

ANEXO

N°45

INFORME

FINAL



Serie Proyectos de Investigación e Innovación
Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

“Evaluación (piloto) de la eficacia de una intervención para reducir riesgos psicosociales y el ausentismo laboral a través del Liderazgo en Centros de Salud Públicos de la VII Región”

INFORME FINAL

Autor:
HEDY ACOSTA ANTOGNONI
Año publicación

2023



SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendencia of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendencia of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendencia of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad
Social Huérfanos 1376
Santiago,
Chile.



Resumen ejecutivo proyecto:

“Evaluación (piloto) de la eficacia de una intervención para reducir riesgos psicosociales y el ausentismo laboral a través del Liderazgo en Centros de Salud Públicos de la VII Región”

PREPARADO POR: HEDY ACOSTA ANTOGNONI.

Diciembre 2023

Índice

Agradecimientos	5
Resumen	5
Antecedentes	6
• Introducción	6
• Marco teórico	7
Objetivos	12
Metodología	13
• Diseño	13
• Procedimiento	13
• Instrumentos	15
• Participantes	18
• Plan de análisis	18
Principales resultados	19
Discusión	47
Conclusiones	48
Recomendaciones	51
Referencias principales	52

Agradecimientos

Agradecer el compromiso de las personas que integraron el equipo de investigación del proyecto, especialmente a RTOP (*Research Team on Organizational Psychology*). Asimismo, agradecer a los Departamentos de Salud Municipal de Curicó y Maule por su participación.

Resumen

El objetivo del proyecto fue evaluar la efectividad de una intervención desde la psicología de la salud ocupacional positiva que fomente el liderazgo transformacional para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en centros de salud públicos de la VII Región. Teóricamente, la intervención está basada en el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (Salanova, et al., 2012). El diseño de la investigación originalmente fue cuasi-experimental con intervenciones presenciales. Sin embargo, la pandemia exigió cambios y rediseño de la intervención, optando por una modalidad de intervenciones online. Participaron dos centros de salud de la séptima región quienes firmaron un compromiso de cooperación. Los aspectos éticos y de confidencialidad de la información fueron garantizados a través de la aprobación del Comité de Ética de la Mutual de Seguridad. Basado en las dimensiones del liderazgo transformacional propuesto por Rafferty y Griffin (2004), se diseñaron y realizaron tres intervenciones: (1) Regulación emocional basada en mindfulness; (2) Retroalimentación apreciativa y (3) Fortalezas del carácter. Debido al bajo número de participantes del grupo control, se optó por un diseño preexperimental y se realizaron ANOVAs de Medidas Repetidas para evaluar las hipótesis del estudio. Por tanto, se integraron a los análisis tres grupos que corresponden a las tres intervenciones de ambos centros de salud y se evaluaron cuatro momentos temporales. Los resultados de la investigación, no apoyaron las hipótesis planteadas, es decir, las intervenciones no fueron eficaces para disminuir los riesgos psicosociales. Sin embargo, solo considerando la variable tiempo, los/as participantes disminuyeron la percepción de exigencias psicológicas y ausentismo laboral y, asimismo, aumentaron las percepciones de Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo y, Compensaciones. Además, y en este mismo sentido, se realizaron análisis que permitieron dar cuenta que la percepción de liderazgo transformacional, bienestar psicosocial (i.e., *work engagement*) y desempeño laboral de los/as participantes incrementaron positivamente a través del tiempo. Se discuten los resultados del estudio basados en las implicancias prácticas de efectuar intervenciones en organizaciones de salud en contexto de pandemia y con una modalidad online. Finalmente, esta investigación contribuye con un protocolo de intervención en liderazgo transformacional focalizado en: Regulación emocional basada en mindfulness, Retroalimentación apreciativa y Fortalezas del carácter.

Antecedentes

Introducción. En Chile, la principal causa de licencias médicas en el ámbito laboral está dada por la salud mental (SUSESO, 2018), donde el ambiente laboral se evidencia como un factor relevante al referirse a la salud mental de las personas. Lo cual, tiene consecuencias en el ausentismo por licencias médicas en las organizaciones. De acuerdo a los antecedentes aportados por el Informe Anual de Estadísticas de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia de Seguridad Social (2018), las enfermedades profesionales aumentaron un 8% respecto al año 2017. Siendo calificadas como laborales el 16% (11% enfermedades profesionales y 5% enfermedades profesionales con alta inmediata). Además, este informe señala que en el 2018 las denuncias asociadas a enfermedades profesionales correspondieron un 36% a enfermedades mentales.

De esta información se puede entender que la evaluación de los riesgos psicosociales ha representado una oportunidad para el país, debido a que aporta una visión de la salud mental en las organizaciones en términos de riesgos psicosociales laborales. En este sentido, los riesgos psicosociales son definidos como aquellas situaciones y condiciones inherentes al trabajo y relacionadas al tipo de organización, contenido y la ejecución de la tarea que tienen la capacidad de afectar, en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del/la trabajador/a y sus condiciones de trabajo (Ministerio de Salud, 2017). Es así como desde el año 2015, todas las empresas de cualquier tamaño y sector están invitadas a realizar esta evaluación diagnóstica que -hasta el año 2022- se realizó con el instrumento ISTAS 21 (SUSESO, 2016). Este instrumento comprende cinco grandes dimensiones de riesgos psicosociales, estas son: (1) exigencias psicológicas en el trabajo, (2) trabajo activo y desarrollo de habilidades, (3) apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo, (4) compensaciones y (5) doble presencia.

Los resultados de la evaluación diagnóstica con el instrumento ISTAS 21, han evidenciado hasta ahora que el liderazgo disfuncional es un riesgo alarmante para las organizaciones chilenas (SUSESO, 2018; 2019; 2020). Por tanto, las consecuencias negativas de un liderazgo disfuncional se ven reflejadas en un aumento sustantivo en la demanda de atención en salud mental para enfermedades asociadas al trabajo (Bueno, 2020). De acuerdo con la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), estas demandas crecieron en más de un 1.000% entre 2004 y 2014, sólo en el Hospital del Trabajador de Santiago. Por otra parte, entre los años 2017 y 2019, el 48% de las denuncias de enfermedad profesional corresponden a enfermedades de salud mental (SUSESO, 2020a). Asimismo, en 2019, este tipo de enfermedades representó el 20,6% de las licencias médicas por patologías de origen laboral (SUSESO, 2020a). En este sentido, el ausentismo laboral es considerado como un fenómeno complejo y frecuente, que afecta la productividad de las organizaciones públicas y privadas (Mesa & Kaempffer, 2004; Niedhammer et al., 2013). Actualmente, en algunos países existe evidencia acerca de la asociación entre factores de riesgo generales vinculados a los estilos de vida y la ocurrencia de accidentes laborales, de enfermedades profesionales y ausentismo laboral (Hoffmeister et al., 2014; Mesa & Kaempffer, 2004). Concretamente en Chile, Olivares et al. (2014) en una investigación realizada con trabajadores/as de salud público, concluyeron que las exigencias psicológicas a las cuales se enfrentan este tipo de trabajadores/as, influye en el ausentismo laboral. Asimismo, Leyton et al. (2015) en su estudio cuantitativo de corte transversal, afirmaron que, en los/as trabajadores/as de salud, específicamente del sector público, el riesgo psicosocial al cual más se exponen son las exigencias psicológicas, lo cual genera enfermedades profesionales de salud mental y en efecto, aumenta el ausentismo laboral. A su vez, determinan que existe una correlación positiva entre el estrés producido por la carga laboral a la cual están sometidos y el tiempo en que se

traduce en ausentismo laboral (Leyton et al., 2015). Posteriormente, esta correlación fue confirmada por Gallardo (2016) quien señala que existe una relación entre la percepción de riesgos psicosociales en el trabajo, principalmente las exigencias psicológicas, con el ausentismo laboral.

Esto cobra particular relevancia cuando consideramos que los/as trabajadores/as sanos serán más efectivos, más productivos y menos propensos/as a renunciar a sus puestos de trabajo (Muteswa, 2016; Kramer & Son, 2016), y que líderes eficaces pueden actuar como factores protectores ante las demandas laborales de ambientes altamente demandantes (Olvera, 2023).

Lo anterior, pone de manifiesto la relevancia de realizar intervenciones que fomenten liderazgos positivos (Nielsen & Noblet, 2009; Nielsen & Miraglia, 2016). Esta visión va de la mano con los objetivos estratégicos del Gobierno de Chile centrados en mejorar la salud mental en el trabajo y, las líneas de investigación propuestas por SUSESO (2020; 2022) relacionadas a poner a prueba la efectividad de intervenciones psicosociales basadas en los resultados del ISTAS-21. Por tanto, el desafío se orienta a implementar intervenciones eficaces (i.e., entrenamiento en liderazgos positivos) que impacten en los riesgos psicosociales y en los indicadores organizacionales (i.e., ausentismo). Aquí la pregunta que emerge es: ¿Qué aspecto es relevante intervenir en términos de liderazgo y a quienes? En una investigación reciente realizada por Villarroel, Busco, Neira, Ensignia y Duran (2018), se señala que los trabajadores/as de la red asistencial pública de salud son relevantes para el país debido a que el 76% de la población chilena se atiende en estas redes. Por tanto, se puede entender que la salud mental de los/las trabajadores/as de centros de salud públicos es crucial debido a la naturaleza de su trabajo. Los resultados de Castro (2018) y Villarroel et al., (2018) evaluando los riesgos psicosociales en Centros de Salud, mostraron que el 14,6% de estos trabajadores/as reportan tener una enfermedad diagnosticada provocada y/o agravada por el ambiente de trabajo. En ambas investigaciones se apunta al Liderazgo y Apoyo social como un factor clave en la explicación de los riesgos psicosociales. Información que se apoya desde la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS, 2018) donde se informa que, en general, el 46% del diagnóstico de enfermedades profesionales y riesgos psicosociales es provocado por liderazgos disfuncionales. Entonces, ¿Es el liderazgo disfuncional un factor crítico a mejorar?

Desde la Psicología Ocupacional Positiva (POP) y el Modelo de Organizaciones Saludables (Salanova, et al., 2012), se señala que el liderazgo es un recurso social clave, tanto para disminuir los riesgos psicosociales como para desarrollar bienestar en los/las trabajadores/as y equipos y, resultados organizacionales positivos. La evidencia científica pone de manifiesto que los aspectos claves de un/a líder eficaz, son: habilidades comunicativas, capacidad de delegación de actividades, manejo de tiempos, regulación emocional, ética profesional, actitud de colaboración y trabajo en red, capacidad de manejo y motivación de equipos, resolución de conflictos, entre otros (van Diggele et al., 2020). En este sentido, una revisión de Llorens, Salanova, Torrente y Acosta (2013) de intervenciones basadas en la POP sugiere que el entrenamiento en liderazgos positivos, como por ejemplo el Liderazgo Transformacional (Bass & Avolio, 1999) tiene buenos resultados en la salud ocupacional (i.e., confianza organizacional, work engagement) y resultados organizacionales (i.e., ausentismo).

Marco Teórico. La literatura pone de manifiesto que el liderazgo juega un papel crucial en los procesos y cumplimiento de objetivos de una organización (Gabel, 2013), evidenciando que los/as líderes influyen en los equipos, unidades y organizaciones, contribuyendo significativamente en sus posibles éxitos o fracasos (Zahidul et al., 2020). Existen diversas aproximaciones para entender el liderazgo, desde una conceptualización fundamentada en el rasgo (i.e., personalidad) como también

en competencias (i.e., comunicación), sin olvidar la relevancia del contexto (i.e., crisis). Considerar una aproximación basada en competencias y contexto permite poner el foco de intervención en aspectos que pueden ser entrenados para desarrollar en las organizaciones liderazgos positivos y eficaces (i.e., liderazgo transformacional). Es así como el liderazgo puede entenderse como la capacidad de un individuo de inspirar y guiar a un equipo de personas para lograr objetivos en común, manteniendo o mejorando su bienestar general en el proceso (Malinga et al., 2019).

Tal como se ha establecido en la literatura, las organizaciones y los/as trabajadores/as se benefician de un liderazgo eficaz (Oates, 2012; Cummings et al., 2010), debido a que éste propicia una comunicación efectiva entre trabajadores/as y líderes, mejora los niveles de efectividad, aumenta el compromiso de los/as trabajadores/as con la organización y aumenta la autopercepción del valor del trabajo de los/as trabajadores/as (Rudolph et al., 2020). Por el contrario, de acuerdo a lo propuesto por la Superintendencia de Seguridad Social (2020a), un estilo de liderazgo disfuncional y/o inefectivo actúa como un factor de riesgo no solo para el funcionamiento de los equipos de trabajo y la obtención de resultados a nivel organizacional, sino también para la salud de las personas, teniendo el potencial para generar enfermedades de salud mental de origen laboral.

Desde la Psicología Organizacional Positiva (POP) como un sub-ámbito de la Psicología Organizacional se estudia la salud integral aplicada al contexto de trabajo (Luthans & Youssef, 2007). Trata del estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y el desarrollo de las organizaciones para que sean más saludables. Su objetivo es describir, explicar y predecir el funcionamiento óptimo, así como amplificar y potenciar el bienestar psicosocial y la calidad de la vida laboral y organizacional (Salanova, Martínez & Llorens, 2005). En este sentido, desde la POP emerge la pregunta: ¿cómo los/as líderes estimulan y tratan de mantener niveles de rendimiento óptimos en sus seguidores/as a través del fomento de comportamientos virtuosos? Para responder a esta pregunta las teorías emergentes sobre liderazgo positivo han postulado diferentes estilos de liderazgo, entre ellos uno de los más destacados es el Liderazgo Transformacional (Burns, Bass & Avolio, 1978). Este estilo de liderazgo cuenta con numerosa evidencia teórica y empírica que muestra su importante papel en el desarrollo de bienestar de los/as trabajadores/as (Avolio & Luthans, 2006; Sparr & Sonnentag, 2008; Yang, 2009). Se ha demostrado que es un estilo de liderazgo que impacta en altos niveles de bienestar psicológico y bajos niveles de estrés, malestar psicosocial y absentismo de los empleados (Llorens, Salanova & Losilla, 2009). Por ejemplo, el metaanálisis de Wang et al. (2011), arrojó que estilos de liderazgo como el transformacional han sido previamente asociados con el logro de niveles más altos de desempeño tanto a nivel individual como grupal en las organizaciones. Sumado a lo anterior, Ng (2017) indica que este estilo de liderazgo evidencia mejoras en la felicidad, compromiso y motivación con el trabajo (Ng, 2017), influenciando positivamente la productividad organizacional a largo plazo (Gui et al., 2020).

El liderazgo transformacional, se define como un estilo de gestión donde el líder eleva los intereses de sus empleados y crea conciencia, aceptación de los objetivos y la misión del grupo, poniendo los intereses colectivos por delante de sus propios intereses (Bass, 1998). Cuando los líderes ponen en práctica este tipo de liderazgo logran comunicarse de manera más nítida, inspirando en los subordinados procesos psicológicos subyacentes como motivación y confianza (Hermosilla, Amutio, Da Costa & Páez, 2016). Así mismo, cuando el líder es de tipo transformacional y orienta a la organización al cambio, los subordinados se adaptan con mayor facilidad a situaciones de incertidumbre, identificándose y confiando en sus líderes (Hermosilla et al., 2016). Rafferty y Griffin

(2004), consideran que un líder transformacional se caracteriza por cinco dimensiones: a) Visión, b) Comunicación inspiracional, c) Estimulación intelectual, d) Apoyo y e) Reconocimiento personal. La visión se define, según los autores, como la expresión de una imagen idealizada del futuro basada en valores organizacionales. La comunicación inspiracional (o inspiradora) se refiere a la expresión de mensajes positivos y alentadores sobre la organización y declaraciones que generan motivación y confianza. La estimulación intelectual son las acciones del líder relacionadas con el estímulo intelectual, con el objetivo de que los seguidores aumenten la capacidad de solucionar dificultades de manera creativa. El apoyo o también conocido como liderazgo de apoyo se refiere a la expresión de preocupación por los seguidores, teniendo en cuenta sus necesidades individuales. Finalmente, el reconocimiento personal hace alusión a la provisión de recompensas tales como elogios y reconocimiento del esfuerzo por el logro de objetivos específicos.

El liderazgo transformacional, es considerado uno de los principales recursos con los que cuenta una organización para incrementar el bienestar de los trabajadores (i.e., empleados saludables) y resultados de excelencia (Salanova, 2008). Un buen líder genera climas de trabajo positivos, estimulantes y motivadores que no solo tiene impacto en los equipos de trabajo, sino que también en la calidad de servicio percibida por los clientes/usuarios (Salanova et al., 2016; Olvera et al., 2017). Un modelo teórico-aplicado desde la POP que permite diseñar y evaluar intervenciones basadas en la evidencia es el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes, también conocido como HERO's (Salanova et al., 2012)

Las “Organizaciones Saludables y Resilientes” (en inglés Healthy & Resilient Organizations; HERO) son aquellas organizaciones positivas que desarrollan esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos con el fin de mejorar, la salud de los/as empleados/as, y la salud financiera de las organizaciones’ (Salanova et al., 2012, p. 688).

A partir de la evidencia teórica y empírica que procede de las investigaciones sobre estrés laboral, Dirección de Recursos Humanos (DRH), comportamiento organizacional y desde la psicología de la salud ocupacional positiva (PSOP) (Llorens et al., 2009) se ha propuesto un modelo llamado HERO. Este modelo posee tres elementos claves: (1) Recursos y Prácticas Organizacionales Saludables (i.e., liderazgo transformacional), (2) Empleados Saludables (i.e., confianza organizacional y work engagement) y (3) Resultados Organizacionales Saludables (i.e., desempeño laboral, disminución del ausentismo) (Salanova et al., 2012). Dentro de las características del modelo se menciona que los/as empleados/as son el elemento central, mediando la relación entre los otros dos elementos que lo componen. Esto quiere decir que las prácticas y recursos que implemente la organización tendrá un impacto positivo en los resultados organizacionales solo si los empleados se sienten en bienestar (Acosta et al., 2012).

En el presente proyecto el liderazgo se considera un recurso social de la organización que se da a nivel grupal, sin embargo, se interviene a nivel individual debido a que las intervenciones van dirigidas a impactar las capacidades individuales de los líderes para que influyan en los equipos (e.g. disminución de riesgos psicosociales) y los resultados organizacionales (e.g. ausentismo).

Tipos de intervenciones HERO basadas en Liderazgo Transformacional

Las intervenciones se refieren a estrategias focalizadas en mejorar el desempeño óptimo y la salud laboral para promocionar altos niveles de la calidad y excelencia en el trabajo (Salanova, Llorens, Acosta & Torrente, 2013). Un reciente estudio que revisó intervenciones basadas en la psicología positiva centradas en el modelo HERO, sugiere que los recursos de las organizaciones saludables y sus prácticas son responsables de aumentar la salud en los trabajadores y los resultados

organizacionales deseables (Llorens, et al., 2013).

De esta manera, se revisaron intervenciones basadas en el entrenamiento de estilos de liderazgo positivos y se identificaron tres intervenciones que gozan de gran aplicación y buenos resultados en la salud ocupacional y resultados organizacionales. Entre ellas se destacan: (1) intervenciones en regulación emocional basado en mindfulness o atención plena (Kabat-Zinn & Hanh, 2009), (2) las basadas en la indagación apreciativa y el feedforward (Subirana & Cooperrider, 2013) y las basadas en las fortalezas del carácter y virtudes (Peterson & Seligman, 2004). A continuación, se presenta una breve descripción de cada enfoque:

1. Intervención basada en regulación emocional basado en Mindfulness (MBSR).

Este programa es un entrenamiento grupal que se centra en la adquisición progresiva de la atención plena o mindfulness (Kabat-Zinn, 2009). Mindfulness se refiere a la conciencia que se adquiere al centrarse en el momento presente, al prestar atención a nuevos estímulos (tanto a los del ambiente externo como a los estados emocionales internos) y procesar los estímulos sin juicio previo, lo cual tiene como consecuencia aprendizajes que permiten regulación emocional (Brown & Ryan, 2003; Dane, 2011, Haver et al., 2013, Kabat-Zinn, 1994). Recientes meta-análisis (Glomb, Duffy, Bono, & Yang 2011) han demostrado que las intervenciones dirigidas a aumentar estados de atención plena inciden en el bienestar y la salud (i.e., reducción del estrés, ansiedad, estrés percibido y pensamientos de rumiación). Estudios empíricos sobre las intervenciones basadas en la atención plena (Keng, Smoski & Robins, 2011) concluyen que aumenta la salud psicológica a través del aumento del bienestar subjetivo, la reducción de la reactividad emocional y mejora la autorregulación emocional (Gooty et al., 2014; Mesmer-Magnus, Manapragada, Viswesvaran & Allen, 2017; Torrence & Connelly, 2019; Vásquez et al., 2021). Por tanto, al reforzar recursos personales como la atención plena y la regulación emocional, se fomenta en los participantes de estos programas de formación una mayor competencia de regulación emocional. ***Un entrenamiento con este enfoque podría disminuir y prevenir riesgos en los siguientes factores medidos por el SUSESO-ISTAS 21: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y, compensaciones (Hipótesis 1).***

2. Intervención basada en Retroalimentación Apreciativa.

La retroalimentación del desempeño es un instrumento crítico en las organizaciones debido a que permite entregar información acerca del desempeño laboral. Contar con recursos que faciliten entregar - como también recibir- retroalimentación del desempeño, resulta crucial para que los colaboradores puedan obtener orientación para mejorar sus conductas futuras, esto es, superar deficiencias de su desempeño, así como obtener reforzamiento de aquello que se realiza adecuadamente o de forma excelente (Chiavenato, 2007). Si la retroalimentación se realiza de forma adecuada, entrega la oportunidad para identificar brechas, problemas potenciales y establecer nuevas metas para lograr un alto desempeño (Chiavenato 2007). En este sentido, la retroalimentación apreciativa parte del supuesto de que cada sistema humano cuenta con experiencias positivas de éxito. Esta perspectiva apreciativa de retroalimentación fomenta que se cree un proceso colaborativo para descubrir cuáles son las fortalezas con las que se cuentan y, luego usar ese descubrimiento para imaginar, construir e implementar un futuro deseado entre todos los integrantes del subsistema (Subirana & Cooperrider, 2013). Es una metodología con la cual los líderes pueden facilitar el cambio, pueden crear más capacidad cooperadora mediante nuevos tipos de conversación y un tipo especial de indagación; una forma intencional de aprender de las propias fortalezas (Barrett & Fry, 2010). ***Un entrenamiento en este tipo de enfoque puede facilitar a los líderes impactar en el equipo para***

disminuir y prevenir que emerjan riesgos en los siguientes factores medidos por el SUSESO-ISTAS 21: trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y compensaciones (Hipótesis 2).

3. *Intervención basada en las Fortalezas del Carácter y Virtudes.*

Peterson y Seligman (2004) han identificado 24 fortalezas del carácter, que derivan de 6 virtudes (i.e. sabiduría, conocimiento, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia) las cuales permiten a las personas crecer y superarse en su contexto. Existe una herramienta validada ampliamente para identificarlas y se llamada “Cuestionario de Valores en Acción” (Peterson & Park, 2004; 2006). Cuando se acompaña a las personas a identificar, desarrollar y potenciar sus fortalezas en contextos laborales a través de entrenamientos en fortalezas del carácter, se fomenta la motivación, la salud de los ambientes de trabajo y los resultados positivos (Deci, Olafsen & Ryan, 2017). Es más, una reciente revisión sistemática (Ghielen, van Woerkom, & Meyers, 2017) ha demostrado que las intervenciones basadas en la virtudes y fortalezas tiene resultados positivos con respecto al bienestar de los trabajadores (i.e., work engagement), iniciativas de crecimiento personal y resultados de los equipos de trabajo (i.e., cohesión). ***Un entrenamiento en líderes con este enfoque podría prevenir que aparezcan riesgos en tres factores medidos por el SUSESO-ISTAS 21: trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y compensaciones (Hipótesis 3).***

En suma, es de vital importancia contar con intervenciones que prueben su eficacia para promover factores protectores y preventivos de los riesgos psicosociales. Estas intervenciones basadas en evidencia se caracterizan por tener un diseño cuasi-experimental a diferentes niveles de análisis (Salanova et al., 2016). Además, estas intervenciones miden cuidadosamente sus índices de eficacia, con recopilación de datos a través de evaluaciones distales (i.e., diferentes momentos temporales) para evidenciar que los cambios positivos se mantienen en el tiempo, junto con la utilización de instrumentos de medición validados (van Zyl & Rothman, 2020). Estos elementos garantizan la generación de intervenciones en liderazgo efectivas, asegurando la integridad en el diseño de las intervenciones, su factibilidad, y la integridad de los datos obtenidos. Así, un liderazgo eficiente cobra particular relevancia en contextos organizacionales de salud (McMurray, 2007), y es considerado como un prerrequisito para que diferentes elementos clínicos, como el cuidado integrado en salud primaria, se ejecuten adecuadamente (Nieubower et al., 2019). Por esto, existe amplia literatura sobre la implementación de diferentes intervenciones que buscan fortalecer el liderazgo efectivo, y promover estilos de liderazgo altamente eficaces en contextos de salud (Nieubower et al., 2019; Sutber et al., 2020). Revisiones internacionales dan cuenta de la eficacia que han tenido estas intervenciones organizacionales basadas en evidencia en contextos de salud primaria, donde se observan incrementos en los niveles de bienestar de los/as trabajadores/as, compromiso organizacional, motivación con el rol y aumento en la satisfacción de pacientes y usuarios del servicio (Olvera et al., 2023; Nieubower et al., 2019).

A partir de ellas se pueden elaborar lineamientos claros para ser aplicados en los contextos de trabajo como parte de las medidas de corrección, prevención de los riesgos psicosociales y promoción del bienestar de los trabajadores (ACHS, 2018). La presente investigación apunta a contribuir con investigación basada en evidencia a través de la evaluación de la efectividad de una intervención desde la psicología de la salud ocupacional positiva que fomente el liderazgo transformacional para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en centros de salud públicos.

Objetivos

El objetivo general del proyecto fue: **‘Evaluar la efectividad de una intervención desde la psicología de la salud ocupacional positiva que fomente el liderazgo transformacional para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en Centros de Salud Públicos de la VII Región’.**

Se plantearon como objetivos específicos:

- Evaluar la eficacia de tres protocolos de intervención basados en liderazgo para reducir los riesgos psicosociales (i.e., exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y, compensaciones) en Centros de Salud Públicos.
- Evaluar la eficacia de tres métodos de intervención basados en liderazgo para reducir el ausentismo en Centros de Salud Públicos.
- Identificar cuál de los tres protocolos de intervención (i.e., Regulación emocional basado en mindfulness, Retroalimentación apreciativa y Fortalezas de carácter) tiene mayor eficacia para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en Centros de Salud Públicos.
- Generar un protocolo de intervención centrado en el liderazgo, que pueda ser aplicados en diferentes Centros de Salud Públicos donde se requiera disminuir los riesgos psicosociales y el ausentismo en trabajadores/as.

Metodología

Diseño

El diseño original presentado en para la adjudicación del proyecto era cuasiexperimental de tipo longitudinal de medidas repetidas en cuatro momentos temporales con una modalidad presencial. El Tiempo 1 (T1) corresponde al momento basal inicial antes de intervención o pre-test. El tiempo 2 (T2) corresponde al momento post intervención. El Tiempo 3 (T3) corresponde al momento post intervención tres meses finalizada la intervención. Finalmente, el Tiempo 4 (T4) corresponde al momento post intervención seis meses finalizada la intervención. Se consideraba, además, un grupo control de tipo lista de espera. Asimismo, el diseño consideraba tres grupos con intervención en modalidad presencial (i.e., retroalimentación, regulación emocional y fortalezas del carácter) y un grupo control. Por tanto, es un diseño 4x4 (cuatro intervenciones y cuatro momentos temporales).

El diseño, tras el levantamiento de datos y la pérdida muestral de participantes, se abordó como preexperimental (Arnau, 1995) y con una modalidad online. Esto quiere decir que para los análisis no se consideró el grupo control, ni diferencias por centro de salud. Solo se consideraron los tres tipos de intervención.

Procedimiento

1. Procedimiento proyecto investigación

Ambos Centros, Curicó y Maule, se contactaron con la investigadora responsable para solicitar colaboración respecto a intervenciones psicológicas positivas. La investigadora responsable informa a los/as representantes de los centros de la convocatoria SUSESO 2019 y accedieron a participar aportando una carta de apoyo en el concurso.

Una vez adjudicado el proyecto, se realizaron seis reuniones generales para cada centro con el objetivo de presentar la investigación y establecer la logística de las intervenciones (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Fechas de reuniones generales con los Centros de Salud

Fecha	Modalidad
<i>Curicó</i>	
28 de enero de 2020	Presencial
30 de enero de 2020	Presencial
03 de marzo de 2021	Online
03 de junio de 2021	Online
26 de agosto de 2021	Online
09 de septiembre de 2021	Online
<i>Maule</i>	
21 de enero de 2020	Presencial
30 de enero de 2020	Presencial
16 de febrero de 2021	Online
02 de marzo de 2021	Online
18 de agosto de 2021	Online
04 de octubre de 2021	Online

Con respecto al cumplimiento de aspectos éticos, el proyecto original en su modalidad presencial, fue aprobado por el Comité de Ética de la Mutual de Seguridad el 17 de enero del 2020 e

informado a la investigadora principal el 3 de febrero del 2020. En 18 marzo del 2020, se decretó estado de excepción constitucional por catástrofe debido al COVID-19. Los/as representantes de los centros nos informaron que por seguridad y por instrucciones superiores institucionales, no era posible realizar actividades presenciales en los centros de salud. Lo que detuvo la ejecución del proyecto en modalidad presencial.

Durante el mes de octubre del 2020, los/as responsables del Centro Curicó contactaron vía llamada telefónica a la investigadora responsable con el objetivo de solicitar la realización de las intervenciones en modalidad online. Lo anterior, fundamentado en la necesidad de los/as trabajadores/as de adquirir competencias que les permitiera afrontar las demandas laborales propias de la crisis sanitaria. Se realizaron reuniones con ambos centros (i.e., Curicó y Maule) para evaluar la disponibilidad de tiempos y aspectos tecnológicos que permitieran realizar el cambio de modalidad. Simultáneamente, se establecieron conversaciones con organizaciones que ofrecen servicios de capacitación en línea para solicitar presupuestos.

Asimismo, el equipo de investigación, comenzó a investigar respecto a las intervenciones en modalidad online para realizar las modificaciones pertinentes de acuerdo a la literatura de una modalidad presencial a una modalidad online.

Unido a estas acciones, se informó a la contraparte Mutual de Seguridad de la solicitud de los centros. La Mutual de Seguridad, aprobó la solicitud de cambio una vez contáramos con el visto bueno del Comité de Ética, lo cual fue aprobado el 26 de agosto del 2021.

2. Procedimiento intervenciones

Para coordinar la logística de las intervenciones, se realizaron reuniones semanales y quincenales desde octubre del 2020 a agosto del 2021 - periodo pre intervenciones - con los/as representantes elegidos/as por cada centro. Se determinó un calendario de realización de intervenciones (ver Tabla 2). Las intervenciones fueron diseñadas por expertos en las temáticas, doctores en Psicología del Trabajo y las Organizaciones y con experiencia en diseño e implementación de intervenciones. Asimismo, fueron apoyados por el equipo de investigación que integraba el proyecto formado por magíster en gestión y desarrollo de organizaciones saludables y metodología de la investigación social.

Como se ha mencionado, el diseño original de la intervención consideraba una modalidad presencial con ocho sesiones de dos horas por cada intervención (tres intervenciones: Fortalezas del carácter, Retroalimentación apreciativa y Regulación Emocional y mindfulness). Asimismo, al ser un diseño cuasiexperimental consideraba un grupo control, el cual recibiría una vez analizada la información, la intervención más eficaz. Tras la crisis sanitaria y de acuerdo a lo explicado en párrafos anteriores, se modificó el diseño de las intervenciones desde una modalidad presencial a una online, la cual consideraba dos sub-modalidades: híbrida y virtual. La modalidad híbrida comprendía una sesión sincrónica con el/la tallerista y actividades asincrónicas. La modalidad virtual comprendía cápsulas y actividades asincrónicas. Ambas con el mismo contenido.

De acuerdo a la literatura revisada de intervenciones en modalidad virtual (Carr et al., 2020; Carolan et al., 2017) y las conversaciones con los centros de salud, se acordó que el número de sesiones de intervención (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) fueran seis, respectivamente.

Para la implementación de la modalidad online, se contó con el apoyo de una empresa de la región del Maule, con experiencia en formación y capacitación online para empresas públicas como privadas.

Tabla 2. Calendarización de intervenciones

Intervención	Sesiones	Grupo 1	Grupo 2
Fortalezas del Carácter	1	10/11/2021	11/11/2021
	2	17/11/2021	18/11/2021
	3	24/11/2021	25/11/2021
	4	01/11/2021	02/12/2021
	5	07/12/2021	09/12/2021
	6	15/12/2021	16/12/2021
Retroalimentación Apreciativa	1	10/11/2021	11/11/2021
	2	17/11/2021	18/11/2021
	3	24/11/2021	25/11/2021
	4	01/12/2021	02/12/2021
	5	07/12/2021	09/12/2021
	6	15/12/2021	16/12/2021
Regulación Emocional y Mindfulness	1	24/11/2021	25/11/2021
	2	01/12/2021	02/12/2021
	3	07/12/2021	09/12/2021
	4	15/12/2021	16/12/2021
	5	21/12/2021	22/12/2021
	6	28/12/2021	29/12/2021

En cuanto a la campaña de comunicación para el reclutamiento de participantes se realizaron diferentes estrategias de invitación a la participación, estas fueron: cápsula informativa, afiche, tríptico, creación de un correo para contestar preguntas, presentaciones plenarias, correos a los/as colaboradores/as de los centros de salud. En cuanto a la cápsula y como ejemplo de presentación plenaria, ver enlace ejemplo: <https://youtu.be/Mhu-GF5xBEc>

Los correos de los colaboradores/as fueron proporcionados por los/as responsables de las intervenciones de cada centro (Centro Curicó N= 878; Centro Maule N= 285).

Las diferentes estrategias como reclutamiento de participantes, invitaban a inscribirse de forma voluntaria en el enlace de inscripción. Estaban informados que la inscripción era general y que luego serían asignados de forma aleatoria a los cuatro grupos formados (tres intervenciones y el grupo control o waiting list). Los/as participantes debía asistir a la intervención que se les asignaba aleatoriamente.

Instrumentos

Se consideró una batería de instrumentos que se aplicó en un cuestionario con las variables del estudio para los cuatro momentos temporales. El Tiempo 1 (T1) se aplicó antes de la intervención como momento basal o pre-test, el Tiempo 2 (T2) post intervención, es decir, al finalizar la última sesión, Tiempo 3 (T3) tres meses post intervención y Tiempo 4 (T4) seis meses post intervención. Como variables dependientes se consideró las dimensiones del instrumento ISTAS 21 para las tres intervenciones en los cuatro momentos temporales. Las dimensiones consideradas fueron: (1) exigencias psicológicas, (2) trabajo activo y desarrollo de habilidades, (3) apoyo social en la empresa

y calidad de liderazgo y (4) compensaciones. Además, se integró en el cuestionario las siguientes variables: liderazgo transformacional (i.e., visión, estimulación intelectual, comunicación inspiracional, apoyo y reconocimiento), engagement laboral (i.e., vigor, dedicación y absorción), burnout (i.e., agotamiento, distancia mental, creencias de eficacia) y desempeño laboral (i.e., intrarol y extrarol) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Variables Dependientes. Escalas y referencias utilizadas

Escala	Definiciones	Referencia
Riesgos Psicosociales	Los factores de riesgo psicosocial son las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral.	Riesgos Psicolaborales medido a través del Cuestionario SUSESO/ISTAS 21 en su versión completa (Alvarado et al. 2012).
Ausentismo laboral	práctica realizada por un/a trabajador/a de no asistencia al trabajo por un período de uno o más días de los que se pensaba que iba a asistir	Escala autoconstruida a partir de la definición de la OMS
Liderazgo Transformacional	Estilo de gestión donde el líder eleva los intereses de sus empleados y crea conciencia, aceptación de los objetivos y la misión del grupo, poniendo los intereses colectivos por delante de sus propios intereses	Bass, B. M. (1998). <i>Transformational Leadership: Industry, Military, and Educational Impact</i> . Mahwah, NJ: Erlbaum Raferty, A. E., & Griffin. M. A. (2004). Dimensions of transformational leadership: Conceptual and empirical extensions. <i>The Leadership Quarterly</i> , 15, 329–354
Work engagement o engagement laboral	Estado mental positivo, de realización, asociado con el trabajo que se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción	Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement: ¿Una nueva perspectiva? <i>Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones</i> , 16, 117-134. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & Salanova, M. (2006). The Measurement of Work Engagement with a Short Questionnaire: A Cross-national Study. <i>Educational and Psychological Measurement</i> , 66, 701-716. doi: 10.1177/0013164405282471
Burnout	Estrés crónico laboral en exposiciones prolongadas	Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson (1996). Spanish version in: Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M., y Grau, R. (2000). Desde el ‘burnout’ al ‘engagement’: ¿una nueva perspectiva? <i>Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones</i> , 16, (2), 117-134. Olivares V. (2009). Análisis de las propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. <i>Ciencia y Trabajo</i> , 34, 217-221.
Desempeño laboral	Grado en el que las acciones o conductas de un individuo, contribuyen al cumplimiento de las metas y objetivos de una organización, las cuales pueden ser medidas de acuerdo con el nivel de suficiencia o dominio que posea el individuo	Goodman, S. A., & Svyantek, D. J. (1999). Person-organization fit and contextual performance: Do shared values matter. <i>Journal of Vocational Behavior</i> , 55, 254- 275. Doi: 10.1006/jvbe.1998.1682 Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I. (2012). We need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. <i>Group & Organization Management</i> 37, 785-822, doi: 10.1177/1059601112470405.

Participantes

Curicó. De los 878 trabajadores/as del centro de salud Curicó se inscribieron en la invitación a participar en la intervención 130 trabajadores/as (10,48% tasa de participación).

Maule. De los 285 trabajadores/as del centro de salud Maule, se inscribieron en la invitación a participar en la intervención 156 trabajadores/as (54,74% tasa de participación).

Ambos centros de salud (i.e., Curicó y Maule), acordaron como mecanismo de compromiso de participación, un certificado de participación que se consideraba en su plan de capacitación y una nota de mérito positiva en los expedientes para quienes terminar el proceso de forma completa. Terminar el proceso de forma completa, acordado con los centros, significaba los/as participantes debían participar en un 75% de las actividades de las intervenciones y completar los cuestionarios de los cuatro momentos temporales.

Cada grupo (i.e., tres intervenciones y un grupo control o waiting list) estaba compuesto como mínimo por 13 personas y máximo 20 personas. El tamaño mínimo garantizó un 5% de error tipo I y una potencia del 95% (Cohen, 1988; GPower, Faul et al., 2007) (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de participación en intervenciones

CURICÓ	T1	T2	T3	T4
Participantes	92	52	33	30
Hombres	64	15	8	8
Mujeres	28	37	25	22
Tasa de participación	100%	56.52%	35.87%	32.61%
MAULE	T1	T2	T3	T4
Participantes	132	70	41	31
Hombres	30	11	4	2
Mujeres	102	59	37	29
Tasa de participación	100%	53.03%	31.06%	23.48%
TOTAL	T1	T2	T3	T4
Participantes	224	122	74	61
Hombres	58	26	12	10
Mujeres	166	96	62	51
Tasa de participación	100%	54.46%	33.04%	27.23%

Plan de análisis

En cuanto al plan de análisis, en primer lugar, se realizaron análisis descriptivos (i.e., medias, desviación típica). En segundo lugar, para el cumplimiento de los objetivos e hipótesis del estudio, se realizaron ANOVA de Medidas Repetidas. Dado el tamaño de la muestra final en Tiempo 4 (T4), el estimador apropiado utilizado fue F de Fisher, donde a través de la significancia se evaluaba el cumplimiento de las hipótesis. Para el tamaño del efecto, se consideró el estimador ETA cuadrado (η^2) el cual mide la proporción de varianza asociada con cada efecto principal y el efecto de interacción en un modelo ANOVA (i.e., intervención y tiempo). El η^2 consideran tres puntos de corte: tamaño de efecto pequeño (.01); tamaño de efecto medio (.06) y efecto superior o gran tamaño del efecto (.14) (Cohen, 1992).

Principales resultados

En primer lugar, la Tabla 5 muestra los datos descriptivos (i.e., media, desviación típica y error estándar) de la muestra en los cuatro momentos temporales y los tres tratamientos (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa). Señalar, que no se presentan los datos del grupo control o waiting list debido a que en el Tiempo 4, fueron cuatro participantes (N=4), no cumpliendo el criterio mínimo (N=13) que garantizaba potencia estadística para análisis de datos. Además, para garantizar el tamaño mínimo muestral para realizar análisis por el tipo de intervención, se decidió unir las modalidades online (i.e., híbrida y virtual) y los centros (i.e., Curicó y Maule).

Tabla 5. Descriptivos

Variable	Taller	T1			T2			T3			T4		
		N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT
ISTAS – Exigencias Psicológicas	FC	22	12.5	2.11	22	9.96	4.01	22	5.86	2.93	22	14.00	3.40
	MF	13	12.23	2.39	13	9.18	2.90	13	6.39	3.67	13	13.08	4.29
	RA	21	12.14	2.24	21	10.05	2.52	21	5.43	2.09	21	13.76	4.85
ISTAS – Apoyo Social	FC	22	12.96	2.66	22	10.86	3.29	22	10.27	4.21	22	12.00	4.34
	MF	13	13.31	2.96	13	12.46	2.40	13	9.69	4.96	13	9.15	4.24
	RA	21	13.62	3.09	21	12.10	2.21	21	10.05	2.50	21	13.67	4.80
ISTAS – Trabajo Activo	FC	22	12.73	2.75	22	12.14	5.84	22	11.82	4.63	22	12.55	4.50
	MF	13	12.85	4.18	13	14.15	3.96	13	11.62	6.13	13	10.85	4.30
	RA	21	13.43	2.84	21	13.76	3.08	21	11.67	2.24	21	13.48	5.04
ISTAS – Compensación	FC	22	5.64	2.28	22	6.41	2.54	22	6.00	2.66	22	9.23	3.19
	MF	13	4.21	2.56	13	6.15	3.53	13	5.00	2.58	13	10.15	2.48
	RA	21	5.67	2.33	21	6.52	2.86	21	5.19	2.23	21	8.81	3.31
Ausentismo	FC	23	2.52	1.50	23	1.70	1.02	23	1.65	0.94	23	2.00	1.04
	MF	13	2.46	1.27	13	2.31	1.32	13	2.31	1.44	13	2.54	1.33
	RA	21	2.95	1.07	21	2.05	1.07	21	2.14	1.01	21	2.43	1.12
LT – Visión	FC	23	10.74	3.62	23	15.70	3.55	23	16.00	3.61	23	14.65	4.55
	MF	13	9.92	4.72	13	15.92	3.84	13	14.46	5.35	13	13.77	5.18
	RA	21	11.19	4.27	21	15.29	3.93	21	14.57	3.57	21	14.24	3.22
LT – Comunicación Inspiracional	FC	23	10.74	3.62	23	15.70	3.55	23	16.00	3.61	23	14.65	4.55
	MF	13	9.92	4.72	13	15.92	3.84	13	14.46	5.35	13	13.77	5.18
	RA	21	11.19	4.27	21	15.29	3.93	21	14.57	3.57	21	14.24	3.22
LT – Estimulación Intelectual	FC	23	10.22	3.62	23	15.26	3.86	23	15.44	3.49	23	14.09	4.68
	MF	13	9.39	4.70	13	15.92	3.77	13	14.46	5.16	13	13.54	5.36
	RA	21	9.05	3.25	21	14.95	4.02	21	14.19	3.54	21	13.57	2.93
LT – Apoyo Social	FC	23	11.00	4.45	23	15.00	4.54	23	15.39	4.40	23	15.04	4.19
	MF	13	9.54	5.09	13	14.92	4.59	13	13.92	5.75	13	13.62	5.44
	RA	21	10.33	3.86	21	15.19	3.79	21	13.91	3.75	21	13.29	3.90
LT – Reconocimiento	FC	23	10.52	5.13	23	14.22	4.38	23	15.52	4.69	23	14.78	4.79
	MF	13	8.46	4.67	13	14.62	5.12	13	14.23	5.99	13	13.00	5.77
	RA	21	10.81	3.27	21	15.10	3.71	21	14.00	4.29	21	14.10	3.19
LT - Total	FC	23	53.52	18.62	23	75.30	19.31	23	78.61	18.14	23	73.26	4.14
	MF	13	48.31	22.85	13	77.39	20.69	13	71.69	27.02	13	68.30	7.27
	RA	21	52.81	15.49	21	75.71	18.67	21	71.19	18.56	21	70.14	3.24

Continuación Tabla 5. Descriptivos.

Variable	Taller	T1			T2			T3			T4		
		N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT	N	Media	DT
WE - Vigor	FC	23	11.83	4.22	23	15.91	4.46	23	14.74	4.92	23	15.48	0.79
	MF	13	12.31	4.87	13	15.62	5.11	13	15.46	6.01	13	14.69	1.49
	RA	21	13.10	3.48	21	16.71	3.64	21	15.91	3.48	21	16.24	0.63
WE - Dedicación	FC	23	13.65	3.28	23	17.35	3.11	23	16.91	4.34	23	16.57	0.72
	MF	13	13.70	4.80	13	15.85	5.32	13	15.77	6.06	13	14.85	1.41
	RA	21	14.57	3.31	21	18.19	2.29	21	17.14	3.53	21	17.24	0.61
WE - Absorción	FC	23	13.30	3.20	23	17.69	3.11	23	16.26	4.44	23	16.13	0.86
	MF	13	13.08	3.97	13	15.00	4.23	13	15.62	5.08	13	14.31	1.26
	RA	21	12.76	4.39	21	15.48	3.75	21	15.86	4.45	21	15.19	0.84
WE - Total	FC	23	38.78	9.70	23	50.96	9.91	23	47.91	12.90	23	48.17	2.01
	MF	13	39.08	13.21	13	46.46	14.00	13	46.85	16.99	13	43.85	4.06
	RA	21	40.43	9.94	21	50.38	8.04	21	48.91	10.26	21	48.67	1.83
BT - Cinismo	FC	23	5.09	4.98	23	11.17	7.10	23	10.00	5.10	23	11.61	1.29
	MF	13	4.54	5.49	13	11.69	8.49	13	11.46	7.87	13	12.00	2.01
	RA	21	2.29	2.90	21	7.81	4.05	21	7.57	3.91	21	8.81	0.88
BT - Despersonalización	FC	23	15.57	3.09	23	16.04	3.48	23	16.44	2.61	23	16.35	0.46
	MF	13	15.85	2.64	13	17.54	2.11	13	17.00	4.12	13	15.39	1.18
	RA	21	15.86	2.24	21	17.43	1.96	21	17.52	2.36	21	17.33	0.37
BT - Creencias de Eficacia	FC	23	15.57	3.09	23	16.04	3.48	23	16.44	2.61	23	16.39	0.46
	MF	13	15.85	2.64	13	17.54	2.11	13	17.00	4.12	13	15.39	1.18
	RA	21	15.86	2.24	21	17.43	1.96	21	17.52	2.36	21	17.33	0.37
DL - Inrol	FC	22	14.50	4.34	22	17.73	3.51	22	17.09	4.42	22	18.18	0.77
	MF	13	11.62	6.60	13	18.69	3.04	13	16.15	6.12	13	16.39	1.44
	RA	21	14.48	3.93	21	16.38	5.77	21	17.95	3.20	21	18.00	0.53
DL - Extrarol	FC	22	14.77	4.09	22	18.50	3.16	22	17.23	5.05	22	17.59	0.86
	MF	13	12.15	5.06	13	18.00	3.39	13	16.15	6.08	13	16.62	1.46
	RA	21	14.14	4.05	21	16.24	5.80	21	17.43	3.40	21	17.95	0.57

En segundo lugar, la Tabla 6 muestra los indicadores de ANOVA de medida repetida del Tiempo 1 (T1, pre-test) y las tres intervenciones, con el fin de garantizar que no existan diferencias significativas entre los riesgos psicosociales y la pre-intervención (pre-test). Exigencias Psicológicas ($F=.22$, $p=.84$), Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades ($F=.29$, $p=.75$), Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo ($F=.18$, $p=.84$) y Compensaciones ($F=1.60$, $p=.21$).

Tabla 6. ANOVA. Comparación Tiempo 1 (T1) y las tres intervenciones. Sin grupo control

Riesgo Psicosocial	Exigencias Psicológicas	Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades	Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo	Compensaciones
F	.22	.29	.18	1.60
p	.84	.75	.84	.21

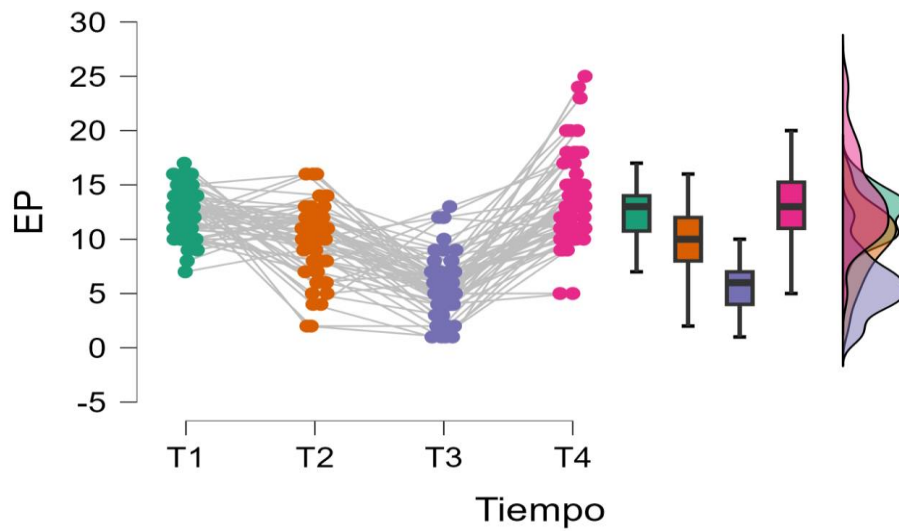
En cuanto al *primer objetivo específico*, esto es, evaluar la eficacia de tres protocolos de intervención basados en liderazgo para reducir los riesgos psicosociales (i.e., exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y, compensaciones) en Centros de Salud Públicos, se presentan los resultados por dimensión de riesgo psicosocial.

En cuanto a Exigencias Psicológicas (ver Tabla 7), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para reducir las exigencias psicológicas ($F= .26$, $p= .96$, $\eta^2= .01$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .23$, $p= .79$, $\eta^2= .009$). Sin embargo, las puntuaciones de exigencias psicológicas al considerar solo el tiempo, disminuyeron significativamente para los tres grupos de intervención con un tamaño de efecto grande ($F= 56.70$, $p= .000$, $\eta^2= .52$). Esta disminución se evidencia de T1 a T3, es decir, existe una disminución de la percepción de los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones en cuanto a las exigencias psicológicas hasta el Tiempo 3 (T3, 3 meses post intervención) y luego en Tiempo 4 (T4, seis meses post intervención) vuelve a aumentar a las puntuaciones originales. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as perciben menores exigencias psicológicas desde la evaluación inicial hasta la tercera evaluación, volviendo a las puntuaciones originales de evaluación inicial, ocho meses después.

Tabla 7. ANOVA Exigencias Psicológicas. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

Exigencias Psicológicas	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	56.70	.26	.23
p	.000	.96	.79
η^2	.52	.01	.009

Figura 1. Exigencias Psicológicas

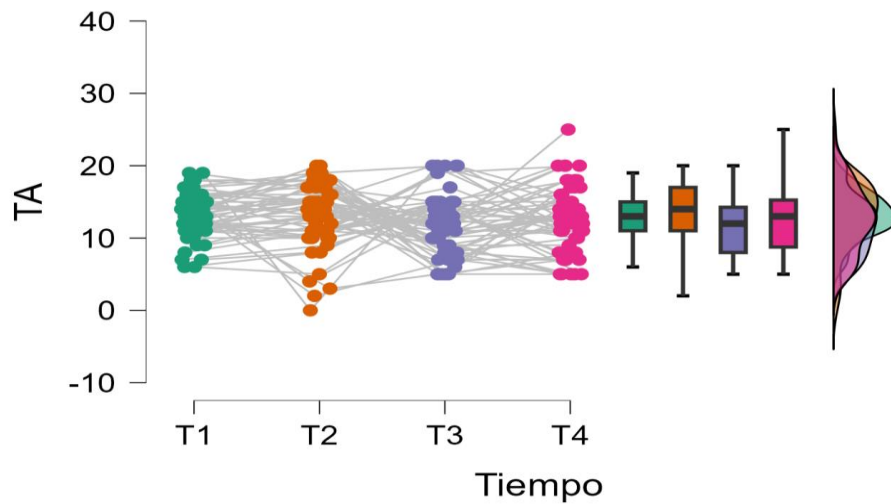


En cuanto a Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades (ver Tabla 8), los resultados evidencian que no hubo diferencias significativas en las puntuaciones en cuanto al tiempo ($F= 1.57, p= .20, \eta^2= .03$), la interacción tiempo e intervenciones ($F= .68, p= .66, \eta^2= .03$), ni las intervenciones ($F= .92, p= .41, \eta^2= .03$). Esto quiere decir, que los/as trabajadoras no experimentaron cambios en sus percepciones respecto al trabajo activo y desarrollo de habilidades durante los periodos de evaluación.

Tabla 8. ANOVA Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	1.57	.68	.92
<i>p</i>	.20	.66	.41
η^2	.03	.03	.03

Figura 2. Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades

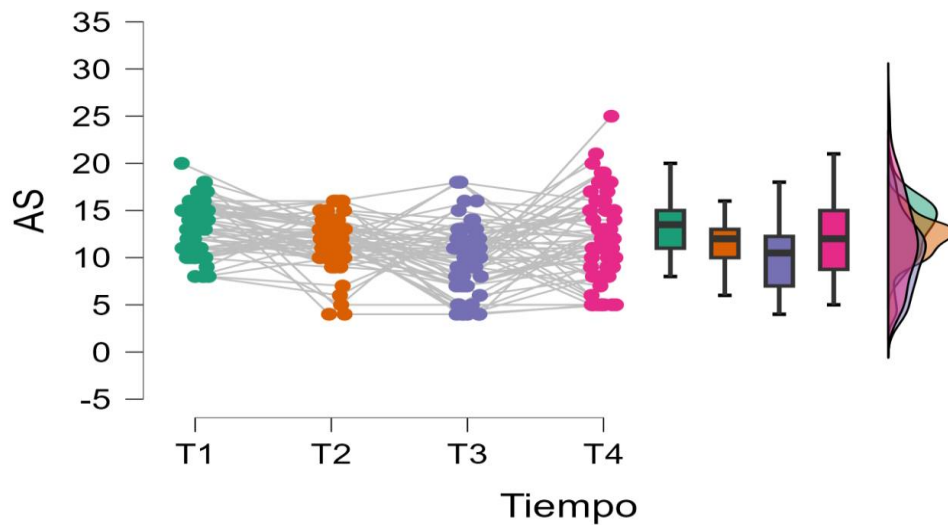


En cuanto a Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo (ver Tabla 9), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de trabajo activo y desarrollo de habilidades ($F= 1.82, p= .10, \eta^2= .06$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= 2.32, p= .11, \eta^2= .08$). Sin embargo, las puntuaciones de trabajo activo y desarrollo de habilidades al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto medio ($F= 7.31, p= .000, \eta^2= .12$). Este aumento se evidencia de T1 a T4, es decir, existe un aumento de la percepción de los/as trabajadores/as en cuanto al Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo, concretamente en la intervención de Retroalimentación Apreciativa, desde el Tiempo 1 (T1, pre-test) al Tiempo 4 (T4, seis meses post intervención). Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron en la intervención de Retroalimentación Apreciativa, aumentaron continuamente sus percepciones de Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo desde la evaluación inicial hasta la evaluación realizada ocho meses después.

Tabla 9. ANOVA Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	7.31	1.82	2.32
<i>p</i>	.000	.10	.11
η^2	.12	.06	.08

Figura 3. Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo

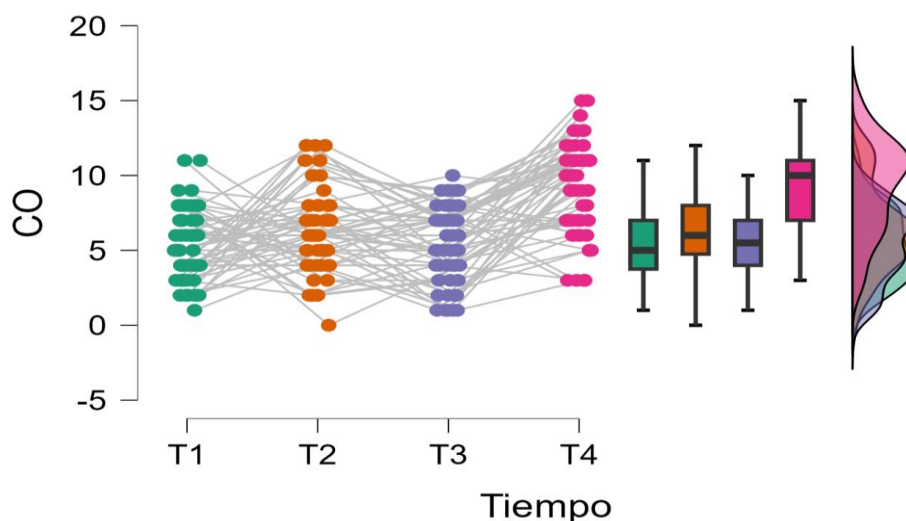


En cuanto a Compensaciones (ver Tabla 10), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de las compensaciones ($F= .92, p= .48, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .42, p= .66, \eta^2= .02$). Sin embargo, las puntuaciones de compensaciones al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 27.69, p= .000, \eta^2= .34$). Este aumento se evidencia de T1 a T4, es decir, existe un aumento de la percepción de los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones en cuanto a las Compensaciones, desde el Tiempo 1 (T1, pre-test) al Tiempo 4 (T4, seis meses post intervención). Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones perciben que su organización realiza esfuerzos para retribuir el esfuerzo que realizan.

Tabla 10. ANOVA Compensaciones. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

Compensaciones	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	27.69	.92	.42
<i>p</i>	.000	.48	.66
η^2	.34	.03	.02

Figura 4. Compensaciones

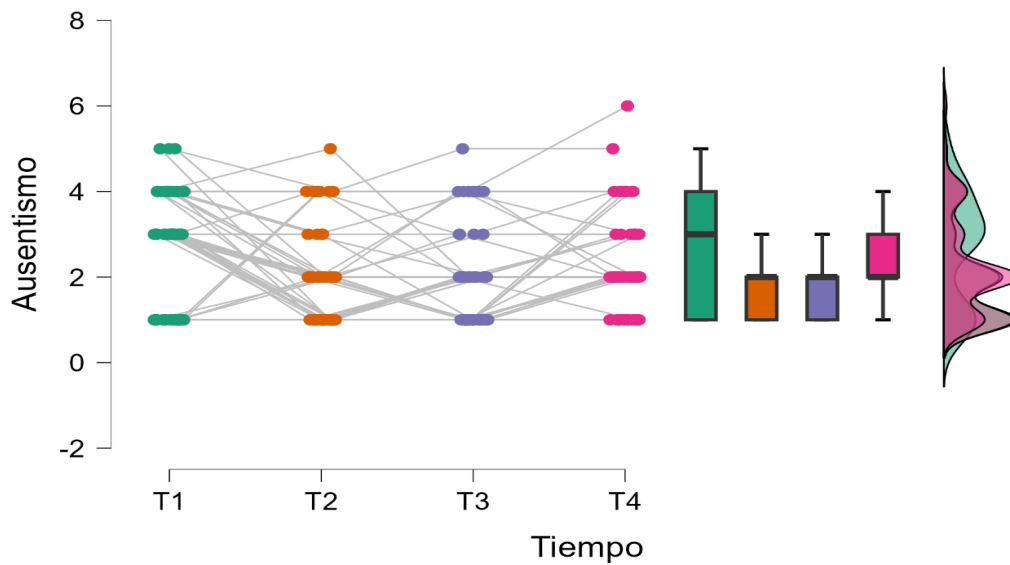


En cuanto al *segundo objetivo específico*, evaluar la eficacia de tres métodos de intervención basados en liderazgo para reducir el ausentismo en Centros de Salud Públicos, (ver Tabla 11), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para disminuir el ausentismo ($F= .95, p= .47, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= 1.42, p= .25, \eta^2= .05$). Sin embargo, las puntuaciones de ausentismo al considerar solo el tiempo, disminuyeron significativamente con un tamaño de efecto medio ($F= 7.57, p= .000, \eta^2= .12$). Esta disminución se evidencia de T1 a T3 y de T1 a T4, para la intervención Fortalezas del Carácter, es decir, se mantuvieron las puntuaciones de T3 a T4 en esta intervención. Para el grupo de intervención en Retroalimentación Apreciativa, se evidencia disminución significativa de las puntuaciones de T1 a T3 y de T1 a T4, es decir, se mantuvieron los resultados de T3 y T4. Finalmente, en el grupo de intervención en Regulación Emocional y Mindfulness no se presentan diferencias significativas. Esto quiere decir que los/as trabajadores que participaron de las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa perciben que no tienen inasistencia por causas justificadas o injustificadas.

Tabla 11. ANOVA Ausentismo. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

Ausentismo	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	7.57	.95	1.42
p	.000	.47	.25
η^2	.12	.03	.005

Figura 5. Ausentismo



En cuanto al *tercer objetivo específico*, identificar cuál de los tres protocolos de intervención (i.e., Regulación emocional basado en mindfulness, Retroalimentación apreciativa y Fortalezas de carácter) tiene mayor eficacia para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en Centros de Salud Públicos, los resultados anteriormente presentados dan evidencia que los tres tratamientos no tuvieron eficacia para reducir riesgos psicosociales, por tanto las hipótesis planteadas en el estudio no pudieron ser confirmadas. Sin embargo, tal como muestra en los resultados descritos en los párrafos anteriores, la variable tiempo, si tuvo efectos en disminuir las Exigencias Psicológicas en las tres intervenciones y aumentar tanto la percepción de Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo en la intervención de retroalimentación apreciativa como de Compensaciones en los participantes de las tres intervenciones. Se presenta una tabla de resumen de resultados. Ver Tabla 30.

Dado que el proyecto tiene como base desarrollar habilidades de Liderazgo (LT) Transformacional, las cuales tienen impacto en disminuir el malestar psicosocial, aumentar el bienestar psicosocial y el desempeño laboral, se integraron a los análisis como variable dependiente el LT con sus cinco dimensiones (i.e., visión, comunicación inspiracional, estimulación intelectual, apoyo y retroalimentación), el burnout en términos de malestar psicosocial, el work engagement o engagement laboral en términos de bienestar psicosocial y el desempeño laboral considerando las dimensiones intra rol (i.e., objetivos del puesto de trabajo) y extrarol (conductas prosociales en el trabajo). Por tanto, a continuación, se presentan los resultados de las variables mencionadas.

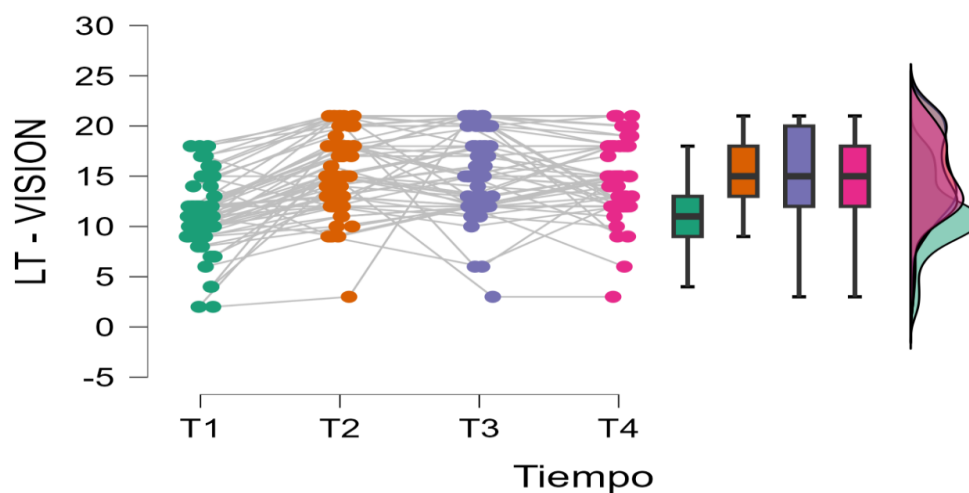
En cuanto a LT Visión (ver Tabla 12), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Visión ($F= .78, p= .59, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .06, p= .94, \eta^2\text{ETA}^2= .002$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Visión al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande

($F= 20.64, p= .000, \eta^2= 0.28$). Este aumento se evidencia de T1 a T3 y de T1 a T4, es decir, existe un aumento de la percepción de los/as trabajadores/as en cuanto LT Visión en las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa, desde el Tiempo 1 (T1, pre-test) al Tiempo 4 (T4, seis meses post intervención). No se presentan diferencias en la intervención de Regulación Emocional y Mindfulness. Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron de las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa perciben que sus líderes conocen hacia donde se dirige la organización a corto, mediano y largo plazo.

Tabla 12. ANOVA LT Visión. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Visión	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	20.64	.78	.06
<i>p</i>	.000	.59	.94
η^2	.28	.03	.002

Figura 6. LT Visión



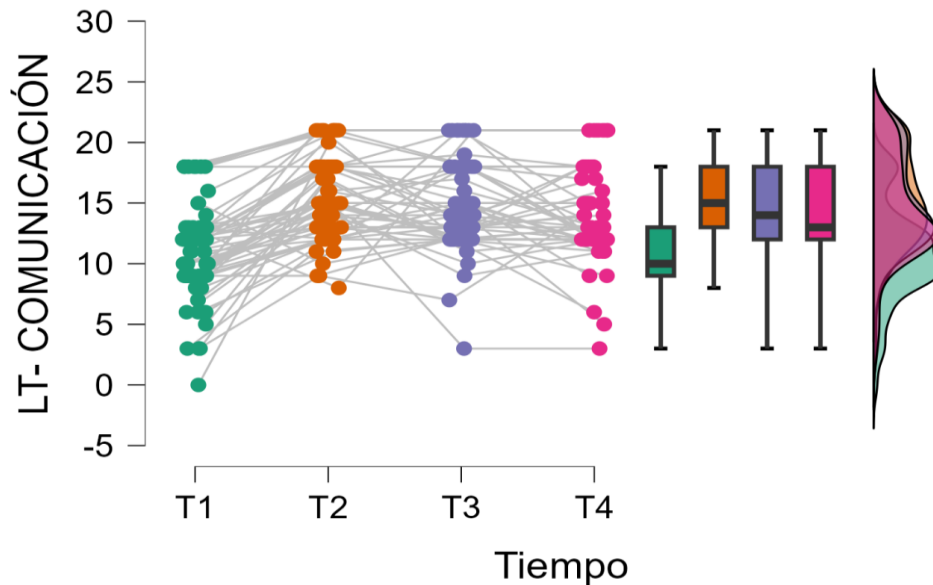
En cuanto a LT Comunicación Inspiracional (ver Tabla 13), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Comunicación Inspiracional ($F= .62, p= .72, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .26, p= .77, \eta^2= .010$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Comunicación Inspiracional al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 30.89, p= .000, \eta^2= .36$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as

trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones perciben que sus líderes tienen un estilo comunicacional positivo donde, por ejemplo, mencionan aspectos positivos de su organización y su equipo de trabajo.

Tabla 13. ANOVA LT Comunicación Inspiracional. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Comunicación Inspiracional	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	30.89	.62	.26
<i>p</i>	.000	.72	.77
η^2	.36	.02	.010

Figura 7. LT Comunicación Inspiracional

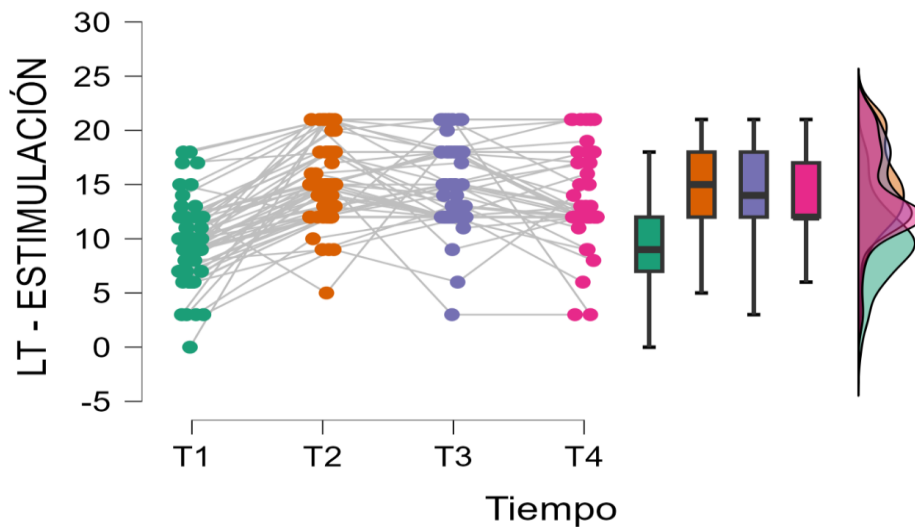


En cuanto a LT Estimulación Intelectual (ver Tabla 14), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Estimulación Intelectual ($F= .30, p= .94, \eta^2= .01$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .41, p= .66, \eta^2= .015$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Estimulación Intelectual al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 38.59, p= .000, \eta^2= .42$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones perciben que sus líderes los motivan a la apertura para resolver problemas o dificultades del trabajo de diferentes maneras.

Tabla 14. ANOVA LT Estimulación Intelectual. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Estimulación Intelectual	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	38.59	.30	.41
<i>p</i>	.000	.94	.66
η^2	.42	.01	.015

Figura 8. LT Estimulación Intelectual

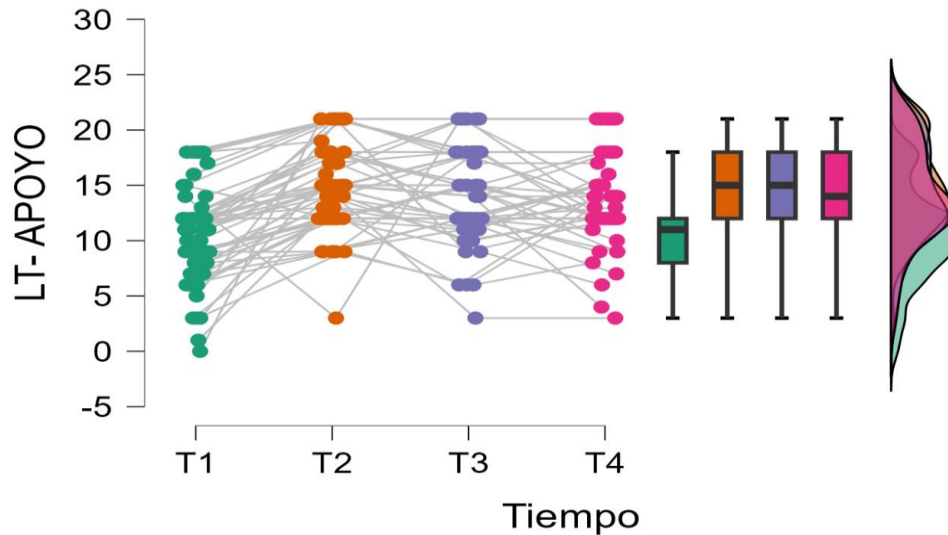


En cuanto a LT Apoyo (ver Tabla 15), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Apoyo ($F= .45$, $p= .84$, $\eta^2= .02$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .63$, $p= .54$, $\eta^2= .023$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Apoyo al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 21.90$, $p= .000$, $\eta^2= .29$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones perciben que reciben apoyo de sus líderes ante sus necesidades y requerimientos.

Tabla 15. ANOVA LT Apoyo. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Apoyo	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	21.90	.45	.63
<i>p</i>	.000	.84	.54
η^2	.29	.02	.023

Figura 9. LT Apoyo

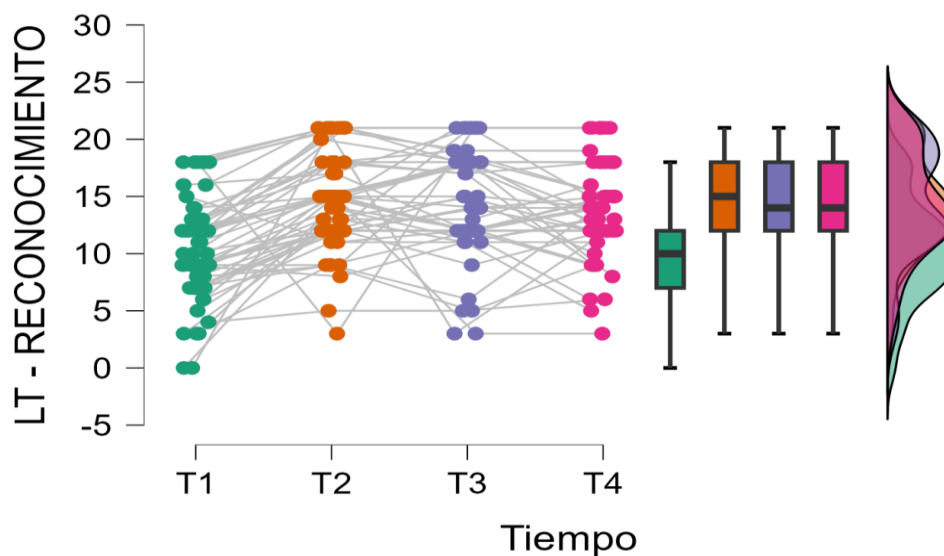


En cuanto a LT Reconocimiento (ver Tabla 16), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Reconocimiento ($F= .98, p= .44, \eta^2= .04$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .49, p= .62, \eta^2= .018$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Reconocimiento al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 24.67, p= .000, \eta^2= .31$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as perciben que sus líderes reconocen y premian los buenos desempeños laborales de los integrantes de los equipos que dirigen.

Tabla 16. ANOVA LT Reconocimiento. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Reconocimiento	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	24.67	.98	.49
<i>p</i>	.000	.44	.62
η^2	.31	.04	.018

Figura 10. LT Reconocimiento

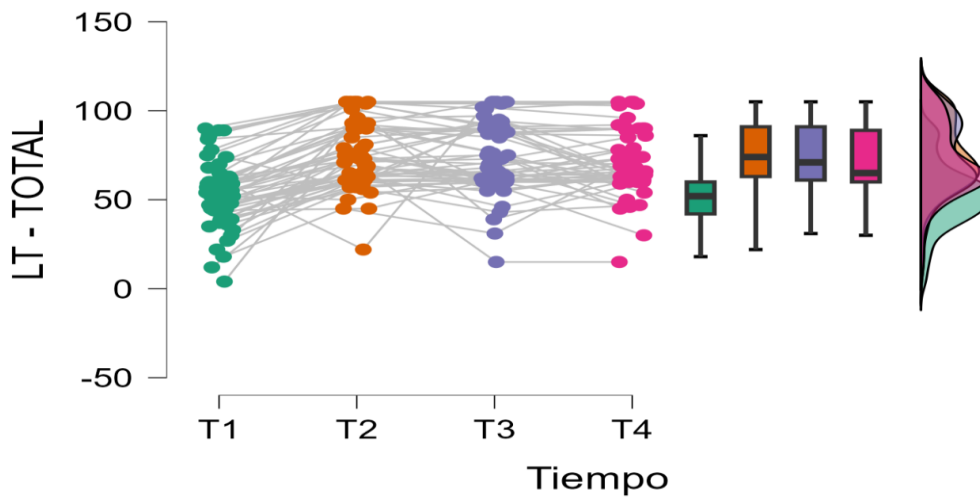


En cuanto a LT Global (ver Tabla 17), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de LT Global ($F= .53$, $p= .78$, $\eta^2= .02$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .31$, $p= .74$, $\eta^2= .011$). Sin embargo, las puntuaciones de LT Global al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 32.59$, $p= .000$, $\eta^2= 0.38$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as perciben que sus líderes inspiran a sus colaboradores/as a conseguir las metas de sus equipos y contribuyen al bienestar de sus miembros.

Tabla 17. ANOVA LT Global. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

LT Global	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	32.59	.53	.31
p	.000	.78	.74
η^2	.38	.02	.011

Figura 11. LT Global

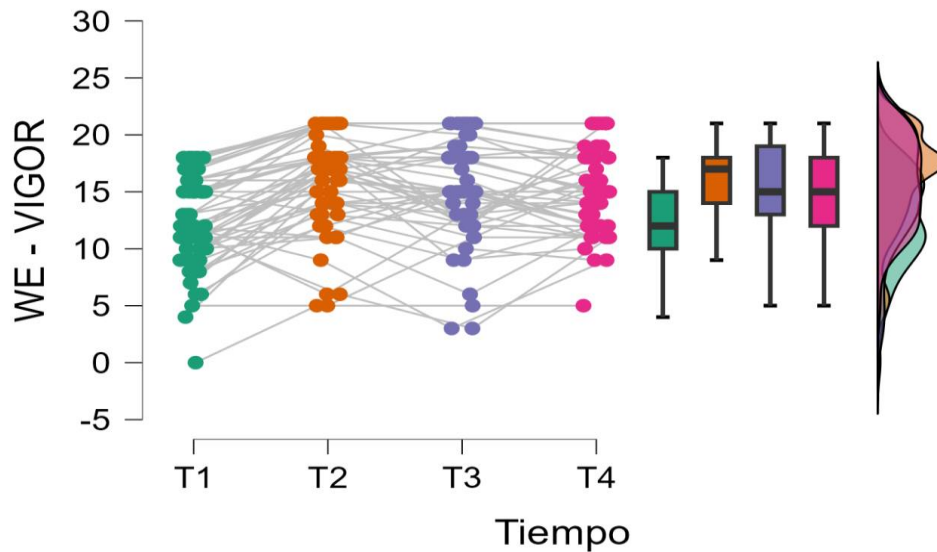


En cuanto a Work Engagement (WE) o Engagement laboral en la dimensión Vigor (ver Tabla 18), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Vigor ($F= .39, p= .88, \eta^2= .01$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .45, p= .64, \eta^2= .016$). Sin embargo, las puntuaciones de Vigor al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 27.38, p= .000, \eta^2= .34$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron en las tres intervenciones están con mayores niveles de energía que les permiten afrontar de mejor manera las tareas de un día laboral.

Tabla 18. ANOVA WE Vigor. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

WE Vigor	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	27.38	.39	.45
<i>p</i>	.000	.88	.64
η^2	.34	.01	.016

Figura 12. WE Vigor

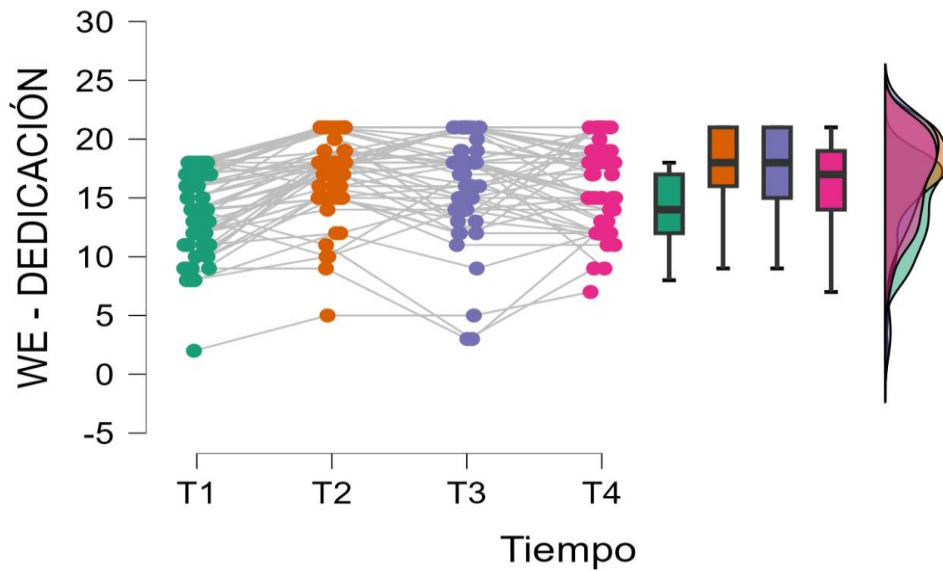


En cuanto a Work Engagement (WE) o Engagement laboral en la dimensión Dedicación (ver Tabla 19), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Dedicación ($F = .59, p = .74, \eta^2 = .02$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F = 1.15, p = .33, \eta^2 = .041$). Sin embargo, las puntuaciones de Dedicación al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F = 18.40, p = .000, \eta^2 = .25$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) para las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención de Regulación Emocional y Mindfulness, no se evidencian diferencias significativas a través del tiempo. Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron en las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa, tienen mayor propósito y sentido con las tareas que realizan.

Tabla 19. ANOVA WE Dedicación. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

WE Dedicación	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	18.40	.59	1.15
<i>p</i>	.000	.74	.33
η^2	.25	.02	.041

Figura 13. WE Dedicación

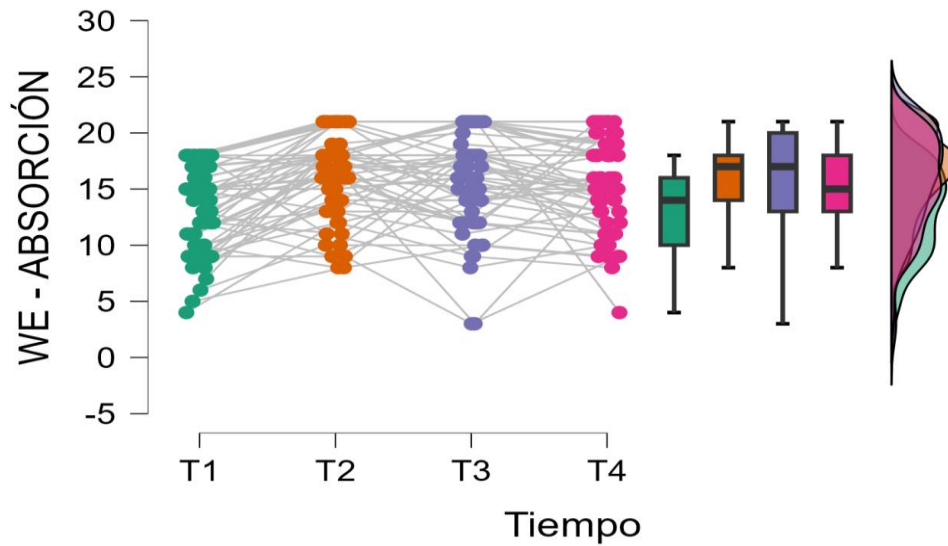


En cuanto a Work Engagement (WE) o Engagement laboral en la dimensión Absorción (ver Tabla 20), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Absorción ($F= .78, p= .59, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .95, p= .39, \eta^2= .034$). Sin embargo, las puntuaciones de Absorción al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 11.88, p= .000, \eta^2= .18$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) para la intervención de Fortalezas del Carácter y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención en Retroalimentación Apreciativa se evidencia un aumento de T1 (pre-test) a T4 (seis meses post intervención). Para la intervención de Regulación Emocional y Mindfulness, no se evidencian diferencias significativas a través del tiempo. Esto quiere decir, que los/as trabajadores/as que participaron en la intervención Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa, aumentaron el disfrute con las tareas de su puesto de trabajo, incluso pierden la percepción del tiempo cuando las realizan.

Tabla 20. ANOVA WE Absorción. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

WE Absorción	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	11.88	.78	.95
p	.000	.59	.39
η^2	.18	.03	.034

Figura 14. WE Absorción

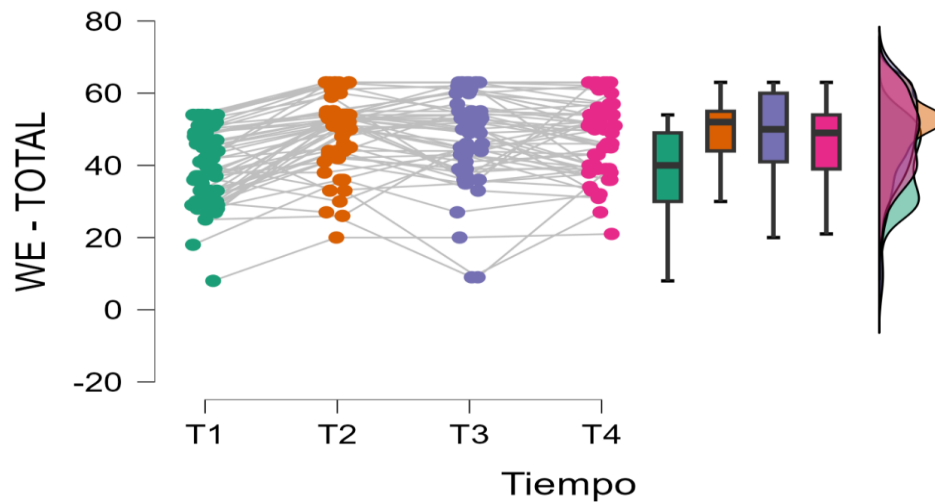


En cuanto a Work engagement (WE) o Engagement laboral Global (ver Tabla 21), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de WE Global ($F = .57, p = .75, \eta^2 = .02$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F = .42, p = .66, \eta^2 = .015$). Sin embargo, las puntuaciones de WE Global al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F = 23.75, p = .000, \eta^2 = .31$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) para las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa, luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención de Regulación Emocional y Mindfulness, no se evidencian diferencias significativas a través del tiempo. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron de las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa mostraron un aumento de energía, propósito, sentido con sus tareas y disfrutaban lo que hacen debido a que utilizan altas competencias y sus tareas son retadoras.

Tabla 21. ANOVA WE Global. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

WE Global	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	23.75	.57	.42
p	.000	.75	.66
η^2	.31	.02	.015

Figura 15. WE Global

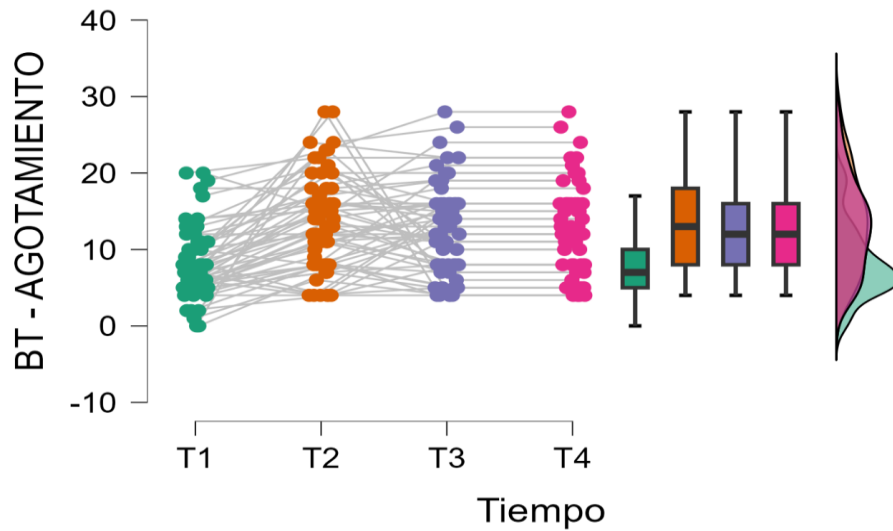


En cuanto a Burnout (BO) en la dimensión Agotamiento (ver Tabla 22), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Agotamiento ($F= .92, p= .48, \eta^2= .34$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .26, p= .11, \eta^2= .077$). Sin embargo, las puntuaciones de Agotamiento al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto medio ($F= 5.40, p= .000, \eta^2= .09$). Este aumento se evidencia de T3 (tres meses post intervención) a T4 (seis meses post intervención) en la intervención de Fortalezas del Carácter. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que asistieron a la intervención de fortalezas del carácter, en las últimas mediciones post intervención (tres y seis meses posteriores), sienten que sus tareas laborales les drenan la energía.

Tabla 22. ANOVA BO Agotamiento. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

BO Agotamiento	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	5.40	.92	.26
<i>p</i>	.000	.48	.11
η^2	.09	.34	.077

Figura 16. BO Agotamiento

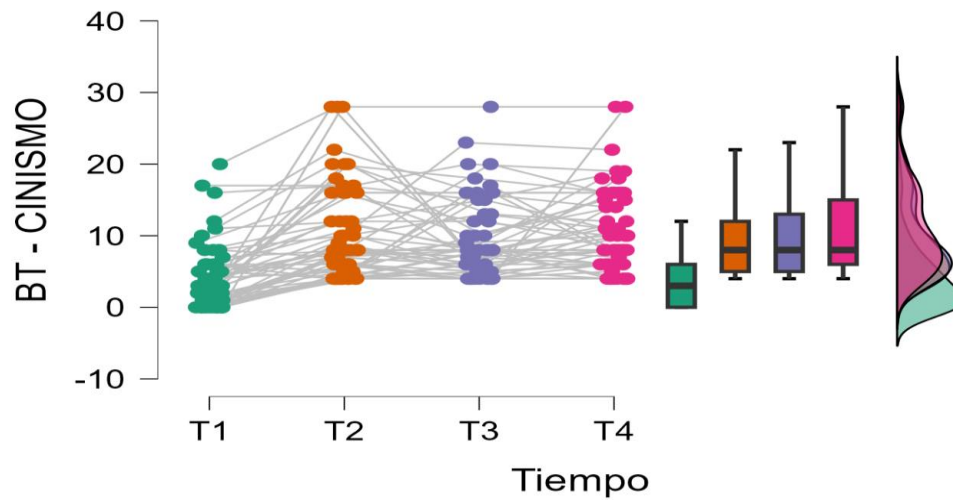


En cuanto a Burnout (BO) en la dimensión Cinismo (ver Tabla 23), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Cinismo ($F= .25, p= .96, \eta^2= .009$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= 3.06, p= .06, \eta^2= .102$). Sin embargo, las puntuaciones de Cinismo al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 35.09, p= .000, \eta^2= .39$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las tres intervenciones y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron de las tres intervenciones aumentan sus percepciones respecto a que realizan sus tareas sin importarles lo bien o mal que las realizan.

Tabla 23. ANOVA BO Cinismo. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

BO Cinismo	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	35.09	.25	3.06
<i>p</i>	.000	.96	.06
η^2	.39	.009	.102

Figura 17. BO Cinismo

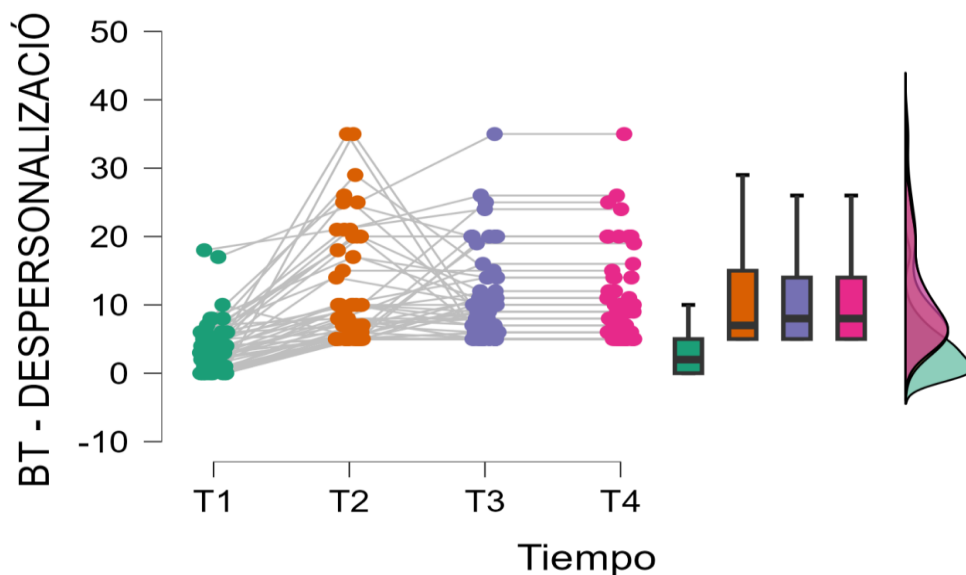


En cuanto a Burnout (BO) en la dimensión Despersonalización (ver Tabla 24), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Despersonalización ($F= .76, p= .60, \eta^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= 2.06, p= .14, \eta^2= .071$). Sin embargo, las puntuaciones de Despersonalización al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 37.08, p= .000, \eta^2= .41$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en la intervención Fortalezas del Carácter y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención Retroalimentación Apreciativa, se evidencia aumento de T1 (pre-test) a T4 (seis meses post intervención). No se presenta evidencia de aumento en las puntuaciones en la intervención Regulación emocional y Mindfulness. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron en las intervenciones de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa aumentan sus percepciones respecto a una pérdida de preocupación por los/as usuarios que atienden unido a respuestas distantes y cínicas hacia las personas a las que se les presta servicio, incluido los propios colegas.

Tabla 24. ANOVA BO Despersonalización. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

BO Despersonalización	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	37.08	.76	2.06
p	.000	.60	.14
η^2	.41	.03	.071

Figura 18. BO Despersonalización

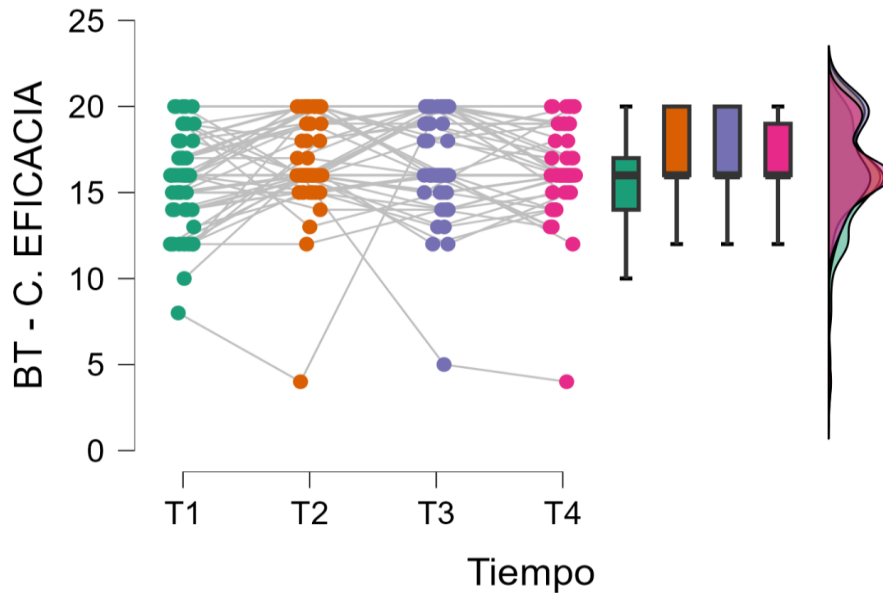


En cuanto a Burnout (BO) en la dimensión Creencias de Eficacia (ver Tabla 25), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de Creencias de Eficacia ($F= 1.23$, $p= .30$, $\eta^2= .04$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= 1.20$, $p= .31$, $\eta^2= .043$). Sin embargo, las puntuaciones de Creencias de Eficacia al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente en las tres intervenciones con un tamaño de efecto medio ($F= 4.04$, $p= .008$, $\eta^2= .07$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T4 (seis meses post intervención) en las tres intervenciones. Esto quiere decir que los/as trabajadores que participaron en las tres intervenciones aumentan sus percepciones respecto a creer que son capaces de afrontar los desafíos laborales con éxito sin importar las dificultades.

Tabla 25. ANOVA BO Creencias de Eficacia. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

BO Creencias de Eficacia	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	4.04	1.23	1.20
<i>p</i>	.008	.30	.31
η^2	.07	.04	.043

Figura 19. Creencias de eficacia



En cuanto a Burnout (BO) Global (ver Tabla 26), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de BO Global ($F= .78, p= .59, \eta^2\text{ETA}^2= .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .95, p= .39, \eta^2= .034$). Sin embargo, las puntuaciones de BO Global al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 11.88, p= .000, \eta^2= .18$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en la intervención Fortalezas del Carácter y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención Retroalimentación Apreciativa, se evidencia aumento de T1 (pre-test) a T4 (seis meses post intervención). No se presenta evidencia de aumento en las puntuaciones en la intervención Regulación emocional y Mindfulness.

Tabla 26. ANOVA BO Global. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

BO Global	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	11.88	.78	.95
<i>p</i>	.000	.59	.39
η^2	.18	.03	.034

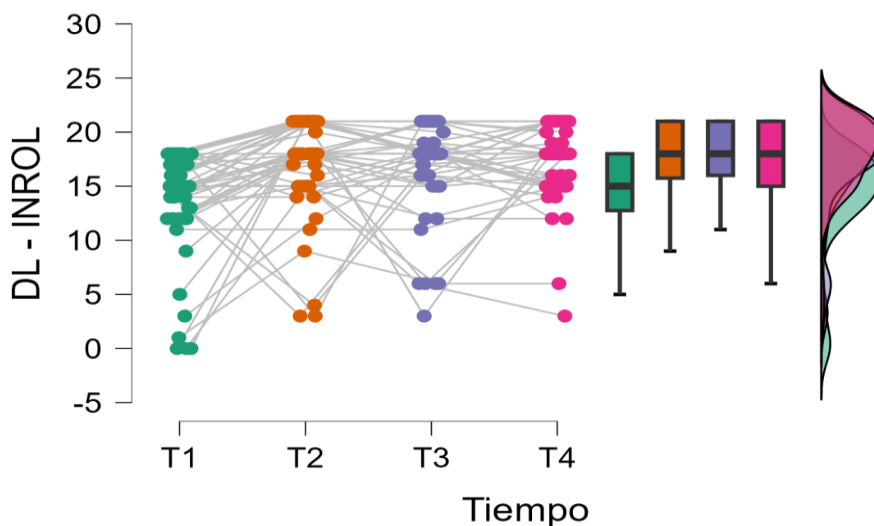
En cuanto a Desempeño Laboral (DL) en la dimensión Intra Rol (ver Tabla 27), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de DL Extra Rol ($F= 1.27, p= .27, \eta^2= .05$). Asimismo, las intervenciones sin

considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .68, p= .51, \eta^2= .025$). Sin embargo, las puntuaciones de DL Extra Rol al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 14.95, p= .000, \eta^2= .22$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en las intervenciones Fortalezas del Carácter y Regulación Emocional y Mindfulness y, luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). No se presenta evidencia de aumento en las puntuaciones en la intervención Retroalimentación Apreciativa. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron en la intervención de Fortalezas del Carácter y Regulación Emocional y Mindfulness perciben que realizan con excelencia los objetivos y responsabilidades de su puesto de trabajo.

Tabla 27. ANOVA DL Intra Rol. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

DL Intra Rol	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	18.65	2.11	.54
<i>p</i>	.000	.06	.58
η^2	.26	.07	.020

Figura 20. DL Inrol



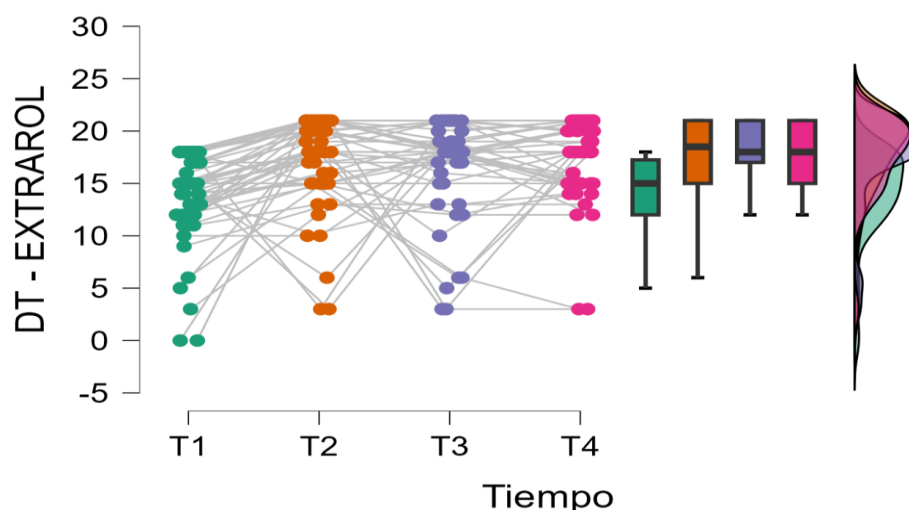
En cuanto a Desempeño Laboral (DL) Extra Rol (ver Tabla 28), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de DL Extra Rol ($F= 1.27, p= .28, \eta^2= .05$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F= .68, p= .51, \eta^2= .025$). Sin embargo, las puntuaciones de DL Extra Rol al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F= 14.95, p= .000, \eta^2= .22$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a

T3 (tres meses post intervención) en la intervención Fortalezas del Carácter y Regulación Emocional y Mindfulness, luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). No se presenta evidencia de aumento en las puntuaciones en la intervención de Retroalimentación Apreciativa. Esto quiere decir que los/as trabajadores/as que participaron en la intervención de Fortalezas del Carácter y Regulación Emocional y Mindfulness perciben que realizan actividades que van más allá de su contrato laboral apoyando a sus colegas y al logro de objetivos organizacionales.

Tabla 28. ANOVA Extra Rol. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

DL Extra Rol	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	14.95	1.27	.68
<i>p</i>	.000	.28	.51
η^2	.22	.05	.025

Figura 21. Extra Rol



En cuanto a Desempeño Laboral (DL) Global (ver Tabla 29), los resultados evidencian que no hubo un efecto significativo de las intervenciones (i.e., fortalezas del carácter, regulación emocional y mindfulness y retroalimentación apreciativa) en el tiempo, es decir, las intervenciones a través del tiempo (i.e., interacción tiempo e intervenciones) no fueron eficaces para aumentar la percepción de DL Global ($F = .78, p = .59, \eta^2 = .03$). Asimismo, las intervenciones sin considerar el tiempo evidenciaron resultados no significativos ($F = .95, p = .39, \eta^2 = .034$). Sin embargo, las puntuaciones de DL Global al considerar solo el tiempo, aumentaron significativamente con un tamaño de efecto grande ($F = 11.88, p = .000, \eta^2 = .18$). Este aumento se evidencia de T1 (pre-test) a T3 (tres meses post intervención) en la intervención Fortalezas del Carácter y luego se mantienen sus puntuaciones en T4 (seis meses post intervención). Para la intervención en Retroalimentación Apreciativa se evidencian aumentos en las puntuaciones de T1 (Pre-test) a T4 (seis meses post intervención). No se presenta evidencia de aumento en las puntuaciones en la intervención Regulación Emocional y Mindfulness. Desde una perspectiva global de desempeño laboral estos resultados quieren decir que los/as trabajadores/as que participaron en la intervención de Fortalezas del Carácter y Retroalimentación Apreciativa perciben que logran los objetivos de sus puestos de trabajo y además

aportan a la empresa con conductas prosociales que contribuyen a la mejora de su equipo y de la organización.

Tabla 29. ANOVA Global. Comparación cuatro tiempos (T1, T2, T3, T4) e intervenciones

DL Global	Tiempo	Tiempo x Intervenciones	Intervenciones
F	11.88	.78	.95
<i>p</i>	.000	.59	.39
η^2	.18	.03	.034

Tabla 30. Resumen Resultados

Intervenciones /Variables	Fortalezas del Carácter	Regulación Emocional y Mindfulness	Retroalimentación Apreciativa
Exigencias Psicológicas	T1 a T3 y en T4 vuelven las puntuaciones a su nivel original	T1 a T3 y en T4 vuelven las puntuaciones a su nivel original	T1 a T3 y en T4 vuelven las puntuaciones a su nivel original
Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades	No existen cambios en las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones
Apoyo Social en la empresa y Calidad de Liderazgo	No existen cambios en las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
Compensaciones	T1 a T4	T1 a T4	T1 a T4
Ausentismo laboral	T1 a T4	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
LT - Visión	T1 a T4	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
LT - Comunicación Inspiracional	T1 a T4	T1 a T4	T1 a T4
LT - Estimulación Intelectual	T1 a T4	T1 a T4	T1 a T4
LT - Apoyo	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
LT - Reconocimiento	T1 a T4	T1 a T4	T1 a T4
LT - Global	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
WE - Vigor	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
WE - Dedicación	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
WE - Absorción	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
WE - Global	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
BO - Agotamiento	T3 y T4	No existen cambios en las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones
BO - Cinismo	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones
BO - Despersonalización	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
BO - Creencias de Eficacia	T1 a T4	T1 a T4	T1 a T4
BO- Global	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4
DL - Intra Rol	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones
DL - Extra Rol	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones
Desempeño Laboral - Global	T1 a T3 T4 se mantienen las puntuaciones	No existen cambios en las puntuaciones	T1 a T4

T1= Tiempo 1 pretest; T2= Tiempo 2 post-intervención; T3= Tiempo 4 tres meses post-intervención; T4= Tiempo 4 seis meses post-intervención. Se marcan con verde las disminuciones positivas y con rojo los aumentos negativos.

En cuanto al *cuarto objetivo específico*, generar un protocolo de intervención centrado en el liderazgo, que pueda ser aplicados en diferentes Centros de Salud Públicos donde se requiera disminuir los riesgos psicosociales y el ausentismo en trabajadores/as, se presenta como documento adjunto, el protocolo de intervención con el detalle de las tres intervenciones en modalidad virtual.

Discusión

El proyecto tuvo como objetivo general evaluar la efectividad de una intervención desde la psicología de la salud ocupacional positiva que fomente el liderazgo transformacional para reducir los riesgos psicosociales y el ausentismo en centros de salud públicos de la VII Región. Teóricamente, la intervención está basada en el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (Salanova, et al., 2012). El liderazgo transformacional es un estilo de liderazgo que cuenta con robusta evidencia científica y que pone de manifiesto que las características personales de un/a líder en términos de recursos personales no solo contribuyen al logro de objetivos organizacionales, sino que también inspiran a los/as colaboradores a ser una mejor versión de sí mismos, logrando buenos climas laborales, bienestar psicosocial y desempeños de excelencia.

Los resultados de las tres intervenciones propuestas en este proyecto no lograron apoyar las hipótesis planteadas (*Hipótesis 1, Hipótesis 2 e Hipótesis 3*). Esto significa que las intervenciones de Fortalezas del Carácter, Regulación Emocional y Mindfulness y, Retroalimentación Apreciativa por sí solas, no fueron eficaces para disminuir los riesgos psicosociales y el ausentismo laboral. Sin embargo, los resultados evidenciaron cambios significativos en las medias de los cuatro momentos temporales (a través del tiempo), de acuerdo a la dirección de las hipótesis planteadas (i.e., disminución de percepciones de exigencias psicológicas, ausentismo laboral, aumento del apoyo social y calidad de liderazgo y compensaciones). Es decir, al evaluar las medias de los cuatro momentos temporales, éstas mostraron, en general, cambios positivos incluyendo mejores percepciones en liderazgo transformacional, work engagement o engagement laboral y desempeño laboral, tal como se presenta en la tabla resumen de resultados (ver Tabla 30). En este sentido, los/as participantes que recibieron la intervención de Fortalezas del carácter fueron los que tuvieron en las variables del estudio, mayores cambios significativos a través del tiempo.

Un aspecto interesante a destacar, se refiere a que, aunque a través del tiempo se disminuye la percepción de exigencias psicológicas y ausentismo laboral, además, existe un aumento a través del tiempo del malestar psicosocial, esto es, burnout. Los resultados muestran que incrementaron sus puntuaciones: agotamiento, cinismo, despersonalización. Esto puede entenderse debido a que son un sector que trabaja con altas demandas laborales pre y post crisis sanitaria, por tanto, es un aspecto a considerar por los gestores de los centros de salud participantes. Para esto, la evaluación de este fenómeno con instrumentos válidos y fiables es crucial porque el estrés crónico tiene consecuencias negativas a nivel individual (i.e., la salud de los/as trabajadores), nivel de equipo (líderes, equipos de trabajo) y a nivel organizacional (i.e., bajos desempeños laborales) (Schaufeli et al., 2020). Sin duda, los resultados muestran que aumentaron percepciones en varios aspectos y tienen una buena percepción del recurso social de Liderazgo, sin embargo, deben realizarse acciones (i.e., intervenciones psicológicas positivas) para que el Burnout no siga incrementando sus puntuaciones.

¿Qué pudo influenciar estos cambios? Podrían ser variables contextuales (i.e., pre y post pandemia), estructurales (i.e., demandas laborales, recursos laborales, prácticas organizacionales) o bien psicosociales (creencias, emociones), por lo que es necesario continuar aprendiendo respecto a intervenciones en contexto laboral y la eficacia de ellas.

Otro aspecto interesante es que originalmente, el diseño era cuasiexperimental y longitudinal, considerando un grupo control o waiting list y cuatro momentos temporales de evaluación. Sin embargo, debido a la baja tasa de participación en el último tiempo de evaluación (Tiempo 4), se tuvo que optar por un diseño preexperimental (sin grupo control), uniendo ambas modalidades online (i.e., híbrida y virtual) y ambos centros (i.e., Curicó y Maule). En cuanto al grupo control, se puso a

disposición a las personas que completaron todo el proceso (N=4), es decir, los cuatro momentos temporales, las tres intervenciones en modalidad online virtual (i.e., asincrónica).

Con respecto a los resultados del proceso de intervención éstos pueden explicarse desde varios aspectos.

En primer lugar, la crisis por COVID-19 que afectó la ejecución del proyecto. En este sentido, detuvo su implementación en un año y seis meses. Es importante destacar que la intervención se realizaba en el sector salud, el cual durante y post crisis sanitaria ha estado altamente demandado y, en periodo de pandemia estaban restringidas las actividades presenciales. El diseño original de las intervenciones se planteó en una modalidad presencial, garantizando tiempos resguardados en horario laboral. Sin embargo, los Centros de Salud participantes del proyecto, solicitaron a la investigadora responsable realizar las intervenciones en una modalidad online argumentando las necesidades de apoyo que requerían los centros en temáticas que abordaban las intervenciones. Al implementar la modalidad online, se tuvo que rediseñar las intervenciones, lo que retrasó aún más el proyecto. En este sentido, se tuvo que buscar apoyo externo, con una empresa de formación y capacitación online.

En segundo lugar, la baja experticia del equipo investigador para implementar una modalidad online, también tuvo repercusiones en el tiempo de ejecución del proyecto. Debido a que se tuvo que capacitar al equipo en este tipo de intervenciones y comenzar un rediseño de las intervenciones desde una modalidad presencial a una online. Sumado a lo anterior, la empresa de formación y capacitación, no estaba preparada en términos de experiencia previa para realizar un diseño de investigación cuasiexperimental longitudinal. Lo anterior, provocó retrasos y errores en términos de entrega de información.

En tercer lugar, la brecha tecnológica de los/as trabajadores/as de los centros de salud. Lo anterior, significó la utilización de tiempo del equipo de investigación. Para esto, se creó un correo específico para contestar consultas, un grupo de whatsapp para atender las preguntas y dudas respecto a la plataforma online de intervención. Sumado a lo anterior, la empresa de formación y capacitación también tuvo que atender a estas incidencias, llamando por teléfono a los/as participantes que lo necesitaban y explicando cómo navegar en la plataforma de intervención.

En cuarto lugar, el compromiso de los/as trabajadores para participar en investigaciones de carácter longitudinal. Uno de los aspectos relevantes y que tuvo impacto crucial en los resultados fue baja participación para participar en todas las sesiones y actividades planteadas por sesión e intervención, así como para completar los cuatro momentos temporales. En este sentido, los/as participantes contaban con un incentivo, que era una nota de mérito en sus expedientes y una certificación que les contaba en su plan de capacitación. Sin embargo, a medida que se realizaban las intervenciones, los/as participantes manifestaban que los centros no cumplían con el bloqueo de horario debido a las altas demandas laborales contextualizadas en las necesidades organizacionales pre y post pandemia. Algunos de ellos/as atendían a más de una actividad y a la intervención. Todo lo anterior tuvo un impacto negativo en las intervenciones, no logrando el número mínimo (N=13) por centro e intervención. Lo anterior, provocó tomar medidas relevantes. Por ejemplo, el grupo control final (N=4), no pudo ser considerados en los análisis. Por tanto, de un diseño cuasiexperimental, se tuvo que optar por un diseño preexperimental (sin grupo control). Asimismo, la baja tasa de respuesta a los cuatro momentos temporales, tuvo como consecuencia que se tuvieran que unir los/as participantes de ambos centros para lograr el número mínimo de participantes que permitiera realizar los análisis estadísticos planteados. Lo anterior, tampoco permitió evaluar

diferencias por centro. Asimismo, se tuvo que optar por diferentes técnicas de análisis, debido al tamaño muestral final.

Conclusiones

Implicancias teóricas

Como implicancia teórica de este proyecto se destaca el aprendizaje respecto a las intervenciones psicológicas positivas en modalidad online. De acuerdo a la literatura revisada, manifiestan varias oportunidades, por ejemplo, el coste de implementación, llegada a mayor número de personas y mayor adherencia (Carolan et al., 2017; Remesal y Villaroel, 2023). Sin embargo, es necesario asegurar que la brecha tecnológica de los/as participantes es baja antes de implementar este tipo de intervenciones. Aunque no se pudo demostrar que las intervenciones fueron efectivas, si se evidenciaron cambios a través del tiempo en las variables evaluadas en el estudio. Lo anterior, pone un punto de atención en continuar aprendiendo respecto a las intervenciones psicológicas positivas, en este caso, intervenciones que potencien habilidades para liderazgos positivos. Hasta el año pasado, los informes anuales de la SUSESO, muestran que el liderazgo disfuncional es un riesgo crítico en las organizaciones chilenas. Por tanto, se requiere comprometer a las organizaciones para implementar intervenciones de carácter científico, que permitan evaluar la eficacia de intervenciones

Implicancias prácticas

Respecto a las implicancias prácticas, uno de los aspectos relevantes de este proyecto es la creación de un protocolo de intervención para el sector salud con tres tipos de intervenciones, estas son: Fortalezas del carácter, Regulación Emocional y Mindfulness y Retroalimentación Apreciativa. El protocolo es un manual descriptivo y aplicado que puede tener una utilidad práctica para quienes estén interesados conocer y aplicar desde la Psicología Ocupacional Positiva, contenidos actuales enfocado a mejorar habilidades de liderazgo transformacional en una modalidad online. Asimismo, se contribuyó a la formación de capital humano avanzado con la realización, ejecución y defensa de dos tesis del Magister en Psicología Social Mención Metodología de la Investigación de la Universidad de Talca.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio, se destacan seis: la primera limitación fue la pandemia y postpandemia, las que tuvieron un impacto relevante en el diseño e implementación de la intervención. Lo anterior, como se explicó anteriormente, tuvo repercusiones en el diseño de las intervenciones. Este cambio, de una modalidad presencial a una online, puso de manifiesto la poca experiencia en este tipo de modalidad para el equipo investigador. Provocando una inversión de tiempo que sobrepasó los límites del proyecto. Una segunda limitación es la brecha tecnológica de las organizaciones participantes, lo que visualiza que antes de diseñar e implementar este tipo de modalidad, se debe tener claridad respecto al nivel usuario de tecnología de los/as participantes. Una forma de afrontar este aspecto, es realizar sesiones instruccionales basales que permitan identificar estas brechas. La tercera limitación, se refiere al compromiso de la organización y sus jefaturas con los tiempos de participación de los/as participantes en las intervenciones. Aunque existía un compromiso inicial de bloqueo de horario y permisos para retirarse de los establecimientos en los horarios de las sesiones, los/as participantes estaban realizando dos o más actividades laborales (i.e., reuniones, atenciones a usuarios), mientras se realizaban las intervenciones. Lo anterior, provocaba que no estuvieran atentos a las actividades y baja participación. Como cuarta limitación, la poca experiencia de la empresa de formación y capacitación en diseños longitudinales de medición, lo que provocó inversión de tiempo y retrasos debido a que se tuvo que revisar y corregir en reiteradas

ocasiones, las bases de datos entregadas por la empresa al equipo investigador. Como quinta limitación, la muestra, la cual en el Tiempo 4, tuvo una baja participación, lo que provocó que el equipo de investigación tomara decisiones respecto al unir las modalidades online (i.e., híbrida y virtual) y los centros (i.e., Curicó y Maule); perdiendo de esta forma la posibilidad de análisis más específicos. Finalmente, una sexta limitación en términos de recursos económicos, una limitación para la ejecución de este tipo de proyecto, fue la forma en que se liberan los recursos económicos, los cuales no van en temporalidad para los procesos de investigación.

Fortalezas del estudio

Se pueden destacar cuatro fortalezas del estudio. En primer lugar, el equipo de investigación formado por expertos en Psicología Ocupacional Positiva, quienes son doctores/as y magíster en Gestión y Desarrollo de Organizaciones Saludables y Metodología de la Investigación, fortaleciendo el diseño metodológico como el diseño instruccional de las intervenciones que se plasman en el protocolo de intervención. En segundo lugar, se pudo comprender las complejidades del sector salud en términos de salud mental laboral como también los aspectos que permiten (o no) implementar intervenciones con un diseño cuasiexperimental longitudinal. En tercer lugar, las intervenciones diseñadas e implementadas se realizaron bajo bases teóricas y aplicadas robustas en Psicología Ocupacional Positiva unido a aspectos éticos y resguardos de integridad para los/as participantes. En tercer lugar, este proyecto pudo plasmar productos relevantes. En este sentido, se realizaron: un protocolo de intervención y dos tesis en el marco del Magíster en Psicología Social Mención Metodología de la Investigación de la Universidad de Talca. La primera de ella titulada “Evaluación de la eficacia de una intervención en Fortalezas del Carácter en Centros de Salud Públicos” y la segunda “Eficacia en una Intervención en Regulación Emocional en Centros de Salud Públicos de la Región del Maule”. Ambas tesis, fueron evaluadas por una comisión de tesis integrada por tres profesores/as y obtuvieron calificaciones de excelencia (6,5, y 7.0, respectivamente); se presentarán en congresos internacionales y se encuentran en preparación para someter a publicación en revistas indexadas. Finalmente, en cuarto lugar, este proyecto permitió la divulgación de contenidos referidos a las Intervenciones Psicológicas Positivas en Contexto laboral. Desde el año 2020, se realizaron 14 conferencias, en carácter de invitación, que permitieron plasmar en organizaciones del sector salud como de otros sectores la relevancia e implicancias teóricas como aplicadas de las intervenciones psicológicas positivas para desarrollar competencias y habilidades de Liderazgos en Chile debido a este tipo de proyectos que se enmarcan en diseños de investigación cuasiexperimentales. Por tanto estas conferencias tienen en rol de sensibilización para la participación en este tipo de investigaciones aplicadas. A continuación, se señalan las conferencias realizadas por la investigadora principal.

1. Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) Región del Maule. ‘Recursos personales, sociales y laborales: Su rol en la calidad de vida laboral’ (22 junio 2023).
2. Servicio de Salud Municipal San Clemente. ‘Recursos personales, sociales y laborales: Su rol en la calidad de vida laboral’ (14 junio 2023).
3. Contraloría General de la República. Santiago. ‘Recursos personales, sociales y laborales: Su rol en la calidad de vida laboral’ (23 de marzo 2023).
4. Programa Saludablemente Región de Coquimbo. ‘El poder de los recursos personales y laborales para desarrollar organizaciones saludables’ (14 de diciembre 2022)
5. Programa Saludablemente Región de Ñuble. ‘Recursos personales y Liderazgo Transformacional en Organizaciones Saludables’ (11 de noviembre 2022)
6. Programa Saludablemente Región del Maule. ‘El poder de los recursos personales y laborales para desarrollar organizaciones saludables’ (8 de noviembre 2022)

7. Primer Congreso de Psicología Positiva Aplicada. Conferencia invitada. Intervenciones Psicológicas Positivas en sector salud. Una aproximación desde los recursos personales (30 de septiembre 2022)
8. Unidad de Desarrollo Organizacional del Departamento de Salud de Curicó organizó por la 'V conmemoración del día internacional de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Conferencia: 'Intervenciones Psicológicas en contexto laboral: Una mirada desde la Psicología de la Salud Ocupacional' (2 de mayo 2022).
9. Tercer Encuentro Internacional de Bienestar Organizacional. RH Saludable (31 de marzo 2022).
10. Unidad de Desarrollo Organizacional. Departamento Comunal de Salud. Curicó. Conferencia: Universidad Autónoma de Chile. Coloquio: Calidad de vida y Riesgo Psicosocial 'Efectos del teletrabajo en Pandemia' (2021).
11. Unidad de Desarrollo Organizacional Departamento comunal de Salud. Jornadas de Ponencia Conmemoración día internacional de la Mujer 'Mujeres líderes. Por un futuro igualitario en el mundo de la COVID-19' (2021).
12. Universidad Miguel Hernández de Elche-España. II Jornadas de Trabajo, Recursos Humanos y Salud. Internacionalización ¿qué hacemos en Psicología del Trabajo, las organizaciones y los RRHH? Ponencia: 'Intervenciones psicológicas positivas en las organizaciones' (2021).
13. 2º Aniversario de CONFEDPRUS. Foro Panel: 'Salud mental, trabajadores y gremios de la salud: Situación actual y propuestas constituyentes' (2020).
14. 3º Conferencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (2020) Conferencia titulada: ¿Se puede ser feliz en el trabajo? Una aproximación desde el Modelo de Organizaciones Saludables. Dirección Comunal de Salud Municipalidad de Curicó

En conclusión, el proyecto contribuyó al conocimiento del diseño e implementación de intervenciones psicológicas positivas para desarrollar liderazgos positivos dentro de las organizaciones de salud creando, además, un protocolo de intervención. Sin embargo, todavía queda camino de aprendizaje que permita apoyar a las organizaciones a probar desde un diseño cuasiexperimental y longitudinal, la eficacia de intervenciones psicológicas positivas en contexto laboral.

Recomendaciones

De acuerdo con lo analizado, se proponen recomendaciones generales y específicas. En cuanto a las recomendaciones generales, los modelos de gestión de las organizaciones en su planificación estratégica deben considerar la salud mental laboral en términos de auditoría de salud ocupacional. Lo anterior, con el objetivo de contar con indicadores que les permita realizar acciones estratégicas de mejora y optimización. Asimismo, la mirada hacia las intervenciones psicológicas en las organizaciones requiere la implementación de diseños cuasiexperimentales y longitudinal (i.e., grupos control y medidas repetidas) que logre conocer la eficacia de las intervenciones realizadas. En cuanto a las recomendaciones específicas, las organizaciones del sector salud deben tener en cuenta aspectos relevantes antes de implementar las intervenciones, por ejemplo, evaluar la brecha tecnológica que poseen sus colaboradores/as para intervenciones en modalidad virtual. Asimismo, pueden generar una cultura de auditoría de salud mental donde los integrantes de la organización tengan claridad que la información solicitada tiene un diseño científico y es útil para la toma de decisiones estratégicas de mejora y optimización. Esto significa que la organización facilite (i.e., tiempos y estructura) la participación en las intervenciones psicológicas como en los momentos de levantamiento de información.

Referencias principales

- Acosta, H., Salanova, M., Llorens, S. (2012). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: El rol de la Confianza Organizacional. *Ciencia y Trabajo*, 41, 125-134. <http://bit.ly/3pJpGB8>
- Avolio, B., & Luthans, F. (2006). *High impact leader: Moments matter in authentic leadership development*. New York: McGraw-Hill.
- Bass, B. (1998). *Transformational leadership: Industry, military, and educational impact*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carolan, S., Harris, P., & Cavanagh, K. (2017). Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), 1-18. 10.2196/jmir.7583
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. Octava edición. McGraw-Hill. México.
- Castro, N. (2018). Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. *Ciencia & trabajo*, 20(63), 155-159. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000300155>
- Cummings, G., Midodzi, W., Wong, C., & Estabrooks, C. (2010). The Contribution of Hospital Nursing Leadership Styles to 30-day Patient Mortality. *Nursing Research*, 59(5), 331-339. 10.1097/NNR.0b013e3181ed74d5
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 115-159. Doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Dane, E. (2011). Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of Management*, 37(4), 997-1018. <https://doi.org/10.1177/014920631036794>
- Deci, E., Olafsen, A., & Ryan, R. (2017). Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Gabel, S. (2013). Transformational Leadership and Healthcare. *Medical Science Educator*, 23, 55–60. <https://doi.org/10.1007/BF03341803>
- Glomb, T., Duffy, M., Bono, J., & Yang, T. (2011). Mindfulness at work. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 30, 115-157. [https://doi.org/10.1108/S0742-7301\(2011\)0000030005](https://doi.org/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005)
- Ghielen, S., Van Woerkom, M., & Meyers., M. (2017) Promoting positive outcomes through strengths interventions: A literature review. *The Journal of Positive Psychology*, 13(6), 573-585. 10.1080/17439760.2017.1365164
- Gui, C., Luo, A., Zhang, P., & Deng, A. (2020). A meta-analysis of transformational leadership in hospitality research. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 32(6), 2137-2154. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-05-2019-0507>
- Gooty, J., Gavin, M., Ashkanasy, N., & Thomas, S. (2014). The wisdom of letting go and performance: The moderating role of emotional intelligence and discrete emotions. *Journal*

- of Occupational and Organizational Psychology*, 87(2), 392–413.
<https://doi.org/10.1111/joop.12053>
- Haver, A., Akerjordet, K., & Furunes, T. (2013). Emotion regulation and its implications for leadership: An integrative review and future research agenda. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(3), 287–303. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-11-2017-0737>
- Hermosilla, D., Amutio, A., Da Costa, S., & Páez, D. (2016). El liderazgo transformacional en las organizaciones: variables mediadoras y consecuencias a largo plazo. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 32(3), 135-143. <http://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.06.003>
- Hoffmeister, L., Vidal, C., Vallebuona, C., Ferrer, N., Vásquez, P., Núñez, G. (2014). Factores Asociados a Accidentes, Enfermedades y Ausentismo Laboral: Análisis de una Cohorte de Trabajadores Formales en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 16(49), 21-27.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000100005>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estas*. Barcelona, España: Editorial PAIDÓS.
- Kramer, A., & Son, J. (2016). Who Cares about the Health of Health Care Professionals? An 18-Year Longitudinal Study of Working Time, Health, and Occupational Turnover. *ILR Review*, 69(4), 939-960. <https://doi.org/10.1177/0019793916640492>
- Keng, S., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>.
- Llorens, S., Salanova, M., Torrente, P., & Acosta, H. (2013). *Interventions to Promote Healthy & Resilient Organizations (HERO) from Positive Psychology*. In Bauer, G., Jenny, G. (eds) *Salutogenic organizations and change*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6470-5_6
- Llorens, S., Salanova M., & Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción. *Directivos Construcción*, 220, 48-56.
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321-349. <https://doi.org/10.1177/0149206307300814>
- Malinga, K.S., Stander, M., & Nell, W. (2019). *Positive Leadership: Moving Towards an Integrated Definition and Interventions*. In Van Zyl, L., Rothmann, S. (eds) *Theoretical Approaches to Multi-Cultural Positive Psychological Interventions*. Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-20583-6_9
- Mesa, F. y Kaempffer, A. (2004). Absentismo laboral en Chile según tipo de puesto de trabajo. *Revista Médica Chile*, 132(9), 1100-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900012>
- Mesmer-Magnus, J., Manapragada, M., Viswesvaran, C., & Allen, J. (2017). Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of trait mindfulness. *Human Performance*, 30(2-3), 79-98. [10.1080/08959285.2017.1307842](https://doi.org/10.1080/08959285.2017.1307842)
- Muteswa, R. (2016). Qualities of a Good Leader and the Benefits of Good Leadership to an Organization: A Conceptual Study. *European Journal of Business and Management*, 8(24), 135-140.
- McMurray, A. (2007). Leadership in primary health care: An international perspective. *Contemporary Nurse*, 26(1), 30-36. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.26.1.30>

- Nieuwboer, M., Van der Sande, R., Van der Marck, M., Rikkert, O., & Perry, M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice, 25*(1), 7-18. 10.1080/13814788.2018.1515907
- Ng, T. (2017). Transformational leadership and performance outcomes: Analyses of multiple mediation pathways. *The Leadership Quarterly, 28*(3), 385-417. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.11.008>.
- Nielsen, K. & Noblet, A. (2019). Organizational interventions for health and well-being. A handbook for evidence-based practice. Routledge Psychological Interventions.
- Nielsen, K., & Miraglia, M. (2016). What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the “what works?” question in organizational intervention research. *Human Relations, 70*(1), 40–62. <https://doi:10.1177/0018726716670226>
- Oates, K. (2012). The new clinical leader. *Journal of Paediatrics and Child Health, 48*(6), 472-475. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02478.x>
- Olvera, J., Llorens, S., Acosta, H., y Salanova, M. (2017). El liderazgo transformacional y la confianza como antecedentes del desempeño en equipo en el ámbito sanitario. *Anales de Psicología, 33*(2), 365-375. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.237291>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo: resumen ejecutivo.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Enfermedad del coronavirus COVID-19: Informe de Situación – 178. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200716-covid-19-sitrep-178.pdf?sfvrsn=28ee165b_2
- Organización Mundial de la Salud (2020). Infecciones por coronavirus: Informe 05 de marzo 2020. https://www.who.int/topics/coronavirus_infections/es/
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths & virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. American Psychological Association.
- Rafferty, A., & Griffin., M. (2004). Dimensions of transformational leadership: Conceptual and empirical extensions. *The Leadership Quarterly, 15*(3), 329-354. <http://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.02.009>
- Remesal, A., Villarroel, V. (2023). Challenges for Post-Pandemic Virtual Education in Latin America: A Comparative Analysis of the Emergency Remote Higher Education Process in Chile, Mexico, and Ecuador. *Sustainability, 15*, 1-16. <https://doi.org/10.3390/su151914199>
- Rudolph, C., Murphy, L., & Zacher, H. (2020). A systematic review and critique of research on “healthy leadership”. *The Leadership Quarterly, 31*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2019.101335>.
- Salanova, M., Cifre, E., Grau, R., Llorens, S., Martínez, I. (2005). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. *Revista de Psicología del*

- Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 159-176.
<https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317039010.pdf>
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Estudios Financieros*, 303, 179-214. <http://bit.ly/2Mkn7ai>
- Salanova, M. & Llorens, S. (2016). Hacia una psicología positiva aplicada. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77847916001.pdf>
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I. (2012). We need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management* 37(6), 785-822, doi: 10.1177/1059601112470405
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H., & Torrente, P. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. *Terapia Psicológica*, 31(1), 101-113. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100010>
- Subirana, M., & Cooperrider, D. (2013). *Indagación apreciativa: Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*. Barcelona. Kairós.
- Sparr, J. L., & Sonnentag, S. (2008). Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 198–225. <https://doi.org/10.1080/13594320701743590>
- Stuber, F., Seifried-Dübon, T., Rieger, M., Gündel, H., Ruhle, S., Zipfel, S., & Junne, F. (2020). The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 94, 203–220. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01583-w>
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies* 3(1), 71–92 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5- 14. <https://doi-org.utalca.idm.oclc.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi-org.utalca.idm.oclc.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Superintendencia de Seguridad Social. (2018). *Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO/ISTAS21*. <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19640.html>
- Superintendencia de Seguridad Social (2018). *Informe Anual de Estadísticas de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia de Seguridad Social*. http://www.suseso.gob.cl/607/articles-496701_archivo_01.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social (2020). *Manual del Método del Cuestionario SUSESO/ISTAS21 versiones completa y breve*. https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_01.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social (2020). *Normas Emitidas por SUSESO en COVID-19*. https://www.suseso.cl/612/articles-587252_archivo_15.pdf

- Torrence, B., & Connelly, S. (2019). Emotion Regulation Tendencies and Leadership Performance: An Examination of Cognitive and Behavioral Regulation Strategies. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01486>
- Vásquez, M., Inostroza, Romina., & Acosta, H. (2021). Liderazgo transformacional: su impacto en la confianza organizacional, work engagement y desempeño laboral en trabajadores millennials en Chile. *Revista de psicología (Santiago), 30(1)*, 1-17. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2021.55066>
- Van Zyl, Ll., & Rothmann, S. (2020). Editorial: Positive Organizational Interventions: Contemporary Theories, Approaches and Applications. *Front. Psychol, 11*, 1-6. [10.3389/fpsyg.2020.607053](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607053)
- Van Diggele, C., Burgess, A., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Leadership in healthcare education. *BMC Medical Education, 20(456)*, 2-6. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>
- Villarroel, C., Busco, C., Neira, B., Ensignia., & Durán, P. (2018). Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud. *Ciencia & trabajo, 20(62)*, 76-79. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200076>
- Wang, G., Oh, I., Courtright, S., & Colbert, A. (2011). Transformational Leadership and Performance Across Criteria and Levels: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Research. *Group & Organization Management, 36(2)*, 223-270. <https://doi.org/10.1177/1059601111401017>
- Yang, Y. (2009). An investigation of group interaction functioning stimulated by transformational leadership on employee intrinsic and extrinsic job satisfaction. *Social, Behavior and Personality, 37(9)*, 1259-1278. <http://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.9.1259>