

Retos y tendencias *de salud* en el trabajo

Fabiola Macías Espinoza, Aniel Jessica Leticia Brambila Tapia
y Gerardo Aguilera Rodríguez
(Coordinadores)

Qartuppi®





Esta obra es de acceso abierto y puede ser leída, descargada y compartida libremente,
bajo los términos de la Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.

Retos y tendencias *de salud* en el trabajo

Fabiola Macías Espinoza, Aniel Jessica Leticia Brambila Tapia
y Gerardo Aguilera Rodríguez
(Coordinadores)

Qartuppi®

Este libro fue sometido a un proceso de revisión por pares bajo la modalidad de doble ciego, y su dictamen de aceptación se basó en el cumplimiento de criterios de evaluación y calidad científica.

Este libro fue publicado con recursos del Programa de Consolidación al Posgrado (PCP-2025), para el programa de Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Retos y tendencias *de salud* en el trabajo

1era. edición, diciembre 2025

ISBN 978-607-8694-74-7

DOI 10.29410/QTP.25.15

D.R. © 2025. Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Sonora 83220 México

<https://qartuppi.com>

Edición y diseño: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Portada: Adobe Stock

Contenido

P

Presentación

*Fabiola Macías Espinoza, Aniel Jessica Leticia Brambila Tapia
y Gerardo Aguilera Rodríguez*

7

1

Factores de riesgo psicosocial en el trabajo en una obra de construcción de Guadalajara, Jalisco, 2025

*Sandra Nallely Flores Flores, María Elena Flores Villavicencio
y Sandra Margarita Rubio Ávila*

10

2

Percepción familiar sobre la capacidad para el trabajo en personas con diagnóstico de esquizofrenia del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones

Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

31

3

Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo de los fabricantes de ladrillos

*Genoveva Rizo Curiel, Josefina Fausto Guerra,
Verónica Camacho Santillán y Fabián Agustín Herrera Escobar*

41

4

Propuesta de aplicación del modelo radial de dignología en salud en el trabajo

Noemí Márquez García y Jesús Francisco Ramírez Bañuelos

55

5

Diseño de ítems y validez de concordancia para valorar la carga en teletrabajo

David Oswaldo Tipan Sigcha y María de Lourdes Preciado Serrano

79

6

Estrés laboral, conductas alimentarias de riesgo y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería ante COVID-19

*Oscar Omar Galván Gaspar, Ana Cecilia Mendez Magaña
y Berenice Martínez Melendres*

102

5

Semblanzas

129

Presentación

En las últimas décadas, la salud en el trabajo ha adquirido una relevancia creciente, pues el trabajo constituye un componente esencial en los trayectos de vida de las personas. Sin embargo, las condiciones en que se desarrollan los entornos laborales han impactado de manera significativa la calidad de vida y el bienestar de las personas. Este libro invita al lector a reflexionar sobre los retos y tendencias actuales desde el enfoque de la salud en el trabajo, promoviendo una mirada crítica hacia los factores que influyen en el equilibrio entre la productividad y el bienestar humano.

El libro se compone de seis capítulos que presentan resultados de investigaciones realizadas en diversos contextos laborales, abordando los nuevos desafíos que enfrenta la salud en el trabajo. Entre ellos destacan la atención a la diversidad en los entornos ocupacionales, los factores de riesgo psicosocial, las implicaciones de las condiciones de salud mental, así como los procesos de estigma, autoestigma y sobreestigmatización. También se analizan los trastornos musculoesqueléticos y su vínculo con la ergonomía, las brechas de género y la violencia económica en los espacios laborales, además del estrés y su impacto en el personal sanitario. En conjunto, estos temas invitan a reflexionar sobre las tendencias emergentes que demandan nuevas formas de comprender la empleabilidad y el cuidado de la salud en los entornos de trabajo contemporáneos.

El capítulo 1, elaborado por Sandra Nallely Flores Flores, María Elena Flores Villavicencio y Sandra Margarita Rubio Ávila, invita a comprender los distintos tipos de factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo de las personas que laboran en el sector de la construcción, una población poco explorada en la investigación sobre salud laboral. Las autoras identifican afectaciones significativas en el ambiente y la carga de trabajo, así como en el reconocimiento del desempeño. Se trata de un grupo especialmente vulnerable, que registra altos índices de accidentes, enfermedades y defunciones laborales, desempeñadas con frecuencia en condiciones precarias debido a la falta de prestaciones y al incumplimiento de la normativa laboral.

El capítulo 2, escrito por Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo, invita a reflexionar sobre el estigma, el autoestigma y la reestigmatización que enfrentan las personas con alguna enfermedad mental en relación con su capacidad para desempeñarse laboralmente. A través de un enfoque cualitativo sustentado en la antropología médica, este interesante estudio analiza las percepciones familiares acerca de la capacidad para el trabajo de personas con diagnóstico de esquizofrenia, revelando las tensiones entre los procesos de recuperación, la inclusión social y las representaciones culturales de la enfermedad mental.

Por su parte, el capítulo 3 se centra en una población poco visible y escasamente atendida: las personas dedicadas a la fabricación artesanal de ladrillos. En este estudio, Genoveva Rizo Curiel, Josefina Fausto Guerra, Verónica Camacho Santillán y Fabián Agustín Herrera Escobar invitan a reflexionar sobre los impactos en la salud física y la alta prevalencia de trastornos musculoesqueléticos asociados con esta actividad. El capítulo destaca la necesidad de comprender con mayor profundidad los riesgos ergonómicos presentes en este tipo de contextos laborales, reconociendo que su atención constituye uno de los principales desafíos actuales en materia de salud en el trabajo.

Noemí Márquez García y Jesús Francisco Ramírez Bañuelos, en el capítulo 4, presentan una propuesta para aplicar un modelo radial de dignología en el ámbito de la salud en el trabajo, orientado a la atención de la violencia de género en los entornos laborales. En particular, abordan la brecha salarial y la violencia económica como manifestaciones de desigualdad estructural que generan estrés financiero en las mujeres, afectando sus emociones, su bienestar y su desarrollo profesional.

El capítulo 5, elaborado por David Oswaldo Tipan Sigcha y María de Lourdes Preciado Serrano, se centra en el teletrabajo y en la importancia de contar con instrumentos que permitan comprender la carga laboral de quienes desempeñan sus funciones bajo esta modalidad. Los autores definen la carga de trabajo como un concepto multidimensional que integra la función específica del puesto, la calidad del desempeño, la satisfacción de los actores involucrados y el tiempo asignado, factores que inciden directamente en la salud física y mental de las personas. En este capítulo se describe el proceso de diseño de los ítems y el análisis de validez de concordancia empleados para desarrollar un instrumento que permita medir de manera precisa la carga de trabajo en contextos de teletrabajo.

Finalmente, el capítulo 6, elaborado por Óscar Omar Galván Gaspar, Ana Cecilia Méndez Magaña y Berenice Martínez Melendres, aborda una población que requiere atención constante desde la perspectiva de la salud ocupacional: el personal de enfermería y hospitalario. Este estudio analiza la relación entre el estrés laboral, las conductas alimentarias de riesgo y las estrategias de afrontamiento implementadas por el personal de enfermería durante la atención a pacientes con COVID-19. Los resultados permiten comprender cómo las condiciones de alta exigencia y presión emocional impactan en el bienestar físico y psicológico de estos profesionales, destacando la necesidad de fortalecer las acciones institucionales orientadas a su cuidado integral.

Invitamos a los lectores a ampliar su perspectiva sobre la salud en el trabajo. Nuestro propósito es visibilizar las investigaciones presentadas y dar a conocer nuevas metodologías que permitan abordar, de manera más integral, los diversos problemas que enfrentan los trabajadores en sus entornos laborales. Comprender la complejidad de estas situaciones resulta esencial para diseñar estrategias y herramientas que contribuyan efectivamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en sus espacios de trabajo.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Universidad de Guadalajara, al Centro Universitario de Ciencias de la Salud y a la comunidad de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo, por su apoyo y compromiso en la realización de este libro. Agradecemos también a los investigadores que aportaron sus estudios y reflexiones, así como a los dictaminadores por su disposición y experiencia durante el proceso de revisión. Extendemos un reconocimiento especial a Armandina de los Ángeles Contreras García, Saraí Verónica Martínez Vadillo, Brandon Padilla Morales y Karen Anahí Mora Collaso, quienes fueron parte fundamental para la concreción de este proyecto. Esperamos que este libro se convierta en un documento de consulta valioso para todas las personas interesadas en los temas relacionados con la salud en el trabajo.

*Fabiola Macías Espinoza,
Aniel Jessica Leticia Brambila Tapia
y Gerardo Aguilera Rodríguez*

Factores de riesgo psicosocial en el trabajo en una obra de construcción de Guadalajara, Jalisco, 2025

*Sandra Nallely Flores Flores, María Elena Flores Villavicencio
y Sandra Margarita Rubio Ávila*

Resumen

Los trabajadores de la industria de la construcción constituyen un grupo vulnerable debido a la constante exposición a diversos riesgos laborales que afectan su salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta cifras alarmantes relacionadas con enfermedades, accidentes y defunciones derivadas del trabajo en este sector. Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo señala que los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (FRPST) se caracterizan por un desequilibrio en las interacciones laborales, lo que repercute negativamente en la salud física y mental de los trabajadores. En este contexto, la identificación de estos riesgos resulta fundamental para la investigación en Ciencias de la Salud en el Trabajo, pues permite generar conocimiento orientado a la aplicación oportuna de medidas preventivas. El estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo psicosocial en el trabajo presentes en trabajadores de una obra de construcción en Guadalajara, Jalisco. La población evaluada estuvo conformada por 45 trabajadores. El instrumento aplicado fue la *Guía de referencia III, Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional en los centros de trabajo*. El análisis evidenció niveles preocupantes de FRPST en los dominios de ambiente de trabajo y reconocimiento del desempeño. En contraste, los factores que mostraron discrepancias con investigaciones previas fueron la jornada laboral, el liderazgo, la violencia, la falta de control sobre el trabajo, la interferencia trabajo-familia y el sentido de pertenencia. Los dominios con menor nivel de riesgo fueron las relaciones laborales y el liderazgo. Se considera necesario la implementación de programas para la prevención de FRPST en la industria de la construcción.

Palabras clave: factores de riesgo, psicosocial, sector de la construcción, trabajo

Introducción

La industria de la construcción se caracteriza por su dinamismo y complejidad, resultado de la diversidad de actividades que se desarrollan a lo largo de las distintas etapas del proceso constructivo, desde las excavaciones iniciales hasta la culminación del proyecto. Esta condición implica la participación de múltiples oficios y especialidades, lo que conlleva una exposición constante a diversos riesgos laborales que pueden afectar la salud física y mental de los trabajadores. En este marco, el presente documento analiza los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (FRPST) identificados en la industria de la construcción, a partir de revisiones narrativas e investigaciones de tipo cuantitativo y cualitativo, con el propósito de ofrecer un panorama integral desde distintas perspectivas.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo en una obra de construcción de Guadalajara, Jalisco, en el 2025, dividiéndolos por categorías y dominios. Los niveles se clasifican como “Nulo o despreciable”, “Bajo”, “Medio”, “Alto” y “Muy alto”, de acuerdo con la *Guía de referencia III, Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional en los centros de trabajo*, recomendado por la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, la cual tiene como propósito identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial en los entornos laborales (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2018).

Contexto del sector de la construcción

El sector de la construcción se distingue por una progresiva precarización de las condiciones laborales, caracterizada por la pérdida de derechos, la exigencia constante, la sobrecarga de trabajo, la falta de estabilidad y los bajos salarios; a ello se suma la exposición a múltiples riesgos de tipo químico, físico, biológico y social (Torres & Franco, 2022). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2015), esta industria es considerada un sector de alto riesgo en comparación con otras actividades laborales, ya que la probabilidad de fallecer a causa de un accidente de trabajo es de tres a cuatro veces mayor en los países industrializados y de cuatro a seis veces mayor en los países en desarrollo.

A nivel mundial, la industria de la construcción empleó alrededor de 250 millones de trabajadores, representando el 7.7% de la población activa en el año 2020

(Acolin et al., 2021). En México, en 2024, la cantidad de personas ocupadas en este sector era de 8.5 millones (Gobierno de México, 2025). Los datos no solo reflejan la gran población activa, también la aportación económica a nivel nacional y mundial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024) reportó que el sector de construcción de edificaciones y de obras de ingeniería registró un total de 167 defunciones por accidentes de trabajo, 2149 casos de incapacidades permanentes por accidente laboral y 35 122 accidentes de trabajo, situándose como el primer lugar a nivel nacional en incidencia de estos eventos. No obstante, estas cifras podrían encontrarse subestimadas debido a la falta de reportes provenientes de instituciones privadas y a la existencia de casos no registrados, lo que evidencia la magnitud del problema y la limitada atención que recibe este sector en materia de prevención de riesgos laborales.

Una investigación realizada en México sobre el sector de la construcción identificó diversos tipos de riesgos laborales, entre ellos los derivados de los medios de trabajo, los asociados a la transformación de los objetos de trabajo, las exigencias propias de las actividades desempeñadas por los trabajadores, las exigencias vinculadas con la organización y división del trabajo, así como los riesgos inherentes a los propios medios de trabajo. En cuanto a los factores que pueden generar daños potenciales a la salud, se destacan la exposición a radiación ultravioleta, los cambios frecuentes de temperatura, la inhalación de polvo, las posturas forzadas, el esfuerzo físico intenso, el ritmo acelerado de trabajo, los accidentes por labores en altura y los incidentes derivados del uso de maquinaria, equipos, herramientas e instalaciones (Franco et al., 2019).

En suma, la industria de la construcción desempeña un papel estratégico en el desarrollo económico del país y contribuye de manera significativa a la generación de empleo a nivel nacional y mundial; sin embargo, enfrenta serias problemáticas en materia de seguridad y salud laboral. Las alarmantes cifras de accidentes, incapacidades y defunciones, así como la posible subestimación de estos datos, evidencian la urgente necesidad de fortalecer las políticas de prevención en el sector. A este respecto, resulta imperativo realizar diagnósticos confiables con herramientas validadas que permitan una toma de decisiones informada y la implementación de estrategias efectivas orientadas a garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables para quienes participan en esta industria.

Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

De acuerdo con Cox (1980, como se citó en OIT, 1984), la salud física puede peligrar cuando se deshumaniza a los trabajadores, llevándolos a riesgos para la salud física y mental. En este sentido, se expone una serie de atribuciones relacionadas con los factores psicosociales, definidos de la siguiente forma:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. (OIT, 1984, p.3)

Según la OIT (1984), cuando existe un desequilibrio en las interacciones laborales que genera riesgos físicos o emocionales en los trabajadores, estos se consideran factores de riesgo psicosocial. En la misma línea, diversos expertos coinciden en definir los factores de riesgo psicosocial como “aquellos aspectos del diseño y la gestión del trabajo y sus contextos social y organizativo, que pueden llegar a causar un daño psicológico o físico” (OIT, 2016, p.3).

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-35-STPS-2018 define los factores de riesgo psicosocial en el trabajo como:

Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación

de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo. (STPS, 2018)

A partir de este momento se empleará el término FRPST (factores de riesgo psicosocial en el trabajo) para referirse de manera unificada a las investigaciones que abordan los conceptos de “factores de riesgo psicosocial”, “riesgos psicosociales” y “factores de riesgo psicosocial en el trabajo”. Esta unificación tiene como propósito evitar ambigüedades terminológicas y facilitar la coherencia conceptual a lo largo del documento.

Los FRPST pueden generar diversas consecuencias negativas tanto para los trabajadores como para las organizaciones. Entre las afectaciones fisiológicas más comunes se encuentran las reacciones cardiovasculares, las alteraciones en el sistema nervioso central y los desequilibrios hormonales relacionados con las glándulas suprarrenales. En el ámbito conductual, estos factores pueden provocar disminución del rendimiento laboral, ausentismo, rotación de personal y comportamientos de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol o tabaco. Asimismo, los FRPST pueden derivar en problemas de salud crónicos de tipo somático y en afectaciones a la salud mental, tales como estrés laboral, tensión nerviosa, irritabilidad, ansiedad o depresión. En casos más severos, pueden desencadenar trastornos psicológicos agudos con repercusiones tanto personales como organizacionales (OIT, 1984).

A partir de esta problemática, la Conferencia Internacional sobre Transporte y Desarrollo (2024) publicó un informe en el que se identifican diversos FRPST presentes en la industria de la construcción. Entre los principales se destacan la demanda excesiva de trabajo, el desequilibrio entre la vida laboral y personal, y los entornos laborales desfavorables. Estas condiciones exponen a los trabajadores a un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión, así como a un incremento en el consumo de alcohol (Almaskati et al., 2024).

Fajarudin et al. (2021) identificaron diversos FRPST en el sector de la construcción, entre los que destacan la demanda psicológica, la carga laboral, el control limitado sobre el trabajo, la insatisfacción laboral, el conflicto trabajo-familia y el acoso. En cuanto a las consecuencias en la salud mental, se reportaron niveles elevados de estrés, distrés psicológico, presentismo y abuso de sustancias. Respecto a la salud física, se observaron trastornos musculoesqueléticos, incremento de la presión

arterial, aumento de la masa corporal y de la grasa corporal, fatiga y enfermedades relacionadas con la exposición al calor.

Según el estudio de Atoche et al. (2022) sobre los FRPST, el 26.02% de los trabajadores evaluados presentó un nivel de riesgo alto, el 26.02% un nivel medio alto, el 24.39% un nivel medio bajo y el 23.58% un nivel bajo. En cuanto a las dimensiones específicas, las frecuencias más elevadas se observaron en las *exigencias psicológicas* (nivel medio alto, 27.64%), el *conflicto trabajo-familia* (nivel alto, 28.46%), el *control sobre el trabajo* (nivel medio alto, 46.4%), el *apoyo social y liderazgo* (nivel medio bajo, 30%), las *compensaciones laborales* (nivel alto, 36.59%) y el *capital social* (nivel alto, 28.46%).

Por su parte, Cataño y Cataño (2022) analizaron los niveles de FRPST de acuerdo con sus dominios y dimensiones. En el dominio *liderazgo y relaciones sociales*, se identificaron los siguientes niveles de riesgo: bajo en las características de liderazgo (23.5%), medio en las relaciones sociales (38.8%), alto en la retroalimentación del desempeño (40.8%) y sin riesgo o despreciable en la relación con los colaboradores (59.2%). En el dominio *demandas del trabajo*, las dimensiones con riesgo muy alto fueron demanda del ambiente (79.6%), demandas emocionales (40.8%), exigencias de responsabilidad del cargo (61.8%) y demandas de la jornada laboral (51%). Las dimensiones con riesgo medio correspondieron a las demandas cuantitativas (38.8%) y la carga mental (40.8%), mientras que la consistencia del rol presentó un nivel de riesgo alto (59.2%), y la influencia del trabajo en el entorno extralaboral se ubicó en el nivel sin riesgo o despreciable. En el dominio *control sobre el trabajo*, las dimensiones claridad del rol, capacitación, participación y manejo del cambio mostraron niveles sin riesgo o despreciables (38.8% en cada una), al igual que las oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos (59.2%) y el control y autonomía (79.6%). Finalmente, en el dominio *recompensa* se observó un nivel de riesgo muy alto tanto en las recompensas derivadas de la organización como en el reconocimiento y la compensación salarial, con 59.2% en ambas dimensiones (Cataño & Cataño, 2022).

Durango-Goez et al. (2022) identificaron distintos niveles de riesgo en las dimensiones evaluadas. Las *demandas ambientales y de esfuerzo físico* se ubicaron en un nivel muy alto (68%), mientras que las dimensiones de *participación y manejo del cambio* presentaron un nivel sin riesgo (34%). Por su parte, las *relaciones sociales en el trabajo* mostraron un nivel de riesgo bajo (40%).

Una investigación sobre la prevalencia de los FRPST en colaboradores de la empresa eSmelter S. –dedicada a la minería y la construcción– reportó niveles de riesgo elevados en diversas dimensiones: *apoyo social en la empresa* (67%), *compensación* (44%), *exigencias psicológicas* (30%), *doble presencia* (29%) y *trabajo activo y desarrollo de habilidades* (22%). Según los autores, los FRPST pueden incidir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y trastornos de salud mental, como ansiedad, estrés y depresión. Asimismo, pueden manifestarse a través de dolencias físicas, entre ellas trastornos musculoesqueléticos, respiratorios y gastrointestinales, además de conductas de riesgo para la salud como el tabaquismo, el consumo de sustancias y el sedentarismo. En el ámbito organizacional, las consecuencias incluyen el ausentismo, la rotación de personal, las bajas voluntarias, el deterioro del desempeño laboral y el incremento de la siniestralidad (Muñoz et al., 2023).

Por su parte, según el estudio de Chauca-Chávez y Erazo-Salcedo (2023), los factores psicosociales relacionados con la *carga y el ritmo de trabajo* presentaron niveles de riesgo bajos en el 80% de los casos y niveles de riesgo medio en el 20%. Respecto a las dimensiones con mayor frecuencia de riesgo medio, se identificaron el *liderazgo* (54%), las *condiciones de trabajo* (78%) y la *doble presencia* (86%).

Valencia-González y Revelo-Oña (2022) identificaron, en la evaluación general de los FRPST, niveles de riesgo medio en el 66.67% de los casos y de riesgo alto en el 33.33%. En cuanto a las dimensiones específicas, las *exigencias psicológicas cognitivas* presentaron un nivel de riesgo medio del 92.16%, mientras que las *exigencias emocionales* mostraron un riesgo medio del 52.94% y un riesgo alto del 47.06%. Las subdimensiones con niveles de riesgo alto correspondieron al ritmo de trabajo (72.55%), la calidad del liderazgo (47.6%), el conflicto de rol (52.95%), la inseguridad sobre las condiciones de trabajo (70.59%) y la inseguridad laboral (72.55%).

Ahora bien, Toro-Rincón y Ramos-Alfonso (2025) evaluaron los FRPST asociados con la accidentabilidad en una obra de construcción. Los resultados generales indicaron que el 60% de los trabajadores se encontraban en nivel de riesgo bajo y el 40% en nivel medio. En cuanto a la accidentabilidad, el 25.3% de los participantes reportó haber sufrido un accidente laboral. Respecto a las dimensiones específicas, en *liderazgo*, el 12% presentó riesgo alto y el 32% riesgo medio; en *recuperación*, el 9% se ubicó en riesgo alto y el 60% en riesgo medio; en *margen de acción y control*, el 8% mostró riesgo alto y el 39% riesgo medio; en *desarrollo de competencias*, el 1%

presentó riesgo alto y el 25% riesgo medio; mientras que, *en carga y ritmo de trabajo*, el 1% se situó en nivel muy alto y el 49% en nivel medio.

Las investigaciones cualitativas sobre los FRPST en el sector de la construcción han permitido identificar múltiples problemáticas vinculadas a las condiciones laborales y al clima organizacional. Rezaeian et al. (2021) encontraron que los trabajadores reportaron una presión constante para laborar largas jornadas, plazos inalcanzables y exigencias poco realistas, manifestando que estas situaciones ocurren con frecuencia. En relación con el apoyo social, las respuestas indicaron que los trabajadores consideran que algunas veces pueden contar con sus compañeros para resolver dificultades laborales, mientras que las contribuciones a la organización y la coherencia de los procesos de trabajo fueron percibidas como positivas, con respuestas de bastante frecuencia y siempre, respectivamente. No obstante, un hallazgo preocupante fue la presencia de comportamientos asociados al acoso laboral: las humillaciones mediante gestos, sarcasmos, críticas o insultos fueron reportadas como casi diarias; las críticas, chismes o rumores falsos se mencionaron con una frecuencia semanal, y la exclusión o aislamiento de actividades laborales se presentó mensualmente. Por su parte, Jenkin et al. (2024) identificaron como principales fuentes de estrés en el trabajo la inestabilidad financiera, la deficiente comunicación, la cultura laboral de masculinidad tradicional, los bajos salarios y la falta de comprensión y apoyo en materia de salud mental dentro del entorno laboral.

Por lo expuesto anteriormente, se puede concluir que los riesgos psicosociales en el trabajo representan una amenaza significativa para la salud de las personas trabajadoras de la construcción, una de las más exigentes y vulnerables. La evidencia científica y los estudios coinciden en señalar que estos riesgos se manifiestan en forma de demandas excesivas, desequilibrio trabajo-vida, falta de control sobre el trabajo, escaso reconocimiento, liderazgo inadecuado, así como ambientes laborales desfavorables.

Los efectos de los FRPST no solo impactan de manera individual sino también al desempeño organizacional. La alta prevalencia de estos factores y sus consecuencias documentadas en diversos estudios tanto cuantitativos como cualitativos, subrayan la necesidad urgente de implementar políticas de prevención, intervenciones integrales y estrategias que promuevan entornos de trabajo seguros, saludables y humanos en el sector de la construcción.

Material y métodos

La metodología empleada en este estudio fue de enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo. El universo de estudio estuvo conformado por trabajadores de una obra de construcción ubicada en Guadalajara, Jalisco. La población total incluyó a 45 participantes, tanto del área operativa como administrativa. Los criterios de inclusión consideraron a trabajadores activos, mayores de edad, que firmaron el consentimiento informado y completaron en su totalidad el instrumento de evaluación.

El instrumento utilizado fue la *Guía de Referencia III: Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional en los centros de trabajo*, recomendada por la NOM-035-STPS-2018. Para el análisis de los datos, la información recolectada fue codificada y organizada en el software *Microsoft Excel*, y posteriormente procesada en el programa *IBM SPSS Statistics 25*, mediante análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes.

Resultados

De acuerdo con los lineamientos establecidos por la NOM-035-STPS-2018 y con base en la aplicación del instrumento, la calificación final del cuestionario evidenció una mayor frecuencia en el nivel de riesgo alto (40%); asimismo, el riesgo medio alcanzó un 26.7% y el riesgo muy alto un 4.4%, lo que en conjunto representa el 71.1% de los participantes evaluados. Estos resultados reflejan la presencia significativa de FRPST dentro de la obra de construcción analizada (Tabla 1), lo que subraya la necesidad de implementar una intervención adecuada.

Tabla 1
Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

	Nivel de riesgo					
	Mediada	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Calificación final del cuestionario	F	1	12	12	18	2
	%	2.2	26.7	26.7	40	4.4

Categorías

La *Guía de Referencia III* evalúa cinco categorías: *ambiente de trabajo, factores propios de la actividad, organización del tiempo de trabajo, liderazgo y relaciones en el trabajo, y entorno organizacional*. En la Tabla 2 se muestran los resultados reflejados dentro de la obra de construcción evaluada.

Tabla 2
Niveles de factores de riesgo psicosocial por categoría, en una obra de construcción en Guadalajara, Jalisco, 2025

	Medida	Nivel de riesgo				
		Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Ambiente de trabajo	F	3	14	16	10	2
	%	6.7	31.1	35.6	22.2	4.4
Factores propios de la actividad	F	1	8	26	9	1
	%	2.2	17.8	57.8	20	2.2
Organización del tiempo de trabajo	F	16	7	9	11	2
	%	35.6	15.6	20	24.4	4.4
Liderazgo y relaciones de trabajo	F	16	16	10	2	1
	%	35.6	35.6	22.2	4.4	2.2
Entorno organizacional	F	13	6	18	4	4
	%	28.9	13.3	40.0	8.9	8.9

La categoría *ambiente de trabajo* evalúa el dominio relacionado con las condiciones físicas y ambientales del entorno laboral, incluyendo dimensiones como condiciones peligrosas o inseguras, deficiencias en la infraestructura, insalubridad y realización de tareas de riesgo. Según los resultados, el nivel de riesgo con mayor frecuencia fue el nivel medio, con un 35.6% de la población; no obstante, al considerar los niveles que van de medio a muy alto, el porcentaje es de 62.2%, lo que podría reflejar un riesgo considerable para la salud y seguridad de los trabajadores.

Por su parte, la categoría *factores propios de la actividad* –que evalúa la carga laboral y el grado de control que los trabajadores poseen sobre su trabajo– presentó un 57.8% en el nivel de riesgo medio; sin embargo, al considerar los niveles que van de medio a muy alto, el porcentaje asciende a 82.2%, lo cual sugiere la existencia de una problemática relevante que requiere una intervención oportuna.

La categoría *organización del tiempo de trabajo* comprende los dominios relacionados con la jornada laboral y la interferencia en la relación trabajo-familia. Los resultados muestran que el 35.6% de la población se encuentra en el nivel de riesgo nulo o despreciable, lo que, conforme a la norma, indica que no se requieren medidas adicionales. Sin embargo, al considerar los niveles que van de medio a muy alto, aproximadamente el 50% de los trabajadores presenta algún grado de riesgo en esta categoría, lo cual sugiere la necesidad de implementar acciones orientadas a mejorar el equilibrio entre la vida laboral y personal.

Por otro lado, la categoría *liderazgo y relaciones en el trabajo* incluye los dominios de liderazgo, relaciones interpersonales y violencia laboral. Los resultados evidenciaron niveles adecuados de riesgo, concentrándose en los niveles nulo o despreciable y bajo, que en conjunto representan el 71.2% de la población evaluada. Esta condición indica que no se requieren medidas adicionales y sugiere la presencia de un entorno laboral favorable.

La categoría *entornos organizacionales* abarca los dominios de reconocimiento del desempeño e insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad laboral. Los resultados de la evaluación muestran que el 40% de la población se encuentra en el nivel de riesgo medio, lo que señala la existencia de áreas de oportunidad relacionadas con el fortalecimiento del reconocimiento al trabajo realizado y la consolidación del sentido de pertenencia.

Dominios

La evaluación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, conforme a la NOM-035-STPS-2018, contempla diez dominios principales. En el presente análisis, cada dominio se describe de manera individual, presentando sus resultados específicos y las recomendaciones correspondientes de acuerdo con los lineamientos establecidos en la norma (Tabla 3).

Tabla 3
Factores de riesgo psicosocial en el trabajo en una obra de construcción de Guadalajara, Jalisco, 2025

		Nivel de riesgo				
	Medida	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
Ambiente de trabajo	F	3	14	16	10	2
	%	6.7	31.1	35.6	22.2	4.4
Carga de trabajo	F	6	10	15	12	2
	%	13.3	22.2	33.3	26.7	4.4
Falta de control sobre el trabajo	F	8	14	20	2	1
	%	17.8	31.1	44.4	4.4	2.2
Jornada de trabajo	F	18	9	13	4	1
	%	40	20	28.9	8.9	2.2
Interferencia en la relación trabajo familia	F	15	11	7	8	4
	%	33.33	24.4	15.6	17.8	8.9
Liderazgo	F	20	9	7	6	3
	%	44.4	20	15.6	13.3	6.7
Relaciones en el trabajo	F	38	2	3	0	2
	%	84.4	4.4	6.7	0	4.4
Violencia	F	25	7	8	4	1
	%	55.6	15.6	17.8	8.9	2.2
Reconocimiento del desempeño	F	12	12	14	6	1
	%	26.7	26.7	31.1	13.3	2.2
Insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad	F	13	15	11	5	1
	%	28.9	33.3	24.4	11.1	2.2

Respecto al dominio *ambiente de trabajo*, los resultados son iguales a la categoría con el mismo nombre, ya que considera exactamente los mismos ítems y puntajes, lo que indica un nivel de riesgo medio de 35.6%.

El dominio *carga de trabajo* evalúa aspectos como las cargas cuantitativas (volumen de trabajo), ritmos de trabajo acelerados, carga mental, cargas psicológicas y emocionales, altas responsabilidades y cargas contradictorias o inconsistentes. Los resultados mostraron un nivel de riesgo medio en el 33.3% de la población. Si bien este valor sugiere la necesidad de acciones específicas conforme a los criterios de la NOM-035-STPS-2018 (Tabla 1), un análisis más detallado evidencia que el 64% de los trabajadores presenta niveles de riesgo que oscilan entre medio y muy alto. En este sentido, se recomienda aplicar las medidas propuestas por la normativa, que incluyen la revisión y supervisión de la distribución de las cargas laborales, la adecuada planificación del proceso productivo, la incorporación de pausas o periodos de descanso, así como la implementación de estrategias para evitar ritmos de trabajo excesivamente acelerados.

Respecto al dominio *falta de control sobre el trabajo*, este incluye factores como la escasa autonomía en la ejecución de tareas, la limitada o nula posibilidad de desarrollo profesional, la insuficiente participación en la toma de decisiones, el manejo inadecuado del cambio y la falta de oportunidades de capacitación. En este dominio, el 44.4% de la población evaluada se ubicó en el nivel de riesgo medio. Según las recomendaciones de la NOM-035-STPS-2018, este resultado sugiere la necesidad de revisar la política institucional relacionada con los FRPST e implementar acciones orientadas a fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, mejorar las condiciones de trabajo y promover la resolución colaborativa de problemas, así como el desarrollo de habilidades y competencias laborales.

En cuanto al dominio *jornada de trabajo*, los resultados muestran niveles de riesgo nulo o despreciable en el 40% de la población y bajo en el 20%, lo que indica que no se requieren medidas adicionales. No obstante, este dominio debe considerarse de especial atención, ya que la jornada laboral en el sector de la construcción puede variar significativamente según la etapa del proceso constructivo y las características específicas de cada obra; por ello, se recomienda mantener una supervisión continua y realizar revisiones periódicas que permitan detectar oportunamente posibles cambios en las condiciones de trabajo.

El dominio *interferencia en la relación trabajo-familia* evalúa la influencia que ejerce el trabajo fuera del centro laboral, así como su impacto en las responsabilidades familiares y personales de los trabajadores. Los resultados muestran que el 33.33% de la población se encuentra en el nivel de riesgo nulo o despreciable y el 24.4% en el nivel bajo; estos valores indican que no se requieren medidas adicionales.

Por su parte, el dominio *liderazgo* contempla aspectos vinculados con la escasa claridad de funciones y las características de liderazgo ejercido dentro del entorno laboral. Los resultados muestran un nivel de riesgo nulo o despreciable en el 44.4% de la población evaluada, lo cual sugiere que no se requieren medidas adicionales. En términos interpretativos, puede inferirse que los trabajadores no perciben el liderazgo como un FRPST.

El dominio *relaciones en el trabajo* evalúa la calidad de las relaciones sociales en el entorno laboral, así como la existencia de posibles deficiencias en la interacción entre los colaboradores y sus supervisores. Los resultados mostraron que el 84.4% de la población se encuentra en el nivel de riesgo nulo o despreciable, lo cual, conforme a los criterios establecidos por la norma, indica que no se requieren medidas adicionales. Este resultado puede interpretarse como un factor positivo, ya que sugiere la presencia de un clima laboral favorable y relaciones interpersonales adecuadas entre los miembros del equipo de trabajo.

Por otro lado, el dominio *violencia* abarca la dimensión relacionada con la violencia laboral, entendida como cualquier tipo de acoso, maltrato o conducta que atente contra la integridad o salud de los trabajadores. Los resultados indican que el 55.6% de la población se encuentra en el nivel de riesgo nulo o despreciable, lo cual sugiere que no se requieren medidas adicionales.

En referencia al dominio *reconocimiento del desempeño*, este considera aspectos como la escasa o nula retroalimentación sobre el desempeño laboral, así como la falta de reconocimiento y compensación por los logros alcanzados. Los resultados muestran que el 31.1% de los trabajadores se encuentra en el nivel de riesgo medio. Según las recomendaciones de la NOM-035-STPS-2018, este resultado sugiere la conveniencia de implementar mecanismos orientados al reconocimiento del desempeño, la difusión de los logros individuales y la comunicación clara de las oportunidades de desarrollo dentro de la organización.

Por último, el dominio *insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad* contempla aspectos relacionados con la falta de identificación de los trabajadores con

la organización y la percepción de inestabilidad laboral. Los resultados indican que el nivel de riesgo con mayor frecuencia fue bajo (33.3%); este resultado sugiere la importancia de fortalecer la difusión de una política institucional para la prevención de los FRPST, promover un entorno organizacional favorable y mantener estrategias para la prevención de la violencia laboral.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir de la revisión de artículos científicos y de la aplicación del instrumento permitieron identificar los principales factores de riesgo psicosocial en el trabajo presentes en la industria de la construcción. A continuación, se analizan los hallazgos según los dominios evaluados en el instrumento aplicado, estableciendo su relación con los estudios revisados; para ello, se consideraron los niveles de riesgo con mayor frecuencia expresados en porcentajes dentro de cada dominio. Es importante señalar que la denominación de los dominios y dimensiones puede variar entre los diferentes estudios consultados; por tanto, en este análisis se optó por una correspondencia conceptual que permite identificar y comparar de manera más precisa los factores comunes entre las distintas investigaciones.

En relación con las condiciones del *ambiente de trabajo*, los resultados del presente estudio muestran que el 62.2% de la población se encuentra en niveles de riesgo que van de medio a muy alto. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Franco et al. (2019), quienes identificaron riesgos asociados a la exposición a polvo, radiación ultravioleta, realización de actividades de alto riesgo y accidentes provocados por maquinaria. De manera similar, Durango-Goez et al. (2022) y Cataño y Cataño (2022) señalaron niveles de riesgo muy alto en este dominio, mientras que Almaskati et al. (2024) destacaron que la industria de la construcción se caracteriza por entornos laborales desfavorables. En conjunto, estos resultados permiten concluir que el ambiente de trabajo constituye uno de los principales factores de riesgo psicosocial en las obras de construcción, debido a las condiciones físicas y operativas propias del sector.

El dominio *carga de trabajo* presentó niveles de riesgo que oscilan entre medio y muy alto en el 64.4% de la población evaluada. Estos resultados coinciden con diversas investigaciones que reportan demandas psicológicas, cognitivas y emocionales elevadas, las cuales representan un riesgo significativo para la salud de los trabajadores (Atoche et al., 2022; Cataño & Cataño, 2022; Fajarudin et al., 2021;

Valencia-González & Revelo-Oña, 2022). De igual forma, el informe de Almaskati et al. (2024) destaca la presencia de demandas laborales excesivas como un factor crítico dentro de la industria de la construcción. En contraste, Chauca-Chávez y Erazo-Salcedo (2023) reportaron niveles de riesgo más bajos, lo que podría sugerir una subestimación de este factor. En síntesis, los resultados del presente estudio refuerzan que la carga de trabajo es uno de los principales factores de riesgo psicosocial que pueden derivar en afectaciones tanto físicas como emocionales para los trabajadores del sector construcción.

Respecto al dominio *falta de control sobre el trabajo*, la obra de construcción evaluada presentó niveles de riesgo que van de medio a muy alto en el 51% de la población. Estos resultados evidencian la presencia de este FRPST en la industria de la construcción, con niveles de riesgo que pueden incidir negativamente en el bienestar y desempeño de los trabajadores (Atoche et al., 2022; Fajarudin et al., 2021; Muñoz et al., 2023). En contraste, otros autores reportaron que este factor no representa un riesgo significativo dentro del sector (Cataño & Cataño, 2022; Durango-Goez et al., 2022). Esta divergencia de resultados sugiere la necesidad de realizar investigaciones de tipo cualitativo que permitan comprender con mayor profundidad el contexto de este dominio.

En relación con el dominio *jornada de trabajo*, la obra de construcción evaluada mostró un 60% de la población en niveles de riesgo nulo o bajo. Este resultado contrasta con lo reportado por Rezaeian et al. (2021), quienes, mediante un estudio cualitativo, identificaron las largas jornadas laborales como uno de los factores predominantes de riesgo entre los trabajadores de la construcción. De manera similar, Cataño y Cataño (2022) señalaron que las demandas de la jornada de trabajo se ubicaron en un nivel de riesgo muy alto. Estas diferencias pueden explicarse por las particularidades del proceso constructivo en el momento de la evaluación o por una posible subestimación del riesgo percibido. En este sentido, se considera pertinente realizar una evaluación más profunda sobre las jornadas laborales en el sector.

Por otro lado, en el dominio *interferencia en la relación trabajo-familia*, los resultados de la aplicación del instrumento muestran que el 42.3% de la población se encuentra en niveles de riesgo que van de medio a muy alto. La revisión de estudios previos (Almaskati et al., 2024; Atoche et al., 2022; Chauca-Chávez & Erazo-Salcedo, 2023; Fajarudin et al., 2021; Muñoz et al., 2023) coincide en señalar este factor como uno de los FRPST predominantes dentro de la industria de la construcción.

Esta coincidencia refuerza la relevancia del dominio, ya que la interferencia entre las demandas laborales y las responsabilidades familiares constituye una fuente significativa de estrés para los trabajadores; en consecuencia, se evidencia la necesidad de implementar acciones orientadas a disminuir este riesgo.

En el dominio *liderazgo*, la evaluación realizada en la obra arrojó un 44.4% de trabajadores en el nivel de riesgo nulo o despreciable, mientras que la suma de los niveles de riesgo que van de medio a muy alto alcanzó el 35.6%. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Atoche et al. (2022), quienes identificaron un nivel de riesgo medio bajo (30%) en la dimensión de apoyo social y liderazgo, y con Cataño y Cataño (2022), que registraron un nivel de riesgo bajo. En contraste, Chauca-Chávez y Erazo-Salcedo (2023) señalaron un nivel de riesgo medio, mientras que Valencia-González y Revelo-Oña (2022) reportaron un nivel alto. Estas discrepancias evidencian la necesidad de evaluaciones más específicas.

Los resultados en el dominio *relaciones en el trabajo* muestran que el 84.4% de los trabajadores se encuentran en niveles de riesgo nulo o despreciable y bajo, lo que sugiere la existencia de relaciones interpersonales adecuadas dentro del entorno laboral. En contraste, el estudio cualitativo de Rezaeian et al. (2021) evidenció una percepción más variable, ya que, ante la pregunta sobre la posibilidad de contar con el apoyo de los compañeros para resolver problemas o dificultades laborales, la respuesta más frecuente fue “algunas veces”, lo que refleja un apoyo social moderado. Por su parte, Cataño y Cataño (2022) identificaron las relaciones sociales en el trabajo con niveles de riesgo bajo y medio, mientras que la relación con los colaboradores se clasificó como sin riesgo o despreciable. Asimismo, Durango-Goez et al. (2022) reportaron un nivel de riesgo bajo (40%) en las relaciones sociales. En conjunto, estos hallazgos indican que, aunque la mayoría de los trabajadores perciben relaciones laborales favorables, pueden persistir áreas de mejora vinculadas al fortalecimiento del apoyo social y la cooperación en el entorno de trabajo.

En el dominio *violencia laboral*, los resultados mostraron que el 71.2% de los trabajadores se encuentra en niveles de riesgo nulo y bajo. Estos hallazgos contrastan con los de Fajarudin et al. (2021), quienes identificaron el acoso laboral como un FRPST frecuente en la industria de la construcción, y con los resultados de Rezaeian et al. (2021), donde los trabajadores reportaron experimentar humillaciones mediante gestos, sarcasmos, críticas e insultos casi a diario, así como aislamiento y exclusión de las actividades laborales de forma mensual. A partir de esta compara-

ción, podría plantearse la posibilidad de una subestimación del riesgo en este dominio, lo que resalta la necesidad de realizar evaluaciones más profundas mediante investigaciones cualitativas o instrumentos específicos enfocados en la detección de violencia laboral, con el fin de promover su atención y prevención oportuna.

Los resultados en el dominio *reconocimiento del desempeño* muestran que el 46.6% de la población se encuentra en niveles de riesgo que van de medio a muy alto. Estos hallazgos coinciden con los reportados en otros estudios, donde este dominio se ha mantenido en niveles de riesgo altos (Atoche et al., 2022; Cataño & Cataño, 2022). En conjunto, la evidencia sugiere que la industria de la construcción continúa siendo vulnerable en los FRPST relacionados con este dominio.

Por último, en el dominio *sentido de pertenencia e inestabilidad*, los resultados muestran que el 37.7% de la población se encuentra en niveles de riesgo que van de medio a muy alto. Este hallazgo guarda relación con lo reportado por Valencia-González y Revelo-Oña (2022), quienes identificaron la inseguridad respecto al empleo como un factor relevante, con un nivel de riesgo alto (72.55%).

Conclusión

La industria de la construcción constituye un pilar fundamental para el desarrollo económico tanto a nivel nacional como internacional; no obstante, los trabajadores de este sector presentan una alta vulnerabilidad debido a la exposición constante a diversos riesgos derivados de la naturaleza cambiante de los procesos constructivos y de la insuficiente aplicación o vigilancia de la normativa laboral. En este contexto, la NOM-035-STPS-2018 representa una herramienta clave para la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

Conforme a los resultados de la investigación, los factores de riesgo psicosocial con mayor presencia fueron el *ambiente de trabajo*, la *carga de trabajo* y el *reconocimiento del desempeño*, todos ellos ubicados en niveles altos de riesgo. Estos dominios representan áreas críticas que pueden generar afectaciones relevantes en la salud física y mental de los trabajadores. Al respecto, se concluye que los empleados del sector de la construcción se encuentran expuestos de manera constante a entornos laborales desfavorables.

Los factores de riesgo psicosocial en el trabajo que presentaron discrepancias con respecto a investigaciones previas corresponden a los dominios de *jornada de trabajo*, *violencia*, *falta de control sobre el trabajo*, *interferencia en la relación*

trabajo-familia y sentido de pertenencia. Estos resultados evidencian la necesidad de desarrollar investigaciones más profundas, tanto de enfoque cuantitativo como cualitativo, que permitan analizar con mayor detalle dichos dominios y comprender los factores contextuales que inciden en su variabilidad. De esta manera, se evitará que los resultados sean interpretados erróneamente o confundidos con una posible subestimación de los riesgos por parte de los trabajadores.

Finalmente, los factores que presentaron niveles de riesgo bajos fueron las *relaciones en el trabajo y el liderazgo*. Esto permite concluir que los trabajadores perciben sus relaciones sociales como favorables, lo que puede actuar como un factor protector frente a otros riesgos presentes en el entorno laboral. Asimismo, estos resultados reflejan que, pese a las condiciones adversas e inherentes a las obras de construcción, los aspectos vinculados al liderazgo y a la convivencia laboral se mantienen en niveles adecuados, contribuyendo al fortalecimiento del clima organizacional y al bienestar general de los trabajadores.

En resumen, se determina que la investigación en sectores vulnerables, como el de los trabajadores de la construcción, continúa siendo limitada, a pesar de las alarmantes cifras de accidentes, enfermedades y defunciones relacionadas con el trabajo. Esta carencia de estudios profundos restringe la generación de conocimiento necesario para el diseño e implementación de programas y políticas eficaces que contribuyan a mejorar las condiciones laborales y la prevención de riesgos psicosociales en este sector.

Referencias

- Acolin, A., Green, R., & Hoek-Smit, M. (2021). *Subir un escalón: el papel del sector de la construcción en la generación de empleos y la reconstrucción de las economías de mercados emergentes*. Habitat for Humanity. https://www.habitat.org/sites/default/files/documents/A%20Ladder%20Up%20Report_ESP.pdf
- Almaskati, D., Kermanshachi, S., & Pamidimukkala, A. (2024). A Review on the Mental Health Stressors of Construction Workers. En H. Wei (Ed.), *International Conference on Transportation and Development 2024: Transportation Safety and Emerging Technologies - Selected Papers from the International Conference on Transportation and Development 2024* (pp. 10-21). American Society of Civil Engineers (ASCE). <https://pure.psu.edu/en/publications/a-review-on-the-mental-health-stressors-of-construction-workers/>

- Atoche, A., Quispe, M., Anicama, E. A., & Huaman, E. J. (2022). Factores de riesgo psicosocial y compromiso organizacional en trabajadores de una empresa de construcción de Lima Metropolitana 2021. *Diligentia*, 4(1), 40-53. <https://doi.org/10.64791/q4p1ag85>
- Cataño, L., & Cataño, E. (2022). Factores de riesgo psicosocial intralaborales y estrés en empleados de una compañía constructora de Colombia. *Salud de los Trabajadores*, 30(1), 33-44. <https://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol30n1/vol30n12022.pdf>
- Chauca-Chavez, E., & Erazo-Salcedo, L. G. (2023). Análisis del riesgo psicosocial y su relación con el consumo de alcohol en trabajadores de la construcción de Ven Constructora. *Polo del Conocimiento*, 8. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6184>
- Durango-Goez, S., Plaza-Gómez, M. T., & Hernández-Riaño, H. E. (2022). Satisfacción laboral y riesgos psicosociales en el sector de la construcción en Montería (Colombia). *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 93.
- Fajarundin, K., Erwaindi, D., & Kadir, A. (2021). Impactos de los factores psicosociales en la salud entre trabajadores de la construcción: una revisión sistemática. *Revista de Salud Pública*, 5, 490-504.
- Franco, J. G., Castillo, R., & Gaona, E. (2019). Los peligros para la salud de los trabajadores de la industria de la construcción. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20, 8-15. <http://www.proverifica.com/mvdcst.htm>
- Gobierno de México. (2025). *DATA MÉXICO. Construcción, Sector (23)*. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/industry/construction>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2024). *Memoria estadística 2023*. <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2024>
- Jenkin, G., Donnan, L., Bowden, C., & Hoskin, A. (2024). Workplace psychosocial stressors in the construction industry: Perspectives of construction industry stakeholders. *BRANZ External Research Report ER93*. https://mates.net.nz/wp-content/uploads/2024/09/MATES-and-BRANZ-Workplace-Psychosocial-Stressors-Focus-Group-Report-September-2024_web.pdf
- Muñoz, J. K., Soto, R. W., Cáceres, Y. N., Rosario, T., Flores-Vilcapoma, L. R., Sánchez-Solís, Y., Baldeon, R. J., & Mendoza, H. A. (2023). Prevalencia de riesgos psicosociales en colaboradores de la empresa eSmelter SA – minería y construcción. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 5448-5466.

- Organización Internacional del Trabajo. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo. Naturaleza, incidencia y prevención*. OIT-OMS.
- Organización Internacional del Trabajo. (2015, marzo 23). *La construcción: un trabajo peligroso*. <https://www.ilo.org/es/resource/la-construccion-un-trabajo-peligroso>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. OIT. <https://www.ilo.org/es/publications/estr%C3%A9s-en-el-trabajo-un-reto-colectivo>
- Rezaeian, N., Tang, L., & Hardie, M. (2021). Psychosocial hazards and risks in the construction industry in new south wales, australia. *World Construction Symposium*, 483–491. <https://doi.org/10.31705/WCS.2021.42>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). Norma Oficial Mexicana Nom-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 23-10-2018. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0
- Toro-Rincón, A., & Ramos-Alfonso, Y. (2025). Evaluación de factores de riesgo psicosociales y su relación con la accidentabilidad en trabajadores de una empresa de la construcción, ciudad de Guayaquil. *593 Digital Publisher CEIT*, 10(1), 557–569. <https://doi.org/10.33386/593dp.2025.1.2886>
- Torres, J., & Franco, J. (2022). Riesgos y exigencias laborales en una obra de construcción en la ciudad de México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 23(1), 43–50.
- Valencia-González, E., & Revelo-Oña, R. (2022). Diagnóstico de factores de riesgos psicosociales en una empresa de construcción. *593 Digital Publisher CEIT*, 7(6–2), 202–220. <https://doi.org/10.33386/593dp.2022.6-2.1535>

2

Percepción familiar sobre la capacidad para el trabajo en personas con diagnóstico de esquizofrenia

Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

Resumen

El objetivo de este capítulo es describir la percepción familiar sobre la capacidad laboral de las personas con esquizofrenia desde una perspectiva de consenso cultural. El estudio se desarrolló bajo un diseño cualitativo-descriptivo con enfoque en la antropología médica. La muestra se determinó mediante un cálculo probabilístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Participaron 40 familiares de personas con esquizofrenia atendidas en el Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones (IJSMA), seleccionados mediante un muestreo probabilístico simple aleatorizado. Los resultados evidenciaron un único consenso cultural con significancia estadística ($p \leq 0.05$), en el cual la capacidad para el trabajo fue identificada como la principal limitación percibida por las familias. Se concluye que la percepción familiar contribuye a construir las barreras que dificultan el acceso de las personas con esquizofrenia a una vida autónoma e independiente. Por ello, resulta fundamental atender las ideas preconcebidas de los cuidadores, ya que estas pueden obstaculizar su adecuada inclusión social. Asimismo, se resalta la necesidad de profundizar en el estudio del estigma, el autoestigma y la reestigmatización, fenómenos que condicionan de manera decisiva la vida de quienes presentan un trastorno mental grave.

Palabras clave: consenso cultural, discapacidad para el trabajo, estigma, esquizofrenia, salud mental

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental de etiología multifactorial, naturaleza heterogénea y carácter discapacitante, considerado uno de los padecimientos psiquiátricos más complejos (Revilla-Zúñiga et al., 2025). Se estima que las personas que viven con esta enfermedad presentan un riesgo de mortalidad hasta tres veces mayor en comparación con la población general (Dickerson et al., 2024), y que esta condición clínica se ubica entre las quince enfermedades más discapacitantes a nivel mundial (Pinato, 2021).

Una de las principales limitaciones reportadas en las personas con esquizofrenia es la dificultad para llevar una vida independiente sin la asistencia de un cuidador, así como para mantener un empleo de forma constante. Si bien estas barreras suelen atribuirse a factores intrínsecos del propio trastorno, también pueden derivarse del estigma social que acompaña la vida de quienes lo padecen (Sanhueza & Galaz, 2023).

Si bien la inserción laboral de las personas con esquizofrenia es una problemática de carácter público debido a las limitaciones clínicas y funcionales propias de cada caso, el estigma y la discriminación representan barreras significativas que restringen sus oportunidades en el ámbito laboral (Aragão & Augusto, 2020). En la sociedad persiste un alto grado de desinformación y prejuicio respecto a los trastornos mentales, lo que contribuye a la reproducción de ideas erróneas que afectan directamente la inclusión y el bienestar de quienes viven con estas condiciones.

La integración laboral es un elemento primordial para la recuperación e inclusión social de las personas con esquizofrenia. El empleo representa un elemento clave en su proceso de rehabilitación, pues aporta reconocimiento social, refuerza el autoconcepto, proporciona estructura y contribuye al bienestar general (Sánchez-Balsa & Sobrido-Prieto, 2021). No obstante, las oportunidades laborales destinadas a esta población deben adecuarse a sus capacidades y habilidades, y no limitarse al cumplimiento de cuotas establecidas por políticas empresariales incluyentes, ya que, con frecuencia, las personas con este diagnóstico aceptan cualquier empleo disponible sin considerar sus destrezas o preferencias (Corbière et al., 2024). Además, resulta indispensable que las condiciones laborales incluyan una remuneración justa y acorde con los estándares del mercado.

Por tanto, se llevó a cabo un estudio con el propósito de conocer la percepción de los familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia atendidas en el Cen-

tro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME E.P.) del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones (IJSMA), respecto a la capacidad laboral de sus familiares. Para ello, se empleó la técnica del consenso cultural, propia de la antropología médica, con el fin de identificar las percepciones compartidas por los familiares en torno a esta temática.

Método

El presente estudio se desarrolló bajo un diseño cualitativo, orientado a la investigación antropológica médica, con un enfoque descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 familiares de usuarios del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones (IJSMA), residentes de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico simple aleatorizado. El tamaño de la muestra se determinó conforme a los criterios propuestos por Weller y Romney (1998), con el objetivo de alcanzar un nivel de competencia superior al 50%, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

El dominio cultural se validó considerando una razón de variabilidad igual o superior a tres (Borgatti, 1994). Mediante el método de agrupamiento de Johnson se integraron los ítems con características similares, a partir de los cuales se elaboraron las gráficas de distancias virtuales en escala multidimensional, con un ajuste de estrés inferior a 0.100 entre todos los ítems (Clark et al., 1998). Para el análisis de datos se empleó el software Anthropac® (Borgatti, 1994), con el propósito de calcular la razón entre las varianzas y determinar el grado de consenso cultural en torno a la percepción de la capacidad laboral de las personas diagnosticadas con esquizofrenia según sus familiares.

Se identificó a las personas con diagnóstico confirmado de esquizofrenia mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), adaptada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Heinze et al., 2000). Los participantes fueron usuarios del IJSMA, y se programaron visitas domiciliarias con apoyo del área de Trabajo Social. Se incluyeron los cuidadores primarios de las personas diagnosticadas con esquizofrenia. A cada familiar, de manera individual y en un espacio privado, se le explicó el estudio y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. Posteriormente, siguiendo la técnica de listas libres (Fleisher & Harrington, 1998), un grupo de investigadores capacitados aplicó preguntas abiertas relacionadas con la percepción de la capacidad laboral de sus familiares. Las res-

puestas fueron registradas en un formato especial diseñado para su análisis mediante el programa Anthropac®.

La investigación se realizó en cumplimiento de lo establecido en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, atendiendo lo dispuesto en los artículos 13 y 14 (fracciones I a VIII) del Título Segundo, relativo a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Asimismo, se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (AMM, 2024) y las disposiciones de la Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Médicas (Prasad, 2018).

El estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. No obstante, se solicitó a los participantes la firma de una carta de consentimiento informado, garantizando su participación voluntaria y la confidencialidad de los datos. La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación de la Unidad de Investigación Social, Epidemiología y Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (UISESS-IMSS), así como por el Comité de Investigación y el Comité de Ética del IJSMA.

Resultados

Del total de 40 participantes, todos familiares de personas con esquizofrenia atendidas en el IJSMA, la edad promedio fue de 48 años. La totalidad de los entrevistados se identificó como cuidador primario de su familiar con diagnóstico de esquizofrenia. El 55% de los cuidadores refirió mantener una buena relación con la persona a su cargo. En cuanto al parentesco, la muestra estuvo conformada por siete madres, tres padres, diecinueve hermanos, dos cuñados, dos primos, cuatro sobrinos, una esposa y dos tías.

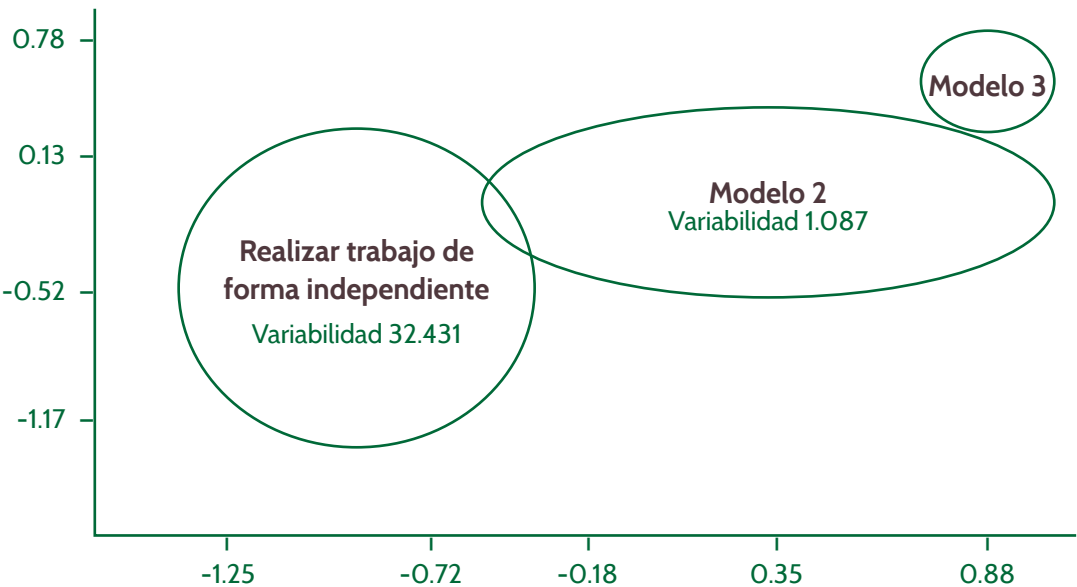
Respecto a la concepción de la discapacidad laboral en personas con esquizofrenia desde la perspectiva del cuidador familiar, se identificó un único modelo cultural válido, con una razón de probabilidad de 29.82 y una significancia estadística de $p \leq 0.05$, que explicó el 94.8% de la variabilidad total de los ítems del modelo (Tabla 1). La mayoría de los participantes coincidió en la percepción de que las personas con esquizofrenia son incapaces de desempeñar un trabajo.

Asimismo, se encontró un diagrama multidimensional con un ajuste de estrés del 0.01, representado en la Figura 1.

Tabla 1
Modelo de Consenso Cultural sobre la capacidad para el trabajo

Modelo	Varianza	%	Razón de probabilidad
1	32.43	94.8	29.82
2	1.08	3.2	1.60
3	0.67	2.0	
Total	34.19	100	

Figura 1
Gráfico multidimensional sobre la discapacidad



Discusión

Históricamente, las personas con alguna discapacidad –particularmente aquellas con discapacidades mentales– han sido objeto de discriminación al ser consideradas incapaces de conducir su propia vida de manera autónoma. El trabajo constituye un elemento fundamental para que cualquier persona acceda a los medios necesarios para sostener una vida independiente. Diversos autores han señalado que quienes presentan un trastorno mental grave, como la esquizofrenia, tienden a asumir con resignación la idea culturalmente impuesta de su supuesta incapacidad o discapacidad (Ebuenyi et al., 2018). Con muy pocas expectativas de productividad dentro de la sociedad, esta visión negativa y limitante es compartida, según los

mismos autores, incluso por algunos profesionales de la salud, lo que contribuye a reforzar los estigmas y las barreras que enfrentan las personas con esquizofrenia.

En la presente investigación se observó que la mayoría de los cuidadores de personas con esquizofrenia perciben el trabajo como la principal limitación que enfrentan sus familiares. Este hallazgo coincide con lo reportado en diversos estudios, los cuales señalan que las personas con trastornos mentales suelen ser consideradas incapaces de mantener un empleo formal, asistir de manera regular y cumplir con las exigencias y horarios propios del ámbito laboral (Hampson et al., 2020).

Estudios realizados en distintos contextos respaldan estos hallazgos. Shurka (1982), en Israel, destacó que las personas con trastornos mentales suelen ser percibidas como incapaces de desempeñar un trabajo, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación. De manera similar, Gutiérrez-Maldonado et al. (2012) identificaron en Chile percepciones familiares análogas a las reflejadas en el consenso cultural sobre esta temática. En contraste, Magliano et al. (2004) reportaron en Italia que el 56% de los familiares consideraba que las personas con esquizofrenia poseen la capacidad de trabajar al igual que cualquier otra persona y sin necesidad de supervisión especial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), la disfunción laboral constituye la principal causa de discapacidad en las personas con trastornos mentales. Un estudio multicéntrico realizado en diversos países de la Unión Europea (UE) evidenció que, incluso en contextos considerados del primer mundo, las personas con problemas de salud mental continúan enfrentando desigualdades en el acceso al empleo en comparación con la población general (Ruiz et al., 2012).

La supuesta incapacidad laboral de las personas con esquizofrenia debe entenderse, en gran medida, como consecuencia de las barreras culturales que se les atribuyen, más que como una limitación inherente al padecimiento. Si bien las personas con este diagnóstico pueden presentar alteraciones en diversas funciones cognitivas que preceden la aparición de la psicosis (Vita et al., 2022) –y que, en algunos casos, se agravan por los efectos secundarios de los medicamentos neurolépticos–, suelen ser más vulnerables al estigma social, lo que condiciona su acceso a un empleo digno. Estas creencias erróneas restringen sus posibilidades de reinserción social y limitan sus oportunidades laborales (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012).

Las personas con esquizofrenia tienen la misma necesidad y el mismo derecho que cualquier otro individuo de acceder a un empleo formal y remunerado. A

través de esta inserción laboral, pueden también vincularse con servicios de salud que ofrezcan programas especializados para el seguimiento psiquiátrico de su condición, la prevención de recaídas y la participación en programas comunitarios de rehabilitación psicosocial (Craven et al., 2024).

Diversos estudios señalan que, cuando las personas con esquizofrenia logran acceder a un empleo, suelen desempeñar ocupaciones no especializadas (Corbière et al., 2024). En este sentido, si bien los programas de inserción laboral han demostrado cierta eficacia en el incremento de la empleabilidad, su impacto continúa siendo limitado cuando se trata de facilitar el acceso a puestos de trabajo especializados. Algunos autores (Araujo, 2016) sostienen que para eliminar el estigma organizacional asociado a los trastornos mentales es necesario implementar programas de educación orientados a promover la comprensión de estas condiciones, así como la equidad y la inclusión laboral. De igual manera, resulta fundamental que las personas con esquizofrenia y sus familias participen en procesos psicoeducativos que les permitan reconocer y superar las barreras culturales que refuerzan su exclusión. Por tanto, el abordaje de la discapacidad en relación con la esquizofrenia debe asumirse como un eje central en los programas de rehabilitación e inclusión social, dada su relevancia en el fortalecimiento de la salud emocional, la autoestima, la estabilidad económica y el acceso equitativo a oportunidades de desarrollo.

Además, es importante considerar que las personas con este tipo de discapacidad, así como sus familias, enfrentan costos adicionales derivados del tratamiento y de diversas formas de inversión necesarias para mantener un nivel de calidad de vida similar al de las personas sin discapacidad (OMS, 2024). Estos gastos –que incluyen consultas especializadas, dispositivos asistenciales, transporte con costos elevados y dietas específicas–, junto con la pérdida de productividad laboral, refuerzan la urgencia de que los programas públicos y privados otorguen una atención prioritaria a este desafío. A ello se suma el empobrecimiento progresivo que experimentan muchas familias que asumen el cuidado de un integrante temporal o permanentemente limitado para realizar actividades cotidianas. Los cuidadores primarios, con frecuencia, se ven obligados a renunciar a sus empleos o reducir sus jornadas laborales para brindar atención a sus familiares, lo que genera consecuencias económicas y sociales, además de un desgaste físico y emocional que repercute directamente en su salud y bienestar.

Conclusiones

La mayoría de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran en tratamiento poseen la capacidad de desarrollar una vida laboral funcional. Por ello, los profesionales de la salud que acompañan su atención y la de sus familias deben sensibilizarse respecto a las posibilidades reales de inserción laboral de esta población, brindando orientación adecuada sobre los momentos del proceso de recuperación en que la persona puede reincorporarse al trabajo y el nivel de exigencia laboral que puede asumir sin comprometer su estabilidad clínica.

La evidencia internacional demuestra que el estigma puede combatirse mediante campañas sostenidas contra la discriminación. En más de veinte países europeos se ha constatado la efectividad de este tipo de intervenciones a largo plazo para modificar percepciones sociales y promover la inclusión. Sensibilizar a la sociedad y cuestionar las actitudes negativas hacia la enfermedad mental constituye un paso fundamental para construir una nueva conciencia sobre la discapacidad, desterrando la falsa equivalencia entre discapacidad e incapacidad.

Referencias

- Aragão, G., & Augusto, D. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), 1- 20.
- Araujo, J. L. (2016). *La rehabilitación laboral en personas con esquizofrenia* [Tesis de Licenciatura]. Fundación para el Desarrollo de Actividades Psicosociales, Córdoba, Argentina.
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principio éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. AMM.
- Borgatti, S. P. (1994). Cultural Domain analysis. *Journal of Quantitative Anthropology*, 4, 261-278. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Clark, L., Vojir, C., Hester, N. O., Foster, R., & Miller, K. I. (1998). MDS and QAP: How do children rate painful experiences? En V. C. De Munk, & E. J. Sobo, *Using methods in the field. A practical Introduction and Casebook* (pp.229-247). Altamira Press.
- Craven, K., De Dios Pérez, B., Holmes, J., Fisher, R., & Radford, K. A. (2024). Factors influencing employers' support for employees with acquired brain injuries or mental illness to return to-and stay in work: A qualitative systematic review. *Work*, 79(1), 93-121.

- Corbière, M., Villotti, P., Berbiche, D., & Lecomte, T. (2024). Predictors of job tenure for people with a severe mental illness, enrolled in supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 47(1), 64.
- Dickerson, F., Khan, S., Origoni, A., Rowe, K., Katsafanas, E., Harvin, A., & Yolken, R. (2024). Risk factors for natural cause mortality in schizophrenia. *JAMA Network Open*, 7(9), e2432401-e2432401.
- Ebuenyi, I., Syurina, E., J, B., & Regeer, B. (2018). Barriers to and facilitators of employment for people with psychiatric disabilities in Africa: a scoping review. *Global Health Action*, 11(1), 1-18.
- Fleisher, M. S., & Harrington, J. A. (1998). Free listing. Managment at a woman federal prision camp. En V. C. De Munk, & E. J. Sobo, *Using methods in the field. A practical Introduction and Casebook* (pp.69-84). Altamira Press.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 254-262.
- Hampson, M., Watt, B., Hicks, & Richard. (2020). Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Heinze, G., Sheehan, D., & Cortés, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 5.0.0. DSM-IV*. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Ley General de Salud. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 07-06-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., Maj, M., & The Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patient's relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330. <https://doi.org/10.1177/0020764004046073>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud mental en el trabajo*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Pinato, M. (2021). *Reinserción laboral y rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia*. Universidad de la República de Uruguay.

- Prasad, C. (2018). International Conference on Harmonization: an Overview. *International Journal of Drug Regulatory Affairs*, 2(3), 19-26.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 02-04-2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Revilla-Zúñiga, J., Sagástegui-Soto, A., Carazas-Vera, M., & Saavedra-Castillo, A. (2025). Revisión actualizada de recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia en un instituto especializado: enfoque en terapias farmacológicas y psicosociales. *Revista de Neuropsiquiatría*, 88(2), 147-6. <http://doi.org/10.20453/rnp.v88i2.6248>
- Ruiz, M. A., Montes, J. M., Correas, J., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106.
- Sánchez-Balsa, A., & Sobrido-Prieto, M. (2021). Efectividad en intervenciones destinadas al empleo en personas con esquizofrenia desde terapia ocupacional. Revisión sistemática. *TOG*, 18(1), 46-54.
- Sanhueza, G., & Galaz, G. (2023). Inserción laboral y esquizofrenia: Una revisión de literatura desde el Trabajo Social. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 24, 183-206. <https://doi.org/10.54789/rihumso.23.12.24.9>
- Shurka, E. (1983). Attitudes of Israeli Arabs toward the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 29(2), 101-110. <https://doi.org/10.1177/002076408302900203>
- Vita, A., Gaebel, W., Mucci, A., Sachs, G., Erfurth, A., Barlati, S., Zanca, F., Giordano, G. M., Birkedal-Glenhøj, L., Nordentoft, M., & Galderisi, S. (2022). European Psychiatric Association guidance on assessment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry*, 65(1), e58. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2316>
- Weller, S., C., & Romney, K. A. (1998). *Systematic data collection. Qualitative Research Methods*. Sage Publications.

3

Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo de los fabricantes de ladrillos

*Genoveva Rizo Curiel, Josefina Fausto Guerra, Verónica Camacho Santillán
y Fabián Agustín Herrera Escobar*

Resumen

La salud laboral y la ergonomía analizan la interacción entre el entorno de trabajo y las personas. En este ámbito, los trastornos musculoesqueléticos (TME) –lesiones que afectan músculos, tendones, ligamentos, nervios, articulaciones, cartílagos, huesos o vasos sanguíneos de extremidades, cabeza, cuello o espalda– son cada vez más frecuentes, especialmente en actividades que implican levantar, empujar o jalar objetos.

En la fabricación artesanal de ladrillos, las principales actividades comprenden cargar, moldear, hornear y apilar. Para determinar la prevalencia de TME, se evaluó a 310 trabajadores mayores de 60 años del municipio de Tonalá, Jalisco, utilizando el Cuestionario Nórdico Estandarizado. La mayoría labora entre seis y ocho horas diarias, pertenece al rango de 60 a 65 años, cuenta con una escolaridad promedio de cuatro años y registra una antigüedad laboral media de 26 años.

El 70.1% reportó síntomas de TME en al menos una de las nueve áreas corporales, siendo la espalda la más afectada y los codos la menos comprometida. La fase de moldeado resultó la de mayor incidencia, con afectaciones significativas en cuello, espalda dorsal y lumbar, hombros, codos, rodillas y tobillos.

Palabras clave: ergonomía, proceso, trabajo, trastornos musculoesqueléticos

Introducción

La salud laboral y la ergonomía se enfocan en analizar la relación entre el entorno de trabajo y las personas (Clark et al., 2023). Desde una perspectiva preventiva, ambas disciplinas buscan adecuar las condiciones y la organización del trabajo a las características individuales, con el propósito de alcanzar un equilibrio que favorezca la eficiencia, la comodidad y la seguridad en el desempeño laboral (Budiyanto et al., 2024). Sin embargo, esta adaptación no siempre resulta viable. En la fabricación artesanal de ladrillos, por ejemplo, los factores de riesgo ergonómicos suelen estar poco controlados (Das, 2021), lo que incrementa la incidencia de trastornos musculoesqueléticos (TME). Estos se definen como lesiones que afectan músculos, tendones, ligamentos, nervios, articulaciones, cartílagos, huesos o vasos sanguíneos de las extremidades, cabeza, cuello o espalda, y que se desarrollan o agravan a causa de actividades laborales que implican levantar, empujar o jalar objetos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012).

Las cuatro actividades principales en la fabricación de ladrillos –cargar, moldear, hornear y apilar– implican posturas forzadas, esfuerzo físico constante y movimientos repetitivos que, en conjunto, pueden provocar lesiones, inflamaciones o enfermedades del sistema musculoesquelético (Pratiwi & Kalyana, 2022).

Los TME constituyen uno de los principales efectos adversos asociados a este tipo de trabajo, sobre todo cuando los factores de riesgo ergonómicos –como las posturas forzadas, los esfuerzos físicos intensos y la repetición de movimientos durante largas jornadas– no se controlan adecuadamente. A ello se añaden las características sociodemográficas de los trabajadores, las cuales también inciden de forma significativa en su estado de salud (Pérez & Vicario-Molina, 2016).

El sistema de trabajo, transmitido de generación en generación como parte de un legado cultural y económico, representa un desafío importante para mejorar las condiciones ergonómicas y prevenir los TME (Budiyanto et al., 2024).

Desarrollo

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, por sus siglas en inglés) define los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (TME) como un conjunto de afecciones que comprometen nervios, tendones, músculos y

estructuras de soporte, como los discos intervertebrales. Estos trastornos abarcan una amplia gama de condiciones que pueden presentarse con diferente grado de severidad y manifestarse de forma aguda o crónica. Entre los TME más comunes se encuentran el síndrome del túnel carpiano, el síndrome de tensión cervical y el dolor lumbar, entre otros (NIOSH, 1997).

En el contexto de la fabricación artesanal de ladrillos, los TME representan uno de los principales efectos adversos para la salud de los trabajadores. Esta actividad implica movimientos repetitivos, aplicación de fuerza excesiva, posturas forzadas o mantenidas, exposición a vibraciones y condiciones térmicas extremas. Además, factores ambientales como el ruido, la iluminación, la temperatura y la radiación afectan directamente el comportamiento, el rendimiento, el bienestar y la motivación laboral. La ausencia de pausas adecuadas o el exceso de repeticiones durante jornadas prolongadas incrementan el riesgo de aparición de TME. De igual forma, las características sociodemográficas de los trabajadores influyen en su estado de salud dentro de las ladrilleras (Da Costa & Vieira, 2010; González & Lázaro, 2004; Hussain, 2004; Sáez & Manríquez, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha señalado el incremento de las patologías musculoesqueléticas como un problema de salud pública a nivel mundial. En este contexto, el periodo 2000-2010 fue proclamado la “Década del Hueso y las Articulaciones”, con el propósito de fomentar la investigación, la prevención y el tratamiento de estas enfermedades (Lidgren, 2003).

Proceso de fabricación artesanal de ladrillos

El proceso de fabricación artesanal de ladrillos comprende diversas etapas que exigen un alto esfuerzo físico y exposición a factores de riesgo ergonómicos. Entre las principales actividades se incluyen la obtención de materia prima; transporte de materiales como agua, arcilla, estiércol, aserrín y gabazo de maguey; limpieza del área de trabajo; dosificación; mezclado; moldeo; secado; apilado en estado crudo; armado y forrado del horno; cocción; enfriado del horno; raspado; carga de ladrillos para transporte; y finalmente, la venta o distribución.

A continuación, se describen las etapas del proceso y los riesgos ergonómicos asociados (Das, 2021; González et al., 2008, 2010; Hagberg, 2001; Hinojosa & Velasco, 2004; Messing & Kilbom, 2001):

- Extracción de arcilla: consiste en picar, excavar y cargar la tierra. Implica un esfuerzo físico elevado, con riesgo de dolor lumbar, tendinitis y fatiga muscular. Los principales factores de riesgo son las posturas forzadas, el levantamiento manual de cargas y la exposición a vibraciones.
- Transporte de arcilla: una vez extraída, la arcilla se traslada en carretillas o costales. Esta tarea genera sobreesfuerzo físico y manipulación repetitiva, lo que puede provocar lumbalgias, compresión de la columna y dolor en hombros por acciones de empuje o tracción.
- Mezclado y amasado: en esta fase la arcilla se mezcla con agua y otros materiales, usualmente en cuclillas y con movimientos repetitivos. Estas condiciones ocasionan molestias en rodillas, muñecas y zona lumbar.
- Moldeo de ladrillos: se da forma a los ladrillos de manera manual o con moldes. Los movimientos repetitivos y las posturas estáticas prolongadas pueden derivar en tendinitis en muñecas y codos, además de dolor en hombros.
- Apilado: los ladrillos se cargan y colocan para su secado al sol. La tarea implica levantamientos frecuentes y posturas incómodas, que provocan dolor en espalda, hombros y brazos.
- Carga del horno: requiere acomodar los ladrillos dentro del horno, exponiendo a los trabajadores al calor intenso y a la manipulación de cargas, con riesgo de dolor lumbar, distensión muscular y fatiga general.
- Cocción y vigilancia: durante esta fase se supervisa la quema y se alimenta el horno con combustible. La exposición prolongada al calor extremo y las posturas estáticas generan dolor en espalda y piernas, además de fatiga térmica.
- Descarga y apilado: los ladrillos cocidos se retiran del horno y se apilan. Este trabajo implica un esfuerzo físico considerable, con levantamiento y transporte manual de cargas, lo que puede causar lesiones lumbares y sobrecarga en las extremidades superiores.

En la Tabla 1, se muestran las etapas del proceso, las actividades principales de cada etapa, los TME asociados y el riesgo ergonómico.

Tabla 1
Proceso de trabajo de las personas dedicadas a la fabricación de ladrillo y trastornos musculoesqueléticos

Etapas del proceso	Actividades principales	Trastornos musculoesqueléticos	Riesgo ergonómico
Extracción de arcilla	Picar, excavar y cargar tierra	Dolor lumbar, tendinitis, fatiga muscular	Posturas forzadas, levantamiento manual de cargas, vibraciones
Transporte de arcilla	Llevar la arcilla con carretilla o costales	Lumbalgias, compresión de columna, dolor de hombros	Sobreesfuerzo físico, manipulación repetitiva, empuje/tracción
Mezclado y amasado	Mezcla de tierra con agua y otros materiales	Dolor en rodillas, muñecas y espalda baja	Trabajo en cuclillas, movimientos repetitivos
Moldeo de ladrillos	Dar forma manual o con moldes	Tendinitis en muñecas y codos, dolor en hombros	Movimientos repetitivos, posturas estáticas prolongadas
Apilado	Cargar y colocar ladrillos para secar	Dolor de espalda, hombros y brazos	Levantamiento frecuente, posturas incómodas
Carga del horno	Acomodo de ladrillos en el horno	Dolor lumbar, distensión muscular, fatiga general	Manipulación manual de cargas, calor excesivo
Cocción y vigilancia	Vigilar la quema y alimentar el horno	Dolor de espalda, piernas y fatiga por calor	Exposición a calor extremo, posiciones estáticas prolongadas
Descarga y apilado	Sacar y apilar los ladrillos cocidos	Lesiones lumbares, sobrecarga de extremidades superiores	Levantamiento y transporte manual de carga

Nota. Elaborado con base en Das, 2021; González et al., 2008, 2010; Hagberg, 2001; Hinojosa y Velasco, 2004; Messing y Kilbom, 2001.

Trastornos musculoesqueléticos y riesgos ergonómicos

El dolor y las molestias en el cuello se encuentran entre los síntomas laborales más frecuentes, tanto en actividades manuales intensas como en trabajos sedentarios. Estos padecimientos tienden a prolongarse en el tiempo y volverse crónicos, lo que evidencia la dificultad de su recuperación y la importancia de la prevención primaria.

De acuerdo con Messing y Kilbom (2001), existen tres razones principales que explican la alta prevalencia de los trastornos cervicales en la vida laboral:

- a. La carga sostenida sobre las estructuras del cuello debido a las exigencias visuales del trabajo y a la necesidad de estabilizar la región cuello-hombros durante el uso prolongado de los brazos.
- b. Las demandas psicológicas elevadas, asociadas con la concentración y la productividad, que incrementan la tensión muscular en la zona cervical.
- c. Los procesos degenerativos que afectan los discos y las articulaciones del cuello, cuya incidencia aumenta con la edad, reduciendo la capacidad de esta región para soportar sobrecargas laborales.

Los trastornos en la región del hombro son igualmente frecuentes tanto en la población general como en la laboral. Se estima que hasta un tercio de las mujeres y una cuarta parte de los hombres experimentan dolor en el cuello y los hombros de forma diaria o casi diaria. En la población general, la prevalencia de tendinitis de hombro se aproxima al 2%; sin embargo, en trabajadores expuestos a movimientos repetitivos o tareas que demandan fuerza considerable con las manos, esta cifra puede aumentar hasta un 8% (Hagberg, 2001; Messing & Kilbom, 2001).

La epicondilitis es una afección dolorosa del codo que afecta la inserción de los músculos responsables del movimiento de la muñeca y los dedos. Su origen se asocia principalmente con esfuerzos repetitivos e intensos de estas estructuras, aunque los estudios controlados han mostrado resultados contradictorios sobre la influencia de las tareas manuales intensivas en su aparición. Asimismo, los traumatismos pueden desempeñar un papel relevante, con una proporción de casos post-traumáticos que varía entre 0% y 26% según distintas investigaciones. Esta condición suele manifestarse a partir de los 40 años y es poco frecuente antes de los 30 (Viikari-Juntura, 2001).

La articulación de la cadera es una enartrosis rodeada por potentes músculos, ligamentos y bursas. Su función principal es soportar peso, ofreciendo gran estabilidad intrínseca y una gran amplitud de movimiento. En personas jóvenes, el dolor suele originarse en músculos, inserciones tendinosas o bursas; mientras que, en personas mayores, la artrosis constituye la causa más común de dolor de cadera (Vingård, 2001).

La rodilla, una articulación de carga fundamental para caminar, mantenerse en pie, agacharse, encorvarse y acuclillarse, presenta una estructura inherentemente inestable. Por esta razón, depende del soporte proporcionado por ligamentos y músculos potentes (Vingård, 2001; Hagberg, 2001; Messing & Kilbom, 2001).

El dolor es el síntoma principal de los trastornos que afectan la pierna, el tobillo y el pie; suele manifestarse después del ejercicio y puede intensificarse con la actividad física. Estas afecciones suelen acompañarse de debilidad muscular, déficits neurológicos, inestabilidad o rigidez articular, dificultades para calzar adecuadamente y problemas al caminar o correr. Sus causas son generalmente multifactoriales, aunque predominan los factores biomecánicos, las infecciones y las enfermedades sistémicas. Entre las causas más comunes se incluyen las deformidades del pie, la rodilla o la pierna; los cambios óseos o de tejidos blandos posteriores a una lesión; la sobrecarga mecánica por uso repetitivo; la inestabilidad o rigidez articular; y el uso de calzado inadecuado. Asimismo, pueden presentarse infecciones óseas o de tejidos blandos. Algunas enfermedades sistémicas –como la diabetes, las patologías reumáticas, la psoriasis, la gota y los trastornos circulatorios– también se asocian con frecuencia a síntomas en las extremidades inferiores (Michelsson, 2001; Vingård, 2001; Hagberg, 2001; Messing & Kilbom, 2001).

No obstante, los problemas de espalda son más frecuentes en los trabajos de alta demanda física que en los de tipo ligero. Los accidentes y los microtraumas repetitivos constituyen causas relevantes de los trastornos lumbares. Actividades como agacharse, permanecer sentado por periodos prolongados y levantar cargas pesadas –especialmente cuando son inesperadas– son factores que contribuyen significativamente al dolor de espalda (Paira & Das, 2025).

Metodología

La presente investigación es de tipo observacional y descriptivo. Se incluyó a 310 trabajadores mayores de 60 años dedicados a la fabricación artesanal de ladrillos en el municipio de Tonalá, Jalisco. Todos los participantes fueron informados previamente sobre los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario diseñado ex profeso, con preguntas de respuesta cerrada. El instrumento permitió obtener información sociodemográfica general y una descripción detallada del proceso de trabajo artesanal del ladrillo, abarcando las principales tareas: moldeo, carga, apilado y horneado.

Se aplicó el Cuestionario Nórdico Estandarizado (Kuorinka et al., 1987) para el análisis de los TME. Este instrumento presenta una figura humana dividida en nueve regiones corporales: cuello, espalda dorsal, espalda lumbar, hombros-brazos, codos-antebrazos, muñecas-manos, caderas-nalgas-muslos, rodillas-piernas y tobillos-pies. En cada zona se indaga la presencia de dolor musculoesquelético, así como su carácter agudo o crónico. El cuestionario está compuesto por 45 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No).

Para la descripción de los datos se utilizaron medidas de tendencia central (media), así como frecuencias y porcentajes. Con el fin de analizar las diferencias entre las actividades realizadas por los trabajadores y la presencia de trastornos musculoesqueléticos, se utilizó la prueba de chi cuadrada, estableciendo un nivel de significancia de $\alpha = .05$. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25.

Resultados

Se evaluó a un total de 310 trabajadores mayores de 60 años dedicados a la fabricación artesanal de ladrillos en la localidad de Tonalá, Jalisco. La mayoría de los participantes fueron hombres (83.6%). El 67.18% reportó jornadas laborales de entre seis y ocho horas diarias. En cuanto al grupo etario, el 68.8% se encuentra en el rango de 60 a 65 años. La escolaridad promedio fue de cuatro años, y la media de antigüedad laboral en esta actividad fue de 26 años.

Respecto a los trastornos musculoesqueléticos, el 71.3% de los trabajadores reportó haber presentado síntomas en al menos una de las nueve regiones corporales evaluadas durante el último año. Las zonas con mayor prevalencia de molestias fueron la espalda (48.3%) y las rodillas (44.7%), mientras que la región con menor frecuencia de dolor correspondió a los codos, con un 18% (Figura 1).

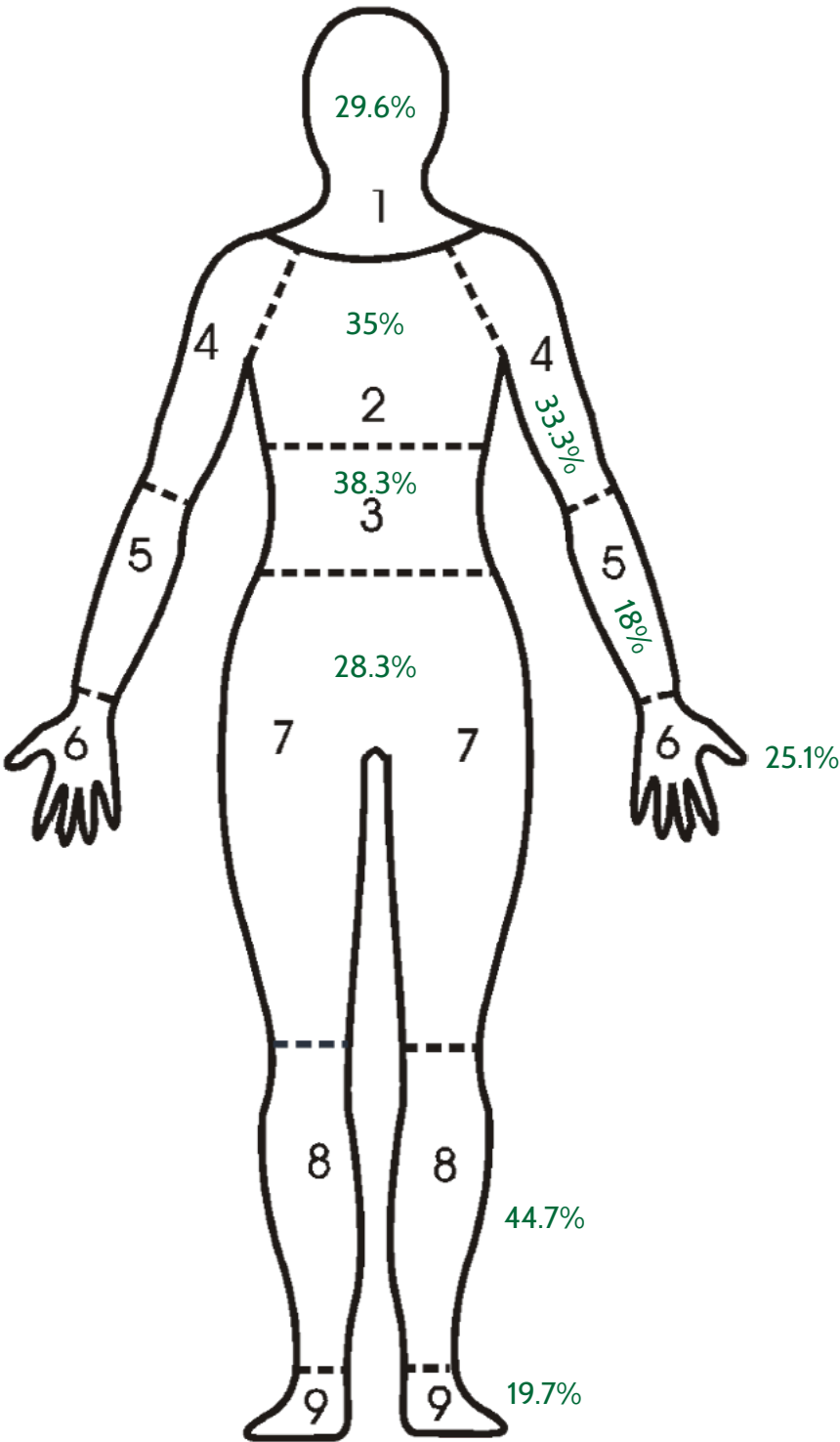
Los resultados muestran una distribución diferenciada de síntomas musculoesqueléticos entre las distintas actividades realizadas en el proceso artesanal de fabricación de ladrillos.

Los datos obtenidos muestran que las actividades de moldeado y apilado presentan la mayor prevalencia de TME, con un 78.4% en ambos casos, seguidas por el horneado (72.5%) y la carga de materiales (69.3%). Al analizar las regiones corporales afectadas, se observó que las rodillas son la zona más comprometida en todas las tareas, con porcentajes superiores al 47%, posiblemente debido a posturas de

Figura 1
Localización de los trastornos músculo esqueléticos según zonas del cuerpo

Zona Corporal

- 1 Cuello
- 2 Zona dorsal espalda
- 3 Zona lumbar espalda
- 4 Hombros - brazos
- 5 Codos - antebrazos
- 6 Muñecas - manos
- 7 Caderas - nalgas - muslos
- 8 Rodillas - piernas
- 9 Tobillos - pies



flexión prolongadas o movimientos repetitivos en cuclillas. La región lumbar también mostró altos niveles de afectación, especialmente durante el moldeado (40.4%) y la carga (39.0%), asociándose con actividades que implican levantamiento y traslado de peso. Los hombros registraron una incidencia destacada, particularmente en el moldeado (37.1%) y el apilado (36.6%), lo que sugiere sobreesfuerzo o uso excesivo de la extremidad superior en posiciones elevadas o forzadas. De manera simi-

lar, se reportaron molestias en el cuello, más frecuentes en las tareas de moldeado (33.3%) y apilado (32.1%), posiblemente por posturas mantenidas y movimientos repetitivos de la cabeza. Las muñecas y manos también se vieron afectadas, especialmente durante el moldeado (27.1%) y la carga (27.6%). En contraste, los codos y tobillos fueron las regiones con menor prevalencia de síntomas, con valores inferiores al 23%, lo que indica un menor nivel de compromiso en estas áreas. Estos resultados evidencian patrones de sobrecarga biomecánica y subrayan la necesidad de implementar estrategias preventivas ergonómicas, particularmente en las fases de moldeado y apilado, a fin de reducir la incidencia de TME en este grupo.

Se observa que la etapa de moldeado concentra los valores más altos de TME en la mayoría de las regiones corporales, destacando particularmente en el cuello, la espalda dorsal y lumbar, los hombros, los codos, las rodillas y los tobillos, todas con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2
Relación de los trastornos musculoesqueléticos y las actividades del proceso de trabajo de los ladrilleros (porcentajes)

TME	Moldeado	Cargar	Horneado	Apilado
Cuello	33.3*	29.5	29.0	32.1
Dorsal	40.4*	39.0	35.7	37.9
Lumbar	42.1*	38.1	39.7	39.2
Hombros	37.1*	36.2	33.3	36.6*
Codos	20.3*	21.4	19.3	20.1
Muñecas	27.1	27.6	24.2	25.7
Cadera	29.6	27.6	29.1	28.5
Rodillas	48.8*	48.1	47.1	48.1*
Tobillos	22.9*	19.5	19.7	20.1
TME	78.4	69.3	72.5	78.4

Nota. * Significativa < .05.

En cuanto al uso de herramientas, la pala registró el valor más alto de prevalencia de TME (91.3%), seguida muy de cerca por la carretilla (90.7%), el pico (84.2%) y el molde (81.4%). Estos resultados sugieren que dichas herramientas implican un esfuerzo físico considerable durante su utilización. En contraste, herramientas como el azadón (51.1%) y el pisón (35.4%) presentan los niveles más bajos de prevalencia de TME, lo que indica que su uso conlleva una menor exigencia física en comparación con las demás. Estos resultados permiten identificar qué herramientas representan un mayor riesgo ergonómico y, en consecuencia, cuáles podrían beneficiarse de estrategias de control o rediseño para reducir su impacto en la salud de los trabajadores (Tabla 3).

Tabla 3
Herramientas utilizadas por los trabajadores

Herramientas	f	%
Pico	262	84.2
Pala	284	91.3
Azadón	159	51.1
Pisón	110	35.4
Molde	253	81.4
Carretilla	282	90.7

Conclusiones

Los resultados de esta investigación evidencian que la fabricación artesanal de ladrillos es una actividad caracterizada por una alta carga física y ergonómica, especialmente en las etapas de moldeado y apilado, donde se registró la mayor prevalencia de TME. Las rodillas, la zona lumbar y los hombros fueron las regiones corporales más afectadas, reflejando el impacto de posturas forzadas, movimientos repetitivos y manipulación manual de cargas. La elevada proporción de trabajadores mayores de 60 años, con bajo nivel educativo y prolongada trayectoria laboral, revela una vulnerabilidad acumulada que incrementa el riesgo de TME. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de implementar medidas preventivas sustentadas en principios de ergonomía participativa, rediseño de tareas, pausas activas y capacitación

en salud ocupacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida laboral y reducir la incidencia de lesiones musculoesqueléticas en este sector productivo tradicional.

La fabricación de ladrillos constituye un ejemplo claro de actividad físicamente exigente. El proceso de producción continúa realizándose de manera manual, mediante el uso de herramientas tradicionales, y se lleva a cabo en posición sentada durante jornadas que pueden extenderse hasta siete horas continuas.

Es fundamental promover programas de pausas activas y ejercicios de estiramiento durante la jornada laboral, además de implementar campañas de concientización sobre higiene postural. Asimismo, se recomienda capacitar a los trabajadores en técnicas adecuadas de levantamiento y manipulación de cargas, e incorporar herramientas o dispositivos de apoyo que reduzcan el esfuerzo físico. Finalmente, resulta esencial que las autoridades locales y sanitarias impulsen políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones laborales en este sector tradicional, con un enfoque prioritario en la prevención y promoción de la salud ocupacional.

Referencias

- Budiyanto, R., Nurhadiyanto, D., & Ulfah, M. (2024). Ergonomic risk assessment and musculoskeletal disorders in manual brick makers. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 14(1), 34–41. <https://doi.org/10.1177/07482337241244474>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Musculoskeletal disorders and workplace factors*. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/workplace-health/musculoskeletal-disorders.html>
- Clark, L. R., Fernández, A., & Rodríguez, J. M. (2023). *Ergonomía y salud laboral: Fundamentos y aplicaciones en entornos industriales*. Editorial Universitaria del Trabajo. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000394>.
- Da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- Das, B. (2021). Improved work organization to increase the productivity in manual brickmanufacturing unit of West Bengal, India. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 81. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2020.103040>

- González, M., & Lázaro, M. (2004). Factores ergonómicos en la fabricación artesanal de ladrillos y su impacto en la salud del trabajador. *Revista Latinoamericana de Ergonomía*, 15(2), 45–53.
- González, N., Ojeda, S., Matamoros, J., González, E., & Perea, C. (2010). Estudio observacional de los riesgos y exigencias en los artesanos ladrilleros en Chihuahua, Chih. México. *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo*, 1(4).
- González, N., Perea, C., Ojeda, S., Matamoros, M., & González, E. (2008). El oficio del ladrillero, sus riesgos y exigencias. *Revista Synthesis*, (46), 1-5.
- Hagberg, M. (2001). Sistema Musculoesquelético, Hombro. En J. M. Stellman (Ed.), *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf>
- Hinojosa, O., & Velasco, C. (2004). Diagnóstico del trabajo de las ladrilleras artesanales en la ciudad de Oruro. *Revista Metalúrgica UTO*, 42. http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-55932004000100007&lng=es&nrm=iso
- Hussain, S. (2004). Ergonomic assessment of brick kiln workers in Pakistan. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 34(4), 345–353. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2004.01.004>
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 233-237. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-X)
- Lidgren, L. (2003). The Bone and Joint Decade 2000-2010. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 629. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a9ed0fff-1c89-4cbe-baa0-1fa0c4c43c18/content>
- Messing K., & Kilbom, A. (2001). Standing and very slow walking: foot pain-pressure threshold, subjective pain experience and work activity. *Applied Ergonomics*, 32(1), 81-90. [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(00\)00030-2](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(00)00030-2)
- Michelsson, J.-E. (2001). Sistema Musculoesquelético, Pierna, tobillo y pie. En J. M. Stellman (Ed.), *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf>

- National Institute for Occupational Safety and Health. (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Musculoskeletal conditions affect millions*. <https://www.who.int/news/item/27-10-2003-musculoskeletal-conditions-affect-millions>
- Paira, M., & Das, B. (2025). Prevalence and Risk Factors of Musculoskeletal Disorders among South Asian Brick Kiln Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 29(1), 4-14. https://doi.org/10.4103/ijoem.ijoem_158_24
- Pratiwi, I., & Kalyana, V. S. (2022). Ergonomic Risk Evaluation of Manual Material Handling in Brick Production. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, 21(1), 113–124. <https://doi.org/10.23917/jiti.v21i1.17010>
- Pérez, B., & Vicario-Molina, I. (2016). Cyberbullying en la Educación Primaria: Análisis de la Incidencia de la Victimización y la Búsqueda de Apoyo. En J. L. Castejón (Coord.), *Psicología y educación: presente y futuro*. ACIPE. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64303>
- Sáez, L., & Manríquez, M. (2004). Condiciones laborales y salud ocupacional en ladrilleras artesanales. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 177–184.
- Viikari-Juntura (2001). Sistema Musculoesquelético, Codo. En J. M. Stellman (Ed.), *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo*. Organización Internacional del trabajo. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf>
- Vingard, E. (2001). Sistema Musculoesquelético. Cadera y rodilla. En J. M. Stellman (Ed.), *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf>

Propuesta de aplicación del modelo radial de dignología¹ en salud en el trabajo

Noemí Márquez García y Jesús Francisco Ramírez Bañuelos

Resumen

El presente estudio mixto propone la aplicación de la dignología, mediante un modelo radial, como metodología de análisis correlacional de las violencias y los derechos humanos en el ámbito laboral, incorporando el principio de interdependencia entre derechos. Para ello, se utilizaron datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) provenientes de tres encuestas nacionales: la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (ENOE), correspondiente al primer trimestre de 2025, aplicada a población de 15 años y más, que proporciona información sobre la ocupación de la población económicamente activa y el promedio de sus ingresos expresados en salarios mínimos; la *Encuesta Nacional sobre Discriminación* (ENADIS) 2022, en su componente relativo a la toma de decisiones y condiciones de discriminación; y la *Encuesta Nacional sobre Salud Financiera* (ENSAFI) 2023, de la cual se extrajo información acerca de las afectaciones físicas y emocionales derivadas del estrés financiero. Complementariamente, se revisaron fuentes internacionales como Naciones Unidas, Amnistía Internacional y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La pregunta que orienta la investigación es la siguiente: ¿es posible aplicar una nueva metodología que permita analizar de qué manera la violencia económica de género y la igualdad en el ámbito laboral inciden en la salud de las personas trabajadoras? El objetivo central es realizar un estudio correlacional, sustentado en un modelo radial, que enfatice la dignidad humana como eje fundamental del análisis.

Palabras clave: igualdad, violencia económica de género, salud en el trabajo, derechos humanos, dignidad

1 La dignología es un neologismo con el proponemos nombrar el método de estudio para las violaciones a los derechos humanos, como se explica en este trabajo.

Igualdad y violencia económica de género en el ámbito laboral

Reconocernos en la diferencia, pero con igual valor, constituye el primer paso hacia la consecución de una igualdad real (López, 2019). Por el contrario, mientras se niegue la posición de desventaja en la que viven y se desarrollan determinadas personas, grupos o comunidades, se reducirán los esfuerzos por generar condiciones que promuevan la igualdad de trato y de oportunidades. Aún más limitadas serán las acciones orientadas a establecer ajustes razonables o medidas afirmativas que, al favorecer a quienes enfrentan situaciones de marginación o discriminación sistémica, contribuyan a equilibrar los contextos y entornos para que cada persona pueda alcanzar una vida digna. En este sentido, la dignidad adquiere una relevancia particular no desde una perspectiva meramente axiológica o normativa del deber ser, sino desde una dimensión material y práctica, en la cual los derechos humanos actúan como fundamentos que orientan y fortalecen el camino hacia la realización efectiva de condiciones de vida dignas (Molina, 2002).

Los bienes indispensables para el desarrollo humano, tanto en el plano individual como en el social, han sido definidos y fortalecidos a partir de un principio-valor-derecho fundamental: la igualdad (Piketty & Sandel, 2025).

Según Supiot (2012), los proyectos totalitarios tienden a negar el carácter antropológico del ser humano, desvinculándolo de su propia naturaleza y reduciéndolo a una abstracción. Bajo esta misma lógica, una igualdad que prescinde de las diferencias se convierte en un sinsentido.

De igual manera, Ruiz (2011) sostiene que la protección jurídico-positiva de los derechos humanos depende de la existencia de niveles mínimos de igualdad –o de igualación económica y cultural– entre los ciudadanos. Cuando dichos mínimos no se establecen con criterios claros y las desigualdades económicas y sociales se vuelven evidentes, resulta impensable no solo la protección efectiva de los derechos humanos, sino incluso su reconocimiento formal (p.44).

Ruiz (2011) afirma que la libertad está intrínsecamente vinculada con la igualdad, llegando incluso a sostener que esta última es anterior a aquella, pues de la igualdad emana un mínimo indispensable de respeto hacia los demás. El autor también señala que el reconocimiento de la igualdad radica en el hecho de que todos poseemos los mismos derechos y en que el respeto a los derechos ajenos se fundamenta en la misma razón por la cual exigimos el respeto a los propios (pp.164-165).

Por otra parte, uno de los desafíos que continúa generando efectos nocivos en la salud ocupacional es la persistente brecha salarial de género. Tanto a nivel nacional como global, las estadísticas reflejan esta desigualdad. Por ejemplo, Naciones Unidas (2023) informó que “la brecha laboral y de ingresos sigue siendo persistentemente alta. Por cada dólar que ganan los hombres en ingresos laborales a nivel mundial, las mujeres ganan solo 51 centavos” (párr.19).

A su vez, Amnistía Internacional asevera que una forma de ilustrar que las mujeres son objeto de discriminación de género es la brecha salarial entre mujeres y hombres, puesto que:

Recibir el mismo salario por el mismo trabajo es un derecho humano, pero una y otra vez, se niega a las mujeres el acceso a un salario justo e igual. Algunas cifras recientes muestran que las mujeres ganan en la actualidad alrededor del 77% de lo que ganan los hombres por el mismo trabajo. Esto lleva a una vida de disparidad económica para las mujeres, les impide ejercer plenamente su independencia y representa un mayor riesgo de pobreza a lo largo de su vida. (Amnistía Internacional, 2024)

De los párrafos anteriores se desprende una clara diferencia entre los datos reportados por Naciones Unidas y Amnistía Internacional. La primera señala una brecha del 49%, referida al salario percibido por las mujeres con independencia del tipo de trabajo realizado; en este caso, intervienen factores como el número de horas trabajadas, el nivel educativo y la complejidad de las tareas desempeñadas. En contraste, Amnistía Internacional identifica una brecha del 23%, incluso cuando mujeres y hombres realizan el mismo trabajo. No obstante, ambas fuentes coinciden en evidenciar una desigualdad significativa, lo que permite concluir que, en promedio, las mujeres continúan percibiendo ingresos inferiores a los de los hombres.

Villavicencio y Zúñiga (2015), en su estudio sobre la violencia de género como forma de opresión estructural, concluyen que el derecho a la igualdad implica “ser tratado con la misma consideración y respeto” (p.726). Los autores subrayan la necesidad de eliminar cualquier obstáculo que impida la realización efectiva de la igualdad, al señalar que:

Pareciera evidente que la igualdad entendida en estos términos es una exigencia de la racionalidad ética, que se deriva de la universalización de la dignidad última que cada uno de nosotros se atribuye como agente moral y que, por ello, hemos de reconocernos recíprocamente entre todos los agentes morales. (Villavicencio & Zúñiga, 2015, p.726)

Ahora bien, el ámbito laboral se expone como el espacio en el que la justicia redistributiva puede consolidarse de manera objetiva. Al respecto, Fraser (2000) advierte que:

Ambos problemas –desplazamiento y cosificación– son extremadamente graves: en la medida en que la política de reconocimiento desplaza a la política de redistribución, en realidad puede fomentar la desigualdad económica; en la medida en que cosifica las identidades de grupo, corre el riesgo de sancionar violaciones de los derechos humanos y congelar los mismos antagonismos en los que pretende mediar. (párr.5)

Por ello, el mercado laboral debe avanzar de manera progresiva hacia la consolidación de la igualdad sustantiva. Para lograrlo, resulta indispensable implementar acciones firmes en las políticas institucionales, los lineamientos administrativos, las condiciones generales de trabajo, los manuales de organización y, por supuesto, en los mecanismos de vigilancia y denuncia. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2025) ha señalado que:

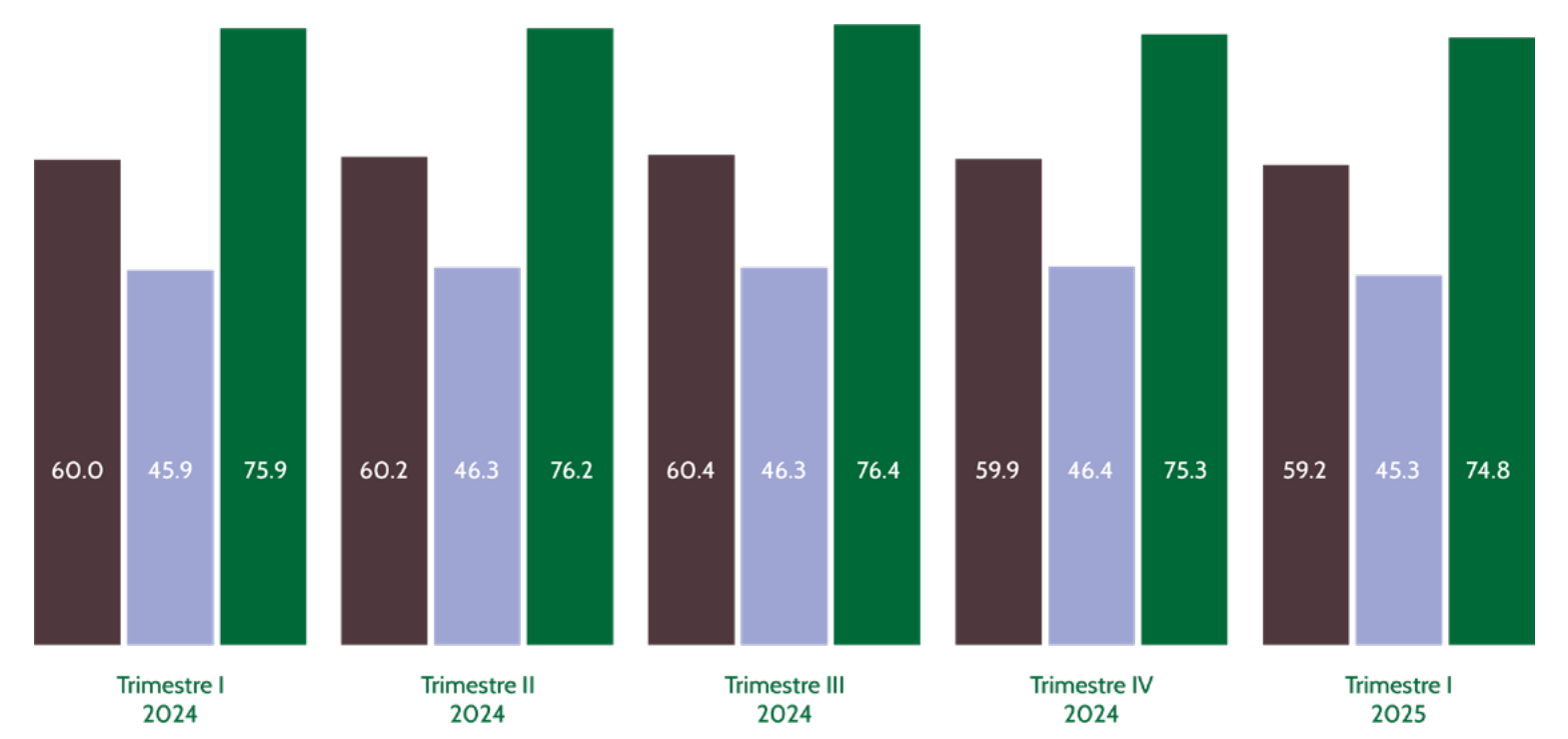
Abordar las desigualdades de género en los mercados laborales exige acciones específicas para mejorar el acceso y las oportunidades de empleo de las mujeres, garantizar la igualdad salarial por un trabajo de igual valor y dismantelar las barreras estructurales dentro y fuera de los mercados laborales. (p.3)

Contar con estructuras sólidas de igualdad y con personal capacitado en derechos humanos, que actúe con respeto hacia la dignidad de cada integrante del centro de trabajo, podría generar mejoras en las condiciones laborales. Esto se vincula con lo establecido en la norma mexicana NOM-035-STPS-2018, cuyo propósito es identificar los factores de riesgo psicosocial que pueden afectar negativamente la

salud en el trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2018). De esta manera, se busca que las personas trabajadoras gocen de un nivel óptimo de bienestar físico y mental. Lo anterior resulta especialmente relevante si se considera que diversos factores inherentes al entorno laboral pueden alterar no solo los estados de ánimo, sino también la salud integral de las personas asalariadas.

Además, la tasa de participación laboral en México continúa siendo predominantemente masculina. Este primer dato permite identificar que las mujeres enfrentan menores oportunidades para superar la pobreza, como se observa en la Figura 1.

Figura 1
Tasa de participación en el ámbito laboral en México (porcentaje)

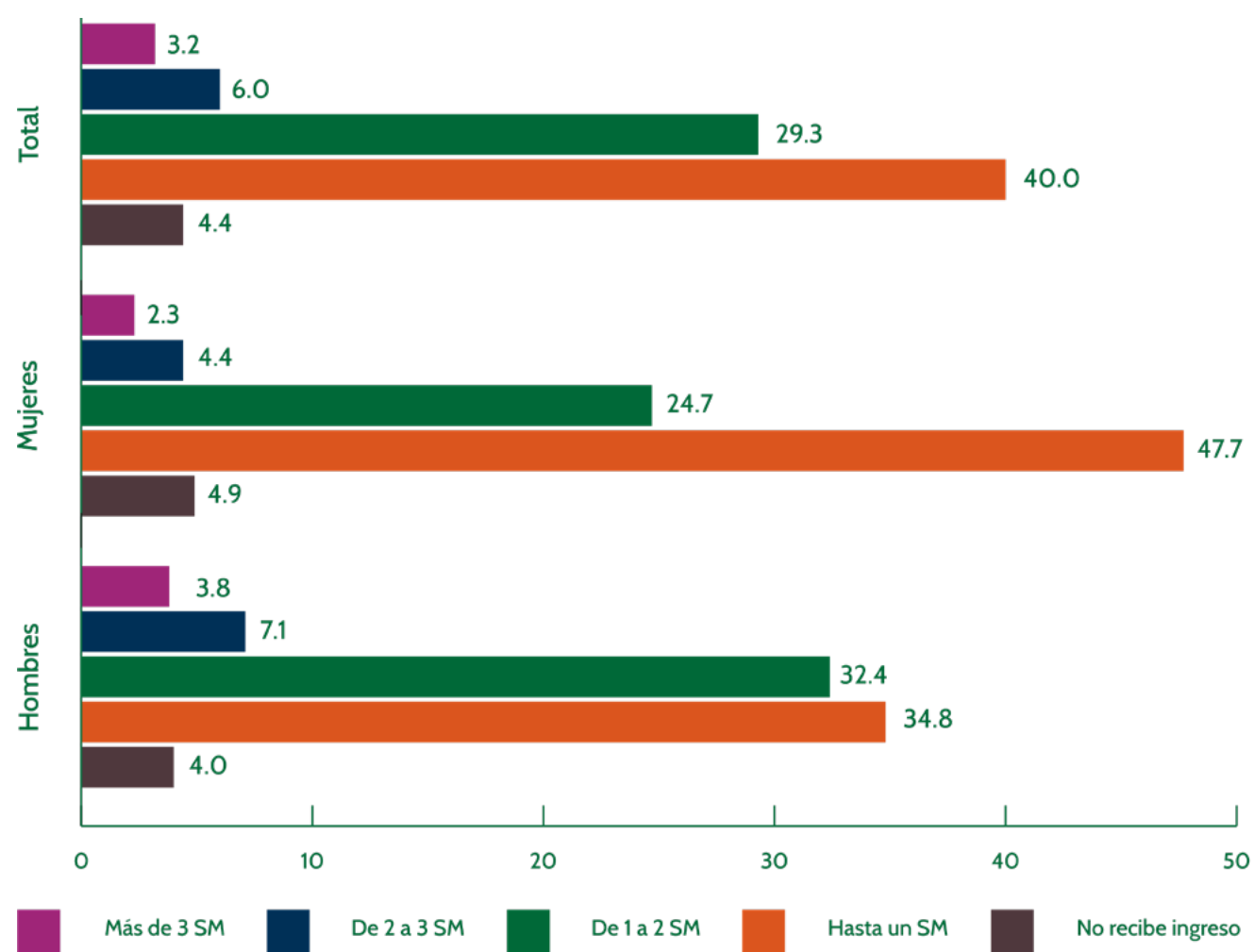


Nota. La tasa de participación es el porcentaje de personas de 15 y más años, económicamente activas. Adaptado de INEGI (2025).

Aunque no constituye el eje central de este estudio, es posible identificar diversas causas que explican la mayor participación masculina en el mercado laboral; entre las principales se encuentran la discriminación por embarazo, la concentración de las mujeres en empleos con menor remuneración, así como la carga desproporcionada de horas dedicadas al trabajo doméstico y al cuidado de hijos y personas adultas mayores, entre otros factores.

Sin embargo, entre la población ocupada en México, el 47.7% de las mujeres percibe hasta un salario mínimo, frente al 34.8% de los hombres que se encuentra en el mismo rango; esto evidencia que una proporción significativamente mayor de mujeres recibe los ingresos más bajos. En contraste, en los segmentos salariales superiores –aquellos que superan uno, dos o hasta tres salarios mínimos– la tendencia se invierte, ya que hay una mayor proporción de hombres que de mujeres. Esta información se representa en la Figura 2.

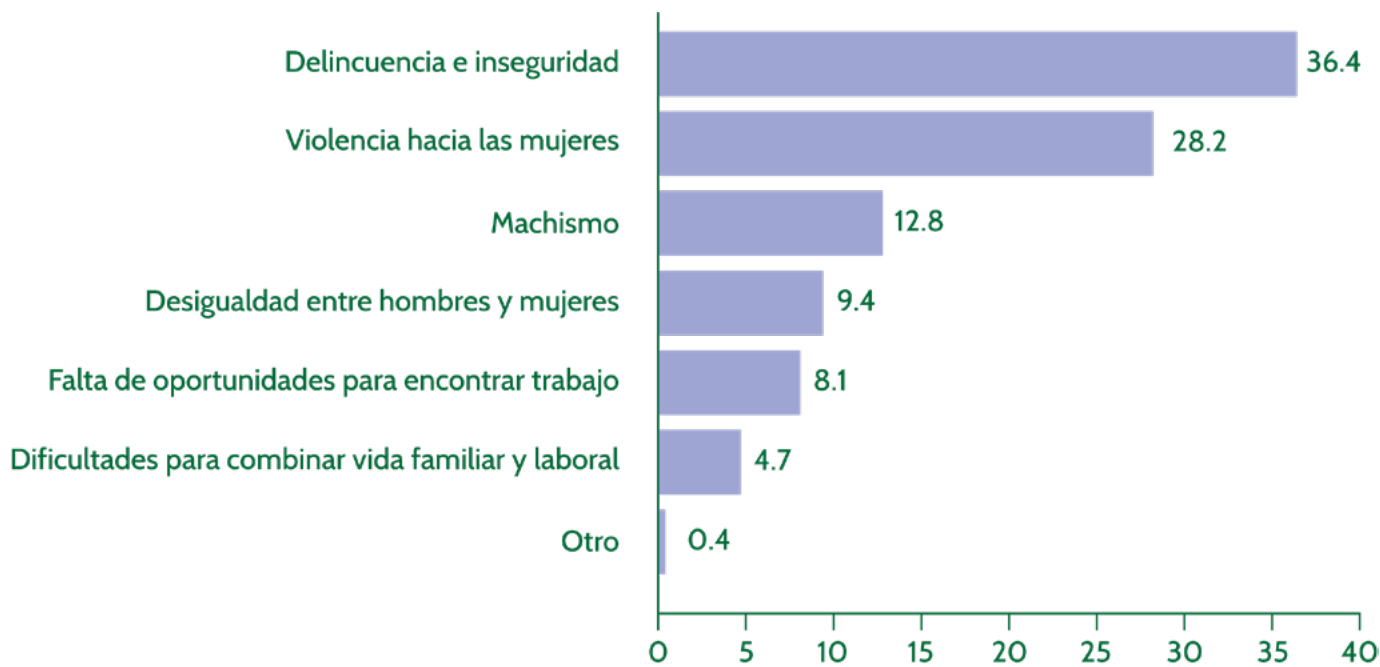
Figura 2
Distribución de la población ocupada por nivel salarial en México (porcentaje)



Nota. Información del primer trimestre de 2025. Adaptado de INEGI (2025).

Aunado a lo anterior, las estadísticas de percepción indican que el 37.7% de las mujeres considera que sus derechos se respetan poco, mientras que la violencia contra las mujeres se posiciona como la segunda problemática más señalada, con un 28.2%. No obstante, menos del 10% percibe la desigualdad entre hombres y mujeres como una de las principales problemáticas sociales (Figura 3).

Figura 3
Principales problemáticas percibidas por las mujeres en México (porcentaje)

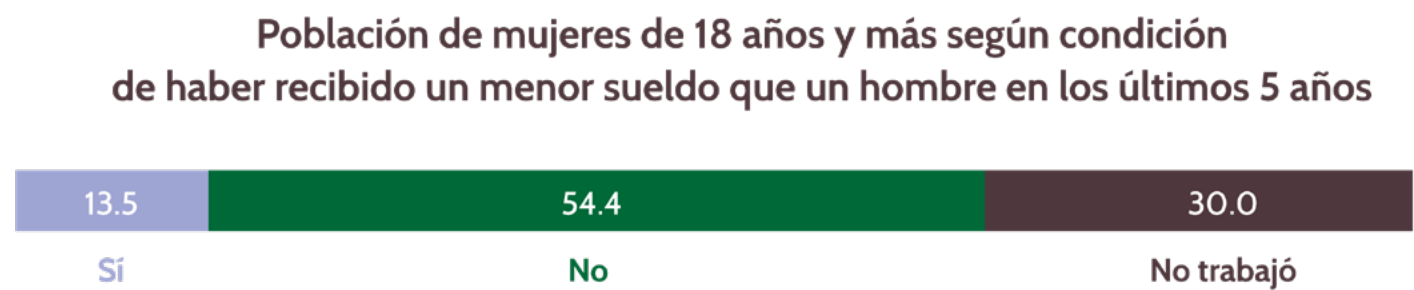
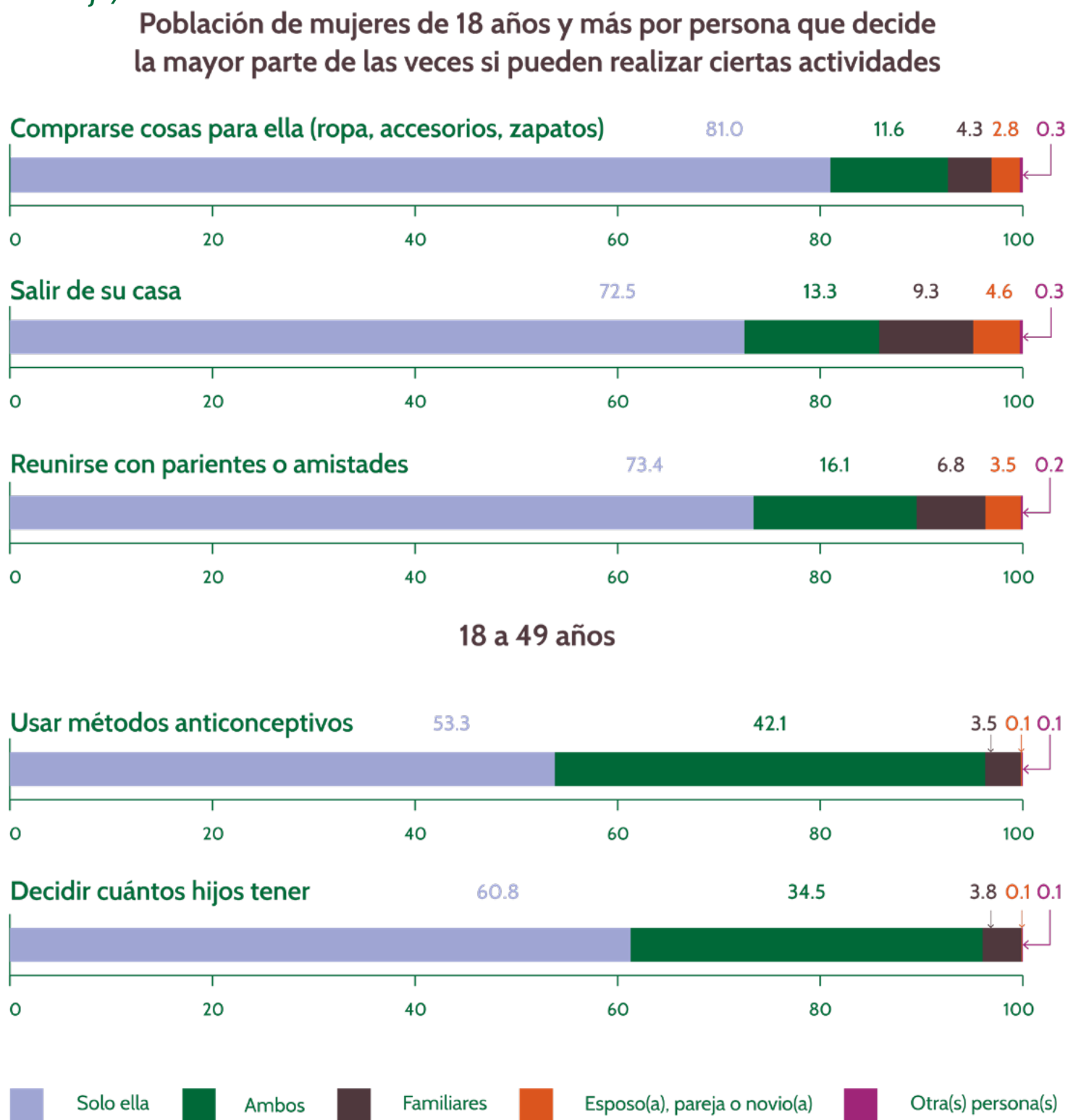


Nota. Población de mujeres de 18 años y más por principal problemática declarada a la que se enfrentan como grupo. Adaptado de INEGI (2022).

Además, es pertinente destacar que el 13.5 % de las mujeres declaró haber recibido un salario menor por realizar el mismo trabajo que un hombre durante los últimos cinco años (Figura 4).

Una vez evidenciada, con información oficial del INEGI (2022, 2025), la existencia de una brecha salarial de género –esto es, la vulneración del derecho humano a la igualdad y a la no discriminación–, corresponde analizar si este tipo de trato puede considerarse una forma de violencia. Para ello, conviene remitirnos a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual, en su artículo 6, define los distintos tipos de violencia contra las mujeres. En dicho marco, se establece que la violencia económica comprende toda acción u omisión del agresor que afecte la supervivencia económica de la víctima, manifestándose, entre otras formas, en las limitaciones que buscan controlar sus ingresos o en la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral. Por lo tanto, pagar a las mujeres un salario inferior al de los hombres por realizar un trabajo de igual valor constituye una forma de violencia económica. La igualdad representa el deber ser; la violencia, su negación. En consecuencia, este tipo de prácticas vulnera los derechos humanos y atenta directamente contra la dignidad de las víctimas.

Figura 4
Toma de decisiones y condición de discriminación percibida por las mujeres en México (porcentaje)

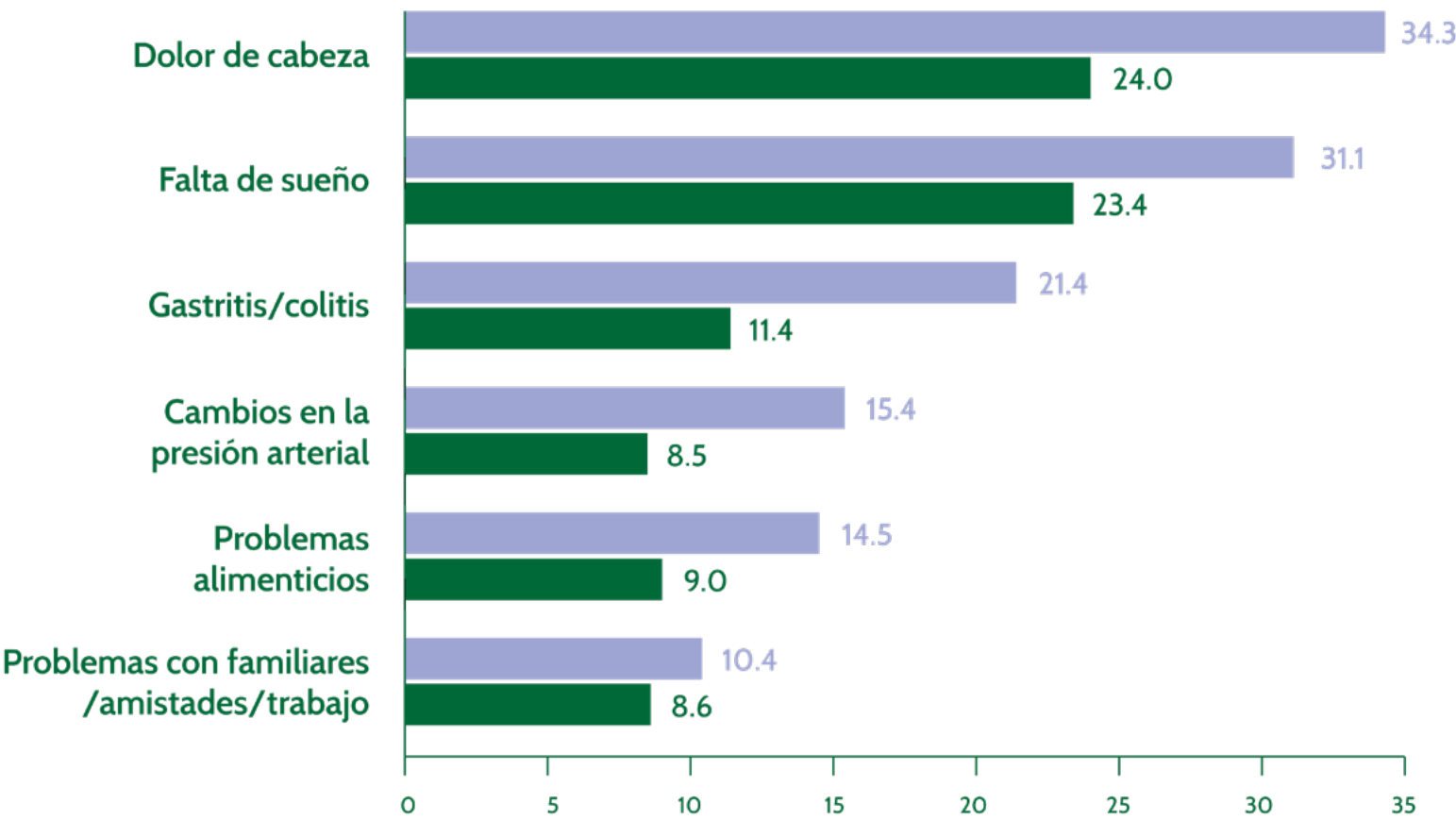


Nota. Adaptado de INEGI (2022).

Por otra parte, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres establece que brecha salarial de género “es la diferencia de retribución salarial entre mujeres y hombres por razones de género, respecto a la realización de un trabajo remunerado de igual valor” (Art. 5). Además, considera que la igualdad salarial es la “remuneración igual por un trabajo de igual valor, sin distinguir el sexo, el género, la identidad de género, el origen étnico, la orientación sexual, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, entre otras” (Art. 5, IV Bis). Asimismo, en esta ley se señala que “la Política Nacional en Materia de Igualdad entre mujeres y hombres deberá establecer las acciones conducentes para lograr la igualdad sustantiva en los ámbitos familiar, de cuidados, económico, político, de salud, social, laboral y cultural, entre otros” (Art. 17).

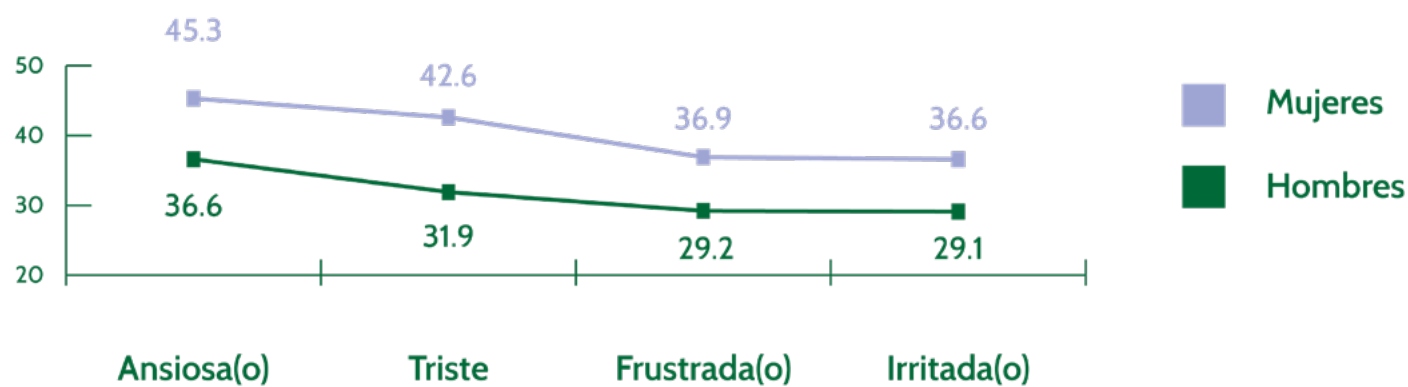
Si las mujeres perciben ingresos menores, la probabilidad de que enfrenten condiciones de pobreza es mayor. Esta situación incrementa la incidencia de enfermedades asociadas al estrés financiero, tal como se refleja en las Figuras 5 y 6.

Figura 5
Estrés financiero con afectaciones físicas o emocionales en México (porcentaje)



Nota. Porcentaje de la población de 18 años y más con afectaciones físicas o emocionales por su situación financiera, según sexo. Adaptado de INEGI (2023).

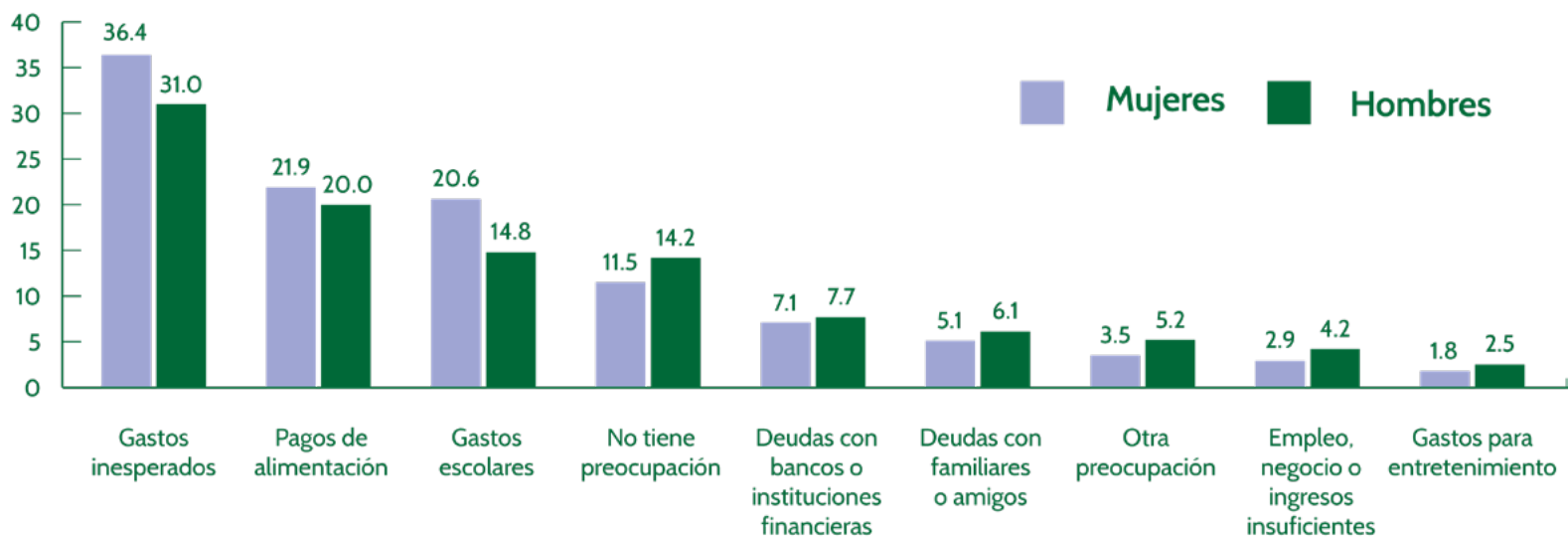
Figura 6
Estrés con emociones derivadas de su situación financiera en México (porcentaje)



Nota. Porcentaje de la población de 18 años y más con emociones derivadas de su situación económica. Adaptado de INEGI (2023).

De esta manera, se observa que el nivel de ingresos influye directamente en el bienestar emocional, registrándose una mayor proporción de mujeres que experimentan ansiedad, tristeza, frustración e irritabilidad. Sus principales preocupaciones se relacionan con los gastos imprevistos, la alimentación y los costos escolares, como se muestra en la Figura 7.

Figura 7
Preocupación financiera en México (porcentaje)



Nota. Porcentaje de la población de 18 años y más; principales preocupaciones financieras, según sexo. Adaptado de INEGI (2023).

Salud en el trabajo

Para el desarrollo del presente capítulo, se considera necesario incorporar el marco normativo que regula la salud en el ámbito laboral. En primer lugar, la Ley Federal del Trabajo (LFT, 2025) establece que trabajo digno o decente es:

aquel en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo. (Art. 2)

Asimismo, la propia LFT establece que “el trabajo es un derecho y un deber social” (Art. 3), lo que implica que no puede considerarse un artículo de comercio y que, por tanto, exige el pleno respeto a las libertades y a la dignidad de quien lo realiza. Este principio incluye el reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres como condición necesaria para garantizar la igualdad ante la ley. Además, el trabajo debe efectuarse en condiciones que aseguren una vida digna y la protección de la salud tanto de las personas trabajadoras como de sus familias dependientes.

De igual manera, el artículo 5 de la misma ley dispone que sus normas son de orden público, de modo que ninguna estipulación –escrita o verbal– puede contravenirlas ni limitar el goce de los derechos laborales. Entre las cláusulas prohibidas se encuentra el pago de un salario menor a otro trabajador “en la misma clase de trabajo o igual jornada, por consideración de edad, sexo o nacionalidad” (Fracc. XI).

Por otra parte, la Ley General de Salud (LGS, 2024) define en su artículo 1 Bis la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En coherencia con ello, el artículo 2, fracción III, establece como finalidad “la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social”. Asimismo, el artículo 3, fracción XIV, reconoce como materia de salubridad general “la salud ocupacional y el saneamiento básico”. Finalmente, señala que:

El trabajo o las actividades sean comerciales, industriales, profesionales o de otra índole, se ajustarán, por lo que a la protección de la salud se refiere, a las normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias, de conformidad con esta Ley y demás disposiciones legales sobre salud ocupacional. (Art. 128)

La Ley del Seguro Social, por su parte, define *enfermedad de trabajo* como “todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios” (Art. 43).

Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, el marco jurídico mexicano refuerza el principio de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres, particularmente en el ámbito laboral. La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, en este sentido, define la *brecha salarial de género* como la diferencia en la retribución económica entre ambos sexos por la realización de un trabajo de igual valor, y establece que la *igualdad salarial* implica una remuneración equitativa sin distinción de sexo, género, identidad, origen étnico, edad, discapacidad o condición social. Además, la ley considera como *discriminación* toda distinción o restricción basada en el sexo que limite el goce o ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, y entiende la igualdad de género como la condición en la que mujeres y hombres acceden en igualdad de oportunidades al uso, control y beneficio de los recursos sociales, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida.

Ahora bien, para comprender la afectación que sufren las mujeres en su derecho a la salud, es necesario recurrir a la Ley General de Víctimas (2024), la cual establece que:

Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte.

Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

Son víctimas potenciales las personas físicas cuya integridad física o derechos peligren por prestar asistencia a la víctima ya sea por impedir o detener la violación de derechos o la comisión de un delito. (Art. 4)

De lo anterior se desprende que la vulneración de los derechos humanos no se limita únicamente a la persona afectada, sino que también alcanza a su entorno familiar y social.

Además, la Ley General de Víctimas extiende la calidad de víctimas a “los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hubieran sido afectadas en sus derechos, intereses o bienes jurídicos colectivos como resultado de la comisión de un delito o la violación de derechos” (Art. 4).

Particularmente importante para este estudio resulta la conceptualización legal de la *dignidad humana*, definida en la Ley General de Víctimas como:

un valor, principio y derecho fundamental base y condición de todos los demás. Esto implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares.

En virtud de la dignidad humana de la víctima, todas las autoridades del Estado están obligadas en todo momento a respetar su autonomía, a considerarla y tratarla como fin de su actuación. Igualmente, todas las autoridades del Estado están obligadas a garantizar que no se vea disminuido el mínimo existencial al que la víctima tiene derecho, ni sea afectado el núcleo esencial de sus derechos. (Art. 5)

Por otra parte, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en su artículo 9, fracción IV considera como discriminación, entre otras causas: “establecer diferencias en la remuneración, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales”.

De este modo, tanto la igualdad –como principio fundamental– como la violencia –su negación– forman parte inseparable de la noción de salud en el trabajo. Así lo destaca Ortiz (2019), quien señala que:

La exigencia cada día mayor para ejercer sus derechos genera al mismo tiempo reacciones de gran resistencia en sectores sociales tradicionales como los empresariales, las iglesias, los gobernantes y los sindicatos que se niegan a reconocer y asumir estos cambios derivados del modelo económico. (p.233)

Lograr la equidad de género en el mundo del trabajo requiere construir mecanismos para erradicar la discriminación tanto directa como indirecta mediante acciones afirmativas, entendidas éstas como medidas temporales que permiten generar igualdad de oportunidades y de trato. Estas medidas son específicas a favor de las trabajadoras para corregir las desigualdades de facto aplicadas por la patronal. Las acciones afirmativas son garantes del derecho fundamental de la igualdad. (p.235)

El mercado de trabajo está segmentado por géneros, se asignan las actividades en razón del sexo y no de las capacidades de las personas. Esto da como resultado que el trabajo y el salario de las mujeres se considere complementario al de los hombres, aunque éstas sean jefas de familias o su ingreso al hogar sea superior al de los otros miembros. (p.241)

En síntesis, las diversas normativas nacionales mexicanas confirman que la salud en el trabajo es un derecho humano sustentado en la dignidad de la persona y regido por el principio de igualdad sustantiva, sin que pueda condicionarse a ninguna situación que implique trato discriminatorio.

Bajo esta lógica, Rojas (2015) critica las visiones centradas exclusivamente en los derechos sin considerar las responsabilidades recíprocas de los individuos en la sociedad, y sostiene que el Estado social de derecho, el principio de solidaridad, la igualdad material y los deberes constitucionales constituyen pilares indispensables para la efectividad de los derechos humanos (p.102).

Análisis correlacional desde el modelo radial de la dignología

Habermas (2012) recuerda que el concepto de dignidad humana ha estado presente desde la Antigüedad, aunque su significado ha evolucionado con el tiempo. En sus orígenes, se concebía como el lugar que el ser humano ocupaba en el cosmos, en alusión a su superioridad respecto del resto de los seres vivos. En cambio, el

concepto moderno de dignidad proviene del pensamiento kantiano y se consolidó tras la Segunda Guerra Mundial, al incorporarse de manera explícita en el derecho internacional y en las constituciones de los Estados modernos (pp.14-15).

El propio Habermas (2012) es categórico al afirmar que la dignidad humana constituye el fundamento que justifica la indivisibilidad de los derechos humanos (p.17).

Habermas (2012) sostiene que la observancia de los derechos fundamentales en todas las relaciones sociales constituye un parámetro esencial para determinar el grado de vigencia del respeto a la dignidad humana dentro de un sistema jurídico (pp. 20-21). El autor describe la dignidad humana como un “sismógrafo” que permite identificar los elementos esenciales del orden jurídico, es decir, el respeto efectivo de los derechos humanos entre personas que se reconocen mutuamente como libres e iguales. Asimismo, afirma que “solo la garantía de estos derechos humanos da origen al estatus de ciudadanos que, en calidad de sujetos de iguales derechos, tienen la facultad de exigir que se los respete en su dignidad humana” (Habermas, 2012, p.21).

Por su parte, Mires (2001) señala que, en las relaciones sociales contemporáneas, el honor ha cedido su valor primario a la dignidad, la cual se ha convertido en el principio regulador de las relaciones de reconocimiento. En este sentido, el autor concluye que la dignidad constituye la condición fundamental para que las personas puedan ser reconocidas y, a su vez, reconocer a los demás; en otras palabras, es el fundamento mismo de la vida en sociedad (p.79).

En este contexto, la dignología se plantea como una metodología que vincula los estándares de los derechos humanos con las circunstancias específicas del hecho transgresor, apoyándose en diversas disciplinas –social, económica, médica, psicológica, ecológica, entre otras– que permiten diagnosticar los efectos de dichas violaciones sobre la dignidad humana, tanto en el plano individual como interpersonal. Este enfoque puede entenderse como un tamiz de buenas prácticas, responsable y sostenido, orientado a fortalecer las condiciones del trabajo decente, en concordancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 8, relativo a la promoción del crecimiento económico sostenible.

Como se ha mencionado, la dignología se plantea como una metodología de carácter holístico. En este sentido, resulta pertinente destacar la información presentada en la Figura 5, relativa al estrés financiero con afectaciones físicas o emocionales, y en la Figura 6, referente a las emociones derivadas de la situación financiera.

El análisis de estos datos permite comprender el contexto objetivo de la vida financiera de las mujeres, reconociendo las desventajas históricas y estructurales que aún enfrentan para mejorar sus condiciones de vida. Estos obstáculos, que limitan su desarrollo en condiciones de igualdad con los hombres, se traducen en diversas afectaciones a la salud, tales como dolores de cabeza, trastornos del sueño, gastritis, colitis, alteraciones en la presión arterial, desórdenes alimenticios y conflictos en las relaciones familiares, laborales o sociales. Asimismo, el estrés financiero genera repercusiones emocionales, asociadas a la ansiedad, la tristeza, la frustración y la irritabilidad. En todos los casos, los niveles reportados son más elevados en mujeres que en hombres, lo que evidencia que ellas presentan mayores afectaciones físicas y emocionales derivadas del estrés financiero, estrechamente relacionadas con las brechas de género persistentes.

En la Figura 8, se representan las principales afectaciones derivadas de la desigualdad en el trabajo.

Figura 8
Diagrama de desigualdad en el trabajo



Es decir, las desigualdades presentes en los centros de trabajo repercuten directamente en la vida práctica, tanto a nivel intrapersonal, interpersonal como transpersonal. Los pensamientos y sentimientos que experimenta una persona víctima de desigualdad forman parte de su esfera más íntima y se vinculan con las aspiraciones propias de toda condición humana. Al respecto, Vázquez-Colunga (2022) señala que la autonomía pro persona no se limita a los factores ambientales, sino que también considera los factores internos que inciden en la dimensión íntima del individuo, como la capacidad de disfrutar y de trascender.

La dignología se distingue por su carácter holístico, al ofrecer un análisis interdisciplinario que, si bien tiene su origen en el derecho, se apoya en diversas disciplinas que permiten evaluar las afectaciones a la dignidad humana cuando un derecho es vulnerado. Esta metodología busca promover una comprensión profunda y una reparación integral del daño, interpretando la transgresión a la luz del proyecto de vida, la vida digna y sus repercusiones tanto en la relación con uno mismo como en la interacción con los demás.

El principal riesgo de esta metodología radica en que no se aplique con honestidad, lo que podría sesgar el diagnóstico si la percepción o la ideología personal del evaluador interfieren en el proceso. Como advierte Castro (2017), cuando la perspectiva ideológica se filtra, “la aproximación a la verdad es más dificultosa” (p.24). No obstante, resulta indispensable recurrir a nuevas herramientas metodológicas que permitan “alcanzar la neutralidad del sujeto cognoscente por la vía de impedir la influencia ideológica a la hora de abordar su objeto de análisis” (Castro, 2017, p.25). En consecuencia, la persona encargada de aplicar la dignología debe contar con una formación sólida en derechos humanos, interseccionalidad, perspectiva de género y en el reconocimiento de grupos en situación de vulnerabilidad, a fin de garantizar la objetividad y validez del análisis.

La metodología holística que se propone se vincula estrechamente con la justicia social y distributiva, y trasciende el plano meramente ético. Su propósito es orientar la acción hacia la protección del valor intrínseco de las personas, es decir, de la dignidad humana; sin embargo, como advierte Ferrajoli (2004), este desafío constituye “una cuestión ético-política independiente de lo que dicen o no dicen las normas jurídicas” (p.24). En efecto, no todo lo que puede afirmarse sobre la paz y los derechos humanos se encuentra expresado en la norma; su comprensión y defensa requieren una reflexión más amplia, sustentada en la ética y en la práctica social de la justicia.

La dignología requiere un alto grado de confiabilidad para identificar, a la luz de la dignidad humana, aquellos hechos o políticas que constituyen transgresiones a los derechos humanos. En este sentido, como señalan Berger y Luckmann (1968), “la experiencia más importante que tengo de los otros se produce en la situación ‘cara a cara’, que es el prototipo de la interacción social y del que se derivan todos los demás casos” (p.44). A través del lenguaje es posible dar cuenta de experiencias que previamente han producido lesiones a la dignidad de las personas o de las comuni-

dades, así como registrarlas en fuentes estadísticas o en la memoria histórica. Considerando que “la expresividad humana es capaz de objetivarse, o sea, se manifiesta en productos de la actividad humana que están al alcance tanto de sus productores como de los otros hombres, por ser elementos de un mundo común” (Berger & Luckmann, 1968, p.50), resulta indispensable generar registros accesibles y verificables que permitan documentar de manera práctica las evidencias de vulneración a la dignidad humana.

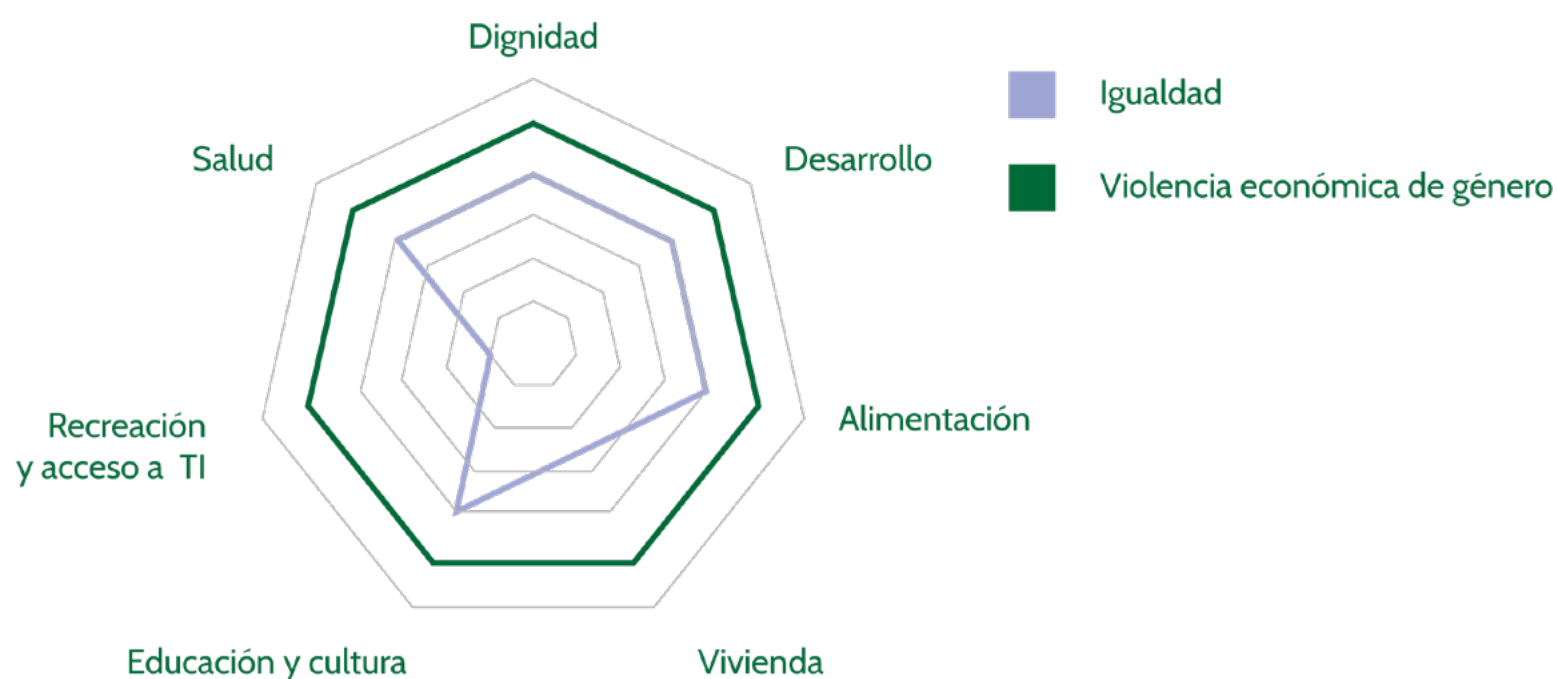
En la actualidad, hablar de las cuestiones relacionadas con el trabajo es hablar de la vida cotidiana. Sin embargo, abordar los derechos humanos desde una comprensión amplia que incluya las diversas formas en que se manifiestan las transgresiones a la dignidad humana sigue siendo poco común; por ello, se requiere contar con personas especializadas en la materia, capaces de objetivar la experiencia mediante el uso de herramientas conceptuales y metodológicas claras. Como señalan Berger y Luckmann (1968), “el lenguaje también tipifica experiencias, permitiéndome incluirlas en categorías amplias en cuyos términos adquieren significado para mí y para mis semejantes” (p.55).

En este estudio se propone un modelo radial de la dignología, concebido como una herramienta analítica que permite ponderar la prioridad de un derecho frente a otro o evaluar las restricciones en su ejercicio y goce. Del mismo modo, este modelo puede emplearse para medir el daño ocasionado por una transgresión y cuantificar la reparación correspondiente, aportando un marco integral para el análisis y la restitución de la dignidad humana vulnerada.

Las ventajas de este modelo radican en su capacidad para visualizar la interconexión entre diversos derechos, así como para identificar los niveles de disfrute o de restricción que presentan en la práctica, al contrastar el deber ser –por ejemplo, la igualdad salarial– con las formas de violencia derivadas de la vulneración de dicho derecho. En el ámbito laboral, el modelo radial de la dignología se configura como una metodología útil para promover y garantizar la salud en el trabajo, al vincular la igualdad sustantiva con la prevención de daños físicos, emocionales y sociales que afectan la dignidad de las personas trabajadoras.

De esta manera, de forma gráfica es posible identificar los derechos afectados y el nivel de impacto negativo que estos tienen sobre el goce del derecho humano a la salud en el trabajo, como se muestra en la Figura 9.

Figura 9
Modelo radial de la dignología



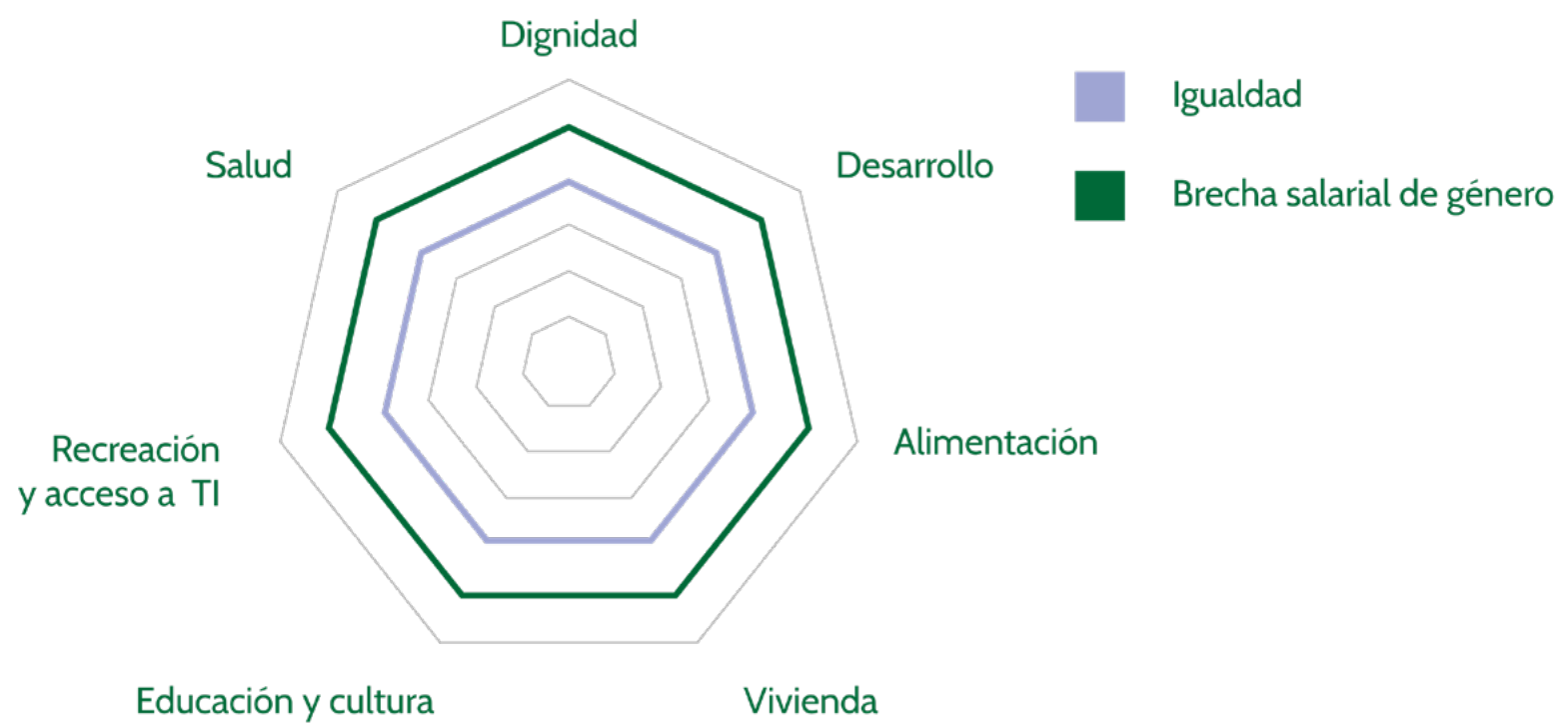
La Figura 9 ilustra que, a medida que la línea lila se aleja del perímetro delineado por la línea verde, aumenta el nivel de afectación del derecho humano correspondiente. En otras palabras, la dignología, a través de su modelo radial, permite identificar el grado de vulneración de los derechos humanos –en este caso, del derecho a la salud en el trabajo–, de acuerdo con el cumplimiento o incumplimiento de los estándares establecidos por la normativa nacional e internacional. Estos estándares delimitan los márgenes legales dentro de los cuales deben desarrollarse las acciones y omisiones de las personas operadoras en el ámbito de la salud laboral.

La alimentación de los datos en el modelo radial parte del contexto objetivo de una violación a los derechos humanos. En este esquema, la línea verde representa siempre el 100%, es decir, el deber ser del derecho protegido. Por su parte, las desviaciones respecto de esta línea indican el grado de vulneración. Así, por ejemplo, si la brecha salarial de género por trabajo de igual valor es del 23%, los derechos afectados por interdependencia mostrarían un nivel de cumplimiento del 77%, reflejando la magnitud de la afectación en el ejercicio pleno del derecho a la igualdad y a la salud en el trabajo (Tabla 1 y Figura 10).

Tabla 1
Modelo radial de la dignología aplicado a la brecha salarial de género

	Igualdad	Brecha salarial de género
Dignidad	100	77
Desarrollo	100	77
Alimentación	100	77
Vivienda	100	77
Educación y cultura	100	77
Recreación y acceso a TI	100	77
Salud	100	77

Figura 10
Modelo radial de la dignología aplicado a la brecha salarial de género



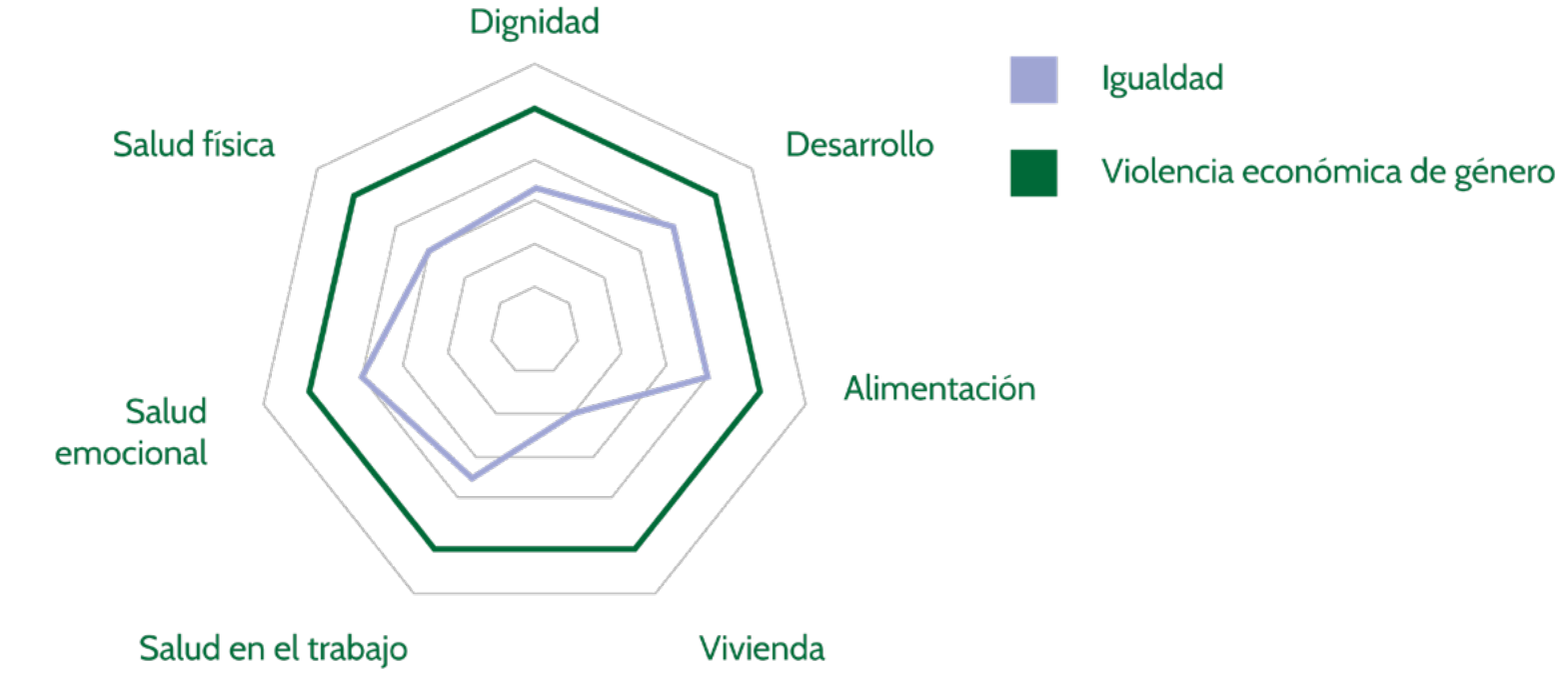
Sin embargo, por una parte, ya se ha establecido que la brecha salarial entre hombres y mujeres constituye una forma de violencia económica de género; y, por otra, se dispone de información conexas relativa a otros ámbitos como la vivienda y la salud. En cuanto a la vivienda, solo el 40% de las propiedades pertenece a mujeres. Respecto a la salud emocional, el 40.35% de las mujeres presenta problemáticas asociadas con la ansiedad y la tristeza, mientras que, en materia de salud física, se registra una afectación del 23.34% (Tabla 2).

Tabla 2
Modelo radial de la dignología aplicado a la violencia económica de género

	Igualdad	Violencia económica de género
Dignidad	100	65.53
Desarrollo	100	77
Alimentación	100	77
Vivienda	100	40
Salud en el trabajo	100	68.15
Salud física	100	76.66
Salud emocional	100	59.65

De esta manera, el modelo radial de la violencia económica de género aplicado al derecho a la salud en el trabajo se representa en la Figura 11.

Figura 11
Modelo radial de la dignología de la violencia económica de género aplicado a la salud en el trabajo



Tal como se observa en la Figura 11, la violencia económica de género genera un impacto negativo significativo en el derecho humano a la salud de las mujeres que la padecen. Además, esta vulneración repercute de manera sustancial en otros

derechos interdependientes, como el derecho a la vivienda, el derecho a la alimentación y el derecho al desarrollo, lo que en conjunto implica una afectación directa a la dignidad de las mujeres trabajadoras.

Conclusiones

A partir del análisis de la legislación que regula el derecho humano a la salud en el trabajo en México, este estudio ha evidenciado que la brecha salarial de género persiste como un problema estructural en nuestra realidad laboral. Esta brecha constituye, en sí misma, una violación a los derechos humanos de las mujeres trabajadoras y sus implicaciones trascienden el ámbito económico.

La vulneración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en condiciones laborales equivalentes repercute en una serie de derechos interdependientes, tales como la salud, la educación, la vivienda, la alimentación, el desarrollo y el acceso a la cultura y a las tecnologías de la información, entre otros. En última instancia, la existencia de la brecha salarial de género representa una afrenta directa a la dignidad humana de las mujeres trabajadoras, al impedir el ejercicio pleno de sus derechos y limitar su desarrollo integral en la sociedad.

Demostrada la flagelante realidad mexicana en torno a las condiciones laborales injustas y violentas a las que continúan sujetas muchas mujeres trabajadoras, este estudio ha propuesto una nueva metodología para dimensionar el impacto de las violaciones a sus derechos humanos. A esta metodología la hemos denominado *dignología* y, en este caso, se ha desarrollado mediante un modelo radial, que permite evidenciar gráficamente las afectaciones que experimentan las mujeres en el ejercicio de su derecho humano a la salud en el trabajo.

Con esta propuesta hemos buscado mostrar que, a través de la metodología dignológica, tanto las autoridades como la sociedad en general pueden reconocer las múltiples formas de violencia que genera el trato discriminatorio al que son sometidas las mujeres trabajadoras mediante la perpetuación de la brecha salarial de género. En este sentido, hacemos un llamado a la reflexión, pero, sobre todo, a la acción, para que los sectores público, privado y social implementen medidas eficaces orientadas a erradicar esta grave violación a los derechos humanos de las mujeres en México.

Referencias

- Amnistía Internacional (2024). *Los derechos de las mujeres son derechos humanos*.
<https://www.amnesty.org/es/what-we-do/discrimination/womens-rights/>
- Berger, P. L., & Luchmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.
- Castro, C.S. (2017). *Temas de filosofía del derecho*. Corporación de Estudios y Publicaciones.
- Ferrajoli, L. (2004). *Razones jurídicas del pacifismo*. Trotta.
- Fraser, N. (2000). Rethinking Recognition. *New Left Review*, 3. <https://newleftreview.org/issues/ii3/articles/nancy-fraser-rethinking-recognition>
- Habermas, J. (2012). *La constitución de Europa*. Trotta.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre Discriminación(ENADIS)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Encuesta Nacional sobre Salud Financiera (ENSAFI)*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ensafi/2023/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>
- Ley Federal del Trabajo. (2025). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 21-02-2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 01-04-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED.pdf>
- Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 16-12-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Ley General de Salud. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 07-06-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Ley General de Víctimas. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 01-04-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGV.pdf>

- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. (2024). Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 16-12-2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>
- López, A. (2019). El reconocimiento de las diferencias del otro para construir paz en el aula. *Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana*, (8). <https://www.redalyc.org/pdf/6681/668170995007.pdf>
- Mires, F. (2001). *Civilidad: teoría política de la postmodernidad*. Trotta.
- Molina, G. (2002). El sistema axiológico de la CEDAW como parámetro de control constitucional en la formulación e implementación de leyes y políticas públicas. *Revista IIDH*, 34-35. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/R08068-11.pdf>
- Naciones Unidas. (2023, septiembre 07). *El 8% de las mujeres y niñas vivirán en pobreza extrema para 2030*. <https://news.un.org/es/story/2023/09/1523922>
- Organización Internacional del Trabajo. (2025). *Women and the economy: 30 years after the Beijing Declaration*. <https://doi.org/10.54394/THIU7496>
- Ortiz, R. (2019). La equidad de género en la reforma laboral. En A. Bouzas (Coord.), *Propuestas para una reforma laboral democrática* (pp. 227-247). UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5005869>
- Piketty, T., & Sandel, M. J. (2025). *Igualdad. Qué es y por qué importa*. Debate.
- Rojas, J. M. (2015). Los deberes constitucionales: elementos para una teoría general. En F. J. León & J. M. Rojas (Coords.), *Derechos humanos y constitucionalismo crítico*. Ubijus.
- Ruiz, V. (2011). *El derecho a la libertad de expresión e información en los sistemas europeo e interamericano*. Universidad Iberoamericana.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 23-10-2018.
- Supiot, A. (2012). *Homo juridicus: ensayo sobre la función antropológica del derecho*. Siglo XXI.
- Vázquez-Colunga, J. C. (2022). Reflexiones en torno a la autonomía propersona. *Scielo Preprints*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4066/7694>
- Villavicencio, L., & Zúñiga, A. (2015). La violencia de género como opresión estructural. *Revista Chilena de Derecho*, 42(2), 719-728. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372015000200015

5

Diseño de ítems y validez de concordancia para valorar la carga en teletrabajo

David Oswaldo Tipan Sigcha y María de Lourdes Preciado Serrano

Resumen

El propósito de este estudio fue diseñar ítems referidos a la carga de trabajo y someterlos a un proceso de validación de contenido. La investigación se desarrolló en dos fases. En la Fase I, se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres teletrabajadores con el fin de obtener información sobre la carga laboral, la cual fue analizada mediante análisis de contenido. En la Fase II, se efectuó la validación por jueces expertos, utilizando el coeficiente V de Aiken para evaluar la concordancia entre evaluadores. Los resultados del análisis cualitativo permitieron identificar tres dimensiones principales de la carga de trabajo en contextos de teletrabajo: condiciones físico-ambientales, exigencias de la organización contratante y condiciones personales. La validez de contenido alcanzó un V de Aiken total de 0.90, con valores superiores a 0.80 en todas las dimensiones, lo que indica una excelente concordancia entre jueces. Se concluye que el instrumento CTT (Carga de Trabajo para Teletrabajadores) presenta una estructura tridimensional sólida, que refleja la complejidad multifactorial del concepto de carga laboral remota al integrar aspectos ergonómicos, organizacionales e individuales. El alto grado de validez de contenido posiciona al CTT como una herramienta diagnóstica confiable para identificar factores de riesgo y oportunidades de mejora en las condiciones laborales de los teletrabajadores.

Palabras clave: conglomerados, índice de Aiken, teletrabajo, validez de contenido

Introducción

La *carga de trabajo* es un concepto multidimensional que abarca la función específica del puesto, la calidad del desempeño, la satisfacción de los actores involucrados y el tiempo asignado para la realización de las tareas; todos estos elementos repercuten directamente en la salud física y mental de las personas trabajadoras. En los contextos de profesiones altamente especializadas, como la psicología, la pedagogía o la salud, la carga de trabajo resulta difícil de cuantificar debido a la complejidad de las funciones desempeñadas y al tiempo variable que requieren; en contraste, en sectores como la manufactura o la administración, existen factores más fácilmente medibles –por ejemplo, el número de productos elaborados, la cantidad de usuarios atendidos o la eficiencia en el uso de recursos materiales– que permiten una evaluación más objetiva de la carga laboral. Sin embargo, en el caso de los teletrabajadores, el reconocimiento de la carga de trabajo presenta mayores ambigüedades. La ausencia de observación directa, la falta de registros *in situ* y la escasez de indicadores cuantificables dificultan la delimitación precisa de sus funciones, el análisis de su contexto laboral y la comprensión de cómo estas condiciones influyen en su bienestar y salud.

La literatura científica destaca que la percepción de la carga de trabajo (CT) está influida por diversos factores organizacionales, entre ellos la claridad en la definición de roles, la disponibilidad de recursos materiales para el desempeño de las tareas, el apoyo institucional y las condiciones del entorno laboral (Castellón, 2018; Jiménez-Figueroa & Berrios-Riquelme, 2022; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2020). El trabajador percibe sobrecarga cuando el conjunto de demandas físicas, mentales y organizacionales a las que se enfrenta disminuye su bienestar, su desempeño y su calidad de vida laboral o personal. Desde esta perspectiva, la carga de trabajo no se limita al número de actividades ejecutadas en un periodo determinado, sino que también comprende el esfuerzo físico y cognitivo necesario para cumplir con ellas, así como la expresión emocional asociada al proceso (Chicaiza & Velasco, 2023; Cockburn & Hurtado, 2021).

Un aspecto clave que emerge en los estudios es la distinción entre carga de trabajo objetiva y carga de trabajo subjetiva. La primera hace referencia a indicadores cuantificables, como el número de tareas, pacientes u horas trabajadas; mientras que la segunda se relaciona con la percepción individual del trabajador respecto al esfuerzo, la presión y el estrés experimentados por su actividad laboral. Esta dis-

tinción es relevante porque la sobrecarga, ya sea objetiva o subjetiva, puede tener consecuencias negativas en la salud física y mental, el rendimiento laboral y la satisfacción profesional (Mamani-Benito et al., 2022).

Asimismo, la literatura revisada coincide en que una adecuada medición y gestión de la carga de trabajo resulta fundamental para prevenir riesgos laborales, mejorar la calidad de los servicios y promover entornos de trabajo saludables. Las herramientas de evaluación suelen incorporar tanto aspectos cuantitativos –como el número de tareas y el tiempo requerido– como aspectos cualitativos, entre ellos el nivel de dificultad, la presión emocional y el apoyo social percibido, lo que permite obtener una visión integral del fenómeno. En este contexto, el diseño de instrumentos de autoinforme orientados a evaluar la carga de trabajo en el teletrabajo se presenta como una prioridad metodológica y práctica, especialmente ante los cambios acelerados en las formas de organización laboral y las nuevas dinámicas derivadas del trabajo remoto (Singh et al., 2022; Venegas & Leyva, 2020).

La literatura científica reciente evidencia que los instrumentos tradicionales para la evaluación de la carga de trabajo, diseñados originalmente para contextos presenciales, como el NASA TLX que no logra capturar adecuadamente las particularidades del teletrabajo. Entre dichas particularidades destacan la integración del entorno doméstico y laboral, la autonomía en la gestión del tiempo, la dependencia tecnológica, la flexibilidad horaria, la comunicación mediada por tecnologías y la intensificación de la carga mental y emocional. Asimismo, el teletrabajo puede incrementar factores de riesgo específicos, tales como la fatiga mental, la dificultad para desconectarse digitalmente y la percepción de aislamiento, aspectos que no siempre están presentes –o no con la misma relevancia– en los entornos laborales presenciales (Hart, 2006; Ingusci et al., 2023; Mohite & Kumar, 2025).

Los instrumentos de autoinforme permiten recoger la percepción subjetiva de los trabajadores sobre su carga de trabajo, lo cual es fundamental dado que la experiencia de sobrecarga o subcarga puede variar considerablemente según las condiciones individuales y contextuales. Estos instrumentos deben ser rigurosos en términos psicométricos, es decir, contar con validez de contenido, confiabilidad y sensibilidad para captar los matices del teletrabajo. La construcción y validación de cuestionarios específicos, como los desarrollados recientemente para docentes y otros sectores, como el Tele-Cov-19, que han demostrado ser efectivos para identificar dimensiones clave: competencias digitales, condiciones del entorno de tra-

bajo, autonomía, flexibilidad, calidad de vida, interacción familiar y productividad, entre otras (Mamani-Benito et al., 2022; Medina-Guillen et al., 2021).

La autoevaluación periódica mediante estos instrumentos no solo facilita la detección temprana de riesgos psicosociales y ergonómicos, sino también la implementación de medidas preventivas y correctivas adaptadas a la realidad del teletrabajo. Además, proporciona información valiosa para la toma de decisiones organizacionales orientadas a la promoción de la salud laboral y la mejora del desempeño.

Según la teoría clásica del test (TCT), indagar en profundidad el constructo –en este caso, la carga de trabajo (CT)– resulta fundamental para diseñar ítems válidos y fiables en la construcción de instrumentos de medición. Esta teoría proporciona los fundamentos para lograr una evaluación precisa, permitiendo estimar el error de medición y garantizando que los resultados reflejen con exactitud el fenómeno estudiado. La precisión de dicha medición depende directamente de la calidad y pertinencia de los ítems que integran el test. Por ello, es indispensable comprender de manera detallada el concepto de carga de trabajo, sus manifestaciones, contextos y matices, expresados directamente por las personas teletrabajadoras, quienes constituyen la población objetivo para el desarrollo del instrumento (Martínez, 1995).

Este conocimiento profundo se obtiene mediante técnicas cualitativas, como las entrevistas, que permiten captar la perspectiva subjetiva de los individuos, identificar aspectos relevantes y delimitar con claridad el dominio o constructo de estudio. Sin esta fase exploratoria, el diseño de ítems corre el riesgo de basarse en supuestos erróneos o incompletos, lo que comprometería su validez teórica y de contenido. Si bien la TCT reconoce que el error de medición está siempre presente, este puede minimizarse mediante un diseño riguroso de ítems –cuestiones, enunciados o reactivos– sustentado en un análisis cualitativo exhaustivo previo a la fase de evaluación cuantitativa.

Diseño de ítems

La entrevista en profundidad constituye una herramienta fundamental para indagar la opinión y experiencia subjetiva respecto a la carga de trabajo. Esta técnica cualitativa permite establecer un espacio de diálogo abierto y flexible, en el que la persona entrevistada se siente cómoda y segura para expresar con detalle sus percepciones, vivencias y emociones frente a las demandas laborales que enfrenta, en este caso, en el contexto del teletrabajo.

A través de esta técnica es posible comprender el significado que los participantes atribuyen al concepto de carga de trabajo, con el propósito de extraer ítems que integrarán un instrumento de autoinforme orientado a evaluar este factor psicosocial. La saturación de la información garantiza la obtención de una muestra representativa de enunciados, formulados con un lenguaje claro y accesible para la población objetivo. Además, este proceso permite evitar ambigüedades y sesgos, fortaleciendo así la validez y confiabilidad del test.

La entrevista en profundidad y semiestructurada permite captar no solo la dimensión objetiva de la carga de trabajo –como la cantidad y el tipo de tareas–, sino también los aspectos psicosociales, emocionales y contextuales que suelen pasar desapercibidos en los métodos cuantitativos. Al tratarse de un proceso dinámico, esta técnica posibilita profundizar en temas emergentes durante la conversación, ajustando las preguntas según las respuestas del participante, con el fin de explorar con mayor precisión los factores que inciden en la salud y el bienestar laboral.

En el contexto actual, donde el teletrabajo y las modalidades híbridas se han vuelto cada vez más comunes, la entrevista en profundidad puede adaptarse eficazmente a formatos virtuales, utilizando plataformas tecnológicas que facilitan la comunicación, la grabación y el análisis posterior de la información. Para garantizar la calidad de los datos, las entrevistas realizadas en este estudio se llevaron a cabo siguiendo una guía estructurada, diseñada para captar la complejidad y especificidad de los requerimientos laborales en entornos remotos, así como los riesgos emergentes asociados a la fatiga mental, la sobrecarga cognitiva y el aislamiento. El proceso de entrevista se inició identificando diversos aspectos del trabajo remoto, entre ellos: la función laboral, la gestión del tiempo y del espacio, el uso de equipos tecnológicos, el tipo de contratación como teletrabajador, la formación en habilidades digitales, la relación con compañeros de trabajo, el equilibrio trabajo-familia y el estado de salud física y mental del participante.

Validez de concordancia

La validez de concordancia entre jueces es un método empleado para determinar la calidad y pertinencia de los ítems en relación con el constructo que se desea medir, a partir de la evaluación y consenso de expertos en la materia. Este procedimiento es una forma de validez de contenido, en la cual un grupo de jueces calificados emite juicios de valor sobre la adecuación de cada ítem respecto al dominio teórico que representa.

En este proceso, los jueces expertos analizan diversos aspectos clave de los ítems, tales como su claridad, comprensibilidad, sensibilidad al cambio de contexto, pertinencia teórica, contribución a la medición del constructo y factibilidad de aplicación. La concordancia se refiere al grado en que los expertos coinciden en sus evaluaciones, lo cual se cuantifica mediante coeficientes estadísticos como el coeficiente W de Kendall, el coeficiente Kappa de Fleiss o el índice de acuerdo (IA). Estos indicadores permiten determinar si existe un consenso significativo entre los jueces y, en consecuencia, si los ítems pueden considerarse válidos para medir adecuadamente el constructo en estudio.

La relevancia de la validez de concordancia radica en que un alto nivel de acuerdo entre jueces indica que los ítems son pertinentes y representan el contenido teórico del constructo, lo que contribuye directamente a la validez y confiabilidad del instrumento en la población a la que está dirigido. En términos prácticos, para que un ítem sea considerado válido, se requiere que un porcentaje elevado de jueces – por ejemplo, 7 de 8 u 8 de 10 – coincida en su inclusión, respaldado por un nivel de significancia estadística ($p < 0.05$) que confirme la consistencia del consenso.

Bajo la definición de carga de trabajo como el conjunto de exigencias físicas, mentales, emocionales y organizacionales que enfrenta una persona trabajadora en el cumplimiento de sus funciones –cuya magnitud y percepción dependen tanto de factores objetivos como subjetivos, e inciden directamente en su salud–, este estudio tuvo como propósito diseñar ítems basados en la percepción individual del trabajador y validados por expertos, a fin de obtener la validez de contenido en la construcción de un instrumento de autoinforme orientados al análisis de factores psicosociales del trabajo.

Metodología

La metodología para diseñar ítems mediante entrevistas con trabajadores y su validez de contenido por jueces a través del índice de concordancia, se estructuró en dos fases, las cuales se describen a continuación.

Fase I: Entrevista semiestructurada

El propósito de esta fase fue verificar la acepción del teletrabajo y las características de su carga laboral. Para ello, se aplicó una entrevista semiestructurada orientada a recabar información sobre diversos aspectos de la actividad laboral del teletrabajador.

dor: la función desempeñada, la gestión del tiempo y del espacio, el uso de equipos tecnológicos, el tipo de contratación bajo modalidad de teletrabajo, la capacitación en habilidades en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la relación con compañeros, el equilibrio trabajo-familia y el estado de salud física y mental. Estos elementos se encuentran contemplados en la normatividad mexicana aplicable al teletrabajo, particularmente en la NOM-037-STPS-2023 (Secretaría del trabajo y Previsión Social [STPS], 2023).

Participantes. Se invitó a tres teletrabajadores –un empleado del ámbito administrativo, un docente y un empleado de un centro de atención de llamadas (*call center*)– que contaban con una experiencia laboral virtual superior a un año, quienes participaron voluntariamente en la entrevista.

Sede. Se realizó una entrevista semiestructurada mediante una plataforma digital, con el propósito de que los participantes expresaran su opinión respecto a su función laboral, su salud e interacción con la familia, entre otros aspectos. Las sesiones fueron grabadas después de conocer los criterios éticos y de confidencialidad para asegurar el resguardo de su identidad.

Análisis de la información. Se aplicó la técnica de análisis de contenido con el propósito de identificar de manera sistemática los elementos presentes en los discursos de los entrevistados. Posteriormente, se conformaron categorías analíticas de común acuerdo entre los autores, a fin de garantizar que el análisis fuera exhaustivo, coherente y específico a la condición de teletrabajo (Andréu, 2018).

Procedimiento. A partir de la información obtenida en las entrevistas, se identificaron categorías con componentes significativos relacionados con el contexto del teletrabajo (Graneheim & Lundman, 2004, como se citó en González & Cano, 2010). Mediante el análisis de contenido, se extrajeron elementos textuales que sirvieron de base para la elaboración de los ítems del test. Se procuró que cada dimensión teórico-empírica estuviera adecuadamente representada, y que los ítems resultaran claros, relevantes y comprensibles para la población objetivo. Finalmente, se dio formato a los ítems en una escala tipo Likert de cinco puntos, conforme al propósito del instrumento.

Fase II. Validez de concordancia

La fase de análisis de validez de contenido, mediante la participación de jueces expertos, comprende una serie de pasos sistemáticos orientados a garantizar que los

ítems del instrumento sean adecuados, pertinentes y representativos del constructo que se pretende medir.

Selección de los jueces expertos. Se invitó a cinco jueces expertos en la construcción de instrumentos de autoinforme referidos al comportamiento humano, para que evaluaron los ítems que conformarán el instrumento de análisis psicosocial. Bajo la acepción de la OIT (1984), cuyo marco conceptual entiende al comportamiento humano como resultado de la interacción entre el contexto laboral, la estructura organizacional, las capacidades de los trabajadores y su historia cultural; aspectos que se reflejan en su satisfacción y estado de salud.

Análisis del dato. Se aplicó un análisis estadístico para determinar el grado de acuerdo entre jueces, utilizando el coeficiente V de Aiken, que estima la relevancia de los ítems ($V \geq .78$) como buena validez de contenido.

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Donde

$\bar{x}$ = es el promedio de las calificaciones de los jueces.

l = es la puntuación más baja que es posible obtener.

k = es la diferencia entre el mayor y menor puntaje de la escala valorativa.

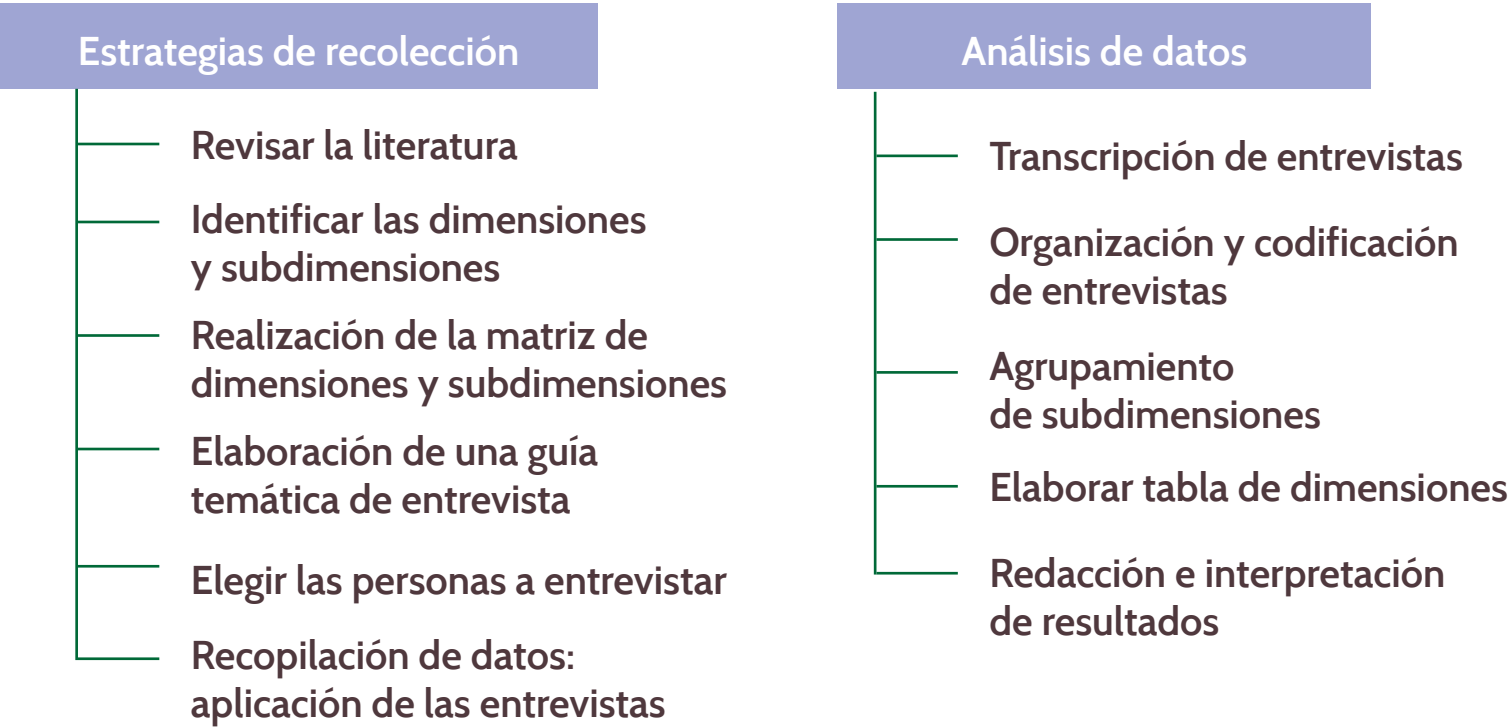
Procedimiento. Se proporcionó una plantilla o formulario para la valoración en tres puntos (1 = nada, 2 = poco, 3 = mucho) a cada ítem, especificando claramente las siguientes categorías:

1. Comprensible: el ítem valora algún aspecto de carga de trabajo.
2. Sensible: permite registrar cambios mínimos importantes en cantidad de carga de trabajo.
3. Justificable: indicador adecuado para la dimensión que se valora.
4. Correcto: redacción correcta y fácil de entender el significado.
5. Contribución: el ítem contribuye de manera importante en la medición de carga de trabajo.
6. Factible: el ítem es susceptible de ser respondido por la persona que labora en modalidad de teletrabajo.

Además, se ofreció un espacio para que los jueces puedan aportar observaciones o sugerencias de mejora para cada ítem. Finalmente, los ítems con baja concordancia se eliminaron para la versión final, que podrá ser sometida a la validez de constructo.

De esta manera, la combinación de entrevistas con trabajadores para la generación de ítems y la validación por jueces mediante índices de concordancia estadística es una estrategia robusta para asegurar la validez de contenido de instrumentos en investigación en factores psicosociales (Figura 1).

Figura 1
Proceso metodológico para el diseño y validación de ítems de carga de trabajo en teletrabajo

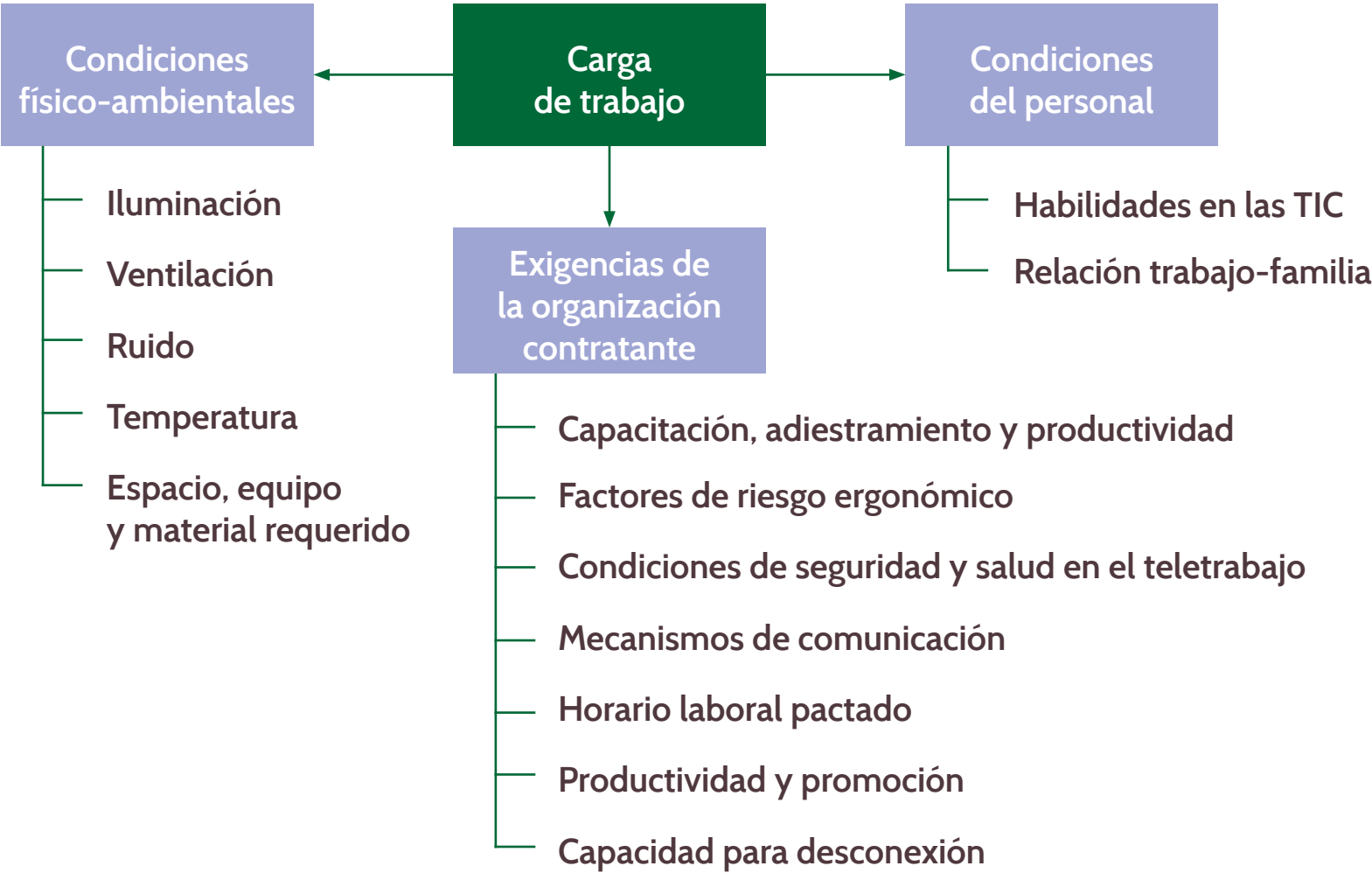


Resultados

Fase I. Diseño de ítems

La carga de trabajo, como temática central del estudio, se vinculó con tres dimensiones principales identificadas en el proceso: las condiciones físico-ambientales, las exigencias de la organización contratante y las condiciones personales del teletrabajador. Estas categorías emergieron del análisis de tres entrevistas a profundidad, con una duración aproximada de 29 a 31 minutos cada una, y se encuentran respaldadas por la literatura especializada revisada previamente (Figura 2).

Figura 2
Esquema conceptual del análisis de contenido de entrevistas a teletrabajadores



Condiciones física-ambientales

Las condiciones ambientales pueden influir significativamente en la calidad del desempeño y en la precisión de las respuestas del trabajador, al afectar su capacidad de concentración y procesamiento de la información. Factores como una iluminación inadecuada o un exceso de ruido ambiental pueden alterar la calidad de la información recibida y la eficiencia en la ejecución de las tareas. Asimismo, las variables ambientales actúan como factores moderadores o mediadores que inciden directamente sobre las capacidades del trabajador (Rolo et al., 2010).

Respecto a la *iluminación*, los entrevistados comentaron lo siguiente:

Al tener si tengo unos ventanales demasiado, bueno, cabe la redundancia, grandes, entonces la luz del día si entra [...] de manera favorable, ya que para que los chicos me observen de mejor manera debo tener una buena iluminación, es muy importante la iluminación que tengo y ya cuento como te digo

con una entrada de luz del sol muy buena y, a su vez, si es que [...] hace falta tengo una lámpara que me ayuda bastante. (Sujeto 2.1, P. 2)

De mi hogar, realmente no, porque tengo el espacio que es bueno el área de comedor donde es bastante iluminado solamente cuando tuve un inconveniente porque mi familia también como utiliza a veces el espacio me ha tocado subir a mi dormitorio y tratar de adaptarme ahí, que es un poquito menos iluminado. Entonces, pero igual, o sea, tú sabes que toca adaptarse al espacio en ese momento cuando estás realizando tu trabajo y tienes que adaptarte. (sujeto 3.1, P. 2)

En referencia a la *ventilación*, comentaron lo siguiente:

En el tema de ventilación, en la zona que yo vivo es caliente, es Tumbaco, es el valle de la ciudad de Quito; entonces, la ventilación es muy importante. Y mis clases, pues si no tengo una buena ventilación uno no puede estar en ese momento secándose el sudor o haciéndose, ventilándose. Entonces sí es muy importante, porque aparte de que tienes corto tiempo de la hora clase que quieres brindar a tus estudiantes debes estar ya listo para poder rendir tu clase magistral. (Sujeto 2.1, P. 4)

Si es necesario tener ventilación, porque el hecho de que como estás trabajando, siempre tienes un poquito de depresión en consultar en hablar con el cliente y sí se necesita. Tener un ambiente aireado para que como que te desempeñes mejor porque cuando está mucho calor te sientes como sofocada. Entonces, pienso que sí se necesita una ventilación... sí es bastante importante. (Sujeto 3.1, P. 3)

En cuanto a la *temperatura*, uno de los comentarios fue el siguiente:

Bueno, no tengo un sistema de temperatura. No tengo un sistema de calefacción o cosas así, no tengo, simplemente es el ambiente, pero más como se abre la puerta, es el viento que entra de normal en la casa, eso nada más [...] Bueno, lo que pasa es que en el sector donde yo vivo es un sector caliente,

como es el valle, entonces [es] un poquito caliente, pero como mi piso si es adaptable para el calor, entonces, como abro la ventana de mi patio, entonces, realmente no me siento, me siento súper bien, o sea, en ese ambiente estoy bastante cómoda, trabajo bien. Tengo ventilación, entonces sí, estoy bastante adaptable ahí. (Sujeto 3.1, P. 3)

Respecto al *ruido* se comentó lo siguiente:

Y la parte de afuera prácticamente no me interrumpe el ambiente de mi familia porque prácticamente estoy solamente con el cliente escuchando y no me afecta mucho el ruido exterior [...] El ruido de los perros no, porque [...] vivo en un segundo piso, entonces están en la planta baja y ladran, no es un sonido tan fuerte como para bajar y tener que lidiar con este sonido, no, es normal. Las ventanas, al cerrarlas, ya no ingresa el sonido, porque eso sí, busco siempre dar mis clases con las ventanas abiertas para que entre el aire y yo también puedo tener una buena oxigenación y poder dar la clase tranquila. (Sujeto 2.1, P. 3)

En referencia a los *recursos materiales*, los entrevistados comentaron lo siguiente: “Yo lo que proporciono es mi computadora y tengo igual in Focus que lo llevo conmigo y proyecto mis actividades, ¿qué más proporciono? Tengo un parlante igual eso es lo que proporciono de mi parte” (Sujeto 2, P. 5).

No, o sea, la laptop, era mío el celular, no me dieron ningún equipo técnico, solamente me brindaron la oportunidad de que me pasen el sistema a la laptop, el técnico y todo el departamento de soporte técnico me ayudó en la noche a reinstalar el programa y todo eso y de ahí empecé a trabajar al siguiente día. Cuando me aprobaron el teletrabajo. (Sujeto 3, P. 4)

Exigencias de la organización contratante

Las exigencias de la organización contratante forman parte de las condiciones de trabajo, entendidas como el conjunto de circunstancias y características materiales, ecológicas, económicas, políticas y organizacionales que configuran el entorno en el cual se desarrollan las relaciones laborales (Martínez et al., 2013).

En cuanto a *capacitación, adiestramiento y productividad*, lo entrevistados señalaron lo siguiente: “Entonces capacitarse si llevan sus tres cinco días bueno dependiendo la capacidad y tu estilo de aprendizaje no. Si eres auditivo visual o kinestésico, cómo lo logres ya define la personalidad de la persona” (Sujeto 2, P. 6).

La habilidad de manejarlo bien, las herramientas, entonces, tuve una capacitación en una empresa que empecé más o menos una semana. Entonces, de ahí pude como medio actualizarme, pero mientras transcurría el tiempo seguía yo mismo capacitándome y también con la ayuda en este caso de mis hijos fueron un soporte en mi casa por la manipulación de los sistemas como ingresar y como ellos están más actualizados, ellos me dieron bastante soporte en mi casa y en el trabajo también los compañeros. Todos siempre tratamos de ayudarnos, entonces así fue el proceso para mí. (Sujeto 3, P. 4)

En referencia a los *factores de riesgo ergonómico*, comentaron lo siguiente:

Sabes que yo pienso que sí, el tema de que supón te duele mucho la espalda. Y a mi esposo le pasó lo mismo, le empezó a doler mucho la espalda, pero, o sea, yo pienso que eso nos hubiera pasado aquí en la oficina o en casa, Aunque yo creo que en la oficina es del tema de las sillas ergonómicas. Mientras que, en casa, tú tienes cualquier silla, entonces realmente nosotros para cuidarnos las espaldas y mi esposo y yo invertimos en sillas ergonómicas. (Sujeto 1, P. 7)

Bueno un poquito a mí, por ejemplo, me ha afectado lo que es la vista. O sea, por mucho contacto que tienes en la pantalla. Entonces, un poquito, me ha afectado a la vista. Bueno, tal vez sea por la edad también, pero porque bueno, igual los chicos a veces que les converso, ellos me dicen, sí te afecta la vista, tienes que ponerte lentes antirreflejo y todas esas cosas. Entonces, eso nada más, en la parte de salud. (Sujeto 3, P. 8)

Sobre las *condiciones de seguridad y salud en el teletrabajo*, realizaron los siguientes comentarios:

En donde ya estás aprovechando el tiempo, entonces, yo pienso que no, o sea en mi caso. Para mí el teletrabajo es una de las mejores invenciones que pudo haber existido por el tema de la pandemia, porque en el caso administrativo, o sea, tú dispones de tu tiempo; la compañía también puede ver tus resultados, porque a todos nos miden de alguna manera. Y también es el tema de que puedes pasar con familia, que también hubo una época que se perdió mucho eso y, en mi caso, [...] yo antes de tener mi hijo, yo llegaba a trabajar hasta las madrugadas. (Sujeto 1, P. 3)

Porque en la oficina, por ejemplo, te estás las seis horas sentado y [...] solamente te levantas como quince minutos para lo que es el almuerzo, o sea, un *break*, y lo que es del baño y todo eso tienes unos 15 minutos más, o sea, trabajas cinco horas y media y la media hora es entre lo que es baño y lo que es el break. (Sujeto 3, P. 5)

En cuanto a los *mecanismos de comunicación*, los entrevistados realizaron los siguientes comentarios:

En cambio, [...] virtualmente yo tengo que mandar por WhatsApp la información y, a veces, no me responden enseguida; entonces [...] eso me tensiona, porque como que necesito que me ayuden o cuando pido cupo no me responden con [...] rapidez, al contrario de cuando estoy presencialmente. Pero a pesar de eso yo he logrado trabajar muy bien, pero eso ha sido en las partecitas que a veces me ha complicado. Pero como el día siguiente voy presencial, entonces, ahí soluciono lo que quedó pendiente [...] en casa y, [sí] me faltan cosas por resolver, las hago al día siguiente. Así me manejo. (Sujeto 3, P. 5)

En mi caso no tanto, porque [...] como yo siempre he tenido reuniones con personas del exterior, entonces yo he manejado muchas herramientas, [como] Teams, Zoom y todo eso, pero ya por mi profesión. Entonces, yo sí he manejado muchas herramientas, entonces a mí no me ha cogido de nuevo, pero he tenido casos de personas con las que empezaron en eso, [...] que obviamente tuvieron que capacitarles, decirle el manejo a luz, pero en mi caso casi no, porque yo me contactaba siempre con gente del exterior. (Sujeto 1, P. 5)

Respecto al *horario de labores pactado*, estos fueron los comentarios:

Organizándome. Bueno yo trabajo mi horario de trabajo; es de ocho y media a dos y media, presencialmente. De ahí, yo regreso a mi casa, tipo cuatro de la tarde, cuatro y media, a mi casa y de ahí comparto con mi familia, porque tengo dos chicos de 15 años y con mi esposo, entonces, hago las funciones en mi casa. Eso es más o menos mi proceso. Pero hay momentos en que cuando hay, por ejemplo, cierre de ventas y todo eso, tengo que quedarme trabajando más o menos cuatro y media y estoy llegando a la casa tipo seis de la tarde. (Sujeto 3, P. 3)

Yo manejo mi tiempo. Sí, yo manejo mi tiempo, nadie me está presionando. Claro que, si es que no subo las calificaciones, no me paga. [...] Sí hay un régimen o una regla que me dice: [el] fin de mes tienes que subir las calificaciones hasta donde tengas, sí o sí; pero si el mes tiene treinta días y yo lo hago el día 29, tranquilamente lo logro, pero los otros 29 días, si no lo hago y me desconecto y [...] dejo de hacer las actividades de profesor, lo puedo hacer sin ningún problema. (Sujeto 2, P. 8)

En cuanto a la *productividad y promoción*, señalaron lo siguiente:

Es una tranquilidad desde [...] la perspectiva personal. ¿Por qué? Porque estoy en mi casa, tengo la facilidad de realizar otras actividades sin tener la premura de querer llegar a mi lugar de trabajo. Me ayuda a poderme organizar de mejor manera. Tengo la facilidad de movilizarme por cualquier lugar del mundo, incluso llevando mi computadora y donde existe Internet y poder dar mi clase. La tengo que planificar, claro que sí, lo tengo que planificar, tener en cuenta que el estudiante que es *online* tiene todas las facilidades de Internet, tiene a la mano diferentes aparatos electrónicos que le ayudan a salir adelante, pero la virtualidad sí es muy importante. (Sujeto 2, P. 3)

No fue presencial, estuve trabajando presencialmente por unos ocho meses, más o menos; después, tuve un problema familiar –falleció mi mami– por lo que me dieron la opción de hacer teletrabajo. Así que compartí mi tiempo pre-

sencial tres días y dos días teletrabajo y, hasta ahora, me he mantenido todavía con ese proceso hasta la presente fecha. (Sujeto 3, P. 2-3)

Sobre la *capacidad para desconexión*, señalaron lo siguiente:

Entonces me desconecto, y como soy mamá, entonces, me toca preparar la comida y eso me toma tiempo. Entonces, yo siempre... bueno, sí soy muy responsable en mi trabajo. Entonces, yo sé que tengo que cumplir seis horas, pero las distribuyo, pero siempre cumplo las seis horas. (Sujeto 3, P. 5-6)

Presencialmente [es mejor para] resolver los temas, [porque en] el teletrabajo [...] como no estás en contacto con la gente operativa, [...] es por lo general donde surgen más los inconvenientes. [Pero] es más fácil trabajar en mi casa, es mucho más fácil y, o sea, cumples tu jornada completa, no hay excesos. (Sujeto 1, P. 6)

Respecto a la *salud*, estos fueron los comentarios:

El teletrabajo para mí es maravilloso, pero [...] también tiene sus implicaciones, porque es como que te encierras al mundo, no socializas, más que con tu familia. Pero tu familia siempre ha estado ahí, siempre socializada, Pero entonces, es como que te encierras al mundo y es como que se te puede cortar muchas oportunidades en el tema de comunicación social. Entonces sí como que te genera un poco de depresión. (Sujeto 1, P. 7)

[Al] trabajar [de forma] virtual, te apegas al sedentarismo, porque de ley estás sin hacer actividad física ni siquiera sales, no caminas ni siquiera a coger el bus para irte a tu trabajo. Entonces, el tema físico sí te afecta un poco si tú no sabes controlarlo y no te pones una rutina de salir a caminar, por ejemplo, en la mañana, pues te vas acabando físicamente; y mentalmente, es bueno porque no estás inmerso en un ambiente laboral con otras personas, no te estás relacionando y no estás absorbiendo buenas o malas energías de otras personas, problemas o circunstancias, entonces la mente no está en un ambiente malo, sino en un ambiente sano de un hogar. (Sujeto 2, P. 8-9)

Condiciones personales

Las condiciones personales en el trabajo se refieren a las características individuales, atributos y circunstancias propias de cada trabajador que influyen de manera significativa en su conducta laboral, rendimiento y bienestar dentro del entorno organizacional (Castillo & Villena, 1998).

Respecto a las *habilidades en las TIC*, los entrevistados realizaron los siguientes comentarios:

No, la parte contratante me capacitó y me hizo enfocar como yo debo trabajar; sí, porque la parte contratante maneja una plataforma que se llama Santillana, esta plataforma lo que haces es darme un listado de estudiantes, darme un correo institucional, darme las materias por carpetas. A mí me dieron capacitación para [...] saber el funcionamiento de la plataforma [...] Dentro de la misma plataforma, hay actividades virtuales que puedo compartir con los chicos; si yo no estoy atento y capacitado, no funcionan las clases virtuales. (Sujeto 2, P. 6)

En mi caso, no tanto, porque [...] como yo siempre he tenido reuniones con personas del exterior, entonces yo he manejado muchas herramientas, [como] Teams, Zoom y todo eso, pero ya por mi profesión. Entonces, yo sí he manejado muchas herramientas, entonces a mí no me ha cogido de nuevo, pero he tenido casos de personas con las que empezaron en eso, [...] que obviamente tuvieron que capacitarles, decirle el manejo a luz, pero en mi caso casi no, porque yo me contactaba siempre con gente del exterior. (Sujeto 1, P. 5)

En cuanto a la *relación trabajo-familia*, estos fueron los comentarios:

Bueno, ha sido bastante aliviado, porque al mismo tiempo que trabajo, puedo compartir con mi familia y también como tengo otras funciones también de responsabilidad con mi padre... entonces, necesito cuidarlo, eso me ha ayudado bastante y también me han dado la oportunidad de generar estos dos días en casa, entonces eso me ha ayudado bastante. (Sujeto 3, P.3)

Realmente fue buena, porque [...] antes no nos veíamos mucho por los trabajos nuestros y en ese entonces convivíamos más; entonces, ya te digo, era

como que cada uno tenía sus cosas que hacer, sus cuatro horas, después salíamos y almorzábamos, entonces, también es mucho de cercanía, [...] comparíamos más que [...] ahora que trabajas aquí, porque ahora [...] compartes más con tus compañeros de trabajo, pero en casa compartes más con la familia. (Sujeto 1, P. 6-7).

Fase II. Validez de concordancia

Para evaluar la validez de contenido, se aplicó el coeficiente V de Aiken como método de análisis de concordancia, sumando los valores asignados por los jueces a cada ítem conforme a los criterios establecidos (Tabla 1). Los resultados mostraron valores superiores a $V > 0.80$, lo que indica una excelente validez de contenido y un alto nivel de acuerdo entre jueces respecto a la pertinencia y representatividad de los ítems.

Tabla 1
Coeficiente V de Aiken para los criterios que califican las categorías de la escala para teletrabajadores

Criterios	Condiciones físicas -ambientales	Exigencias de la organización contratante	Condiciones del personal
Comprensible	0.93	0.89	0.89
Sensible	0.86	0.86	0.90
Justificable	0.90	0.86	0.90
Correcto	0.91	0.93	0.91
Contribución	0.89	0.85	0.91
Factible	0.97	0.96	0.92

Conforme a los coeficientes V de Aiken se estructuró la escala de Carga de Trabajo para Teletrabajadores con tres dimensiones: 1. Condiciones físicas y ambientales, con 28 ítems, 2. Exigencias de la organización contratante, con 33 ítems, y 3. Condiciones personales, con 19 ítems (Tabla 2).

Tabla 2
Análisis de contenido de entrevistas semi-estructuradas para la elaboración de ítems de una escala para teletrabajo

Dimensiones	Categorías	Ítems
Condiciones físicas y ambientales en teletrabajo	Iluminación	7
	Ventilación	3
	Temperatura	2
	Ruido	4
	Espacio, equipo y material requerido	10
Exigencias de la organización contratante	Capacitación, adiestramiento y productividad	6
	Factores de riesgo ergonómico	3
	Condiciones de seguridad y salud en el teletrabajo	6
	Satisfacción laboral	11
	Desconexión entre trabajo y actividades personales	6
Condiciones personales	Habilidades en las TIC	10
	Relación trabajo-familia	9

Discusión

Los resultados confirman que la carga laboral en teletrabajo constituye un fenómeno multidimensional, conformado por tres dimensiones principales: las condiciones físico-ambientales, las exigencias organizacionales y las condiciones personales. Esta estructura es coherente con la literatura especializada, que señala que la percepción de la carga de trabajo (CT) está influida por factores organizacionales, la claridad en la definición de roles, la disponibilidad de recursos materiales, el apoyo institucional y las condiciones del entorno laboral (Castellón, 2018; Jiménez-Figueroa & Berrios-Riquelme, 2022; OIT, 2020).

La identificación de la dimensión condiciones personales y de sus categorías –habilidades TIC y gestión trabajo-familia– confirma que la experiencia de sobrecarga laboral está mediada por factores individuales. Esto coincide con lo señalado en la literatura, que destaca el rol modulador de las circunstancias personales en la vivencia del estrés laboral (Jiménez-Figueroa & Berrios, 2022). Ese hallazgo explica

por qué demandas objetivas similares pueden generar percepciones de carga de trabajo diametralmente opuestas entre distintos teletrabajadores.

La validez de contenido obtenida mediante el índice de Aiken ($V = 0.90$) responde directamente a la necesidad metodológica de desarrollar instrumentos específicos para el teletrabajo, capaces de superar las limitaciones de aquellas herramientas diseñadas para entornos presenciales. Este resultado cobra relevancia si se considera que la carga de trabajo no solo involucra el número de actividades realizadas en un periodo determinado, sino también el esfuerzo físico y cognitivo requerido para cumplirlas, así como la expresión emocional asociada (Cockburn & Hurtado, 2021). El diseño de ítems basado en testimonios reales permitió que el instrumento CTT captara estas particularidades, consolidando su validez conceptual y metodológica, y respaldando la pertinencia del enfoque cualitativo previo propuesto por la teoría clásica de los test.

Los hallazgos cualitativos refuerzan la distinción teórica entre carga de trabajo objetiva y subjetiva. Mientras las exigencias organizacionales –y sus categorías, como los horarios pactados y los mecanismos de comunicación– reflejan componentes cuantificables de la carga laboral, las condiciones físico-ambientales y las condiciones personales actúan como moderadores de la percepción subjetiva, en concordancia con lo señalado por Mamani-Benito et al. (2022). Esto explica por qué dos teletrabajadores con demandas objetivas similares pueden experimentar niveles distintos de sobrecarga, ya que su vivencia depende en gran medida de la adaptabilidad del entorno doméstico y de sus recursos personales, factores que suelen estar ausentes en las mediciones tradicionales de carga de trabajo.

Finalmente, la identificación de riesgos emergentes –como el dolor lumbar derivado de mobiliario inadecuado o la fatiga visual– confirma las advertencias señaladas en la literatura sobre los nuevos desafíos en salud ocupacional (Cockburn & Hurtado, 2021). Estos hallazgos evidencian que la implementación del teletrabajo, por sí sola, no garantiza entornos laborales saludables, siendo necesarias intervenciones organizacionales proactivas orientadas a la prevención y promoción del bienestar. En este sentido, el instrumento CTT, al integrar dimensiones ergonómicas, psicosociales e individuales, ofrece un diagnóstico multidimensional que posibilita el diseño de estrategias de intervención específicas, respondiendo así al vacío metodológico previamente identificado en la evaluación de la carga de trabajo en contextos de teletrabajo.

Conclusiones

En relación con los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación, se concluye que el desarrollo del instrumento CTT ha demostrado ser metodológicamente sólido y conceptualmente robusto. La construcción del instrumento, basada en el análisis cualitativo de entrevistas en profundidad, permitió identificar tres dimensiones fundamentales: las condiciones físico-ambientales, las exigencias de la organización contratante y las condiciones personales del trabajador. Esta estructura tridimensional refleja la complejidad multifactorial de la carga laboral, en la que convergen aspectos ergonómicos, organizacionales e individuales que, hasta ahora, se encontraban abordados de forma fragmentaria en la literatura especializada. El proceso de validación por criterio de jueces, siguiendo los criterios de Moriyama, evidenció la pertinencia y calidad técnica del instrumento, alcanzando valores del coeficiente V de Aiken superiores a 0.89 en todas las dimensiones evaluadas (Moriyama, 1968, como se citó en Jette, 1980).

La validez de contenido alcanzada (V de Aiken total = 0.90) constituye un indicador de excelencia metodológica que respalda la utilidad práctica del instrumento CTT para su aplicación en contextos organizacionales reales. Este alto nivel de concordancia entre jueces expertos no solo valida la estructura dimensional propuesta, sino que también confirma la pertinencia, claridad y relevancia de los ítems diseñados para capturar la experiencia subjetiva de la carga laboral en el teletrabajo. La integración de testimonios directos de teletrabajadores en el diseño de los ítems, junto con la rigurosidad del proceso de validación, posiciona al instrumento CTT como una herramienta diagnóstica confiable y sólida, capaz de identificar factores de riesgo y oportunidades de mejora en las condiciones laborales remotas.

Los resultados sientan las bases para futuras investigaciones orientadas a evaluar intervenciones organizacionales destinadas a optimizar el bienestar y la productividad de las personas que laboran bajo la modalidad de teletrabajo. Asimismo, el estudio proporciona un marco de referencia estandarizado para la medición de la carga laboral en este contexto emergente.

Referencias

Andréu, J. (2018). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada.pdf>

- Castellón, L. A. (2018). Análisis del proceso de medición de cargas de trabajo en el Instituto Nacional de Aprendizaje -INA- Costa Rica. *InterSedes*, 18(38), 1-21. <https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32671>
- Castillo, J. J., & Villena, J. (1998). *Ergonomía: conceptos y métodos*. Editorial Complutense.
- Chicaiza, K. M., & Velasco, E. F. (2023). Carga de trabajo del personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Investiga*, 8(2), 107-116. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i2.2011.2023>
- Cockburn, W., & Hurtado, M. (2021). European Perspective on Occupational Hazards in Teleworking. *Archivos de Prevención Riesgos Laborales*, 24(2), 95-98. <https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.02.01>
- González, T., & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación* (45), Marzo-Abril 10.
- Hart, S. G. (2006). Nasa-Task Load Index (NASA-TLX); 20 Years Later. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 50(9), 904-908. <https://doi.org/10.1177/154193120605000909>
- Ingusci, E., Signore, F., Cortese, C. G., Molino, M., Pasca, P., & Ciavolino, E. (2023). Development and validation of the Remote Working Benefits & Disadvantages scale. *Quality & Quantity*, 57(2), 1159-1183. <https://doi.org/10.1007/s11135-022-01364-2>
- Jette, A. M. (1980). Health status indicators: Their utility in chronic-disease evaluation research. *Journal of Chronic Diseases*, 33(9), 567-579. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(80\)90051-X](https://doi.org/10.1016/0021-9681(80)90051-X)
- Jiménez-Figueroa, A., & Berrios Riquelme, A. (2022). Condiciones de Teletrabajo, Conflicto Trabajo-Familia y Carga Mental en Trabajadores/as del sector privado en Chile. *Revista de Investigación Psicológica*, (27), 95-108. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322022000100095
- Mamani-Benito, O., Javier, E., Quispe, S., Jallo, L. Y., Felipe, R., Esteban, C., & Lingan, S. K. (2022). Diseño y validación de la escala de percepción del teletrabajo (Tele-Cov-19) en docentes de educación básica peruanos. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 25(3), 259-270. <https://doi.org/10.12961/aprl.2022.25.03.03>
- Martínez, R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Síntesis.

- Martínez, L., Oviedo-Trespalacios, O., & Luna, C. (2013). Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. *Salud Uninorte*, 29, 542–560
- Medina-Guillen, L. F., Quintanilla-Ferrufino, G. J., Palma-Vallejo, M., & Medina Guillen, M. F. (2021). Workload in a group of Latin American teachers during the COVID-19 pandemic. *Uniciencia*, 35(2), 1–13. <https://doi.org/10.15359/ru.35-2.15>
- Mohite, S., & Kumar, A. (2025). Remote work Flexibility and the Blurring of Personal-Professional Boundaries: Impact on Employee Well-Being. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 7(2).
- Organización Internacional del Trabajo. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Serie Seguridad, Higiene y medicina del Trabajo, Número 56. https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_span.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). *El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella*. Guía práctica. OIT. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_758007.pdf
- Rolo, G., Hernández-Fernaund, E., & Díaz-Cabrera, D. (2010). Impacto de las condiciones físico-ambientales percibidas sobre la carga mental de trabajo: un estudio exploratorio en empleados de oficina. *PsyEcology: Bilingual Journal of Environmental Psychology*, 1(3), 333–342. <https://doi.org/10.1174/217119710792774861>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2023). NORMA Oficial Mexicana NOM-037-STPS-2023, Teletrabajo-Condiciones de seguridad y salud en el trabajo. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 08-06-2023. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5691672&fecha=08/06/2023#gsc.tab=0
- Singh, P., Bala, H., Dey, B. L., & Filieri, R. (2022). Enforced remote working: The impact of digital platform-induced stress and remote working experience on technology exhaustion and subjective wellbeing. *Journal of Business Research*, 151, 269–286. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.07.002>
- Venegas, C. E., & Leyva, A. C. (2020). La fatiga y la carga mental en los teletrabajadores: a propósito del distanciamiento social. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 3–17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11582980/>

Estrés laboral, conductas alimentarias de riesgo y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería ante COVID-19

*Oscar Omar Galván Gaspar, Ana Cecilia Méndez Magaña
y Berenice Martínez Melendres*

Resumen

El entorno laboral hospitalario suele desarrollarse en un contexto altamente demandante, donde factores como la presión, la carga de trabajo y las condiciones laborales contribuyen al incremento del estrés. Este estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el estrés laboral, las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19. Se realizó un estudio transversal analítico en un hospital de tercer nivel, con la participación de profesionales de enfermería ($n = 275$). Los instrumentos aplicados fueron la Nursing Stress Scale (NSS), el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Los resultados mostraron que el nivel de estrés más frecuente fue el medio (53.1%). Los principales estresores identificados en más de la mitad de la población fueron la carga de trabajo (50.2%), la preparación insuficiente (55.6%) y los problemas con otros miembros del equipo de enfermería (53.5%). Las estrategias de afrontamiento con puntajes más altos correspondieron a la reevaluación positiva, la evitación y el enfoque en la solución del problema. Asimismo, se identificó la presencia de CAR en el 64.7% de los participantes. Se sugiere implementar acciones escalonadas, acompañadas de la orientación de profesionales en psicología, con el propósito de ofrecer herramientas individuales y desarrollar estrategias institucionales que fortalezcan la comunicación y el trabajo en equipo; esto contribuiría a mitigar la carga física y emocional derivada de situaciones de crisis sanitaria. En este marco, el rol del personal directivo es esencial para favorecer un afrontamiento adecuado ante los cambios que las emergencias epidémicas imponen en la administración de los servicios de salud.

Palabras clave: estrés laboral, conductas alimentarias de riesgo, estrategias de afrontamiento, personal de enfermería, COVID-19

Introducción

En la actualidad, el estrés laboral se considera uno de los problemas de mayor relevancia en el contexto social a nivel mundial, debido a su impacto directo en la salud del trabajador y su influencia en el desempeño y rendimiento laboral; en consecuencia, también afecta el funcionamiento de las organizaciones en las que se desempeña (Cortaza & Torres, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés relacionado con el trabajo como “un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertos aspectos extremadamente abrumadores o exigentes en el contenido, organización y ambiente de trabajo” (Houtman et al., 2008, p.1). Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que el estrés laboral está vinculado con la forma en que se desarrolla el proceso organizativo dentro del entorno laboral, el puesto que se ocupa y las relaciones interpersonales que se establecen en ese contexto. Además, puede originarse cuando el trabajador no cuenta con las competencias necesarias para responder adecuadamente a las demandas de su función (OIT, 2016).

La pandemia de COVID-19 representó un periodo particularmente difícil para diversos sectores del país, especialmente para el ámbito de la salud, tanto público como privado. La emergencia sanitaria mundial provocó cambios sustanciales en la organización del sistema de salud y en los protocolos de atención médica en todos los niveles, lo que generó un incremento en la carga laboral, así como un mayor desgaste físico y psicológico. Esta situación obligó a los profesionales de la salud a desarrollar mecanismos de afrontamiento que les permitieran sobrellevar las exigencias derivadas del contexto epidemiológico; en consecuencia, el ambiente laboral se volvió menos favorable y se incrementó la presión sobre el personal, generando posibles estados de inestabilidad emocional y la necesidad de implementar medidas para mitigar los efectos del estrés (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2017). En este sentido, el estrés laboral en los profesionales de la salud resulta especialmente preocupante, ya que puede afectar su bienestar y la calidad de la atención brindada a los pacientes (García-Moran & Gil-Lacruz, 2016).

Las estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de salud pueden ser diversas y, en muchos casos, repercutir en el bienestar individual y en la dinámica organizacional. A su vez, el estrés laboral puede desencadenar múltiples trastornos físicos y mentales, así como favorecer la aparición de comportamientos de riesgo, entre ellos las conductas alimentarias de riesgo, que pueden surgir como resultado de un afrontamiento inadecuado.

Dentro del personal de salud, el personal de enfermería se distingue por ejercer una de las profesiones más humanísticas, caracterizada por el contacto constante con los pacientes y por una práctica filosófica de enfoque holístico que abarca cuidados que van desde los más simples hasta los de alta complejidad. No obstante, el entorno laboral hospitalario suele desarrollarse en un contexto altamente demandante, donde factores como la presión, la carga de trabajo y las condiciones laborales contribuyen al incremento del estrés laboral.

La pandemia implicó múltiples exigencias para el personal de salud, quienes debieron adaptarse a un nuevo entorno laboral caracterizado por la incorporación de modalidades y demandas inéditas de trabajo. En particular, el personal de enfermería enfrentó una carga laboral excesiva, acompañada de nuevos lineamientos de atención y cuidado especializado requeridos para afrontar la emergencia sanitaria y mantenerse actualizado. La capacitación repentina ante la situación epidemiológica por COVID-19, la necesidad de adquirir conocimientos actualizados sobre la enfermedad y la correcta aplicación de medidas preventivas y de protección representaron un cambio radical dentro del contexto laboral. Asimismo, el uso prolongado de equipos de protección personal durante extensas jornadas condicionó alteraciones en los patrones de descanso, alimentación y otras necesidades básicas. Como señalan Vélez-Mejía et al. (2020), los hábitos alimentarios están determinados por factores contextuales como los entornos laborales y las dinámicas de trabajo, los cuales pueden afectar el estado nutricional. En este sentido, el personal de enfermería se encontró particularmente vulnerable a desarrollar diversas actitudes frente a la comida –como desinterés, pérdida de apetito o conductas compulsivas–, lo que altera los patrones de conducta alimentaria y, por ende, la calidad de la alimentación (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018).

Aunado a lo anterior, los profesionales de la salud atravesaron etapas de miedo e incertidumbre durante la pandemia, principalmente por la falta de recursos dentro de las instituciones, la escasa preparación inicial para enfrentar la emergencia sanitaria y la limitada operatividad de los protocolos establecidos para su seguimiento. Además, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas en la población general –incluido el propio personal sanitario– llevó a las instituciones de salud a otorgar licencias a quienes presentaban comorbilidades que pudieran poner en riesgo su vida frente a la infección por COVID-19. Esta situación incrementó el ausentismo y la escasez de recursos humanos, impactando de manera negativa tanto al resto de

los trabajadores como al funcionamiento institucional y al sistema de salud en su conjunto. Para mitigar esta problemática, se implementaron convocatorias a nivel nacional con el propósito de reclutar nuevo personal, especialmente de enfermería, a fin de compensar la sobrecarga laboral y responder a la creciente demanda de servicios de salud.

Aspectos teóricos

Estrés laboral

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el estrés laboral “surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización, la persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés” (del Hoyo, 2004, p.6). En el ámbito laboral, el estrés puede manifestarse en distintos niveles; sin embargo, algunas profesiones presentan una carga emocional y psicológica mayor que otras. Esta situación repercute directamente en la salud y el bienestar del trabajador, pudiendo desencadenar alteraciones fisiológicas que, de no atenderse, podrían evolucionar hacia enfermedades más graves (Franco et al., 2011).

Tomar decisiones bajo presión, laborar en turnos nocturnos, asumir altas responsabilidades o desempeñarse en entornos laborales monótonos o excesivamente exigentes incrementa la vulnerabilidad biopsicológica de las personas. Estas “situaciones laborales plantean con crudeza la cara amarga del trabajo, generando un alto grado de estrés que influye en todas las actividades de la persona, como pueden ser, entre otras, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos” (Díaz, 2007, p.95).

En el caso del personal de enfermería, existe una alta susceptibilidad al estrés laboral debido a las jornadas extensas y demandantes, la atención a pacientes que requieren cuidados prolongados, la deficiente colaboración entre colegas del mismo gremio o con el personal médico, los conflictos con familiares de los pacientes y la falta de una remuneración económica proporcional al esfuerzo que implica la profesión, entre otros factores. No obstante, cada individuo percibe de manera distinta las condiciones demandantes: “para algunos, ciertos requerimientos del ambiente son considerados factores estresantes; sin embargo, otros individuos pueden tener las herramientas para enfrentar las exigencias, retomar el control y equilibrar la balanza” (Chandía et al., 2016, p.58).

Afrontamiento

Sandín y Chorot (2003) señalan que el marco teórico del concepto de afrontamiento, desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), se fundamenta en la concepción del estrés como un proceso dinámico. Desde esta perspectiva, el individuo pone en práctica diversas estrategias –adaptativas o desadaptativas– para manejar las demandas del entorno que percibe como amenazantes o desbordantes de sus recursos. De este modo, una persona puede emplear estrategias de afrontamiento independientemente de que el proceso de estrés que experimente resulte o no adaptativo. Para comprender y evaluar el afrontamiento, es necesario identificar con precisión aquello a lo que la persona se enfrenta; cuanto más definido sea el contexto, más fácil resultará vincular un pensamiento o una acción de afrontamiento específicos con las demandas contextuales. En este sentido, hablar de un proceso de afrontamiento implica reconocer un cambio continuo en los pensamientos y conductas de la persona a medida que se desarrolla el encuentro estresante.

El afrontamiento, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), es un proceso dinámico y cambiante en el que la persona puede recurrir, según las circunstancias, a diferentes tipos de estrategias. En determinados momentos puede apoyarse en mecanismos de carácter defensivo, mientras que en otros opta por estrategias orientadas a la resolución de problemas, conforme evoluciona la relación entre el individuo y su entorno.

Lazarus y Folkman (1984) identifican dos preguntas fundamentales que orientan la forma en que una persona evalúa su relación con el entorno en una situación determinada. La primera, denominada *evaluación primaria*, plantea la pregunta: “¿Qué está en juego?”, mientras que la segunda, *evaluación secundaria*, interroga: “¿Qué puedo hacer?”. Estas evaluaciones son relevantes porque reflejan cómo el individuo valora la situación en función de su bienestar físico, emocional o social, así como del impacto que pueda tener en sus metas u objetivos personales. Cuando lo que está en juego resulta significativo y los recursos personales se perciben como insuficientes para afrontar las demandas del contexto, se genera una experiencia de estrés psicológico; en tal sentido, cuanto mayor es el desequilibrio entre las demandas y los recursos, mayor será el nivel de estrés percibido (Folkman, 1982). En síntesis, ante una situación estresante, el individuo primero la percibe, luego la evalúa y, a partir de ello, inicia un proceso reflexivo en el que se plantea qué debe, puede o debería hacer para afrontarla (Lazarus & Folkman 1984).

Conductas alimentarias de riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se definen como el “conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos” (Saucedo-Molina & Unikel, 2010, p. 13). De acuerdo con Unikel et al. (2017), las CAR pueden manifestarse a través de episodios de ingestión excesiva o atracones acompañados de sensación de pérdida de control al comer, así como mediante conductas restrictivas –como dietas, ayunos, práctica excesiva de ejercicio físico o uso de pastillas para bajar de peso– y conductas purgativas, entre las que se incluyen el vómito autoinducido y el uso o abuso de laxantes, diuréticos, anorexigénicos o enemas. En relación con la motivación que origina estas prácticas, Díaz (2007) advierte que “la mayor acumulación de estrés laboral puede alterar los patrones de conducta de quienes lo sufren. De manera muy especial, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos pueden verse seriamente afectados por el estrés laboral” (p.93).

Las CAR “incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal” (Bereñú et al., 2016). Estas conductas comparten características con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA); sin embargo, no alcanzan la intensidad ni cumplen los criterios diagnósticos que definen a estos últimos, aunque su prevalencia suele ser mayor (Unikel-Santoncini et al., 2004). Aún no se ha determinado con claridad si las CAR constituyen condiciones subclínicas, pródromos o factores de riesgo para el desarrollo de un TCA (Unikel-Santoncini et al., 2010). No obstante, “conducen a deficiencias en el funcionamiento psicosocial debido, entre otras razones, a que presentan niveles similares de comorbilidad psiquiátrica” (Unikel et al., 2017, p.41).

El apetito es un aspecto fundamental dentro del estudio de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), ya que el estrés laboral puede alterar tanto el apetito –sensación primordialmente psíquica– como el hambre, entendida como una sensación esencialmente orgánica. Según Díaz (2007), “el apetito puede definirse así: deseo de comer, exista o no necesidad de ello” (p.96). En este sentido, apetito y hambre –o deseo y necesidad– suelen manifestarse de manera conjunta, aunque no siempre ocurre así; cuando se produce una discrepancia entre ambos, pueden presentarse alteraciones en la conducta alimentaria. Tal como señala el autor, “en determinadas circunstancias, hay disociación entre el apetito y el hambre” (p.93), lo que puede derivar en patrones alimentarios irregulares o poco saludables.

Marco contextual del ámbito laboral

El Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” se ubica en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Inició sus operaciones el 1 de febrero de 1988 y, desde 1997, funciona como un Organismo Público Descentralizado (OPD). Esta institución de salud ofrece servicios médicos de especialidad y alta especialidad de forma continua los 365 días del año. En la Tabla 1 se presenta la distribución del personal de enfermería en los distintos servicios médicos que conforman el hospital.

Tabla 1
Servicios donde labora el personal de enfermería del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”

Servicio médico	Piso
Medicina Interna	12 y 11
Cirugía, clínica de heridas, clínica de catéteres	10
Cirugía	9
Ginecología	8 y 6
Onco-hematología	7
SECIN (Servicio Externo de Cuidado Intensivos Neonatales)	5
Pediatría, Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UTIP)	4
Pediatría	3
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Quirófanos, CEyE (Central de Esterilización y Equipos), Jefatura y Enseñanza de Enfermería	2
Urgencias pediatría, urgencias adultos, toco cirugía, inhaloterapia	1
Medicina preventiva, Rayos X, cuidados paliativos	---
Servicios externos: Consultorios, Epidemiología	---

Durante la pandemia, la institución contó con un total de 1118 profesionales de enfermería, tanto de base como eventuales, distribuidos en los turnos matutino (8 h), vespertino (7.5 h), nocturno A y B (12 h cada uno) y jornada acumulada (12 h). El turno nocturno concentró la mayor cantidad de personal, seguido del matutino. Cabe señalar que el personal de enfermería se organiza bajo una estructura jerárquica conformada por las siguientes categorías: Enfermera Operativa, Enfermera

Jefa de Servicio o de Área, Subjefe y Jefa de Enfermeras. Asimismo, se desempeñan bajo distintas clasificaciones laborales: Auxiliar (A y B), Enfermera(o) General (A y B) y Especialista (A y B), siendo la categoría Auxiliar A la que representa la mayor proporción del total del personal de enfermería en la institución.

Panorama epidemiológico existente al momento del estudio

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020a), hay “casi 28 millones de enfermeras y enfermeros en el mundo, quienes representan más de la mitad de todos los trabajadores de la salud a nivel mundial” (párr.5). Dentro de este conjunto, el personal de enfermería de la Región de las Américas es el más numeroso, concentrándose principalmente en los países de Canadá, Estados Unidos y Brasil.

De acuerdo con el comunicado técnico diario sobre el nuevo coronavirus en el mundo, el 27 de febrero de 2020 se reportó un paciente sospechoso de 31 años proveniente del estado de Hidalgo (Secretaría de Salud, 2020a); sin embargo, fue hasta el día 28 de febrero de 2020 que se confirmaron los primeros tres casos de COVID-19 a nivel nacional, dos de ellos en la Ciudad de México y uno en el estado de Sinaloa (Secretaría de Salud, 2020b). Para el 14 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud de Jalisco reportó los primeros dos casos confirmados de COVID-19 residentes del municipio de Zapopan (Gobierno del Estado de Jalisco, 2022).

México se vio en la necesidad de reclutar nuevo personal sanitario debido al fuerte impacto que la pandemia tuvo sobre el sistema de salud. Durante la conferencia de prensa sobre el informe diario de coronavirus (COVID-19) del 13 de noviembre de 2020, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, señaló que existía un déficit de aproximadamente “240 mil profesionales de la salud”, destacando que esa carencia abarcaba todas las áreas del sector (Secretaría de Salud, 2020c).

Ante el avance de la pandemia en el país, el gobierno del estado de Jalisco implementó un plan de reconversión hospitalaria con el objetivo de garantizar una atención médica oportuna y disponer del personal y equipo necesarios para atender a los pacientes con síntomas graves de COVID-19. Este plan se ejecutó de manera coordinada entre las instituciones del Sector Salud, el Gobierno Federal y el sector privado. Los hospitales designados como centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 a nivel estatal fueron los siguientes: Hospital General de Occidente (Zoquepan) y su adjunto el Hospital Geriátrico, Hospital Civil de Guadala-

jara “Dr. Juan I. Menchaca”, Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”, diez hospitales regionales y el Hospital Comunitario de Colotlán, además de la habilitación del Hospital “Dr. Ángel Leañó” (Gobierno del Estado de Jalisco, 2020).

Con el paso de los meses, varias unidades hospitalarias alcanzaron niveles críticos de saturación, registrando un 100% de ocupación de camas, mientras que el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca tuvo un pico del 50% el 1 de octubre de 2021 (Secretaría de Salud, 2021). Esta situación generó un entorno laboral especialmente exigente y desafiante, ya que “los trabajadores sanitarios de primera línea eran un personal expuesto y propenso a infectarse cuando examinaban y trataban a pacientes con esta enfermedad respiratoria” (Heymann, 2020, p.470). Lo anterior resulta especialmente relevante si se considera que:

Los trabajadores de la atención sanitaria dependen del equipo de protección personal para protegerse a sí mismos y a sus pacientes y evitar infectarse o infectar a otras personas, [por lo que] la escasez de suministro (guantes, mascarillas médicas, respiradores, gafas de seguridad, pantallas faciales, batas y delantales) hace que profesionales médicos, de enfermería y otros trabajadores de primera línea estén peligrosamente mal equipados para atender a los pacientes de COVID-19. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020, párr.2-3)

Con base en lo anterior, el director general de la OMS refirió que para poder parar el COVID-19 era necesario tener protegidos a los profesionales de la salud (OMS, 2020). Al respecto, el incumplimiento de las medidas preventivas –como el lavado de manos correcto, el uso adecuado del equipo de protección personal y el control riguroso de infecciones– incrementa de manera significativa el riesgo de contagio entre los trabajadores de la salud. Según Heymann (2020), “los trabajadores de la salud corren un gran riesgo de infección y se convierten en portadores involuntarios para los pacientes hospitalizados por otras enfermedades y tratamientos, así como para los miembros de sus familias y la comunidad” (p.470).

Cristian Morales, representante de la OPS en México, en una entrevista destacó que la situación se tornaría muy difícil, en primera instancia por el incremento exponencial de casos en el país:

pero también por el impacto económico y social de la pandemia, así como por una cierta confusión en la población respecto del mantenimiento de las medidas de sana distancia [...], esto es realmente una situación extremadamente compleja que hace aún más difícil la adherencia de la población a las medidas de salud pública que son necesarias para contener esta situación epidémica. (OPS, 2020b, párr.1-2)

Lo anterior tuvo un impacto considerable en los sistemas de salud, generando una reacción en cadena: a menor protección del personal sanitario, aumentaron los riesgos de contagio, la propagación del virus y, en consecuencia, la demanda hospitalaria. Aunado a ello, la OPS (2019) reportó que “México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en obesidad del adulto” (párr.1), condiciones que, junto con otras enfermedades crónicas, incrementan la probabilidad de desarrollar cuadros graves de COVID-19 (OPS, 2021). Esta combinación de factores colocó al país ante una problemática sanitaria, económica y social de gran magnitud y complejidad, que representó un desafío sin precedentes para el sistema de salud mexicano.

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo: “Determinar el estrés laboral, las conductas alimentarias de riesgo y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19”.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo con la participación del personal de enfermería. Para determinar el tamaño de la muestra, se tomó como referencia el estudio de García et al. (2020), en el que se reportó que el 3.2% del personal de enfermería de un hospital público en la ciudad fronteriza de Matamoros, Tamaulipas, México, presentó un nivel alto de estrés durante la pandemia por COVID-19. Considerando que la población total del personal de enfermería del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca fue de 1118 trabajadores, se estableció un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%. Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula para estimar frecuencias en poblaciones finitas propuesta por Schaeffer et al. (1990), obteniéndose un requerimiento mínimo de 46 participantes que presentaran un nivel alto de estrés.

Se utilizó un muestreo en cadena, dado que el trabajo de campo se llevó a cabo mediante una encuesta electrónica. Para la aplicación del instrumento, se estableció contacto con el Departamento de Jefatura de Enfermería, quien a su vez distribuyó el formulario electrónico entre el personal a su cargo para su respuesta. El estudio se realizó en el periodo comprendido de marzo a junio de 2021.

Los criterios de inclusión fueron: ser personal de enfermería activo perteneciente a cualquier área, turno o categoría del hospital, y manifestar disposición para participar en el estudio. Se excluyó al personal de enfermería con licencia por cualquier causa, así como a quienes, en el momento del estudio, se encontraban en formación académica –pasantes de enfermería, estudiantes de pregrado o posgrado–, a otros profesionales de la salud y al personal que estuviera de vacaciones.

Las variables consideradas en el estudio fueron: estrés laboral, estresores, edad, sexo, estado civil, área de trabajo, turno, horas extra, convenio, situación laboral, escolaridad, categoría, jerarquía, conductas alimentarias de riesgo y estrategias de afrontamiento.

Para evaluar el estrés laboral, las conductas alimentarias de riesgo y las estrategias de afrontamiento, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Escala de Estrés en Enfermería, traducida al castellano por Más y Escibà (1998), originalmente elaborada por Gray-Toft y Anderson (1981) bajo el nombre *The Nursing Stress Scale* (NSS), y posteriormente traducida y validada por Escibà et al. (1999). Esta escala consta de 34 ítems que describen diversos estresores presentes en el entorno laboral del personal de enfermería. Estos estresores se agrupan en tres ambientes y siete factores: el ambiente físico, conformado por un factor (carga laboral); el ambiente psicológico, integrado por cuatro factores (preparación inadecuada, inseguridad respecto al tratamiento, falta de apoyo y exposición a la muerte o sufrimiento); y el ambiente social, compuesto por dos factores (problemas con el personal médico y con el personal de enfermería). Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert con las opciones: 0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = frecuentemente y 3 = muy frecuente. El puntaje total de la escala oscila entre 0 y 102 puntos, donde un mayor valor indica un nivel más alto de estrés. Los rangos establecidos son: 0 a 33 (estrés bajo), 34 a 68 (estrés medio) y 69 a 102 (estrés alto) (García et al., 2020). Cabe destacar que esta escala es de aplicación autoadministrada. En cuanto a su confiabilidad, presenta coeficientes alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.89; además, en un

estudio realizado en Veracruz, México, se obtuvo un valor de 0.84 (Cortaza & Francisco, 2014).

- Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), desarrollado en México por Unikel-Santoncini et al. (2004). El propósito de este instrumento es evaluar la preocupación por el aumento de peso, la presencia de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo, conforme a los criterios diagnósticos del DSM-IV, considerando su aparición durante los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. El CBCAR está conformado por 10 ítems con cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, a veces, con frecuencia y con mucha frecuencia. Presenta dos puntos de corte para determinar el grado de riesgo: de 7 a 10 puntos se considera riesgo moderado, y puntajes superiores a 10 indican riesgo alto; valores inferiores a 7 reflejan ausencia de riesgo (Franco et al., 2011). En cuanto a su confiabilidad interna, evaluada en población femenina, el instrumento presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83. Además, mediante el análisis de siete ítems se obtuvo una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.78 (Unikel-Santoncini et al., 2004). En población masculina, el alfa de Cronbach reportado fue de 0.64 (Unikel et al., 2017). Cabe señalar que el gremio de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional, está conformado mayoritariamente por mujeres, condición que también se observó en la población de estudio; por ello, se consideró que el uso de este instrumento resultaba pertinente y metodológicamente viable para la presente investigación.
- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), elaborado originalmente por Sandín y Chorot (2003), cuyo objetivo es evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas ante situaciones de estrés. Aunque la versión original consta de 42 ítems, en este estudio se utilizó la versión reducida validada en Monterrey, Nuevo León, México, por González y Landero (2007). Esta versión abreviada está compuesta por 21 ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert: 0 = nunca, 1 = pocas veces, 2 = a veces, 3 = frecuentemente y 4 = casi siempre. El instrumento evalúa siete formas de afrontamiento, agrupadas en dos grandes categorías: estrategias centradas en el problema (búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva, enfoque en la

solución del problema y religión) y estrategias centradas en la emoción (expresión emocional abierta, autofocalización negativa y evitación). En cuanto a su confiabilidad interna, los coeficientes alfa de Cronbach para las siete formas de afrontamiento oscilan entre 0.64 y 0.87. De manera general, se reporta un valor de 0.78 para el factor 1 (centrado en el problema) y de 0.71 para el factor 2 (centrado en la emoción).

Para la recolección de datos se diseñó una cédula electrónica en la plataforma *Google Docs*, elaborada a partir de los instrumentos previamente descritos. Su propósito fue facilitar la autoaplicación por parte del personal de enfermería, garantizando su disponibilidad y accesibilidad desde cualquier dispositivo electrónico, sin interferir con el tiempo laboral de los participantes. El formato digital permitió además el acceso aleatorio a los profesionales de enfermería, manteniendo la validez y comparabilidad con las encuestas aplicadas mediante métodos tradicionales. Adicionalmente, esta modalidad favoreció la confidencialidad y el anonimato de los datos sensibles de los participantes (Liao & Hsieh, 2017; Ritter et al., 2004). La principal razón para recurrir al uso de tecnologías como medio de contacto fue la situación epidemiológica derivada de la pandemia por COVID-19, la cual exigía cumplir con los protocolos sanitarios vigentes establecidos por el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Una vez elaborada la cédula electrónica, se llevó a cabo una prueba piloto con el fin de verificar la claridad de las instrucciones y la comprensión adecuada de cada uno de los elementos del instrumento.

Posteriormente, el protocolo fue sometido a evaluación ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, obteniendo su aprobación el 29 de enero de 2021 con el número de folio 00146. Una vez recibidos los oficios de autorización, se estableció contacto con la Jefatura de Enfermería del hospital para coordinar la distribución del enlace a la cédula electrónica. Con este propósito, se creó un grupo en la aplicación *WhatsApp*, a través del cual se compartió el enlace del formulario entre el personal participante.

Para el análisis estadístico, los datos fueron recopilados en el programa *Microsoft Excel* y posteriormente se analizaron con el programa estadístico *IBM SPSS Statistics*, versión 25. Para el análisis descriptivo se obtuvieron media, desviación estándar y frecuencias.

Resultados

En el estudio participaron 277 profesionales de enfermería, con una edad promedio de 38.5 años (DE = 6.3). La población estuvo compuesta principalmente por mujeres (72.9%), en su mayoría casadas (50.9%) y con nivel académico técnico o básico (55.2%). En el ámbito laboral, la mayoría se encontraba activa al momento del estudio (99.3%), desempeñándose principalmente en la categoría de auxiliar (83.8%) y en funciones operativas (90.6%). Un tercio del personal laboraba en turno nocturno (33.2%); asimismo, el 17.3% tenía un segundo empleo, el 51.3% cubrió algún turno adicional a su jornada laboral y el 29.2% trabajó horas extras en los tres meses previos al estudio (Tabla 2). Conforme a los criterios de exclusión establecidos, se eliminaron dos registros de participantes que se encontraban de licencia.

Tabla 2
Características sociodemográficas del personal de enfermería del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”

Características sociodemográficas	Cantidad	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	75	27.1
Mujer	202	72.9
<i>Estado civil</i>		
Soltero (a)	50	18.1
Casado (a)	141	50.9
Unión libre	69	24.9
Divorciado (a)/Separado (a)	61	22.1
<i>Último grado de escolaridad</i>		
Técnico o básico	153	55.2
Posbásico	31	11.2
Licenciatura	82	29.6
Posgrado (Especialidad/Maestría)	11	4.0

Características sociodemográficas	Cantidad	%
<i>Situación laboral actual</i>		
Activo	275	99.3
Activo con licencia laboral	2	0.7
<i>Categoría laboral</i>		
Auxiliar (A y B)	232	83.8
General (A y B)	35	12.6
Especialista	10	3.6
<i>Actividad laboral desempeñada</i>		
Operativo	251	90.6
Jefe de área	26	9.4
<i>Turno laboral</i>		
Matutino	76	27.4
Vespertino	68	24.5
Nocturno	92	33.2
Jornada acumulada	33	11.9
Mixto	8	2.9
<i>En los últimos tres meses, ¿cubrió algún turno?</i>		
Sí	142	51.3
No	135	48.7
<i>En los últimos tres meses, ¿trabajó horas extras?</i>		
Sí	81	29.2
No	196	70.8
<i>¿Trabaja en alguna otra institución de salud?</i>		
Sí	48	17.3
No	229	82.7
<i>Total</i>	277	100

Se obtuvo mayor respuesta en los servicios de medicina interna, pediatría, urgencias y ginecología (Tabla 3).

Tabla 3
Servicios médicos donde labora el personal de enfermería del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” que participó en el estudio

Servicio	Número	%
Urgencias/COVID ^a	33	11.9
Medicina Interna/COVID ^b	59	21.3
Terapia intensiva adultos/COVID	26	9.4
Cuidados intensivos neonatales ^c	20	7.2
Pediatría ^d	39	14.1
Onco-hematología	25	9.0
Gineco-obstetricia ^e	34	12.3
Cirugía General ^f	22	7.9
Área quirúrgica ^g	10	3.6
Otros ^h	7	2.5
Total	277	100

Nota. ^a Incluyó urgencias pediatría y adultos, ^b Incluyó piso 11 y 12, ^c Incluyó SECIN y UCIN, ^d Incluyó piso 3 y 4, ^e Incluyó piso 6 y 8, ^f Incluyó piso 9 y 10, ^g Incluyó quirófanos y tococirugía, ^h Incluyó los servicios de cuidados paliativos, inhaloterapia, jefatura, CEyE y consulta de cardiología.

Los principales estresores laborales identificados en más de la mitad de la población fueron la carga de trabajo (50.2%), la preparación insuficiente (55.6%) y los problemas con otros miembros del equipo de enfermería (53.5%) (Tabla 4). Estos resultados difieren de los hallazgos reportados por García et al. (2020) en un estudio realizado en Tamaulipas, donde los estresores más frecuentes fueron la carga de trabajo (41.3%), la exposición a la muerte y el sufrimiento (18.3%) y la incertidumbre en el tratamiento (18.3%). Esta discrepancia podría explicarse por el nivel académico del personal participante, ya que en el estudio de Tamaulipas el 91.2% contaba con licenciatura o posgrado, mientras que en el presente estudio el porcentaje fue de 33.6%. De manera similar, en Ohio (King et al., 2009), las enfermeras señalaron que el principal estresor era la carga de trabajo (70.9%), mientras que el menos relevante era la comunicación con otros miembros del equipo de enfermería (36.2%).

En contextos hospitalarios previos a la pandemia, los niveles de estrés medio reportados fueron de 63.6% en un hospital de Veracruz, México (León et al., 2017), de 34.26% en un hospital universitario del sur de Brasil (Guido et al., 2011) y de 67% en un hospital comunitario del medio oeste de Estados Unidos (Jordan et al., 2016).

El nivel de estrés más frecuente entre los participantes fue el estrés medio (53.1%) (Tabla 4). Este valor resultó superior al reportado en la Microred de Salud Cono Norte de Tacna (38.8%) (Mamani & Mamani, 2022), en los hospitales de Lima Norte (41.2%) (Del Rosario et al., 2021) y en otro hospital de la misma ciudad (51%) (Camiloaga, 2020), todos en Perú, así como en un hospital de Aguascalientes, México (52.2%) (Montañez, 2022). No obstante, la cifra fue inferior a la observada en un hospital público de la ciudad fronteriza de Tamaulipas, México (59.5%) (García et al., 2020), y en hospitales del estado de Hidalgo, México (59.9%) (Maldonado-Muñoz et al., 2020). Todos estos estudios fueron realizados durante la pandemia de COVID-19, lo que permite establecer comparaciones dentro de un mismo contexto sanitario extraordinario.

En relación con los ambientes evaluados, el ambiente psicológico presentó el puntaje promedio más alto, con una media de 27.7 (DE = 10.1; rango: 5–47), seguido del ambiente social, con una media de 13.5 (DE = 6.0; rango: 0–27), y del ambiente físico, con una media de 10.2 (DE = 3.5; rango: 0–18).

Tabla 4
Estresores laborales y nivel de estrés en el personal de Enfermería ante el contexto de COVID-19

Estresores	Número	%
Carga de trabajo		
> 10 puntos (Si)	138	50.2
< 10 puntos	137	49.8
Muerte y sufrimiento		
> 9 puntos (Si)	138	50.2
< 9 puntos	137	49.8

Estresores	Número	%
Preparación insuficiente		
> 9 puntos (Si)	153	55.6
< 9 puntos	122	44.4
Falta de apoyo		
> 5 puntos (Si)	113	41.1
< 5 puntos	162	58.9
Incertidumbre en el tratamiento		
> 6 puntos (Si)	137	49.8
< 6 puntos	138	50.2
Problemas con los médicos		
> 6 puntos (Si)	125	45.5
< 6 puntos	150	54.5
Problemas con otros miembros del equipo de Enfermería		
> 7 puntos (Si)	147	53.5
< 7 puntos	128	46.5
Nivel de estrés		
Bajo	60	21.8
Medio	146	53.1
Alto	69	25.1
Total	275	100.0

Las estrategias de afrontamiento que obtuvieron los puntajes más elevados en este estudio fueron la reevaluación positiva, la evitación y el enfoque en la solución del problema (Tabla 5). Dos de estas estrategias coinciden con las reportadas por Osorio et al. (2021), quienes identificaron como más frecuentes las estrategias centradas en la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Entre las conductas alimentarias de riesgo reportadas durante los últimos tres meses, aquellas con mayor frecuencia semanal fueron la preocupación por engordar (43.3%), haber comido en exceso (53.5%) y haber perdido el control sobre lo que se come (48%) (Tabla 6). Al comparar estos resultados con los obtenidos por King et al. (2009) en el estado de Ohio, se observan frecuencias considerablemente menores,

Tabla 5
Estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de enfermería ante el contexto de COVID-19

Estrategia de afrontamiento	Media (DE)*	Rango
Focalizado en la solución del problema	5.0 (3.2)	0-12
Autofocalización negativa	4.3 (2.4)	0-10
Reevaluación positiva	6.1 (2.0)	0-12
Expresión emocional abierta	2.7 (2.0)	0-9
Evitación	6.0 (3.1)	0-12
Búsqueda de apoyo social	4.9 (2.4)	0-11
Religión	4.6 (2.7)	0-11

Nota. DE = Desviación estándar.

ya que en dicho estudio solo el 11.1% del personal de enfermería manifestó sentir pérdida de control después de comer y el 4.6% refirió haber tenido episodios de atracones sin poder detenerse. En el presente estudio, el 64.7% de los participantes presentó algún grado de riesgo (Tabla 6).

Tabla 6
Conductas alimentarias de riesgo en el personal de enfermería en los últimos 3 meses

Conductas alimentarias de riesgo	Número	Rango
<i>1. Me ha preocupado engordar</i>		
Nunca o casi nunca	42	15.3
A veces	114	41.5
Con frecuencia (dos veces en una semana)	62	22.5
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	57	20.7
<i>2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida</i>		
Nunca o casi nunca	42	15.3
A veces	86	31.3

Conductas alimentarias de riesgo	Número	Rango
Con frecuencia (dos veces en una semana)	70	25.5
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	77	28.0
<i>3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)</i>		
Nunca o casi nunca	65	23.6
A veces	78	28.4
Con frecuencia (dos veces en una semana)	79	28.7
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	53	19.3
<i>4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	258	93.8
A veces	12	4.4
Con frecuencia (dos veces en una semana)	4	1.5
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	1	0.4
<i>5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	182	66.2
A veces	67	24.4
Con frecuencia (dos veces en una semana)	22	8.0
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	4	1.5
<i>6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	129	46.9
A veces	41	14.9
Con frecuencia (dos veces en una semana)	29	10.5
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)		
<i>7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	53	19.3
A veces	146	53.1
Con frecuencia (dos veces en una semana)	50	18.2
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	26	9.5

Conductas alimentarias de riesgo	Número	Rango
<i>8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	241	87.6
A veces	23	8.4
Con frecuencia (dos veces en una semana)	6	2.2
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	5	1.8
<i>9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	258	93.8
A veces	16	5.8
Con frecuencia (dos veces en una semana)	0	.0
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	1	.4
<i>10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso</i>		
Nunca o casi nunca	216	78.5
A veces	47	17.1
Con frecuencia (dos veces en una semana)	10	3.6
Con mucha frecuencia (más de dos veces en una semana)	2	.7
<i>Conducta alimentaria</i>		
Riesgo alto	55	20.0
Riesgo moderado	123	44.7
Ausencia de riesgo	97	35.3

Conclusiones

Este estudio se desarrolló en un contexto que, por sí mismo, constituyó un estresor externo para toda la población que enfrentó la posibilidad de padecer o atender casos de COVID-19. En el caso de los profesionales que laboran en instituciones de salud, esta situación se agravó debido a la elevada demanda de atención y a las condiciones en que se prestaban los servicios, ya que el personal debía responder a las necesidades sanitarias de la población con recursos limitados y adaptados a la emergencia.

Toda disrupción tiende eventualmente a normalizarse como un mecanismo adaptativo frente a los estresores y a las demandas institucionales; sin embargo, el bienestar profesional –particularmente del personal de enfermería– debe considerarse una prioridad en toda institución de salud. Los resultados de este estudio diagnóstico evidencian que el estrés laboral está presente en la totalidad del personal evaluado, predominando los niveles medio y alto (78.2%).

En consecuencia, se recomienda implementar acciones orientadas al manejo de situaciones de riesgo, como el ausentismo laboral, el incremento de la carga de trabajo, la disminución de la productividad y, con ello, la posible pérdida de diagnósticos oportunos o el aumento de la estancia hospitalaria. Asimismo, es fundamental prevenir el incumplimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente. Estas estrategias deben acompañarse de la asesoría de profesionales en psicología, con el propósito de establecer medidas escalonadas que incluyan tanto herramientas individuales de autoayuda –que cada enfermera o enfermero pueda incorporar en su práctica cotidiana– como acciones institucionales destinadas a fortalecer la comunicación y el trabajo en equipo.

Entre las estrategias viables se propone la creación de grupos de apoyo y la reorganización del tiempo destinado a las actividades básicas de la vida diaria, como los horarios de alimentación; esto resulta especialmente relevante considerando que se identificaron conductas alimentarias de riesgo en los últimos tres meses, particularmente la sensación de haber comido en exceso (53.5%) y de haber perdido el control sobre lo que se come (48%). Estos hallazgos se relacionan con el uso de estrategias de afrontamiento como la autofocalización negativa y la limitada expresión emocional abierta, así como con los problemas de comunicación detectados entre el personal. En esta línea, el papel del personal directivo adquiere un rol preponderante en el fortalecimiento del afrontamiento y la gestión emocional del equipo, especialmente en contextos laborales sometidos a crisis sanitarias que modifican la organización y administración de los servicios de salud.

Referencias

Berengüí, R., Castejón, M. A., & Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>

- Camiloaga, M. E. (2020). *Estrés y Afrontamiento en Enfermeras del Servicio de Emergencia Covid-19, Hospital Marino Molina Scippa De Comas, Lima- 2020* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma de Ica, Lima, Perú.
- Chandía, F. A., Vidal, K. A., & Chiang, M. M. (2016). Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile. *Ciencia & Trabajo*, 18(55), 58–67. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492016000100010>
- Cortaza, L., & Francisco, M. D. (2014). Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz, México. *Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, 4(1), 20–26. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/103/>
- del Hoyo, M. Á. (2004). *Estrés laboral* (3a ed.). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2018/08/estres-laboral-guia.pdf>
- Del Rosario, F. R., Cuba, S. J., & Sinti, D. (2021). Estrés del personal de enfermería durante la pandemia COVID-19, en hospitales de Lima Norte. *Revista Científica Ágora*, 8(2), 27–32.
- Díaz, J. J. (2007). Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 93–99.
- Escribà, V., Más, R., Cardenas, M., & Pérez, S. (1999). Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: «the nursing stress scale». *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 191–200. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71350-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71350-6)
- Folkman, S. (1982). An Approach to the Measurement of Coping. *Journal of Occupational Behaviour*, 3(1), 95–107.
- Franco, K., Álvarez, G. L., & Ramírez, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 148–64.
- García, P., Jiménez, A. A., Hinojosa, L., Gracia, G. N., Cano, L. E., & Abeldaño, R. A. (2020). Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19. *Revista de Salud Pública*, (Edición especial), 65–73. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.31332>
- García-Moran, M. C., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, (019), 11–30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>

- Gobierno del Estado de Jalisco. (2020). *Segundo Informe de Gobierno. Enrique Alfaro Ramírez*. https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/01-_Parte_2_central_EnriqueAlfaroRamirez_2018-2024_SegundoInforme_Segundo-Informe-de-Gobierno_Tomo_2_central.pdf
- Gobierno del Estado de Jalisco. (2022). *Con solidaridad y esfuerzo en Jalisco se ha hecho frente a la pandemia de COVID-19*. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/140752>
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189–98. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
- Guido, L., da Costa, G. F., de Oliveira, L., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1434–39. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600022>
- Heymann, D. L. (2020). Data sharing and outbreaks: best practice exemplified. *Lancet*, 395(10223), 469–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30184-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30184-7)
- Houtman, I., Jettinghoff, K., & Cedillo, L. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo. Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. World Health Organization. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/04/sensibilizando-sobre-el-estres-laboral-en-los-paises-de-desarrollo-oms.pdf>
- Jordan, T. R., Khubchandani, J., & Wiblishauser, M. (2016). The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nursing Research and Practice*, 2016(5843256). <https://doi.org/10.1155/2016/5843256>
- King, K. A., Vidourek, R., & Schwiebert, M. (2009). Disordered Eating and Job Stress among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 861–69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00969.x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- León, M. L., López, J., Posadas, M. H., Gutiérrez, L., & Sarmiento, E. S. (2017). Estrés y estilos de afrontamiento de las enfermeras de un hospital en Veracruz. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 6(12), 47–70. <https://doi.org/10.23913/rics.v6i12.56>

- Liao, P-W., & Hsieh, J-Y. (2017). Does Internet-Based Survey Have More Stable and Unbiased Results than Paper-and-Pencil Survey? *Open Journal of Social Sciences*, 5(1), 69–86. <https://doi.org/10.4236/jss.2017.51006>
- Maldonado-Muñiz, G., Trejo-García, C. A., Guerrero-García, A., & Mendoza-Benitez, I. (2020). Fatalismo y estrés percibido relacionado con la pandemia de COVID-19 de los profesionales de enfermería. *Sanus*, 5(16), 1–9. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.239>
- Mamani, C. J., & Mamani, R. E. (2022). Estrés laboral y actitudes durante la pandemia COVID-19 del personal de enfermería a nivel de la micro-red de salud Cono Norte de Tacna, 2021. *Revista Muro de la Investigación*, 7(1), 1–15. <https://doi.org/10.17162/rmi.v7i1.1690>
- Más, R., & Escribà, V. (1998). La versión castellana de la escala “the nursing stress scale”. Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72(6), 529–38.
- Montañez, M. (2022). *Inteligencia emocional y estrés laboral en el personal de enfermería durante la pandemia Covid19 el Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes* [Tesis de especialidad]. Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo. Un reto colectivo*. OIT. <https://www.ilo.org/es/publications/estr%C3%A9s-en-el-trabajo-un-reto-colectivo>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo*. <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Etiquetado frontal: un tema de protección a la salud de la niñez*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-9-2019-etiquetado-frontal-tema-proteccion-salud-ninez>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *En medio de la pandemia de COVID-19, un nuevo informe de la OMS hace un llamamiento urgente a invertir en el personal de enfermería*. <https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2020-medio-pandemia-covid-19-nuevo-informe-oms-hace-llamamiento-urgente-invertir>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *México se encuentra en una situación “extremadamente compleja” por la pandemia de COVID-19, dice OPS*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-7-2020-mexico-se-encuentra-situacion-extremadamente-compleja-por-pandemia-covid-19-dice>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *COVID-19 y comorbilidades en las Américas: Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo y riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas. Technical reports*. OPS/OMS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53253>
- Osorio, M., Prado-Romero, C., & Bazán-Riverón, G. E. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2), 267–74. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018). Alimentación y estrés. *NutriciónUC*. <https://nutricion.uc.cl/noticias/alimentacion-y-estres/>
- Ritter, P., Lorig, K., Laurent, D., & Matthews, K. (2004). Internet Versus Mailed Questionnaires: A Randomized Comparison. *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e29. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e29>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39–53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Saucedo-Molina, T. J., & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*, 33(1), 11–19.
- Schaeffer, R. L., Mendenhall, W., & Ott, L. (1990). *Elementary Survey Sampling*. Duxbury Press.
- Secretaría de Salud. (2020a). *Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (COVID-19)*. 27/02/2020. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/537793/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.02.27.pdf
- Secretaría de Salud. (2020b). *Comunicado Técnico Diario Nuevo Coronavirus en el Mundo (COVID-19)* 28/02/2020. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/538453/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.02.28.pdf

- Secretaría de Salud. (2020c). *Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. 13 de noviembre de 2020*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-259514?idiom=es-MX>
- Secretaría de Salud. (2021). *Sistema de Información de la Red IRAG. Ocupación de camas en hospitalización general 2021-10-01*. <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2017). *Aplica STPS guía de OIT para prevenir estrés laboral y adicciones*. <http://www.gob.mx/stps/prensa/aplica-stps-guia-de-oit-para-prevenir-estres-laboral-y-adicciones>
- Unikel, C., Diaz de Leon-Vazquez, C., & Rivera-Márquez, J. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509–15.
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A. Saucedo-Molina, T. J., Trujillo, E. M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424–32.
- Vélez-Mejía, M., Caro-Roldán, M. Á., Martínez-Uribe, G., & Orozco-Soto, D. M. (2020). Condiciones de alimentación de trabajadores de un servicio de alimentación comercial. Medellín-Colombia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 66(258), 3–12. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2020000100002>



Semblanzas

Fabiola Macías Espinoza

Doctora en Ciencias de la Salud Ocupacional, Maestra en Gestión y Políticas de la Educación Superior y Licenciada en Psicología. Es coordinadora de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo; miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNII), nivel 1. Sus de investigación se orientan a la salud, trabajo y educación en población juvenil, intervenciones psicológicas en contextos de salud, trabajo y educación, orientación y counseling.

Aniel Jessica Leticia Brambilia Tapia

Doctora en Genética Humana, Maestra en Genética Humana y Licenciada en Medicina. Cuenta con un posdoctorado en bioinformática. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel 2. Pertenece al núcleo académico base de la Maestría en Psicología de la Salud y de Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Sus principales líneas de investigación son: psicología de la salud, psiconeuroendocrinología, psicología educativa, enfermedades crónicas y genética médica.

Gerardo Aguilera Rodríguez

Doctor en Psicología, Maestro en Ciencias del Comportamiento con orientación en Neurociencias y Licenciado en Psicología. Es profesor de tiempo completo del Departamento de Neurociencias del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Con reconocimiento de Profesor con Perfil Deseable PRODEP. Su producción científica se compone por 11 trabajos con relevancia y pertinencia social entre los que se encuentran artículos, libros y capítulos de libro.

Sandra Nallely Flores Flores

Licenciada en Salud Pública con enfoque en sistemas de salud. Es egresada de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Tiene experiencia como Coordinadora de Seguridad e Higiene en obras de construcción. Actualmente, colabora en la Estrategia Estilos de Vida Saludable del Organismo Público Descentralizado (OPD) Jalisco, enfocada en el cumplimiento de acciones estratégicas, entre las cuales destaca la certificación de entornos laborales bajo el modelo ENLASSE (Entorno Laboral Saludable y Seguro).

María Elena Flores Villavicencio

Doctora en Psicología de la Salud, Maestra en Ciencias de la Salud Pública y Licenciada en Psicología. Es profesora Investigadora Titular “C”, adscrita al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; miembro activo de la Junta Académica de los posgrados: Maestría en Gerontología y Doctorado Interinstitucional de Psicología; y miembro parcial de la Maestría en Ciencias de Salud en el Trabajo. Tiene el Reconocimiento del Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) y es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, Nivel I. Es integrante del cuerpo académico UDG-CA 832 Psicología de la Salud, en la línea de generación de conocimiento: Investigación e Intervención Psicológica en los Procesos de Salud Enfermedad.

María de Lourdes Preciado Serrano

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Es docente e investigadora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Es experta en atención a los factores psicosociales de riesgo en el trabajo y en el diseño de escalas de autoinforme con los criterios de la psicometría.

Oscar Omar Galván Gaspar

Licenciado en Enfermería y Especialista de Enfermería en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Actualmente, se encuentra adscrito al Departamento de Enfermería del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juana I. Menchaca”.

Sandra Margarita Rubio Ávila

Doctora en Ciencias de la Salud Ocupacional y Maestra en Desarrollo Humano y Administración. Es integrante del cuerpo académico UDG-CA-820; miembro de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH, por sus siglas en inglés); y miembro de la Red de investigación y Práctica en Liderazgo Educativo (Interleader). Cuenta con más de 20 años de experiencia en gestión de personas, bienestar laboral, investigación en motivación, trabajo decente y riesgos psicosociales. Colabora como lectora de artículos en revistas científicas nacionales e internacionales. Es directora y codirectora de tesis de posgrado, pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) de México en el Nivel Candidato y cuenta con perfil el Reconocimiento del Perfil Deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP).

Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo

Doctorado en Investigación Clínica, Maestro en Psicoterapia y Licenciado en Psicología. Actualmente es director general de Primer Nivel de Atención y Salud Pública en la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). En su trayectoria académica, es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) del SECIHTI, nivel 1 (2024-2028). Cuenta con un posdoctorado en Ciencias Sociomédicas. Ha realizado cuatro estancias académicas y de investigación posdoctoral: en la Universidad Autónoma de Madrid (2023), la Universidad de Groeningen, Países Bajos (2022), el Instituto Universitario para el Desarrollo Social Sostenible, en Cádiz, España (2019) y el Instituto Nacional de Salud Mental en Praga, República Checa (2018).

Jesús Francisco Ramírez Bañuelos

Doctor en Derecho por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Maestro en Gestión de Servicios Públicos en Ambientes Virtuales por la Universidad de Guadalajara (UdeG) y Licenciado en Derecho (UdeG). Es Profesor de asignatura “B” de la División de Ciencias Jurídicas del CuTonalá en la Universidad de Guadalajara.

Genoveva Rizo Curiel

Doctora en Salud Ocupacional, Maestra en Ciencias de la Salud Pública y Licenciada en Trabajo Social. Es profesora investigadora de Salud Pública de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara, con más de 20 años de antigüedad en docencia. Su formación le ha permitido participar en formación de recursos humanos en pre y posgrado, en investigación de impacto social en Salud Ambiental, Neurociencias y con diversos programas de Salud. Es conferencista nacional e internacional. Interesada en la divulgación y publicación de artículos, capítulos y libros.

Josefina Fausto Guerra

Doctora en Ciencias de la Salud Pública y Maestra en Salud Pública. Es profesora de tiempo completo Titular “C”; pertenece al Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII I) Nivel Candidato; es directora del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara; es representante del Cuerpo Académico Salud Materno Infantil UDG-CA-082; y cuenta con Perfil PRODEP. También es docente en los Programas de posgrado y pregrado. Ha participado en proyectos de investigación con impacto social. Es autora y coautora de artículos indexados, diversos libros y capítulos de libro.

Verónica Camacho Santillán

Maestra en Sistemas de Información y Licenciada en Informática. Actualmente es estudiante del Doctorado en Ciencias de la Electrónica y la Computación en el Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingeniería de la Universidad de Guadalajara, con línea de investigación de videojuegos serios. En el ámbito laboral, es profesora docente del Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingeniería de la Universidad de Guadalajara. Además, es encargada del Departamento de Informática en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Fabián Agustín Herrera Escobar

Licenciado en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Adscrito al servicio de Epidemiología y Medicina Preventiva, Hospital Civil de Oriente.

Noemí Márquez García

Maestra en Desarrollo Social y Licenciada en Derecho. Es doctoranda en Derechos Humanos por el Centro Universitario de Tonalá (CuTonalá). Actualmente, es encargada del programa de Vinculación con la Sociedad en la Casa de la Cultura Jurídica (Guadalajara) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Línea de investigación: Derechos Humanos.

David Oswaldo Tipán Sigcha

Psicólogo Industrial de formación, graduado en la Universidad Central del Ecuador. Es especialista en el subsistema de talento humano de reclutamiento y selección del personal. Actualmente, es egresado de la Maestría en Ciencias de Salud en el Trabajo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara.

Ana Cecilia Méndez Magaña

Doctora en Ciencias de la Salud Pública y Médico Cirujano y Partero. Es profesora adscrita al Centro Universitario de Ciencias de la Salud y del Centro Universitario de Tlajomulco de la Universidad de Guadalajara. Adscrita como Médico no familiar, Epidemióloga de la Unidad de Medicina Familiar No. 51, IMSS, OOAD Jalisco. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel I; colaboradora del Cuerpo Académico UDG-CA-1112 Factores Determinantes para el Cuidado e Intervenciones en Enfermería Traslacional; y es miembro del Consejo Directivo 2023-2025 del Colegio Jalisciense de Salud Pública.

Berenice Martínez Melendres

Doctora en Ciencias de la Salud Pública y Licenciada en Enfermería. Actualmente ejerce como profesora investigadora asociada, adscrita al Centro Universitario de Tlajomulco de la Universidad de Guadalajara. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII), nivel I; colaboradora del Cuerpo Académico UDG-CA-1112 Factores Determinantes para el Cuidado e Intervenciones en Enfermería Traslacional; y miembro del Consejo Directivo 2023-2025 del Colegio Jalisciense de Salud Pública.

Qartuppi, S. de R.L. de C.V. está inscrita de forma definitiva en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT) con el número 1600052; y es miembro activo de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana (CANIEM) con número de registro 3751.

Retos y tendencias *de salud* en el trabajo

Esta obra se terminó de producir en diciembre de 2025.
Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
<https://qartuppi.com>



Esta obra es de acceso abierto y puede ser leída, descargada y compartida libremente,
bajo los términos de la Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.

Retos y tendencias *de salud* en el trabajo invita al lector a reflexionar sobre los factores que influyen en el equilibrio entre la productividad y el bienestar humano. Temas como el teletrabajo, la atención de diversidad y la inclusión, el estigma y sobreestigma de personas que tienen una condición de salud mental, el papel de la ergonomía en el diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y la violencia económica son abordados con el fin de visibilizar los diversos problemas que enfrentan los trabajadores en sus entornos laborales. Comprender la complejidad de estas situaciones resulta esencial para diseñar estrategias y herramientas que contribuyan efectivamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en sus espacios de trabajo.



ISBN 978-607-8694-74-7
DOI 10.29410/QTP.25.15

Qartuppi®

