



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**El papel del psicólogo de la salud desde el modelo  
cognitivo-conductual en el estrés laboral y los  
padecimientos gástricos**

**TESINA**

Que para obtener el título de  
**Licenciada en Psicología**

**PRESENTA**

Brenda Rivera Espinosa

**DIRECTOR DE TESIS**

Mtra. Violeta Espinosa Sierra



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Índice

Introducción	1
1. El psicólogo y los diferentes ámbitos de aplicación de la psicología.	4
1.1 El papel del psicólogo de la Salud.	6
1.2 Intervención primaria.	8
1.3 Intervención secundaria.	9
1.4 Intervención terciaria.	10
1.5 Intervención cuaternaria.	10
2 El estrés laboral.	12
2.1 Antecedentes.	13
2.2 Definición.	14
2.2.1 Distrés.	15
2.2.2 Eustrés.	16
3 Incidencia y prevalencia del estrés en México.	18
4 El Escenario laboral en México.	23
4.1 Profesionistas y el campo laboral.	24
4.2 Condiciones laborales.	28
4.3 Salario.	31
5 Consecuencias del estrés laboral.	34
5.1 Consecuencias físicas y biológicas.	35
5.1.1 Consecuencias gástricas.	36
5.1.2 Dispepsia funcional.	38

5.1.3 Síndrome de intestino irritable.	40
5.1.4 Gastritis.	41
5.2 Consecuencias psicológicas.	42
6. El proceso de salud-enfermedad como campo de aplicación del psicólogo de la salud en la intervención cognitivo-conductual.	45
Conclusiones	59
Referencias	64

## Introducción

En el área de la salud laboral, el estrés se ha convertido en uno de los problemas con mayor relevancia en las últimas décadas, autores tales como Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suárez (2010) han encontrado que el factor de estrés laboral se encuentra asociado a un gran número de bajas y de morbilidad.

Por otro lado, Rodríguez y De Rivas (2011) apuntan a que las condiciones socioeconómicas actuales, la alta competitividad, disminución del empleo, aumento de las exigencias y menor remuneración, entre otros aspectos, así como la cultura y dinámica organizacional, configuran un escenario que demanda al trabajador mayores competencias físicas y psicológicas, fuentes de estrés.

En 1936, Hans Selye definió el estrés como la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga, ya sea interna o externa; además, fue considerado como la respuesta de adaptación a unas demandas potencialmente muy dispares, denominadas factores de estrés o estresores (Díaz, 2007).

En el campo organizacional, el concepto de salud laboral es referido hacia la relación que se da entre salud y trabajo, la cual, dependiendo de la dirección que tome, puede ser virtuosa o viciosa según Mañas (2001 en Andrade y Gómez, 2008), quien también remarca que las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando su nivel u ocasionando su pérdida.

Al tratarse de una constante en la vida de los individuos, el estrés influye sobre la salud de dos formas: manteniéndola debido a que si se presenta en niveles bajos es considerado de cierta forma saludable ya que las personas pueden sentirse motivadas aumentando su nivel de productividad, sin que afecte su salud. O perjudicándola porque cuando el estrés es desmedido puede volverse nocivo para la salud del organismo incubando enfermedades físicas o psicológicas (Medellín, Vázquez, Silva, Gutiérrez y Vázquez, 2012).

De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950, la salud laboral ha planteado objetivos que consigan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como el tratamiento y rehabilitación de lesiones y enfermedades derivadas del trabajo (Benavides, Ruiz y García, 2000 en Andrade y Gómez, 2008).

Actualmente, el escenario laboral en el que nos encontramos está marcado por la globalidad y la inestabilidad ocasionada por el constante movimiento que existe dentro de las áreas de trabajo, el cual, frecuentemente propicia que los trabajadores desarrollen distintos niveles de estrés debido a que las empresas han dejado de ofrecer una estabilidad laboral inmediata, ya que se encuentran en un escenario dinámico, de fusiones empresariales, reingeniería de recursos humanos y desarrollo tecnológico exponencial (Rodríguez y De Rivas, 2011).

Los factores que han alterado las demandas laborales actuales son la necesidad de reducción de costes y un auge en la exigencia en el aumento de la productividad y de la satisfacción del cliente, las cuales genera en los trabajadores presiones laborales. Los cambios en las demandas laborales y su relación con las actividades desarrolladas por los trabajadores junto con las problemáticas que surgen cuando se insertan en el campo laboral pueden llevar hacia una serie de consecuencias personales, principalmente en materia de salud como económica (Rodríguez y De Rivas, 2011).

El presente trabajo se orienta hacia una investigación documental descriptiva del papel del psicólogo en la relación del estrés laboral con los padecimientos gástricos. La metodología: es realizar una exhaustiva revisión de fuentes bibliográficas y hemerográficas del tratamiento psicológico de enfermedades gástricas como dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable y gastritis.

En el primer apartado se hablará del papel del psicólogo en los campos de acción tales como el educativo, ambiental, forense, organizacional, y de la salud

centrándose en este último, de la misma manera se habla sobre los objetivos y niveles de intervención del psicólogo de la salud: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

En el segundo capítulo se habla sobre el estrés, sus antecedentes y las definiciones que hay en la actualidad, así como los dos tipos de estrés conocidos como distrés y eustrés.

El tercer capítulo se enfoca en dar a conocer las estadísticas que existen tanto a nivel mundial, como nacional acerca de las enfermedades laborales, centrándose en el estrés laboral.

En el cuarto capítulo se habla sobre el escenario laboral que está presente en México, sobre las oportunidades de trabajo para los profesionistas, las condiciones laborales que existen en la actualidad y los sueldos.

En el quinto capítulo se desglosan las consecuencias físicas, biológicas que desembocan del estrés, así como de las consecuencias psicológicas que existen en los trabajadores.

Por último, en el capítulo seis explica cómo el psicólogo de la salud lleva a cabo el proceso de salud-enfermedad visto desde el enfoque cognitivo-conductual, junto con las técnicas que se pueden utilizar para el tratamiento del estrés laboral relacionado a los padecimientos gástricos.

# **1. EL PSICÓLOGO Y LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA**

En el campo de la psicología existen diversos ámbitos de aplicación en los cuales el psicólogo puede ejercer su profesión en función de los objetivos de cada uno, dichos son: ambiental o ecología y vivienda, educación, laboral o producción y salud, ahondando más en este último. Con la finalidad de comprender ampliamente el trabajo que realiza el profesional se describen de manera general las funciones que desempeña en el ámbito correspondiente.

En la psicología ambiental o ecología y vivienda, se pretende la detección de recursos ambientales y factores disposicionales ambientales, por lo que se genera el establecimiento de conductas de prevención de daño ambiental, así como la planeación institucional de contingencias para el cuidado del medio a través del entrenamiento en competencias para el cuidado del ambiente, además, las investigaciones están relacionadas a factores ambientales probabilizadores de problemas psicológicos, daño ambiental y proporciona solución a problemas favorecidos por condiciones ambientales (Rodríguez, 2003).

En lo que respecta a la psicología educativa se identifican los problemas, competencias y recursos vinculados al aprendizaje, se desarrollan los repertorios básicos, se genera la planeación de situaciones enseñanza-aprendizaje, también se pretende el desarrollo de competencias específicas, entrenamiento a profesores en manejo de contingencias, se investigan diversas competencias, desarrollo humano, situaciones de aprendizaje y se generan soluciones a problemas vinculados con el aprendizaje (Rodríguez, 2003).

Por otra parte, en la psicología organizacional o productividad se genera la detección de criterios de efectividad, de competencias laborales diversas, estilos interactivos, correspondencias entre prácticas valorativas entre directivos, además, se realizan entrenamientos en competencias laborales, diseño de ambientes laborales. También, se realizan entrenamientos a directivos y no directivos en competencias y habilidades específicas y se llevan a cabo Investigaciones de variables relacionadas a las distintas competencias laborales y su nivel de aptitud, contextos laborales y su influencia en el comportamiento individual, por lo que la intervención actúa sobre los factores disposicionales y su influencia en la conducta de trabajo, así como explicación de modos de interacción y la regulación de prácticas valorativas no directivas (Rodríguez, 2003).

En lo que se refiere a la psicología de la salud, área de aplicación de la que se profundizará a lo largo de este trabajo, se entiende como el conocimiento científico, profesional y educacional de la psicología que contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y correlación diagnóstica de salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas (Matarazzo, 1980 citado en Moscoso 1994). Además, estudia los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, enfatiza la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación ésta, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud. Tiene por objeto prevenir la ocurrencia de enfermedades o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades (Piña y Rivera, 2006).

Luego, entonces, las definiciones acerca de la psicología de la salud se centran en la prevención de la enfermedad y la atención inmediata ante los

procesos psicológicos que intervienen y modifican el comportamiento, con la finalidad de recuperarla. Oblitas (2006b en Oblitas, 2008) la describe como:

“disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (p. 222)

De acuerdo Pérez y Moreyra (2017) se plantea que el objeto de estudio de la psicología de la salud es la comprensión de los factores psicológicos involucrados en el proceso de salud-enfermedad de un individuo o una comunidad y el objetivo principal en cualquier intervención será la prevención. Entendida en su más amplio significado, la prevención, aplicada a este campo del conocimiento, estará dirigida a optimizar las posibilidades de las personas para desarrollar un adecuado estado de salud y para afrontar la enfermedad del mejor modo que sea posible, así como la adherencia al tratamiento prescrito desde otras áreas de atención a la salud (medicina, nutrición y rehabilitación, entre otras), además de mejorar la calidad de vida.

Las investigaciones desde este campo de acción están vinculadas a competencias, estilos interactivos y conductas de riesgo y prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo. En la intervención hace empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud, adherencia médica (Rodríguez, 2003).

Debido a lo anterior es necesario conocer el papel del psicólogo de la salud, así como las premisas y los objetivos que dirigen su labor en este ámbito, en el cual se destacan los niveles de intervención en los que participa.

### **1.1 El papel del psicólogo de la salud**

El papel que ejerce el psicólogo de la salud permite al individuo entender y asumir la condición que la enfermedad conlleva, así como las alteraciones que se generan en vida de este al mantener cuidados especiales de acuerdo con padecimiento, con la finalidad de evitar un desgaste emocional y psicológico tanto en el sujeto como en su familia (Branon y Feist, 2001 en Olvera y Soria, 2008).

Además, puede trabajar desempeñando diversas funciones que incluyen el tratamiento psicológico de trastornos orgánicos en colaboración con los tratamientos médicos de diversos trastornos, la planificación y adherencia del tratamiento, el desarrollo de programas de prevención de la enfermedad y promoción de conductas saludables (Olvera y Soria, 2008). Asimismo, el profesional puede diseñar instrumentos para medir las conductas de riesgo para la salud, la creación de programas de prevención y promoción de la salud y el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad (Oblitas, 2008).

Como parte del conjunto de actividades que lleva a cabo el psicólogo, la Asociación Americana de Psicología (Olvera y Soria, 2008) menciona que este de la salud es capaz de lograr:

1. La identificación anticipada de personas en situación de riesgo de enfermedad.

2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando las cuestiones ambientales ante las que el individuo está en constante interacción.
3. La investigación, entendimiento e intervención de los factores que le permitan una mejora en la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas.
4. La realización de estudios e intervenciones desde la psicología de la salud en los campos comunitario y de salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global

En la psicología de la salud existen cuatro niveles de intervención, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, que actúan en función de la aparición, avance, y/o cronicidad de la enfermedad, su finalidad es generar mejoras en la calidad de vida de los individuos mediante el tratamiento psicológico.

## **1.2 Intervención Primaria**

La intervención primaria es la intervención directa sobre una queja detectada en un individuo o en un colectivo, por lo que la intervención primaria del psicólogo en el equipo de salud, aunque desempeñe un papel específico, deberá apuntar hacia unas prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales, es decir, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales (Fernandes, Carmo y Jiménez, 2008).

En la intervención primaria se previene la enfermedad o el daño en personas sanas, empleando técnicas de modificación de conducta para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas y hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997). Autores como Fernandes, Carmo y Jiménez

(2008) enfatizan que la prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud, por lo que sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a los planes de educación para la salud, los cuales podrán aportar contenidos de otras áreas de aplicación de la psicología (psicología del trabajo, psicología social, psicología comunitaria, psicología educacional) mientras que la intervención deberá apuntar hacia unas prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales, es decir, todo el trabajo necesita ser comprendido, planeado y ejecutado en equipos multiprofesionales.

Es por ello por lo que está dirigida a la protección de la salud, que se lleva a cabo sobre el medio ambiente (saneamiento ambiental, higiene alimentaria) y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se lleva a cabo en interacción con las personas: modificación de hábitos de alimentación, ejercicio, sueño, consumo de sustancias; entrenamiento en habilidades para el afrontamiento al estrés, comunicación, entre otras (Cardozo y Robon, 2014)

Las características principales de este nivel están centradas en la actuación de los problemas epidemiológicos de la población beneficiaria e invierte en la construcción de estilos de vida saludables y en evitar comportamientos de riesgo. Al mismo tiempo, busca desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida. Por ende, la prevención primaria debe hacerse antes de que se encuentre un problema concreto utilizándose como guía de acciones el conocimiento epidemiológico previo del colectivo que va a ser intervenido (Fernandes, Carmo y Jiménez, 2008).

### **1.3 Intervención secundaria**

En la intervención secundaria se llevan a cabo todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño, pero con referencias a una

determinada población que previamente se identifica como población de riesgo (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997). Debido a que ya existe un desarrollo incipiente de la enfermedad, o no hay un diagnóstico claro de la misma; o bien, aunque esté diagnosticada se desarrolla con lentitud, se aplica cuando los factores generadores de enfermedad han entrado en juego y el objetivo es evitar el desarrollo o cronificación de esta.

De acuerdo con Cardozo y Robón, (2014), se trabaja sobre la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su conducta, también actúa sobre la modificación de los hábitos de vida que favorecen el avance de la enfermedad la modificación de los hábitos de vida que favorecen el avance de la enfermedad proporcionándole habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

#### **1.4 Intervención terciaria**

La intervención terciaria trata de aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas (Olvera y Soria, 2008). Se lleva a cabo cuando ya se instauró y se cronificó la patología, hayan aparecido o no limitaciones o problemáticas de salud producto de la misma con la finalidad de detener su progreso y prevenir el deterioro e incapacitación de la persona (Salleras,1994 citado en Cardozo y Robón, 2014), así como estados más avanzados y evitar factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, para elevar la calidad de vida y favorecer la independencia y readaptación del paciente.

#### **1.5 Intervención cuaternaria**

El concepto de prevención cuaternaria deriva de la propuesta inicial de Marc Jamouille, y se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias

de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. En salud psicológica, la prevención cuaternaria incluye proteger a los pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias (Ortiz e Ibáñez 2011).

Se lleva a cabo cuando el paciente ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, paliando los efectos más nocivos, y trabajando para evitar las recaídas, sobre todo, si estas tienen altas posibilidades de presentarse. Las acciones están dirigidas a evitar procedimientos y medicación innecesarios o excesivos; se enfoca en el empoderamiento del paciente y sus familiares respecto a su derecho a decidir respecto al tratamiento ante su enfermedad; también en este nivel se ubican las acciones del sistema sanitario dirigidas a evaluar sus protocolos de atención con pacientes terminales o en proceso de muerte inminente, y el suministro de medicamentos con graves efectos secundarios (Pérez y Moreyra, 2017)

En el campo de la salud, al ser el estrés un padecimiento frecuente que puede afectar la vida de quienes lo padecen ya sea generando y/o agravando alguna enfermedad, es necesario definirlo para conocer mejor sus antecedentes de este y cómo puede influir sobre la salud tanto física como psicológica.



## 2. EL ESTRÉS LABORAL

En el área de la salud laboral, el estrés se ha convertido en uno de los problemas con mayor relevancia en las últimas décadas, autores como Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suárez (2010) han encontrado que el factor de estrés laboral se encuentra asociado a un gran número de bajas y de morbilidad. Por su parte, los factores psicosociales, al ser las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea, e incluso con el entorno de trabajo que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud del trabajador, se encuentran estrechamente vinculados al desarrollo de estrés (Gil-Monte, 2010). Cabe destacar que, en la actualidad, las necesidades de los individuos han cambiado con la evolución de la industria, y los adelantos científicos y tecnológicos han permitido que aparezcan nuevas fuentes de generación de salud y enfermedad (Gómez, 2009).

De acuerdo con datos recabados por Gil-Monte (2010), en los últimos 30 años han ocurrido cambios sociodemográficos, económicos, políticos y tecnológicos que han influido sobre los procesos laborales y el diseño del trabajo, por lo que se han originado nuevos riesgos psicosociales en el trabajo, siendo estas las condiciones desfavorables de la situación laboral relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea, y con el entorno de trabajo que afectan tanto su desarrollo como la salud del trabajador y por lo tanto su calidad de vida laboral al incrementar sus niveles de estrés.

Si bien, el estrés laboral no solo se relaciona con las condiciones y efectos inmediatos del trabajo y problemas de salud innegables, es importante saber que

se vincula con otros ámbitos como la relación trabajo-familia, trastornos cardiovasculares, muscoesqueléticos, entre otros.

Con la finalidad de conocer más de cerca esta problemática, es necesario remontar hacia los primeros autores que la estudiaron y dieron explicación sobre este concepto, siendo Selye, Lazarus y Folkman.

## **2.1 Antecedentes**

De acuerdo con Amigo (2012), el término estrés fue introducido en el campo de la salud por el fisiólogo Walter Cannon en el año de 1932, pero fue en 1936 cuando Hans Selye definió el estrés como la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga, ya sea interna o externa; además, fue considerado como la respuesta de adaptación a unas demandas potencialmente muy dispares, denominadas factores de estrés o estresores (Díaz, 2007).

Selye describió el Síndrome de Adaptación General caracterizó o demanda en tres fases, una fase de alarma, en donde el organismo se prepara para dar una respuesta; una fase de resistencia, en la que aparecen los cambios específicos que permitirá enfrentarnos a la situación, y una fase de agotamiento, con la que se produce un progresivo desgaste de la energía utilizada para hacer frente a la demanda. Cuando dicha percepción de demanda se encuentra relacionada con la organización y la gestión del trabajo se habla entonces de estrés laboral (Rodríguez y De Rivas, 2011).

Los estudios de Lazarus y colaboradores (Lazarus, 1966., Lazarus y Folkman, 1984 en Moscoso, 1994) son los primeros en identificar a la evaluación cognitiva como un proceso mediador fundamental en la percepción del estrés. Este término enfatiza la percepción y evaluación psicológica del individuo a estímulos potencialmente dañinos. La importancia de estos estudios radica en entender claramente que la naturaleza del estresor es mucho menos significativa que la percepción del individuo acerca del estrés en relación al debilitamiento o pérdida de la salud (Osterweis et al., 1984 en Moscoso, 1994).

A pesar de las explicaciones previas, existen definiciones más recientes que retoman lo anterior y describen y/o explican ampliamente el concepto de estrés en la actualidad, las cuales permiten una mejor comprensión sobre esta temática que influye sobre los individuos.

## **2.2 Definición**

El estrés es entendido como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas. Además, asume que tiene diferentes grados o manifestaciones, que se relacionan con las demandas o compromisos adaptativos (estresores potenciales) y los recursos de control y afrontamiento situacional con que cuenta, son afectados por factores personales. Las personas se diferencian por sus reacciones al estrés, dependiendo del significado psicológico que tenga el evento para ellos (Durán, 2010).

Se trata de la reacción o respuesta no específica del organismo o cualquier cambio generado en este por el impacto de acontecimientos importantes, resultantes de una acción brusca o continuada, siendo placentera o desagradable, positiva o negativa para la persona. Cuando los estímulos estresantes son retirados, las respuestas del organismo permanecen afectando la salud de la persona (Pérez, García, García, Ortiz, Centelles y Pérez, 2014).

El estrés laboral es definido por la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador” (Rodríguez y De Rivas, 2011).

El concepto de estrés implica que la demanda puede ser física y/o psíquica, generando en todos los casos una respuesta del organismo biológica, idéntica, estereotipada y mensurable, que desencadena diversas secreciones hormonales,

responsables de las reacciones somáticas, que abarcan todo el complejo de funciones y órganos de la persona (Díaz, 2007).

Dentro de la definición de estrés existen dos conceptos derivados que explican el tipo de respuesta que el individuo puede presentar de acuerdo a la demanda que se le genere, por lo que las respuestas pueden variar siendo negativas o positivas, es decir, puede ser distrés o eustrés.

### **2.2.1 Distrés**

El estrés es indispensable en la vida, no obstante, si la dosis de estrés no es la óptima, ya sea por exceso o por carencia, el estrés se convierte en distrés y exige una adaptación particular del organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el aspecto biológico, como físico y psicológico. Cuando la persona funciona por debajo del umbral óptimo del estrés, el organismo está subestimado, poco solicitado física, psicológica y biológicamente (Naranjo, 2009)

El concepto *distress*, que se refiere a aquellas respuestas que siguen a una demanda desproporcionada, que debido a la intensidad y continuidad con la que se generan, llegan a superar las capacidades de resistencia y adaptación del organismo (Gómez, 2009), también es conocido como estrés negativo, puesto que ha llegado a ser comprendido como un obstáculo para alcanzar las metas deseadas; lo que ocurre cuando el ambiente que rodea al individuo supera sus capacidades de respuesta y adaptación, que genera consecuencias negativas para el mismo (Díaz, 2007) y puede reflejar un estado de preocupación, temor, irritabilidad, tristeza y frustración para manejar adecuadamente las situaciones que causan ansiedad, ira y depresión.

De acuerdo con Pérez, García, Ortiz y Centelles (2014), el distrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un

desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y en un envejecimiento acelerado. Son ejemplos de mal estrés la tristeza, el fracaso, las malas noticias, la enfermedad, las presiones, las frustraciones, la carencia de libertad, que son fuentes de desequilibrio, de alteraciones psicosomáticas y de enfermedades de adaptación (Naranjo 2009)

### **2.2.2 Eustrés**

Con base en lo que explica Naranjo (2009), el término eustrés, es utilizado para definir la situación en la que la buena salud física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial, que también se asocia con claridad mental y condiciones físicas óptimas. Asimismo, representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara el cuerpo y la mente para una función óptima.

También se entienda al *eustres* como o estrés positivo, refiriéndose al motivante de la actividad cuando las respuestas son adecuadas, es decir, son armónicas, naturales y sin consecuencias del estímulo (Díaz, 2007), o si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, en estas circunstancias estimulan el buen funcionamiento y la capacidad de adaptación del organismo (Gómez, 2009). En este estado de estrés, el individuo deriva placer, alegría, bienestar y equilibrio, así como experiencias agradables y satisfactorias. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo y motivado, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando (Pérez y cols., 2014)

El buen estrés es todo aquello que causa placer, todo lo que la persona quiere o acepta hacer en armonía consigo misma, con su medio y con su propia capacidad de adaptación. Es el estrés de la realización agradable. Ejemplos de buen estrés son la alegría, el éxito, el afecto, el trabajo creador, un rato de tranquilidad,

compartir con otras personas, o sea, todos los aspectos que resultan estimulantes, alentadores, fuentes de bienestar, de felicidad o de equilibrio (Naranjo 2009).

Con base en lo que explica Díaz (2007) las actividades profesionales que implican responsabilidades y toma de decisiones importantes, o las que someten al trabajador a estimulaciones demasiado rápidas o variables o, al contrario, excesivamente lentas y monótonas, o aquellas en que los ritmos biológicos se ven sistemáticamente violentados, implican los riesgos psicosociales que hacen especialmente vulnerable el ámbito moral y psicobiológico de la persona que trabaja como el mobbing o burnout, todas éstas situaciones laborales plantean el modo que se desarrolla el trabajo, generando un alto grado de estrés que influye en todas las actividades de la persona como pueden ser los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos.

Actualmente la incidencia de estrés laboral ha crecido en México y las cifras de enfermedades laborales continúan aumentando, por ello es importante esclarecerlas como se menciona en el siguiente capítulo.

### **3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ESTRÉS EN MÉXICO**

Desde el año 2002, tanto la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han referido que cada año se producen alrededor de 1,2 millones de muertes relacionadas con el trabajo, 250 millones de accidentes laborales y 160 millones de enfermedades profesionales en todo el mundo. Sin embargo, en el año 2005 se registró que 2,2 millones de personas fallecieron a causa de accidentes y enfermedades laborales (Aranda y Pando, 2007).

En un informe *The Prevention of Occupational Diseases* publicado en ocasión del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo, la OIT señala que aunque las enfermedades profesionales causan un número de muertes seis veces mayor que los accidentes laborales, éstos últimos reciben mayor atención. De los 2,34 millones de muertes anuales relacionadas con el trabajo, la gran mayoría – alrededor de 2,02 millones – son causadas por enfermedades relacionadas con el trabajo. Esto representa un promedio diario de 5.500 muertes. Además, cada año ocurren alrededor de 160 millones de casos de enfermedades profesionales no mortales (OIT, 2013).

Es importante destacar que las enfermedades profesionales acarrear costos enormes tanto para trabajadores y sus familias, así como para el desarrollo económico y social. La OIT estima que los accidentes y las enfermedades profesionales causan la pérdida de 4 por ciento del producto interno bruto (PIB), es decir cerca de 2.8 billones (millones de millones) de dólares, en costos directos e indirectos de los accidentes y las enfermedades (OIT, 2013).

De esta manera, la OIT (2013) resume los datos y cifras acerca de las enfermedades y muertes de los trabajadores cada año.

### Salud y seguridad en el trabajo: Datos y cifras

- 2,02 millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el trabajo.
- 321.000 personas mueren cada año como consecuencia de accidentes laborales.
  - 160 millones de personas sufren de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo cada año.
- 317 millones de accidentes laborales no mortales ocurren cada año.

Esto significa que:

- Cada 15 segundos, un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Cada 15 segundos, 115 trabajadores tienen un accidente laboral.

Los países en desarrollo pagan un precio especialmente alto en muertes y lesiones, pues un gran número de personas están empleadas en actividades peligrosas como la agricultura, la construcción, la pesca y la minería.

Tabla 1. Datos y cifras acerca de salud y seguridad en el trabajo de acuerdo con la OIT en el año 2013.

Mientras que las cifras anteriores crecieron respecto a años previos, Aranda y Pando (2007) exponen que cada año, aproximadamente 1,1 millones de personas en el mundo mueren a causa de lesiones y enfermedades ocupacionales, se generan 160 millones de casos nuevos de enfermedades laborales en el mundo, incluidas las enfermedades de carácter psicológico, presentándose mayor número de trabajadores con estrés psicológico, ansiedad, tensión, cefaleas y problemas cardiovasculares como arritmias e hipertensión. En contraparte, los profesionales de la salud consultados apuntan que los problemas

más frecuentes asociados con el estrés laboral son: trastornos del sueño, irritabilidad, depresión, fatiga y acidez estomacal.

Estos autores realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la presencia de factores psicosociales negativos (interacciones negativas entre el trabajador con su medio ambiente laboral y extralaboral), en el área laboral y su asociación con estar o no enfermo en 163 médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. Los resultados indicaron que las enfermedades más frecuentes fueron las músculoesqueléticas, respiratorias, gastrointestinales y las psicológicas, además mencionaron que los factores psicosociales se encuentran relacionados a tales enfermedades (Aranda y Pando, 2007).

De acuerdo con las OMS, el estrés laboral provoca el 25 % de los 75.000 infartos al año registrados en México, además de migraña, dolores articulares de espalda, fatiga mental, ansiedad, problemas de sueño y trastornos gastrointestinales, entre otros (Alcántara, 2015). A pesar de que, en México, cerca del 75 por ciento de los trabajadores padece estrés laboral y/o burnout, no se encuentra algún registro que se hallan realizado esfuerzos para hacer frente a un mal que genera migraña, dolores de espalda, ansiedad y trastornos gastrointestinales, entre otros (SinEmbargo, 2017).

Durante el año 2016, la Secretaría del Trabajo lanzó una iniciativa de ley que establece que “los factores psicosociales deben evaluarse en México, pues son los principales causantes del estrés laboral”, esta entrará en vigor hasta dentro de dos años (SinEmbargo, 2017). Entonces, el interés por los problemas de salud generados por el estrés ha quedado aplazado sin tener soluciones inmediatas en la actualidad prevaleciendo enfermedades relacionadas al estrés.

Desde hace más de una década, se estudia la relación del trabajo con algunas enfermedades, siendo el estrés uno de los temas de mayor relevancia debido a su prevalencia. El estudio hecho por Valenzuela y Gayoso en 2017 representa los niveles de estrés comprendidos por los participantes, 500 militares

mayores de 50 años. A continuación, se muestra la Tabla 2 con la cual se mide la frecuencia de estrés laboral distribuido en los tres niveles alto, moderado o bajo. El puntaje de 300 a más representa un alto nivel de estrés y tiene como consecuencia una posibilidad de 80% de sufrir alguna enfermedad a causa del estrés que padece, el puntaje comprendido entre 150 a 299, determinado como un nivel medio o moderado de estrés genera un 50%-80% de posibilidades de enfermarse debido al estrés y el puntaje entre 0 a 149 tienen un nivel bajo de estrés y menor de 50% de posibilidades de enfermarse a causa del estrés.

### Frecuencia de estrés laboral

Nivel de estrés laboral*		Frecuencia	%
Categorías	Puntaje		
Bajo	0 a 149	70	32,1
Medio	150 - 299	68	31,2
Alto	300 a más	80	36,7
Total		218	100

\* Escala de evaluación del estrés (Holmes&Rae).

Tabla 2. Frecuencia de estrés laboral. Valenzuela y Gayoso (2017).

Es necesario considerar que es deber de todo el personal que labora en una empresa el ejercer medidas de prevención, de evaluar y controlar los agentes de riesgo a los cuales están expuestos los trabajadores, así como de ofrecer seguimiento a los programas que a partir de la identificación y evaluación del riesgo se elaboren, con la finalidad de que este no vuelva a presentarse (Aranda y Pando, 2007).

El argumento de base que justifica reflexionar en torno a la salud laboral es que todos los problemas de salud, relacionados con el trabajo, son por definición susceptibles de ser prevenidos al estar enmarcados en las condiciones laborales,

que en últimas son construcciones sociales, creaciones humanas que pueden ser modificados (Benavides, Ruiz y García, 2000, en Andrade y Gómez, 2008).

Con la finalidad de comprender mejor a qué se debe la prevalencia del estrés en México, es necesario conocer el escenario laboral en el que se desempeñan los trabajadores que padecen enfermedades relacionadas a este padecimiento, es decir, el campo laboral, las oportunidades de trabajo, así como los salarios.

## 4. EL ESCENARIO LABORAL EN MÉXICO

El escenario laboral en el que nos encontramos está marcado por la globalidad y la inestabilidad ocasionada por el constante movimiento que existe dentro de las áreas de trabajo, el cual, frecuentemente propicia que los trabajadores desarrollen distintos niveles de estrés debido a que las empresas han dejado de ofrecer una estabilidad laboral inmediata, ya que se encuentran en un escenario dinámico, de fusiones empresariales, reingeniería de recursos humanos y desarrollo tecnológico exponencial (Rodríguez y De Rivas, 2011).

En la actualidad, existen una serie efectos derivados de los grandes cambios en los entornos micro y macroeconómicos, en los que se pueden encontrar tres grandes tendencias: una mayor flexibilidad laboral, la precarización del empleo e incrementos en la ocupación informal el empleo e incrementos en la ocupación informal (Cota y Navarro, 2015). En este caso, la tendencia más marcada de los nuevos mercados laborales es la flexibilidad del empleo, cuyo objetivo es la reducción de los costos del trabajo (Levaggi, 2001 citado en Cota y Navarro, 2015). El establecimiento de agencias de colocación y la proliferación de empleos temporales es el principal resultado de tal flexibilización. Las modalidades de trabajo flexible alteran la naturaleza del mercado laboral no sólo en los países en desarrollo, sino también en los más desarrollados (Ochoa, 2004; OIT, 2005 citado en Cota y Navarro, 2015).

Los factores que han alterado las demandas laborales actuales son la necesidad de reducción de costes y un auge en la exigencia en el aumento de la productividad y de la satisfacción del cliente, las cuales genera en los trabajadores presiones laborales. Los cambios en las demandas laborales y su relación con las actividades desarrolladas por los trabajadores junto con las problemáticas que surgen cuando se insertan en el campo laboral, pueden llevar hacia una serie de consecuencias personales, principalmente en materia de salud como económica (Rodríguez y De Rivas, 2011).

Además, con el fenómeno del desempleo han aparecido una serie de distorsiones en el mercado laboral de profesionistas, tales como: la ocupación de puestos que no requieren de estudios universitarios; la baja coincidencia de los conocimientos y habilidades adquiridos en las instituciones de educación superior y las funciones desempeñadas (desfase de conocimientos) y los correspondientes bajos niveles salariales (Burgos y López, 2010).

Es entonces que el trabajo cognitivo y emocional, la flexibilidad laboral, las interacciones sociales frecuentes y complejas con una gran cantidad de gente, el trabajo a distancia, los nuevos sistemas de dirección que buscan aumentar la eficiencia, las nuevas relaciones entre empleados y empleadores, los sistemas de trabajo y los mercados laborales, son algunas de las características que moldean las nuevas formas de actividad laboral, por lo que todos estos cambios pueden tener claras implicaciones y consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores (Peiró y Rodríguez 2008).

De esta manera, la globalización, las nuevas tecnologías, así como los cambios socioeconómicos y sociopolíticos, son factores que tienen impactos claros y complejos en los mercados laborales, las actividades laborales y las organizaciones, implicando directamente al perfil del trabajador (Peiró y Rodríguez, 2008). Es decir, los perfiles, habilidades y/o competencias laborales de los trabajadores cambiarán en función de los nuevos requerimientos que presenten con las necesidades generadas por los factores mencionado

Para entender la situación actual que viven los trabajadores, se ahonda en los factores que influyen sobre ello, como lo es el campo laboral que existe hoy en día para los profesionistas,

#### **4.1 Profesionistas y el campo laboral**

Hoy en día, las tasas de crecimiento de la economía mundial y nacional han sido relativamente bajas, con la consiguiente incapacidad del mercado laboral de

absorber a cada nueva generación de profesionales egresados (Burgos y López, 2010).

Es necesario considerar que alrededor de un “[...] 45 por ciento de los más de 7.8 millones de profesionistas nacionales no realizan actividades relacionadas con su carrera y se han tenido que conformar con trabajos de taxistas, comerciantes o empleos marginales [...]” (La Jornada, 2009 en De Vries y Navarro, 2011), o bien, trabajando 55 de cada 100 egresados de las instituciones de educación superior en áreas diferentes a la que estudiaron (Burgos y López, 2010).

Con base a datos de la Subsecretaría de Educación Superior de la SEP y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del tercer trimestre de 2012, sólo 40 de cada 100 profesionistas en México tienen un empleo relacionado con su formación universitaria. Uno de los factores que se relacionan a esta problemática es la falta experiencia o habilidades específicas, entre otras características que les permitirían sobresalir del resto a los aspirantes (Hernández, 2012)

Otra de las problemáticas importantes es que, para varias carreras, el mercado laboral se encuentra saturado, particularmente para opciones como Administración, Contaduría, Medicina o Derecho (Cabrera et al., 2008s, citado en De Vries y Navarro, 2011). Entonces, el panorama laboral se complica si, además de la falta de personal calificado, se suma que al año egresan 450 mil jóvenes de las universidades del país (Hernández, 2012), de los cuales solo unos cuantos podrán ingresar al campo laboral deseado, mientras que el resto se encontrará en otra área distinta laborando que tendrá poco a nada que ver con sus estudios profesionales.

La suma de factores como la falta de experiencia y/o habilidades, y la demanda de trabajo implica consecuencias poco favorables para ya que las competencias laborales cada vez se incrementan junto con la demanda del mercado laboral, permitiendo la movilización de los egresados hacia otras áreas

de trabajo cuyas funciones tienen poco o nada que ver con los conocimientos adquiridos en la carrera estudiada.

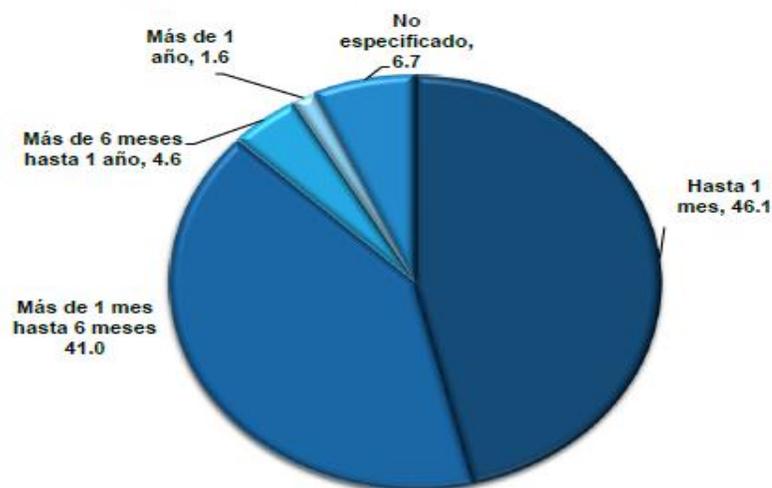
Como parte del conjunto de problemáticas a las que se enfrentan los profesionistas en México, destacan la desocupación y el subempleo, puesto que no se debe sólo a la falta de vacantes, sino a la inexperiencia, carencia de habilidades específicas, como no hablar inglés, tener problemas para trabajar en equipo, el aumento de competidores y las condiciones del mercado laboral, que se presentan como los principales obstáculos que deben salvar licenciados e ingenieros que buscan empleo (Hernández, 2012).

Si bien, el profesionista cuenta con oportunidades, existen situaciones que impiden o dificultan su inserción en el campo laboral de interés por lo que muchas veces no tiene el éxito esperado. Algunas de ellas pueden ser que a pesar de que las bolsas de trabajo abren espacios para ellos, es verdaderamente difícil cubrir el perfil por lo que muchos se quedan a la mitad del camino y optan por empleos no calificados. Por ejemplo, a pesar de contar con el título, algunos nunca han trabajado; otros tienen experiencia, pero rebasan la edad; saben manejar una habilidad específica exigida por la empresa, pero su inglés se queda corto; cubren los requisitos, pero no están dispuestos a mudarse de ciudad; algunos lo intentan, pero no se adaptan más de una semana lejos de su familia, etc (Hernández, 2012).

En este sentido, se ha expuesto que puede existir un desfase crucial entre las competencias adquiridas en la universidad y las que el mercado laboral exige, (Castells, 2004; Perrenoud, 1999 en De Vries y Navarro, 2011) en donde las habilidades “prácticas” son calificadas como más importantes estableciéndose desde la capacidad para tomar decisiones hasta la capacidad de coordinar actividades. Por otro lado, aspectos como el dominio de la disciplina o la capacidad de escribir informes se encuentran por debajo de las anteriores.

Además, se resalta que varias competencias que han sido enfatizadas tanto por el gobierno federal como por la mayoría de las universidades resultan ser las

### Distribución porcentual de la población desocupada según tiempo de búsqueda de trabajo 2016



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016. Tercer trimestre. Base de datos menos importantes para el trabajo, siendo el dominio de un segundo idioma, el conocimiento de otras áreas (la interdisciplinariedad) y la predisposición de

Figura 1. Distribución porcentual de la población desocupada según tiempo de búsqueda de trabajo 2016.

Fuente: INEGI, 2017. Estadísticas a propósito del día mundial de la justicia social (20 de febrero).

cuestionar ideas ajenas o propias o bien, el pensamiento crítico (De Vries y Navarro, 2011).

Luego, entonces que las expectativas por parte de los egresados ante una oferta laboral rebasan las condiciones reales que se les presentan. O, por el contrario, las exigencias de los puestos de trabajo impiden el ingreso de una gran cantidad de profesionistas que no cuentan con determinadas habilidades o conocimientos adquiridos fuera de una institución educativa. Ambas situaciones impiden, de alguna manera, un equilibrio entre lo que se ofrece y lo que se espera obtener en un trabajo, por lo que las condiciones bajo las cuales laboran difieren demasiado de lo que saben y de lo que deben hacer.

De acuerdo con las consideraciones de la OIT (INEGI, 2017), el desempleo trae consigo dificultades que inciden negativamente en la calidad de vida y la seguridad de las personas. Asimismo, los priva del acceso a los beneficios del desarrollo, que es pilar del contrato social en sociedades democráticas. Para el tercer trimestre de 2016, datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) muestran que la tasa de desocupación se ubicó en 4.0%, lo que significa que 2.1 millones de personas están desempleadas y buscan trabajo. La tasa de desocupación es ligeramente mayor para las mujeres, con 4.2%, que, para los hombres, con 3.9 por ciento (Figura 1).

Además, los datos de la ENOE muestran que: 47.5% de las personas desocupadas tienen de 25 a 44 años; 35%, de 15 a 24 años; 16.3%, de 45 a 64 años y 1.1%, 65 y más años. De las personas desocupadas: 46.1% tienen hasta un mes buscando empleo; 41%, de uno y hasta seis meses; 4.6%, de seis meses a un año, mientras 1.6% tienen más de un año buscando trabajo. El 89% de las personas desocupadas tienen experiencia laboral y 11% carece de esta característica. El 52.3% de las personas desocupadas con experiencia laboral están desempleadas porque perdieron su trabajo o se terminó, 39.6% renunció o dejó el empleo, 3.8% dejó o cerró un negocio propio y del 4.3% las causas de pérdida del empleo fueron clasificadas en “otras” (INEGI, 2017)

En la opinión de De Vries y Navarro (2011), el problema reside en la fuerte desigualdad social y económica dentro del mercado de profesionistas del país, combinado con un sistema educativo estratificado. En este contexto, la educación superior funciona como instancia que ratifica las diferencias, en vez de mitigarlas. Las diferencias se basan en factores sociales, no en diferentes desempeños académicos.

Con base en lo anterior, se menciona que existen otros factores además de la demanda dentro del campo laboral que inciden en el desempeño y salud de los trabajadores siendo estos las condiciones laborales y el salario.

## 4.2 Condiciones laborales

Las condiciones laborales en México se diferencian ampliamente de otros países, la informalidad es la que domina en el espacio de trabajo, esto es respaldado por cifras de registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2017) pues afirman que 29.3 millones de personas laboran bajo este esquema, es decir, 6 de cada diez personas trabajan sin ningún tipo de seguridad social (Muciño, 2013). Lo mencionado genera una restricción a los servicios de salud, además de una limitante en los ingresos variables.

Por otra parte, el INEGI (2017) informa que para aquellas personas que se encuentran dentro de formalidad laboral, la existencia de un contrato laboral significa mayores posibilidades de acceso a las prestaciones de seguridad social; sin embargo, 44.8% de los trabajadores subordinados y remunerados no tienen un contrato por escrito, lo que los sitúa en un estado de vulnerabilidad laboral. De los trabajadores subordinados y remunerados que sí cuentan con contrato por escrito (54.2%), 82.4% tienen contrato por tiempo indefinido, son de base o planta, 17% cuentan con un contrato temporal y en 0.6% de los casos.

Como parte de la formalidad laboral, los trabajadores deben de cumplir con ciertas normas para continuar con su empleo, una de ellas es el cumplimiento del horario establecido en un determinado lugar de trabajo, no obstante, a pesar de lo anterior, en numerosas ocasiones, el trabajador invierte más horas laborando, excediendo la jornada estimada.

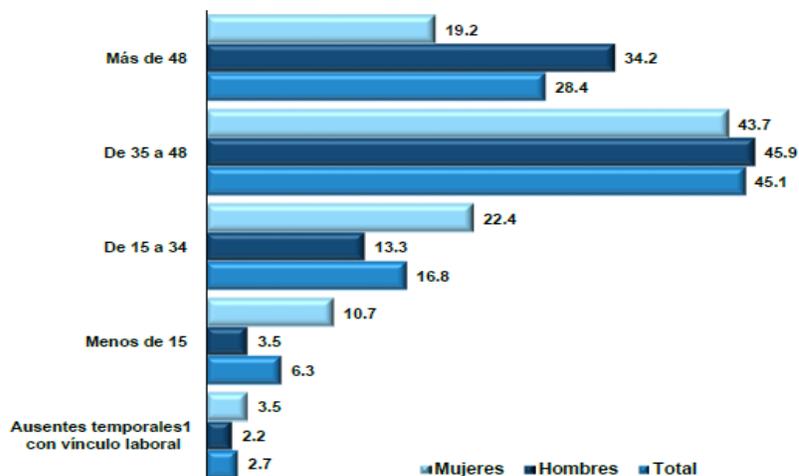
El Art. 58 de la LFT establece que la jornada de trabajo “es el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo”. El máximo legal establecido es de ocho horas diarias si la jornada es diurna; siete horas si es nocturna, y siete horas y treinta minutos si es una jornada mixta. El máximo legal semanal es de 48 horas, 42 horas o 45, respectivamente para cada tipo de jornada. Datos de la ENOE al tercer trimestre de 2016 muestran que

28.4% de la población ocupada trabaja más de 48 horas a la semana, 45.1% de 35 a 48 horas a la semana, 16.8% de 15 a 34 y el 6.3% menos de 15 horas a la semana (INEGI, 2017).

Tal y como se muestra en la figura 2, para ambos sexos, el porcentaje de ocupados que trabajan entre 35 y 48 horas a la semana es muy similar, 45.9% para los hombres y 43.7% para las mujeres. Uno de cada tres hombres ocupados (34.2%) labora jornadas semanales de más de 48 horas, mientras que una de cada tres mujeres (33.1%) trabaja 34 horas o menos por semana (INEGI, 2017).

**Distribución porcentual de la población ocupada por sexo, según duración de la jornada de trabajo 2016**

(Horas)



1 Ausentes temporales con vínculo laboral. Ocupado que, a pesar de no haber trabajado en la semana de referencia, continuó percibiendo su ingreso salarial o ganancias, o careció de estas, pero regresó a trabajar en la semana de levantamiento.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016. Tercer trimestre, Base de datos.

Figura 2. Distribución porcentual de la población ocupada por sexo, según duración de la jornada de trabajo 2016.

Fuente: INEGI, 2017. Estadísticas a propósito del día mundial de la justicia social (20 de febrero).

Laborar más horas a la semana no se traduce en una mayor remuneración para la población trabajadora, pues 2.1% de las personas ocupadas trabajan más de 48 horas y ganan menos de un salario mínimo, mientras que 1.2% trabaja más de 48 horas a la semana y no recibe ingresos por su trabajo (INEGI, 2017).

Además de las condiciones anteriores, se encuentran presentes la creación insuficiente de empleos, bajos salarios y condiciones precarias. Aunque no siempre se repara en las horas trabajadas, por mucho el país es de los países en que más se trabaja y menos se descansa, de acuerdo con la OCDE, en México cada persona trabaja en promedio dos mil 250 horas al año, muy por encima del promedio, de sólo mil 748 horas, sin embargo, esta diferencia no se traduce necesariamente en más productividad (Muciño, 2013).

### **4.3 Salario**

En México, los trabajadores ganan menos como resultado del bajo crecimiento y alto nivel de desempleo e informalidad (Tenorio y Sánchez, 2015). Cada año, las condiciones laborales de millones mexicanos empeoran, esto se debe en parte al incremento en la creación de empleos, puesto que implica una disminución en los ingresos, además, desde 2005 se inició un registro con el fin de conocer el promedio salarial de los trabajadores, de los cuales 8.02 millones percibía un salario mínimo, equivalente a 2 mil 227 pesos al mes, mientras que las personas que ganan entre uno y dos salarios mínimos, equivalente a 4 mil 455 pesos mensuales, sumaron 13.72 millones durante el segundo semestre del año 2016 (Luna, 2016).

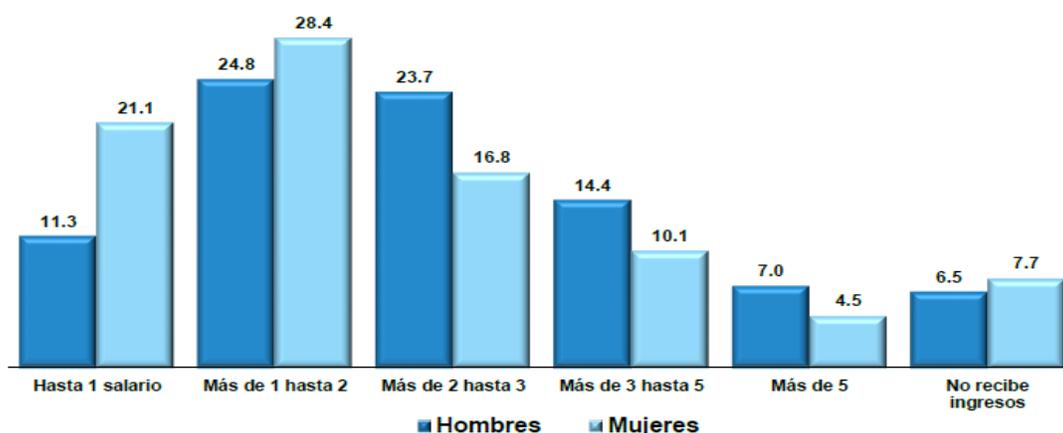
En lo que respecta a aquellos trabajadores que reciben 3 salarios mínimos, equivalentes a 6 mil 309 pesos, la cifra aumentó a 10.2% en el periodo de 2010 a 2014, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, elaborada por el INEGI, además número de trabajadores que percibe cinco salarios mínimos se ha reducido al 11.8% para llegar a 7.3% de los asalariados subordinados que existen en el país (Tenorio y Sánchez, 2015).

De acuerdo con información recabada por Burgos y López (2010), el documento “Educación Superior: situación actual y perspectivas” elaborado por la Subsecretaría de Educación Superior en 2009 explica que el nivel salarial promedio que alcanzan los profesionistas es de 7 mil 500 pesos mensuales. El

hecho de que los salarios sean bajos puede derivarse de que los egresados se ven obligados a aceptar puestos que no corresponden a sus estudios (De Vries y Navarro).

Con base en datos recabados por la ENOE, tercer trimestre de 2016 respecto a los ingresos de la población ocupada, de acuerdo a la figura 3, muestra que la mayor proporción de ocupados (26.2%) percibe más de uno y hasta dos salarios mínimos (SM); uno de cada cinco ocupados (21%) recibe más de dos y hasta tres SM; 15.1% percibe hasta un salario mínimo, 7% de los ocupados lo está sin percibir ingresos y solo 6.1% percibe más de cinco SM. Del total de ocupados, 11.9% no especificó su salario (INEGI, 2017).

**Distribución porcentual de la población ocupada por sexo, según ingresos en salarios mínimos 2016**



Nota: No se grafica el porcentaje de quienes no especificaron ingresos.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2016. Tercer trimestre, Base de datos.

Figura 3. Distribución porcentual de la población ocupada por sexo, según ingresos en salarios mínimos 2016.

Fuente: INEGI, 2017. Estadísticas a propósito del día mundial de la justicia social (20 de febrero).

Respecto a las diferencias en la percepción de los ingresos por sexo de la población ocupada se observa que cerca de la mitad (49.5%) de las mujeres ocupadas percibe hasta dos salarios mínimos; este porcentaje en los hombres es de 36.1%. De las mujeres ocupadas 26.9% tienen ingresos de más de dos y hasta

cinco SM, mientras que los hombres con ese rango salarial suman 38.1%. Únicamente 4.5% de las mujeres ocupadas y 7% de los hombres ocupados perciben más de cinco salarios mínimos. La proporción de ocupados que no percibe ingresos es más alta en mujeres: 7.7% de las ocupadas no percibe ingresos, por 6.5% de los hombres (INEGI, 2017).

Al tomar en cuenta el campo laboral en el que se desempeñan millones de profesionistas, la competitividad, las exigencias de los puestos de trabajo, las condiciones desfavorables que rigen los espacios en donde se desarrollan las labores, relacionados a salarios insuficientes ahonado al estrés generan un escenario ideal para el desarrollo de un menoscabo en las personas que pueden generar consecuencias tanto biológica como psicológicamente que afectan la salud de los trabajadores desencadenando enfermedades comunes que afectan el desempeño laboral, con la finalidad de generar tratamientos adecuados para los trabajadores.



## 5. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL

En el ámbito laboral, el estrés es uno de los responsables directos de enfermedades comunes, que afectan a los trabajadores en la actualidad puesto que la población sufre el impacto de una serie de amenazas de carácter social que incluye factores laborales, familiares y culturales así como la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos que pueden conducir a la presencia de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, dispepsia, asma, depresión y otros problemas de salud (Valenzuela y Gayoso, 2017).

El estrés al consistir en un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas, conductuales ante determinados eventos que pueden ser extremadamente abrumantes o exigentes en el contenido, la organización y/o ambiente de trabajo, autores como Houtman, Jettinghof y Cedillo (2008) mencionan que las condiciones de trabajo que se encuentran asociadas a los riesgos psicosociales son trabajos demasiado o poco demandantes, con un ritmo demasiado elevado o demasiado bajo, presión, falta de control sobre las cargas y procesos de trabajo, discriminación, aislamiento, acoso psicológico, falta de participación en la toma de decisiones, pobre comunicación o flujo de información, inseguridad laboral, ausencia de oportunidades de crecimiento o de avance o promoción, horario laborales irregulares, así como ser expuesto a condiciones físicas desagradables o peligrosas y no tener control sobre estas, que pueden afectar la salud de las personas.

Con base en lo que explican Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010), México se han presentado dos cambios importantes que recaen sobre la salud, tales son la urbanización o industrialización acelerada y los cambios a nivel poblacional, en los que el número de personas de la tercera edad aumentan;

además mencionan que, al actuar en conjunto con los estilos de vida, los factores genéticos y psicológicos, se potencializa y/o probabiliza la aparición o desarrollo de enfermedades crónicas.

Durán (2010) explica que:

“El entorno cambiante en que nos desenvolvemos actualmente se ha traducido en un incremento de la competencia y de las exigencias para las organizaciones. Esta situación genera altos niveles de presión, que se convierte en parte de la cotidianidad laboral lo que propicia la aparición de enfermedades profesionales: estrés, Síndrome de Burnout, adicción al trabajo, entre otras, en las que el factor emocional o psicológico juega un papel determinante” (p. 71).

Las enfermedades contemporáneas, principalmente las crónicas, están vinculadas etiológicamente con el estrés excesivo, el cual es producto de situaciones específicas, socialmente estructuradas, inherentes a la organización de las sociedades tecnológicas modernas. Los avances científico-técnicos alcanzados en las últimas tres décadas han ido develando las interacciones recíprocas entre los fenómenos psíquicos y los orgánicos, así como su influencia en el estado de malestar o bienestar del ser humano (Roblejo, 2005; Bastida de Miguel, 2013 en Pérez y cols., 2014)

Como parte del conjunto de consecuencias que conlleva el estrés, se pueden encontrar aquellas que son de origen físico y/o biológico, que se vinculan a alguno de los sistemas o aparatos del cuerpo, así como las psicológicas, que al actuar en conjunto pueden empeorar el estado de salud, probabilizando la aparición de la enfermedad, o bien, cronificándola.

## **5.1 Consecuencias físicas y biológicas**

El estrés laboral afecta a indicadores psicológicos como el estado de ánimo y biológicos como los parámetros inmunológicos. Durán (2010) puntualiza las consecuencias físicas y biológicas que son desencadenadas o agravadas por el estrés, entre las principales se encuentran los trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculares, aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, sudoración, sequedad de la boca, escalofrío, dilatación de pupilas, tensión muscular, insomnio o hipersomnia, alergias, úlceras.

Gran parte de la investigación sobre estrés laboral se ha centrado en las consecuencias negativas que éste tiene sobre la salud. En situaciones de estrés laboral la percepción de estrés aumenta empeorando el estado de ánimo (Serrano, Moya y Salvador, 2008). Las manifestaciones del estrés ocasionado por el trabajo son sumamente versátiles en cuanto a su procedencia, persistencia e intensidad, dentro de las más frecuentes se pueden encontrar las consecuencias gástricas y las psicológicas.

A continuación, se explica a profundidad lo que conlleva tener enfermedades gástricas y cómo actúan a estar vinculadas al estrés, teniendo algunos estudios empíricos como base para comprender las consecuencias tanto físicas/biológicas como psicológicas.

### **5.1.1 Consecuencias gástricas**

Existen enfermedades gástricas estrechamente relacionadas con estrés tales como gastritis, úlcera péptica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) consideradas como condiciones frecuentes que se caracterizan por su cronicidad y recidivas, es decir la reaparición de la enfermedad poco después del período de convalecencia, además de que generan síntomas molestos en extremo, como dolor, vómito, diarrea, ardor estomacal y otros. Adicionalmente, dichas enfermedades pueden tener consecuencias graves por la erosión progresiva de la mucosa intestinal; si no se tratan adecuadamente, lo más frecuente es que

ocurran hemorragias internas o la perforación de alguna parte del intestino o del estómago, lo que puede llevar a la muerte (Manual CTO de Medicina y Cirugía, 2007; Moreira, Ramos y López, 2001 en Caballero, Pérez, Herrera, Manrique y Sánchez, 2012).

De acuerdo con Tobón y Núñez (2007) los padecimientos gástricos se encuentran estrechamente vinculados al estrés, puesto que propician la aparición de los síntomas o los agrava. Estos autores realizaron un estudio con 136 estudiantes españoles cuyo objetivo fue determinar la relación de varios factores psicológicos con los síntomas de dispepsia. Como resultados, el factor psicológico más importante fue el de sucesos vitales estresantes, el cual se relacionó de forma significativa con la medida total de síntomas dispépticos y con la regurgitación. La intensidad del estrés se relacionó con el dolor abdominal inferior. Concluyeron que el afecto negativo y el estrés psicosocial se relacionan con los síntomas de dispepsia en los estudiantes.

Amigo (2012) explica que en el sistema gastrointestinal existen factores que propician el desarrollo de úlceras, aunque algunas son causadas por la bacteria *Helicobacter pylori*, otras personas que no la tienen también pueden presentar ese padecimiento. Las diferencias en su aparición se pueden encontrar en el rebote de los ácidos gástricos, en el ácido clorhídrico particularmente, pues se produce tras un periodo de sobreactivación intensa, es decir, el organismo tiende a reducir la secreción de los ácidos gástricos y, al mismo tiempo, se reduce el engrosamiento de las paredes estomacales, ya que no requiere protegerse de los ácidos gástricos de los que depende la digestión.

Una vez que en el organismo finaliza la respuesta de estrés y se recupera la ingesta normal, las paredes se encuentran desprotegidas para soportar las cantidades normales de ácido clorhídrico, por lo que, al repetirse constantemente el ciclo de periodos de disminución de la secreción de ácidos gástricos y recuperación de secreción normal, puede aparecer algún tipo de úlcera gástrica (Amigo, 2012)

Como ejemplo de lo mencionado, Pérez y cols. (2014), realizaron un estudio con 70 pacientes diagnosticados con enfermedad ulcerosa péptica, con el fin de evaluar la vulnerabilidad al estrés. Como resultados determinaron que el hábito de fumar influye sobre la cicatrización promoviendo la recurrencia de úlceras. Aclaran que la vulnerabilidad como propensión se refiere a la tendencia de cada individuo a reaccionar ante ciertos tipos de acontecimientos o situaciones de la vida con estrés psíquico o con un grado mayor de estrés que otros individuos. Además, mencionan que las enfermedades gastrointestinales pueden ser padecidas tanto por hombres como por mujeres, ya sean por causas físicas y en su relación al estrés.

Partiendo de esa idea, nos basamos en un estudio realizado por Medellín y Cols. (2012), para enumerar una serie de síntomas en el sistema digestivo donde el estrés está estrechamente relacionado con sus manifestaciones, tales como dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, dificultad para el tránsito de comida, estreñimiento entre otras, así como padecer desórdenes gastrointestinales como colitis ulcerosa, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable y gastritis, que se asocian a la presencia del estrés.

Dentro del conjunto de consecuencias gástricas más comunes relacionadas con el estrés que afectan la vida de los trabajadores se pueden encontrar la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable y la gastritis, en las cuales se explica más a fondo las consecuencias físicas y consecuencias psicológicas que pueden generar.

### **5.1.2 Dispepsia Funcional**

Respecto a la dispepsia funcional (DF), Mearín y Calleja (2011) resaltan que es uno de los más frecuentes debido a que su prevalencia es del 20% al 25% en la población general (Kumar y cols., 2012 en Vinaccia, Quiceno, Medina, Castañeda y Castebianco, 2014), las repercusiones de este padecimiento suelen afectar en gran medida la calidad de vida de quien la padece dañando en gran medida las

relaciones personales y laborales, por lo que es considerada como una causa de ausentismo laboral; además de repercusiones económicas puesto que representa gastos para quienes la padecen, y finalmente sociales debido a que afectan a un porcentaje considerable de la población mundial (Mearín y Calleja, 2011).

La dispepsia funcional consiste en un padecimiento común que se manifiesta con la molestia en la parte superior del abdomen o malestar epigástrico, es multifactorial, periódica, que se puede cronificar, con síntomas y signos característicos tales como: saciedad temprana, náuseas o vómito, distensión abdominal y ardor en el estómago. Es importante remarcar que se presenta en ausencia de una causa orgánica identificable por medios diagnósticos convencionales (Danesh & Pounder, 2000; Panganmamura, Fisher & Parkman, 2002; Talley et al., 2000 en Vinaccia, y cols., 2014). Además, al tener una fisiopatología compleja, la DF se relaciona tanto con aspectos de la motilidad estomacal como con aspectos psicológicos: estrés, ansiedad o depresión.

Dentro del conjunto de investigaciones realizadas acerca de este padecimiento se encuentra la realizada por Vinaccia y cols. (2014) en la que participaron en 49 pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá con el objetivo de evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados mostraron niveles moderados de resiliencia y niveles desfavorables de calidad de vida. En sus conclusiones se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional.

Un estudio reciente que trata acerca de la dispepsia funcional y estrés laboral es el de Valenzuela y Gayoso (2017) quienes utilizaron una muestra de 218 militares durante el año 2010 en el Hospital Militar Geriátrico de Lima con la finalidad de determinar la relación existente entre la frecuencia de estrés laboral y

la prevalencia de dispepsia funcional. Como resultados se comprobó la relación que existe es significativa pues se estableció que la dispepsia funcional es una patología frecuente en dichos militares que padecen estrés. Los factores de estresantes más frecuentes que tienen efectos directos sobre la salud son la organización social, aspectos socioeconómicos, estatus familiar y las responsabilidades laborales.

Hay evidencia concluyente de que las personas con dispepsia funcional tienen un peor estado de salud mental que las personas sanas del resto la comunidad. Un trastorno psicológico característico de este grupo de personas es la somatización, la cual se manifiesta como una tendencia a informar más síntomas de tipo no gastrointestinal que la población general (Wilhelmsen, 2002 en Tobón y Núñez, 2007)

Además de la dispepsia funcional, otro de los padecimientos más comunes vinculados al estrés laboral que es necesario explicar es el síndrome de intestino irritable.

### **5.1.3 Síndrome de intestino Irritable**

En lo que se refiere síndrome de intestino irritable (SII), se trata de un trastorno funcional digestivo crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominales, y cambios en el patrón evacuatorio (AGA Technical Review on Irritable Bowel Syndrome, 2002 en Castañeda, 2010). Son múltiples los factores fisiopatológicos que están involucrados, como disfunción del eje cerebrointestinal, sensación de hinchazón, patrón predominante de estreñimiento (Mearin, 2011) alteraciones en la motilidad, inflamación, trastornos psicológicos e hipersensibilidad visceral, entre otros (Castañeda, 2010).

Aunque no es mortal, el SII puede hacer que la vida de la persona que lo padece sea insoportable, además la calidad de vida de los pacientes con SII esta

notablemente más alterada debido a importantes repercusiones físicas, emocionales, sociales, y económicas debido a las constantes visitas con el médico (Mearín, 2011). Los factores psicológicos por los cuales se presenta este padecimiento frecuentemente son trastornos de somatización, hipocondriasis, depresión, ansiedad y abuso sexual durante la infancia (Spiller, Aziz, Creed, Emmanuel, Houghton, Hungin, et al en Castañeda 2010).

De acuerdo con Mearín (2011), los pacientes con SII padecen con mayor frecuencia diversos trastornos psiquiátricos, que incluyen síndromes de ansiedad generalizada, pánico, neuroticismo, alteraciones del estado de ánimo como distimia o depresión, trastornos somatomorfos, ineficiencia de adaptación a situaciones dramáticas, o trastornos del sueño. Debido a la sintomatología presentada, el síndrome ocasiona ausentismo laboral o bien, una baja productividad por parte de los trabajadores que además de constantes visitas al médico (El Universal, 2012).

Por último, se menciona la gastritis como otro de los padecimientos gástricos frecuentes que afectan al individuo y que se relaciona con el estrés laboral.

#### **5.1.4 Gastritis**

La gastritis representa otro problema de salud constante que prevalece como consecuencia de hábitos alimenticios inapropiados, así como el estrés. De acuerdo con Valdivia (2011) se trata de una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad, el daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos factores o a los efectos deletéreos de sus propias secreciones. Además, menciona algunos tipos como la

aguda que se caracteriza por un infiltrado inflamatorio y es usualmente transitorio en su naturaleza, que puede acompañarse de hemorragia de la mucosa, erosiones y, si las lesiones son muy severas, puede asociarse a sangrado. En el caso de la crónica en su evolución presenta alteraciones degenerativas de las células epiteliales con reducción de la cantidad de glándulas acompañada de áreas variables de atrofia glandular tomando el nombre de gastritis crónica atrófica.

La gastritis puede originarse por diversas causas, entre las que se incluyen las infecciones por bacterias como *Helicobacter pylori*, *Echericha coli*, *Salmonella*, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, consumo excesivo de alcohol, fumar, comer alimentos picantes o salados, cirugía mayor, lesiones traumáticas o quemaduras, infección grave, anemia perniciosa, enfermedades autoinmunitarias y el reflujo biliar crónico, así como el aumento del estrés y la ansiedad que pueden aumentar el riesgo de favorecer la formación de úlceras y retardar su curación (Fernández, 2014). Las consecuencias recaen sobre el aparato digestivo llegando a degenerar en cáncer de estómago si no se trata adecuadamente (El Universal, 2009).

Es necesario aterrizar que parte del conjunto de consecuencias generadas por estrés, además de las físicas y/o biológicas, están presentes las psicológicas, las cuales juegan un papel relevante en el empeoramiento de los padecimientos ya que implican pensamientos y conductas del individuo ante las problemáticas que se le presentan aumentando la probabilidad de desarrollar o empeorar los padecimientos.

## **5.2 Consecuencias psicológicas**

Además de las consecuencias físicas y biológicas, existen las psicológicas que tienen un gran impacto ya que afectan en diferentes aspectos de la vida de las

personas. Sotillo (2000 en Mamani, Obando, Uribe, y Vivanco, 2007) menciona que el estrés al ser causa directa e indirecta en la producción de accidentes de trabajo, así como otros efectos negativos para la salud de los trabajadores, tanto en el contexto laboral como familiar, entonces la sobrecarga de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos constituye, una importante fuente de estrés por ejemplo, si la sobrecarga en su visión cuantitativa es entendida como el exceso de tareas a desarrollar por un trabajador; en su visión cualitativa son las demandas excesivas que se le exigen al trabajador en función de las habilidades, destrezas, conocimientos y en general, competencias que tenga dicho sujeto

Al hablar sobre estrés laboral es importante resaltar el papel de variables moderadoras de tal, puesto que las personas que poseen un estilo atribucional, perciben más amenaza, expresada como ansiedad motora o conductual (Richaud & Sacchi, 1999 en Medellín y Cols., 2012), y es debido a éstas que podrían ser las condiciones adversas para desencadenar los padecimientos gástricos, por lo que entonces existe el componente cognitivo en el manejo inadecuado de la percepción de eventos cotidianos como estresantes y tal vez como consecuencia el posterior desarrollo.

El impacto de situaciones estresantes sobre el bienestar físico y psicológico del individuo puede ser substancial o extremo como es el caso del suicidio o arritmias cardiacas. Los cambios conductuales que pueden presentarse por el aumento de los niveles de estrés abarcan estados de nerviosismo, decaimiento corporal, tensión física y problemas (Mamani y cols, 2007).

En este sentido, se encuentran diferentes efectos por niveles como: efectos subjetivos donde destacan la ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, irritabilidad, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo y soledad, y los efectos cognitivos que influyen en la incapacidad de tomar decisiones, de concentrarse, olvidos, resistencia a la crítica;

efectos conductuales, fisiológicos, sobre la salud y en la organización donde destaca el ausentismo laboral, relaciones laborales pobres, escasa productividad, altas tasas de accidentes, altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, insatisfacción con el desempeño de tareas (Sotillo, 2000 en Mamani y cols., 2007)

Dentro del conjunto de consecuencias psicológicas que conlleva el estrés laboral relacionados con enfermedades gástricas, se puede decir que las actitudes y conductas de carácter negativo que desarrolla el sujeto, tales como suspicacia, agresividad, aislamiento e irritabilidad, son algunas de las cuales el trabajador presenta, así como frustración, enojo, angustia baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental (Durán, 2010), depresión, fatiga (Aranda y Pando, 2007) ansiedad y trastornos del sueño (Rodríguez y De Rivas, 2011).

Además de las consecuencias individuales, las personas que padecen estrés pueden enfrentarse a la pérdida o deterioro de sus redes sociales y/o de apoyo, mediante los conflictos interpersonales, la evitación de contactos sociales, o bien, la pérdida de redes de apoyo (Rodríguez y De Rivas, 2011), distanciamiento y/o dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo (Durán, 2010).

Debido a todo lo anterior, el psicólogo de la salud es quien puede intervenir para ayudar a la persona con el deterioro corporal o enfermedad que se ha generado con el estrés constante al que se encuentra expuesta, mediante técnicas efectivas y estrategias que desarrolla el individuo abordado desde el modelo de intervención cognitivo conductual.



## **6. EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD COMO CAMPO DE APLICACIÓN DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN LA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

De acuerdo con el profesional de la psicología de la salud inicia su intervención realizando una evaluación que consiste en la recopilación de la información necesaria que le permita comprender los factores psicológicos involucrados en el problema en que pretende incidir (García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas 2008)

Para efectuar la evaluación puede utilizar diversas herramientas, entre las que se encuentran algunas escalas validadas de acuerdo con tipo de enfermedad o problema de salud, pueden ser entrevistas, observaciones directas, registros psicofisiológicos y bioquímicos, que finalmente se conforman como punto de partida para elaborar un diagnóstico; además, puede utilizar información epidemiológica que le permita comprender la prevalencia de enfermedades, características de la población, etcétera (Pérez y Moreyra, 2018)

Por otra parte, la intervención desde la psicología de la salud que puede ser de dos tipos: activa o pasiva. Se trata de tipo activo, ya que está diseñada para lograr la modificación del comportamiento no saludable, a diferencia de otras ciencias cuyo enfoque es la modificación del entorno para reducir el riesgo, lo cual se ha identificado como de tipo pasivo.

En cuanto a los lugares para realizar una intervención, podrían ser centros de salud y hospitales, centros geriátricos, unidades de rehabilitación, unidades de dolor crónico, cuidados paliativos y atención a enfermos terminales, centros de voluntariado u organizaciones no gubernamentales, unidades de salud laboral, sector salud público y privado, instituciones de educación pública y privada,

comunidades urbanas y rurales. En la práctica privada se estará haciendo una intervención desde la psicología de la salud cuando el motivo de consulta se relacione con el aspecto físico de la salud, el cual puede ser mantenerla, evitar una enfermedad o mejorar la calidad de vida (García et al., 2008 en Pérez y Moreyra, 2018).

Desde el campo de la psicología de la salud, las acciones de intervención se diseñan para promover la salud o prevenir la enfermedad con población general, en situación de riesgo o para acompañar procesos de enfermedad dirigidos a la adherencia al tratamiento con población que ya ha desarrollado algún problema de salud; éstos pueden ser individuales, grupales, familiares y comunitarios (Pérez y Moreyra, 2018).

En las últimas décadas, la terapia cognitivo conductual (TCC) ha tenido un auge y crecimiento exponencial, ya que está diseñada para ser aplicada en individuos, parejas y grupos con fines tanto de tratamiento como de prevención partiendo de un modelo de psicopatología y una teoría de cambio de la conducta que integra diversos enfoques de carácter flexible para el usuario (Meinchenbaum, 1988).

Si nos damos a la tarea de analizar brevemente la historia de la TCC podemos encontrar sus pilares en los postulados de la teoría de la personalidad de Kelly, la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la triada cognitiva de la depresión de Beck; podemos observar como estos autores se atreven a fracturar un enfoque sistematizado de la terapia y comienzan a postular un método más personalizado de ésta, generando un panorama amplio de intervención, teniendo como producto un usuario capaz de poder reintegrarse socialmente e un tiempo más corto en comparación a los diferentes enfoques terapéuticos (Fexias y Miró, 1993).

Se parte de la premisa de que las cogniciones del usuario son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen al origen y mantenimiento de la conducta disruptiva, de tal suerte que el principal objetivo del terapeuta cognitivo

conductual es ayudar al usuario a tomar conciencia que la combinación entre estados emocionales, cogniciones, conductas y consecuencias sociales que percibe son pilares para generar una o un conjunto de conductas disruptivas, el propósito de esto es hacer consiente al usuario que aquello que ha aprendido en algún momento de su vida puede volverlo a aprender siempre y cuando conozca las características y componentes de aquello que lo ha llevado a aprender dichas conductas, el pilar para lograr esto es un trabajo en conjunto entre el terapeuta y usuario y en ocasiones, familiares y seres allegados a éste (Meinchenbaum, 1988).

Así que el terapeuta también actúa como un entrenador ayudando al usuario a desarrollar y fomentar aquellas habilidades interpersonales necesarias para poder afrontar conductas disruptivas y/o situaciones estresantes. Un punto clave en la terapia cognitivo-conductual es capacitar al usuario para que pueda anticipar y prepararse para los posibles fracasos que puede encontrar a lo largo de camino (Meinchenbaum, 1988).

Para poder tener evidencia de la efectividad y avance del usuario en la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta suele evaluar la conducta de manera continua, ya que se parte de la premisa de que ésta está medida por el sistema de constructos de la personalidad de cada individuo, por lo que si se registra un cambio en la conducta del usuario podemos deducir que el sistema de constructos que rigen su personalidad se ha modificado. La continua evaluación de tratamiento permite sentar las bases, un medio de retroalimentación de su eficiencia (Phares y Trull, 2000).

Además, permite una valoración de la efectividad general del tratamiento y destaca aquellos factores situacionales que pueden conducir a la recurrencia de la conducta problemática. Permite el desarrollo de formulaciones diagnósticas las cuales son de gran utilidad ya que ayudan a describir aquellas conductas desadaptativas y aquellos blancos potenciales de intervención, lo cual, en conjunto

con un análisis del contexto donde se desenvuelve el usuario y sus recursos (habilidades, motivaciones, creencias y expectativas) permiten sentar un plan de tratamiento basado en datos eficiencia (Phares y Trull, 2000).

Respecto a la cognición, se trata de evaluar el procesamiento de la información que tiene el usuario, ya que mientras la persona sea capaz de describir los productos de su procesamiento de información, los procesos pueden ser deducidos sobre la base de paradigmas de evaluación cuidadosamente estructurados (Parks y Hollon, 1993). Se entiende que con la evaluación cognitiva se trata de comprender los procesos y contenidos del fenómeno cognitivo, clarificar el rol que desempeñan las cogniciones en el origen y mantenimiento de la conducta psicopatológica, comprobar si los métodos de intervención empleados en la terapia han alterado el contenido y proceso cognitivo y determinar si la aplicación de estos ha sido el adecuado.

La Terapia Cognitivo Conductual al ser un enfoque global y multifacético permite desarrollar un método de intervención flexible para los requerimientos del usuario moldeando los métodos de intervención a sus necesidades. Las intervenciones de la TCC son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas, están diseñadas para ayudar al usuario a identificar, probar y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas en uno o varios conjuntos a sus creencias irracionales. Con la TCC se trata de generarle un hábito de autoanálisis al usuario para que sea capaz de examinar los efectos de las cogniciones y creencias que tiene acerca de un evento, así como proporcionarle las herramientas adecuadas para afrontar dicho evento (Meinchenbaum, 1988).

La TCC ha sido utilizada con gran efectividad en distintas problemáticas tales como el tratamiento de la ansiedad, depresión, fobias, dolores de cabeza, problemas de asertividad generando ensayos clínicos a gran escala por su efectividad. Más allá de su practicidad terapéutica, la TCC representa un modelo conceptual para la comprensión y el tratamiento de problemas clínicos

(Meinchenbaum, 1988). Ya que la TCC está caracterizada por ser un método flexible para tratar padecimientos psicológicos en un periodo relativamente corto de tiempo y de forma que el usuario tenga un aprendizaje constante, de forma que pueda extrapolar la forma de como resuelve sus problemáticas, se puede deducir que el estrés laboral y su relación con los padecimientos gástricos pueden ser tratados de forma exitosa tomando como base el modelo cognitivo-conductual.

Dentro de este tipo de intervención, existen diversas estrategias y/o técnicas efectivas para el tratamiento del estrés y los padecimientos gástricos, que se enfocan en el cambio de conductas y pensamientos respecto a situaciones que les genera malestar.

A pesar de que no es posible eliminar el estrés laboral, se pueden desarrollar habilidades y estrategias individuales dentro y fuera de la organización para manejar y controlar efectivamente las situaciones desencadenantes del estrés, como, crear defensas mediante el conocimiento de las reacciones del organismo ante estas situaciones y aprender a manejarlo con técnicas de afrontamiento del estrés y relajación, para mantener un estado de salud óptimo para generar una mayor productividad (Durán, 2010).

Asimismo, las estrategias individuales orientadas al manejo del estrés o el aprendizaje de técnicas de relajación pueden ayudar a manejar el agotamiento y el desgaste psíquico que generan situaciones de estrés agudo y estrés crónico (Rodríguez y De Rivas, 2011).

El estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el que interactúa son factores centrales, mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés. Frente a la experiencia diaria de estresores, el comportamiento permite escoger un estilo de vida saludable que favorezca la reducción del estrés y lograr un buen nivel de calidad de vida. De otra manera, también existe la posibilidad de asumir un estilo de vida que ayude a acentuar y experimentar un mayor

nivel de distrés emocional, contribuyendo al desarrollo de un patrón conductual caracterizado por reacciones emocionales y síntomas de estrés de carácter crónico, como fumar y tomar licor en exceso, el elevado consumo de calorías y grasas saturadas, la falta de entrenamiento físico, las largas horas de trabajo, el aislamiento social y una gran falta de actividades relacionadas con la relajación y el descanso corporal (Epel, Lapidus & McEwen, 2000 en Moscoso, 2010).

Un ejemplo que representa lo que este modelo ha hecho es el estudio realizado por Caballero y Cols. (2012) cuyo objetivo fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión al tratamiento y la regulación emocional de pacientes con gastritis, úlcera péptica o ERGE en la que participaron tres pacientes que acudían al Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez en México con algún padecimiento tal como gastritis, ulcera péptica o ERGE. Como variable independiente se tomó la intervención para incrementar la adhesión terapéutica y la regulación emocional, intervención de corte educativo basada en técnicas cognitivo-conductuales y dividida en los siguientes módulos: psicoeducación, adhesión al medicamento haciendo uso de estrategias tales como entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, control de estímulos y manejo de contingencias; adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio físico aplicando entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, disminución de requisito de la respuesta y aproximaciones sucesivas; regulación emocional utilizando reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en relajación diafragmática, y prevención de recaídas. La intervención se administró en sesiones grupales programadas semanalmente, siendo cada sesión de aproximadamente 90 minutos y fue aplicada por un psicólogo entrenado en el manejo de técnicas cognitivo-conductuales. Se empleó un autorregistro conductual para recolectar datos de adhesión, frecuencia e intensidad de emociones y síntomas, además del Inventario de Ansiedad de Beck

y el Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo durante las etapas inicial y final. Se obtuvieron además indicadores fisiológicos durante sesiones que incluyeron protocolos de relajación. Las pacientes mostraron cambios favorables en las conductas de adhesión y regulación emocional, lo que se tradujo en la disminución de sus síntomas.

Un nuevo paradigma en el estudio del estrés percibido incluye la *respuesta comportamental del estrés*, la cual toma en consideración el estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el cual este se desenvuelve, siendo ambos factores centrales, mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés (Moscoso, 2010).

Autores como Sánchez-Sosa, 2008 citado en Caballero y cols., 2012) mencionan que se han empleado varias técnicas de modificación de conducta para complementar el tratamiento médico de los trastornos gastrointestinales, las cuales incluyen el entrenamiento para reducir la ansiedad (biorretroalimentación, técnicas de relajación...), el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, solución de problemas, habilidades interpersonales, etc.) y la extinción o supresión de respuestas de ansiedad mediante de sensibilización sistemática, manejo de contingencias y demás.

Como parte de las estrategias para el tratamiento del estrés, se encuentran tres intervenciones en terapia cognitivo-conductual cuyo objetivo principal consiste en el incremento de habilidades de afrontamiento o coping, como lo son el entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en inoculación del estrés y entrenamiento en solución de problemas.

Autoras como Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que el entrenamiento en autoinstrucciones, diseñada por Meichenbaum, tiene por objetivo instaurar o modificar el dialogo interno cuando el individuo se dice a si mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien, presente dificultades

para abordar adecuadamente una situación. De esta manera, pretende favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza de la propia capacidad, en otras palabras, enseña a pensar

Antes de comenzar el entrenamiento en auto-instrucciones es necesario evaluar el tipo de diálogo que el individuo mantiene consigo mismo durante el abordaje de las tareas y responsabilidades cotidianas, mediante técnicas de auto-registro, se le indica que observe y registre el diálogo interno que mantiene mientras realiza una determinada tarea o se enfrenta a una situación específica.

El objetivo es conocer qué tipo de auto instrucciones conforman el repertorio natural del individuo, y de ellas, cuáles son adecuadas y deben mantenerse, y cuáles resultan desajustadas, interferentes o irrelevantes y deben eliminarse o ser utilizadas únicamente en las fases o situaciones pertinentes. Es necesario, por tanto, enseñar al individuo a analizar las secuencias de acción que llevan a obtener una meta determinada, y qué tipo de auto-verbalizaciones y auto-instrucciones pueden ser las más adecuadas en cada una de esas secuencias (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012).

En un programa de auto-instrucciones típico se incluyen:

- La identificación de la situación problemática,
- Centrar la atención sobre el problema
- Reglas específicas sobre las contingencias y la forma de encauzar la situación hacia la solución
- Qué hacer con los errores cometidos
- Auto-refuerzo

Además del entrenamiento en auto-instrucciones, el entrenamiento en inoculación del estrés (EIE) es otra técnica que permite desarrollar habilidades para afrontar diversas situaciones que generan ansiedad.

El entrenamiento en inoculación del estrés es una técnica utilizada para afrontar las cuatro categorías de estrés señaladas por Eliot y Eisdorfer (1982 en Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012):

- Estresores agudos de tiempo limitado
- Secuencias de estrés
- Intermittencia crónica
- Estrés crónico continuado

Pretende inmunizar psicológicamente al individuo contra situaciones o acontecimientos estresantes de baja intensidad, afianzando, reforzando e incrementando su repertorio de estrategias de coping, con el fin de que posteriormente pueda servir para afrontar diferentes situaciones de mayor intensidad. Se trata, por tanto, de incrementar las estrategias de afrontamiento al exponerse a un estímulo suficientemente potente para activar el repertorio de coping, pero no de tanta intensidad como para que la persona se vea superada por el estresor, además presta especial atención a los procesos de preparación y asimilación de los acontecimientos estresantes puesto que la sorpresa y la falta de preparación dificultan ,los esfuerzos de afrontamiento y facilitan el desajuste emocional (Meinchenbaum, 1992 en Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012).

Los objetivos del entrenamiento en inoculación del estrés son:

- La promoción de una actividad autorreguladora adecuada que implica reducir o suprimir la intensidad de auto-verbalizaciones, imágenes y

emociones perturbadoras e incrementar o instaurar aquellas que proporcionen un funcionamiento más adaptativo según la situación.

- La modificación de conductas desadaptativas y el incremento o instauración de conductas adaptativas.
- La revisión y modificación de estructuras cognitivas que estén promoviendo valoraciones negativas de uno mismo y del mundo.

La estructura de la intervención consiste en tres fases, las cuales son:

1) Fase de conceptualización: se identifica y define el problema que presenta la persona, se le ayuda a entender su naturaleza y sus efectos en sus emociones y conductas, y se definen los objetivos terapéuticos.

2) Fase de adquisición y entrenamiento de habilidades: se revisa, aprende y entrena durante las sesiones estrategias de afrontamiento que le permitan abordar las situaciones específicas generadoras de estrés que se detectaron en la fase de conceptualización. Algunas técnicas empleadas son:

- Estrategias cognitivas: estrategias de solución de problemas, entrenamiento en autorrefuerzo, reestructuración cognitiva.
- Estrategias de control de la activación emocional: técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda.
- Estrategias conductuales
- Habilidades de afrontamiento paliativo

3) Fase de aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas:

- a) poner en practica ante las distintas situaciones reales las estrategias aprendidas
- b) comprobar la utilidad y eficacia de las habilidades de afrontamiento adquirida
- c) corregir aquellos problemas que vayan surgiendo durante el proceso de extinción.

Otra de las técnicas efectivas empleadas para reducir el estrés es el entrenamiento en solución de problemas que brinda una alternativa o complemento en el tratamiento.

Ruiz, Diaz y Villalobos (2012) explican que el entrenamiento en solución de problemas se trata de una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad del individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar experiencias estresantes de la vida, y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Puede definirse como la secuencia cognitivo-conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida.

Cuenta con un proceso sistematizado que se adapta al paciente concreto que recibe el entrenamiento, ajustándose a los problemas delimitados que supone están generando o agravando la sintomatología que presenta este individuo, es una terapia d carácter breve entre cuatro y doce sesiones de tratamiento, focalizada en aspectos concretos y de carácter directivo, que aborda de forma estructurada y ordenada diferentes objetivos como:

- incrementar la orientación positiva a los problemas y reducir la orientación negativa

- promover la aplicación y el desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigidas a la solución de problemas
- minimizar la tendencia a poner en marcha procesos de solución de problemas disfuncionales y no adaptativos

Para el proceso y procedimiento de la terapia de solución de problemas se aplican tres etapas: a) evaluación en la que se establece cuáles son las habilidades básicas de solución de problemas con las que la persona que consulta cuenta de base, b) intervención y mantenimiento, y c) generalización.

Las fases que proponen D'Zurilla y Golfried (1971 en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) son cinco:

1. *Orientación hacia el problema.* Se pretende el desarrollo de una actitud positiva, que se refiere a fomentar las creencias de auto-eficacia, las habilidades en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje y de los problemas como oportunidades para ello. De la misma manera, la optimización de la regulación emocional para reconocer y afrontar mejor los problemas, y la adquisición de la capacidad de pensar antes de actuar, son habilidades que son básicas y necesarias para conseguir una óptima orientación hacia los problemas.
2. *Definición y formulación del problema.* Se debe recopilar información relevante sobre el problema a partir de los hechos, y debe recogerse en términos concretos y objetivos, no de interpretaciones, asunciones o procesos de razonamiento emocional. Se trata de identificar y corregir

cualquier distorsión sobre la situación problema que pueda interferir con la definición del problema para ello.

3. *Generación de alternativas de solución.* Se debe guiar por los principios de cantidad y diversidad. Que permiten combinar elementos de distintas soluciones hasta llegar a la solución óptima. También Se lleva a cabo la fase de aplazamiento del juicio ya que no es el momento de entrar a valorar su adecuación o viabilidad.
4. *Toma de decisiones.* Se analiza cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas de su implantación, y valorando en una escala subjetiva entre 0 (sin valor alguno para mí) y 10 (tiene mucho valor para mí) cada una de las consecuencias positivas y negativas.
5. *Implementación de la solución y verificación.* Se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos. Posteriormente se lleva a cabo cada uno de los pasos y se valoran paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implementación progresiva del plan de acción.

Estudios realizados han hecho uso de instrumentos de medición en los programas de intervención de estrés relacionados a problemas gástricos con la finalidad de complementar la información recabada y tener indicadores sobre la percepción que los pacientes tienen antes, durante y posterior a la intervención para determinar si hay cambios en el individuo. Algunos de estos son:

- Escala de Estrés percibido de Cohen
- Inventario de Vulnerabilidad de estrés
- Escala de Experiencias vitales recientes
- Inventario de depresión de Beck

- Inventario de Ansiedad Rasgo
- Escala de Síntomas Somáticos

Cada uno de estos instrumentos permite evaluar factores que se relacionan al estrés, ayudando a establecer parámetros para determinar junto con la información recabada del paciente, un diagnóstico y entendimiento más claro acerca del padecimiento y los factores que alteran o modifican la funcionalidad general del individuo ante situaciones de estrés.

Finalmente, se toman en cuenta un conjunto de técnicas de acuerdo con necesidades del individuo para el tratamiento psicológico del estrés laboral y los padecimientos gástricos, las cuales le permiten cambiar sus pensamientos y conductas respecto a situaciones específicas ante las cuales sus niveles de ansiedad y malestar aumentan. El psicólogo, al emplear la terapia cognitivo-conductual, permite que el individuo desarrolle pensamientos y conductas que le favorezcan ante situaciones que anteriormente generaban un menoscabo en su salud, ayudando a disminuir los niveles de estrés, y, por lo tanto, disminuyendo los síntomas fisiológicos que se relacionaban a este.

## Conclusiones

Con base en lo revisado durante la formación académica, conjunto con el plan de estudios, consideramos que nuestra formación profesional en FESI nos ha brindado las herramientas básicas del método Cognitivo Conductual para poder abordar esta temática en el área clínica, ya que en la asignatura de psicología clínica se abordan teóricamente aquellas técnicas sugeridas para poder llevar a cabo una intervención, así como nos brinda la oportunidad de introducirnos poco a poco en el área clínica llegando al punto de permitirnos brindar un servicio social como psicólogos clínicos. Sin embargo, consideramos extremadamente necesario que los estudiantes interesados en ejercer en el área clínica se involucren en diplomados o intersemestrales que se enfoquen en una enseñanza exhaustiva de las técnicas que maneja el modelo Cognitivo Conductual en la terapia como, por ejemplo, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, etc. Así como la necesidad de abordar esta temática por lo menos grosso modo en el área clínica para poder preparar a aquellas personas que desean ejercer esta área pues en la práctica pueden encontrarse casos de esta índole.

Los campos de aplicación de la psicología son diversos, sin embargo, el psicólogo puede desempeñarse en función de las necesidades de cada uno. Dichos tienen objetivos y premisas que permiten que se vinculen directamente con el trabajo psicológico, que incluyen los campos ambientales o ecología y vivienda, educativa, organizacional y de la salud.

En el caso de la psicología de la salud, es un campo de acción del psicólogo que le permite actuar en el proceso y tratamiento de enfermedades, mediante cuatro niveles de intervención, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, puesto que sus objetivos están orientados principalmente hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Además, el psicólogo de la salud puede trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud sobre

problemáticas que inciden en el bienestar físico, biológico y psicológico de la persona para idear tratamientos efectivos en función del nivel de intervención en el que actúen.

No obstante, uno de los problemas de salud que ha ganado importancia en las últimas décadas es el estrés, un problema a nivel mundial que se relaciona cada vez más al trabajo, ya que incide sobre el organismo, afectando diferentes aspectos de la vida de las personas, tanto en lo personal como en lo laboral.

Las definiciones que se han recabado coinciden en que es una respuesta del organismo ante las demandas que se le hagan, o ante determinados estímulos. Si bien, existen dos tipos de estrés, por una parte, el distrés, que perjudica al individuo debido a que las demandas que se le generan sobrepasan la capacidad de este para poder manejarlas generándole frecuentemente ansiedad, y, por otra parte, el eustrés, el cual, puede ser un motivante para la completa funcionalidad del individuo ya que se genera una armonía entre las respuestas fisiológicas con la capacidad de adaptación del organismo.

A pesar del incremento de personas que sufren estrés, o alguna enfermedad relacionada a su trabajo, no existe en la actualidad regulaciones que eviten o que prevengan los efectos fisiológicos y psicológicos del trabajo como ansiedad, tensión, cefaleas, problemas cardiovasculares, etc, de la misma manera, se ha comprobado que las enfermedades de tipo musculo esqueléticas, respiratorias y gastrointestinales, se encuentran entre las más frecuentes relacionadas al trabajo, y, a pesar de las cifras preocupantes, en México no se han implementado las medidas necesarias para solucionar esta constante problemática y cambiar las condiciones de trabajo bajo las cuales la población se encuentra laborando.

El escenario laboral en México denota una falta de interés en la salud del trabajador, pues se trata de un conjunto de factores que impiden el desarrollo óptimo del mismo en el lugar que desempeña sus funciones. La informalidad, el desempleo, la reducción de costes, las exigencias de la empresa, aumento de la

productividad, son solo algunos de los factores que describen la situación actual del país.

Hoy en día, existe un desfase entre las empresas y los profesionistas, debido a que este campo se encuentra limitado y sobrepoblado para algunas carreras, faltando espacios laborales para su inserción en cada campo profesional. Luego, entonces, las ofertas de trabajo incrementan debido al exceso de personas que buscan un empleo, sin embargo, los salarios son bajos, pocos tienen un sueldo por arriba del promedio, y en las condiciones que los ofrecen explotan la capacidad de las personas para realizar el trabajo. Los empleos discrepan con las competencias que ha desarrollado la persona, o no cumple con el perfil, o no cuenta o no tiene desarrolladas determinadas habilidades. Por si fuera poco, las condiciones de trabajo no ayudan, puestos que las exigencias o demandas por parte de la empresa sobrepasan al trabajador, y tienen que sobrellevar la carga de trabajo, así como los horarios poco favorables, etc.

A pesar de las condiciones desfavorables, la falta de oportunidades, las exigencias del campo laboral, entre otros, obligan a los profesionistas a optar por empleos que tienen poco o nada que ver con sus competencias, además, la unión de esos factores ahondados al estrés ha generado el escenario perfecto para el desarrollo de una enfermedad.

Las consecuencias que contraen el estrés laboral y las demandas del campo laboral se han acrecentado y reflejado directamente en los individuos, llevándolos a un estado constante de malestar que impide mejorar su estado de salud y que además puede cronificar las enfermedades que padecen. Se pueden distinguir dos tipos de consecuencias, las fisiológicas/ biológicas y las psicológicas. Las primeras se presentan en el cuerpo, afectando a alguno de los sistemas que lo conforman generando un menoscabo en el organismo. En este sentido, las consecuencias más frecuentes recaen en el aparato digestivo generando un malestar constante con diversos efectos que afectan la funcionalidad del mismo.

En efecto, los padecimientos gástricos son una consecuencia cada vez más común en la población trabajadora, entre ellos se destacan la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable, y la gastritis, cuyos efectos psicológicos son varios como suspicacia, agresividad, aislamiento e irritabilidad, frustración, enojo, angustia baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental, etc.

En cuanto a las consecuencias psicológicas generadas por estrés, pueden presentarse tanto en el contexto personal, como familiar y laboral. Se ha mencionado que las personas poseen un estilo atribucional, por lo que pueden percibir más amenaza presentando ansiedad como respuesta.

Asimismo, el componente cognitivo modula el manejo de la información percibida de eventos cotidianos como estresantes, presentándose efectos subjetivos tales como ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, sentimientos de culpa, irritabilidad, tristeza, baja autoestima, tensión, etc, afectando el desarrollo del trabajo y las relaciones laborales dentro de la organización. Como consecuencia, la persona también puede enfrentarse a la pérdida de sus redes sociales, distanciamiento, dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo debido a los conflictos interpersonales.

En el proceso de salud-enfermedad se lleva a cabo una evaluación con la que se recaba información acerca de los factores psicológicos de la problemática a abordar. Se hace uso de varias herramientas como escalas validadas, entrevistas, observaciones directas, registros, con la finalidad de elaborar un diagnóstico y proceder con la intervención.

En este sentido, las acciones de intervención se diseñan para promover la salud o prevenir la enfermedad. Las intervenciones pueden ser individuales, grupales, familiares, y comunitarias, y se pueden abordar desde la terapia cognitivo conductual. En dicho modelo, el terapeuta ayuda a usuario a darse cuenta acerca de las conductas y pensamientos disruptivos, actuando como

entrenador que le guía a desarrollar y fomentar habilidades interpersonales para afrontar conductas y situaciones estresantes. La TCC, evalúa el procesamiento de la información, y trata de comprender los procesos y contenidos del fenómeno cognitivo mediante un método de intervención flexible que se adapta a los requerimientos del usuario, ayudándolo a identificar, probar y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas en uno o varios conjuntos de sus creencias irracionales.

Una de las técnicas empleadas en este método de intervención para el tratamiento del estrés y los padecimientos gástricos es el entrenamiento en autoinstrucciones, que modifica el diálogo interno de la persona ante su interferencia en una tarea específica. Y favorece la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad. Otra técnica empleada es el entrenamiento en inoculación del estrés que le permite al individuo desarrollar las habilidades necesarias para afrontar situaciones que generan ansiedad, afianzando y reforzando el repertorio de estrategias de coping, para afrontar situaciones con diferentes niveles de intensidad.

En lo que respecta al entrenamiento en solución de problemas, se pretende incrementar la habilidad de afrontamiento para enfrentarse a problemas estresantes de la vida cotidiana, encontrando las soluciones que más adaptativas y eficientes. Al ser una problemática común en la población, el psicólogo debe estar debidamente capacitado para llevar a cabo un trabajo en conjunto con otros profesionales de la salud, además de manejar adecuadamente cada técnica ya que depende de la efectividad que tengan con cada individuo.

Cabe mencionar que las técnicas pueden ser utilizadas tomando siempre en cuenta las necesidades del usuario. Una de las características principales de la TCC es que es flexible para el tratamiento de padecimientos psicológicos en un periodo relativamente corto de manera que el usuario tenga un constante aprendizaje para posibilitar la extrapolación de las formas a resolver sus problemáticas. La intervención cognitivo conductual puede ayudar a mejorar la

calidad de vida de las personas que padecen estrés y enfermedades gástricas mediante el empleo de diversas técnicas que se pueden aplicar en otros contextos.

## Referencias

- Alcántara, S. (2015). México, primer lugar en estrés laboral: OMS. *El universal*. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2015/mexico-primer-lugar-estres-laboral-oms-1100646.html>
- Amigo, I. (2012) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Andrade, V. y Gómez, I. (2008). Salud Laboral. Investigaciones Realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 9-25.
- Aranda, C. y Pando, M. (2007). Factores Psicosociales Asociados a Patologías Laborales en Médicos de Nivel Primario de Atención en Guadalajara, México. *Revista Médica de Uruguay*, 23 (4), 251-259.
- Burgos, B. y López, K. (2010). La Situación del Mercado Laboral de Profesionistas. *Revista de Educación Superior*, 39 (156), 19-33.
- Caballero, N., Pérez, I., Herrera, M., Manrique, M. y Sánchez, J. (2012). Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual Sobre la Adhesión Terapéutica y Regulación Emocional en Pacientes con Enfermedades Gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 257-273.
- Cardozo, I. y Robón, J. (2014) La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 17 (3) 1079-1107.
- Castañeda, R. (2010) Síndrome de Intestino Irritable. *Medicina Universitaria*, 12 (46), 39-46.
- Cota, R. y Navarro, A. (2015). Análisis del Mercado Laboral y el Empleo Informal Mexicano. *Papeles de Población*, 85, 211-249.
- De Vries, W. y Navarro, Y. (2011). ¿Profesionistas del futuro o futuros taxistas? Los egresados universitarios y el mercado laboral en México. *Revista*

- Iberoamericana de Educación Superior*, 2 (4). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ries/v2n4/v2n4a1.pdf>
- Díaz, J. (2007). Estrés Alimentario y Salud Laboral Vs. Estrés Laboral y Alimentación Equilibrada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58 (209), 93-99.
- Durán, M. (2010). Bienestar Psicológico: el Estrés y la Calidad de Vida en el Contexto Laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1 (1), 71-84.
- El Universal (2009) Advierten que 80% de los Mexicanos Tiene Gastritis. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/581255.html>
- El Universal (2012) Tormento Digestivo: Síndrome de Intestino Irritable. Recuperado del URL: <http://archivo.eluniversal.com.mx/cultura/67638.html>
- Fernandes, R., Carmo, M. & Jiménez, S. (2009) La promoción de la Salud y la prevención de Enfermedades como Actividades Propias de la Labor de los Psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 1-12.
- Fernández, J. (2014). Incidencia Actual de la Gastritis: Una Breve Revisión. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 45 (1), 10-17.
- Fexias, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la Psicoterapia. *Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*. Barcelona: Paidós. Capítulo 3.
- García, L., Piqueras, J. Rivero, R. Ramos, V. y Oblitas, G. (2008) Panorama de la Psicología clínica y de la Salud, 1 (1), 70-93.
- Gil Monte, P. (2010) Situación Actual y Perspectiva de Futuro en el Estudio del Estrés Laboral: la Psicología de la Salud Ocupacional. *Información Psicológica*, 100, 68-83.
- Gómez, C. (2009). El Estrés Laboral: Una Realidad Actual. *Revista Electrónica Interdisciplinaria del Departamento de Humanidades*, 3 (1). Recuperado de: [http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa\\_humanitatis/article/view/2330](http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa_humanitatis/article/view/2330)

- Hernández, L. (2012). Sin Ejercer 60% de Profesionistas; Egresan con Conocimientos Obsoletos. *Excélsior*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/2012/07/30/nacional/850633>
- Houtman, I, Jettinghot, K., y Cedillo, L. (2008) Sensibilizando Sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un Riesgo Moderno en un Ambiente tradicional. *Protección de la Salud de los Trabajadores*, 6.
- INEGI (2017) Estadísticas a Propósito del día Mundial de la Justicia Social (20 de Febrero). Recuperado del URL: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/justicia2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/justicia2017_Nal.pdf)
- Luna (2016). Las Condiciones Laborales de los Mexicanos Empeoran. *Expansión*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/2012/07/30/nacional/850633>
- Mamani, A., Obando, R., Uribe, A. & Vivanco, M. (2007) Factores que Desencadenan el Estrés y sus Consecuencias en el Desempeño Laboral en Emergencia. *Rev Per Obst Enf*, 3 (1), 50-57.
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C. y Anguiano, S. (2010). Revisión de Investigaciones Sobre las Enfermedades del Siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1), 186-202.
- Mearín, F. y Calleja, J. (2011). Definiendo la Dispepsia Funcional. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 103 (11), 640-647.
- Mearin F. Síndrome de intestino irritable (2011). En: Ponce J, Castells T, Gomollón F, Esteve M, Martín de Argila C, Molero X, Vázquez Sequeiros E, eds. *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas*, 3.<sup>a</sup> edición. Barcelona: Elsevier, 155-66
- Medellín, J., Vázquez, L., Silva, A., Gutiérrez, G., y Vázquez, E. (2012). Estrés y Síntomas de Desórdenes Gastrointestinales en Personas de EUA y México.

- Revista de Psicología Científica.com*, 14 (8). Recuperado del: <http://www.psicologiacientifica.com/estres-desordenes-gastrointestinales/>
- Meinchenbaum (1998). Terapias Cognitivo-Conductuales. En Linn S. y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Capítulo 8.
- Moscoso, M. (1994) La Psicología de la Salud: Un Enfoque Multidisciplinario Acerca del Estrés y Cambio Conductual. *Psicología*, 7 (1), 47-71.
- Moscoso, M. (2010). El Estrés Crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en el Mindfulness: Una Nueva Dimensión en Psiconeuroinmunología. *Persona*, 13, 11-29.
- Muciño, F. (2013) La Verdadera Situación del Empleo en México. *Forbes*. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/la-verdadera-situacion-del-empleo-en-mexico/>
- Naranjo, M. (2009). Una Revisión Teórica Sobre el Estrés y Algunos Aspectos Relevantes de Éste Ámbito Educativo. *Educación*, 33 (2), 171-190.
- Oblitas, A. (2008) El Estado del Arte de la psicología de la Salud. *Revista de psicología*, 26 (2), 219-256.
- OIT (2013) OIT: Urge a una acción mundial para combatir las enfermedades profesionales. Recuperado del URL: [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_211645/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_211645/lang--es/index.htm)
- Olvera, J. y Soria, M. (2008). La Importancia de la Psicología de la Salud y el Papel del Psicólogo en la Adherencia al Tratamiento de Pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (4), 149-158.
- Ortiz, A. e Ibáñez, V. (2011). Introgénia y prevención Cuaternaria en Salud Mental. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 513-523.

- Parks, C. y Hollon, S. (1993). Evaluación Cognitiva. En: A. S. Bellack y M, Hersen. *Manual Práctico de Evaluación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Capítulo 6.
- Peiró, J. y Rodríguez, I. (2008). Estrés Laboral, Liderazgo y Salud Organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 68-82.
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., Centelles, M. y Pérez, L. (2014). Vulnerabilidad al Estrés en Pacientes con Enfermedad Ulcerosa Péptica. *Revista de Cubana de Medicina General Integral*, 30 (2), 168-184.
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., y Centelles, M. (2014). Conocimientos Sobre Estrés, Salud y Creencias de Control para la Atención Primaria de la Salud. *Revista de Cubana de Medicina General Integral*, 30 (3), 354-363.
- Pérez, L. & Moreyra, L. (2017) El Quehacer del Profesional de la Psicología de la Salud: Definiciones y Objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3 (2), 137-156.
- Phares, J. y Trull, T. (2000). Evaluación Conductual. En: *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manuel Moderno, Capítulo 9.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas Reflexiones Críticas sobre su *Qué* y su *Para Qué*. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-670.
- Rodríguez, M. (2003). La Inserción del Psicólogo en el Campo Aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (11), 11-19.
- Rodríguez, R. y De Rivas, S. (2011). Los Procesos de Estrés Laboral y Desgaste Profesional (Burnout): Diferenciación, Actualización y Líneas de Intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 1-262.
- Ruiz, M., Diaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual. México: Desclée De Bouwer.
- Santacreu, J., Márquez, M. y Rubio, V. (1997) La Prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92.

- Serrano, M., Moya, L. y Salvador, A. (2009). Estrés Laboral y Salud: Indicadores Cardiovasculares y Endocrinos. *Anales de Psicología*, 25 (1), 150-159.
- SinEmbargo (2017) Estrés Laboral, Problema Creciente en México y el Gobierno Federal no se Esfuerza en Combatirlo: Experto. Recuperado del: <http://www.sinembargo.mx/30-06-2017/3252416>
- Tenorio, R. y Sánchez, J. (2015). Ven Difícil Panorama Laboral en México. *El Universal*. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/finanzas-cartera/2015/ven-difcil-panorama-laboral-en-mexico-1096682.html>
- Tobón, S., y Núñez, A. (2007). Relación de Factores Psicológicos con los Síntomas de Dispepsia en Estudiantes Universitarios Españoles. *Suma Psicológica*, 14 (1), 96-106.
- Valdivia, M. (2011). Gastritis y Gastropatías. *Rev Gastroenterol Perú*, 31 (1), 38-48.
- Valenzuela, D. y Gayoso, C. (2017). Estrés Laboral y su Correlación con la Prevalencia de Dispepsia Funcional en Militares en Actividad que Acudieron al Hospital Geriátrico del Ejército. *Sociedad de Gastroenterología del Perú*, 37 (1), 16-21.
- Vázquez, A., Pérez, D., Moreno, R., Arroyo, F. y Suárez, J. (2010). Factores Psicosociales Motivacionales y Estado de Salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56 (218), 12-21.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Medina, A., Castañeda, B. y Casteblanco, O. (2014). Calidad de Vida, Resiliencia, Percepción y Conducta de Enfermedad en Pacientes con Diagnóstico de Dispepsia Funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 61-70.