keywords: Health human resource evaluation, rural areas, quality of life, working conditions, mental health.

Fecha de recepción: 09-02-2024

Fecha de aceptación: 30-05-2024

¹Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. Email: yadirum@gmail.com

²Profesional de Pública y Salud Global. Email: forlly.chavez.romero@gmail.com

³Organismo Andino de salud Convenio Hipólito Unanue. Email: rafaelagrigoriurocha@gmail.com

⁴Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. Email: mcalle@conhu.org.pe

⁵Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. Email: mmallqui@conhu.org.pe

⁶Organización Panamericana de Salud OPS/OMS. Email: sepulveh@paho.org

Introducción

La Subregión andina es una zona geográfica que abarca seis países de América del Sur: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, cuenta con una población de más de 160 millones de habitantes, lo que representa el 27% de la población total de Sudamérica Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022), con una extensión territorial de 6.883.509 km² Banco Mundial (BM, 2024). Estos países comparten rasgos distintivos que los diferencian del resto de América Latina.

Al hablar de “lo andino” no se limita sólo a la ubicación geográfica en la cordillera de los Andes, sino que engloba la historia y cultura de esta región, influenciadas por la presencia de civilizaciones prehispánicas y los procesos de resistencia y mestizaje que se han dado a lo largo del tiempo, y expresa una identidad multidimensional (Coronado, 2021).

La heterogeneidad en los sistemas de salud de la subregión representa diversos desafíos para garantizar el acceso universal, la calidad y la equidad en la atención de las necesidades sanitarias de la población, especialmente en las zonas rurales o desatendidas.

Algunos de los problemas comunes son la falta de acceso, la baja calidad, la fragmentación, la inequidad y la insuficiencia de recursos humanos en salud (RHS), físicos y financieros. Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019).

La pandemia por COVID-19 fue un catalizador que profundizó las desigualdades en el acceso en zonas remotas y desatendidas. Los países han realizado esfuerzos para resolver los problemas que afectan a los RHS, sin embargo estos persisten y coinciden con las recomendaciones técnicas de la OPS (2020) para garantizar la disponibilidad, la seguridad y las condiciones laborales del personal de salud ante la COVID-19 y durante la pandemia (OPS, 2020) y con los compromisos regionales de la Política Andina y Plan de RHS 2018-2022 del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito

Unanue (ORAS-CONHU), señala en la línea estratégica sobre migración y retención:

Garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Región Andina a través de estímulos económicos y extraeconómicos y de regulaciones de las migraciones internas y externas para la radicación de equipos interprofesionales que respondan a las necesidades de la población en zonas actualmente subatendidas (ORAS-CONHU, 2018, p. 34).

Un estudio realizado por el ORAS-CONHU (2015) sostiene la necesidad transversal de seguir evaluando la efectividad de los incentivos para retener a los trabajadores de salud y su impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales. De esta forma, se podría determinar si la retención contribuye a mejorar la salud de la población en los países de la subregión.

Los factores que afectan las decisiones de los RHS al seleccionar, conservar o mejorar un empleo son variados y complejos. Estos relacionados estrechamente con el origen y entorno individual, familiar, educativo, socioeconómico y de formación, sin embargo, las intervenciones para la retención son muy escasas y de baja calidad y debería tenerse en cuenta al diseñar las intervenciones. La evidencia sobre la eficacia de intervenciones para atraer y retener personal de salud en zonas remotas es escasa, lo que resalta la necesidad de promover estudios controlados y rigurosos en la Región de las Américas (OPS, 2022).

De acuerdo a lo señalado, los países de la subregión a través de sus direcciones nacionales de gestión del RHS o sus equivalentes priorizaron realizar un estudio cuali-cuantitativo que permitió identificar los factores como las motivaciones, intereses y condiciones que influyen en la selección de empleos de los trabajadores de salud y las opciones de trabajar en áreas con escasa cobertura, y permita definir a escala nacional políticas de atracción, distribución y retención de la fuerza laboral en salud.

La investigación “*Intereses, motivaciones y condiciones que influyen en la elección de los puestos de trabajo del personal de salud. Posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas*” presenta los resultados de cada uno de los países que conforman la subregión, señalando en detalle las distintas realidades nacionales y desafíos en el ámbito de la atención de la salud en zonas subatendidas. Esta monografía comprende cinco secciones: 1) ambientes que impactan en la atracción y retención de RHS, 2) actores en la toma de decisiones en políticas de atracción y retención de RHS, 3) factores que influyen en la decisión de elegir y mantenerse en un puesto de trabajo en zonas subatendidas, 4) oferta laboral en zonas subatendidas y 5) métodos de retención aplicados (ORAS-CONHU, 2023).

Los resultados que se presentan en este artículo son un análisis transversal con una mirada de subregión andina a partir de la pregunta ¿trabaja en zona subatendida o en zona no subatendida? considerando las dimensiones que influyen en los trabajadores de salud para elegir los puestos de trabajo en zonas subatendidas. También se reflexiona sobre las limitaciones y las lecciones aprendidas durante el proceso. Se revisó los datos de los seis países que participaron en el estudio y se identificaron los principales factores motivacionales que emergen del discurso de los actores clave. Asimismo, el análisis muestra cómo estos factores se relacionan con el contexto socioeconómico, político y cultural de la región en su conjunto.

Materiales y métodos

Estudio con enfoque mixto cuali-cuantitativo, responde a un paradigma interpretativo, utilizando metodología de investigación transversal para comprender las experiencias, opiniones y percepciones de los profesionales y técnicos de la salud.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 2,207 profesionales y técnicos de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, matronas y

parteras, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico. Los participantes fueron reclutados a partir de una convocatoria dirigida por las direcciones de gestión de RHS de los ministerios de salud o sus equivalentes de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, con el objetivo de identificar a aquellos que laboren o no en zonas subatendidas.

Se estableció como criterio de inclusión ser médicos, enfermeros, matronas y parteras adscritos al ministerio de salud, la disponibilidad para responder al instrumento de manera voluntaria y aleatoria, utilizando correos electrónicos, contactos personales y difundido por mecanismo bola de nieve, el estudio se realizó en el plazo establecido entre noviembre del 2021 y mayo del 2022 en cada país participante. No se establecieron criterios de exclusión.

A pesar de las limitaciones inherentes al muestreo no probabilístico, se considera que este diseño permitió obtener una muestra representativa de los profesionales de la salud que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

Para la recopilación de datos se elaboró un google form basado en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas (OMS, 2021). El cuestionario fue validado por los puntos focales designados de las unidades de RHS de los ministerios de salud y constó de seis secciones que exploraban los factores que influyeron en la decisión de elegir un puesto de trabajo en zonas remotas o subatendidas.

Con miras a explorar aspectos motivacionales que consideró de manera integral diferentes dimensiones (ver tabla 1) en los ámbitos orígenes y valores personales, aspectos familiares y comunitarios, condiciones de vida y trabajo, aspectos profesionales, aspectos económicos y servicio social obligatorio. El cuestionario contenía preguntas demográficas, abiertas, cerradas, semi-abiertas, de valoración y de opción múltiple.

Tabla 1. Descripción de las categorías empleadas en el análisis de los factores que condiciona la selección de los puestos de trabajo en zonas subatendidas

Categoría	Subcategoría o variable	Definición operacional	Dimensiones
Factores que influyen en la decisión de elegir y mantenerse en un puesto de trabajo en zonas subatendidas	1 Origen y valores personales	Ámbito que deriva de la historia personal de cada profesional, y que va más allá de los sistemas de incentivos	Origen Sistema de Valores
	2 Aspectos familiares y comunitarios	Condiciones para el desarrollo de una vida familiar armónica y segura	Género y feminización Oferta educativa Ambiente seguro Redes de apoyo
	3 Condiciones de vida y trabajo	Presencia de condiciones para un correcto ejercicio de la profesión y características propias de la localidad	Infraestructura Recursos e insumos Clima laboral Estabilidad del puesto Disponibilidad de vivienda Desarrollo de espacios públicos
	4 Aspectos profesionales	Posibilidad de perfeccionamiento, supervisión, retroalimentación para crecimiento profesional	Acceso a espacios de formación Carrera funcionaria Posibilidad de especialización Becas Interacción con niveles de mayor complejidad
	5 Aspectos económicos	Incentivos proporcionales a dificultad y responsabilidad; acceso a prestaciones similares a las zonas urbanas	Salario Bonos Otras prestaciones monetizables
	6 Servicio Social Obligatorio	Contrato o servicio obligatorio, que ha logrado otorgar cobertura, sin mayor impacto en retención	Contratos temporales Prestaciones ilimitadas

Fuente: Adaptado de las directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas, 2021

Procedimiento

Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos recopilados. Durante el proceso se respetaron las normas éticas y de protección de la privacidad de los participantes. A partir del análisis de la base de datos de las encuestas, se identificaron tendencias generales y se compararon los resultados entre los dos grupos de estudio: aquellos que trabajan en Zonas Subatendidas (ZS) y los que trabajan en Zonas No Subatendidas (ZNS).

Resultados

Los resultados de la encuesta se presentaron principalmente en función de las dimensiones relacionadas con el lugar de trabajo de los profesionales de la salud encuestados, esta clasificación se basó en la respuesta a la pregunta: ¿trabaja en zona subatendida o en zona no subatendida?

La muestra global estuvo caracterizada por la feminización de la fuerza laboral en salud, con una proporción de 70% (n=1.548) mujeres y 30% (n=659) hombres. De esta muestra general 56% (n=1.236) Trabaja en Zonas Subatendidas (ZS) siendo 63% mujeres y 37% hombres, siendo el mayor grupo de edad con 43% de 20-30 años, seguido con 40% de 31-40 años; con relación a los que trabajan en Zonas NO Subatendidas (ZNS) le corresponde 44% (n=971) de la muestra general, siendo 71% mujeres y 29% hombres, con un rango de edad de 33% de 31-40 años, 25% de 20-30 años, 22% mayor de 50 años y 21% de 41-50 años.

De los 2.207 profesionales encuestados, el 56% trabaja en ZS y el 44% en ZNS. En las ZS, el 43% tiene entre 20 y 30 años, mientras que en ZNS solo el 25% está en ese rango de edad y el 22% tiene más de 50 años. El 61% de los encuestados en ZS son solteros, frente al 50% en ZNS que son casados o conviven. La mayoría son enfermeras y médicos. Solo el 34% de los encuestados en ZS

tiene postgrado o especialización, comparado con el 59% en ZNS. En ZS, el 79% se formó en el sistema educativo público, mientras que en ZNS fue el 64%. Los tipos de contrato varían: en ZS, 31% son contratos indefinidos, 36% temporales y 33% por especialización; en ZNS, 36% son indefinidos, 51% temporales y 13% por especialización.

Resultados de las preguntas relacionadas con la matriz de análisis

1. Origen y valores personales

En cuanto a la elección o designación de sus puestos, el 52% de los encuestados en ZS eligió su lugar de trabajo, mientras que el 48% fue asignado. En contraste, en ZNS, el 72% eligió su lugar de trabajo y el 28% fue asignado.

Percepción Económica

En ZS, el 27% se percibe como un grupo socioeconómico bajo, el 72% como de grupo socioeconómico media y el 1% como de grupo socioeconómico alta. En ZNS, el 14% se percibe como de grupo socioeconómico baja, el 83% como de grupo socioeconómico media y el 3% como de grupo socioeconómico alta. El 53% de los que se perciben como de grupo socioeconómico bajo en ZS fueron asignados a su puesto, comparado con el 35% de grupo socioeconómico media y el 30% de grupo socioeconómico alta.

Valores Personales y Profesionales

La mayoría de los encuestados considera fundamental los valores como la “bondad”, “sinceridad”, “empatía”, “amor”, “paciencia”, “gratitud”, “perdón”, “humildad”, “solidaridad” y “responsabilidad”. Los valores profesionales reflejan una importancia similar, destacando la “Responsabilidad” y “Honestidad”, como los más valorados, mientras que “Generosidad” y “Competencia Profesional” son menos frecuentemente considerados como muy importantes.

Percepción de Género en Cargos y Centros de Atención

En ambos grupos, la mayoría considera que todos los cargos son apropiados para mujeres, excepto en Venezuela, donde el cargo de director de hospital se percibe fundamentalmente como adecuado para hombres. Los cargos de enfermería son vistos como más ajustados para mujeres, mientras que los de director de hospital y médico especialista quirúrgico son considerados más pertinentes para hombres según los dos grupos. En áreas rurales, algunos lugares se consideran más convenientes para hombres debido a la inseguridad o dificultad de acceso, excepto en Chile, donde para todos los lugares se asignó mayoritariamente a mujeres.

Factores Culturales y Riesgos

Las respuestas también mencionan factores culturales, características profesionales, fuerza y condiciones físicas, riesgos ambientales y dificultad de acceso. En Ecuador y Perú, se destaca la discriminación positiva hacia las mujeres por su rol materno y familiar y se mencionan riesgos de acoso y violencia en el ambiente laboral.

La perspectiva de equidad de género es muy importante, reflejada en la forma de plantear las preguntas, omitiendo la opción “ambos” en las preguntas sobre cargos y lugares apropiados para hombres o mujeres.

2. Aspectos familiares y comunitarios

Se preguntó a los participantes sobre su situación familiar, revelando que el 52% de los profesionales en ZS tienen hijos, en comparación con el 65% en ZNS. Además, se indagó si los hijos viven con ellos en sus lugares de trabajo: en ZS el 48% vive con sus hijos, mientras que en ZNS, el 72% lo hace.

Adaptación de Centros Educativos

Se observó una diferencia significativa en la percepción de la adecuación de los centros

educativos entre los trabajadores con hijos que viven con ellos. En ZS, el 58% de los padres considera que los centros educativos son adecuados, cifra que aumenta al 81% en ZNS.

Estado de Seguridad

La percepción de la seguridad en el lugar de trabajo también varía. Entre los trabajadores con hijos que viven con ellos, el 81% en ZNS considera que las condiciones de seguridad son adecuadas, frente al 58% en ZS. Curiosamente, entre los trabajadores que tienen hijos pero no viven con ellos, la percepción es más favorable en ZS, donde el 59% considera que las condiciones son adecuadas, en comparación con el 74% en ZNS que las considera inadecuadas.

3. Condiciones de vida y trabajo

Acoso y Violencia en el Entorno Laboral

En ambos grupos, tanto en ZS como en ZNS, el acoso verbal fue identificado como el tipo de violencia más frecuente, con un 47%. En ZNS, el acoso laboral ocupó el segundo lugar con un 46%, mientras que en ZS, este tipo de acoso se ubicó en tercer lugar con un 37%. Es importante destacar que una misma persona pudo haber experimentado más de un tipo de acoso o violencia.

Responsables del Acoso

Los trabajadores señalaron a otros compañeros como los principales responsables del acoso o la violencia, con un 45% en ZS y un 50% en ZNS. Los jefes fueron identificados en segundo lugar, con un 25% en ZS y un 18% en ZNS. Además, se observó la presencia de diferentes tipos de acoso y violencia en las mujeres de ambos grupos, incluyendo un caso particular de violencia sexual reportado en una ZS de Bolivia.

Factores para Aceptar y Permanecer en el Puesto de Trabajo

Los profesionales de la salud valoran diversos factores al considerar aceptar y

permanecer en sus puestos de trabajo. Las calificaciones de “muy importante” e “importante” fueron seleccionadas en todos los factores por ambos grupos, con pocas puntuaciones en las categorías de “poco importante”, “no importante” o “indiferente”. El factor más valorado fue la “estabilidad en el puesto”, seguido por un “clima laboral bueno” y “trabajo en equipo”.

4. Aspectos profesionales

Con relación a la ¿Importancia de los factores profesionales que influyen para aceptar y permanecer en un puesto de trabajo? el factor marcado con más frecuencia fue “Que el cargo les dé acceso a espacios de formación profesional” con un 78% en ZS y 76% en ZNS respectivamente. Seguido de “Supervisión y retroalimentación” con 71% para ZS, mientras que para los profesionales de salud que no trabajan en ZS 71% “Poder acceder a becas para especialización”. Sin embargo, todos los demás factores fueron marcados como “muy importantes” en orden y frecuencia variable en ambos grupos, como “Poder acceder a carrera funcionaria” e “interacción con centros de nivel superior”.

A la pregunta abierta ¿Señale otros 3 factores no consignados aquí y que considere importantes?, para las ZNS se identificaron un conjunto de necesidades prioritarias, agrupadas por frecuencia y relevancia: 1) **Condiciones Laborales y Remuneración:** contratos estables y seguridad en el empleo, salarios justos, adecuados y puntuales, bonificaciones por desempeño y pagos adicionales por trabajar fuera del horario laboral. 2) **Capacitación y Desarrollo Profesional:** capacitación continua, incluyendo diplomados, posgrados y especializaciones, oportunidades de ascenso y reconocimiento del esfuerzo académico y profesional. 3) **Balance Trabajo-Vida Personal:** adaptación de horarios para facilitar el estudio y la vida familiar. Espacios para compartir con la familia. 4) **Ambiente y Clima Laboral:** inclusión de respeto mutuo, trabajo en equipo, y un ambiente de trabajo positivo. Mejora en la comunicación y apoyo entre compañeros y superiores. 5) **Acceso a Servicios y Recursos:** acceso a servicios de salud,

alimentación, y transporte. Espacios para actividades recreativas y de bienestar. 6) **Equidad y Reconocimiento:** Igualdad en el trato y oportunidades entre todos los empleados. Reconocimiento y apreciación del esfuerzo y dedicación del personal.

Para las ZS las respuestas se agruparon en categorías comunes y factores más recurrentes: 1) **Capacitación y Formación Continua:** acceso a cursos, diplomados, maestrías, talleres y seminarios. 2) **Recursos y Condiciones de Trabajo:** contar con herramientas y condiciones adecuadas, disponer de infraestructura, equipamiento médico adecuado, transporte y comunicación. 3) **Estabilidad y Beneficios Laborales:** estabilidad laboral y remuneración justa acorde al cargo. Bonos e incentivos por desempeño y zonas de difícil acceso. Igualdad de oportunidades e institucionalización de cargos. Horarios de trabajo adecuados y respeto a horas extras. 4) **Apoyo y Coordinación:** Apoyo de la comunidad y coordinación con autoridades locales, retroalimentación constructiva, promoción del trabajo en equipo y condiciones de trabajo seguras. 5) **Bienestar Personal y Familiar** mejor calidad de vida, conciliación de la vida laboral y personal, acceso a servicios básicos, alimentación y vivienda, programas de bienestar psicológico y emocional y respeto a los derechos laborales y mejora del ambiente psicosocial.

5. Aspectos económicos

Con relación al salario en ambos grupos existe “inconformidad”, siendo la frecuencia de 59% profesionales que trabajan en ZS y 37% los que laboran en ZNS. La segunda frecuencia fue “estar conforme” con lo establecido en ambos grupos. Perú solicitó modificar la pregunta: considerando los salarios del mercado laboral en su profesión ¿Está usted conforme con su salario? En ambos grupos la inconformidad superó el 70%, siendo los médicos especialistas y auxiliares de enfermería el grupo con más alta disconformidad salarial. Entre las razones señalan que el salario no corresponde a la formación y exigencias del cargo, gasto superior al salario, el gasto no compensa el

riesgo, distancia y dificultades de acceso, y riesgo por contagio al COVID-19.

A la pregunta ¿Señale otros 3 incentivos económicos además del salario que lo motivarían a trabajar en zonas subatendidas? Las respuestas categorizadas por temática y con mayor frecuencia para el grupo de trabajadores de ZNS fueron: **1) bonos y Bonificaciones:** bonos de transporte, de refrigerio, de riesgo, de antigüedad, de frontera y de productividad. **2) Capacitación y Desarrollo Profesional:** capacitaciones continuas, becas para estudios de maestría y doctorados, bonificaciones por estudios. **3) Beneficios de Vivienda y Transporte:** subsidios de vivienda, ayuda para transporte, alojamiento proporcionado. **4) Tiempo libre y flexibilidad:** días de descanso adicionales, vacaciones remuneradas, flexibilidad horaria. **5) Beneficios sociales y prestaciones:** seguridad social para el empleado y su familia, prestaciones adicionales como seguro de vida, servicios de salud mejorados y apoyo para la educación de los hijos.

Mientras que para los trabajadores de ZS fueron: **1) Bonos y Subsidios:** diversos tipos de bonos y subsidios, en particular, los bonos de riesgo, distancia, vacunación, por trabajar en zonas subatendidas, por cumplimiento de metas, por producción, por antigüedad, de frontera, de transporte, por horas extra, doble aguinaldo, subsidios para vivienda y alimentarios. **2) Viáticos y Beneficios de Transporte:** provisión de medios de transporte, destacando la importancia de facilitar el traslado y cubrir los gastos asociados. **3) Capacitación y Educación:** oportunidades educativas a becas, diplomados, y cursos de especialización. **4) Mejora en Condiciones Laborales:** estabilidad laboral, reconocimiento público, galardonado y flexibilidad horaria.

6. Servicio Social Obligatorio

El Servicio Social obligatorio (SSO) es un requisito para obtención de algunas carreras de ciencias de la salud como estrategia para garantizar el acceso y la cobertura en ZS, la proporción de trabajadores que han realizado servicio social corresponde con 58% a ZS, mientras los que trabaja en ZNS en un 42% respectivamente.

La valoración fue positiva sobre el SSO, con más de 90% de frecuencia en ambos grupos como por parte de los que han realizado el servicio social, como de los que no.

A la pregunta ¿Señale algunos factores que podrán mejorar y hacer más atractivo el SSO u otras formas de servicio social? Las respuestas se agruparon en categorías según frecuencia, los trabajadores de ZS señalaron: **1) Incentivos Económicos:** remuneración adecuada y bonos. **2) Condiciones Laborales y de Infraestructura:** mejoras en infraestructura y condiciones de trabajo. **3) Apoyo en Vivienda y Alimentación:** garantizar vivienda y alimentación. **4) Formación y Capacitación:** cursos de actualización y formación continua. **5) Logística y Transporte:** mejoras en transporte y accesibilidad. **6) Bienestar y Ambiente Laboral:** buen ambiente laboral y apoyo psicológico.

El grupo de trabajadores de ZNS reflejaron necesidades y expectativas sobre el SSO priorizadas en base a las siguientes categorías: **1) Incentivos Económicos y Salarios:** aumento de salarios, remuneración adicional por zonas difíciles, incentivos específicos, contratación directa, manutención durante el SSO. **2) Condiciones de Trabajo y Vivienda:** infraestructura en el lugar, acceso básico, equipos e insumos, provisión de alojamiento, alimentación digna y seguridad laboral. **3) Formación y Desarrollo Profesional:** capacitación continua, certificaciones adicionales y reconocimiento nacional e internacional, posibilidad de continuidad laboral, acceso a trabajos permanentes. **4) Apoyo y Supervisión:** monitoreo y evaluación continua, redes de apoyo profesional y redes de referencia y contrarreferencia, integración y colaboración con la comunidad. **5) Aspectos Sociales y Emocionales:** empatía y comunicación efectiva entre compañeros, apoyo en salud mental, ambiente de trabajo saludable y motivador.

En la tabla 2 se consolida y resume datos demográficos, dimensiones, aspectos familiares y profesionales, valoraciones empleadas en el análisis de los factores que condiciona la selección

y permanencia de los puestos de trabajo en zonas subatendidas y en zonas no subatendidas.

Tabla 2. Análisis de las variables/dimensiones empleadas

Variables / Dimensiones	Trabaja en Zona	
	Subatendida	No Subatendida
	(n= 1236)	(n= 971)
Características de la población encuestada		
Sexo		
Mujeres	63%	71%
Hombres	37%	29%
Edad		
20-30 años	43%	25%
31-40 años	40%	33%
41-50 años	11%	21%
> 50 años	5%	22%
Estado Civil		
Casado o conviviente	35%	50%
Divorciado	5%	8%
Soltero	61%	41%
Especialización		
Con Postgrado	34%	59%
Sin postgrado	66%	41%
Formación		
Sistema Público	79%	64%
Sistema Privado	21%	36%
1. Origen y valores personales		
Lugar de trabajo		
Lo eligió	52%	72%
Lo asignaron	48%	28%
Percepción a la Clase a que pertenecen		
Clase Baja	27%	14%
Clase Media	72%	83%
Clase Alta	1%	3%
Contrato		
Contrato indefinido	30%	36%
Contrato temporal	36%	51%
Por especialización o estudios	33%	13%
2. Aspectos familiares y comunitarios		
Viven con sus hijos		
Sí	25%	40%
No	27%	24%
no tiene hijos	48%	35%

Centros educativos adecuados para los hijos		
Sí	26%	51%
No	34%	18%
No tiene hijo	40%	31%

Seguridad

No ofrece condiciones de seguridad aceptables para criar a los hijos	42%	22%
Ofrece condiciones de seguridad aceptables para criar a los hijos	44%	58%
Ofrece las condiciones de seguridad ideales para criar a los hijos	15%	20%

3. Condiciones de vida y trabajo
Tipo de Violencia

Acoso laboral	37%	46%
Acoso verbal	47%	47%
Acoso sexual	6%	7%
Violencia o abuso sexual	1%	2%
Violencia física	9%	7%

Factores de vida y trabajo

a. Infraestructura del centro completa y en buen estado	68%	58%
Muy importante	27%	37%
Importante	5%	5%
Poco importante	1%	0%
No importante o indiferente		
b. Mobiliario y equipamiento apropiado al nivel y funcionando		
Muy importante	70%	60%
Importante	26%	36%
Poco importante	3%	3%
No importante o indiferente	0%	1%
c. Sistema de comunicación en buen estado		
Muy importante	73%	68%
Importante	23%	30%
Poco importante	3%	2%
No importante o indiferente	1%	0%
d. Respuesta a consultas por el equipo de la Red		
Muy importante	69%	65%
Importante	27%	32%
Poco importante	2%	2%
No importante o indiferente	1%	0%
e. Clima laboral bueno. Trabajo en equipo		
Muy importante	74%	80%
Importante	22%	18%
Poco importante	3%	1%
No importante o indiferente	1%	0%
f. Estabilidad en el puesto		
Muy importante	80%	84%
Importante	18%	14%
Poco importante	2%	1%
No importante o indiferente	1%	1%
g. Contar con vivienda adecuada		
Muy importante	70%	67%
Importante	26%	29%
Poco importante	3%	3%
No importante o indiferente	1%	1%
h. Que la comunidad tenga transporte, centros deportivos, recreativos		
Muy importante	62%	60%
Importante	31%	30%
Poco importante	6%	8%
No importante o indiferente	1%	2%

4. Aspectos profesionales

Factores profesionales

a. Que el cargo le dé acceso a espacios de formación profesional	78%	76%
Muy importante	20%	23%
Importante	2%	1%
Poco importante	1%	1%
No importante o indiferente		
b. Poder acceder a carrera funcionaria	65%	67%
Muy importante	30%	27%
Importante	4%	4%
Poco importante	1%	2%
No importante o indiferente		
c. Poder acceder a becas para especialización	79%	71%
Muy importante	19%	25%
Importante	2%	3%
Poco importante	1%	1%
No importante o indiferente		
d. Interacción con centros de nivel superior (Telemedicina)		
Muy importante	68%	64%
Importante	27%	32%
Poco importante	4%	3%
No importante o indiferente	1%	1%
e. Supervisión y retroalimentación		
Muy importante	71%	69%
Importante	26%	28%
Poco importante	2%	3%
No importante o indiferente	1%	1%

5. Aspectos Económicos

Con relación al salario en zonas subatendidas		
a. Estoy conforme porque es lo establecido	31%	25%
b. No estoy conforme. Debería ser un salario proporcional a la dificultad del trabajo en estas zonas	59%	37%
c. No estoy conforme. Si consigo trabajo con mejor salario en otras zonas mejores me iré	8%	7%
d. No trabajo en esas zonas, porque en un puesto en la ciudad gano lo mismo y puedo tener fuentes de ingreso adicional	2%	11%
e. No trabajo en esas zonas por otras razones	0%	1
f. Sin respuesta	0%	7%
	1%	2%

6. Servicio Social Obligatorio

¿Usted realizó Servicio Social?		
SI	58%	42%
NO	42%	58%
Opinión sobre el Servicio Social		
a. Positiva para la formación profesional	91%	93%
b. Una obligación muy fastidiosa	2%	3%
c. Una pérdida de tiempo en el proceso de formación	3%	2%
d. Una permanente interrupción en la atención de la comunidad	4%	2%

Fuente: Datos de la investigación (ORAS-CONHU, 2023)

Discusión

Los resultados revelan una diversidad de factores que influyen en la decisión de los RHS para trabajar en ZS en la subregión andina. Estos hallazgos se alinean con estudios previos que identifican la complejidad de la retención de RHS en áreas con limitados recursos e infraestructura, pero también destacan aspectos únicos del contexto andino que merecen consideración.

La alta feminización del personal de salud, subraya la necesidad de políticas específicas que aborden las condiciones laborales y de vida para este grupo demográfico. La edad relativamente joven de la fuerza laboral en ZS, donde el 43% tiene entre 20 y 30 años, sugiere que estas zonas están atrayendo a profesionales en las etapas iniciales de sus carreras, lo que podría ser una oportunidad para implementar programas de desarrollo profesional y especialización que fomenten la retención a largo plazo. El origen territorial y el origen de clase no parecen tener una gran importancia a la hora de elegir las ZS como lugar de trabajo; el poder elegir parece tener más importancia. La calidad de vida laboral está directamente relacionada con la satisfacción en el trabajo.

Comparando estos resultados con otros estudios realizados en contextos similares, se observa una tendencia común en la percepción de estabilidad laboral y un ambiente de trabajo favorable como factores críticos para la retención en zonas rurales. Sin embargo, la percepción de inseguridad y la falta de infraestructura adecuada siguen siendo barreras significativas, lo que coincide con estudios de ORAS-CONHU (2015), OPS (2022) y la OMS (2021) que señalan la importancia de mejorar las condiciones de vida y trabajo en estas áreas.

Un hallazgo novedoso de este estudio es la notable influencia de los valores personales y profesionales en la decisión de trabajar en ZS. La valoración de la “responsabilidad” y “honestidad” sugiere una motivación intrínseca que podría ser clave para diseñar incentivos no monetarios.

Además, las diferencias en la percepción de seguridad y la adaptación de centros educativos para hijos de los trabajadores entre ZS y ZNS indican áreas específicas de intervención para mejorar la calidad de vida y el bienestar familiar de los RHS.

Es evidente que la migración interna y externa, así como la falta de incentivos eficaces, siguen siendo desafíos en la gestión del RHS en la subregión andina.

Conclusiones

El estudio ha identificado factores críticos que influyen en la elección y retención de RHS en zonas subatendidas de la subregión andina. La alta feminización y juventud de la fuerza laboral en estas áreas presentan tanto desafíos como oportunidades para las políticas de salud. La percepción de la estabilidad laboral, el ambiente de trabajo y los valores personales son aspectos fundamentales que deben ser considerados en el diseño de estrategias de retención.

Es imperativo que los gobiernos y las instituciones de salud adopten un enfoque multidimensional que incluya mejoras en las condiciones de vida y trabajo, así como incentivos que no se limiten a lo económico.

Los hallazgos proporcionan una base sólida para el desarrollo de políticas de RHS más robustas que no solo mejoren la cobertura sanitaria en zonas subatendidas, sino que también contribuyan al bienestar y la satisfacción profesional de los trabajadores de salud en la subregión andina.

Se recomienda que futuras investigaciones se centren en la evaluación longitudinal de los programas de incentivos, en la exploración de las percepciones de los RHS sobre las intervenciones implementadas, así como en la evaluación de la efectividad de estas políticas y en la adaptación de estas a los contextos socioeconómicos y culturales específicos de cada país.

Financiamiento

Estudio financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), ejecutado y coordinado por el Comité Andino de Recursos Humanos en Salud del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

Nota de los autores

Investigación ejecutada por el ORAS-CONHU y financiada por la OPS. Supervisión y

acompañamiento al grupo de investigación: Hernán Sepúlveda OPS y Yadira Salas ORAS-CONHU. Recolección de datos: Comité Andino de RHS Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia: Silvia Cuentas; Ministerio de Salud de Chile: Claudia Godoy y Olga Correa; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: Katty Baquero; Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Gino Cabezas; Ministerio de Salud del Perú: Leticia Gil y Betsy Moscoso; Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela: Ely Betancourt.

Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial (BM). (2024 julio 31). *Área de Tierra* (kilómetros cuadrados). <https://datos.bancomundial.org/indicador/AG.LND.TOTL.K2?end=2021&locations=BO-CL-CO-EC-PE-VE&skipRedirection=true&start=1961&view=chart>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2022: Tendencias de la población*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48488-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2022-tendencias-la-poblacion>
- Coronado, C. (2021). *Evaluación de la identidad cultural andina de los estudiantes de educación secundaria en una institución educativa de Ayacucho* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Huancavelica. <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/06e5f1c3-491c-4951-9ad8-ea4e9283a4a0/content>
- Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2018). *Política Andina de Recursos Humanos en Salud. Plan Estratégico 2018 - 2022*. Lima: ORAS-CONHU.
- Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2015). *Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso*. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/5_esquemas_incentivos_rhus2015_oras_ops.pdf
- Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2023). *Condiciones bajo las cuales se toman decisiones en la elección de los puestos de trabajo por parte del personal del sector salud, y las posibilidades de elección de su desempeño en zonas subatendidas*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1425592>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas*. Ginebra: OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346648/9789240036482-spa.pdf?sequence=1>
- <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119472>

Organización Panamericana de la Salud (OPS).
(2020). *Lista de verificación para la gestión de los trabajadores de salud en la respuesta a la COVID-19*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53276>

Organización Panamericana de la Salud (OPS).
(2022). *Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida*.
<https://doi.org/10.37774/9789275324721>.

Un año de gestión: SOVESO capítulo Aragua continúa brindando conocimiento en salud ocupacional.

Estela Hernández-Runque¹, Misael Ron², Evelin Escalona³

Desde el año 2022, quedamos conformados como SOVESO Capítulo Aragua, en tal sentido, y ya cumpliendo un año de gestión, se realizó una jornada científica muy especial, en ocasión de celebrar este primer año de servicio a la comunidad de salud ocupacional. En esta celebración, se dieron cita diferentes personalidades del quehacer científico del país, quienes llevaron al público presente conferencias interesantes y de alto impacto en el quehacer de la salud ocupacional e higiene del ambiente laboral, para el deleite de todos los apasionados de esta disciplina en Venezuela.

Asimismo, se contó con la participación de prestigiosas empresas, interesadas por la salud y la seguridad de su talento humano y atentos a la formación y capacitación permanente de sus especialistas, quienes integran los servicios de seguridad y salud en el trabajo.

Para este primer año de gestión, se seleccionaron cuidadosamente temas de salud ocupacional, los cuales tendrán un impacto positivo y representan un aporte para engrandecer el lema **Entornos de Trabajo Seguro y Saludable**.

El público asistente al evento fue en total de ochenta (80) participantes, quienes deseosos de obtener información de la mano de prestigiosos especialistas, no se hicieron esperar y llenaron, en su máxima capacidad, las instalaciones del auditorium de Agronomía de la prestigiosa Universidad Central de Venezuela, sede Aragua.

El Programa del evento estuvo cargado de conferencias interesantes, todas ellas dictadas por especialistas en el área de salud ocupacional, donde destacaron:

Protocolo de aptitud física en el trabajo, dictada por el Dr. Alejandro Labrador Parra.

Ergonomía y confort ambiental, pronunciada por la Dra. Evelin Escalona y la Dra. Aixa González

Norma Técnica 04:2023, articulada por el Dr. Luís Cabrera

Psicología Positiva en la salud de los trabajadores, dictada por la Dra. Lisbeth Soto

Las mujeres en el trabajo, expuesta por la Dra. Cheyla Masín

Formación en Salud Laboral y la Trama Vida Cotidiana, enunciada por la Dra. Ligia Sánchez Tovar.

Este significativo encuentro académico nos brindó una oportunidad invaluable para intercambiar ideas y reflexionar colectivamente sobre los desafíos de la Salud Ocupacional en Venezuela. A través de las diversas conferencias, se subrayó la importancia de crear entornos laborales seguros y saludables que pongan al ser humano en el centro de todas las políticas y prácticas.

La jornada nos dejó reflexiones profundas sobre la necesidad de una asistencia integral a la salud de los trabajadores, que abarque tanto aspectos físicos como psicológicos. Se destacó la importancia de garantizar condiciones ergonómicas adecuadas, aplicar técnicas normativas actualizadas y promover la equidad de género.

La inspiración, la colaboración y el conocimiento compartido en este evento reafirmaron nuestro compromiso con la creación de servicios de seguridad y salud en el trabajo inclusivo, y con la promoción de una salud laboral humanizante que fomente una integración auténtica en el país. Este primer año de gestión ha sido solo el comienzo de un camino hacia entornos de trabajo seguros y saludables, consolidando nuestro eslogan: **SOVESO somos todos**.

¹Licenciada en Enfermería. Doctoranda Salud Pública de la Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. E-mail estelamar01@gmail.com

²Ingeniero Industrial. Doctorando Salud Pública de la Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. Email: ronmisael@gmail.com

³Médica Cirujana. Coordinadora del Doctorado de Salud Pública. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. Email: eescalona5@uc.edu,ve

MEMORIA FOTOGRÁFICA

Imagen 1. Directiva SOVESO Capítulo Aragua



Imagen 2. Directiva SOVESO Capítulo Aragua acompañados por la Directiva Nacional, Capítulo Carabobo y Ponentes



Salud de los Trabajadores

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

Acerca de la Revista

INFORMACIÓN BÁSICA

La Revista Salud de los Trabajadores es editada y publicada semestralmente por el Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral de la Universidad de Carabobo, es una publicación científica arbitrada e indizada, cuyo propósito es promover la divulgación, acceso y uso de la producción científica en las áreas Salud Ocupacional y Ambiental; Medicina y Toxicología Ocupacional; Higiene y Seguridad Ocupacional; Derecho Laboral; Sociología del Trabajo; Salud y Educación Ambiental; Seguridad Social; Ergonomía; Salud, Mujer y Trabajo; Gerencia en Salud Ocupacional; Cultura Preventiva, Salud Mental, Vigilancia Epidemiológica.

COPYRIGHT

La Universidad de Carabobo se reserva el derecho patrimonial de impresión, reprografía, digitalización, publicación electrónica y permisos de la propiedad intelectual publicada en la Revista Salud de los Trabajadores.

Las publicaciones están protegidas por el Protocolo N° 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. No obstante, las entidades editoras, autorizan, para fines didácticos y de investigación la reproducción y traducción de trabajos publicados, siempre y cuando se cite la fuente.

FINANCIAMIENTO

Salud de los Trabajadores como publicación científica "Tipo A" es financiada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

DIRECTORA-EDITORORA

Ligia Sánchez Tovar. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.

COMITÉ EDITOR

- **David Cobos Sanchiz.** Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, España.
- **Evelin Escalona.** Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.
- **Gisela Blanco,** Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Venezuela.
- **Jesús Gabriel Franco Enríquez.** Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México.
- **Jairo Luna.** Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

SECRETARÍA TÉCNICA

Estela Hernández Runque. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.

NORMALIZACIÓN TÉCNICA Y GESTIÓN EDITORIAL

Ma. Mercedes Estrada. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.

DIRECTOR FUNDADOR

Oscar Feo. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.

CONSEJO CONSULTIVO

- **Aismara Borges.** Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.
- **Antonio Granda.** Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba.
- **Bruce Millies.** International Brotherhood of Teamsters. Washington, USA.

- **Carlos Aníbal Rodríguez.** Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- **Carmen Irene Rivero.** Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.
- **Doris Acevedo.** Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.
- **Ernesto García Machín.** Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.
- **Estela Ospina Salinas.** Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- **Leopoldo Yanes.** S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Maracay, Venezuela.
- **Lilian Capone.** Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- **Lya Feldman.** Universidad Simón Bolívar. Distrito Capital, Venezuela.
- **Margarida Barreto.** Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo. Sao Paulo, Brasil.
- **María del Carmen Martínez.** S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon. Maracay, Venezuela.
- **María del Pilar Matud.** Universidad de La Laguna. San Cristobal de La Laguna, España.
- **María José del Pino.** Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.
- **Milady Guevara.** Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.
- **Neil Maizlish.** Instituto de Salud Pública, Oakland. California, Estados Unidos.
- **Orielle Solar.** Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile.
- **Oscar Betancourt.** Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo. Quito, Ecuador.
- **Susana Martínez Alcántara.** Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México.

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

El objetivo de Salud de los Trabajadores es publicar los resultados de investigaciones originales que realizan aportes significativos en Salud Ocupacional. Los artículos metodológicos serán considerados para publicación, siempre que

describan nuevos principios o una mejora significativa a los métodos existentes. El envío de manuscritos requiere que éstos no hayan sido publicados ni estén siendo considerada su publicación en otro órgano divulgativo. Cuando parte del material ha sido presentado en una comunicación preliminar o en un evento científico, esta información debe ser citada como pie de nota en la página del título, y el manuscrito enviado debe ser acompañado de una copia del documento expuesto.

Para todo manuscrito se exige a los autores interesados en publicar, la **declaración de originalidad** de su obra y ceder los derechos de publicación a la Facultad de Ciencias de la Salud sobre sus artículos y en consecuencia, ningún trabajo escrito será considerado para su publicación, hasta tanto no se haya consignado ante el cuerpo editor, el **formato de declaración de originalidad y cesión de derechos de publicación** debidamente firmada por el autor o autores.

La Revista publica Artículos Originales, Revisiones, Notas Científicas, Notas y Reflexiones, Cartas al Editor y Noticias de interés. El Comité Editor podrá rechazar, sugerir cambios o llegado el caso, realizar modificaciones a los manuscritos recibidos; siempre y cuando éstos no alteren el contenido científico. De igual forma, este Comité se reserva el derecho de publicación de los escritos que se reciben en cualquiera de las secciones que la Revista posee. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las instrucciones para los colaboradores. Su incumplimiento es considerado para la aceptación del manuscrito.

EDITORIAL

Trabajos escritos por encargo del Comité Editor, o bien redactados por algunos de sus integrantes o colaboradores sobre un tópico o aspecto particular de las áreas temáticas de la Revista. No debe ser superior 04 folios (a doble espacio).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Informes o trabajos que comunican por primera vez (inédito) los resultados de una investigación científica, sea de carácter teórico, técnico, empírico o metodológico.

Texto: su extensión no deberá exceder de 25 folios tamaño carta, a doble espacio.

Tablas: un máximo de 6 tablas y 8 figuras.

Referencias Bibliográficas: se recomienda no superar las 40 citas. Los documentos referidos deben ser actualizados con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

Los criterios que se aplicarán para valorar la aceptación de los artículos serán el rigor científico metodológico, novedad, trascendencia del trabajo, concisión expositiva, así como la calidad literaria del texto.

REVISIONES

Escritos que tratan de una actualización bibliográfica (estado del arte) en torno a un problema o tema en particular de interés general de la Revista, tienen como objeto resumir, analizar, evaluar o sintetizar información ya publicada. No debe superar las 20 páginas a doble espacio. Se admite un máximo de 4 tablas y/o figuras y 30 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

NOTAS CIENTÍFICAS

Comunicaciones sobre hallazgos y/o resultados preliminares, aplicación de técnicas y/o metodologías novedosas, relevantes y de interés al área. Puede referirse a sistema de registro, medición, procesamiento de datos cuantitativos o información cualitativa. No debe superar los 15 folios a doble espacio y 15 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo

sumo, no mayor a cinco años.

NOTAS Y REFLEXIONES

Escritos que expresan una opinión en torno a temas de interés o problemas de actualidad en el área. No debe exceder de 12 páginas, un máximo de 4 tablas o figuras y 10 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años. Debe contener título y resumen en español y en inglés, palabras clave y referencias bibliográficas.

CARTAS AL EDITOR

Comunicaciones que expresan los puntos de vista de los lectores respecto a artículos, denuncias y opiniones encontradas.

Su estructura estará conformada por: resumen (100 palabras), no más de seis palabras claves, título, un texto que no exceda de 5 páginas (excluyendo las referencias). Los comunicados no deben dividirse en secciones (introducción, métodos, resultados).

NOTICIAS

Resaltan informaciones de interés para nuestros lectores: actividades, eventos científicos, innovaciones, reuniones, reconocimientos, reseñas de libros, información bibliográfica.

SISTEMA DE ARBITRAJE

Una vez que el Comité Editor lleva a cabo la revisión previa de las propuestas, dichos trabajos serán sometidos al proceso de arbitraje por especialistas en el área o temática, los cuales se regirán por la planilla de evaluación diseñada para ello. No se devolverán los originales y cada propuesta será revisada por un número impar (3) de árbitros, siguiendo el sistema **doble ciego**.

- Aspectos a ser considerados por los árbitros en el

proceso de evaluación de las propuestas: pertinencia del trabajo respecto a la línea editorial o especialidad de la Revista; adecuación del título; resumen y palabras clave; desarrollo coherente del contenido; organización de secciones; objetividad del enfoque; dominio del tema; aportes al conocimiento del objeto; calidad en el tratamiento de las fuentes bibliográficas y actualización de las mismas, presentación de conclusiones, recomendaciones e ilustraciones: tablas, figuras, y por último, una apreciación general. Las escalas de medición empleada para este proceso serán: Publicar, Publicar con Modificaciones y No Publicar y el árbitro deberá sustentar sus opiniones en cada aspecto de la planilla.

- El Comité Editor verificará si la propuesta cumple con las pautas establecidas por la Revista, así como emitirá observaciones respecto a redacción y el estilo en un lapso promedio de quince (15) días y se reserva el derecho de aceptar, rechazar, solicitar modificaciones y hacer las correcciones que se estimen necesarias para ajustar el manuscrito al estilo de la Revista.
- Con base a los resultados del arbitraje el Comité Editor tomará la decisión de:
 - Aceptación inmediata para publicar sin cambios.
 - Aceptación con ligeras modificaciones, en el entendido que el trabajo deberá ser ajustado de acuerdo a las observaciones hechas por los árbitros.
 - Aceptación con modificaciones sustanciales en las cuales los autores tendrán un plazo de un (01) mes para llevar a cabo las correcciones sugeridas por los árbitros. En caso contrario el escrito será sometido a nueva revisión.
 - La propuesta es rechazada sin opción de reenviar una nueva versión.

Después del arbitraje, los manuscritos serán

sometidos a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, su condensación y la supresión o adición de tablas, figuras, ilustraciones y anexos, que aseguren la calidad de la publicación. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación y para que responda alguna pregunta adicional que le haga el Editor.

El Comité Editor no se hace responsable de los conceptos u opiniones expresados en los trabajos publicados y se reserva el derecho de no publicar un manuscrito si su(s) autor(es) no responde(n) a satisfacción las preguntas planteadas.

La revisión de los manuscritos se hará respetando el derecho de los autores a la confidencialidad en cuanto a la información, resultados y esfuerzo creativo. Así mismo, se respetará el derecho a la confidencialidad de los árbitros y editores.

ASPECTOS ÉTICOS

Los trabajos de investigación deben adherirse a los acuerdos internacionales consistentes con la Declaración de Helsinki (1964) y sus posteriores revisiones, para la investigación con organismos vivos y el ambiente.

Por tanto, cuando sea necesario, se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en el estudio revisado y avalado por un Comité de Bioética.

La Revista se compromete a mantener los más altos estándares éticos en su publicación y toma medidas contra cualquier negligencia profesional que se lleve a cabo. El plagio está estrictamente prohibido y nuestros colaboradores dan fe de que sus trabajos no han sido copiados o plagiados de otras obras, en parte o en su totalidad.

Todo trabajo para ser publicado cuenta con la exigencia a sus autores enviar carta de declaración ética.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los artículos incluirán en la página del título de la Revista, las notas sobre los apoyos recibidos (financieros, equipos, personal de trabajo, entre otros) de personas e instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales e institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados o la interpretación de los mismos.

El Comité Editor estará atento a los posibles conflictos de interés que puedan afectar la capacidad de los pares o árbitros o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

CONSIDERACIONES FINALES

Salud de los Trabajadores, dentro de su Política Editorial, prevé presentar en cada número, las actualizaciones e informaciones en relación a las Normas de Publicaciones, Instrucciones a los Autores y la Carta de Intención, para los interesados en publicar en la Revista.

En el Número 2 de cada volumen, publicará, el Índice Acumulado de Artículos y Autor, así como también se dará a conocer públicamente el listado de árbitros, que participaron en la evaluación de los artículos de ese Volumen en particular.

En caso de error u omisión, en un artículo publicado en la Revista, se publicará una Fe de Errata, en el Número inmediato siguiente, aclarando y corrigiendo dicha situación.

Universidad de Carabobo es [signataria de la Declaración de Berlín sobre acceso abierto](#), por lo cual Revista no cobra ningún tipo de cargo a los autores por procesamiento y publicación de artículos.

Sus contenidos están protegidos bajo la **licencia Creative Commons Reconocimiento Internacional -No Comercial -Compartir**

Igual (CC BY-NC-SA), para copiar, distribuir y comunicar públicamente por terceras personas bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento (Attribution): El material creado por un autor puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceras personas si se reconoce la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante.

NO Comercial (Non-commercial): No Puede utilizarse esta obra para fines comerciales.

Obra Derivada (Share-alike): Está permitido que se altere, transforme o genere una obra derivada a partir de esta obra, siempre deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que la creación original.

* Al reutilizar o distribuir la obra, debe dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

* Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

Salud de los Trabajadores

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

Guía para los Autores

Forma, Preparación y Envío de Manuscritos

Salud de los Trabajadores es una publicación semestral de la Universidad de Carabobo y ofrece sus publicaciones a texto completo de forma gratuita en el portal de la revista.

El escrito debe ser enviado vía email a st.revista@gmail.com, con una comunicación anexa, dirigida al(la) Director(a) de la Revista, donde se especifique: a) Nombres y Apellidos de los autores, b) Dirección completa, c) Código Postal, d) Institución a la cual están adscritos, teléfonos, correo electrónico e identificador único ORCID; e) Área temática principal del trabajo, aportes y relevancia, f) Declaración de originalidad del manuscrito, g) Síntesis curricular de los autores (no debe exceder de una (01) cuartilla).

Debe especificar el autor de contacto, quien será el responsable de aportar al Comité Editor la información adicional que se le solicite, de revisar, llevar a cabo las correcciones o sugerencias por los árbitros y aprobar la versión final del documento.

i. Texto

En la preparación del manuscrito la redacción debe ser en forma impersonal. Usar un procesador de texto Microsoft Word (o compatible), con fuente Times New Roman de 12 puntos, en tamaño carta, con márgenes de 3 cm., y con interlineado a doble espacio en todo su contenido (página inicial, resumen, texto y referencias). Sangría en todos los párrafos. El formato del archivo digital que contiene el texto del trabajo deberá ser en formato Word (.doc o .docx). Las páginas deberán tener una numeración consecutiva en su ángulo superior. El uso de palabras en otro idioma debe colocarse en letra cursiva.

Preliminares

1. Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras. Salud de los Trabajadores usa el estilo de títulos descriptivos (reseña el contenido de la investigación sin ofrecer resultados). Al momento de su elaboración evitar el uso de siglas, abreviaturas o frases poco informativas como: aspectos de, comentarios sobre, estudio de, entre otras.
2. Nombre del autor(es), adscripción y emails.
3. Fuentes de financiamiento en caso de que aplique.
4. Resumen y Abstract.

Resumen estructurado en español e inglés

Cada artículo y revisión deberán estar precedidos por un resumen informativo con un máximo de 250 palabras: **Introducción** (la razón del estudio), **Objetivo, Materiales y métodos** (que reflejen cómo se efectuó el estudio), **Resultados** (hallazgos principales) y **Conclusiones** (la interpretación contrastada de los resultados). Se redacta en tiempo pasado y no pueden usarse pie de páginas ni abreviaturas.

Palabras clave

A cada uno de los resúmenes en los artículos y revisión seguirán palabras clave representativas del contenido del artículo o términos de indización (no menos de tres ni más de seis). Evitar palabras que estén contenidas en el título.

Para la asignación de estos términos usar vocabularios controlados especializados, las cuales

pueden ser consultadas en las siguientes direcciones electrónicas:

Descriptores en Ciencias de la Salud (Español):

Descriptores en Ciencias de la Salud de BIREME: <https://decs.bvsalud.org/es/>

Medical Subject (Inglés):

Vocabulario controlado de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos: <https://meshb.nlm.nih.gov/>

Cuerpo del trabajo

Contemplará las siguientes secciones: **Introducción, Materiales y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.** Los artículos en extenso pueden necesitar subtítulos dentro de algunas secciones a fin de hacer más claro su contenido.

Introducción

Indique el propósito del artículo y resuma el fundamento lógico del estudio. Se debe describir los antecedentes del estudio, es decir la naturaleza del problema y su importancia. Enuncie la finalidad o el objetivo de la investigación específico del estudio u observaciones. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, no incluir datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer. Su redacción debe ser precisa y coherente.

Materiales y métodos

Señalar el enfoque epistemológico de la investigación, el tipo de estudio, población, características de la muestra o en el caso de estudios cualitativos, los métodos o pruebas utilizadas, metodología e instrumentos de recolección de la información.

Se redacta en tiempo pasado, detallando qué se

hizo, cuándo, cómo y para qué a fin de que la investigación sea susceptible de repetirse. En los informes sobre los ensayos clínicos aleatorios, se facilitará información sobre los principales elementos del estudio, entre ellos el protocolo (población de estudio, intervenciones o exposiciones, resultados y justificación del análisis estadístico), la asignación de intervenciones (métodos para distribuir aleatoriamente, carácter ciego de la asignación a los grupos de tratamiento) y, el método de enmascaramiento. Los autores que remitan artículos de revisión incluirán una sección en la que describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos.

Consideraciones bioéticas

Cuando se hagan estudios en seres humanos, señale si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas del Comité de Bioética (nacional, regional o institucional), que supervisa la experimentación en seres humanos, en concordancia con la Declaración de Helsinki adoptada en 1964 (última enmienda en el año 2008). Específicamente en relación a estudios con humanos se exigirá una carta de consentimiento informado.

Estadísticas

Describa los métodos estadísticos con detalles suficientes. Siempre que sea posible, cuantifique los resultados y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (por ej., intervalos de confianza). Analice la elegibilidad de los sujetos a estudiar. Proporcione los detalles del proceso de aleatorización. Mencione las pérdidas de sujetos de observación (por ej., las personas que abandonan un estudio clínico). Especifique cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

Resultados

Deben presentarse de forma clara y concisa,

siguiendo una secuencia lógica. Las tablas y figuras deben usarse para ilustrar lo expuesto. No repetir en el texto los datos contenidos en las tablas o figuras.

Al resumir los datos en la sección de resultados, facilite los resultados numéricos no solo como derivados (por ej., porcentajes), sino también como los números absolutos a partir de los cuales se calcularon los derivados y especifique los métodos estadísticos mediante los cuales se analizaron. Limite las tablas y las figuras al número necesario, para explicar el argumento del artículo y evaluar los datos en que se apoya.

Discusión

Consiste en la interpretación de los resultados y relacionarlos con el conocimiento existente, haciendo hincapié en los hallazgos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. La información dada en otras partes del texto puede ser citada pero no repetida en detalle en la discusión.

En esta sección se explican los resultados y se comparan con datos obtenidos por otros investigadores. Puede incluir recomendaciones y sugerencias para investigaciones futuras. Si la discusión es extensa se debe finalizar enumerando los hallazgos más relevantes.

Conclusiones

Las conclusiones deben estar fundamentadas de acuerdo a los objetivos del estudio, evitando afirmaciones poco fundamentadas y avaladas insuficientemente por los datos.

Absténgase de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos. En particular, los autores evitarán hacer aseveraciones sobre los beneficios y los costos económicos, a menos que su manuscrito incluya datos y análisis económicos adecuados. No mencione trabajos no concluidos. Proponga nuevas

hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales.

ii. Tablas y figuras

Todas las tablas y figuras deben citarse en el texto en orden numérico (arábiga) e indicarse su posición en el cuerpo del trabajo. En el pie de cada una de ellas debe llevar Fuente con su respectivo año. Cada columna llevará un encabezamiento corto o abreviado. Las explicaciones irán como notas al pie y no en el encabezamiento. En las notas al pie se explicarán todas las abreviaturas no usuales empleadas en cada tabla, así como las pruebas estadísticas utilizadas. No presentar las tablas en forma de impresiones fotográficas. Las figuras, gráficos, fotos y otras ilustraciones deben ser imágenes vectoriales a color en alta resolución y seguirse las normas de bioética para la presentación de seres humanos, deberán identificarse como figuras y presentarse en formato JPG o PNG. Sus contenidos pueden tener un tamaño de letra sin serifa (Calibri, Arial, Lucida Sans Unicode) que puede ir desde los 8 hasta los 14 puntos. **Nota:** Solo se aceptarán hasta un máximo de seis (6) entre tablas y figuras por artículo.

iii. Las leyendas o pie de figuras o tablas

Las leyendas posibilitan que las figuras o tablas sean comprendidas sin necesidad de hacer referencia al texto. Los símbolos, flechas, números o letras utilizados para resaltar parte de una ilustración, deberán especificarse y explicarse inequívocamente en la leyenda. En aquellos casos donde la figura ha sido publicada, se citará la fuente original y se remitirá la autorización por escrito del titular de los derechos de autor para su uso o reproducción.

iv. Autoría

Las personas designadas como autores habrán de cumplir con ciertos requisitos para tener derecho a la autoría. Cada autor debe haber

participado en el trabajo en grado suficiente para asumir responsabilidad pública por su contenido en cuanto a la concepción y el diseño, el análisis y la interpretación de los datos, redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual.

Cada vez es más común que los “**Ensayos Multicéntricos**”, se atribuyan a un autor corporativo. Todos los miembros del grupo que sean designados como autores, deberán cumplir con los requisitos de autoría descritos anteriormente. Los miembros del grupo que no cumplan con dichos criterios pueden mencionarse, con su autorización, en la sección de agradecimientos. El orden en que figuran los autores debe reflejar una decisión conjunta de éstos.

El Comité Editorial de la revista, podrá, cuando lo considere necesario, solicitar a los autores que describan la contribución de cada uno de ellos en la investigación; esta información puede ser publicada.

Normalización de la identificación de los autores

Nombre personal

[Grupo, Laboratorio, Unidad, Centro e Instituto (**si procede**)], [Departamento, Dirección, Hospital Universitario (**obligatorio si procede**)], [Facultad (**recomendable**)], [Universidad, Institución de adscripción (**obligatorio**)], [Dirección postal (**si procede**)], [ciudad, y país (**obligatorio**)], [identificador único ORCID (**con perfil publico obligatorio**)], [Correo electrónico (**institucional recomendable**)]

v. Notas a pie de página

Se utilizarán excepcionalmente y sólo para contener texto adicional y nunca para referencias bibliográficas.

vi. Abreviaturas y símbolos

Sólo se emplearán abreviaturas normalizadas y deberá evitarse su inclusión en el título y en el resumen. Cuando se mencione por primera vez, ésta irá precedida del término completo al que corresponde, salvo si se trata de una unidad de medida común.

vii. Unidades de Medida

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se expresarán en unidades del sistema métrico. La temperatura se reflejará en grados Celsius; la presión arterial se indicará en milímetros de mercurio y todos los valores hematológicos y de química clínica se expresarán en unidades del sistema métrico decimal, de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades.

viii. Agradecimientos

Se detallarán al final del trabajo indicando los nombres y filiación institucional de aquellos a los que se agradece, así como el tipo de colaboración prestada. La información respecto al apoyo financiero o becas para la investigación se reconocen al pie de la primera página.

viii. Conflictos de intereses

Los autores tienen el deber de identificar los conflictos de intereses que pudiesen imprimir un sesgo en su trabajo. Deben reconocer en el manuscrito, todo el apoyo económico que hayan recibido para efectuar el trabajo y otros vínculos financieros o personales que atañan a este. De igual manera los árbitros, deberían revelar al Comité Editorial, cualquier conflicto de intereses capaz de sesgar sus opiniones del manuscrito, y ellos mismos deberían declinar la invitación a revisar determinados artículos si creen que ello es lo correcto. Queda prohibido que los árbitros, miembros del Comité Editorial o cualquier otra persona que participe en las correcciones de redacción, utilicen para provecho propio la

información a la que tengan acceso al trabajar con los manuscritos.

ix. Anexos

El material complementario pero esencial de un trabajo se recogerá en anexos. Estos se colocarán al final del texto, después de las referencias bibliográficas. Deberán identificarse con letras o números y un título.

x. Citas

Generalmente a textos que apoyan una afirmación o aclaran una hipótesis de trabajo.

Salud de los Trabajadores **asume** el [estilo de la American Psychological Association \(APA\)](#) en su **7ma edición** para las citas en el estilo parentético (Autor, Fecha).

- **Citas directas (textuales).** Proporcionar Apellido del autor/a, año de la publicación y número de la página donde se extrajo la información. Su formato varía según el énfasis de la cita.

Estos datos son válidos tanto para las citas cortas como para las citas narrativas o en bloque. Al momento de asignar la(s) página(s) de la cita tenga en cuenta las siguientes indicaciones:

Paginación	Abreviatura	Ejemplo
1 sola página	p.x	(p.32, p.S42).
Varias páginas	pp. y separe el rango de páginas con un guión.	(pp. 82-84)
Páginas discontinuas	pags. y use comas entre los números de páginas.	(p.67,69).
Sin paginación (Proporcionar otros datos para que el lector localice la cita).	Título o nombre de sección	(Natera y Fernández, 2020, sección de Salud Mental)
	Número de párrafo (contar manualmente). Usar la abreviatura párr.	(Pérez, 2021, párr. 2).
	Combinación de títulos o sección con número de párrafo.	(Ramírez y Ochoa, 2022, Cómo mejorar tu salud mental, párr. 5).

- **Citas cortas (menos de 40 palabras).** Agregue comillas al inicio y final de la cita, incorpore en el texto y coloque punto al final de la oración. No requiere ningún formato adicional.

“Los accidentes de trabajo son un problema para muchas empresas y su origen principalmente se debe a los actos y condiciones inseguras” (Zamorano, Parra, Peña y Castillo, 2008, p. 50).

- **Citas narrativas.** Incluya al autor en la narración, implica el uso de frases de citación, el año, la página o datos para la localización de la cita van entre paréntesis).

Mago plantea que “la actividad laboral puede convertirse paulatinamente, en un posible generador de daños a la salud” (2003, p. 133). Mago (2003) plantea que “la actividad laboral puede convertirse paulatinamente, en un

posible generador de daños a la salud” (p. 133).

- **Citas largas (en bloque).** Las citas que poseen más de 40 palabras se escriben aparte del texto, indentadas (sangría del lado izquierdo en 1.27 cm) y sin comillas. **Van a doble espacio sin agregar espacio antes o después de la cita.** Si hay párrafos adicionales dentro de la cita, se coloca sangría a la primera línea de cada párrafo subsecuente. paréntesis). Pueden ser parentéticas o entre paréntesis (apellido, año y página o localización) al final o narrativas. A continuación ejemplo de ambos casos.

Los investigadores han estudiado cómo las personas hablan consigo mismas:

El discurso interno es un fenómeno paradójico. Es una experiencia que es fundamental para la

vida cotidiana de muchas personas y, sin embargo, presenta desafíos considerables para cualquier esfuerzo por estudiarla científicamente. Sin embargo, una amplia gama de metodologías y enfoques se han combinado para arrojar luz sobre la experiencia subjetiva del habla interna y sus fundamentos cognitivos y neuronales. (Alderson-Day y Fernyhough, 2015, p. 957)

Flores y col. (2018) describieron cómo abordaron el sesgo potencial de los investigadores al trabajar con una comunidad interseccional de personas transgénero de color:

Todos en el equipo de investigación pertenecían a un grupo estigmatizado, pero también tenían identidades privilegiadas. A lo largo del proceso de investigación, asistimos a las formas en que nuestras identidades privilegiadas y oprimidas pueden haber influido en el proceso de investigación, los hallazgos y la presentación de resultados. (pág. 311)

- Cuando se omite parte del texto en la cita el texto omitido se reemplaza con puntos suspensivos (...)
- Cuando se agrega algo a la cita que no corresponde a lo citado por el autor, debe colocarse entre corchetes.

- **Paráfrasis.** Se usan las ideas de otros autores, pero en palabras propias del escritor, lo cual implica una reelaboración de la información más allá del uso de sinónimos. Igual requiere que se incluya apellido de los autores y año de la obra.

Pueden ser también parentéticas o narrativas. **Aunque no es obligatorio proporcionar un número de página o párrafo en la cita se recomienda para ayudar a los lectores a ubicar el pasaje relevante.**

- **Citas de Obras Audiovisuales.** En caso de citar un audiolibro, video de youtube, programa de televisión o cualquier material audiovisual, incorpore una marca de tiempo para el comienzo de la cita en lugar del número de página.

Las personas hacen "inferencias y juicios radicales a partir del lenguaje corporal" (Cuddy, 2012, 2:12).

Autores y sus Obras

El sistema autor fecha varía dependiendo del número de autores, según la 7ma edición de las normas APA. La siguiente tabla ofrece un resumen del tratamiento en cada caso.

Tipo de Autor	Cita Parentética	Cita Narrativa
Un autor	(Escalona, 2021)	Escalona (2021) refiere que
Dos autores	(Sánchez Tovar y Martínez, 2020)	Sánchez Tovar y Martínez (2020) plantean
Tres o más autores	(Sánchez Tovar et al., 2018)	Sánchez Tovar et al. (2018)
Autor corporativo con abreviación	(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020)	Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020)
Primera cita (definir abreviación)	(OMS, 2020)	OMS (2020)
Siguientes citas		
Autor Corporativo sin Siglas	(Pontificia Universidad Javeriana, 2022)	Pontificia Universidad Javeriana (2022)

- Los autores se pueden mencionar por el primer apellido o por los dos, así como también se debe incorporar el guión que separa a los apellidos siempre y cuando en la fuente original estén así reflejados. Ejemplo: Sánchez-Tovar, 2021.
- La 7ma edición rescata la versión en español, por lo tanto, cuando se cita una obra de 2 autores los apellidos se separan con y tanto en las citas parentéticas como en las narrativas. Ejemplo: (Sánchez Tovar y Martínez, 2020) o Sánchez Tovar y Martínez (2020).
- Cita de obras con tres o más autores. Desde la primera cita se coloca Apellido del primer autor y la frase et al. Ejemplo: Sánchez Tovar et al (2021) refieren que el ocio y el tiempo libre xxxxx
- En el caso de citar tres o más autores de diferentes fuentes con el mismo año, se debe citar hasta el apellido en que se diferencien las fuentes para evitar ambigüedad. Ejemplo:

Apellidos Completos de las Fuentes:	Citas sin ambigüedad
Sánchez Tovar, Martínez, Borges y Escalona, 2016.	Sánchez Tovar, Martínez, Borges et al, 2016
Sánchez Tovar, Martínez, Castillo, Borges, Escalona y Castillo, 2016.	Sánchez Tovar, Martínez, Castillo et al, 2016

- Citas de dos o más trabajos en el mismo paréntesis. Para incluir varias obras de autores dentro de un paréntesis, primero se deben ordenar los apellidos alfabéticamente de acuerdo al orden de aparición en la lista de referencia y separar una fuente de otra con punto y coma (;). Ejemplo:
El cyber bullying es una nueva forma de acoso escolar (Cardozo, 2020; Chocarro y Garaigordobil, 2019; Gastesiy Salceda, 2019).
- Si existen varios trabajos de un mismo autor con igual fecha de publicación, se agregan letras al año (a,b,c) en el orden de aparición de las obras en el texto. Ejemplo:
Martínez (2018a) expone que...
Este planteamiento coincide con Martínez (2018b)...
- Para citar obras de un mismo autor, pero con diferentes fechas de publicación indique el apellido del autor y entre paréntesis los años de cada obra separados por punto y coma (;) en orden cronológico. Ejemplo:
(Sánchez Tovar, 2017; 2019; 2021) - Parentética
Sánchez Tovar (2017, 2019, 2021) - Narrativa
- Autores con apellidos iguales: Se deberá incluir la Inicial del nombre aun cuando la fecha de publicación sea diferente.
Smith, P. (2005) y Smith, A. (2007) desarrollaron...(p. x).
- Autores con apellidos e iniciales iguales del nombre: Se deberán incluir los nombres completos.
Smith, Peter (2007) y Smith, Paula (2008) plantean la necesidad de.... (p. x).
- Sin autor o anónimos: Cuando la fuente no tiene autor se citan las primeras palabras del título de la obra y el año de publicación, Si el texto es de un artículo, capítulo de libro o página web, se escriben las palabras del título entre comillas. Ejemplo:
Se evidencia que ha aumentado la obesidad (“Informe Anual”, 2020).
Si la obra está firmada Anónimo, se utiliza este término como autor. (Anónimo, 2020).
- Citas de publicaciones sin fechas. Si el material citado no indica el año o fecha de publicación, debe incorporar la abreviatura s.f. sin espacio

entre las letras. Ejemplo:

El conocimiento concreto de la tarea garantiza una buena solución. (Pulido, s.f.)

Pulido (s.f.) afirma que el conocimiento concreto de la tarea garantiza una buena solución.

- Autor Institucional o Corporativo: Cuando el autor de la obra es una institución, la primera vez que se menciona se debe escribir el nombre completo, seguido de las siglas y las veces subsiguientes indicar sólo la sigla.

• Citas de citas o citas indirectas

No deben omitirse. Se menciona la obra original y se indican los datos de la fuente consultada (fuente secundaria).

En la lista de referencia se reseñará la fuente secundaria. Evite usar lo menos posible este tipo de citas, mientras se pueda acceder a la fuente original.

En un estudio de Seindenberg (citado por Atkins & Haller, 1993) se encontró que... continua la cita.

Al elaborar las referencias bibliográficas se debe indicar los datos de la obra de Atkins & Haller no a Seindenberg.

• Citas de participantes de la investigación.

Las citas de los participantes que entrevistó como parte de su investigación se tratan de manera diferente a las citas de trabajos publicados. No se incluyen en las listas de referencias ni se tratan como comunicaciones personales; pero se indica en el texto que las citas son de los participantes. Ejemplo:

En las discusiones de grupos focales, los participantes describieron sus experiencias posteriores al retiro, incluidas las emociones asociadas con dejar el trabajo y sus implicaciones afectivas y prácticas. "Rafael" (piloto jubilado de 64 años)

mencionó varias dificultades asociadas con la jubilación, incluida la sensación de que estaba "en un vacío sin propósito. . . llevó varios meses desarrollar nuevos intereses que lo motivaran [a él] cada día". Varios otros participantes estuvieron de acuerdo, describiendo la entrada a la jubilación como "confusa", "solitaria", "sin propósito" y "aburrida". En contraste, otros describieron la sensación de jubilación de "equilibrio" y "relajación" trajo a sus vidas.

Consideraciones éticas al citar participantes de investigación.

- Obtener y respetar el consentimiento informado de los participantes.
- Cumplir a cabalidad con los acuerdos éticos sobre confidencialidad y/o anonimato entre usted y los participantes (consentimiento informado).
- Asignar seudónimos a los participantes o presentar información agregada.

Estos acuerdos de confidencialidad o anonimato generalmente se extienden a otras fuentes donde se explica la metodología o en estudios de casos. Se recomienda no referirse al sitio de la investigación en específico (universidad, clínica, consultorio) sino indicar, por ejemplo, "una universidad pública en Venezuela".

ix. Referencias Bibliográficas

Al final del trabajo se colocarán las referencias relativas a las citas del texto principal. Sólo deben incluirse referencias a documentos que contengan información relevante de los que el autor tenga conocimiento directo y que hayan sido discutidos o citados en el texto. Las referencias son necesarias para la atribución correcta de los créditos de autoría, la localización y confirmación en el caso de que el lector quiera acudir a las fuentes que sustentaron el trabajo. (Centro de Escritura Javeriano, 2020, p. 22).

- Ordene las entradas de la lista de referencia en estricto orden alfabético por el primer apellido

del autor e iniciales de los nombres.

- Aplique una sangría de 0.5 pulgadas (1,27 cm) al momento de incluir cada obra citada en la lista de referencia.
- Al momento de ordenar cada entrada alfabéticamente no tome en cuenta espacios, apóstrofes, guiones en los apellidos de dos palabras.

Para efectos de potenciar la calidad de su escrito, es muy importante que incorpore Referencias de reciente data, a lo sumo no más de cinco años. Este aspecto es considerado en la evaluación del trabajo. La 7ma edición contempla directrices para cada elemento (autor, fecha, título, fuente), formato y el orden en la lista de Referencias.

Elementos de una referencia:

- 1. autor:** ¿Quién es el responsable de esta obra?
- 2. Fecha:** ¿Cuándo se publicó esta obra?
- 3. Título:** ¿Cómo se llama esta obra?
- 4. Fuente:** ¿Dónde puedo recuperar esta obra?

Estos elementos valen tanto para las fuentes impresas como a las versiones en línea. La fuente incluye información sobre la procedencia de la

obra como título de una revista, editorial, el DOI o la URL del sitio.

Puntuación dentro de la lista de referencia:

- Usar sangría francesa a partir de la segunda línea de la referencia.
- Colocar un punto después de cada elemento de referencia, es decir, después del autor, la fecha, el título y la fuente. Con excepción del DOI o URL porque puede interferir con la funcionalidad del enlace.
- Use coma entre las partes de un mismo elemento de la referencia. Por ejemplo, entre el Apellido e inicial del nombre de cada autor; entre los nombres de diferentes autores, entre el título de la revista y el volumen, entre el número de la revista y el número de páginas.

1. Autor

Referido al responsable de la obra: autor, editor, director de una película, entre otros. Puede ser un individuo, un grupo: institución, organización, ente gubernamental o una combinación de personas y grupos. El número de autor incide también en el formato de las referencias:

Autor	Referencia
Un autor	Apellido del autor, Inicial del nombre. Ejemplo: Sánchez Tovar, L.
Dos a Veinte autores	Se mencionan todos los apellidos e iniciales de los nombres. El último se une con “y” en español o el símbolo “&” para obras en inglés u otros idiomas. Ejemplo: Sánchez Tovar, L., González, J., Escalona, E., y Martínez, M.
Más de veinte autores	Se incluyen los primeros 19 autores y se omiten los siguientes (con el uso de tres puntos) hasta llegar al último autor.
Sin autor	Cuando no se especifique el autor o editor, coloque el título del documento y el resto de los datos.

- Utilice un espacio entre las iniciales.
 - Cuando los nombres de pila se escriben con guion, conserve el guion e incluya un punto después de cada inicial pero sin espacio. Ejemplo, Xu, A.-J., para Ai-Jun Xu).
 - Cuando el segundo elemento de un nombre con guion esté en minúsculas, trátelo como un nombre único. Ejemplo; (Raboso, L., para Lee-ann Raboso).
 - Use comas para separar las iniciales y los sufijos como Jr. y III: Autor, A. A., Jr., y Autor, B. B. III.
 - Si se conoce el nombre de usuario y el nombre real de un autor, de medios sociales, proporcione el nombre real del individuo (en formato invertido) o del grupo, seguido del nombre de usuario entre corchetes. Este enfoque permite agrupar la referencia con cualquier otro trabajo de ese autor en la lista de referencias y ayudará a los lectores a identificar y recuperar el trabajo citado.
 - Cuando el símbolo @ forma parte de un nombre de usuario, incluya ese símbolo con el nombre de usuario entre corchetes.
 - Las obras de un mismo autor se ordenan cronológicamente.
 - Roles especializados. Utilice la abreviatura "(Ed.)" para un editor y "(Eds.)" para varios editores. En el caso de múltiples editores, incluya el rol una vez. Ejemplo: Schulz, O. P. (Ed.).
 - Wong, C.T., y Music, K. (Eds.).
- 2. Fecha.** Se refiere a la fecha de publicación y puede adoptar una de las siguientes formas:
- Año. Coloque el año entre paréntesis, seguido de un punto. Ejemplo: (2021).
 - Año, mes y día (es decir, una fecha exacta) coloque año, seguido de coma, día entre paréntesis. Ejemplo: (2022, Marzo, 16).
 - Año y mes o estación. (2021, Agosto). (2021, Primavera/Verano).
 - En caso de no conocer la fecha de la obra, sustituir por (s.f.) que significa sin fecha.
- Si un trabajo ha sido aceptado para su publicación pero aún no ha sido publicado, utilice el término "en prensa" en lugar de un año. No indique una fecha en la referencia hasta que el trabajo haya sido publicado
 - Si se trata de un preprints (publicación anticipada) en línea, use el año del preprints en la referencia.
 - Si el trabajo incluye la fecha del preprints y la de la publicación final, incluya la fecha de publicación final en la referencia.
 - Fecha de recuperación para aquellas fuentes en línea que están destinada a cambiar (entrada del diccionario, perfil de X (Twitter) o Facebook, mapa generado por Google Map o en trabajo de un sitio web que se actualiza frecuentemente) proporcione una fecha de recuperación para indicar al lector que la versión del trabajo que recuperan puede ser distinta a la versión usada. La fecha de recuperación, cuando es necesaria, aparece antes del URL.
- 3. Título.** Se dividen en dos categorías.
- *Obras independientes* (libros completos, informes, literatura gris, disertaciones y tesis, obras publicadas de manera informal, conjunto de datos, videos, películas, series de televisión, podcasts, redes sociales y obras en sitio web). En este caso, el título irá en cursiva, con la primera letra en mayúscula. Ejemplo: *Sala Situacional*.
 - Para referencias de libros e informes, agregar después del título cualquier información adicional de la obra para su identificación y recuperación entre paréntesis (edición, número de informe, número de volumen). Ejemplo: *Enfermería: Un enfoque de aprendizaje basado en conceptos (2ª ed., Vol. 1)*.
 - Si un volumen numerado tiene su propio título, el número del volumen y el título
 - *Obras que forman parte de un conjunto mayor* (artículos de revistas, capítulos de libros), título de la revista o el título del libro aparece

en el elemento fuente (va en cursiva).

- *Obras sin título*. Incluya una descripción de la publicación entre corchetes.
- Cuando sea posible, especifique el medio en la descripción [Mapa que muestra la densidad de población de los Estados Unidos de América a partir del año 2010].
- En el caso de publicaciones en medios sociales sin título, incluya hasta las primeras 20 palabras del comentario o publicación (en cursiva) además de una descripción entre corchetes.

4. Fuente. Este dato permite a los lectores recuperar la obra citada. Al igual que con los títulos, se dividen en dos categorías:

- Obras independientes (editorial, base de datos o archivo, sitio de redes sociales, sitio web, más DOI o URL).
- Trabajos que forman parte de un conjunto mayor (artículo de revista, capítulo de libros, DOI o URL).
- Los trabajos asociados con una ubicación específica (presentaciones de conferencia) incluyen información sobre la ubicación de la fuente, DOI o URL.
- Descripciones entre corchetes. Proporcione una descripción de la obra entre corchetes después del título y antes del punto. La descripción ayuda a los lectores a identificar y recuperar la obra y también se utilizan en las referencias de las redes sociales para indicar los enlaces o imágenes adjuntas.

Ejemplos de Referencias

Artículos científicos de revistas impresas.

Son publicaciones primarias que aparecen en revistas especializadas. Pueden aparecer en versión impresa, digital o ambas.

Apellido, A.A., Apellido, B. B., y Apellido, C.C.
(Fecha). Título del artículo. *Nombre de la*

revista en cursiva, volumen en cursiva
(número), pp-pp.

Castro, B. (2016). Construcción y transformación de masculinidades de los corteros de caña de azúcar del Valle del Cauca. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(1), 79-102.

Cuando no tiene número, sino que expresa un mes, estación del año o es una edición especial se hace referencia al caso en cursiva, páginas.

Thompson, L. & Walker, A. (1982). The died as the unit of analysis: Conceptual and methodological issues. *Journal of Marriage and the Family*, November, 889-900.

Volumen con suplemento

Geraud, G., Spierings, E., & Keywood, C. (2002). Tolerability and safety of frovatriptan with shortand long-term use for treatment of migraine andin comparison with sumatriptan. *Headache*, 42(Suppl 2), S93-S99.

Número con suplemento

Glauser, T. (2002). Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*, 58(Suppl 7), S6-S12.

Parte de un volumen

Abend, S., & Kulish, N. (2002). The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal*, 83(Pt 2), 491-495.

Parte de un número

Ahrar, K., Madoff, D., Gupta, S., Wallace, M., Price, R., & Wright, K. (2002). Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*, 13(9 Pt1), 923-928.

Número sin volumen

Banit, D., Kaufer, H., & Hartford, J. (2002). Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*, (401), 230-238.

Artículo científico en línea (URL)

Apellido, A.A. (Fecha). Título del artículo. *Nombre de la revista en cursiva, volumen en cursiva*(número), pp-pp.URL

Caicedo-Tamayo, A., y Rojas-Ospina, T. (2014). Creencias, conocimientos y uso de las TIC de los profesores universitarios. *Educación y Educadores*,17(3),517- 533. <https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/4333/3810>

Artículos de revistas con DOI

Hoyos-Hernández, P., Sanabria, J., Orcasita, L., Valenzuela, A., González, M., y Osorio, T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saúde e Sociedade*,28(2),227-238. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180586>

Artículos de Periódicos y/o Boletines

Impresos

Apellido, A. A. (Fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico o boletín en cursiva*, página sin abreviatura.

Díez, A., y Baquero, C. S. (2020, Enero 2). La cúpula de ERC blindada con su apoyo la investidura de Sánchez. *El País*, 4.

En línea

Apellido, A. (Fecha). Título del artículo. *Título del boletín o periódico*. URL

Varea, R. (2019, Junio 7). Pontificia

Universidad Javeriana, la huella de Colombia en la región. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/06/03/actualidad/1559522175_313057.html

Si no posee autor se coloca el título del artículo. (Fecha). Nombre del Periódico en cursiva.

Libro Impreso

Apellido, A. (Fecha). *Título: Subtítulo*. Editorial.

Benach, J., y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirarla salud: ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Instituto de Altos Estudios en Salud Pública.

Libro con DOI

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nded.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

Libro en versión electrónica

Libro que se ha publicado directamente en medios digitales.

Apellido, A. A. (Fecha). *Título en cursiva*. Editorial (si aplica). URL.

Caputo, A., & Pellegrini, M. (Eds.). (2019). *The anatomy of entrepreneurial decisions*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19685-1_3

Libro con Editor

Libro que ha sido coordinado por un editor, pero que tiene distintos autores responsables de cada capítulo que integra la obra.

Apellido, A. A. (Ed.). (Año). *Título en cursiva*. Editorial.URL o DOI

Molina Natera, V. (Ed.). (2015). *Panorama de los centros y programas de escritura en Latinoamérica*. Sello Editorial Javeriano. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmd6.27>

Libro con traducción

Obras que tienen una reimpresión o reedición en otros idiomas al original. Se deben indicar los datos del autor y del responsable de la traducción, además de la fecha de la versión original y de la traducción.

Apellido, A. A., y Apellido, B. B. (Fecha). *Título del libro en cursiva* (A.A. Apellido del traductor, Trad., Número de edición si aplica). Editorial. (Trabajo original publicado en Año)

Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child* (H. Weaver, Trad.; 2.ªed.). Basic Books. (Original work published 1966)

Capítulos de Libros

Se hace referencia a un capítulo de un libro cuando el libro cuenta con un editor y los capítulos han sido escritos por distintos autores.

Impresos

Apellido, A. (Fecha). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra en cursiva* (pp. xx-xx). Editorial.

Sánchez Tovar, L., Pino, M., Matud, P., y Zingales, R. (2011). Consideraciones psicosociales sobre el acoso sexual en el trabajo. En M. Velasco (Ed.). *Mobbing, acoso laboral y acoso por razón de sexo: Guía para la empresay las personas*

trabajadoras (pp.47-63). (2 ed.). Tecnos.

Capítulos de libros con DOI o URL

Aron, L., Botella, M, y Lubart, T. (2019). Artes culinarias: el talento y su desarrollo. En RF Subotnik, P. Olszewski-Kubilius y FC Worrell (Eds.), *La psicología del alto rendimiento: desarrollo del potencial humano en talento específico de dominio* (págs. 345–359). Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/0000120-016>

Obras de Referencia

Impresos

Apellido, A. (Fecha). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra en cursiva* (Vol. N°, pp. xx-xx).

Angulo, E. (2000). Clonación. ¿Se admiten apuestas? En Nueva Enciclopedia del mundo: Apéndice siglo XX (Vol. 41, pp. 620-622). Instituto Lexicográfico Durvan.

En línea

Autor. (Fecha). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra en cursiva*. Fecha de recuperación e URL

Si el diccionario o enciclopedia se actualizan continuamente y no se archivan se debe incluir la fecha de recuperación en la referencia.

- Merriam-Webster es el autor y el editor, por lo que el nombre aparece en el elemento autor solo para evitar la repetición.

Merriam Webster. (Dakota del Norte). Cultura. *En el diccionario Merriam-Webster.com*.

Recuperado el 9 de septiembre de 2019 de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/culture>

Tesis, Disertaciones y Trabajos de Grado

Impresas

Apellido, A. (Año). Título de la tesis en cursiva. [Tesis de pregrado, maestría o doctoral, nombre de institución que otorga el título]. Editorial.

Sevilla, R. (2005). La doctrina del entendimiento agente en la gnoseología de Francisco Suárez [Disertación Doctoral, Universidad de Navarra]. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra.

Publicada en una Base de Datos en línea

Apellido, A. (Año). Título de la tesis en cursiva. [Tesis de pregrado, maestría o doctoral, nombre de institución que otorga el título]. Nombre de la base de Datos. URL

Kogan Cogan, L. (2014). *La insoportable proximidad de lo material: Cuerpos e identidades* [Tesis de doctorado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Dissertations & Theses A&I. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2519/docview/2398211090/61EA0F09B31D47A2P/Q/5?accountid=13250>

Publicada en línea (no en una base de datos)

Apellido, A. (Año). Título de la tesis en cursiva. [Tesis de pregrado, maestría o doctoral, nombre de institución que otorga el título]. Archivo digital. URL

Sánchez, H. (2018). *Hacerse hombre. La construcción de masculinidades desde las subjetividades: un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos* [Tesis de pregrado, Universidad

Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/28063/>

Informes de Entes Gubernamentales

Impresos

Institución y dependencias en orden jerárquico (sin abreviar). (Fecha). *Título del informe en cursiva* (Número de la publicación). Editor.

Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Tomando tiempo: Apoyo para personas con cáncer* (Publicación NIH No. 18-2059). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud.

En Línea

Institución y dependencias en orden jerárquico (sin abreviar). (Fecha). *Título del informe en cursiva* (Número de la publicación). URL

Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Tomando tiempo: Apoyo para personas con cáncer* (Publicación NIH No. 18-2059). Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de Salud. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Leyes

Impresas

Título de la ley. (Fecha). Fuente donde se publica, Número de sección o artículo.

Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras. (2012, 30 de abril). En Tribunal Supremo de Justicia. Gaceta Oficial de la República, 6076 [Extraordinaria], mayo 7, 2012.

En línea

Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Tratados o Convenciones Internacionales

Nombre del tratado o convención, fecha, URL

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre, 1966,
<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Eventos (Simposios, Conferencias y Congresos)

Impresos

Apellido, A. (Año). Título de la ponencia. En Título de la publicación. Ciudad, Fecha, páginas que contiene la ponencia.

Carlino, P., y Estienne, V. (2004, 29 y 30 de junio). ¿Pueden los universitarios leer solos? Un estudio exploratorio. En *Memoria de las XI Jornadas de Investigación en Psicología*. La Plata, Argetina. T. 1, pp.169-193.

En Línea

Apellido, A. (Fecha). Título de la ponencia [tipo de contribución]. *Título del simposio o congreso*, Ciudad, País. URL

Cuevas, M.C. (2019, del 1 al 2 de octubre). Conexión moral en la intimidación escolar [conferencia]. *IV Simposio Internacional sobre Acoso Escolar (bullying). Desafíos contemporáneos en torno a la convivencia en la escuela*, Medellín, Colombia.
<https://sitios.ces.edu.co/simposiobullying/index.php>

Póster

Apellido, A. (mes, año). Título del Póster. Presentado en la sesión de Posters del evento. Ciudad, País.

Corredor, E., Estrada, M., y Romero, J. (2022, 01 al 09 de octubre). LILACS: 36 años contribuyendo a visibilizar el conocimiento en ciencias de la salud de Venezuela [póster]. 2do Congreso Internacional Multidisciplinario HUMANIDAD. Guayaquil. Ecuador.
http://186.71.28.67/isbn_site/catalogo.php?mode=resultados_rapidos&palabra=978-9942-42-736-6

Sitios Web

Apellido, A. (Fecha). *Título*. Nombre del sitio web.URL

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017, 1 de abril). *Malnutrición*.
<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>

Nota: Si el artículo no tiene un autor individual, el nombre del sitio pasa al lugar de autor y no tiene que repetirse, como en este ejemplo de la OMS.

Instituto Nacional de Salud Mental. (2018, julio). Trastornos de ansiedad. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. site, Institutos Nacionales de Salud.

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

Woodyatt, A. (10 de septiembre de 2019). *Las siestas diurnas una o dos veces por semana pueden estar relacionadas con un corazón sano, dicen los investigadores.* CNN
<https://www.cnn.com/2019/09/10/health/nap-heart-health-wellness-intl-scli/index.html>

Publicaciones en Redes Sociales

Autor, A.A. [@usuario para Twitter e Instagram]. (Fecha). *Título o descripción del contenido con un máximo de 20 palabras.* Nombre del sitio. URL

Posteo (Tweet)

- Presente el nombre del autor individual o grupal del mismo modo que lo haría para cualquier otra referencia. Luego proporcione el identificador de X (Twitter) (comenzando con el signo @) entre corchetes, seguido de un punto.
- Proporcione las primeras 20 palabras del posteo -tweet- como título. Cuente una URL, un hashtag o un emoji como una palabra cada uno e inclúyalos en la referencia si se encuentran dentro de las primeras 20 palabras.
- Si el posteo -tweet- incluye una imagen, un video, una encuesta o una imagen en miniatura con un enlace, indíquelo entre paréntesis después del título: [Imagen adjunta], [Video adjunto], [Miniatura con enlace adjunto]. El mismo formato usado para X (Twitter) posteo -tweet- también se usa para Instagram.

Bases de datos APA [@APA_Databases]. (5 de septiembre de 2019). *Ayude a los estudiantes a evitar el plagio Web de cruzar las manos y los investigadores naveguen por el proceso de publicación. Más detalles disponibles en la 7ma edición @APA_Style table* [Posteo-Tweet]. X (Twitter).
https://twitter.com/APA_Databases/status/1169644365452578823

Facebook

- Proporcione las primeras 20 palabras de la publicación de Facebook como título. Cuente una URL u otro enlace, un hashtag o un emoji como una palabra cada uno e inclúyalos en la referencia si se encuentran dentro de las primeras 20 palabras.
- Si una actualización de estado incluye imágenes, videos, enlaces en miniatura a fuentes externas o contenido de otra publicación de Facebook (como cuando se comparte un enlace), indíquelo entre corchetes.

Real Academia Española (2020, 4 de julio). *El 4 de julio de 1862 Lewis Carroll empezó a contar la historia de Alicia en el país de las maravillas* [Publicación]. Facebook.
<https://m.facebook.com/RAE/posts/3306956685991300?d=m>

Instagram

Centro de Escritura Javeriano [@centrodescritura]. (2020, 7 de mayo). *Cómo usar los tipos de coma* [Fotografía]. Instagram.
https://www.instagram.com/p/B_6CFYnDM--/?utm_source=ig_web_copy_link

YouTube

Use el nombre de la cuenta que subió el video como autor. Si la cuenta no creó realmente el trabajo, explique esto en el texto si considera importante que los lectores lo sepan.

Apellido, A. (Fecha). *Nombre del video* [Video]. Fuente. URL

Universidad Harvard. (28 de agosto de 2019). *Pinza robótica suave para medusas* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=guRoWTYfxMs>

Podcast

Apellido, A. (Fecha). *Título del Podcast video* [Podcast de audio o video]. Fuente

Manrique, M., y Hernández, A. (2020). The Nutrition Lab [Podcast]. https://www.listennotes.com/es/podcasts/the-nutrition-lab-maria-manrique-alejandra-azvXtHqS7_s/

Aclaratoria

Las pautas y recomendaciones acerca del proceso de citación y referencia según el Manual de Estilo APA, 7ma edición son a título ilustrativo. Para ahondar información consulte el sitio web de Apa Style <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>

Referencias

Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Normas APA. Séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/manual_de_normas_apa_7a_completo.pdf

Guía resumen del estilo APA. Séptima Edición. (2020). Traducción basada en <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/index>

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los trabajos que se deseen publicar en la Revista deben ser enviados a nuestra redacción por los emails: st.revista@gmail.com - ligia.uc@gmail.com

En caso de estar interesado(a) en establecer canje con esta publicación favor comunicarse a la Revista Salud de los Trabajadores por el email: st.revista@gmail.com

Salud de los Trabajadores

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

Instructivo para el Arbitraje

Consideraciones Generales

El Comité Editorial de la revista Salud de los Trabajadores, con el propósito de orientar el proceso de evaluación del artículo, considera pertinente puntualizar las siguientes consideraciones. Todo ello para alcanzar el logro de este fin. Todas las observaciones o justificación de la evaluación, deben remitirlas sin identificación del Árbitro y en el Formato anexo.

Le agradecemos las indicaciones respecto a correcciones idiomáticas y técnicas y considerar:

- Importancia de la temática tratada.
- Originalidad del trabajo
- Enfoque o diseño metodológico apropiado
- Resultados precisos y claramente presentados
- Pertinencia de la discusión
- Adecuación de las conclusiones con el propósito de la investigación
- Estructura adecuada
- Adecuada y correcta presentación de citas y referencias acordes con las exigidas por la Revista
- Título claro y acorde con el propósito de la investigación
- Extensión del artículo respeta los límites establecidos en la Revista
- Literatura adecuada y actualizada

El dictamen concluirá en recomendar al editor las siguientes categorías:

- Publicar
- Publicar con modificaciones de forma
- Publicar con modificaciones menores de fondo
- No publicar

Funciones del Árbitro

- Conocer la Política Editorial, Normas y Requisitos de publicación de la Revista.
- Revisar integralmente contenido y forma (redacción, palabras clave, estructura del resumen, adecuación del lenguaje, etc.) de los manuscritos sometidos a su consideración y proponer mediante la información vaciada en el instrumento, las medidas y modificaciones que se entiendan necesarias, de acuerdo con la política editorial, normas y requisitos de publicación de la revista.
- Requerir el cumplimiento de las Normas Éticas en los trabajos puestos a su consideración.
- Cumplir con el plazo estipulado por la revista para la revisión de los artículos (15 días hábiles).
- Avisar oportunamente los posibles retrasos en la evaluación del artículo.
- Discreción, en caso de que el árbitro por algún motivo llega a conocer la identidad de los autores, debe evitar comentar o discutir con ellos su criterio y/o sugerir directamente las modificaciones al artículo.

Nota: El Instrumento anexo, está estructurado con el propósito de detectar las debilidades y fortalezas del manuscrito, por lo que se hace necesario la claridad, en cuanto a las modificaciones, sugerencias o aportes a los autores, en aras de la calidad del arbitraje.

Salud de los Trabajadores

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

Instrumento para Arbitraje

Título del Trabajo

TIPO DE TRABAJO

Artículo Original ____ Revisiones ____ Notas Científicas ____ Notas y Reflexiones ____

ÍTEM	SI	NO
1. ¿Considera usted que el trabajo está acorde con el área de especialidad de la Revista?		
2. ¿El título, es apropiado?		
3. ¿El resumen o abstract se ajustan al contenido del trabajo?		
4. ¿La metodología está adecuadamente descrita?		
5. ¿El análisis de los resultados está presentado con propiedad?		
6. ¿Concuerdan los resultados con las conclusiones?		
7. ¿Existen errores de diseño, cálculos o interpretaciones?		
8. ¿Los cuadros y gráficos expresan claramente la información contenida en el texto?		
9. ¿Los resultados y/o conclusiones expresan profundidad en el análisis?		
10. ¿Considera usted que el trabajo es original?		
11. ¿Los documentos citados en el texto están actualizados y son presentados correctamente en las referencias bibliográficas?		
12. ¿Cumple, cabalmente, con las normas de publicación establecidas en la Guía para Colaboradores?		

REPORTE DE REVISION

RECOMENDACIÓN: _____ FECHA DE REVISIÓN: _____

Publicar	
Publicar luego de modificaciones de forma	
Publicar luego de modificaciones menores de fondo	
No Publicar	

Comentarios adicionales:

¡Muchas gracias por su colaboración!

Salud de los Trabajadores

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

Declaración de Originalidad y Cesión Derechos de Publicación

Ciudad, Día/Mes /Año

Dra. Ligia Sánchez Tovar
Editor(a) de Salud de los Trabajadores
Presente. -

Mediante la presente le saludamos cordialmente y a la vez le solicitamos la publicación en la **Revista Salud de los Trabajadores**, del artículo titulado:

Igualmente declaramos que:

- El artículo que presentamos para ser publicado, es original, que no ha sido publicado antes en forma total o parcial y que no se ha presentado simultáneamente a otra revista u órgano editorial para su publicación.
- No existe ningún tipo de conflicto entre los autores, y la totalidad de los mismos han otorgado su pleno consentimiento para la publicación.
- No hemos incurrido en plagios o faltas éticas y asumimos la responsabilidad total del contenido del artículo.
- Conocemos y aceptamos las condiciones de publicación que se encuentran contenidas en las **políticas editoriales** e **“Instrucciones para los autores”** de la revista Salud de los Trabajadores
- Si el artículo que presentamos para su publicación en la Salud de los Trabajadores es aprobado, como autores cedemos nuestros derechos de publicación y autorizamos a publicar y hacer difusión de los contenidos del mismo a través de los medios de que disponga.
- Entendemos que no recibiremos compensación alguna de la revista Salud de los Trabajadores por la publicación de este artículo.

Declaración de Originalidad y Cesión Derechos de Publicación. Pag 1 de 3

Suscribimos la presente declaración, en señal de conformidad:

DATOS AUTORES/COAUTORES			
Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

Declaración de Originalidad y Cesión Derechos de Publicación. Pag 2 de 3

DATOS AUTORES/COAUTORES			
Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

Número de documento de identificación:			
Nombres y apellidos:			
Afiliación Institucional:			
Correo Electrónico:			
identificador único ORCID:			
Teléfonos:			
Dirección postal:			
Autor para correspondencia:	SI:	NO:	
(*)Contribución en el artículo:	Indicar con la letra(s) correspondiente(s)		

(*)Contribuciones en la autoría en el artículo:	
A. Participó en la concepción o diseño del estudio	G. Obtuvo el financiamiento
B. Revisión de la literatura	H. Brindó asesoría estadística
C. Participó en el aporte de material de estudio	I. Redacción del artículo
D. Brindó asesoría técnica	J. Revisión crítica del artículo
E. Recolección/ obtención de los datos	K. Aprobación de la versión final del artículo
F. Análisis e interpretación de resultados	L. Otros especificar



Henry Santana, Pescadores en la playita.
Oleo sobre lienzo. 97x135cm.
Serie Santo Domingo Ciudad Romántica. República Dominicana