

Berenice Chávez-Reyes^{1a}, Fryda Medina-Rodríguez^{2b}, José Luis Guzmán-Benítez^{3c}, Saira Alejandra Chávez-Castro^{4d}, Salomón Torres-Atrián^{1e}, Hermelinda Hernández-Amaro^{5f}, Andrea Fernanda Méndez-Cano^{6g}, Dulce María Flores-Ramos^{7h}, Álvaro David Sosa-Sosa⁸ⁱ, Ana Perla Domínguez-Álvarez^{9j}, David Santiago-Germán^{10k}, Rubén Torres-González^{11l}

Resumen

Introducción: el personal de salud está en mayor riesgo de problemas asociados al entorno laboral por su constante exposición al distrés, lo cual afecta su bienestar y desempeño.

Objetivo: evaluar los niveles de distrés y las causas de malestar emocional en personal de salud antes y después de un taller de sensibilización.

Material y métodos: estudio observacional, longitudinal, analítico, retrospectivo, de las evaluaciones realizadas por SPPSTIMSS al personal de salud que participó en el taller de sensibilización Mente, Cuerpo y Emociones del 1 de agosto de 2022 al 21 de agosto de 2023 en la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez". Se analizó edad, sexo, unidad de adscripción, turno, categoría, nivel de distrés, causas de malestar emocional y latencia de la intervención, y se utilizó el Termómetro de distrés. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Salud (R-2023-3401-076).

Resultados: se analizaron datos de 101 participantes con registros completos (edad 38.8 ± 8.7 años, 71.2% mujeres). Los niveles de distrés mostraron una disminución significativa (6.2 ± 2.8 frente a 4.7 ± 2.9 , $p = 0.0002$), con una latencia de intervención de 6.3 ± 4.8 meses. Las causas de malestar emocional incluyeron problemas prácticos (90%), físicos (88.1%), emocionales (86.1%), familiares (52.4%) y espirituales (9.9%).

Conclusiones: la participación del personal de salud en el taller de sensibilización redujo significativamente los niveles de distrés autopercebido.

Abstract

Background: Healthcare workers are at higher risk of work-related issues due to constant exposure to distress, which has an impact on their well-being and performance.

Objective: To evaluate distress levels and causes of emotional discomfort among healthcare workers before and after a sensitization workshop.

Material and methods: Observational, longitudinal, analytical, and retrospective study based on assessments conducted by SPPSTIMSS on healthcare workers who participated in the Mind, Body, and Emotions workshop from August 1, 2022, to August 21, 2023, at the Hospital of Traumatology, Orthopedics, and Rehabilitation "Dr. Victorio de la Fuente Narváez." Variables analyzed included age, gender, workplace, shift, employment category, distress levels, causes of emotional discomfort, and intervention latency, using the Distress Thermometer. The protocol was approved by the Health Ethics and Research Committee (R-2023-3401-076).

Results: Data from 101 participants with complete records were analyzed (mean age: 38.8 ± 8.7 years, 71.2% were females). Distress levels showed a significant reduction (6.2 ± 2.8 vs. 4.7 ± 2.9 , $p = 0.0002$), with an intervention latency of 6.3 ± 4.8 months. Causes of emotional discomfort included practical (90%), physical (88.1%), emotional (86.1%), family-related (52.4%), and spiritual (9.9%) issues.

Conclusions: Participation of healthcare workers in the sensitization workshop significantly reduced self-perceived distress levels.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Hospital de Traumatología, Consulta Externa. Ciudad de México, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Dirección Titular. Ciudad de México, México

³Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Sección XXXII Noroeste DF. Ciudad de México, México

De la adscripción 4 en adelante continúan al final del artículo ▲

ORCID: 0009-0007-0101-0162^a, 0009-0005-9355-9691^b, 0009-0004-7449-2682^c, 0009-0007-0069-0071^d, 0009-0004-4217-7119^e, 0000-0003-0910-3535^f, 0009-0007-6894-5966^g, 0009-0001-0681-385X^h, 0009-0006-8509-991Xⁱ, 0009-0007-4899-5798^j, 0000-0002-6145-970X^k, 0000-0001-9098-2199^l

Palabras clave

Condiciones de Trabajo
Distrés Psicológico
Estrés Laboral
Intervenciones de Manejo del Estrés
Personal de Salud

Keywords

Working Conditions
Psychological Distress
Occupational Stress
Stress Management Interventions
Healthcare Personnel

Fecha de recibido: 27/06/2025

Fecha de aceptado: 14/07/2025

Comunicación con:

Rubén Torres González

 ruben.torres@imss.gob.mx

 55 5747 3500, extensiones 25582 y 25583

Cómo citar este artículo: Chávez-Reyes B, Medina-Rodríguez F, Guzmán-Benítez JL, et al. Estrategia para la mejora del nivel de distrés en personal de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2025;63(5):e6681. doi: 10.5281/zenodo.16748348

Introducción

El *distrés* o *malestar emocional* se define como una experiencia desagradable de carácter psicológico, social, espiritual o físico que puede interferir con la habilidad individual de enfrentar de manera efectiva un factor estresante.¹ Se estima que el 9.3% de la población afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) experimenta algún desorden mental o del comportamiento.² El personal de salud tiene una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud relacionados con el ambiente laboral en comparación con otros grupos ocupacionales.³ La exposición al *distrés* en este sector puede disminuir los niveles de empatía y provocar fatiga por compasión, síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión.⁴ La NOM-035-STPS-2018 tiene como propósito identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial en los trabajadores.⁵ En el IMSS, el módulo de SPPSTIMSS (Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del IMSS) es responsable de coordinar las acciones de vigilancia del entorno laboral en los centros de trabajo. Se ha demostrado que los lugares de trabajo que fomentan una buena salud mental tienden a reducir el ausentismo y el presentismo laboral, además de que inciden en que aumente la productividad de sus empleados.⁶ En las últimas décadas, se han evaluado diversas intervenciones individuales para el manejo del estrés ocupacional, las cuales han demostrado ser efectivas en la disminución de los niveles de estrés y ansiedad.⁷ Sin embargo, a nivel organizacional la evidencia es inconsistente debido a la heterogeneidad de los instrumentos de evaluación, las poblaciones objetivo y los tipos de intervención, lo que limita la generalización de los resultados. Además, es limitada la información acerca de los factores por los cuales las intervenciones a nivel organizacional podrían resultar más efectivas.⁸ El objetivo de la presente investigación fue evaluar y comparar los niveles de *distrés* en el personal de salud antes y después de un taller de sensibilización, así como identificar las causas de malestar emocional más comunes.

Material y métodos

Se hizo un estudio observacional, longitudinal, analítico, retrospectivo y de fuentes secundarias de las evaluaciones clinimétricas realizadas por el departamento de SPPSTIMSS al personal de salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” que participó en el taller de sensibilización *Mente, Cuerpo y Emociones para la Mejora de la Atención*, del 1 de agosto del 2022 al 21 de agosto del 2023, en la Ciudad de México. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Salud con el número de registro R-2023-3401-076.

Recolección de los datos

Se identificaron por el personal de SPPSTIMSS las cédulas de registro del personal de salud que participó en el taller, que cuenta con el número de registro PFV/35/00049. Se trata de un taller presencial con duración de 8 horas (40% de teoría y 60% de práctica) que consta de 13 módulos, distribuidos en 4 sesiones con duración de 2 horas cada una, que se imparte durante todo el año en los 3 hospitales de la UMAE. El taller se diseñó e impartió por personal con formación en Psicología Clínica con un enfoque cognitivo-conductual, el cual se basa en la relación entre pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Igualmente el taller contó con personal con formación en psicología clínica habilitados como instructores en capacitación. En la primera sesión, los participantes se conocen entre sí, a partir de lo cual generan recursos que facilitan las conversaciones, incrementan la confianza y la motivación, al mismo tiempo que inciden en que se reduzca la tensión. En las siguientes sesiones, se expone brevemente el funcionamiento del cerebro y cómo los pensamientos pueden impactar en la conducta, gracias a lo cual llegan en muchos casos a somatizarse y generan incluso enfermedades. Se implementan diferentes dinámicas vivenciales y al finalizar cada una de ellas se cuestiona a los participantes para que reflexionen sobre lo realizado, lo que sintieron y las respuestas que dieron. Por último, se les brindan técnicas como ejercicios de relajación, respiración y otras prácticas que pueden incorporar en su vida cotidiana.

Se incluyeron en el estudio las cédulas de registro del personal de salud cuyos datos estuvieran completos, que hubiera asistido a todas las sesiones y que hubiera aprobado la capacitación. Se utilizó la Clasificación Internacional de Trabajadores de la Salud,⁹ basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones 2008 (CIUO-08),¹⁰ para categorizar al personal de salud en 5 grupos:

1. Profesionales de la salud: brindan servicios preventivos, curativos, rehabilitadores y promocionales, han cursado la educación superior y pueden realizar investigaciones y supervisar a otros trabajadores.
2. Profesionales asociados en salud: apoyan el diagnóstico y tratamiento mediante tareas técnicas.
3. Trabajadores de atención personal en servicios de salud: proporcionan cuidados directos en entornos de salud, por medio de tareas simples y rutinarias.
4. Personal de gestión y apoyo en salud: incluye a una amplia variedad de profesionales, técnicos y administrativos que contribuyen al funcionamiento de los sistemas de salud.

5. Proveedores de servicios de salud no clasificados en otra parte.

Se recopilaron en un archivo Excel las siguientes variables: edad, sexo, unidad de adscripción, turno laboral, categoría contractual, instructor de la capacitación, nivel de distrés, causas de malestar emocional y latencia de la intervención, esta última definida como el tiempo en meses entre la primera y la segunda medición del nivel de distrés. Se incluyó la variable instructor de la capacitación, debido a su posible influencia en la efectividad del taller, dada la variabilidad en los enfoques pedagógicos entre facilitadores.

Pruebas clinimétricas

El instrumento de medición utilizado fue el Termómetro de distrés o malestar emocional, una herramienta ultracorta compuesta por una escala visual del 0 al 10, similar a un termómetro que expresa el nivel de distrés experimentado en la última semana y una lista de 39 problemas divididos en 5 categorías: prácticos, familiares, emocionales, espirituales o religiosos, y físicos.¹¹ El punto de corte óptimo para identificar distrés clínicamente significativo varía según el contexto clínico del sujeto de estudio; en este caso, se utilizó como punto de corte una puntuación ≥ 4 .¹² Los *problemas prácticos* se definieron como dificultades económicas, laborales, escolares o de vivienda; los *problemas familiares* como conflictos con la pareja, hijos u otros miembros de la familia; los *problemas emocionales* como sentimientos de tristeza, miedo, irritabilidad, ansiedad o soledad; los *problemas físicos* como fatiga, dolor, alteraciones del sueño o del apetito; y los *problemas espirituales o religiosos* como pérdida de sentido, sufrimiento existencial o conflicto con creencias religiosas.

Cálculo de tamaño de muestra

Se calculó un tamaño de muestra de 107 individuos para detectar una disminución del 20% en los niveles de distrés antes y después de una intervención, con un valor $< 5\%$ y un poder estadístico del 80%, con base en lo reportado por Prudenzi *et al.*¹³

Análisis estadístico

Se evaluó la normalidad de las variables numéricas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables con distribución normal se presentaron como medias y desviaciones estándar (DE), y las no paramétricas como medianas y rangos intercuartílicos (RIC). Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes (%). Para las comparaciones, se aplicaron las pruebas *t* de Student o *U*

de Mann-Whitney según la distribución, y las pruebas de ji cuadrada o exacta de Fisher para variables categóricas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparativo con el paquete estadístico de IBM® SPSS® *Statistics*, versión 25, con licencia institucional.

Resultados

Se revisaron 141 pares de pruebas de autopercepción del Termómetro de distrés o malestar emocional, aplicadas por SPPSTIMSS al personal de salud antes y después de un taller de sensibilización. Solo 101 pares cumplieron con los criterios de selección. A continuación se describen las características sociodemográficas de 101 trabajadores que son personal de salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. Participaron 60 trabajadores del Hospital de Traumatología (59.4%), 20 trabajadores del Hospital de Ortopedia (19.8%) y 21 trabajadores de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte (20.8%). Predominaron los adultos jóvenes con una edad promedio de 38.8 ± 8.7 años, y 71.2% fueron mujeres. Participaron las siguientes categorías: personal de la salud 52.5% ($n = 53$), personal de gestión y apoyo sanitario 38.6% ($n = 39$), personal asociado en salud 7.9% ($n = 8$), anónimo 1% ($n = 1$). Asimismo, el personal era de los siguientes turnos: matutino 63.3% ($n = 64$), vespertino 23.8% ($n = 24$), nocturno 12.9% ($n = 13$) (cuadro I).

Cuadro I Características sociodemográficas de 101 trabajadores de personal de salud de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” que participaron en el taller de sensibilización

Características	$n = 101$
	Media \pm DE
Edad (en años)	38.8 ± 8.7
	n (%)
Mujeres	72 (71.2)
Categoría	
Personal de la salud	53 (52.5)
Personal de gestión y apoyo sanitario	39 (38.6)
Profesional asociado en salud	8 (7.9)
Anónimo	1 (1)
Turno laboral	
Matutino	64 (63.3)
Vespertino	24 (23.8)
Nocturno	13 (12.9)
Instructor	
BCR	68 (67.3)
STA	22 (21.8)
SACC	11 (10.9)

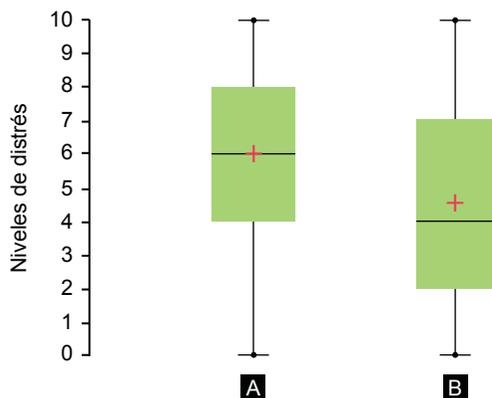
Se registró una frecuencia de distrés clínicamente significativo del 83.1% ($n = 84$) y 64.3% ($n = 65$) antes y después de la capacitación, respectivamente ($p = 0.01$). Se observó una disminución de los niveles de distrés precapacitación 6.2 ± 2.8 frente a postcapacitación 4.7 ± 2.9 puntos ($p = 0.0002$), con una latencia de la intervención de 6.3 ± 4.8 meses (figura 1).

Las causas de malestar emocional (precapacitación) más frecuentemente mencionadas por el personal de salud se clasificaron en los siguientes grupos: problemas prácticos (90%), físicos (88.1%), emocionales (86.1%), familiares (52.4%), preocupaciones religiosas o espirituales (9.9%) y otros problemas (0.9%). El problema práctico más común se relacionó con la escuela o el trabajo (48.5%), el físico fue

dificultad para dormir (44.5%), el emocional fue la preocupación (52.4%) y el familiar estuvo vinculado a la relación de pareja (39.6%). Aunque se observó una disminución en la frecuencia de 5 de los 6 grupos de causas de malestar emocional tras la intervención, solo el miedo mostró una diferencia estadísticamente significativa (precapacitación 16.8% frente a postcapacitación 5.9%, $p = 0.05$) (cuadro II).

Problemas prácticos: escuela o trabajo (48.5% frente a 34.6%, $p = 0.13$), casa (34.6% frente a 24.7%, $p = 0.30$), seguridad financiera (31.6% frente a 36.6%, $p = 0.75$), transporte (29.7% frente a 22.7%, $p = 0.53$), cuidado de los hijos (20.7% frente a 14.8%, $p = 0.54$). Problemas físicos: problemas para dormir (44.5% frente a 39.6%, $p = 0.77$), fatiga (36.6% frente a 33.6%, $p = 0.90$), memoria o concentración (21.7% frente a 25.7%, $p = 0.80$), apariencia (19.8% frente a 11.8%, $p = 0.30$), alimentación (19.8% frente a 10.8%, $p = 0.21$), dolor (18.8% frente a 7.9%, $p = 0.07$), sensación de debilidad (17.8% frente a 10.8%, $p = 0.37$), respiración (6.9% frente a 4.9%, $p = 0.83$), constipación (6.9% frente a 3.9%, $p = 0.64$), movilidad (6.9% frente a 7.9%, $p = 0.96$), hormigueo en manos o pies (6.9% frente a 6.9%, $p = 1.0$), baño o vestido (5.9% frente a 2.9%, $p = 0.59$), nariz seca o congestión (4.9% frente a 0.9%, $p = 0.25$), diarrea (3.9% frente a 1.9%, $p = 0.70$), indigestión (3.9% frente a 6.9%, $p = 0.64$), piel seca o comezón (3.9% frente a 1.9%, $p = 0.70$), problemas sexuales (2.9% frente a 0.9%, $p = 0.60$), cambios en la orina (1.9% frente a 0%, $p = 0.36$), fiebre (1.9% frente a 0.9%, $p = 0.84$), dolor en boca (1.9% frente a 0%, $p = 0.36$), y náuseas (0.9% frente a 2.9%, $p = 0.60$). Problemas emocionales: preocupación (52.4% frente a 46.5%, $p = 0.70$), nerviosismo (37.6% frente a 26.7%, $p = 0.25$), tristeza (26.7% frente a 18.8%, $p = 0.40$), pérdida de interés en actividades habituales (21.7% frente a 11.8%, $p = 0.17$), miedo (16.8% frente a 5.9%, $p = 0.05$), y

Figura 1 Niveles de distrés en 101 trabajadores de personal de salud de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” antes y después del taller de sensibilización



Se muestran los niveles de distrés antes (A) y después (B) de la capacitación ($p = 0.0002$), con una latencia de la intervención de 6.3 ± 4.8 meses

Cuadro II Comparación de los niveles de distrés en 101 trabajadores de personal de salud de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” antes y después del taller de sensibilización

Parámetros	Precapacitación ($n = 101$)	Postcapacitación ($n = 101$)	p
Problemas prácticos	91 (90)	86 (85.1)	0.56
Escuela/trabajo	49 (48.5)	35 (34.6)	0.13
Problemas físicos	89 (88.1)	78 (77.2)	0.12
Problemas para dormir	45 (44.5)	40 (39.6)	0.77
Problemas emocionales	87 (86.1)	74 (73.2)	0.07
Preocupación	53 (52.4)	47 (46.5)	0.70
Miedo	17 (16.8)	6 (5.9)	0.05
Problemas familiares	53 (52.4)	39 (38.6)	0.14
Relación de pareja	40 (39.6)	26 (25.7)	0.11
Preocupaciones religiosas o espirituales	10 (9.9)	4 (3.9)	0.25
Otros problemas	1 (0.9)	3 (2.9)	0.60

depresión (15.8% frente a 13.8%, $p = 0.92$). Problemas familiares: relación de pareja (39.6% frente a 25.7%, $p = 0.11$) y relación con los hijos (26.7% frente a 18.8%, $p = 0.40$).

Discusión

En el presente estudio, se registró una frecuencia de distrés clínicamente significativo en el personal de salud del 83.1%, con un nivel de distrés de 6.2 ± 2.8 puntos, y destacó una mayor participación de mujeres jóvenes. Por otro lado, las principales causas de malestar emocional relacionadas con distrés reportadas por el personal de salud de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" fueron problemas prácticos (90%), físicos (88.1%), emocionales (86.1%), familiares (52.4%), religiosos o espirituales (9.9%) y otros problemas (0.9%). Se observó una reducción del 18% en la frecuencia de distrés clínicamente significativo después de la capacitación, con una latencia de la intervención de 6.3 ± 4.8 meses.

La prevalencia de distrés en personal de salud varía entre diferentes poblaciones.¹⁴ En una muestra representativa de la población francesa, la prevalencia de distrés psicológico en el personal de salud fue del 12.3%,¹⁵ mientras que en un metaanálisis con 1763 profesionales de la salud en Nigeria, la prevalencia de distrés psicosocial fue del 61.9%.¹⁶ La mayor participación de las mujeres se debe probablemente a la mayor sensibilidad cultural, los roles de género y las normas sociales que influyen en las mujeres, mientras que el sexo masculino tiende a mostrar mayor rigidez, tanto a nivel social como individual.¹⁷ El estrés es la respuesta adaptativa fisiológica y conductual frente a factores ambientales adversos.¹⁸ La respuesta del estrés varía según la vulnerabilidad biológica, los recursos psicosociales y los estilos de afrontamiento.¹⁹ Cuando esta respuesta se activa de forma prolongada, puede alterar la homeostasis del organismo y aumentar el riesgo de enfermedad.²⁰ Un factor de riesgo es la capacidad intrínseca de un agente, proceso o situación de causar daño o efectos adversos en la salud.²¹ En el ámbito laboral, el estrés surge como una reacción al desequilibrio percibido entre las exigencias del trabajo y los recursos personales disponibles.²² La NOM-035-STPS-2018 identifica como factores de riesgo psicosocial aquellos elementos que pueden provocar ansiedad, trastornos del sueño o dificultades de adaptación.⁵ En médicos y enfermeras franceses, los factores asociados al distrés incluyeron el miedo a perder el trabajo, dificultades para equilibrar la vida personal y laboral, presión de tiempo y trabajo no reconocido. En cambio, en el resto del personal hospitalario, incluido el personal administrativo, los factores fueron la falta de recursos para realizar un trabajo de calidad, la insuficiencia de apoyo mutuo y las dificultades para equilibrar la vida personal y laboral.¹⁵ En contraste,

en Nigeria los principales factores de riesgo en personal de salud fueron la sobrecarga de trabajo (67.7%), la falta de recursos y equipos (62.4%) y la mala comunicación y actitud del personal (50.3%).¹⁶ Las diferencias en las causas de distrés entre países podrían explicarse por factores culturales y organizacionales. En Francia predominan preocupaciones sobre el equilibrio vida-trabajo y el reconocimiento; en Nigeria la sobrecarga laboral y la escasez de recursos. En México la alta frecuencia de problemas prácticos y emocionales puede sugerir condiciones laborales de alta exigencia. Estos factores se relacionan no solo con el entorno laboral, sino también con las características individuales del trabajador, como sus capacidades, necesidades, cultura y situación personal.²² El principal problema físico que identificamos fue la dificultad para dormir, con una prevalencia del 44.5%. El insomnio es un factor de riesgo psicoemocional frecuente, con una prevalencia trans-pandemia del 42.4% en el personal de salud y postpandemia del 26% en enfermeras y 16% en médicos. Factores como el apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia ayudan a reducir el insomnio, mientras que la fusión cognitiva lo incrementa. Esto sugiere que la terapia de aceptación y compromiso, el apoyo de amigos y la desactivación cognitiva podrían ser estrategias efectivas para tratar la dificultad para dormir en el personal de salud.²³ Por otro lado, las intervenciones para el manejo del distrés en trabajadores de la salud han mostrado diversos grados de efectividad y han abarcado técnicas de relajación física y mental,²⁴ la terapia cognitivo-conductual y las intervenciones organizacionales.²⁵ En un metaanálisis que incluyó 20 estudios con 1038 participantes, se encontró que la terapia cognitivo-conductual, con o sin técnicas de relajación, no redujo los niveles de distrés a un mes de seguimiento, pero sí lo hizo entre 1 y 6, así como después de 6 meses, en comparación con la ausencia de intervención.²⁶ En México destacan los esfuerzos conjuntos del sindicato, el sector patronal y el gobierno mediante el programa ELSSA, orientado a promover la salud y el bienestar en los centros de trabajo. Su objetivo es prevenir riesgos psicosociales, físicos y de seguridad, además de fortalecer la cultura de prevención para reducir enfermedades y accidentes laborales.²⁷ El envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas elevan el gasto en salud, pero también favorecen el crecimiento económico al mejorar las condiciones de salud. Ante los cambios económicos, sociales y climáticos, es crucial fortalecer el sistema de salud mediante la evaluación del riesgo psicosocial en el trabajo e implementar intervenciones colectivas que protejan y mejoren el bienestar del personal sanitario frente a los desafíos futuros.²⁸

Limitantes, fortalezas y perspectivas

Este estudio presenta algunas limitaciones: se desconoce la predisposición de la muestra analizada de pade-

cer problemas de salud mental, ya que no se evaluaron sus antecedentes personales ni familiares. Además, factores como la participación, el compromiso, la disponibilidad para el aprendizaje y las actitudes mostradas durante los talleres pueden haber influido en los resultados de las evaluaciones realizadas. Sin embargo, la medición de los niveles de distrés durante la jornada laboral proporciona una visión más precisa del estado emocional, psicológico y cognitivo de la muestra en su entorno de trabajo. Una fortaleza del estudio fue haber realizado una medición previa y posterior en los mismos participantes, lo cual permite observar cambios asociados a la intervención y fortalece la validez interna. En investigaciones futuras, se debe evaluar la relación entre los diferentes factores estresantes y la carga emocional de cada categoría, a fin de diseñar intervenciones específicas y adecuadas para cada área. Este es el primer estudio que documenta los efectos de una intervención educativa en el personal de salud de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez". El presente estudio es un ejemplo del esfuerzo conjunto entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) Sección XXXII

para mejorar las condiciones de la base trabajadora, lo que tiene un impacto positivo en los empleados y los derechohabientes. Este trabajo es liderado por instructores con amplia formación y busca humanizar al trabajador, a partir de enfrentar problemas como la salud mental, las adicciones y la estabilidad laboral, con el objetivo de fomentar el crecimiento personal y profesional.

Conclusiones

La participación del personal de salud en el taller de sensibilización Mente, Cuerpo y Emociones reduce los niveles de distrés autopercebido. Entre las causas de malestar emocional, las más frecuentes fueron los problemas prácticos (90%), los físicos (88.1%), y los emocionales (86.1%).

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Sousa H, Oliveira J, Figueiredo D, et al. The clinical utility of the Distress Thermometer in non-oncological contexts: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2021;30(15-16):2131-50. doi: 10.1111/jocn.15698
2. Romero-Guerrero XR, Cortés-García H, Alcántar-Chávez F, et al. Prevalence related to mental and behavioral disorders in population affiliated to IMSS, 2021. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(3):1-8. doi: 10.5281/zenodo.10998791
3. Kiliç M, Uslukiliç G, Yaman S. The effect of the hospital working environment on the work limitation of the employees in Turkey: a multivariable analysis. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23(1):365. doi: 10.1186/s12913-023-09356-0
4. Brown CL, West T V, Sanchez AH, et al. Emotional Empathy in the Social Regulation of Distress: A Dyadic Approach. *Pers Soc Psychol Bull*. 2021;47(6):1004-19. doi: 10.1177/0146167220953987
5. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. México: Diario Oficial de la Federación; 23 de octubre de 2018. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0
6. De Oliveira C, Saka M, Bone L, et al. The Role of Mental Health on Workplace Productivity: A Critical Review of the Literature. *Appl Health Econ Health Policy*. 2023;21(2):167-93. doi: 10.1007/s40258-022-00761-w
7. Catapano P, Cipolla S, Sampogna G, et al. Organizational and Individual Interventions for Managing Work-Related Stress in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(10). doi: 10.3390/medicina59101866
8. Peters M, Klein T, Stuber F, et al. Moderators and mediators of effects of interventions to reduce stress in hospital employees: A systematic review. *Stress Health*. 2024;40(2):e3314. doi: 10.1002/smi.3314
9. World Health Organization. Classifying health workers. Geneva: WHO; 31 July 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/classifying-health-workers>
10. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) – ILOSTAT. [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>
11. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2019;17(10):1229-49. doi: 10.6004/jnccn.2019.0048
12. Cutillo A, O'Hea E, Person S, et al. The Distress Thermometer: Cutoff Points and Clinical Use. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(3):329-36. doi: 10.1188/17.ONF.329-336
13. Prudenzi A, Graham CD, Flaxman PE, et al. A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266357. doi: 10.1371/journal.pone.0266357
14. Matthews LR, Alden LE, Wagner S, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety in personnel working in emergency department settings: a systematic review. *J Emerg Med*. 2022;62(5):617-35. doi: 10.1016/j.jemermed.2021.09.010
15. Rollin L, Gehanno JF, Leroyer A. Occupational stressors in healthcare workers in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2022;70(2):59-65. doi: 10.1016/j.respe.2022.02.002
16. Onigbogi CB, Banerjee S. Prevalence of Psychosocial Stress and Its Risk Factors among Health-care Workers in Nigeria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Niger Med J*. 2019; 60(5):238-44. doi: 10.4103/nmj.NMJ_67_19

17. Zhu WL, Fang P, Xing HL, et al. Not Only Top-Down: The Dual-Processing of Gender-Emotion Stereotypes. *Front Psychol*. 2020;11:1042. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01042
18. Bienertova-Vasku J, Lenart P, Scheringer M. Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? *Bioessays*. 2020;42(7):e1900238. doi: 10.1002/bies.201900238
19. Shchaslyvyi AY, Antonenko S V., Telegeev GD. Comprehensive Review of Chronic Stress Pathways and the Efficacy of Behavioral Stress Reduction Programs (BSRPs) in Managing Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(8):1077. doi: 10.3390/ijerph21081077
20. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annu Rev Psychol*. 2021; 72:663-88. doi: 10.1146/annurev-psych-062520-122331
21. Organización Internacional del Trabajo. Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo. Ginebra, Suiza: OIT; 28 de abril de 2017. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/riesgos-psicosociales-estres-y-violencia-en-el-mundo-del-trabajo>
22. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Ginebra, Suiza: OIT; 28 de abril de 2016. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
23. Gil-Almagro F, Carmona-Monge FJ, García-Hedraera FJ, et al. Post-Pandemic Insomnia in Healthcare Workers: A Prospective Study including Sociodemographic, Occupational and Psychosocial Variables. *J Clin Med*. 2024;13(12). doi: 10.3390/jcm13123498
24. Ong NY, Teo FJJ, Ee JZY, et al. Effectiveness of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatr*. 2024;37(3):e101115. doi: 10.1136/gpsych-2023-101115
25. Alkhaldeh JMA, Soh KL, Mukhtar FBM, et al. Effectiveness of stress management interventional programme on occupational stress for nurses: A systematic review. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):209-20. doi: 10.1111/jonm.12938
26. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(4):CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub5
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Entornos Laborales Seguros y Saludables (ELSSA). México: IMSS; [sin fecha de publicación]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/elssa>
28. Lomelí-Vanegas L. La economía de la salud en México. *Revista CEPAL*. 2020;132:195-208.

▲Continuación de adscripciones de los autores

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 2. Departamento de Medicina Familiar. Ciudad de México, México

⁵Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", División de Educación en Salud. Ciudad de México, México

⁶Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Subjefatura de Educación e Investigación en Enfermería y Áreas Técnicas. Ciudad de México, México

⁷Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Hospital de Traumatología, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México

⁸Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Hospital de Ortopedia, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México

⁹Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Sección XXXII Noroeste DF, Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. Ciudad de México, México

¹⁰Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", División de Investigación en Salud. Ciudad de México, México

¹¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Dirección de Educación e Investigación en Salud. Ciudad de México, México