



COMPSIDEA

Revista Científica de la Facultad de Humanidades

ENERO - JUNIO

2026

VOLUMEN 3 - NÚMERO I



COMITÉ EDITORIAL

Director

Dr. Gretser Orellana

<https://orcid.org/0000-0001-6090-5192>

Editor

MSc. Agustín Riera

<https://orcid.org/0000-0002-4286-0207>

Comité Científico Nacional

MSc. Arianny Crespo

<https://orcid.org/0000-0001-5503-6009>

MSc. Marión Camacaro

<https://orcid.org/0009-0008-7063-7257>

MSc. Isabel Viscaya

<https://orcid.org/0009-0003-3317-5587>

Lcdo. José Gregorio Moreira

<https://orcid.org/0009-0000-3299-6744>

Lcda. Mayra Durán

<https://orcid.org/0009-0008-3482-8195>

Lcda. María José Montañez

<https://orcid.org/0009-0009-6185-9648>

Comité Científico Internacional

Dr. Eduardo Atencio

<https://orcid.org/0000-0003-0294-5289>

Lcdo. Óscar Terán

<https://orcid.org/0000-0002-1518-2818>

Equipo de Apoyo

Dr. Francisco Camacho

<https://orcid.org/0000-0002-0528-9523>

MSc. Juan Pablo Daboín

<https://orcid.org/0009-0005-0034-8554>

Lcda. Rosmer Peralta

<https://orcid.org/0009-0004-4016-0970>

ISSN: En proceso
Deposito Legal: LA2024000024

ISSN-L: En Proceso
Depósito Legal: LA2024000024



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



PRÓLOGO

Por: Dra. Aura Elisa Parra Morales
<https://orcid.org/0009-0005-9005-9237>

Porque reconocemos a la investigación como el arte de crear conocimientos, para impulsar el desarrollo integral de la sociedad e inspirar la construcción de un mundo mejor, nos enorgullece compartir con nuestros respetados lectores la producción en el área de las ciencias humanas y sociales que, rigurosamente, hemos seleccionado como parte de este nuevo número de nuestra Revista Compsideha, en el que promovemos el diálogo multidisciplinario necesario para comprender nuestra compleja realidad.

En esta edición el ser humano y su calidad de vida constituyen el eje en torno al cual giran los temas estudiados, con sentido crítico y profundo abordaje epistemológico y metodológico, por nuestros articulistas, quienes seleccionaron este órgano divulgativo como la ventana desde la cual comparten sus hallazgos con sus pares, a fin de contribuir con el avance del mundo científico; y con la comunidad interesada en participar en el proyecto más grande y noble: el logro de una mejor calidad de vida para todos.

Las producciones científicas seleccionadas para esta nueva edición de la revista COMPSIDEA versan sobre el ser humano, su liderazgo, su desempeño en las organizaciones, como un todo integrado por mente, cuerpo, emociones y expresión; además abordan la relación entre el bienestar individual y colectivo con la dinámica social, cultural y económica de las ciudades, en lo que representa la ineludible interrelación de las ciencias humanas con las ciencias sociales.

En tal sentido, invitamos a leer las investigaciones publicadas, a saber: “Clima y cultura organizacional: estrategias para gestionar el talento humano en la Unidad Odontológica Habach”, un enfoque sobre la importancia de la comunicación dentro de las organizaciones para la configuración de un ambiente laboral armonioso; “La soledad del gestor y la creación de capital social: redes de apoyo mutuo entre directivos escolares en contextos de vulnerabilidad”, en el cual se valora la importancia de la sinergia colectiva en el fortalecimiento de un liderazgo distribuido para generar bienestar y mayor eficacia en la gerencia institucional; y “Modelos terapéuticos tradicionales y nuevas tendencias de tratamiento psicológico dentro de la salud mental”, en el que se plantea la necesidad de conocer y explorar las posibilidades que ofrecen los diversos enfoques en la atención a la estabilidad conductual de la persona y de los grupos, sobre la base del rigor científico.



En cuanto a los factores que inciden en la desenvolvimiento del ser humano como parte de la sociedad, el lector dispondrá de los artículos “Percepción de afectación psicológica generada por ruido en los terminales de transporte terrestre de Barquisimeto”, en el cual se analiza la incidencia de los factores ambientales en el individuo y la colectividad y se considera la necesidad de establecer políticas públicas y educativas destinadas a controlar elementos perturbadores como el ruido; y “Manejo de residuos veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana de la ciudad de Lima, Perú”, estudio que aporta importantes orientaciones legales y corporativas para evitar la contaminación ambiental, tema de interés en todos los ámbitos y fundamento esencial para una convivencia saludable.

Con esta temática, estudiada desde la sensibilidad social y humana, la rigurosidad científica y el compromiso ético, continuamos dando pasos en la infinita senda del conocimiento, con el firme propósito de convertir estas páginas en horizonte para la investigación, en referencia para los estudios de las ciencias humanas y sociales, en un espacio de encuentro de las ideas innovadoras que requiere el cambiante mundo actual y un Ágora para la reflexión sobre el conocimiento pertinente en su intención de hacer de este planeta un lugar feliz.



TABLA DE CONTENIDO

ARTÍCULOS

Percepción de Afectación Psicológica Generada por Ruido en los Terminales de Transporte Terrestre de Barquisimeto.....	6
Manejo de Residuos Veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana de la Ciudad de Lima, Perú	33
Clima y Cultura Organizacional: Estrategias para Gestionar el Talento Humano en la Unidad Odontológica Habach	61

ENSAYOS

Modelos Terapéuticos Tradicionales y Nuevas Tendencias de Tratamiento Psicológico dentro de la Salud Mental.....	73
La Soledad del Gestor y la Creación de Capital Social: Redes de Apoyo Mutuo entre Directivos Escolares en Contextos de Vulnerabilidad.....	90



PERCEPCIÓN DE AFECTACIÓN PSICOLÓGICA GENERADA POR RUIDO EN LOS TERMINALES DE TRANSPORTE TERRESTRE DE BARQUISIMETO

Simón Antonio Jesús Torrealba Quintero¹

 <https://orcid.org/0009-0008-4469-1612>

Recibido: 22-09-2025

Aceptado: 19-06-2026

RESUMEN

La contaminación acústica es uno de los problemas ambientales más persistentes, con efectos psicológicos y sociales subestimados y en Venezuela, los estudios que vinculan el ruido con la salud psicológica en espacios de movilidad urbana son limitados. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el grado de percepción de afectación psicológica causada por el ruido en los terminales terrestres de Barquisimeto. Se realizó un estudio de campo con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo, mediante la aplicación de un cuestionario, estructurado en tres indicadores: percepción del ruido; afectación psicológica percibida; medidas de afrontamiento y percepción de soluciones. La muestra estuvo integrada por 131 participantes, distribuidos en transportistas, trabajadores, usuarios, vecinos y mecánicos. Los resultados muestran que en ambos terminales el ruido es percibido como un factor perturbador. En el Terminal de Barquisimeto los niveles más altos de afectación correspondieron a usuarios y vecinos, mientras que en el Terminal Central Simón Bolívar (Transbarca) destacaron los mecánicos. En conjunto, las ponderaciones evidenciaron una percepción de afectación psicológica significativa, reconociendo el ruido como un problema estructural y a priorizar, mediante medidas institucionales y educativas. Se concluye que la exposición prolongada al ruido en terminales urbanos genera una percepción de afectación psicológica significativa.

Palabras claves: contaminación acústica, percepción de afectación psicológica, terminales de transporte

PERCEPTION OF PSYCHOLOGICAL IMPACT CAUSED BY NOISE AT LAND TRANSPORT TERMINALS IN BARQUISIMETO

ABSTRACT

Noise pollution is one of the most persistent environmental problems, with underestimated psychological and social effects. In Venezuela, studies linking noise to psychological health in urban mobility spaces are limited. This study aimed to determine the degree of perceived psychological impact caused by noise in Barquisimeto's bus terminals. A field study was conducted with a quantitative approach and descriptive design, using a questionnaire structured around three indicators: noise perception; perceived psychological impact; coping measures; and perception of solutions. The sample consisted of 131 participants, distributed among transporters, workers, users, residents, and mechanics. The results show that in both terminals, noise is perceived as a disturbing factor. At the Barquisimeto Terminal, passengers and nearby residents were the most affected, while at the Simón Bolívar Central Terminal (Transbarca), mechanics were the most affected.

¹ Licenciado en Estudios Ambientales. Magister en Ciencias Ambientales, Mención: Evaluación del Impacto Ambiental. Doctorando en Ambiente y Desarrollo (Convenio UPTAEB-UNELLEZ)



Overall, the assessments revealed a perception of significant psychological impact, recognizing noise as a structural problem that requires prioritizing institutional and educational measures. It is concluded that prolonged exposure to noise in urban terminals generates a perception of significant psychological impact.

Keywords: noise pollution, perception of psychological impact, transport terminals

INTRODUCCIÓN

La contaminación acústica se reconoce actualmente como uno de los problemas ambientales más extendidos en los entornos urbanos y, paradójicamente, uno de los menos visibilizados en la agenda pública según Berglund et al. (1999), además la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) define este fenómeno como la presencia de sonidos indeseados o molestos que, por su intensidad, frecuencia o persistencia, producen efectos adversos sobre la salud física, psicológica y social de las personas, además a diferencia de otras formas de contaminación, el ruido no deja residuos materiales, pero sus impactos sobre el bienestar humano son acumulativos, insidiosos y, en muchos casos, irreversibles.

Asimismo, según el Tribunal de Cuentas Europeo (2025) la Organización Mundial de la Salud ha identificado el ruido como el segundo factor ambiental más dañino en Europa después de la contaminación atmosférica. Por otra parte, su creciente relevancia en América Latina exige estudios contextualizados que visibilicen su incidencia en las dinámicas urbanas locales (OMS, 2019). En las ciudades latinoamericanas, caracterizadas por procesos de urbanización acelerada, infraestructuras saturadas y sistemas de transporte público con alta densidad de flujo vehicular y humano, el ruido constituye un componente omnipresente del paisaje sonoro urbano, Díaz (2008). Esta condición se podría agudizar en espacios estratégicos como los terminales de transporte terrestre, donde confluyen múltiples fuentes acústicas: motores diésel, bocinas, altavoces, música a alto volumen, gritos de comerciantes, entre otros.

La suma de estas emisiones configura ambientes sonoros de exposición prolongada que afectan tanto a usuarios y trabajadores como a transportistas y comunidades circundantes. Estudios recientes han asociado la exposición sostenida a altos niveles de ruido con alteraciones del sueño, deficiencias cognitivas, problemas cardiovasculares, irritabilidad y deterioro del bienestar psicológico Babisch (2002). Sin embargo, en Venezuela, los análisis científicos que vinculen la contaminación acústica con la salud psicológica en terminales de transporte aún son escasos.



El presente artículo tiene como propósito contribuir a la comprensión de este fenómeno mediante el análisis de la percepción de afectación psicológica asociada a la exposición al ruido en los terminales de transporte terrestre de Barquisimeto, capital del estado Lara. La investigación se sustenta en la aplicación del cuestionario Contaminación Acústica en los Terminales de Transporte Terrestre y su Percepción de Afectación Psicológica (CATT-PAP), instrumento diseñado para evaluar la percepción diferencial de dicha problemática en función del rol desempeñado y del nivel de exposición de los distintos actores sociales que convergen en estos espacios. El estudio parte de la hipótesis de que la exposición continua al ruido en los terminales de transporte constituye un factor generador de afectación psicológica significativa, cuya intensidad varía según las características y condiciones de exposición de los diferentes grupos poblacionales.

El cuestionario se estructuró en torno a tres indicadores que guían el análisis: (1) percepción del ruido en el terminal, (2) afectación psicológica percibida y (3) medidas de afrontamiento y percepción de soluciones. Estos ejes permiten indagar no solo en la magnitud del problema desde la experiencia vivida por los encuestados, sino también en las posibles respuestas individuales e institucionales frente a la contaminación acústica.

La pertinencia de este estudio se justifica en varias dimensiones. En el plano teórico, ofrece evidencia de la comprensión de los impactos psicosociales del ruido en espacios de transporte, tradicionalmente abordados desde perspectivas ingenieriles o de salud física. En el ámbito social, visibiliza una problemática urbana frecuentemente subestimada, aportando datos útiles para fortalecer la conciencia pública y ciudadana. En el plano metodológico, valida el uso del cuestionario CATT-PAP como herramienta para evaluar percepciones diferenciadas en contextos urbanos.

Finalmente, desde la perspectiva práctica y de gestión, los resultados pueden servir como insumo para la formulación de políticas públicas, planes de mitigación sonora y programas de educación ambiental que promuevan entornos urbanos más saludables y sostenibles. En este marco, el objetivo general del artículo es precisar el grado de percepción de afectación psicológica causada por el ruido en las personas que se relacionan directamente con los terminales de transporte de Barquisimeto, aportando una visión integral que contribuya al debate académico y a la toma de decisiones en materia de gestión ambiental urbana.



MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo se enmarca en el paradigma positivista y adopta un enfoque cuantitativo, además de ser un estudio de campo con diseño descriptivo. Cuando se aborda el paradigma positivista García (1996) citado en Pérez (2004), señala que este es de carácter lógico, experimental, explicativo y racional, sustentado en la fiabilidad y validez estadística. Así mismo de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos basada en la medición numérica y el análisis estadístico.

Ahora bien, el Manual de la Universidad Yacambú (2024) define los estudios descriptivos como aquellos que “describir los hechos o fenómenos, detallando sus propiedades y características sin establecer relación entre ellas, limitándose a describir y medir la variable de estudio con sus respectivas dimensiones de acuerdo con cómo se presenta en la realidad o ambiente natural” (p.48). por otra parte, el diseño de la investigación fue de campo, dado que los datos se recolectaron directamente en el lugar de estudio. En este sentido, Tamayo y Tamayo (2002) sostienen que la investigación de campo es “aquella en la cual los datos se recogen directamente de la realidad; su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido, lo cual posibilita su revisión o modificación” (p.54).

Lo anterior se relaciona con este artículo, en el que se cuantificaron los datos para de manera descriptiva precisar el nivel de percepción de afectación psicológica generada por el ruido en los terminales, así como el grado de las medidas de afrontamiento y/o soluciones. Los datos fueron recolectados directamente en el lugar de estudio es decir los terminales de transporte terrestre de la ciudad de Barquisimeto mediante el uso de la herramienta de cuestionario.

En cuanto a la población en el contexto de esta investigación, se entiende como el conjunto de individuos, objetos o elementos que comparten características similares y ocupan un espacio determinado en un momento específico, delimitado por el ámbito del estudio (Ramírez, 1998). La población objeto para este estudio estuvo estratificada e integrada por transportistas (denominados operadores en la Central Simón Bolívar), trabajadores (incluyendo vendedores formales e informales, personal de servicio, seguridad y administrativos), usuarios y vecinos (sustituidos por mecánicos en el caso de la Central Simón Bolívar). La cantidad exacta de personas en cada grupo



varía según el año o la temporada; por ello, se trabajó con un promedio diario aproximado: 4345 personas en el Terminal de Barquisimeto y 1374 persona en Transbarca (este último sin vecinos en su área de influencia directa, pero con trabajadores especializados en mecánica).

En total, se estimó una población potencialmente afectada de 5.719 personas diarias en ambos terminales. Para el Terminal de Barquisimeto, Colmenares (presidente de la institución), citado por Cambero (2024), reporta un promedio de 3.000 usuarios diarios. A esta cifra se suman aproximadamente 900 transportistas (choferes y colectores de entre 400 y 500 unidades), 200 trabajadores que no realizan funciones de transporte y 245 vecinos directos (datos aportados directamente por la secretaría del presidente del terminal, Jhonny Colmenares).

En el caso de la Central Simón Bolívar, según información suministrada de manera directa en el año 2024 por Jonathan González, gerente de atención al público, el promedio diario incluye 38 operadores activos, 39 mecánicos, 1.175 usuarios y 122 trabajadores administrativos, de servicio y operadores no activos (aunque la empresa cuenta con 600 trabajadores aproximadamente, no todos hacen vida en el terminal). Además, se registraron de manera directa ocho comerciantes: seis en tres establecimientos formales dentro de la terminal y dos informales en los alrededores. Esta estimación totaliza unas 1.374 personas diarias expuestas a las mismas condiciones acústicas observadas en el Terminal de la 42.

Una vez identificadas las poblaciones, se procedió a seleccionar las muestras de estudio. Según Lechuga, Cruz y Otros (2025), la muestra comprende aquellos métodos para seleccionar las unidades de investigación que son utilizados al azar, de manera que todos los objetos o sujetos tienen la posibilidad de ser seleccionados como elemento representativo de la población de donde provienen. En este estudio, las muestras se dividen en dos grandes grupos: Grupo A, correspondiente al Terminal de Barquisimeto, y Grupo B, al Terminal Central Simón Bolívar. Cada grupo fue estratificado para lograr mayor precisión en los resultados. El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula estadística para poblaciones finitas, una versión ajustada de la propuesta por Cochran, que permite obtener muestras representativas sin que sean excesivamente grandes, lo que hace más manejable el estudio (Triola, 2004):

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:



n = Tamaño de la muestra ajustada

N = Tamaño de la población (4345 para el terminal de la 42 más 1374 para el de Transbarca)

Z = Índice o Nivel de confianza (1.645 para un nivel de confianza del 90%)

p = Probabilidad a favor= 0.5

q = Probabilidad en contra= 0.5

e = Margen de error aceptable= 0.10 (10% de margen de error)

Tras aplicar la fórmula y redondear, se obtuvo un tamaño muestral de 67 personas para el Grupo A y 64 para el Grupo B. dichas muestras fueron divididas por estratos quedando que en el Terminal de Barquisimeto (Grupo A), se tiene 16 Transportistas (choferes y colectores), 17 Trabajadores (vendedores formales e informales, personal de servicio, seguridad y administrativos), 16 Usuarios, 18 Vecinos. (No existen talleres mecánicos en este terminal). Y para el Terminal de Transbarca (Grupo B), los estratos fueron 15 Operadores (choferes activos), 16 Trabajadores (operadores no activos, vendedores, personal de servicio, seguridad, administrativos y excluyendo mecánicos), 15 Usuarios, y 18 Mecánicos. (No hay vecinos en un radio de influencia directa de 50 m).

La estratificación fue intencionada, considerando que las funciones y la ubicación de cada grupo influyen en los niveles/ tiempo de exposición al ruido. El muestreo intencional, según Ávila (2006), se caracteriza por seleccionar deliberadamente casos representativos, garantizando que los datos obtenidos sean pertinentes para los objetivos del estudio y permitan conclusiones más precisas y focalizadas.

En lo referente a la técnica de recolección de datos fue utilizada la encuesta, al respecto Hernández, Fernández y Batista (2014). esbozan que es “...una lista de preguntas escritas que pueden ser respondidas sistemáticamente y se puede utilizar para obtener opiniones y conocer actitudes, por lo tanto, para la mayoría de los cuestionarios y entrevistas no existen respuestas correctas” (p. 96), dicha técnica se apoyó en un instrumento tipo cuestionario el cual se denominó Contaminación Acústica en los Terminales de Transporte Terrestre y su Percepción de Afectación Psicológica (CATT-PAP). En relación con este instrumento, se destaca lo señalado por Rendón (2024), quien afirma que “el cuestionario es útil para obtener datos cuantitativos, es decir, datos que pueden ser cuantificados y analizados, esto realizado con la finalidad de identificar y analizar la problemática en estudio” (p.44).



El instrumento se estructuró a partir de tres indicadores claves: (1) Percepción del ruido en el terminal, (2) Afectación psicológica percibida, y (3) Medidas de afrontamiento y/o percepción de soluciones. Cada uno de estos indicadores está conformado por varios ítems, sumando un total de 19 afirmaciones o negaciones, cuyas opciones de respuesta se diseñaron en una escala tipo Likert de cinco alternativas: Totalmente de Acuerdo (T.A), De Acuerdo (D.A), Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo (N), En Desacuerdo (E.D) y Totalmente en Desacuerdo (T.D).

Para el tratamiento e interpretación de los datos, se utilizó una fórmula de ponderación basada en la escala de Likert, definida como:

$$PL = \frac{(n_1 * 5) + (n_2 * 4) + (n_3 * 3) + (n_4 * 2) + (n_5 * 1)}{100}$$

Donde:

PL: Ponderación de la escala de Likert

n_1 a n_5 : Porcentajes correspondientes a cada opción de respuesta, de la más favorable a la menos favorable, en función de la intencionalidad del ítem

Dado que los ítems del cuestionario están formulados de manera positiva (favorables), se asignaron los siguientes valores: 5 para T.A, 4 para D.A, 3 para N, 2 para E.D y 1 para T.D. Con base en los valores obtenidos, se establecieron los siguientes rangos interpretativos: Percepción de Afectación Muy Significativa (M.S): 4.00 – 5.00; Percepción de Afectación Significativa (Sig): 3.00 – 3.99; Percepción de Afectación Simple (Simp): 2.00 – 2.99; Percepción de Afectación Baja (B): 1.00 – 1.99; Sin Percepción de Afectación (SPA): 0.00 – 0.99

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros que detallan los valores por indicador y estrato poblacional, lo cual permite una interpretación del grado de afectación psicológica percibida en relación con la exposición al ruido ambiental en cada terminal. El análisis se realiza de forma descriptiva, facilitando la comprensión del impacto de percepción psicoemocional que produce la contaminación acústica en estos espacios de alta movilidad urbana, llegando a tener una comparación entre los dos espacios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con el propósito de precisar el grado de percepción de afectación psicológica causada por el ruido en las personas que se relacionan directamente con los Terminales de Transporte Terrestre de



Barquisimeto se aplicó el cuestionario denominado Contaminación Acústica en los Terminales de Transporte Terrestre y su Percepción de Afectación Psicológica (CATT-PAP) en dos espacios diferenciados: el Terminal de Barquisimeto y el Terminal Central Simón Bolívar).

El cuestionario permitió recolectar datos estratificados según los grupos involucrados en la dinámica funcional de cada terminal. En el caso del Terminal de Barquisimeto, participaron transportistas, trabajadores, usuarios y vecinos de las áreas colindantes; mientras que en el Terminal de Transbarca, la muestra incluyó operadores(choferes), trabajadores, usuarios y mecánicos. Esta diferenciación permitió una lectura más precisa de las percepciones en función de la relación e intensidad de exposición al ruido.

Aplicación del Cuestionario CATT-PAP en el Terminal de Barquisimeto

Indicador percepción del ruido en el terminal.

Partiendo del primer indicador del cuestionario CATT-PAP, denominado percepción del ruido en el terminal, se permite explorar cómo los diferentes actores sociales del Terminal de Pasajeros de Barquisimeto valoran la presencia, intensidad y frecuencia del ruido en su entorno cotidiano. Los ítems en este caso son 1. El nivel de ruido en el terminal es constantemente alto. 2. El ruido en el terminal interfiere con mis interacciones sociales y personales. 3. El ruido en el terminal me impide realizar actividades con normalidad. 4. La presencia de ruido en el terminal afecta mi capacidad para concentrarme en tareas importantes. 5. Me resulta difícil escuchar anuncios o mensajes importantes debido al ruido en el terminal.

A través de estos ítems, se busca captar la percepción del fenómeno sonoro en espacios de tránsito, trabajo, de espera o colindantes, tomando en cuenta las características propias de las actividades que allí se desarrollan. Este análisis resulta fundamental para comprender cómo se configura el ambiente acústico del terminal desde la experiencia vivida por quienes lo habitan o transitan.

El cuadro 1 presenta el resumen de los resultados obtenidos para los cinco ítems que conforman el indicador percepción del ruido en el terminal, diferenciados por estratos: usuarios, vecinos, trabajadores y transportistas. Se incluye el promedio general para cada grupo, así como la media de cada ítem. Este enfoque integral permite identificar tendencias y comparaciones entre los distintos actores evaluados, así como el grado de significancia de la percepción general del ruido como un factor perturbador en el entorno del terminal terrestre de Barquisimeto.

Cuadro 1

Resultados generales estratificados para el indicador percepción del ruido en el terminal de Barquisimeto

Estrato	Ítem					Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador (PL)
	1	2	3	4	5	
Usuarios	4,56	3,68	3,62	3,68	4,18	3,94 (Sig)
Vecinos	4,11	4,06	3,83	3,78	3,83	3,92(Sig)
Trabajadores	3,94	3,82	3,59	3,53	3,59	3,69 (Sig)
Transportistas	4,12	3,62	3,75	3,68	3,87	3,81 (Sig)
Total	4,18	3,79	3,69	3,66	3,86	
	(M.S)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	3,84 (Sig)

Construcción del investigador (2025)

Los resultados muestran que todos los estratos perciben el ruido del terminal como una afectación significativa, aunque con niveles variables según el tiempo de exposición y el rol o relación que tienen con el espacio. Los usuarios presentan el mayor promedio general (3,94 Sig), con una ponderación máxima en el ítem 1 (El nivel de ruido es constantemente alto con 4,56 M.S) y una muy alta en el ítem 5 (Me resulta difícil escuchar anuncios o mensajes importantes con 4,18 M.S). Esta tendencia sugiere que el ruido es una molestia constante que interfiere tanto en la percepción ambiental como en la funcionalidad del espacio terminal.

Los vecinos siguen en nivel de afectación (3,92 Sig), destacando en los ítems 1 (4,11 M.S) y 2 (4,06 M.S), lo cual refleja una clara percepción del ruido como un factor que perturba su cotidianidad incluso fuera del terminal, lo que sugiere efectos de contaminación acústica en la zona circundante. Los transportistas, con un promedio de 3,81, también manifiestan una percepción significativa del ruido, especialmente en los ítems 1 (4,12 M.S) y 5 (3,87 Sig). Dado su papel operativo, esta percepción probablemente esté vinculada a la dificultad para ejecutar tareas de conducción, maniobras o comunicación efectiva en ambientes ruidosos.

Por su parte, los trabajadores del terminal presentan el promedio más bajo (3,69), aunque igualmente dentro del rango de significancia. Esto puede indicar cierta tolerancia adaptativa por la exposición prolongada al ruido, sin que ello excluya sus efectos en la concentración (ítem 4) y la comunicación (ítem 5). En cuanto al promedio total del indicador (3,84), se confirma una percepción general significativa del ruido como elemento perturbador dentro del entorno terminal. Destacan especialmente los ítems 1 y 5 (4,18 y 3,86 respectivamente), lo que indica que el ruido



es percibido tanto como una constante ambiental como una barrera para la comunicación y la atención.

Indicador Afectación psicológica percibida.

Para el segundo indicador referente a la Afectación psicológica percibida se exploró cómo el ruido en el terminal afecta emocional y cognitivamente a las personas. Se abordando sensaciones de nerviosismo, dificultad para mantener la atención, fatiga mental, posibles alteraciones del sueño, malestares físicos (dolor de cabeza), percepción de productividad y agotamiento emocional. A través de estos siete ítems, se busca evidenciar el grado de afectación psicológica generada por el ambiente sonoro, considerando las percepciones de los distintos estratos encuestados, los ítems fueron los siguientes:

6. Siento sensación de nerviosismo, agitación o tensión por el ruido cuando estoy en el terminal. 7. Me resulta difícil mantener la atención en el terminal debido al ruido. 8. Experimentó fatiga mental después de estar en el terminal. 9. Mi calidad de sueño se ha visto afectada por la exposición constante al ruido del terminal. 10. He experimentado dolores de cabeza o malestar físico debido a la exposición al ruido del terminal. 11. Me siento menos productivo(a) o eficiente en mis actividades diarias después de estar en el terminal. 12. Siento una sensación de agotamiento emocional tras estar expuesto(a) al ruido del terminal.

Con este indicador se buscó identificar el impacto que tiene el ruido del terminal terrestre de Barquisimeto en el estado psicológico de los diferentes actores que hacen vida en este entorno urbano. Incluye dimensiones como el nerviosismo, el nivel de atención, la fatiga mental, los síntomas físicos (dolores de cabeza), el agotamiento emocional, la calidad del sueño y la percepción de productividad. A través del promedio de los siete ítems evaluados (mostrados en el cuadro 2), se logra una visión integrada del nivel de afectación que experimenta cada estrato frente al ruido ambiental en los terminales.

Cuadro 2

Resultados generales estratificados para el indicador Afectación psicológica percibida.

Estrato	Ítem							Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador (PL)
	6	7	8	9	10	11	12	



Usuarios	3,81	3,88	3,63	2,94	3,63	2,94	3,44	3,47(Sig)
Vecinos	3,83	3,78	3,83	4,39	3,83	3,78	3,78	3,89(Sig)
Trabajadores	3,47	3,41	3,82	3,12	3,18	3,18	3,18	3,34(Sig)
Transportistas	3,44	3,31	3,25	3,00	3,25	3,56	3,25	3,29(Sig)
Total	3.63	3.59	3.63	3.36	3.47	3.36	3.41	
	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	3,49 (Sig)

Construcción del investigador (2025)

El primer estrato representado por los usuarios del terminal presentó un promedio general de Likert de 3,47, que refleja una afectación significativa. El ítem con mayor puntuación fue el séptimo (3.88 Sig), lo que sugiere una alta percepción de dificultad para mantener la atención al estar en el terminal. También destaca el ítem 6 (3.81Sig), vinculado a la sensación de nerviosismo, agitación o tensión. En general, el nivel de perturbación experimentado por este grupo se encuentra solamente 2 puntos por debajo del promedio total.

En el caso de los vecinos, el promedio de Likert fue el más alto con un 3,89, pero también clasificado como afectación significativa. Este estrato presentó valores bastante equilibrados entre los diferentes ítems, a excepción de ítem 9 que obtuvo una ponderación de Likert de 4.39, siendo así la percepción de afectación del sueño muy significativa, de lo demás se destaca una percepción constante de malestar psicológico, posiblemente por la exposición prolongada al ruido, especialmente nocturno.

El promedio de la ponderación de Likert de los trabajadores fue de 3,34, lo que igualmente corresponde a una afectación significativa, Aunque no alcanza los niveles de los usuarios o vecinos, sí supera a los transportistas. Este resultado podría estar relacionado con una mayor adaptación al entorno ruidoso, dada su exposición continua durante sus jornadas laborales. Sin embargo, el ítem 8 (3,82 Sig) indica la presencia de síntomas fatiga mental que no deben subestimarse.

En cuanto al grupo de los transportistas obtuvo un promedio general de 3,29, lo que confirma una afectación significativa, aunque es el valor más bajo entre los cuatro estratos. Llama la atención el ítem 11 con una ponderación de 3.56, relativo a la productividad o eficiencia en las actividades diarias, lo cual tiene el valor más alto dentro de este grupo, su nivel de afectación psicológica, aunque moderado, es persistente.

El promedio global entre los cuatro estratos fue de 3,49, lo que denota una afectación psicológica significativa en la población en general. Los ítems más críticos fueron el 6 y el 8, con un valor de 3.63, lo que sugiere que la percepción del impacto de afectación psicológica del ruido en el terminal es alta. Aunque los niveles varían entre grupos, los resultados en conjunto confirman



que la exposición al ruido genera efectos psicológicos importantes que deben ser considerados en cualquier estrategia de gestión ambiental urbana.

Indicador Medidas de Afrontamiento y Percepción de Soluciones.

En este indicador se indagó sobre las estrategias personales o colectivas que los distintos actores del Terminal de Pasajeros de Barquisimeto han considerado o implementado frente a la exposición constante al ruido, así como sobre su percepción respecto a posibles soluciones institucionales o normativas. Para esto se aplicaron los siete ítems siguientes: 13. Intento evitar las zonas más ruidosas del terminal. 14. Uso tapones para los oídos u otros métodos para reducir el impacto del ruido. 15. Considero y me gustaría que se implementaran medidas para reducir la contaminación acústica en el terminal. 16. Creo que el ruido en el terminal podría afectar mi salud. 17. Me he planteado reducir mis visitas al terminal debido a la contaminación acústica. 18. Me gustaría que se ofrecieran campañas y/o programas de información y educación sobre los efectos del ruido en la salud. 19. Considero que deberían aplicarse sanciones a quienes generen ruido excesivo dentro del terminal.

Este apartado del cuestionario ofrece información clave sobre el nivel de sensibilización que poseen los usuarios, trabajadores, vecinos y transportistas acerca de los efectos del ruido en su salud y bienestar, así como su disposición a modificar conductas, adoptar medidas preventivas o demandar acciones correctivas. De esta manera, se aporta una mirada integral sobre el compromiso, la adaptabilidad y las expectativas sociales frente a una problemática ambiental que suele ser subestimada.

Con esta sección se busca comprender cómo los distintos actores vinculados al terminal terrestre de Barquisimeto enfrentan la contaminación acústica, ya sea mediante conductas de evitación, métodos de protección, manifestación de preocupación por la salud, o la demanda de soluciones institucionales. Asimismo, se evalúa la disposición colectiva hacia medidas informativas, educativas y sancionatorias. Los resultados generales se muestran en el cuadro 3 y arrojan un promedio total de 3,63, el cual se interpreta como una afectación significativa, revelando que, si bien existen diferencias entre estratos, en líneas generales los encuestados expresan un nivel considerable de preocupación y disposición frente al problema del ruido en el terminal.

Cuadro 3

Resultados generales estratificados para el indicador medidas de afrontamiento y percepción de soluciones.

Estrato	Ítem							Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador (PL)
	13	14	15	16	17	18	19	
Usuarios	4,75	1,12	4,75	3,75	3,12	4,75	4,68	3.85 (Sig)
Vecinos	4,56	1,67	4,78	4,17	3,61	4,83	4,67	4.04 (M.S)
Trabajadores	3,94	1,65	4,65	3,59	1,59	4,59	3,35	3.34(Sig)
Transportistas	3,75	1,38	4,69	3,63	1,63	4,69	3,19	3.28 (Sig)
Total	4,25	1,46	4,72	3,79	2,48	4,72	3,97	3.63 (Sig)

Construcción del investigador (2025)

Cuando se estudian los resultados generales del indicador estos cambian entre uno estrato y otro, pero en general tres presentan una percepción de afectación significativa, por otra parte, los vecinos con un promedio de la ponderación de Likert de 4,04 (muy significativa) son el grupo que más visiblemente manifiesta su deseo de recibir información, que se tomen acciones correctivas, y que se apliquen sanciones. Todo esto revela una afectación muy significativa en ítems clave como los relacionados con la educación ambiental (ítem 18) y la implementación de soluciones (ítem 15).

Los segundos con un valor más alto fueron los usuarios los cuales obtuvieron un promedio de ponderación de Likert (PL) de 3,85, este estrato destaca por mostrar un alto nivel de acuerdo en casi todos los ítems, especialmente en relación con la implementación de campañas educativas y medidas correctivas (ítem 18). Aunque registran un valor bajo en el ítem 14 (uso de tapones), su tendencia global denota una afectación significativa con componentes de alta sensibilidad frente al problema.

En cuanto a los Trabajadores estos presentan un promedio PL de 3,34, el cual también indica una afectación significativa, aunque más moderada que en el grupo anterior. Si bien se muestran altamente receptivos a campañas informativas (ítem 18: 4,59) y a medidas correctivas (ítem 15: 4,65), muestran bajos niveles de coincidencia con afirmaciones relacionadas con el uso de protección o reducción de permanencia en el terminal. Para dar cierre al indicador los transportistas indican un PL promedio de 3,28, lo que corresponde a una afectación significativa, estos exhiben un comportamiento de escepticismo o desapego frente a medidas de protección personal (ítem 14)



y frente a la idea de evitar el terminal. No obstante, muestran una postura más receptiva en relación con la implementación de campañas (ítem 18) y soluciones estructurales (ítem 15).

En cuanto al análisis integral del indicador sugiere que, si bien hay una baja aplicación de medidas personales de afrontamiento como el uso de tapones o evitar el terminal, existe una elevada valoración sobre la necesidad de intervenciones institucionales, informativas y correctivas. La comunidad expresa una preocupación generalizada sobre el impacto del ruido y manifiesta una actitud favorable hacia medidas preventivas, educativas y regulatorias, lo cual puede representar una base sólida para el diseño de políticas públicas en el entorno del terminal.

Análisis global de los resultados del cuestionario CATT-PAP. En el terminal de Barquisimeto

El instrumento abordó de manera estructurada tres dimensiones fundamentales: la percepción del ruido en el entorno terminal, la afectación psicológica percibida y las medidas de afrontamiento junto a la percepción de soluciones. El resultado general del cuestionario arrojó una ponderación total promedio de 3,66 lo cual se interpreta como una afectación significativa. Este resultado pone en evidencia que la contaminación acústica constituye un elemento perturbador real dentro del terminal de transporte terrestre de Barquisimeto, con manifestaciones tangibles en la percepción y el bienestar psicológico de las personas que lo frecuentan o habitan en sus cercanías.

La totalidad de los estratos evaluados se ubican dentro de la categoría de afectación significativa, lo que permite señalar que el ruido en el terminal de Barquisimeto representa un problema ambiental con incidencia en la percepción psicológica reconocida por sus actores sociales. Los vecinos, al vivir expuestos de forma prolongada, y los usuarios por la frecuencia de su tránsito, son los más afectados. Por su parte, transportistas y trabajadores parecen manifestar niveles menores de afectación, aunque no por ello insignificantes.

Los Vecinos del terminal son el grupo que refleja la mayor sensibilidad al fenómeno, con una ponderación de Likert promediada global de 3,90, situada en el rango de afectación significativa, muy próxima a la categoría de afectación muy significativa. Esta valoración está sustentada principalmente por la elevada preocupación manifestada en el tercer indicador, donde obtuvieron 4,04 puntos, lo cual revela una clara demanda de soluciones institucionales y un nivel de conciencia elevado sobre los efectos del ruido. Seguidamente los usuarios del terminal presentan una valoración de Likert promediada total de 3,70, también en el rango de afectación significativa. Este grupo muestra una percepción importante sobre el ruido (3,94) y, aunque la afectación psicológica



reportada fue levemente menor (3,47), la puntuación alta en medidas de afrontamiento (3,85) indica una disposición clara a adaptarse y buscar soluciones frente a este problema ambiental.

En tercer lugar, los transportistas registraron una ponderación promediada de Likert final de 3,55, lo que también corresponde a una afectación significativa, aunque con ciertos matices. Si bien reconocen la presencia del ruido (3,81), muestran una menor afectación psicológica (3,29) y una actitud más pasiva en cuanto a afrontar o modificar la situación (3,28). Esto podría estar relacionado con la normalización del ruido como parte de su entorno laboral habitual.

Finalmente, los trabajadores del terminal de Barquisimeto Constituyen el grupo con menor puntuación promediada total de Likert (3,51), aunque igualmente dentro del rango de afectación significativa. Su percepción del ruido (3,69) y la afectación psicológica (3,34) son moderadas, al igual que su implicación con medidas de afrontamiento (3,34). Esto sugiere un acostumbramiento a las condiciones acústicas del lugar, sin que ello signifique ausencia de impacto.

Aplicación del Cuestionario CATT-PAP en la central Simón Bolívar.

Dando continuidad a la investigación sobre los efectos de la contaminación acústica en los principales centros de transporte de la ciudad de Barquisimeto, se procedió a aplicar el mismo instrumento de recolección de datos (el cuestionario CATT-PAP), en una segunda área de estudio: el terminal de transporte terrestre Central Simón Bolívar. Esta nueva fase permitió contrastar y enriquecer la comprensión de la percepción social del ruido y su repercusión en la salud psicológica de los actores que conviven, trabajan o transitan en este espacio urbano. Al igual que en el terminal de Barquisimeto, se evaluaron tres dimensiones: percepción del ruido, afectación psicológica y medidas de afrontamiento. Hay que destacar que este terminal no cuenta con vecinos directos, así mismo cuenta con un tipo de trabajadores con condiciones de exposición al ruido diferente como lo son los mecánicos, y los choferes o transportistas son llamados operarios dentro de la institución. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el primer indicador.

Indicador Percepción del ruido en el terminal.

Este indicador está compuesto por cinco ítems diseñados para explorar la percepción de afectación psicológica sobre la intensidad, persistencia e impacto del ruido en el terminal Transbarca. En general, los resultados muestran que, aunque el nivel de afectación tiende a situarse en un rango significativo, existen diferencias notables entre los estratos evaluados. Los ítems son



los mismos que los aplicados en el terminal de Barquisimeto: son 1. El nivel de ruido en el terminal es constantemente alto. 2. El ruido en el terminal interfiere con mis interacciones sociales y personales. 3. El ruido en el terminal me impide realizar actividades con normalidad. 4. La presencia de ruido en el terminal afecta mi capacidad para concentrarme en tareas importantes. 5. Me resulta difícil escuchar anuncios o mensajes importantes debido al ruido en el terminal.

Este indicador sintetiza la valoración que los diferentes estratos sociales hacen sobre la presencia, constancia e interferencia del ruido en sus actividades cotidianas dentro del entorno del terminal. A partir del promedio obtenido de los cinco ítems evaluados, se puede determinar el nivel de afectación percibida en cada grupo encuestado. El resultado se ubica entre los rangos de la afectación simple y la significativa como se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4

Resultados generales estratificados para el indicador percepción del ruido en el terminal

Estrato	Ítem					Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador (PL)
	1	2	3	4	5	
Usuarios	3,07	2,73	2,73	2,87	3,07	2,89(Simp)
Mecánicos	4,11	3,83	2,89	3,11	3,28	3,44(Sig)
Trabajadores	3,13	3,00	3,00	3,31	2,94	3,07(Sig)
Transportistas	3,60	3,33	3,20	3,40	3,40	3,39(Sig)
Total	3,48	3,23	2,96	3,17	3,17	3,19(Sig)

Construcción del investigador (2025)

El promedio general de los cinco ítems evaluados en todos los estratos fue de 3,19, lo que indica una afectación significativa a nivel colectivo. Este resultado confirma que el ruido en el terminal Central Simón Bolívar es percibido como un factor ambiental que interfiere en mayor o menor grado en la experiencia diaria de los distintos actores del sistema terminal. La presencia constante de ruido y sus efectos sobre la comunicación, la concentración y las tareas operativas.

El estrato de los Usuarios registró una PL promedio de 2,89, valor que se interpreta como una afectación simple pero casi llegando a significativa. La percepción del ruido se sitúa mayoritariamente en una zona de neutralidad o leve molestia, lo cual sugiere que, si bien reconocen la presencia del ruido, no lo perciben como altamente perturbador en su día a día.



En cuanto a los Mecánicos (del taller interno del terminal) con una media del PL de 3,44, fue el grupo que manifestó mayor nivel de afectación significativa. El resultado refleja una percepción sostenida del ruido como un elemento perturbador constante, posiblemente asociada a la exposición prolongada en áreas y tareas donde la intensidad acústica es más elevada. Respecto a los Trabajadores del terminal, estos alcanzaron una media del PL de 3,07, correspondiente también a una afectación significativa, aunque moderada. El valor indica que el ruido tiene un efecto perceptible en sus actividades, especialmente en aspectos relacionados con la concentración y el desarrollo de tareas rutinarias.

Finalmente, los operadores de transporte (Transportistas) presentaron un PL promedio de 3,39, lo cual también se enmarca en una afectación significativa. La percepción elevada puede estar vinculada a la interacción constante con áreas operativas del terminal donde los niveles de ruido suelen ser más altos, sumado a la necesidad de estar atentos a señales auditivas importantes durante la operación vehicular.

Indicador Afectación psicológica percibida.

Este indicador permite evaluar el impacto emocional, cognitivo y físico que produce la exposición al ruido en el entorno de la Central Simón Bolívar. A través de siete ítems, se indaga en aspectos como el nerviosismo, la dificultad para concentrarse, la fatiga mental, posibles trastornos del sueño, malestares físicos como dolor de cabeza, la percepción de disminución en la productividad y el agotamiento emocional. El análisis de estos elementos, desde la perspectiva de los distintos estratos (usuarios, mecánicos, trabajadores y operadores), ofrece una visión integral del grado de afectación psicológica atribuida al ambiente sonoro dentro de este espacio de transporte esto a través de los siguientes ítems:

6. Siento sensación de nerviosismo, agitación o tensión por el ruido cuando estoy en el terminal. 7. Me resulta difícil mantener la atención en el terminal debido al ruido. 8. Experimentó fatiga mental después de estar en el terminal. 9. Mi calidad de sueño se ha visto afectada por la exposición constante al ruido del terminal. 10. He experimentado dolores de cabeza o malestar físico debido a la exposición al ruido del terminal. 11. Me siento menos productivo(a) o eficiente en mis actividades diarias después de estar en el terminal. 12. Siento una sensación de agotamiento emocional tras estar expuesto(a) al ruido del terminal. El análisis general se muestra a continuación en el cuadro 5.

Cuadro 5

Resultados generales estratificados para el indicador afectación psicológica percibida.

Estrato	Ítem							Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador (PL)
	6	7	8	9	10	11	12	
Usuarios	2,87	3,07	3,00	2,60	2,93	2,67	3,00	2,88(Sig)
Mecánicos	3,83	3,78	3,83	4,39	3,83	3,78	3,78	3,89(Sig)
Trabajadores	3,00	3,38	3,06	3,06	2,94	2,81	3,19	3,06(Sig)
Transportistas	3,40	3,40	3,33	3,07	2,73	2,87	2,73	3,07(Sig)
Total	3,28	3,40	3,31	3,28	3,11	3,03	3,17	3,23(Sig)
	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	(Sig)	

Construcción del investigador (2025)

En este caso, el comportamiento por estratos dio para identificar diferencias relevantes, los mecánicos alcanzaron la PL más alta (3,89), posicionándose en el umbral superior de la afectación significativa. Esto indica que quienes ejercen esta profesión en el terminal perciben una carga psicológica importante vinculada al ruido, probablemente debido a su exposición prolongada y cotidiana producto de sus labores.

Entre los operadores de transporte (3,07 PL) y trabajadores del terminal (3,06 PL) se presentaron promedios similares, ubicados dentro del rango de afectación significativa, aunque en niveles más bajos que el grupo de mecánicos, los resultados sugieren que el ruido impacta de forma estable en su salud emocional y en su desempeño diario, probablemente como efecto acumulativo de su jornada laboral. Por otra parte, los usuarios del terminal arrojaron el promedio más bajo (2,88 PL) entre los estratos evaluados, lo que se interpreta como una afectación simple. Dado que su exposición suele ser esporádica o limitada en el tiempo, la percepción del impacto psicológico es menos intensa que en los grupos con presencia prolongada en el lugar.

Para este indicador el promedio total de la ponderación de Likert fue de 3,23, lo que se clasifica como una afectación significativa. Esta cifra evidencia que la exposición al ruido dentro del terminal tiene repercusiones considerables en el bienestar psicológico de las personas, manifestándose en síntomas como nerviosismo, fatiga mental, dolores de cabeza, alteraciones en la calidad del sueño, agotamiento emocional y disminución de la productividad diaria. Los resultados generales del indicador reflejan que el ruido en el terminal Central Simón Bolívar representa una fuente de afectación de percepción psicológica para todos los estratos, aunque con niveles diferenciados según el tiempo de permanencia y el grado de exposición.

Indicador Medidas de Afrontamiento y Percepción de Soluciones.

Este indicador permite conocer las estrategias que adoptan los encuestados para enfrentar la contaminación acústica, así como su nivel de conciencia y disposición hacia posibles soluciones, para esto se aplicaron los siguientes 7 ítems: 13. Intento evitar las zonas más ruidosas del terminal. 14. Uso tapones para los oídos u otros métodos para reducir el impacto del ruido. 15. Considero y me gustaría que se implementaran medidas para reducir la contaminación acústica en el terminal. 16. Creo que el ruido en el terminal podría afectar mi salud. 17. Me he planteado reducir mis visitas al terminal debido a la contaminación acústica. 18. Me gustaría que se ofrecieran campañas y/o programas de información y educación sobre los efectos del ruido en la salud. 19. Considero que deberían aplicarse sanciones a quienes generen ruido excesivo dentro del terminal.

El análisis general del indicador Medidas de Afrontamiento y Percepción de Soluciones correspondiente a la central Simón Bolívar, se realizó a partir de los promedios de los ítems 13 al 19 del cuestionario CATT-PAP (ver cuadro 6). Este indicador permite valorar las acciones de afrontamiento adoptadas por los distintos actores del terminal ante la contaminación acústica, así como sus percepciones sobre la necesidad de implementar soluciones institucionales o normativas.

Cuadro 6.

Resultados generales estratificados para el indicador medidas de afrontamiento y percepción de soluciones.

Estrato	Ítem							Promedio de ponderación de escala de Likert del indicador PL
	13	14	15	16	17	18	19	
Usuarios	4,67	1,07	4,27	3,27	2,60	4,73	4,80	3,63(Sig)
Mecánicos	3,11	4,33	3,28	3,33	1,28	4,83	2,83	3,28(Sig)
Trabajadores	3,94	2,25	4,44	3,31	1,63	4,69	3,75	3,43(Sig)
Operadores	3,80	1,67	4,33	4,20	1,53	4,73	4,20	3,49(Sig)
Total	3,88	2,33	4,08	3,53	1,76	4,75	3,90	
	(Sig)	(Simp)	(M.S)	(Sig)	(Simp)	(M.S)	(Sig)	3,46 (Sig)

Construcción del investigador (2025)

Para este caso todos los estratos presentaron resultados similares, ubicándolos a todos dentro de la percepción de afectación significativa. Los usuarios obtuvieron un promedio general de la escala ponderada de Likert de 3,63 (el más alto entre todos), lo que corresponde a una afectación significativa. Este grupo mostró una actitud decididamente favorable hacia la implementación de



soluciones frente al ruido. Así mismo se resalta el alto nivel de acuerdo con la idea de evitar zonas ruidosas (4,67), la aplicación de sanciones (4,80) y el deseo de campañas informativas (4,73). En contraste, se evidencia una muy baja adopción de medidas personales como el uso de tapones auditivos (1,07) y un nivel intermedio de preocupación por los efectos del ruido en la salud (3,27). En conjunto, este grupo parece depender más de soluciones estructurales que de estrategias individuales.

El segundo estrato con el promedio de total de la ponderación de Likert más alto para este indicador fue el de los operadores los cuales alcanzo un valor de 3,49, manteniéndose dentro del rango de afectación significativa. Las valoraciones fueron particularmente altas en cuanto a la necesidad de campañas informativas (4,73), la implementación de sanciones (4,20) y la reducción del ruido mediante medidas específicas (4,33). Sin embargo, se reporta un bajo uso de estrategias personales como tapones (1,67) o la disminución de su permanencia en el terminal (1,53), a pesar de percibir un posible impacto del ruido sobre la salud (4,20). Esto revela una alta conciencia del problema, aunque limitada disposición a modificar conductas personales.

Muy cercano al conjunto anterior se ubicaron los trabajadores, grupo que obtuvo un promedio total de la ponderación de Likert de 3,43, reflejando igualmente una afectación significativa. Se destacan valores elevados en ítems relacionados con la necesidad de soluciones estructurales, como la implementación de medidas correctivas (4,44), campañas educativas (4,69) y sanciones (3,75). No obstante, se percibe baja disposición a reducir su presencia en el terminal (1,63) y una adopción moderada de medidas personales como el uso de tapones (2,25). Este patrón indica que, aunque los trabajadores reconocen los efectos negativos del ruido, sus estrategias de afrontamiento son más pasivas o institucionales que individuales.

Cerrando el indicador, los mecánicos presentaron un promedio total de la ponderación de Likert de 3,28, también clasificado como una afectación significativa. Las puntuaciones revelan un enfoque mixto: por un lado, una alta valoración de las campañas educativas (4,83) y un uso considerable de medidas de protección como tapones (4,33), lo que podría indicar mayor conciencia preventiva. Sin embargo, aspectos como la intención de reducir las visitas al terminal (1,28) y la percepción de la necesidad de sanciones (2,83) obtuvieron valores bajos. Esto sugiere que, si bien existe cierto grado de acción frente al ruido, la percepción de gravedad o urgencia no es homogénea en este grupo.



Ahora bien, el promedio total general del indicador fue de 3,46, lo que representa una afectación significativa para el conjunto de los participantes. Se observa una tendencia general hacia la valoración positiva de acciones institucionales (como sanciones y campañas informativas), pero una baja aplicación de estrategias individuales de mitigación. La mayoría de los estratos manifestaron su deseo de que se implementen soluciones, aunque persiste una resistencia o dificultad para adoptar medidas personales más activas.

Análisis global de los resultados del cuestionario CATT-PAP para el terminal Central

Simón Bolívar.

Con la aplicación del cuestionario CATT-PAP en el referido terminal, se buscó conocer el grado de percepción de afectación psicológica generada por el ruido en el lugar, esto con base a tres indicadores como lo fueron: Percepción del ruido en el terminal, Afectación psicológica percibida y Medidas de afrontamiento y percepción de soluciones. Los resultados demuestran una percepción de afectación significativa con una ponderación total de la escala de Likert de 3.35. Esto asegura que la contaminación acústica es una realidad para el terminal de Transbarca, con manifestaciones tangibles en la percepción y el bienestar psicológico de las personas que lo frecuentan o realizan labores en él.

La contaminación acústica en dicho terminal presenta efectos psicológicos percibidos por la población, llegando afectar de manera significativa a todos los estratos evaluados. Los mecánicos al estar expuestos de manera directa (por la naturaleza de sus funciones) son los más afectados, en cuanto a los operadores y el resto de los trabajadores la percepción psicológica que tienen del ruido es muy parecida (siendo ligeramente mayor en los primeros), esto debido a las áreas en donde realizan sus labores. Por otra parte, los usuarios fueron los que manifestaron un menor nivel, esto se podría atribuir a las zonas del terminal que utilizan y al poco tiempo que duran en él.

El estrato de usuarios obtuvo una ponderación global de Likert de 3,13, lo que se interpreta como una afectación significativa. Si bien su percepción sobre el ruido en el terminal fue relativamente baja (2,89), clasificándose como simple al igual que el nivel de afectación psicológica (2,88), en cuanto a la valoración de las medidas de afrontamiento y percepción de soluciones (3,63), esta indica que los usuarios perciben significativamente las consecuencias notables del ruido en su bienestar y están abiertos a propuestas de mejora. Esto sugiere que, aunque



no siempre identifican al ruido como un problema constante, sí reconocen sus efectos y valoran las posibles soluciones.

Los mecánicos registraron una ponderación de la escala de Likert promedio -general de 3,53, correspondiente a una afectación significativa. Presentaron una percepción moderadamente alta del ruido (3,44) y una afectación psicológica considerable (3,89), lo que refuerza la idea de que sus labores son fuentes generadoras de contaminación acústica. Aunque las medidas de afrontamiento (3,28) no fueron las más elevadas entre los estratos, reflejan una preocupación sostenida y una disposición a buscar soluciones. Este grupo evidencia una relación directa entre la exposición continua al ruido y su impacto en la percepción psicológica.

El grupo de trabajadores alcanzó una puntuación general en la ponderación de la escala de Likert de 3,24, también dentro del rango de afectación significativa. Este estrato manifestó una percepción intermedia del ruido (3,07), una afectación psicológica similar (3,06) y una valoración positiva de las medidas de afrontamiento (3,43). Estos resultados reflejan una conciencia clara del problema en su ambiente laboral, aunque posiblemente atenuada por cierta habituación a las condiciones de trabajo. No obstante, la respuesta favorable hacia las posibles soluciones denota apertura al cambio y a la mejora del entorno sonoro.

Los operadores obtuvieron una media general en su ponderación de Likert de 3,28, lo que corresponde a una afectación significativa. Perciben de forma importante la presencia de ruido (3,39), así como su impacto psicológico (3,07) y valoran de forma considerable las acciones para afrontarlo (3,49). Esta percepción integral sugiere que, pese a estar constantemente expuestos al ruido como parte de su labor diaria, reconocen tanto el malestar que este genera como la necesidad de implementar estrategias correctivas. Su disposición a considerar medidas apunta a una valoración crítica del entorno acústico del terminal.

Al integrar los resultados de todos los estratos, la ponderación total del instrumento alcanzó un promedio de 3,35, ubicándose en el rango de percepción de afectación significativa. Todos los indicadores obtuvieron valores que reflejan un reconocimiento generalizado del problema del ruido en el terminal de Transbarca, con especial énfasis en la disposición hacia soluciones (3,46). Aunque la percepción del ruido (3,19) y la afectación psicológica (3,23) fueron más moderadas, siguen siendo representativas de un entorno que genera malestar. El análisis global confirma que la contaminación acústica es un factor con implicaciones importantes para la salud mental y la calidad



de vida en este espacio urbano, y que los diversos actores involucrados reconocen tanto su existencia como la necesidad de atenderla.

Análisis Comparativo Entre Ambos Terminales

El análisis comparativo entre ambos terminales revela que la contaminación acústica es percibida como un problema significativo en los dos espacios, aunque con diferencias en cuanto a la intensidad de la afectación y la valoración de las soluciones por parte de los distintos estratos sociales involucrados. En el caso del Terminal de Pasajeros de Barquisimeto, se observó una mayor percepción del ruido ambiental (3,84) en comparación con el terminal Transbarca (3,19). Esta discrepancia podría explicarse por la diferencia entre los niveles sonoros, características estructurales, el volumen de tránsito vehicular y la organización operativa de ambos espacios. Sin embargo, en términos de afectación psicológica percibida, los niveles son similares: 3,49 para el de Barquisimeto y 3,23 para el Simón Bolívar, lo que sugiere que ambos entornos generan malestar emocional y psicológico que es percibido por quienes los frecuentan, aunque en grados variables.

Por otro lado, el indicador de las medidas de afrontamiento y la percepción de soluciones este fue el que obtuvo las mejores puntuaciones en Transbarca (3,46), y el segundo más elevado para el terminal de Barquisimeto (3,63), indicando que, si bien en ambos casos se reconoce la necesidad de atender el problema, la disposición hacia el cambio es ligeramente mayor en el entorno del terminal tradicional, quizás debido a una mayor experiencia de exposición prolongada o al grado de organización de los actores sociales allí presentes. A nivel de estratos, los vecinos (terminal de Barquisimeto) y los mecánicos (Central Simón Bolívar) fueron los más sensibles a los efectos del ruido, alcanzando las ponderaciones más altas en la percepción de afectación psicológica del problema. Esto refuerza la idea de que la población circundante es la que sufre con mayor intensidad las consecuencias del ruido ambiental continuo. Y que los mecánicos realizan actividades de naturaleza ruidosa.

En el caso de los usuarios, los resultados muestran una diferencia marcada entre ambos terminales. En el terminal de Barquisimeto, la percepción del ruido alcanzó un promedio de la ponderación de Likert de 3,94 (significativa), mientras que en Transbarca fue de 2,89, lo que representa un descenso notable y sitúa la percepción en un nivel de afectación simple. Esta diferencia sugiere que los usuarios perciben una exposición sonora más intensa y molesta en el terminal de Barquisimeto que en el Simón Bolívar. En cuanto a la afectación psicológica percibida,



ambas instalaciones vuelven a presentar valores disimiles; 3,47 en terminal de Barquisimeto (percepción de afectación significativa) y 2,88 en T Central Simón Bolívar (percepción de afectación simple).

Un aspecto destacable es que, pese a que en la central Simón Bolívar los usuarios reportan una menor percepción del ruido, se evidencia una predisposición activa a buscar soluciones, como lo refleja el alto puntaje (significativo) en el indicador de medidas de afrontamiento y percepción de soluciones (3,63), muy cercano al registrado en el terminal de Barquisimeto (3,85). En conjunto, estos resultados permiten inferir que, aunque los usuarios de Central Simón Bolívar perciben menor ruido, no están exentos de sentir algún grado de afectación, y se mantienen receptivos ante propuestas de mitigación

Los resultados globales del cuestionario en los usuarios evidencian diferencias relevantes entre ambos terminales. En el terminal de Barquisimeto, los usuarios obtuvieron una ponderación total de 3,70, lo que representa una afectación significativa; mientras que, en el Simón Bolívar, la puntuación fue de 3,13, manteniéndose también dentro del rango de percepción de afectación significativa, pero en un nivel considerablemente más bajo.

En contraste, los trabajadores y transportistas/operadores mostraron niveles similares de percepción de afectación significativa, en ambos terminales, tanto en cada indicador como en total global (3.51 en el terminal de Barquisimeto, 3.24 en Transbarca para los trabajadores, así como 3.55 y 3.28 respectivamente para los transportistas u operadores). Por lo que solo se evidencia una leve diferencia siendo menos el nivel en la central Simón Bolívar, lo que puede deberse a una normalización del ruido en su entorno laboral cotidiano o a que es un espacio posiblemente menos ruidoso. Sin embargo, también se evidencia que estos grupos reconocen la importancia de implementar medidas de mejora.

Finalmente, la puntuación global del instrumento fue de 3,66 para el terminal de Barquisimeto y de 3,35 para el otro, ambos dentro del rango de afectación significativa, lo que permite afirmar que: La contaminación acústica constituye un problema común en ambos terminales de transporte terrestre de la capital larense, generando impactos psicológicos notorios y una preocupación creciente entre los distintos actores sociales. Aunque el nivel de exposición varía, existe una percepción compartida de malestar y una disposición a adoptar medidas que contribuyan a mitigar sus efectos, lo cual plantea un escenario favorable para el diseño e implementación de estrategias integrales de gestión del ruido en estos espacios urbanos.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio permitió determinar el grado de percepción de afectación psicológica ocasionada por el ruido en las personas vinculadas a los terminales de transporte de Barquisimeto. Los resultados obtenidos evidencian que la contaminación acústica constituye una problemática ambiental y social de carácter significativo en ambos terminales evaluados, en concordancia con lo planteado por Babisch (2002) respecto a la relación entre el ruido y el deterioro del bienestar psicológico. Asimismo, se identificó que dichas repercusiones se manifiestan de manera diferenciada según el estrato poblacional y las condiciones estructurales propias de cada espacio.

En el Terminal de Barquisimeto, la percepción del ruido se evidenció de forma más intensa, alcanzando niveles de afectación psicológica significativa en todos los grupos evaluados, con especial énfasis en vecinos y usuarios, quienes experimentan de manera más directa la exposición prolongada o reiterada. En el Terminal de Simón Bolívar, aunque la percepción global de afectación fue también significativa, los valores fueron relativamente más moderados, lo que puede vincularse con diferencias en el diseño arquitectónico, la organización operativa, el estado de la flota y el volumen de tránsito. No obstante, en este caso se destacó el grupo de mecánicos como el más afectado, debido a la naturaleza de sus labores en ambientes de elevada exposición sonora.

El análisis comparativo entre ambos terminales muestra que, si bien los niveles de percepción varían, la contaminación acústica es reconocida en los dos espacios como un factor de perturbación real que incide en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de los actores sociales involucrados. Asimismo, se constató una disposición generalizada a valorar medidas institucionales y educativas por encima de estrategias individuales de mitigación, lo que sugiere que los encuestados perciben la problemática como de carácter estructural y no únicamente personal.

En términos generales, los resultados obtenidos permiten sostener que la exposición al ruido en los terminales de transporte urbano genera una percepción de afectación psicológica significativa, confirmando la conjetura inicial de la investigación. Estos hallazgos aportan una evidencia novedosa en el contexto venezolano, visibilizando una dimensión frecuentemente subestimada de la gestión ambiental en entornos de movilidad urbana. De igual forma en el aspecto de gestión institucional y normativa se recomienda que los organismos responsables de la



administración de los terminales incorporen la variable acústica en sus planes de gestión ambiental, desarrollando normativas específicas de control y sanción para la generación excesiva de ruido dentro de las instalaciones.

Asimismo, es pertinente evaluar mejoras en la infraestructura física de los terminales que permitan atenuar la propagación del ruido, tales como barreras acústicas, techos aislantes o redistribución de áreas de alto impacto sonoro. En cuanto a las campañas educativas y de sensibilización, los resultados muestran una alta receptividad hacia programas de información sobre los efectos del ruido en la salud, por lo que se recomienda implementar campañas dirigidas a usuarios, transportistas y trabajadores que promuevan prácticas de convivencia sonora más sostenibles. En cuanto a las medidas preventivas individuales, aunque los encuestados manifiestan baja disposición al uso de estrategias personales, se sugiere fomentar la adopción de recursos simples como protectores auditivos en grupos de alta exposición (mecánicos, transportistas, trabajadores y vecinos), junto con capacitaciones sobre su importancia.

De la misma forma se propone establecer un sistema de medición periódica de los niveles de ruido en los terminales de transporte, de manera que los datos obtenidos permitan diseñar estrategias de mitigación basadas en evidencia y evaluar la efectividad de las acciones implementadas. Finalmente conviene ampliar los estudios hacia otras ciudades del país, así como profundizar en el análisis de los efectos fisiológicos del ruido, a fin de complementar la dimensión psicológica aquí explorada y contribuir a un abordaje integral del problema.

REFERENCIAS

- Ávila, H.L. (2006) *Introducción a La Metodología de La Investigación*. <https://es.scribd.com/document/250706272/Avila-Baray-H-L-2006-Introduccion-a-La-Metodologia-de-La-Investigacion>
- Babisch, W. (2002). *The Noise/Stress Concept, Risk Assessment and Research Needs*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537836/>
- Berglund, B., Lindvall, T. y Schwela D. (1999). *Guidelines for community noise*. Organización Mundial de la Salud; Cluster of Sustainable Development and Healthy Environment; Department of the Protection of the Human Environment; Occupational and Environment Health. <https://iris.who.int/handle/10665/66217>
- Cambero, L. (2024). *Terminal de Pasajeros de Barquisimeto refuerza la seguridad y aumenta la movilidad*. <https://www.elimpulso.com/2024/01/01/terminal-de-pasajeros-de-barquisimeto-refuerza-la-seguridad-y-aumenta-la-movilidad-lene/>



- Díaz, D. (2008). *Ruidos molestos pueden causar sordera*. <http://www.vitalis.net/actualidad87.htm>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C y Bastidas Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill.
- Lechuga, C., Cruz, D., y Otros (2025). *Población, muestra y muestreo*. <https://dspace.uaeh.edu.mx/server/api/core/bitstreams/75f0b576-e8c9-4e53-bd3b-8fcbcb265597/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. Ginebra, ONU. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053563>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Ruido ambiental. En le compendio de la OMS y otras directrices de la ONU sobre la salud y medio ambiente, Capítulo 11*. Ginebra, ONU. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/who-compendium-on-health-and-environment/who_compendium_noise_01042022.pdf?sfvrsn=bc371498_3
- Pérez, G. (2004) *Pedagogía social, educación social: Construcción científica e intervención práctica*. Narcea Ediciones Madrid
- Ramírez, T. (1998) *Población y Muestra*. http://www.foroswebgratis.com/mensaje-re_poblacion_y_muestra-46285-305687-l-926136.htm
- Rendón, U. (2024). *Gestión integral de residuos sólidos centrada en la educación ambiental en la comunidad El Muró Quito, Ecuador*. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Estudios Ambientales. Universidad Yacambú. https://biblioteca.uny.edu.ve:9443/Bonline/TG/TG_HEA_348.pdf.
- Tamayo y Tamayo, M. (2002). *Metodología formal de la investigación científica*. México, D.F: Grupo Noriega Editores. Editorial Limusa S.A.
- Tribunal de Cuentas Europeo (2025). *Informe especial. Contaminación Urbana en la UE. Las ciudades tienen un aire más limpio, pero siguen siendo demasiado ruidosas*. Unión Europea. https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2025-02/SR-2025-02_EN.pdf
- Triola, M. (2004). *Estadística*. (9^{na}. ed). México: Pearson educación
- Universidad Yacambú. (2024). *Manual para la presentación de escritos académicos*. <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-yacambu/introduccion-a-la-psicologia/manual-de-escritos-academicos-2024/118022704>



MANEJO DE RESIDUOS EN LA CLÍNICA VETERINARIA CORTEGANA DE LA CIUDAD DE LIMA, PERÚ

VETERINARY WASTE MANAGEMENT AT THE CORTEGANA VETERINARY CLINIC IN LIMA, PERU

Julio Roberto Peña Martínez¹

Luisa Arismendi Collantes²

 <https://orcid.org/0009-0008-8688-2628>

 <https://orcid.org/0000-0003-0214-1002>

Recibido: 19-11-2025

Aceptado: 01-12-2025

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar el manejo de los residuos veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana, en relación con la Norma Técnica de Salud N°144-MINSA/2018/DIGESA. La investigación adopta un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, descriptivo y de campo; para ello, emplea como técnicas de recolección de datos la observación, listas de chequeo y monitoreo. Los resultados reflejan las fuentes generadoras y la cantidad de residuos producidos por clase, además de deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente, especialmente en la segregación, almacenamiento y supervisión de residuos peligrosos. Se evidencia desconocimiento del personal sobre la clasificación de residuos y sus obligaciones legales, así como la ausencia de capacitaciones formales. Además, se determina que la clínica carece de un sistema de monitoreo riguroso, lo que incrementa los riesgos ambientales y sanitarios. En definitiva, la gestión de residuos en la clínica requiere mejoras en infraestructura, segregación y capacitación para garantizar su adecuado manejo y reducir riesgos.

Descriptores: Manejo de residuos veterinarios, norma técnica de salud, clínica veterinaria.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the management of veterinary waste at the Cortegana Veterinary Clinic, in relation to the Health Technical Standard N°144-MINSA/2018/DIGESA. The research adopts a quantitative approach, with a non-experimental, descriptive, and field design; for this purpose, it employs observation, checklists, and monitoring as data collection techniques. The results reflect the generating sources and the quantity of waste produced by class, as well as deficiencies in compliance with current regulations, especially in the segregation, storage, and supervision of hazardous waste. It is evident that personnel lack knowledge regarding waste classification and their legal obligations, as well as an absence of formal training. Furthermore, it is determined that the clinic lacks a rigorous monitoring system, which increases environmental and sanitary risks. In short, waste management at the clinic requires improvements in infrastructure, segregation, and training to guarantee adequate handling and reduce risks.

Keywords: Veterinary waste management, technical health standard, veterinary clinic.

¹ Licenciado en Estudios Ambientales.

² Ingeniero agrónomo; Magister en Educación, Doctora en Gerencia



INTRODUCCIÓN

A nivel global, la problemática de los residuos ha adquirido una relevancia creciente debido al impacto ambiental, económico y social que puede generar su inadecuado manejo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), los residuos mal gestionados contribuyen significativamente a la contaminación del aire, el agua y el suelo, y representan una amenaza directa para la salud humana, la biodiversidad y los ecosistemas. Este desafío se intensifica en sectores específicos como el de la salud, donde los residuos hospitalarios (incluyendo los veterinarios) podrían presentar características únicas que requieren un manejo especializado.

De los residuos hospitalarios el 15% son residuos peligrosos OMS (2024), dentro de este porcentaje se incluyen residuos biológicos, químicos y farmacéuticos que, de no ser tratados adecuadamente, pudieran llegar a causar la proliferación de microorganismos patógenos, liberación de toxinas y generación de condiciones peligrosas tanto para los trabajadores como para las comunidades circundantes.

Así mismo la OMS (2018) clasifica estos residuos en siete (7) tipos principalmente: Residuos infecciosos, residuos patológicos, desechos punzantes, residuos químicos, residuos farmacéuticos y citotóxicos, residuos radioactivos, residuo no peligroso o general. Por lo cual el manejo de los residuos veterinarios representa un desafío ambiental sanitario que requiere una gestión adecuada para minimizar riesgos y cumplir con la normativa vigente. Esto requiere de un tratamiento diferenciado para evitar impactos negativos en la salud pública y el medio ambiente.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), los residuos hospitalarios mal gestionados pueden contaminar suelos y fuentes de agua, además de exponer al personal y la comunidad a agentes infecciosos y químicos peligrosos. Mientras que la exposición directa a estos residuos incrementa el riesgo de infecciones y enfermedades (Soto, 2019), de igual manera esta autora señala que “La inquietud mundial sobre los desechos hospitalarios como uno de los principales problemas ambientales y sociales, surgió durante los años 70 como resultado de una mayor toma de conciencia con respecto al daño que estos desechos tienen sobre el ser humano” (p. 13).

En este sentido, el cumplimiento de normativas resulta es fundamental para mitigar estos impactos, ante esto en Perú se cuenta con una serie de instrumentos legales de diferentes rangos para el manejo de los establecimientos de salud, incluyendo el manejo de sus residuos entre estos



destaca la Norma Técnica de Salud (NTS) N°144-MINSA/2018/DIGESA (2018) la cual establece lineamientos específicos para la segregación, almacenamiento y disposición de estos residuos.

Sin embargo, la aplicación de estas normativas enfrenta múltiples desafíos, como la falta de recursos, capacitación insuficiente y limitada fiscalización, al respecto Torres (2021), destaca que menos del 40% de las instituciones hospitalarias del Perú cumplen plenamente con estas disposiciones legales, lo que evidencia una fisura significativa entre la normativa y su implementación en la práctica.

Cuando se trata del caso concreto de las clínicas veterinarias, el problema pudiese ser más complejo debido a los riesgos asociados al manejo de residuos veterinarios. La Clínica Veterinaria Cortegana, ubicada en la ciudad de Lima Perú, representar un caso de particular interés para estudiar esta problemática, ya que, con el aumento en la demanda de servicios veterinarios, la generación de residuos también va creciendo significativamente, lo que plantea incógnitas sobre la capacidad de la clínica para gestionar estos residuos de manera adecuada y conforme a las normativas vigentes.

Entre los residuos generados en esta clínica se pueden encontrar los residuos biológicos como tejidos y fluidos animales, los punzantes como agujas, jeringas, bisturí cuchillos, hojas de afeitar y los residuos químicos derivados de medicamentos y productos de limpieza. Aunque estos residuos son comunes en el ámbito veterinario, la falta de mecanismos adecuados para su segregación, almacenamiento y disposición final puede generar riesgos ambientales y de salud. Como lo plantea un estudio realizado por Ramírez et al. (2022) donde destaca que el 65% de las clínicas veterinarias en Lima carecen de un sistema de manejo integral de residuos, lo que incrementa la posibilidad de contaminación cruzada y exposición a sustancias tóxicas.

En este marco, resultó imprescindible llevar a cabo una investigación para analizar de manera exhaustiva el manejo de los residuos en la Clínica Veterinaria Cortegana desde sus fuentes de origen, la cantidad de residuos generados por clase y tipo, así como las condiciones actuales de manejo dentro de dicho establecimiento. Esto se puede apoyar debido a que en visitas y conversaciones informales con los trabajadores de la clínica estos manifestaron preocupación de saber si están cumpliendo a cabalidad con lo establecido por las normas en cuanto al manejo de residuos con respecto a la segregación, almacenamiento y disposición final, si sus prácticas son las más adecuadas para que sus actividades sean cónsonas con la buena salud del ambiente,



garantizando así un entorno seguro tanto para el personal como para los pacientes animales y la comunidad en general.

En este contexto se plantea como objetivo general el analizar el manejo de los residuos veterinarios vinculados a la norma técnica de salud en la clínica veterinaria Cortegana de la ciudad de Lima, Perú. Además de manera específica identificar las principales fuentes generadoras de residuos veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana, y determinar la generación de residuos veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana según su clasificación, mediante la segregación y medición de su peso en kilogramos.

En cuanto a la pertinencia de esta investigación se sustenta en varios planos, en el ámbito teórico, aporta al desarrollo del conocimiento en un campo poco explorado dentro de la gestión ambiental aplicada a establecimientos veterinarios. En el plano social y sanitario, contribuye a la reducción de riesgos de contaminación y exposición a materiales peligrosos, protegiendo tanto a la comunidad como al personal de salud animal. Desde la perspectiva metodológica, ofrece un modelo replicable para el análisis de residuos en instituciones similares, mientras que, en lo legal, apoya la implementación efectiva de la normativa vigente, fortaleciendo la sostenibilidad operativa y ambiental del sector.

Clasificación de Residuos de Centros de Salud

Existen varias fuentes o autores que tipifican o clasifican los residuos hospitalarios según sus características, uno de eso es la Organización Mundial de la Salud (2022) la cual señala que dentro de los centros de salud se pueden producir dos tipos de residuos los cuales son peligrosos y no peligrosos. Pero en esta investigación se tendrá en cuenta principalmente la clasificación de los residuos sólidos hospitalarios que plantea la NTS 144-2018 MINSAN (2018). En esta categorización se plantean tres grandes clases como lo son los biocontaminados, los especiales y los comunes, y estos a su vez se subdividen en doce tipos, como se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

Clasificación de residuos sólidos hospitalarios según la NTS 144-2018 MINSAN

Clase	Descripción	Tipo	Símbolo internacional
Clase A:	Son aquellos residuos peligrosos generados en el	Tipo A.1: De atención al paciente	
Biocontaminados			

	proceso de la atención e investigación médica y científica, que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos	Tipo A.2: Biológicos Tipo A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados Tipo A.4: Residuos quirúrgicos y anatómo-patológicos: Tipo A.5: Punzocortantes: Tipo A.6: Animales contaminados:	
	Son aquellos residuos peligrosos generados en los Establecimientos de Salud (EESS), Servicios Médicos de Apoyo (SMA) y Centros de Investigación (CI) con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo, reactivo y radioactivo para la persona expuesta.	Tipo B.1: Residuos Químicos Peligrosos: Tipo B.2: Residuos Farmacéuticos: Tipo B.3: Residuos Radioactivos	 
	Son aquellos residuos que no han estado en contacto con pacientes, o con materiales o	Tipo C.1: Papeles de la parte administrativa Tipo C.2: Vidrio, madera, plásticos,	No aplica



sustancias contaminantes; tales como los que se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador, incluyendo los restos de la preparación de alimentos. En esta categoría se incluyen, por ejemplo, los residuos generados en administración, aquellos provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de preparación de alimentos en la cocina y, en general, todo material que no puede clasificar en las categorías A y B.	metales, placas radiográficas. ..otros
---	--

Tipo C.3: Restos
de preparación de
alimentos en la
cocina, de la
limpieza de
jardines, otros

Nota: Tomado de la NTS 144- 2018 MINSAN (2018) adaptado por el autor (2025).

Residuos Veterinarios

Los residuos veterinarios son aquellos generados por los centros de salud veterinarios, los cuales pueden ser no peligrosos como lo son el papel, vidrio, envases, desechos orgánicos de alimentos entre otros; así como peligroso como restos biológicos de las mascotas, materiales que estuvieron en contacto con sus secreciones, excreciones o demás líquidos orgánicos, cultivos o



muestras biológicas, sangre, restos o partes de animales, objetos cortantes o punzo penetrantes que estuvieron en contacto o no con las mascotas, así como residuos, químicos, farmacéuticos o radioactivos de uso veterinario (Colegio Oficial de Veterinarios de Valencia, 2019).

Para reforzar, la NTS N°144-2018 MINSA (2018) hace referencia dentro de los desechos Clase A, tipo A.6 a los animales contaminados, esto incluye: “Cadáveres o partes de animales inoculados, así como los utilizados en entrenamiento de cirugías; protocolos de investigación científica expuestos a microorganismos patógenos o portadores de enfermedades infectocontagiosas; así como los materiales o residuos que hayan tenido contacto con éstos” (p. 9). Algo que hay que destacar es que a diferencia de la legislación venezolana las normas peruanas no diferencian entre desechos y residuos, siendo estos último la definición que engloba ambos.

Fuentes Generadoras

Las fuentes que producen en los centros sanitarios (incluyendo los veterinarios) son diversas, esto debido a que se presentan variedad de acciones y materiales, pero entre las principales se tiene las actividades administrativas (residuos comunes), de consulta, las operaciones, los centros de investigación, las morgues, los bancos de sangre (todos estos residuos biocontaminados), las farmacias, los laboratorios (residuos especiales), y las residencias de internado de pacientes (OMS, 2024). Por otra parte, en centros veterinarios se pueden prestar servicios de peluquería y estética en los cuales se bañan a las mascotas y se les corta el pelo, siendo estos residuos considerados biocontaminados (Quispe, 2021).

Manipulación de los Residuos

Son un conjunto de metodologías para manejar de manera eficiente y sostenible los residuos desde su generación hasta su disposición final, esto con la finalidad prevenir o minimizar su generación y a su vez presentar alternativas para lo que lamentablemente es necesario para el desarrollo de la sociedad, siendo así una herramienta fundamental para el cuidado del ambiente y la sustentabilidad (Decreto Legislativo N° 1278 MINAM, 2016).

Ahora bien el manejo de los residuos que son generados en centros de salud presentan una gestión diferente por las características, físicas, químicas o biológicas de los residuos pudieran ser peligrosos, llegando ocasionar daños al ambiente y a la salud, ante esto Castillo (2023) basándose en la NTS N° 144-2018-MINSA señala que este ejercicio es una actividad técnico- administrativa



que se basa en metodologías para la “planificación, coordinación, concentración, aplicación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de acción determinado para los residuos sólidos hospitalarios” (p.26).

Segregación de Residuos

La segregación de residuos se refiere al proceso de separar y clasificar los desechos en categorías específicas desde su punto de generación, facilitando su manejo adecuado, reciclaje y disposición final, ante esto la NTS N° 144-2018-MINSA (2018) señala que es acción de separar los residuos sólidos hospitalarios en el lugar y momento de su generación, de acuerdo con su clasificación que se realiza en los contenedores correspondientes según el color (rojo biocontaminados, amarillo especiales, negro comunes) para facilitar su manejo adecuado.

Esto lo puede reforzar la Organización Mundial de la Salud (2024) la cual señala que la segregación de residuos consiste en la separación sistemática de los diferentes tipos de residuos generados en establecimientos de atención de salud, desde el punto de origen, para asegurar su manejo seguro y eficiente. De igual manera Quicaño (2021) señala que es la actividad de clasificar y separar los residuos en categorías específicas en el lugar donde se generan, con el propósito de facilitar su reciclaje, tratamiento o disposición final adecuada.

Cantidad por Clase de Residuo

La cantidad de Kg que produce un centro de salud se determina con un monitoreo diario que se refleja en un formato semanal, iniciando con la segregación de los residuos los residuos según su tipo, luego se suman todos los resultados de los tipos y se dividen por el cantidad de tipos que se generan y con esto se obtiene el promedio de residuo generado por clase por cada día de la semana, posteriormente con el valor generado por cada clase al día se suman y se dividen entre (7) y con esto se tiene el promedio semana por clase. Hay que destacar que la caracterización de los residuos se aplica a todas las áreas, servicios y/o unidades del centro de salud (NTS N°144-2018 MINSA, 2018).

Condiciones y/o Características de los Contenedores

Los contenedores según la NTS N°144-2018 MINSA (2018) deben ser recipientes con tapa en forma de medialuna, embudo invertido, con pedal o tapa vaivén (únicamente para residuos



comunes), estos deben contar en su interior con una bolsa de polietileno, así mismo ser rígidos e impermeables resistentes a fracturas y a pérdidas del contenido, en el caso de los punzocortantes además de ser rígidos deben estar bien identificados con el símbolo que identifique su peligrosidad. Únicamente para ambientes estériles: sala de operaciones, sala de partos, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) y semejantes, se puede utilizar recipientes de acero inoxidable con o sin tapa según el tipo de procedimiento que se realiza.

Uso de Código de Colores para los Contenedores

Para el correcto manejo de los residuos dentro de los centros veterinarios se maneja un código de colores tanto para los contenedores como sus bolsas de polietileno, los cuales según la NTS N°144-2018 MINSA (2018) va corresponder según su Clase siendo el color negro asignado para los residuos comunes, el color amarillo para los residuos especiales y el color rojo para los residuos biocontaminados, en el caso de usar recipiente tipo caja (para los residuos punzocortantes), ésta debe de ser de cartón micro-corrugado y debe contar mínimamente con tapa interna de cartón trilaminado, base de cartón esmaltada y con bolsa interior, y puede tener sistema de retiro o extractor de agujas y su color es rojo.

Infraestructura del Área de Almacenamiento

La NTS N°144-2018 MINSA (2018) los residuos deben contar con un área adecuada para su disposición, siendo está dividida según el tipo de acopio; para el almacenamiento primario que es el que se realiza en el lugar de generación, este debe de ser de manera segregada según la clase de residuo y en los contenedores del color que le corresponde, posteriormente los residuos son llevados al área de almacenamiento intermedio o temporal, este sitio debe ser un lugar ventilado y con buena iluminación y las siguientes características; infraestructura de acceso restringido y señalizada, debe estar alejado de pacientes, comidas o ropa limpia, paredes y pisos lisos duros y lavables con una pendiente del 1% en dirección a un sumidero interior y debe contar elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, entre otros.

Normas Técnicas de Salud

Al ser el manejo de los residuos hospitalarios un proceso tan delicado este debe estar normado para su correcta gestión y control, por lo cual la República del Perú cuenta con una serie de



instrumentos legales que van de lo general a lo específico en esta materia, y a su vez esto pueden fungir como elementos teóricos y/o metodológicos para el manejo de estos, basado en Castillo (2023). A continuación, se presentan los principales instrumentos legales desde lo general a lo específico para el manejo de estos recursos, los cuáles son ampliados en el apartado de bases legales.

Decreto Legislativo 1278 del MINAM (2016) “Decreto legislativo que aprueba la Ley de gestión Integral de Residuos Sólidos”. Este instrumento aborda el manejo de los residuos de forma general, pero hace referencia a que existen los desechos hospitalarios y que son peligrosos. Así mismo existe un reglamento para este decreto de ley y este es Decreto Supremo N° 014-2017-MINAM (2017) el cual aprueba Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos. En este reglamento se pretenden dar funcionamiento a la Ley de Gestión Integral de los Residuos Sólidos, tratándolos de igual manera de forma general.

Ahora bien, de manera específica y el instrumento más significativo para la investigación lo constituye la Norma Técnica de Salud NTS N°144-2018 MINSA (2018), “Norma técnica de salud. Gestión integral y manejo de residuos sólidos en establecimiento de salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación. Esta norma técnica además de ser una base legal es una base teórica y metodológica para el manejo de los residuos hospitalarios lo que a su vez se puede implementar en las clínicas veterinarias. De manera complementaria y también con especificaciones se tiene la Norma Técnica Peruana de Colores NTP 900.058 (2019) “Gestión de Residuos. Código de Colores para el Almacenamiento de Residuos Sólidos”.

Caracterización del Contexto

La Clínica Veterinaria Cortegana fundada el 13 de julio del año 2000, se ubica espacialmente en las coordenadas 12°03'12.8"S 77°03'59.9"W y geopolíticamente se localiza en la Av. Luis Braille 1501, Distrito de Lima, Provincia y Departamento de Lima, Perú. Esta es una institución hospitalaria veterinaria privada la cual se enfoca mayormente en tratamientos ambulatorios y no ambulatorios para animales menores y consultas particulares, contando con servicios básicos y especializados que les permiten ofrecer una atención integral completa (rayos X, ecografías, endoscopia, laboratorio clínico, cirugía de tumores, baños medicados y cortes de salón, entre otros servicios).



La clínica cuenta con equipos modernos y personal altamente calificado para realizar diagnósticos y tratamientos variados de acuerdo con el grado y complejidad de estos; desde procedimientos como vacunaciones hasta intervenciones quirúrgicas muy complejas. Todos los servicios que ofrece la clínica son realizados por personal capacitado y certificado, con un alto compromiso ético, abocados a la salud tanto preventiva como reactiva, así como a la parte estética de las mascotas, lo cual es algo muy apreciado en el Perú, lo que se refleja en la matrícula total de 3853 clientes al año (y en aumento constante), con un aproximado de 30 mascotas diarias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Una vez identificado el problema objeto de estudio, se determinó que la investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo porque mide, describe y analiza el manejo de los residuos hospitalarios en la Clínica Veterinaria Cortegana, considerando el grado de cumplimiento de la normativa legal vigente. Este enfoque permite obtener datos objetivos, fiables y cuantificables que respaldan los hallazgos y conclusiones de la investigación.

En cuanto al nivel de la investigación el Manual para la Presentación de Escritos Académicos de la Universidad Yacambú (2024) los define como “son estudios cuyo propósito es describir los hechos o fenómenos, detallando sus propiedades y características sin establecer relación entre ellas, limitándose a describir y medir la variable de estudio con sus respectivas dimensiones de acuerdo con cómo se presenta en la realidad o ambiente natural” (p.48). Partiendo de esto la presente investigación encaja con este nivel debido a que se busca describir la incidencia y los valores que tiene el manejo de los residuos veterinarios en relación con la normativa técnica legal en la Clínica Veterinaria Cortegana.

Cabe señalar que el trabajo fue de tipo no experimental, en atención que las variables solo se observan para analizarlas y no se llegan a manipular. Sobre esto Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que las investigaciones de tipo no experimentales son aquellas en el cual no se hace variar intencionalmente la variable, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después ser analizados. El diseño utilizado en la investigación fue de campo porque los datos se recolectaron directamente en el lugar de estudio, es decir, en la Clínica Veterinaria Cortegana, a través de instrumentos como cuestionarios, listas de chequeo y muestreos.



Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En este apéndice se establecen las técnicas que se utilizaron para obtener los datos en la presente investigación sobre esto Arias (2012) define la técnica como “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información, las técnicas son particulares y específicas de una disciplina, por lo que sirven de complemento al método, el cual posee un carácter general” (p. 67).

En referencia a los instrumentos se parte de la lista de chequeo la cual es una herramienta metodológica para recoger datos de manera directa mediante ítems precisos para determinar la presencia o ausencia de algún aspecto, Hernández, Fernández y Baptista (2014). En la presente investigación se contó con 16 ítems, de cumple o no cumple más una casilla de posibles observaciones, con la finalidad de identificar las fuentes generadoras de residuos, los tipos de residuos, su manejo y/o almacenamiento en la clínica.

Asimismo, se utilizó como instrumento para el muestreo de la cantidad de residuos una balanza de plataforma digital Marca Patrick's, modelo TCS- fk 4, para los grandes pesos (de 100gr hasta 300kg) y con una balanza de escala digital SF-400 para los pesos más pequeños ya que esta va desde 1gr hasta 5kg, ambas balanzas calibradas. Con la cual se obtiene el peso en kg de las diferentes clases de residuos generados por la clínica.

Análisis de Datos

El análisis de los datos de esta investigación se realizó de manera descriptiva y con base a la estadística, generando cuadros y gráficos que ayudaron a una mejor interpretación de los resultados obtenidos. Esto se puede expresar de forma específica de la siguiente forma: para la lista de chequeo los resultados fueron tabulados para expresarlos mediante el uso de cuadros y gráficos de torta, de igual manera los resultados del muestreo de la cantidad de residuos generados se expresaron mediante cuadros que se reflejarán los resultados estadísticos de su recolección y segregación.

RESULTADOS

Durante 15 días se realizaron visitas de campo a la Clínica Veterinaria Cortegana, estas visitas se efectuaron en horario laboral durante toda la jornada de trabajo, incluyendo, días de semana y fines de semana. La observación llevada a cabo durante estos días se divide en dos, la primera de estas con la finalidad de aplicar una lista de chequeo y la segunda con el propósito de realizar las



mediciones sobre los residuos generados y su segregación, de la lista de chequeo se destaca los siguientes resultados.

Indicador 1: Fuentes Generadoras de Residuos

El primer indicador evaluado corresponde a las fuentes generadoras de residuos, aspecto esencial para la gestión integral, ya que permite identificar el origen y tipo de desechos producidos en la clínica. Este indicador se valoró a partir de dos ítems: el primero (ítem 1.1) referido a la identificación y registro de las principales fuentes generadoras de residuos dentro de la clínica (consultorios, quirófano, laboratorio, farmacia, entre otros), y el segundo (ítem 1.2) que indaga sobre la existencia de registros documentados de la cantidad y tipo de residuos generados por cada fuente. Ambos ítems permiten valorar si la clínica cuenta con un control sistemático sobre el origen y naturaleza de los residuos, en concordancia con lo establecido por la NTS N°144-2018-MINSA. Para el caso de estudio ninguno de estos ítems cumple.

Ítem 1.1 Se identifican y registran las principales fuentes generadoras de residuos dentro de la clínica (consultorios, quirófano, laboratorio, farmacia, entre otros). Observaciones: No se encuentran ni registradas ni identificadas las principales fuentes generadoras de residuos, por lo cual se procedió a identificarla durante la visita de campo quedando establecidas de la siguiente manera: en el área de recepción y/o sala de espera se generan papelería de oficina, pots plásticos y desechos orgánicos lo cual la NTS 144 -2018 MINSA (2018) considera como residuos comunes Clase C, tipo C1, C2 y C3 respectivamente, en el consultorio se producen residuos comunes de papelería y plásticos de los empaques, además de algodones, gasas, y paletas que tienen contacto con los animales por lo cual estos últimos son considerados residuos biocontaminados.

Ahora bien, en el quirófano se producen principalmente residuos anatomopatológicos, así como algodones, gasas y punzocortantes los cuales todos son residuos biocontaminados según la norma (Clase A). En el laboratorio/ farmacia se generan residuos farmacéuticos los cuales son clasificados como residuos especiales Clase B tipo B2 y papelería como residuo común, finalmente en el área de baños y peluquería de mascotas los principales residuos son pelos y uñas de perros, gatos y conejos los cuales pueden ser clasificados como residuos biocontaminados Clase A. También es de destacar que en cualquiera de las de las áreas (excepto laboratorio/ farmacia) se pueden generar excretas de animales las cuales serían también residuos biocontaminados.



Ítem 1.2. Existen registros documentados de la cantidad y tipo de residuos generados por cada fuente dentro de la clínica. Observaciones: Solo se registra y documentan los residuos punzocortantes los cuales son manejados por una consultora externa, pero debido a la observación en las visitas realizadas y la lista de chequeo se puede afirmar que se generan las tres clases de residuos; dentro de los biocontaminados solo se excluye el tipo A.3, en cuanto a los especiales se producen los tipos B.2 y con respecto a los comunes se tienen los tipos C.1 C.2 y C.3, con relación a la NTS 144 -2018 MINSA (2018).

Todo esto señala que el indicador del control de las fuentes generadoras de residuos no se cumple ya que no hay una debida identificación y/o registro sobre las principales fuentes generadoras de residuos ni una clasificación de sus tipos en el lugar de origen, a excepción de los punzocortantes los cuales son manipulados de una manera diferente porque son manejados por una consultora externa.

Indicador 4: Uso de Código de Colores para los Contenedores

El cuarto indicador analizado se centra en el uso del código de colores para los contenedores, un criterio normativo clave para la segregación adecuada de residuos según su peligrosidad. Este indicador se evaluó mediante dos ítems: el primero (ítem 4.1) indaga si se utilizan contenedores con el código de colores estandarizado para residuos peligrosos y no peligrosos, y el segundo (ítem 4.2) determina si el personal conoce y aplica correctamente dicho código en la segregación de residuos. La valoración de estos ítems permitió establecer se cumple en un 100% de la normativa, particularmente lo estipulado en la NTS N°144-2018-MINSA, referente al uso de la escala de colores en la gestión de residuos.

Ítem 4.1. Se utilizan contenedores con el código de colores estandarizado para residuos peligrosos y no peligrosos. Observaciones: Si se utilizan contenedores (con sus respectivas bolsas) con los códigos de colores estandarizados, pero únicamente en el área de consultorio, siendo el color rojo para los residuos biocontaminados, amarillo para los especiales, negro para los comunes, además de cajas rojas de cartón rígidas para los residuos punzocortante.

Ítem 4.2. El personal conoce y aplica correctamente el código de colores en la segregación de residuos. Observaciones: Los trabajadores en su mayoría conocen el código de colores para separar los residuos en los contenedores correspondientes, además se observa y ellos alegan que “intentan aplicarlo de manera correcta la mayoría de las veces, pero no cumplen con ello a cabalidad por premura o falta de tiempo”



En lo referente al indicador uso de código de colores en los contenedores de los residuos este aplica en un 100% cumpliendo con la parte teórica o técnica que señala la NTS N°144-2018 MINSA (2018) en que establece el color rojo para los residuos biocontaminados, amarillo para los especiales y negro para los comunes. Pero hay observaciones sobre esto ya que no es en todas las áreas de la clínica ni todo el personal los usa de forma habitual o correcta.

Indicador: Infraestructura del Área de Almacenamiento

El quinto indicador corresponde a la infraestructura destinada al almacenamiento de residuos, un componente crítico para la gestión adecuada, ya que asegura condiciones seguras y controladas antes de su disposición final. Para su análisis se consideraron cuatro ítems: el primero (ítem 5.1) relacionado con la señalización y condiciones adecuadas de ventilación y seguridad en el área de almacenamiento; el segundo (ítem 5.2) que evalúa la existencia de un control y registro de entrada y salida de residuos; el tercero (ítem 5.3) que analiza si se realiza la limpieza y desinfección periódica de dicha área; y el cuarto (ítem 5.4) que determina si los residuos peligrosos son almacenados en un espacio diferenciado de los comunes.

La revisión de estos aspectos resulta fundamental, pues su cumplimiento está directamente vinculado con las exigencias técnicas de la NTS N°144-2018-MINSA en cuanto a bioseguridad y sostenibilidad ambiental. En el caso de la Clínica Cortegana ningún ítem de este indicador se cumple

Ítem 5.1. El área de almacenamiento de residuos está señalizada y cumple con las condiciones adecuadas de ventilación y seguridad. Observaciones: No existe un área de almacenamiento temporal, solo se cuenta con un estante donde se depositan todos los residuos, que además no tiene las condiciones adecuadas ni de ventilación ni de seguridad, es un simple estante de madera común.

Ítem 5.2. Existe un control y registro de entrada y salida de residuos en el área de almacenamiento temporal. Observaciones: No hay ni control ni registro de los residuos que entran y salen del estante que es usado de manera improvisada como depósito.

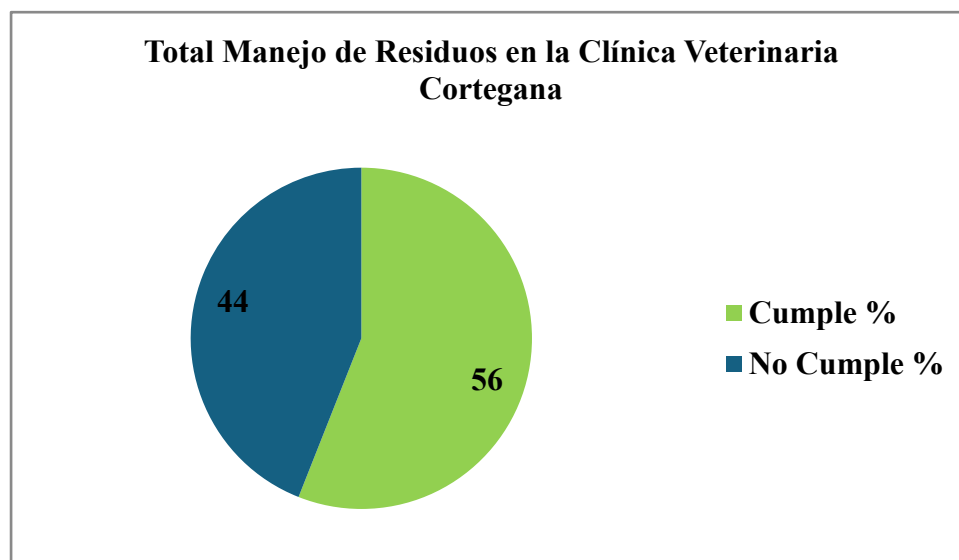
Ítem 5.3. Se realiza la limpieza y desinfección periódica del área de almacenamiento. Observaciones: Solamente se realiza una limpieza general de toda la clínica cuando esta lo amerita, esto incluye el estante ya mencionado, dicha limpieza se ejecuta con jabón, cloro, antibacterial y desinfectantes.

Ítem 5.4. Los residuos peligrosos se almacenan en un área diferenciada de los residuos comunes. Observaciones: Es aquí donde se evidencia que se pierde en gran parte lo ya hecho en la gestión de residuos, ya que todos (menos los punzocortantes) son segregados previamente vuelven a unirse.

Con respecto al indicador de la infraestructura del área de almacenamiento la clínica este no cumple con ninguno de los ítems, esto debido a que no existe tal área como tal y solo se usa un estante como depósito temporal el cual no tiene las condiciones necesarias, además de no llevarse ningún registro o control sobre la entrada/ salida de los residuos del mismo, así mismo no se realiza una limpieza especial a esta área (se limpia igual que toda la clínica), y lo que podría ser lo más significativos los residuos previamente segregados vuelven a ser agrupados en este lugar. Teniendo con todo esto una falta grave a los descritos de forma teórica en la NTS N°144-2018 MINSA/2018 (2018).

Figura 1

Porcentajes Totales de la Dimensión: Manejo de los residuos veterinarios.



Construcción de los Investigadores (2025)

Monitoreo

Como se explicó anteriormente, durante 2 (dos) semanas se realizó la segregación de los residuos en la clínica, los cuales además de ser clasificados fueron medidos con dos balanzas para



conocer con precisión la cantidad en kilogramos (Kg) que se genera por cada clase de residuo, además se señaló de que tipo y color deben ser los contenedores para gestionarlos, este proceso partió de las fuentes identificadas en la lista de chequeo. Quedando establecido el monitoreo para la semana del 13-01-25 al 19-01-25 (primera semana) como se muestra la tabla 2 y para la semana del 20-01-25 al 26-01-25 (segunda semana) en la tabla 3, y posteriormente se realizaron los cálculos para promediar la cantidad de residuos producidos en el establecimiento por semana (tabla 4). Cabe resaltar que el proceso se realizó al final de cada jornada laboral y los resultados son los siguientes



Tabla 2

Muestreo y segregación de los residuos generados por la clínica Cortegana semana del 13-01-25 al 19-01-25 (primera semana)

Residuo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Kg Por residuo	Tipo de Residuo	Clase de residuo	Kg Clase de residuo	Contenedor
Pelo de perro	0.221 Kg	0.189 Kg	0.150 Kg	0.140 Kg	0.512 Kg	0.593 Kg	0.050 kg	1.885 Kg				
Pelo gato	0.080 Kg	0.108 Kg	0Kg	0Kg	0.128 Kg	0.136 Kg	0Kg	0.452 Kg				
Pelo de conejo	0.090 kg	0Kg	0.100 Kg	0Kg	0.080 Kg	0.050 Kg	0Kg	0.320 Kg				
Uña de perro	0.010 Kg	0.010 Kg	0.010 Kg	0.010 Kg	0.012 Kg	0.015 Kg	0.002 Kg	0.069 Kg				
Uña de gato	0.002 Kg	0.003 Kg	0Kg	0 Kg	0.004 Kg	0.004 Kg	0Kg	0.013 Kg	Tipo A.1: De atención al paciente	Clase A Biocontaminado	7.503 Kg	Rojo Bolsa Roja
Uña de conejo	0.002 Kg	0Kg	0.002 Kg	0Kg	0.002 Kg	0.001 Kg	0Kg	0.006 Kg				
Excreta de perro	0.132 Kg	0.113 Kg	0.090 Kg	0.084 Kg	0.307 Kg	0.355 Kg	0.kg	1.081 Kg				
Excreta conejo	0.081 Kg	0 Kg	0.089 Kg	0 Kg	0.072 Kg	0.042 Kg	0 Kg	0.284 Kg				
Excreta de gato	0.082 Kg	0.100 Kg	0 Kg	0 Kg	0.125 Kg	0.098 Kg	0 Kg	0.405 Kg				



Anatomopatológicos	0 Kg	0.124 Kg	0.657 Kg	0Kg	0.190 Kg	0 Kg	0.843 kg	1.814 Kg	Tipo A.4: Residuos quirúrgicos y anatomopatológicos:
Algodones sucios (con sangre)	0 Kg	0.081 Kg	0.110 Kg	0 Kg	0.081 Kg	0 Kg	0.158 Kg	0.430 Kg	Tipo A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados:
Gasas y Guantes (con sangre)	0 Kg	0.098 Kg	0.202 Kg	0 Kg	0.098 Kg	0 Kg	0.354 Kg	0.744 Kg	
Punzocortantes (agujas, jeringas con agujas, agujas con hilo de sutura, catéter abbocath, restos de ampollas de medicinas quebradas)	0 Kg	0.032 Kg	0.042 Kg	0 Kg	0.032 Kg	0 Kg	0.074 Kg	0.180 Kg	Tipo A.5: Punzocortantes: 0.180 Kg Caja de Cartón Roja



Tabla 2

Muestreo y segregación de los residuos generados por la clínica Cortegana semana del 13-01-25 al 19-01-25 (primera semana)
(Continuación)

Residuo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Kg Por residuo	Tipo de Residuo	Clase de residuo	Kg Clase de residuo	Contenedor
Farmacéuticos (medicina vencida, frascos de medicinas o vacunas aplicadas, y frasco de anestesia)	0 Kg	0.008 Kg	0.008 Kg	0.012 Kg	0.008 Kg	0 Kg	0.018 Kg	0.054 Kg	Tipo B.2: Residuos Farmacéuticos:	Clase B: Residuos Especiales	0.054 Kg	Amarillo Bolsa amarilla
Desechos orgánicos (resto de alimentos)	0.150 Kg	0.173 Kg	0.140 Kg	0.138 Kg	0.175 Kg	0.172 Kg	0.080 Kg	1.028 Kg	Tipo C.3			
Papel y cartón	0.080 Kg	0.090 Kg	0.070 Kg	0.125 Kg	0.242 Kg	0.158 Kg	0.030 Kg	0.795 Kg	Tipo C.1:	Clase C: Residuos Comunes	2.234 Kg	Negro Bolsa negra
Plástico (envolturas de vendajes y jeringas, frascos vacíos)	0.090 Kg	0.020 Kg	0.025 Kg	0.030 Kg	0.129 Kg	0.111 Kg	0.010 Kg	0.411 Kg	Tipo C.2:			



Total:
9.971
Kg

Construcción de los Investigadores (2025)

Tabla 3

Muestreo y segregación de los residuos generados por la clínica Cortegana semana del 20-01-25 al 26-01-25 (segunda semana)

Residuo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Kg Por residuo	Tipo de Residuo	Clase de residuo	Total Kg Clase de residuo	Contenedor
Pelo de perro	0.192 Kg	0.182 Kg	0.135 Kg	0.148 Kg	0.458 Kg	0.550 Kg	0.111 Kg	1.776 Kg				
Pelo gato	0.050 Kg	0Kg	0Kg	0Kg	0.190 Kg	0.145 Kg	0.200 Kg	0.585 Kg				
Pelo de conejo	0Kg	0Kg	0Kg	0Kg	0.095 Kg	0.120 Kg	0.050 Kg	0.265 Kg	Tipo A.1: De atención al paciente	Clase A Biocontaminado	5.915 Kg	Rojo Bolsa Roja
Uña de perro	0.010 Kg	0.010 Kg	0.010 Kg	0.010 Kg	0.012 Kg	0.015 Kg	0.005 Kg	0.072 Kg				
Uña de gato	0.002 Kg	0 Kg	0Kg	0 Kg	0.005 Kg	0.004 Kg	0.005 Kg	0.016 Kg				



Uña de conejo	0Kg	0Kg	0Kg	0Kg	0.002 Kg	0.002 Kg	100gr	0.004 Kg	
Excreta de perro	0.115 Kg	0.109 Kg	0.081 Kg	0.088 Kg	0.274 Kg	0.330 Kg	0.067 kg	1.064 Kg	
Excreta conejo	0 Kg	0Kg	0 Kg	0 Kg	0.083 Kg	0.092 Kg	0.042 Kg	0.217 Kg	
Excreta de gato	0.045 Kg	0 Kg	0 Kg	0 Kg	0.114 Kg	0.155 Kg	0.200 Kg	0.514 Kg	
Anatomopatológicos	0 Kg	0 Kg	0.258 Kg	0 Kg	0 Kg	0 Kg	0.632 Kg	0.890 Kg	Tipo A.4: Residuos quirúrgicos y anatómopatológicos:
Algodones sucios (con sangre)	0 Kg	0 Kg	0.090 Kg	0Kg	0 Kg	0 Kg	0.117 Kg	0.207 Kg	Tipo A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados:
Gasas y Guantes (con sangre)	0 Kg	0 Kg	0.105 Kg	0 Kg	0 Kg	0 Kg	0.200 Kg	0.305 Kg	
Punzocortantes (agujas, jeringas con agujas, agujas con hilo de sutura, catéter abbocath, restos de ampollas de	0 Kg	0 Kg	0.064 Kg	0 Kg	0 Kg	0 Kg	0.042 Kg	0.106 Kg	Tipo A.5: Punzocortantes:

0.106 Kg Caja de cartón Roja



medicinas
quebradas)

Tabla 3

Muestreo y segregación de los residuos generados por la clínica Cortegana semana del 20-01-25 al 26-01-25 (Continuación)

Residuo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Kg Por residuo	Tipo de Residuo	Clase de residuo	Total Kg Clase de residuo	Contenedor
Farmacéuticos (medicina vencida, frascos de medicinas o vacunas aplicadas, y frasco de anestesia)	0.005 Kg	0 Kg	0.008 Kg	0 Kg	0 Kg	0.011 Kg	0.009 Kg	0.033 Kg	Tipo B.2: Residuos Farmacéuticos:	Clase B: Residuos Especiales	0.033 Kg	Amarillo Bolsa Amarilla
Desechos orgánicos (resto de alimentos)	0.120 Kg	0.133 Kg	0.150 Kg	0.125 Kg	0.188 Kg	0.164 Kg	0.097 Kg	0.977 Kg	Tipo C.3	Clase C: Residuos Comunes	2.036 Kg	Negro
Papel y cartón	0.072 Kg	0.075 Kg	0.081 Kg	0.090 Kg	0.197 Kg	0.100 Kg	0.032 Kg	0.647 Kg	Tipo C.1:			Bolsa Negra



Plástico (envolturas de vendajes y jeringas, frascos vacíos)	0.082 Kg	0.018 Kg	0.021 Kg	0.018 Kg	0.117 Kg	0.126 Kg	<u>0.010 Kg</u>	0.392 Kg	Tipo C.2:
									Total: 8.090 <u>Kg</u>

Construcción de los Investigadores (2025)

De las tablas 2 y 3 referente al monitoreo de los residuos generados durante dos semanas en la Clínica Veterinaria Cortegana se obtuvo que: los residuos que mayor peso generan semanalmente son los establecidos por la NTS 144-2018 MINSA (2018) como Clase A Biocontaminados con un total de 7.503Kg para primera semana y 5.915Kg para la segunda, siendo dentro de estos los pelos de perro (Tipo A.1), las excretas de perro (Tipo A.1) y los residuos anatomopatológicos (Tipo A.4) los que mayor cantidad aportan. Hay que destacar los punzocortantes, aunque son Clase A se totalizaron aparte debido a que su manejo es diferente (en cajas de cartón y son gestionados por una consultora externa).

En cuanto a los segundos residuos más significativos se tienen los Clase C con un peso de 2.234Kg para la primera semana y 2.036 Kg en la segunda, dentro de esta Clase los Tipo C.3 fueron los de mayor peso, seguidos por los Tipo C.1 y los de menor peso los Tipo C.2. Ahora bien, con respecto a los residuos Clase B estos fueron los menos generados en cuanto a su masa teniendo 54gr en la primera semana y 33gr en la segunda, siendo todos de Tipo B.2. Con todos estos datos se procede a realizar la tabla 4 para obtener un promedio de residuos generados en la clínica por semana y por clase (subrayando la clase con su respectivo color).

Tabla 4

Generación semanal de residuos en la Clínica Cortegana por Clase

Clase de residuo	Semana 1	Semana 2	Promedio semanal
Clase A	7.503Kg	5.915Kg	6.709Kg
Clase A (punzocortantes)	180g	106g	143g
Clase B	54g	33g	43.5g
Clase C	2.234Kg	2.036Kg	2.135Kg
Total	9.971Kg	8.090Kg	9.030Kg

Construcción de los Investigadores (2025)

De la tabla 4 se obtiene los promedios y los totales semanales, quedado de la siguiente manera: durante las dos semanas de mediciones los residuos Clase A (no punzocortantes) promedian 6.709Kg/semanas, siendo estos los de mayor producción, los Clase A punzocortantes generan un aporte de 143g en promedio a la semana siendo los terceros en producción, los Clase B son los que menos se generar teniendo un promedio de 43.5g/semana, con respecto a los tipo C



estos promedian 2.135Kg a la semana siendo los segundos más producidos en la clínica. Con respecto al total de residuos producidos en este establecimiento se tiene que en la semana (1) uno es de 9.971Kg y en la (2) dos 8.090Kg lo que da un promedio de 9.030Kg por semana. Estos datos deberían ampliarse con un monitoreo más largo en el tiempo.

DISCUSIÓN

En síntesis, los resultados muestran que la clínica cumple con algunos aspectos básicos como la calidad de los contenedores y el código de colores, pero presenta fallas en la identificación de fuentes, la infraestructura de almacenamiento y el registro de residuos. Estas debilidades contrastan con las disposiciones de la NTS N°144-2018-MINSA y con los lineamientos internacionales de la OMS, lo cual evidencia la necesidad de implementar medidas correctivas y protocolos estandarizados que permitan elevar el nivel de cumplimiento desde el 56% (como se muestra en la figura 1) actual hasta estándares cercanos al 85%, tal como recomienda la literatura especializada en gestión integral de residuos.

Por su parte, respecto a la clasificación y la lógica de generación descrita por la NTS N°144-2018-MINSA, según la cual los residuos biocontaminados tienden a ser predominantes en centros de salud y veterinarios, dado que se relacionan directamente con la atención de pacientes. La cuantificación obtenida se convierte en un insumo clave para la planificación de medidas de manejo, coincidiendo con lo indicado en la normativa, que recomienda el monitoreo sistemático de volúmenes y tipologías para ajustar la gestión.

CONCLUSIONES

Fundamentado en el análisis de resultados, se concluye que en la identificación de las principales fuentes generadoras de residuos veterinarios en la Clínica Veterinaria Cortegana, se llegó a detectar que los residuos son producidos principalmente por las actividades administrativas que generan restos clasificados por la normativa (NTS 144 -2018 MINSA) como Clase C o comunes (tipo C1, C2 y C3) con respecto a los residuos Clase B (tipo B2) o especiales estos son originados principalmente en el laboratorio/farmacia.

En cuanto a los residuos biocontaminados o Clase A es donde se presenta mayor variedad con respecto a sus tipos y sus fuentes, teniendo en el área de estética y consultorio fuentes de residuos de atención al paciente tipo A1, de igual manera el área del quirófano y/o operaciones es



donde se originan principalmente los residuos tipo A.3, A.4 y los A.5. De todo esto hay que destacar que dentro de la clínica se producen las (3) tres clases de residuos señalados en la norma.

Por su parte, referido a la generación de residuos veterinarios en la clínica según su clasificación, mediante la segregación y medición de su peso en kilogramos, se obtuvo que la gran mayoría de los residuos producidos son Clase A y dentro de estos los que más peso aportan son los pelos de perro, seguido por los residuos quirúrgicos /anatomopatológicos. Los residuos comunes o Clase C son los segundos de mayor peso siendo la mayoría de estos los restos de preparación de alimentos en la cocina o desechos orgánicos. Finalmente, los residuos de menor peso fueron Clase B generados principalmente en el laboratorio/farmacia siendo estos representados por los tipos B.2 más específicamente medicina vencida, frascos de medicinas o vacunas aplicadas, y frasco de anestesia.

Se recomienda a la directiva de la Clínica Veterinaria Cortegana: se implementar un plan integral de gestión de residuos que contemple la adecuada segregación, almacenamiento y disposición final de los desechos, asegurando el cumplimiento de la Norma Técnica de Salud N°144-MINSA/2018/. Asimismo, es fundamental destinar recursos para la mejora de la infraestructura del área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos, garantizando que cumpla con los lineamientos de seguridad y bioseguridad establecidos. Finalmente, se sugiere establecer un sistema de supervisión y auditoría interna que evalúe periódicamente el manejo de los residuos dentro de la clínica.

REFERENCIAS

- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología*. 6ta Edición. Caracas, Venezuela: Episteme.
- Castillo, M. (2023). *Gestión de residuos sólidos hospitalarios en el periodo 2017 – 2022 y propuesta de plan de minimización para el hospital III Daniel Alcides Carrión, Red Asistencial Tacna* 2023.
<https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3248/Castillo-Vega-Macarena.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Colegio Oficial de Veterinarios de Valencia (2019). *Gestión de residuos en un centro veterinario*.
<https://www.icovv.com/wp-content/uploads/2019/12/Gestio%CC%81n-de-resi%CC%81duos-en-un-Centro-veterinario.pdf>



Decreto Legislativo N.º 1278 (2016). *Decreto que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos*. Ministerio del Ambiente (MINAM), Republica del Perú

Decreto Supremo N.º 014. (2017) *Decreto que aprueba al Reglamento de la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos*. Ministerio del Ambiente (MINAM), Republica del Perú.

Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 5ta. edición. México: Editorial Mc Graw Hill.

Norma Técnica de Salud (NTS) N°144-2018 MINSA. (2018). *Norma técnica de salud. Gestión integral y manejo de residuos sólidos en establecimiento de salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación*. Ministerio de Salud (MINSA). República del Perú.

Norma Técnica Peruana (NTP) 900.058. (2019). *Gestión de residuos. Código de colores para almacenamiento de residuos*. República del Perú

Organización Mundial de la Salud (2018). *Desechos de las actividades de atención sanitaria*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Gestión segura de los residuos de la atención salud. Resumen*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352327/WHO-FWC-WSH-17.05-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2024). *Healthcare waste*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>Ramírez

Quicaño, G. (2021). *Caracterización de los residuos sólidos hospitalarios generados por la atención de pacientes infectados con el virus COVID -19 en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna – 2020*. <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1648/Quicano-Flores-Gianella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Quispe, R. (2021). *Gestión Ambiental y Ecoeficiencia en el Centro Médico Veterinario Spa Colmillito, Arequipa 2021*.

Ramírez, L., Martínez, P., y Suárez, J. (2022). *Desafíos en la gestión de residuos veterinarios en Lima*. Revista de Salud Ambiental, 20(2), 89-104.

Soto, M. (2019). *Manejo sustentable de desechos y residuos hospitalarios para la prevención de la contaminación en el hospital “Dr. Egor Nucete” en San Carlos, Estado Cojedes*. https://biblioteca.uny.edu.ve:9443/Bonline/TG/TG_HEA_338.pdf

Torres, C. (2021). *Cumplimiento normativo en la gestión de residuos hospitalarios en el Perú*. Editorial Andina.

Universidad Yacambú. (2024). *Manual para la presentación de escritos académicos*. <https://pdfcoffee.com/manual-de-escritos-academicos-2024-pdf-free.html>



CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL: ESTRATEGIAS PARA GESTIONAR EL TALENTO HUMANO EN LA UNIDAD ODONTOLÓGICA HABACH

ORGANIZATIONAL CLIMATE AND CULTURE: STRATEGIES FOR MANAGING HUMAN TALENT IN THE DENTAL UNIT HABACH

Mariam Habach Santucci¹

 <https://orcid.org/0009-0004-1279-6058>

Recibido: 11-05-2026

Aceptado: 19-06-2026

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue proponer estrategias para el manejo del clima laboral y la cultura organizacional en la gestión del talento humano de la Unidad Odontológica Habach. Metodológicamente, se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño no experimental. Para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos estandarizados a veinte (20) trabajadores: la Escala de Clima Laboral (CL-SPC) y el Cuestionario de Cultura Organizacional de Denison. Los resultados generales revelaron un clima laboral favorable y una cultura organizacional Media. Si bien la mayoría de los factores como la realización personal, el involucramiento y la supervisión obtuvieron puntajes altos, la comunicación fue identificada como la principal debilidad en ambos instrumentos, obteniendo una percepción desfavorable. En conclusión, se determinó que las deficiencias en la comunicación interna actúan como un obstáculo significativo, impidiendo que el clima y la cultura de la clínica alcancen un nivel de excelencia. Por ello, las recomendaciones se enfocan en la implementación de estrategias para fortalecer la comunicación, como la creación de canales bidireccionales y talleres especializados, y en el uso estratégico de las fortalezas existentes, como el reconocimiento y los valores compartidos, para impulsar una mejora integral y sostenible del desempeño organizacional.

Palabras clave: clima laboral, cultura organizacional, talento humano, unidad odontológica.

ABSTRACT

The main objective of this research is to propose strategies for managing the work environment and organizational culture in human talent management at the Habach Dental Unit. Methodologically, a quantitative, descriptive, and non-experimental design approach was used. For data collection, two standardized instruments were applied to twenty (20) workers: the Work Climate Scale (CL-SPC) and the Denison Organizational Culture Questionnaire. The overall results revealed a Favorable work climate and an Average organizational culture. While most factors such as personal fulfillment, involvement, and supervision scored high, communication was identified as the main weakness in both instruments, obtaining an Unfavorable perception. In conclusion, it was determined that deficiencies in internal communication act as a significant obstacle, preventing the clinic's climate and culture from reaching a level of excellence. Therefore, the recommendations focus on implementing strategies to strengthen communication, such as creating two-way channels and specialized workshops, and on the strategic use of existing

¹ Odontólogo, Psicólogo y Especialista en Gerencia en Salud. Master en Psicología clínica con enfoque cognitivo conductual, y docente universitaria.



strengths, such as recognition and shared values, to drive comprehensive and sustainable improvement in organizational performance.

Keywords: work environment, organizational culture, human talent, dental unit.

INTRODUCCIÓN

La dinámica actual de las organizaciones de salud se caracteriza por una creciente complejidad que exige trascender la administración tradicional del personal. En este escenario, la gestión del talento humano emerge como un factor crítico de éxito, donde el clima laboral y la cultura organizacional actúan como pilares ineludibles para garantizar el bienestar, el compromiso y la productividad. A nivel global, la falta de consolidación de estos elementos acarrea consecuencias alarmantes; informes recientes como el State of The Global Workplace (Gallup, 2025) advierten que apenas una fracción minoritaria de la fuerza laboral está verdaderamente comprometida, fenómeno que, sumado a los riesgos sobre la salud mental advertidos por la Organización Mundial de la Salud, genera pérdidas multimillonarias y un detrimento sustancial en la calidad de los servicios.

Para comprender y abordar estas dinámicas organizacionales, es necesario apoyarse en constructos teóricos consolidados. Por un lado, la Teoría del Clima Organizacional de Likert (1997) postula que el comportamiento de los colaboradores está directamente condicionado por la interpretación subjetiva de su entorno de trabajo. En paralelo, Madero (2019), analizando la Teoría de los Dos Factores de Herzberg, permite discriminar entre aquellos elementos higiénicos que apenas previenen la insatisfacción y los factores motivacionales genuinos que impulsan el desarrollo. Todo este entramado perceptual se encuentra contenido dentro de la cultura organizacional, definida por Chiavenato (2016) como aquel sistema de creencias, valores y hábitos que otorga identidad a la institución y orienta la interacción de su capital humano.

En el contexto venezolano, las exigencias del entorno socioeconómico obligan a las instituciones de salud a optimizar su eficiencia operativa. Esta necesidad es particularmente evidente en la presente Unidad Odontológica, una organización orientada a brindar atención bucodental especializada. A pesar de contar con una infraestructura de alto nivel y personal capacitado, la operatividad de la clínica enfrenta desafíos internos que amenazan la gestión de su talento humano. Aproximaciones preliminares a la realidad de la unidad han evidenciado un clima laboral tenso, caracterizado por una comunicación interna carente de fluidez y claridad. Esta



ambigüedad en los mensajes genera malentendidos frecuentes, retrasa la toma de decisiones estratégicas y obstaculiza la coordinación interdisciplinaria.

Aunado a las barreras comunicacionales, se advierte una preocupante falta de identificación de los colaboradores con los valores corporativos y un compromiso insuficiente hacia las metas institucionales. Esta desvinculación se traduce en niveles reducidos de proactividad, resistencia a los procesos de cambio y un bajo sentido de pertenencia. La persistencia de estas condiciones representa un riesgo inminente, ya que la erosión conjunta del clima y la cultura organizacional puede desencadenar un aumento en la rotación de especialistas y, en última instancia, comprometer la calidad de la atención odontológica que se brinda a la comunidad.

Frente a esta realidad, se hace imperativo el desarrollo de investigaciones que ofrezcan un diagnóstico preciso y herramientas de intervención aplicables. Por consiguiente, el presente estudio tiene como objetivo general proponer estrategias para el manejo del clima laboral y la cultura organizacional en la gestión del talento humano, con la finalidad de aportar lineamientos gerenciales que promuevan un entorno laboral armónico, productivo y alineado con la excelencia en el servicio de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se enmarcó en el paradigma positivista, bajo un enfoque estrictamente cuantitativo. Se desarrolló una investigación de tipo descriptiva con un diseño de campo, no experimental y de corte transversal. Esta estructuración permitió recolectar los datos primarios directamente en el contexto natural de la Unidad Odontológica y en un único momento en el tiempo, sin la manipulación deliberada de las variables correspondientes al clima laboral y la cultura organizacional. En cuanto a la población de estudio, la misma estuvo conformada por los 20 trabajadores activos de la Unidad Odontológica, ubicada en Caracas, Distrito Capital. Considerando que la totalidad de los sujetos era accesible, se aplicó un diseño censal, trabajando con el 100 % de los empleados y prescindiendo de técnicas de muestreo probabilístico.

Por otro lado, para la medición objetiva de las variables, se empleó la técnica de la encuesta autoadministrada mediante la aplicación de dos instrumentos psicométricos estandarizados y validados internacionalmente: *Escala de Clima Laboral (CL-SPC)*: Desarrollada por Palma (2004), consta de 50 ítems valorados mediante una escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta. El instrumento cuantifica cinco áreas interrelacionadas del entorno laboral. Sus propiedades psicométricas originales demuestran una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0.97)

y una sólida validez de constructo (Test de adecuación muestral KMO = 0.980). Las puntuaciones obtenidas se categorizaron en cinco niveles diagnósticos (desde Muy Desfavorable hasta Muy Favorable).

Cuestionario de Cultura Organizacional (DOCS): Diseñado por Denison y Neale, y adaptado por Bonavia, Prado y Otros (2010). Está compuesto por 60 ítems bajo una escala Likert (1 al 5) que evalúan cuatro dimensiones fundamentales: Historia, Valores, Comunicación y Reconocimiento. Presenta una confiabilidad general comprobada mediante un Alfa de Cronbach de 0.97. Sus resultados permiten clasificar las dimensiones culturales en niveles bajo, medio o alto. En este sentido, debido a la validez estadística de ambas escalas, se asumieron como legítimos los parámetros y baremos propuestos por sus autores originales para la interpretación de los puntajes.

Una vez aplicados los instrumentos, la información fue tabulada y verificada en matrices de datos. El procesamiento estadístico se ejecutó mediante el software SPSS (versión 27.0), a través del cual se realizó un análisis de estadística descriptiva. Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión, y se generaron tablas de distribución de frecuencias relativas y absolutas para caracterizar el comportamiento de las variables en la gestión del talento humano de la institución.

RESULTADOS O HALLAZGOS

Los hallazgos derivados de la aplicación de la Escala de Clima Laboral (CL-SPC) y el Cuestionario de Cultura Organizacional (DOCS) a los 20 colaboradores de la Unidad Odontológica revelan dinámicas significativas en la gestión del talento humano. A continuación, se detallan los resultados descriptivos correspondientes a las dimensiones evaluadas para ambos constructos, lo cual permite identificar con precisión las fortalezas institucionales afianzadas y las áreas críticas que demandan intervención gerencial. Este análisis exhaustivo permitirá ofrecer una comprensión profunda tanto del clima laboral como de la cultura organizacional de la empresa, identificando sus fortalezas y áreas de mejora. Las conclusiones obtenidas serán fundamentales para proponer estrategias de gestión del talento humano efectivas y acordes a la realidad de la clínica.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para las dimensiones del clima laboral

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<i>Realización personal</i>	20	31,00	50,00	41,55	5,48
<i>Involucramiento personal</i>	20	40,00	50,00	46,00	2,95



<i>Supervisión</i>	20	41,00	50,00	45,60	2,90
<i>Comunicación</i>	20	12,00	33,00	21,85	6,26
<i>Condiciones laborales</i>	20	43,00	55,00	49,6	3,76

Al consolidar las dimensiones que conforman el clima laboral, los datos revelan fortalezas significativas, contrastadas con un área crítica de mejora. Destacan de manera excepcional las dimensiones de Involucramiento Personal ($M = 46,00$; $DE = 2,95$) y Supervisión ($M = 45,60$; $DE = 2,90$), ambas situadas en la categoría de Muy Favorable. Esto indica que los empleados poseen un alto grado de identificación con la organización y perciben un liderazgo efectivo, justo y de apoyo por parte de sus superiores. Asimismo, las Condiciones Laborales obtuvieron la puntuación media más alta ($M = 49,60$; $DE = 3,76$), evidenciando que el entorno físico, la higiene y la seguridad superan las expectativas del personal. La Realización Personal también se ubicó en un nivel Favorable ($M = 41,55$; $DE = 5,48$). Sin embargo, la dimensión de Comunicación presentó una divergencia drástica frente a las demás áreas. Con una media de 21,85 y una mayor dispersión en las respuestas ($DE = 6,26$), se categoriza como Desfavorable. Esta deficiencia en la fluidez e intercambio de información actúa como un factor restrictivo.

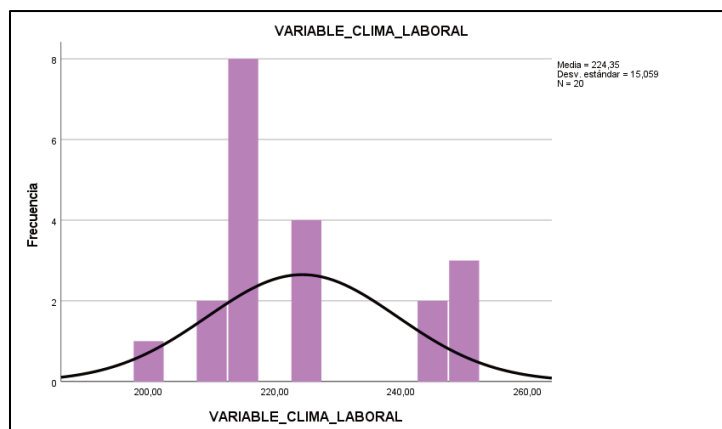
Tabla 2

Estadísticos descriptivos para la variable clima laboral

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<i>Variable: Clima laboral</i>	20	185,00	225,00	204,4	12,73
N válido (según lista)	20				

Figura 1

Histograma de frecuencia para la variable clima laboral



Seguidamente, se presentan los resultados de la variable Clima Laboral de manera global. Los puntajes oscilan entre un mínimo de 185,00 y un máximo de 225,00. La desviación estándar de 12,73 es relativamente baja, lo que sugiere que las opiniones del personal son bastante homogéneas y se agrupan en torno a la media. No obstante, el rango de puntajes indica una variabilidad que merece atención.

La media de 204,4 sugiere que, en general, el clima laboral en la Unidad Odontológica es considerado Favorable. Según el baremo, este puntaje se encuentra en el rango de 170 a 209, lo que representa una categoría positiva, aunque no tan elevada como la observada en las dimensiones individuales más fuertes. Un análisis exhaustivo de los datos del cuestionario CL-SPC revela que, aunque el clima laboral es, en términos generales, favorable, la evaluación también señala un resultado Desfavorable en la dimensión de Comunicación. Este aspecto se identifica como un factor determinante que impide que el puntaje total alcance la categoría de Muy Favorable. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para la variable Cultura Organizacional, comenzando por las dimensiones de historia, valores, comunicación y reconocimientos, y finalmente, se abordará la globalidad de la variable cultura organizacional.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para las dimensiones de la variable Cultura organizacional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<i>Historia</i>	20	8,00	23,00	15,9	3,80
<i>Valores</i>	20	70,00	93,00	81,6	7,35
<i>Comunicación</i>	20	20,00	35,00	25,00	5,38
<i>Reconocimientos</i>	20	50,00	70,00	62,00	5,92

La evaluación de las dimensiones culturales expone un escenario polarizado. Por un lado, la organización exhibe pilares robustos: la dimensión de Valores obtuvo una media de 81,60 (DE = 7,35), situándose en el nivel *Alto*, lo que demuestra que el personal comparte un marco ético sólido y una identidad clara. De igual forma, la dimensión de Reconocimientos (M = 62,00; DE = 5,92) se posicionó en un nivel *Alto*, reflejando que los sistemas de recompensas son percibidos como justos y motivadores.

En contraste, la dimensión de Historia (M = 15,90; DE = 3,80) se ubicó en un nivel *Medio*, sugiriendo una falta de visión compartida sobre la trayectoria y tradiciones de la clínica. Más preocupante aún, la dimensión de Comunicación en el ámbito cultural replicó la deficiencia encontrada en el clima laboral, arrojando una media de 25,00 (DE = 5,38), correspondiente a un nivel *Bajo*. Esta barrera en el intercambio de conocimiento e ideas impacta directamente en el resultado consolidado de la variable.

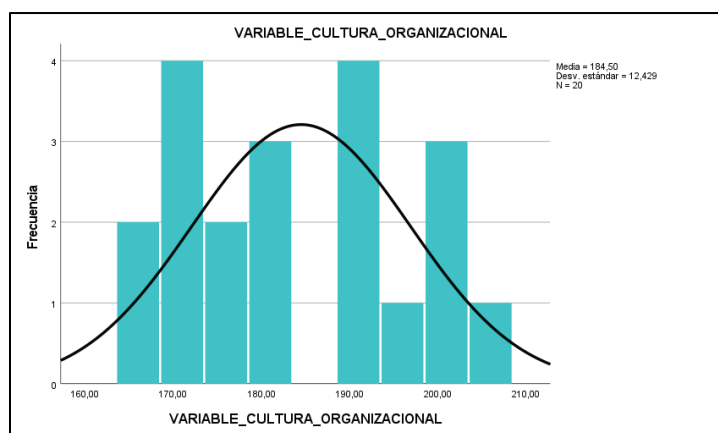
Tabla 4

Estadísticos descriptivos para la variable cultura organizacional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Variable: cultura organizacional	20	166,00	205,00	184,5	2,42
N válido (según lista)	20				

Figura 2

Histograma de frecuencia para la variable cultura organizacional





Por último, en la Tabla 15 y la Figura 11, se presentan los resultados obtenidos en la variable de cultura organizacional de forma general. Los puntajes oscilan entre un mínimo de 166,00 y un máximo de 205,00. La desviación estándar de 2,42 es baja, lo que sugiere que las respuestas del personal son bastante consistentes y se agrupan alrededor del promedio, indicando una distribución homogénea de los datos. La media de 184,5 se sitúa en el rango Medio (141-200) según el baremo general de Denison y Neale, y adaptado por Bonavia, Prado y Otros (2010). Este puntaje indica que la percepción global de la cultura organizacional en la Unidad Odontológica se encuentra en un nivel regular.

El hallazgo más significativo de este análisis radica en que, a pesar de que la organización cuenta con bases sólidas (valores y reconocimiento), su capacidad de funcionamiento se ve seriamente afectada por la falta de una comunicación efectiva. Mejorar esta área es fundamental para que la cultura organizacional pueda evolucionar de un nivel medio a uno alto, fortaleciendo así a la empresa en su conjunto.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación develan una dinámica organizacional compleja. Ya que, al contrastar los resultados empíricos con los postulados teóricos, se evidencia que la institución posee un capital humano altamente comprometido e identificado con la misión, respaldado por condiciones de trabajo óptimas y un liderazgo que apoya al empleado. De acuerdo con Palma (2004), un involucramiento laboral elevado garantiza que los esfuerzos individuales se dirijan a los objetivos institucionales, lo cual concuerda con los niveles muy favorables obtenidos en este estudio y marca un contraste positivo con investigaciones previas, como la de Pérez (2021), donde se reportaron déficits en la realización y el compromiso del personal de salud.

No obstante, el dato más crítico de esta investigación radica en la disonancia manifiesta generada por la comunicación. Tanto en la evaluación del clima laboral (nivel desfavorable) como en la métrica de la cultura organizacional (nivel bajo), la comunicación se erige como la principal debilidad de la clínica. Según el modelo de Denison y Neale, y adaptado por Bonavia, Prado y Otros (2010), una cultura efectiva requiere de un flujo de información transparente para asegurar la adaptabilidad y coordinación. En este caso, la falta de canales bidireccionales eficientes genera un "cuello de botella" gerencial: la organización cuenta con profesionales que comparten valores (nivel alto) y se sienten valorados (reconocimiento alto), pero que enfrentan fricciones operativas diarias debido a mensajes ambiguos o a la ausencia de un intercambio abierto de ideas.



Esta paradoja explica por qué la cultura organizacional general se estanca en un nivel medio. Los factores higiénicos y motivacionales fundamentales están cubiertos, pero la deficiencia comunicacional restringe la cohesión del equipo y fragmenta la visión compartida de la historia y dirección de la empresa. En conclusión, si bien el clima general se mantiene favorable gracias al fuerte sentido de pertenencia y las excelentes condiciones físicas, la sostenibilidad de este bienestar a largo plazo es vulnerable. La transformación de esta realidad exige un rediseño urgente de las estrategias comunicacionales de la gerencia, asumiendo que la fluidez de la información es el eje transversal indispensable para articular el talento humano y consolidar una cultura organizacional de excelencia en el sector salud.

En respuesta a los hallazgos discutidos, particularmente la necesidad urgente de optimizar los canales de comunicación para elevar la cultura organizacional de un nivel medio a uno de alto rendimiento, se diseñó un plan de acción. A continuación, en la Tabla 5, se presentan las estrategias gerenciales sugeridas para el manejo óptimo del talento humano, orientadas a fortalecer tanto las dimensiones higiénicas como las motivacionales del entorno laboral.

Tabla 5

Estrategias gerenciales sugeridas

Eje Estratégico	Acciones Específicas	Responsables	Indicadores de Medición
1. Fortalecimiento de la Comunicación Interna	1.1. Sistema bidireccional: Instituir reuniones semanales de sincronización, boletines informativos y un buzón de sugerencias. 1.2. Capacitación: Desarrollar talleres de comunicación asertiva y liderazgo enfocado en la retroalimentación constructiva.	Gerencia, jefes de Departamento y Recursos Humanos.	Frecuencia de reuniones, uso de buzones y nivel de satisfacción en capacitaciones.



2. Consolidación de la Cultura Organizacional	2.1. Refuerzo de identidad: Organizar semestralmente el "Día de la Historia de la Clínica" y campañas de señalización visual de valores. 2.2. Reconocimiento: Implementar premiación trimestral al desempeño y un sistema de felicitaciones cruzadas entre pares.	Gerencia, jefes de Departamento y Recursos Humanos.	Participación del personal en eventos y registro de reconocimientos otorgados.
3. Monitoreo y Evaluación Continua	3.1. Seguimiento: Aplicación periódica (semestral y anual) de los instrumentos psicométricos de clima laboral y cultura organizacional.	Recursos Humanos.	Comparación histórica de puntajes y análisis de tendencias en la percepción del personal.

Construcción de la investigadora (2026)

REFLEXIONES FINALES

A partir de los objetivos de la investigación y el análisis de los resultados, se pueden extraer las siguientes conclusiones sobre la gestión del talento humano en la Unidad Odontológica.

En primer lugar, la identificación del nivel de clima laboral, realizado a través del cuestionario CL-SPC, revela que la percepción general del personal es favorable. Factores como el involucramiento, la supervisión y las condiciones laborales son valorados positivamente; sin embargo, la dimensión de comunicación se destaca como un punto crítico de mejora. Aunque la dimensión de realización personal obtuvo un puntaje favorable en la encuesta cuantitativa, las conversaciones informales con los participantes indican una necesidad latente: la falta de acceso a cursos y capacitación profesional financiados por la unidad clínica. Esta disonancia resalta la



importancia de la retroalimentación cualitativa para obtener un panorama completo de las necesidades del personal.

En segundo lugar, la evaluación de la cultura organizacional, mediante el modelo de Denison, arrojó un resultado general medio. Esta puntuación indica que, si bien la cultura de la clínica no es de alto rendimiento, cuenta con una base estable. Se identificaron fortalezas notables en los valores y el sistema de reconocimientos, lo que evidencia una sólida ética organizacional y un sistema de recompensas percibido como justo y equitativo. Sin embargo, al igual que en el clima laboral, la comunicación se presenta como una debilidad significativa, limitando la capacidad de la organización para adaptarse y alinear a su personal de manera efectiva. Además, la percepción "media" sobre la historia de la empresa sugiere una falta de claridad o cohesión respecto a sus raíces y propósito a largo plazo.

El análisis conjunto del clima laboral y la cultura organizacional revela una correlación directa y coherente. La comunicación fue consistentemente identificada como la principal debilidad en ambos instrumentos, lo que confirma que las deficiencias en el flujo de información no solo afectan la percepción del personal, sino que también obstaculizan la consolidación de una cultura de alto desempeño.

A partir de estos hallazgos, las implicaciones prácticas del presente estudio exigen priorizar el fortalecimiento de la comunicación interna como eje transversal de la gestión gerencial. Las acciones para implementar deben trascender la propia sugerencia y materializarse en canales bidireccionales transparentes, garantizando un flujo de información oportuno y una retroalimentación constructiva en todos los niveles de la clínica. Paralelamente, resulta imperativo ejecutar tácticas orientadas a consolidar la historia institucional y la identidad corporativa; la amalgama de estas dimensiones con los sólidos valores ya existentes constituye el requisito indispensable para erigir una cultura organizacional verdaderamente resiliente, adaptable y orientada a la excelencia del servicio.



REFERENCIAS

- Bonavia, T., Prado, V., y Otros (2010). *Adaptación al español del instrumento sobre cultura organizacional de Denison*.
https://www.researchgate.net/publication/326900467_Adaptacion_al_espanol_del_instrumento_sobre_cultura_organizacional_de_Denison
- Chiavenato, I. (2016). *Comportamiento Organizacional*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/33568/Comportamiento_organizacional_La_dina_mica_en_las_organizaciones..pdf
- Denison, D.R., Neale, W. (1994). *Denison Organizacional Culture Surrey*. Ann Arbor: Aviat.
- Gallup (2025). *¿Por qué son importantes las métricas de investigación y gestión del liderazgo?*
<https://www-gallup-com.translate.goog/workplace/349484/state-of-the-global-workplace.aspx? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=tc>
- Madero, S. (2019). *Factores de la teoría de Herzberg y el impacto de los incentivos en la satisfacción de los trabajadores*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/au/v29/2007-9621-au-29-e2153.pdf>
- Palma Carrillo, S. (2007). *Escala Clima Laboral CL SPC Manual*.
<https://studylib.es/doc/9090343/escala-clima-laboral-cl-spc-manual-1o-ed--1>
- Palma, S. (2014). *Escala Clima Laboral CL – SPC MANUAL - 10 Edición*.
https://www.academia.edu/7596386/escala_clima_laboral_cl_spc_manual
- Pérez, M., (2021) *Clima organizacional en trabajadores de la empresa Conaplast C.A. de Barquisimeto, estado Lara*.
https://biblioteca.uny.edu.ve:9443/Bonline/TG/TG_HPS_3421_R.pdf?v=zest46
- Pérez, S. (2022). *Cultura Organizacional en el Ambulatorio Urbano Tipo III “Don Felipe Ponte Hernández” del Estado Lara*.
https://biblioteca.uny.edu.ve:9443/Bonline/TG/TEG_EGS_263_R.pdf?v=711pd



MODELOS TERAPÉUTICOS TRADICIONALES Y NUEVAS TENDENCIAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DENTRO DE LA SALUD MENTAL

TRADITIONAL THERAPEUTIC MODELS AND NEW TRENDS IN PSYCHOLOGICAL TREATMENT WITHIN MENTAL HEALTH

Albin Henderson Fumero Jiménez¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3608-4280>

Recibido: 04-04-2026

Aceptado: 19-06-2026

RESUMEN

El presente ensayo de revisión tiene como objetivo describir los diversos modelos terapéuticos tradicionales y caracterizar las nuevas tendencias de tratamiento psicológico en el ámbito de la salud mental. Metodológicamente, se configuró como un estudio descriptivo de diseño documental, donde se emplearon técnicas de revisión bibliográfica, hermenéutica y análisis de contenido de fuentes científicas indexadas. La información recolectada se organizó en unidades temáticas que contrastan los enfoques clásicos (psicodinámico, conductual, cognitivo-conductual y humanista-existencial) con el surgimiento de las terapias de tercera generación, la perspectiva de la adherencia terapéutica y los principios deontológicos que rigen la praxis. Los resultados destacan la importancia de que el estamento profesional asuma las transformaciones epistemológicas y metodológicas necesarias para responder de manera eficiente a las demandas psíquicas, emocionales y conductuales de la contemporaneidad. Finalmente, se recomienda promover la formación continua y la exploración de estas nuevas alternativas de intervención bajo un estricto rigor científico y ético.

Palabras Claves: Modelos Terapéuticos, Adherencia Terapéutica, Salud Mental.

ABSTRACT

The purpose of this review essay is to describe the various traditional therapeutic models and to characterize new trends in psychological treatment in the field of mental health. Methodologically, it was designed as a descriptive, literature-based study that employed techniques of literature review, hermeneutics, and content analysis of indexed scientific sources. The collected information was organized into thematic units that contrast classical approaches (psychodynamic, behavioral, cognitive-behavioral, and humanistic-existential) with the emergence of third-generation therapies, the perspective of therapeutic adherence, and the deontological principles governing clinical practice. The results highlight the importance of the professional community embracing the epistemological and methodological transformations necessary to respond effectively to the psychological, emotional, and behavioral demands of the contemporary world. Finally, it is recommended to promote continuing education and the exploration of these new intervention alternatives under strict scientific and ethical rigor.

Keywords: Therapeutic Models, Treatment Adherence, Mental Health.

¹ Doctor en Ecología del Desarrollo Humano. Postdoctorado en Epistemología e Innovación educativa. Licenciado en Trabajo Social. Licenciado en Psicología. Magister En ciencias mención Orientación de la Conducta. Magister en Educación mención Estrategias de Aprendizaje



INTRODUCCIÓN

El campo de la intervención psicológica con pacientes cuenta con distintas modalidades terapéuticas, que le permiten al psicólogo una vez formado teóricamente y entrenado profesionalmente a nivel práctico de acuerdo con el modelo seleccionado, proceder y accionar técnicamente en pro de la salud mental, así como, la rehabilitación progresiva del bienestar psicológico de estos, todo bajo el resguardo y cumplimiento de los principios deontológicos y éticos del tratamiento psicológico. Por tanto, este artículo de revisión busca de describir esos diversos modelos terapéuticos tradicionales que se pueden manejar y aplicar en el contexto clínico, que se encuentran impregnado de validez y confiabilidad científica y, a su vez, presentar y caracterizar las nuevas tendencias en el tratamiento psicológico que han engalanado el surgimiento de las terapias de tercera generación (o contextuales), con igual rigor científico.

Asimismo, se pretende, además, no solo describir y caracterizar estos modelos terapéuticos y los nuevos enfoques a continuación, sino en develar la importancia que representa la adherencia terapéutica como parte del tratamiento psicológico, ya que permite que el lenguaje de cambio sea factible; cuando el paciente posee un alto nivel de convicción sobre los procesos terapéuticos y efectúa acciones comprometidas que benefician su calidad de vida, lo que significaría una participación activa de la mano con el profesional.

Una mirada de los modelos terapéuticos tradicionales

La terapia psicológica o como diversos teóricos denominan psicoterapia, debe ser entendida de acuerdo con Chávez (2025), como aquel proceso interpersonal consensuado destinado a generar progresivamente el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado erróneas o distorsionadas, para el sujeto que busca ayuda y apoyo de un profesional entrenado, debido a que este, no ha sido capaz de superarlas y avanzar con éxito. Lo Bianco y Merle (2006), aseguran que “es un proceso interactivo que se establece entre una persona que presenta una dificultad que desea superar y un profesional que intenta ayudarlo” (p. 4). Por tanto, ésta debe responder a los intereses y necesidades de quien la solicite o demande, la cual puede enfocarse en diversos modelos que trascienden de lo meramente individual, adentrarse a la dinámica familiar, grupal, hasta comunitaria, Sin dejar a un lado, los aspectos teóricos, metodológicos y estratégicos comunes, que la engalanan dentro de los protocolos de tratamiento psicológico.



Es por ello, que el psicólogo al momento de aplicar un determinado modelo terapéutico a sus clientes o pacientes debe manejar no solo los fundamentos teóricos que lo sustente, sino, además, una serie de procesos metodológicos y técnicos que permitirá un adecuado abordaje y tratamiento, unido con el establecimiento de una alianza terapéutica, basadas en objetivos claros a proseguir y los acuerdos o tareas a cumplir (Feixas, 1993). En este sentido, Torres y Miranda (2021), aseguran que los modelos psicológicos o terapéuticos tradicionales, permiten al profesional de la salud mental tratar e intervenir perturbaciones o malestares psicológicos, alteraciones emocionales, conductas desadaptadas, entre otras afectaciones sintomatológicas. Por tanto, es necesario que psicólogo conozca en qué consisten y cuál son sus características de abordaje, siendo estos:

La Terapia Conductista, es considerada como aquella terapia que se enfoca en intervenir conductas desadaptadas e incorporar en el sujeto conductas más adaptadas y funcionales. Al respecto, Rodríguez et al (2022), aseguran que la premisa fundamental señala que dichas conductas desadaptativas se adquieren, mantienen y extinguen de acuerdo con las leyes generales del aprendizaje social que también rigen a las demás conductas consideradas normales o adaptadas. Es decir, de acuerdo a este teórico, se enfoca en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida de la persona, se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así, una connotación y prevalencia, que va a mantenerse posteriormente. En pocas palabras, se toma los términos de la apareación de estímulos – respuestas, así como el reforzamiento de consecuencias.

He aquí, que el accionar del terapeuta conductual se enfoca en el análisis experimental de la conducta (AEC), medición, evaluación, y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes, las cuales parten de un proceso de observación, medición y cuantificación, basado en los indicadores de la conducta blanco a intervenir (Ceberio, Moreno y Des Champs, sf.). Las técnicas conductuales a seleccionar van a depender de si es déficit conductual o un exceso conductual que determina dicha conducta desadaptativa, para luego seleccionar y aplicar la técnica de modificación conductual, más ajustada al paciente.

Seguidamente, la Terapia Cognoscitivista se enfoca, en primer lugar, en describir cómo las percepciones de los sujetos o los pensamientos espontáneos sobre las situaciones, hechos o acontecimientos considerados vitales, influyen en sus reacciones emocionales o conductuales (Camerini, 2021). La principal premisa, parte de la idea fundamental, de que el sujeto etiqueta e interpreta subjetiva y mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinada.



En cuanto a su estilo, las terapias cognitivas, de acuerdo al autor precitado, toma en consideración lo siguiente: a) el establecimiento de un encuadre terapéutico como punto de inicio; b) La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso; c) Un enfoque orientado al problema y los objetivos; y d) El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al sujeto, para enfrentar por sí mismo futuras situaciones, hechos o acontecimientos de manera más saludable y funcional.

La Terapia Cognitivo Conductual, de acuerdo con Edmond (2022), se enfoca en explicar a la persona cómo las estructuras cognitivas (ya sean estas ideas o creencias consideradas irracionales), entran en función de emisiones de determinadas conductas, lo cual podría originar un estado emocional inadecuado, propiciador de comportamientos desadaptados. Es por ello que, las técnicas terapéuticas están orientadas hacia la reestructuración cognitiva de distorsiones en el pensamiento o creencias irracionales. Estas destacan dentro sus técnicas: detección de pensamientos, exposición de señales, reducción al absurdo, ensayo cognitivo, entrenamiento de habilidades sociales, contrato conductual, técnicas de relajación, flecha descendente, entre otras.

Al respecto, Moles (2004) considera que esta terapia se centra y le da prioridad a como el sujeto interpreta los hechos y situaciones activantes en sí, que le conlleva al individuo la generación de alteraciones emocionales, física y conductuales, en este caso, asociadas a la ansiedad, depresión, temores, otros. El proceso en terapia es activo y psicoeducativo, es decir, involucra al paciente en tareas para la casa lo cual facilita el proceso de alianza terapéutica. La Terapia Psicodinámica, de acuerdo con Torres (2025) asegura que es un método de terapia basado en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes. Por tanto, se centra en “revelar los conflictos inconscientes que determinan los problemas actuales del paciente con el propósito fundamental de solucionarlos haciéndoles conscientes” (p. 115).

Resalta que el método terapéutico básico y sus técnicas del psicoanálisis clásico como indica Scholten (2021), se basa en: asociación de ideas libres, escucha y validación enfática, señalamiento, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, y el análisis de la resistencia. Así mismo, indica, además que los conflictos psíquicos se originan cuando entran en contradicción o buscan de solaparse tres principios básicos de la mente: a) el principio del placer regido por el Inconsciente (Ello), b) el principio de la realidad regido por el consciente (yo-ego), y el principio del bien o la norma regido por el Super Yo (Súper Ego).



Por tanto, a nivel terapéutico permite situar al paciente y, por ende, servir de marco de referencia, cuando una conducta es desadaptada, en contraste con el contexto socio cultural donde se emita y que, este, forme parte. Ejemplo, sería que la angustia proviene de la pelea que mantiene el sujeto entre el deber del súper yo y de los instintos que tiene prohibidos (Ello), en donde el sujeto se vería incapaz de obtener validación de parte del super yo, debido a que no puede reprimir los estímulos instintivos que le son inaceptables. Cabe indicar que, este tipo de terapia demanda que el terapeuta no solo posea los conocimientos teóricos y prácticos completos del psicoanálisis, sino que, además, se exige que este debe pasar por un análisis personal, que le permita, utilizar la transferencia en toda su profundidad y sobre todo, ser consciente de la contratransferencia, lo cual dualidad especialista – paciente sea manejada adecuadamente.

La Terapia Humanista de acuerdo con Morris y Maisto (2013), se enfoca en el pleno desarrollo potencial de la persona, basándose en las posibilidades de la experiencia tan verbal como no verbal, en la unidad de la mente y en los estados alterados de la conciencia y en el re-surgimiento de ese “ser espontáneo”. Por tanto, investiga el aprendizaje y lo que significa el existir como ser humano, basado en que el hombre es autónomo y responsable de sus acciones. Siendo importante resaltar que, la psicología humanista se orienta, según Huic et al (2015), en el reconocimiento favorable de las capacidades humanas y de las potencialidades que posea la persona, para ir propiciando progresivamente el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han llegado a ser erróneas y como consecuencia de lo cual no ha sido capaz de superarlas y de avanzar con éxito. Se apoya en técnicas terapéuticas como: Elaboración de autobiografías, imaginación guiada, parafraseo, etc.

En cuanto, la Psicología Existencial y que, igualmente, se complementa con el enfoque macro humanista, surge la Logoterapia que de acuerdo con Morris y Maisto (ob. cit.), se centra en el postulado que la experiencia inmediata del sujeto permite una mejor comprensión de la realidad, y cómo estos factores causan apatía y problemas mentales. Es por ello, que esta terapia, desde esta perspectiva, se enfoca en trabajar el significado de la existencia inherente a la persona.

En este sentido, Gengler (2009) asegura que tanto el Análisis Existencial como la Logoterapia constituyen un ejemplo de terapia que nace con la intención de poder dar cuenta de la dimensión somática, psíquica y noética de la misma persona, por tanto, escapa a los reduccionismos de la psicología psicodinámica y los biologicistas. En este sentido, esta terapia se enfoca en el modelo



de Viktor Frankl, que nace en un principio como un complemento de la terapia psicoanalítica, y por último, este mismo autor lo emancipa como un modelo propio.

Se destaca que, este modelo hace hincapié en la búsqueda de sentido existencial, que es distinto al ontológico, y a partir de los valores personales y por el "giro existencial", permite al ser humano trascender la realidad concreta a partir de decisiones responsables y libres, donde aspectos como: libertad, responsabilidad y dignidad son los tres ejes de la toma de decisiones. Ahora bien, Gengler (ob. cit.), comenta que la función del terapeuta debe concebirse como un facilitador que a través del diálogo profundo establece una relación horizontal y personalizada, que enmarque el encuentro, sin perder de vista al paciente para intervenir principalmente con preguntas abiertas que favorezca dicho diálogo interno y externo y, por ende, impide el uso de consejos de tipo directivo que puedan generar dependencias de tipo "aguijón".

Así mismo, agrega, que la integridad ética y fenomenológica del terapeuta resulta relevante porque respeta las creencias ontológicas de los pacientes, potencia la conciencia moral (especialmente en caso de maltratos), defiende contra reduccionismos culturales y promueve la consumación existencial en decisiones autónomas que consolidan la "persona", incluso en situaciones donde ya se presentan patologías graves de tipo esquizofrenia o limitantes.

Por tanto, esta orientación humanizadora logra integrar los paradigmas de otros enfoques expuestos hasta el momento (cognitivo-conductual, psicoanalítico o sistémico) en el marco antropológico-existencial y siempre priorizando la apertura vivencial sobre intervenciones prescriptivas. En pocas palabras, esta terapia se enfoca en que la persona reconozca la importancia de vivir su vida en plena libertad; es decir, restaurar el sentido interior de la identidad y de fuerza de voluntad. Se vale de técnicas que puede hallarse en el método fenomenológico, como: uso del diálogo mutuo, colaborativo, alentador y exploratorio con el cliente, así como, la reflexión empática, el diálogo Socrático y la escucha activa. También se incluye: relajación progresiva, paisajismo mental, otras.

En razón, a la Terapia Gestalt arropada dentro del marco humanista - existencial, su enfoque se orienta de acuerdo Perls et al (2002), en proporcionar los medios psicológicos necesarios a los sujetos, para que estos posean la capacidad de tomar consciencia de su propia situación, tanto a nivel sentimental como psíquico, con base al mundo que los rodea, lo cual le facilitara una mejor adaptación madurativa dentro del entorno social y, por ende, responsabilidad individual. Asimismo, Vásquez (2024), comenta que es un modelo psicológico holístico centrado en la



percepción fenomenológica de la figura - fondo y el ciclo de la experiencia (o autorregulación orgánica), que incluye la fase de reposo, la fase de sensación, la fase de formación de figura, la fase de energización, la fase de acción y la fase de contacto, que permite satisfacer necesidades que van surgiendo en el aquí y el ahora.

En pocas palabras, de acuerdo a Vásquez (ob. cit.) este tipo de terapia implica el "darse cuenta" de tres zonas fundamentales que se enfocan en: externa (sensorial), interna (corporal) y fantasía (ZIM), que se destinan a la integración de estratos del yo: falso, "como si", y self genuino; diluyendo auto interrupciones como la proyección, la introyección, la retroflexión, la deflexión y la confluencia con reglas como el principio del ahora, la relación Yo-Tú, la asunción de la responsabilidad lingüística ("no puedo" pasa a ser "no quiero").

El terapeuta gestáltico de acuerdo con el autor antes precitado tiene una función no directividad y fenomenológica, basadas en fiarse del cliente y proponer llama y pregunta como "¿De qué te percatas en este momento?", "¿A quién estás dirigiendo eso?", diseñando experimentos vivos como rondas y opuestos, que no interpretaciones de los sueños ni causas; respetar el ritmo del cliente ("no empujar el río"), fomentar el sentido de responsabilidad y el contacto auténtico en el aquí y el ahora. Es por ello, que sus técnicas terapéuticas, se hayan: la Silla Vacía, Cambio de Roles, Anclaje, Confrontación, Tratamiento de Polaridades, Descarga de Objetos, otras.

En resumen, las tres premisas consideradas fundamentales de la Gestalt según Moreno (2025), se refieren: 1) El holismo; basado en que "el todo es mas que la suma de las partes", es decir, no se puede separar la realidades en fracciones o partes; 2) El darse cuenta, que implica en la importancia de que el sujeto comprenda que la situación debe estar anclada en el aquí y en el ahora, enfocado en lo que hace y puede cambiar en su contexto actual; es decir, la zona de contacto; 3) La homeostasis, como aspecto clave de la autorregulación y el mantenimiento del equilibrio con su medio ambiente; 4) El contacto, que abarcaría el reconocimiento de aquel espacio vital que le permitirá al sujeto entrar en relación con los demás y lo que realmente, le genera el crecimiento y el desarrollo como persona; y 5) la autorresponsabilidad, ser responsables de las acciones y consecuencias inherentes a las decisiones que se toman.

Es importante resaltar en razón a los antes expuesto, sin importar el tipo de terapia que se desee implementar con el paciente de acuerdo a sus necesidades psicológicas; el psicólogo debe respetarse el principio de autonomía (la capacidad de la persona de decidir sobre su vida) y el principio de la no maleficencia (entendida esta como daño moral, psicológico y físico contra la



voluntad), basado en primer lugar, el otorgamiento del consentimiento informado a este y segundo, seguir sus acciones bajo el estricto cumplimiento del código de deontológico y ético profesional (Díaz, 2001).

En este sentido, Ronquillos (2018) asegura que el consentimiento informado es un proceso ético y legal, donde un profesional de la salud informa detalladamente a un paciente sobre el procedimiento a seguir (riesgos, beneficios, alternativas) para que este tome una decisión libre y voluntaria sobre su participación, ya que tiene la capacidad de aceptar o rechazar el tratamiento que se le ofrece. Por tanto, es fundamental que el psicólogo no solo conozca y maneja adecuadamente la aplicación del modelo terapéutico de su preferencia, sino que sus acciones estén reguladas y bajo la vigilancia, con base a los principios deontológicos y éticos que, demanda la atención y tratamiento psicológico en sus pacientes.

Nuevas tendencias de tratamiento psicológico dentro del contexto clínico

En la actualidad, se ha arribado una serie de nuevas tendencias de carácter científicas en el campo de la terapia que han trascendido de los modelos tradicionales antes mencionados y, por ende, ha permitido el surgimiento de nuevas formas de tratamiento psicológico vinculado con la llegada de terapias contextuales al momento de intervenir psicológicamente a individuos, parejas, familias, grupos, de conformidad a sus preocupaciones y necesidades psíquicas, emocionales y conductuales, inherentes, especialmente, a la coyuntura sanitaria derivadas de la Pandemia producto de la llegada del COVID-19.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023), antes estas secuelas del Post COVID-19, aseguran un importante incremento en el miedo, la preocupación y el estrés, a pesar que son respuestas normales en situaciones en que la persona enfrenta incertidumbre, o a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis, comenzó a manifestarse con mayor prevalencia en la sociedad. Se destaca, además, en dicha página oficial de la OPS / OMS (ob. cit.) de acuerdo con lo expresado por el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, que esto representaba "una llamada de atención a todos los países para que presten más atención a la salud mental y hagan un mejor trabajo de apoyo a la salud mental de sus poblaciones" (s/p).

Por tanto, es denotar que las secuelas inherentes al confinamiento y aislamiento social derivado de la Pandemia producto de la llegada del COVID-19 de acuerdo al arqueo investigativo,



conllevo en el contexto mundial: 1) incremento de solicitud terapéutica que atendiese patologías como ansiedad, depresión, estrés agudo, otros; 2) la necesidad de recibir terapia integral, contextualizada y de intervención rápida en pro del mejoramiento en el bienestar mental de las personas que así lo requerían; y 3) el empleo terapéutico remoto o en línea que ha permitido y contribuido a una mayor cobertura en cualquier parte del mundo.

En razón de lo antes expuesto, se podría decir, que la aparición de las nuevas tendencias en el uso y manejo de terapia contextuales, catalogadas estas dentro de la tercera generación dentro de las teorías generales de la psicología, facilitó un cambio radical en el tratamiento psicológico de los pacientes en su salud mental. Muestra de ello, el tiempo de duración del tratamiento, el implemento de teleconsulta a través de plataformas virtuales que permiten la interacción virtual paciente – terapeuta, aplicación de apps en teléfonos mediadas por la Inteligencia Artificial, representando así, nuevos desafíos para ambos actores, entre otros aspectos.

Vale recordar, que la intervención y tratamiento terapéutico, debe estar al servicio de las personas y sus circunstancias vitales psíquicas, lo cual, es menester, comprender y estar a la par de estos cambios que se han venido proliferando y dar respuestas inmediatas, a la dinámica social actual. He aquí la importancia de la ampliación y profundización de nuevos campos y áreas de estudio en terapia, para el tratamiento psicológico de los pacientes. Por tanto, la reaparición y el surgimiento de diversas terapias contextuales, tales como: 1) Terapia de activación conductual, 2) Psicoterapia analítica funcional (FAP); 3) Terapia de aceptación y compromiso; 4) Mindfulness: Conciencia y Atención Plena; 5) Terapia basada en el procesamiento y la regulación emocional; 6) Terapia Integral de Pareja (IBCT); 7) Terapia Breve Estratégica, otras.

Ahora bien, se procede a explicar una de estas terapias antes mencionadas, la cual se destaca, la Terapia de la Activación Conductual (BA) de acuerdo a Vargas (2014), es considerada una forma de la Terapia Cognitivo Conductual, en donde se enfoca en el tratamiento de la depresión, los trastornos de miedo y ansiedad. Su empleo radica en brindar reforzadores y castigos para guiar el comportamiento individual hacia patrones más normalizados. El siguiente esquema muestra aspectos importantes:

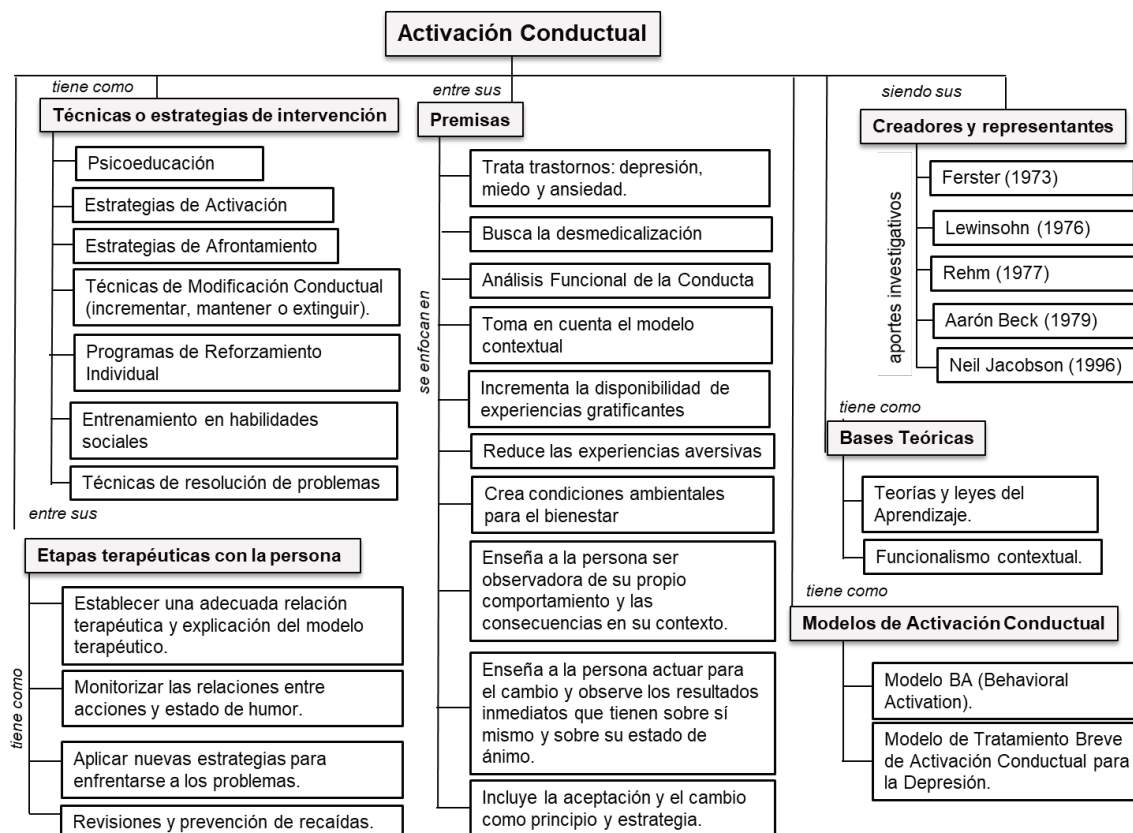


Figura 1. Construcción del investigador (2026)

Cabe indicar que, la terapia de activación conductual de acuerdo a Vargas (ob. cit.), se basa en “la observación de que la modificación del comportamiento puede ejercer un efecto positivo en las emociones. (...) su aplicación requiere un conocimiento sólido de las leyes del aprendizaje. Todas las técnicas que se aplican están orientadas a incrementar la disponibilidad de experiencias gratificantes y a reducir las experiencias aversivas” (p. 5). Por este motivo es preciso matizar que, una parte fundamental de esta terapia es la consideración de identificación y modificación de aquellas conductas que podrían inhibir la actividad, ejemplo, las conductas de evitación y huida. Por tanto, el terapeuta trabaja de la mano con su cliente a fin de precisar, reconocer y desarrollar las tareas de activación de forma individualizada durante las sesiones que podrían minimizar esos posibles obstáculos y, por ende, solucionarlos.

Siguiendo el mismo orden de ideas, se caracteriza otra de las terapias contextuales de tercera generación como es la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), la cual Valero y Ferro (2015) se va: “al foco de la relación terapéutica, que tiene en cuenta y trata las emociones, que analiza lo que dice y piensa el cliente, que considera los recuerdos, las ideas, los valores, la personalidad y el



concepto de yo como parte de todas las vivencias de la persona y que constituyen el material para el cambio terapéutico” (p. 24 – 25).

En pocas palabras, es catalogada como un tratamiento psicológico en donde se toma en consideración los patrones de conducta que emita la persona y cómo estos funcionan dentro del contexto en que se desenvuelve. Tomando para ello, la importancia de establecer una relación sinérgica y positiva, entre el especialista que será el terapeuta y el paciente, en la búsqueda de creencias racionales y la incorporación de conductas con mayor adaptación, partiendo a su vez, de la importancia de los significados que se obtienen del lenguaje como parte del proceso de cambio.

Las técnicas y ejercicios terapéuticos que se destacan en este tipo de terapia de acuerdo a los autores antes mencionados, son basadas en el diálogo en cómo el contexto incide en la manifestación y el funcionamiento de los pensamientos de la persona y la importancia de que este, cambie el contexto de esas conductas. Por tanto, se busca que el paciente construya nuevas habilidades sociales, propósitos de vida, relaciones interpersonales con mayor profundidad y el manejo adecuado de las emociones.

Cabe indicar que, las terapias contextuales han ampliado la práctica en el tratamiento psicológico y, por consiguiente, representan y profundizan el accionar que debe tener el terapeuta con su paciente o cliente, basado en una relación de interacción social bilateral humanizado y, sobre todo, en la búsqueda del bienestar y desarrollo de la salud mental. Así mismo y sin dejar a un lado, en este proceso, la implementación de una adherencia terapéutica enfocada a la ayuda, apoyo y acompañamiento desde el manejo de un lenguaje psicológico sencillo y natural, acercamiento empático e incondicional, hasta la puesta en práctica de una actitud calidad y comprensiva, en pro del reconocimiento de una vida plena y llena de propósitos.

Ahora bien, de igual forma, que han surgido nuevas tendencias terapéuticas de carácter contextualizada en razón del aquí y ahora de los pacientes, también se podría decir que, se ha venido observando con preocupación el avance en la identificación, categorización e intervención de nuevos trastornos y alteraciones de la salud psicológica en la persona. Es por ello, la imperiosa necesidad tanto de enfoques teóricos como el desarrollo de intervenciones innovadoras, dentro de los ámbitos académicos y profesionales, que puedan ser adaptadas a las demandas del medio social y dentro del contexto de cada cultura.

Al respecto, Lun, Muñoz y Mocha (2025) aseguran que estas nuevas tendencias de terapias tanto en sus modelos como en sus estrategias de intervención han permitido que la comunidad



científica preste mayor atención a sus aportes y avances en el proceso de recuperación de los pacientes que asisten a este tipo de abordaje. Por tanto, se han enfocado que no pierdan su rigurosidad científica basados en estudios formales y en razón de una evidencia empírica comprobable, que engalanen su eficacia y efectividad en las intervenciones en que se apliquen.

Siguiendo el mismo orden de ideas y en razón de lo antes expuesto, es necesario mencionar que los actuales protocolos en el campo de la salud mental, demandan la combinación conjunta de la terapia psicológica y la asistencia farmacológica (de ser necesario a través del médico tratante), de la mano con la permutación de patrones cotidianos de los pacientes, en pro del incremento de las expectativas y esperanza de vida, como asegura Menéndez (2024). En pocas palabras, la adherencia terapéutica es posible si se cumple con esta combinación.

Ahora bien, Religioni et al (2025), comentan que la adherencia terapéutica es una nueva concepción para el tratamiento de las enfermedades, alteraciones mentales orgánicas, metabólicas, y disfunciones diversas. En donde, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003), la define como "el grado en que el comportamiento de una persona, tomar medicamentos, asumir sus procesos terapéuticos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria" (sp.). Es decir, para que el proceso de tratamiento sea efectivo en el paciente, este debe comprometerse consigo mismo y con las pautas acordadas con el especialista en pro de su bienestar y salud mental.

Se destaca que, esta concepción otorga un papel preponderante especialista – paciente en el tratamiento, en donde Añel, Remón y Martín (2021), afirman que este enfoque busca la participación activa y protagónica del paciente, como agente de cambio transformador en la toma de decisiones tanto en lo que involucra el diagnóstico como la aplicación del tratamiento en pro de su seguridad. Lo cual se convierte, posteriormente, en un cambio vertiginoso en su estilo de vida, traducido en su repertorio comportamental. Debido a ello, entre el sentido de conjunción y aceptación del paciente con los profesionales involucrados, en donde se establecen y se coloca en práctica, un plan o programa de tratamiento, que busca que la persona no solo cumpla con las indicaciones, sino que, además, este evite comportamientos de riesgo y, por ende, incorpore patrones saludables al estilo de vida.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2020) [OMS], lo define como el empoderamiento del paciente, que implica el “proceso a través del cual las personas obtienen un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud y, como tales, los individuos



y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan a su salud y bienestar” (sp.). Es importante resaltar que, Añel, Remón y Martín (ob. cit.), comenta que no se debe confundir la participación del paciente en su propia seguridad, como, por ejemplo, con “Concordancia”, en donde se enfoca en que el proceso de consulta, el especialista tratante llega a un acuerdo sobre las decisiones terapéuticas en conjunción con los pacientes, es decir, se toma en cuenta los puntos de vista de estos y, posteriormente, son incorporados al tratamiento, pero puede o no, llevar una adhesión.

Cabe indicar que, estos autores citados hacen alusión que no es buscar de traspasar las responsabilidades al paciente como único garante del proceso de tratamiento, sino que, la adherencia debe estar unida a la promoción y el reforzamiento de una participación proactiva de este, durante y después de la asistencia, lo que implicaría no solo la información del tratamiento sino, además, se generen espacios de formación continua. Para ello, es necesario el compromiso que impregne el profesional de la salud a la atención terapéutica.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003), explico que la adherencia terapéutica no debe ser asumida bajo la concepción de “Compliance” o cumplimiento, en donde esta se enfoca en que el comportamiento del paciente coincide con las indicaciones de su especialista. En pocas palabras, los pacientes deben seguir y cumplir solamente con las instrucciones de los especialistas tratantes y no contempla otros aspectos higiénico-sanitarios, otorgándole un rol pasivo ante su enfermedad y, por consiguiente, genera una relación vertical entre paciente y tratante.

Las diversas concepciones mencionadas anteriormente, como adherencia, concordancia y compliance, parecen ser términos similares, no obstante, la principal diferencia radica en la participación que tiene el paciente dentro del tratamiento. En este sentido, el desarrollo de una adecuada adherencia, implica no sólo una adecuada farmacoterapia o un tratamiento terapéutico, sino que, además, se debe tener en cuenta el vínculo especialista tratante - paciente, la comunicación continua entre ambos, las retroalimentaciones del trabajo realizado, el ambiente en el que se desenvuelve el paciente, y la red de apoyo y la enfermedad o alteración que presenta.



CONSIDERACIONES FINALES

Se concluye sobre la importancia fundamental que el psicólogo explore y conozca los diversos modelos terapéuticos con sus estrategias y técnicas, dentro del contexto clínico de la salud mental, tanto los enfoques tradicionales como los actuales, esto le permitirá poseer un conocimiento necesario que definen y estructuran, así como, los fines terapéuticos de cada modelo. Por tanto, le otorgara una decisión más asertiva al momento de formarse y entrenarse de acuerdo a sus intereses profesionales.

En este sentido, la terapia es tan importante dentro de la psicología, lo cual amerita que el psicólogo, una vez que seleccione el modelo terapéutico de su preferencia, amplíe su manejo y aplicabilidad terapéutica en pro del tratamiento, debido a que le facilitara un mejor entendimiento cómo una persona, pareja, familia o grupo hace frente a las situaciones o que obstáculos lo impiden. Así como, la valia de establecer y promover una adecuada adherencia terapéutica enfocado en la participación y compromiso activo de los pacientes en el tratamiento.

Así mismo, se concluye que la terapia debe seguir consolidándose como una disciplina enmarcada dentro de la psicología, que demanda no solo una rigurosa formación profesional, sino que, además, sea asumida bajo un código deontológico y ético que rijan su ejercicio, permitiendo la puesta en práctica de un marco legal dentro del contexto clínico de la salud mental.

Finalmente, el psicólogo que desee perfilarse en un determinado campo terapéutico, debe situar su comportamiento y acciones profesionales, dentro de lo que considera moralmente correcto de acuerdo al modelo socio-cultural en que se encuentre. Ya que, las actividades terapéuticas deben garantizar los derechos humanos fundamentales de los pacientes bajo la vigilancia, no solo del profesional, sino bajo la tutela, control y supervisión de órganos colegiados. Es por ello, que sus acciones deben orientarse en los principios basados en la rectitud, responsabilidad y compromiso.

REFERENCIAS

- Añel, R., Remón, C., y Martín, M. (2021). *Participación del paciente en su propia seguridad*. Atención Primaria, 53 (Supl. 1), 102215.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002493?via%3Dihub>



- Camerini, J. (2020). *El Psicodrama Cognitivo Conductual*. Bs. ASires: CATREC.
https://cognicionycomportamientorevista.org/docs/5_3.pdf
- Ceberio, M., Moreno, J., y Des Champs, C. (sf.). *La formación y el estilo del terapeuta*.
<https://es.scribd.com/document/291676773/La-Formacion-y-El-Estilo-Del-Terapeuta>
- Chávez, S. (2025). *Los factores que configuran el estilo personal del terapeuta y su impacto en la terapia*. *Población Y Desarrollo - Argonautas Y Caminantes*, 21(1), 209–212.
<https://doi.org/10.5377/pdac.v21i1.21071>
- Díaz, J. (2001). *Ética y sociedad contemporánea*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
<https://bffrepositorio.unal.edu.co/server/api/core/bitstreams/131296be-5908-46aa-9970-8ddba0f7168c/content>
- Edmond, M. (2022). *Guía práctica de las nuevas terapias*. 2da. Editorial Kairós, S.A.
- Feixas, G. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, España: Paidós.
- Gengler, J. (2009). *Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica*. *Psiquiatra y Salud Mental*, XXVI (3-4), 200-209
- Menéndez, M. (2024). *Actitud que presentan los pacientes de la Liga Venezolana Contra la Epilepsia (LIVICE), en función al proceso de adherencia terapéutica*. Trabajo de Grado para optar título de maestría. Caracas: CIPPSV.
- Moles, JJ. (2004). *Psicología conductual*, 2da Rev. Caracas: CIPPSV
- Morris, Ch., y Maisto, A. (2013). *Introducción a la psicología*. Duodécima tercera ed. México: Pearson Educación.
- Moreno, N. (2025). *Una introducción a la terapia Gestalt*. Centro Holístico Annora. España.
<https://annora.es/introduccion-a-la-terapia-gestalt/>
- Lun, H., Muñoz, F., y Mocha, V. (2025). *Tendencias Actuales en intervención psicológica*. *Sociedad & Tecnología*, 8(1), 170–190. <https://doi.org/10.51247/st.v8i1.486>
- Lo Bianco, J, y Merle, E. (2006). *Psicoterapias para principiantes: Modelos teóricos y expresiones del padecimiento subjetivo; procesos*. Argentina: Era Naciente SRL.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Adhesión a los tratamientos a largo plazo: datos que justifican la adopción de medidas*. Ginebra. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>



- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Marco normativo y estrategia «Salud 2020»*. Oficina Regional para Europa.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf
- OPS / OMS (2023). *Salud Mental y COVID-19*. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- OPS / OMS (2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Los libros del CTP. Madrid.
- Valero, L., y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional: El análisis funcional en la sesión clínica*. España: Síntesis.
- Vargas, J. (2014). *Terapia de Activación Conductual: Apuntes para un Seminario*. [https://conductitlan.org.mx/03_seminariosporjaimevargas/Nueva%20carpeta/3.%20terapia de activacion conductual.pdf](https://conductitlan.org.mx/03_seminariosporjaimevargas/Nueva%20carpeta/3.%20terapia%20de%20activacion%20conductual.pdf)
- Vásquez, C. (2024). *Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas*. https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/567/psicoterapia-gestalt-conceptos-principios-y-tecnicas.html?srsId=AfmBOopzd05CMNDuHmE_iVNO_cE5VHN1XGc2dUsDCTog0wtb9SIJAufZ
- Religioni, U, et al. (2025). *Mejorar la adherencia al tratamiento: impacto en los resultados clínicos, los costos de atención médica y la calidad de vida del paciente*. Rev MPDI 61(1):153. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11766829/>
- Rodríguez, R., et al. (2022). *Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico*. Revista del Consejo General de la Psicología de España. Papeles del Psicólogo (2022), 43(3), 209-217.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2994.pdf>
- Ronquillo, L. (2018). *La ética general y profesional*. 2da ed. Colección Saberes Académicos Editorial Mar y Trinchera.
- Torres, A. (2025). *Terapia psicodinámica: bases teóricas, técnicas y corrientes*. <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-psicodinamica>.



Torres, H., y Miranda, A. (2021). *Modelos en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2023/Publicaciones/libros/csociales/ModelosPSIC_elect.pdf



LA SOLEDAD DEL GESTOR Y LA CREACIÓN DE CAPITAL SOCIAL: REDES DE APOYO MUTUO ENTRE DIRECTIVOS ESCOLARES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

THE MANAGER'S SOLITUDE AND THE CREATION OF SOCIAL CAPITAL: MUTUAL SUPPORT NETWORKS AMONG SCHOOL PRINCIPALS IN VULNERABLE CONTEXTS

Pedro Miguel Velásquez Velásquez¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3307-161X>

Recibido: 22-09-2025

Aceptado: 19-06-2026

RESUMEN

El ejercicio de la dirección escolar en contextos de alta vulnerabilidad suele caracterizarse por un marcado aislamiento profesional, denominado “la soledad del gestor”, fenómeno que incide negativamente en la calidad de los procesos educativos. En este marco, el presente ensayo tiene como propósito interpretar cómo la interacción horizontal y el acompañamiento entre pares se configuran como un mecanismo para la construcción de capital social y la superación del aislamiento entre directivos escolares venezolanos. Metodológicamente, se desarrolló una investigación cualitativa bajo un paradigma sociocrítico, sustentada en el enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP). El estudio se llevó a cabo durante el período 2024-2025 con la participación de seis directivos pertenecientes al Circuito Educativo “Alí Primera”, ubicado en el municipio Monagas del estado Guárico, Venezuela. Para la recolección de información se utilizaron diarios de bitácora, círculos de reflexión (mediante diez sesiones quincenales), grupos de discusión y visitas cruzadas. Asimismo, se garantizaron criterios de rigor científico credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y dependencia, junto con consideraciones éticas fundamentales, tales como el consentimiento informado y la confidencialidad. La saturación teórica se alcanzó en la cuarta sesión de trabajo. Entre los principales hallazgos se identifica una trayectoria evolutiva que transita desde la insularidad institucional y la desconfianza inicial hacia la consolidación de una red de apoyo mutuo. Dicha red se sustenta en principios de horizontalidad, confidencialidad y construcción de un propósito compartido. En este proceso, se evidenció un fortalecimiento de la autoeficacia percibida, una disminución del aislamiento profesional y una mayor capacidad para la gestión territorial colaborativa. Estos resultados confirman que el capital social entre pares opera como un andamiaje clave para el desarrollo profesional. A modo de reflexión final, se plantea la creación intencionada de redes de apoyo mutuo que propicien la transformación del individualismo en sinergia colectiva.

Palabras clave: Soledad del gestor; capital social; redes de apoyo mutuo; directivos escolares.

ABSTRACT

School leadership in highly vulnerable contexts is often characterized by marked professional isolation, known as “the loneliness of the administrator,” a phenomenon that

¹ Doctor en Gerencia. Magíster Mencón Orientación. Especialista en Dirección y Supervisión. Profesor en Lengua y Literatura, Geografía e Historia.



negatively affects the quality of educational processes. Within this framework, the purpose of this essay is to interpret how horizontal interaction and peer support serve as a mechanism for building social capital and overcoming isolation among Venezuelan school administrators. Methodologically, an exploratory-interpretive qualitative study was conducted, based on the Participatory Action Research (PAR) approach. The study was conducted during the 2024–2025 period with the participation of six administrators from the “Alí Primera” Educational Circuit, located in the Monagas municipality of Guárico state, Venezuela. Data collection methods included logbooks, reflection circles (through ten biweekly sessions), focus groups, and cross-visits. Furthermore, criteria of scientific rigor—credibility, transferability, confirmability, and dependability—were ensured, along with fundamental ethical considerations, such as informed consent and confidentiality. Theoretical saturation was reached in the fourth working session. Among the main findings is an evolutionary trajectory that moves from institutional isolation and initial mistrust toward the consolidation of a mutual support network. This network is based on the principles of horizontality, confidentiality, and the development of a shared purpose. Throughout this process, there was evidence of strengthened perceived self-efficacy, reduced professional isolation, and an enhanced capacity for collaborative territorial management. These results confirm that social capital among peers serves as a key framework for professional development. As a final reflection, we propose the intentional creation of mutual support networks that foster the transformation of individualism into collective synergy.

Keywords: Managerial loneliness; social capital; mutual support networks; school leaders.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos menos explorados, pero más presentes en el ejercicio de la dirección escolar es el sentimiento de aislamiento profesional. Descrito frecuentemente por los propios directivos como "la soledad del gestor", este fenómeno se caracteriza por la percepción de que el director carga en solitario con el peso de las decisiones, las responsabilidades y las tensiones de la vida institucional. Esta situación genera estrés, agotamiento y dificulta la construcción de proyectos colectivos (Bolívar, 2019; Vaillant, 2015). Desde una perspectiva conceptual, esta experiencia subjetiva sitúa al director en una posición de extrema vulnerabilidad al ser percibido como la máxima autoridad y el responsable último de todos los procesos. Cuando la función directiva se ejerce desde esta insularidad, pierde gran parte de su potencial transformador, derivando en consecuencias críticas como el estrés laboral, el síndrome de burnout y la toma de decisiones poco reflexivas (López, 2019; Torres, 2020).

En América Latina, el fenómeno del aislamiento directivo ha sido documentado en diversos países, aunque suele ser abordado de manera tangencial en estudios sobre el desgaste profesional o la deserción del cargo. Investigaciones recientes en Chile (Weinstein et al., 2022), Colombia (Cuéllar y Orellana, 2023) y México (Torres, 2020) coinciden en señalar que los directores de



escuelas en contextos de vulnerabilidad experimentan niveles significativamente más altos de estrés y soledad profesional que sus pares de escuelas de menor complejidad. Esta diferencia se explica no solo por las condiciones materiales adversas, sino también por la falta de redes de apoyo institucionalizadas y por la cultura del "héroe directivo" que espera que el director resuelva en solitario los problemas de su comunidad.

En el contexto venezolano, este sentimiento se ve exacerbado por factores estructurales: ausencia de políticas sistemáticas de formación, acceso a cargos por encargaduría sin preparación gerencial (Rosas, 2021), sobrecarga administrativa y condiciones socioeconómicas adversas. La literatura especializada ha puesto énfasis en las competencias individuales del director, pero ha prestado menos atención a las dimensiones relacionales y colectivas del ejercicio directivo. Frente a este panorama, las teorías del capital social (Bourdieu, 1986; Putnam, 1993) ofrecen un marco idóneo para comprender el valor de las redes de relación. Si bien el capital social ha sido estudiado principalmente en la educación en vínculo con las familias (Riascos y Becerril, (2021), su aplicación a los colectivos de dirección escolar revela que la red de apoyo entre pares constituye una forma de capital social de vinculación (lazos estrechos entre iguales) capaz de generar puentes hacia otras estructuras institucionales, mejorando sustancialmente el bienestar y la capacidad de liderazgo regional (Weinstein et al., 2022; Cuéllar y Orellana, 2023).

Esta literatura reciente sobre liderazgo educativo sitúa el bienestar de los directivos como una condición necesaria para un desempeño efectivo y sostenible (Day y Samons, 2016; Hinojosa, Davis y McCabe, 2020). El aislamiento profesional no solo mina la salud mental y emocional del director, sino que incide negativamente en su capacidad para mantener la motivación de su equipo docente e implementar cambios sostenidos en el tiempo. Ante esto, el enfoque del "liderazgo distribuido" (Spillane, 2006) emerge como una alternativa al modelo tradicional centrado en la figura del director como único responsable, al proponer que las funciones de liderazgo sean compartidas por múltiples actores dentro y fuera de la escuela. Esta responsabilidad colectiva reduce la carga sobre el gestor y aumenta el compromiso organizacional.

Sin embargo, la distribución del liderazgo no ocurre de manera espontánea; requiere condiciones institucionales y culturales que la faciliten, siendo una de las principales la existencia de redes de apoyo entre pares. Cuando los directores se sienten respaldados por sus colegas, muestran mayor disposición a delegar funciones, confiar en sus equipos y abrir espacios de participación. La red actúa, así como un "colchón de seguridad" que amortigua el estrés y permite



al director arriesgarse a innovar en su gestión sin temor a fracasar en solitario, disminuyendo el agotamiento emocional e incrementando la satisfacción laboral (Hinojosa et al., 2020).

Para activar este engranaje, la Investigación Acción Participativa (IAP), desarrollada por Fals Borda (1985), se fundamenta en que el conocimiento es una construcción social que emerge de la interacción dialógica. Esta perspectiva resulta idónea para abordar la soledad del gestor a través de la co-construcción como vía para la transformación, donde los círculos de reflexión y las visitas cruzadas operan como dispositivos clave para la edificación de una subjetividad colectiva (Rahman, 2018).

Bajo estas premisas, este artículo interpreta un proceso de superación del aislamiento a través de la creación de una red de apoyo mutuo entre seis directivos escolares en Venezuela. Derivado de una IAP, el estudio explora cómo la interacción horizontal y el acompañamiento entre pares se constituyen en un mecanismo para la construcción de capital social y para la sostenibilidad de la transformación de las prácticas gerenciales. El objetivo central es comprender las dinámicas que permitieron el tránsito desde una cultura de insularidad institucional hacia una estructura de colaboración y apoyo, analizando sus efectos en la subjetividad de los directivos y en su capacidad de agencia transformadora, aportando así evidencia empírica desde el contexto venezolano, escasamente representado en la literatura regional.

METODOLOGÍA

Esta investigación se inscribió en el paradigma sociocrítico bajo un enfoque cualitativo, adoptando la Investigación Acción Participativa (IAP) como la ruta metodológica idónea para dilucidar y transformar las dinámicas del aislamiento directivo (Fals Borda, 1985). El escenario que acogió esta experiencia fue el Circuito Educativo N° 4 "Alí Primera", ubicado en la comunidad de Diamante, dentro del Municipio José Tadeo Monagas del Estado Guárico, Venezuela. A través de un muestreo intencional, el estudio convocó a los seis directores de las instituciones que integran orgánicamente este circuito: un liceo, una escuela básica, un instituto de educación especial, un taller laboral y dos centros de educación inicial.

La selección de este grupo respondió a criterios esenciales para el éxito del proceso, tales como la disposición explícita a sostener un proceso prolongado de reflexión-acción durante ocho meses, el reconocimiento de la necesidad imperiosa de transformar sus propias prácticas



gerenciales y la garantía de representatividad de los distintos niveles y modalidades educativas de la zona. Aunque el grupo estuvo conformado por seis sujetos significantes se sustentó en los criterios de saturación teórica propios de la indagación cualitativa en profundidad (Martínez, 2006). Esta saturación comenzó a manifestarse nítidamente tras la cuarta sesión de los círculos de reflexión, momento en el cual los discursos colectivos empezaron a reiterar las categorías de análisis sin añadir variaciones sustanciales al fenómeno estudiado.

En concordancia con los principios de la IAP, la postura del investigador se distanció del clásico experto externo para asumir un rol de facilitador y catalizador del proceso de cambio, convirtiéndose en un coinvestigador dentro de la dinámica horizontal. La reflexividad y la vigilancia epistémica se resguardaron mediante el uso riguroso de un diario de campo personal, espacio donde el facilitador registró sus propias preconcepciones y subjetividades en torno a la soledad directiva, las cuales fueron discutidas abiertamente con el grupo. Del mismo modo, las interpretaciones preliminares que emergían del análisis se compartieron de manera sistemática en los círculos de reflexión para someterlas a la crítica de la comunidad de práctica. Este caminar conjunto se estructuró de manera cronológica en tres grandes momentos a lo largo del año 2025.

El trayecto inició con la fase de diagnóstico entre marzo y abril, periodo en el que se activaron los grupos de discusión iniciales y se pautaron los primeros registros en diarios de bitácora. Posteriormente, entre mayo y agosto, se desplegó la fase medular de acción-reflexión, la cual tomó cuerpo a través de diez sesiones quincenales de círculos de reflexión con una duración de 90 minutos cada una, complementadas de forma armónica con tres rondas de visitas cruzadas por directivo para propiciar la observación in situ. Finalmente, el proceso concluyó en septiembre con la fase de evaluación, dedicada a los grupos de discusión de cierre y al balance colectivo de los aprendizajes logrados.

La recolección y construcción de la información se sostuvo sobre un andamiaje multicéntrico de técnicas e instrumentos que buscaron capturar la vivencia directiva en toda su complejidad. Destacan entre ellos los diarios de bitácora, codificados desde AS1 hasta AS6, los cuales albergaron las reflexiones semanales escritas de cada director entre marzo y septiembre de 2025. A estos registros personales se sumaron los encuentros quincenales de los círculos de reflexión, las actas de reuniones y dos sesiones de dos horas de grupos de discusión que marcaron el hito inicial y final del estudio.



Asimismo, las visitas cruzadas entre las instituciones funcionaron como un dispositivo potente de observación participante y retroalimentación horizontal. La riqueza de estos datos fue procesada mediante los procedimientos de codificación abierta y axial (Martínez, 2006), rastreando minuciosamente aquellas unidades de significado vinculadas con las categorías emergentes de aislamiento, confianza, apoyo mutuo y colaboración. Para blindar la validez del análisis, estas categorías pasaron por un riguroso tamiz de validación colectiva en sesiones de devolución de hallazgos.

Para robustecer la consistencia de la investigación, se implementó una estrategia exhaustiva de triangulación que cruzó fuentes informativas (diarios, círculos y grupos), miradas de investigadores (mediante la validación conjunta) y métodos (combinando la observación, entrevistas grupales y el análisis documental). Esta arquitectura metodológica permitió responder con solidez a los criterios de rigor cualitativo propuestos por Lincoln y Guba (1985).

De este modo, la credibilidad se garantizó a través de la triangulación y la comprobación directa de las interpretaciones con los informantes; la transferibilidad se aseguró mediante la descripción densa y contextualizada del entorno sociocultural e institucional del circuito educativo; la confirmabilidad se resguardó con una auditoría externa de las categorías nacidas de la reflexión conjunta; y la dependencia se tejió gracias al seguimiento cronológico y sistemático plasmado en el diario de campo y las actas de las sesiones. Todo el diseño se edificó sobre un compromiso ético irrenunciable, respaldado por un comité de ética institucional. Cada director otorgó su consentimiento informado por escrito, se garantizó la absoluta confidencialidad de sus identidades mediante los códigos alfanuméricos asignados y se respetó su autonomía para retirarse del proceso si así lo consideraban necesario.

HALLAZGOS

La interpretación de las voces de los directivos revela una trayectoria clara desde un estado de fragmentación inicial hacia la consolidación de una red de apoyo mutuo, cuyas dinámicas se sintetizan en la categorización que se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.

Categorización de la construcción de capital social entre directivos



Fase	Categoría central	Subcategorías	Indicadores textuales (ejemplos)
Diagnóstico	Insularidad institucional	Gestión de crisis local; ausencia de comunicación horizontal; desconfianza	"Cada director está en su institución, como si fuéramos islas" (AS6); "Sin equipo, el director se ahoga solo" (AS4)
Ruptura	Dispositivos de encuentro	Visitas cruzadas; círculos de reflexión; externalización del conocimiento tácito	"Ir a la escuela de un compañero fue transformador" (AS5); "Me hizo pensar en mi propia práctica" (AS2)
Consolidación	Red de apoyo mutuo	Confianza genuina; solidaridad; autoeficacia percibida; gestión territorial	"Saber que puedo llamar a cualquiera de ustedes no tiene precio" (AS4); "Aprendes de los errores de los demás sin tener que cometerlos" (AS3)

Construcción del investigador (2026)

Al adentrarse en la fase diagnóstica, los directivos expresaron un sentimiento de aislamiento y una dinámica de trabajo profundamente fragmentada, donde la metáfora de la "isla" apareció recurrentemente para ilustrar que cada director permanecía en su institución resolviendo lo suyo de forma inconexa (AS6, diario, 22/03/2025). Esta insularidad generaba altas dosis de estrés y vulnerabilidad, provocando la percepción de que, ante la falta de un equipo, el gestor terminaba ahogándose solo en la toma de decisiones (AS4, grupo diagnóstico, abril 2025). En este primer momento, la desconfianza y el recelo a mostrar debilidades operaban como barreras invisibles que reforzaban el aislamiento.

Para quebrar esta inercia, la fase de ruptura se activó mediante las visitas cruzadas y los círculos de reflexión como catalizadores del cambio. El ejercicio de acudir a la escuela de un compañero y observar su cotidianidad laboral fue descrito como una experiencia transformadora que disolvió la sensación de orfandad al constatar que los problemas eran compartidos (AS5, diario, 25/05/2025). Estas observaciones in situ detonaron una fuerte autorreflexión sobre las propias prácticas verticales y la necesidad de delegar (AS2, diario, 20/06/2025), mientras que los círculos de reflexión ofrecieron un espacio seguro y sistemático para el análisis colectivo de casos reales.

Con el tiempo, esta interacción decantó en la fase de consolidación de la red, donde la relación esporádica maduró hacia una estructura sólida de capital social y sinergia organizacional.

En la evaluación final, los participantes manifestaron haber construido un tejido que trascendió lo institucional, devolviéndoles la seguridad de saber que podían consultar a cualquiera de sus pares (grupo discusión, septiembre 2025). Un hito especialmente significativo de este amparo colectivo fue documentado por uno de los directivos: "Hubo un momento en que mi escuela estuvo a punto de perder la matrícula de un grupo entero por un conflicto con los representantes... Fue en un círculo de reflexión, después de varios meses de trabajo conjunto, cuando me animé a compartirlo. Y lo que pasó fue mágico: mis colegas no me juzgaron... Entre todos construimos una estrategia. Y funcionó. Ese día entendí qué significa realmente tener una red de apoyo." (AS1, grupo de discusión, septiembre 2025) Este testimonio ilustra cómo la red operó como un espacio de desahogo emocional y validación profesional, convirtiendo la posibilidad de mostrar vulnerabilidad en una experiencia liberadora.

Asimismo, potenció la autoeficacia al permitirles aprender de los errores ajenos, consolidando una modalidad de co-formación mucho más poderosa que los cursos tradicionales (AS3, círculo, agosto 2025). En el plano práctico, este quiebre del individualismo fomentó proyectos conjuntos y una mayor disposición a promover el trabajo en equipo con sus propios docentes, asumiendo que la gestión no es cosa de uno solo (AS5, círculo, agosto 2025).



Figura 1. Modelo de construcción de capital social entre directivos Construcción del investigador (2026)



Estos hallazgos subrayan la importancia de los colectivos de apoyo mutuo para enfrentar la complejidad educativa en entornos adversos, demostrando que la "soledad del gestor" puede transformarse mediante la colaboración horizontal. La red funcionó como un dispositivo de andamiaje social (Vygotsky, 1978), permitiendo a los directivos transitar desde su zona de desarrollo real (práctica solitaria) hacia una zona de desarrollo potencial (colaborativa). En comparación con la literatura internacional, estos resultados se alinean con Weinstein et al. (2022) en Chile y Cuéllar y Orellana (2023) en Colombia, quienes reportaron que las redes fortalecen el bienestar emocional y la autoeficacia colectiva.

Sin embargo, este estudio aporta el concepto de "insularidad institucional" como una barrera específica de la vulnerabilidad, demostrando cómo los dispositivos de la IAP logran la externalización del conocimiento tácito. Un contraste relevante se establece con Torres (2020) en México, quien encontró que más de la mitad de los directivos reportaban soledad, pero pocos participaban en redes formales debido a la cultura del "director todopoderoso" que asimila la petición de ayuda con la incompetencia. Si bien los directivos venezolanos manifestaron inicialmente esa misma reticencia por temor al juicio, la naturaleza horizontal, voluntaria y endógena de nuestra IAP, a diferencia de las redes mexicanas promovidas externamente, permitió una alta sostenibilidad de los vínculos.

Por otra parte, frente a lo señalado en España por Gairín y Castro (2021) sobre la falta de tiempo como causa de abandono de las comunidades de práctica, los directivos de este circuito enfrentaron la misma asfixia burocrática, pero optaron por reorganizar voluntariamente sus prioridades para salvaguardar los encuentros. Esto demuestra que la vivencia directa del beneficio actúa como el principal motor de sostenibilidad. Al igual que lo teorizado por Putnam (1993) y García y Fernández (2021), la construcción de este capital social profesional requirió condiciones irrenunciables de horizontalidad, confidencialidad, solidaridad y un propósito compartido de transformación.

REFLEXIONES FINALES

La andadura compartida junto a los directivos del Circuito Educativo N° 4 "Alí Primera" nos revela que el aislamiento profesional no es una condición anatómica ni un destino inevitable



del cargo, sino una realidad estructuralmente impuesta que puede ser subvertida. Al revisar el camino recorrido, la transformación de los actores sociales se manifiesta de manera conmovedora: aquellos gestores que iniciaron el proceso replegado sobre sus propias escuelas, silenciando sus crisis por temor al juicio punitivo de sus pares, lograron quebrar la cultura de la insularidad institucional.

A través de dispositivos horizontales como las visitas cruzadas y los círculos de reflexión, el grupo no solo logró externalizar un conocimiento tácito que permanecía oculto, sino que edificó un "colchón de seguridad" emocional y profesional. Los directivos mutaron de ser "héroes solitarios" a reconocerse como nodos de una red de apoyo mutuo; un tejido vivo de capital social que multiplicó sus capacidades individuales, robusteció su autoeficacia percibida y sentó las bases para pensar, por primera vez, en una gestión territorial genuinamente colaborativa y solidaria en contextos de alta vulnerabilidad.

Este viaje también operó una metamorfosis profunda en mi propia subjetividad como investigador. Al despojarme del ropaje del experto externo que asiste a observar desde la distancia, la convivencia horizontal me obligó a confrontar mis propias preconcepciones sobre la gestión escolar. Comprender la soledad del gestor no desde la teoría, sino desde la escucha atenta de sus quiebres y resistencias semanales, transformó mi rigidez académica en una sensibilidad empática compartida.

Descubrí que la verdadera investigación sociocrítica no se mide por la pulcritud de los datos recolectados, sino por la capacidad del proceso para devolverle la voz y la agencia a quienes sostienen la escuela pública en condiciones adversas. Esta vivencia reconfiguró mi identidad profesional, enseñándome que el acompañamiento y la reflexividad conjunta son herramientas políticas de emancipación y que la ciencia social adquiere su verdadero sentido cuando se transforma en un acto de co-creación y cuidado mutuo.

Mirando hacia el futuro, la sostenibilidad de estas redes no puede depender exclusivamente de la mística o de la valiosa voluntad intrínseca de los directivos; requiere ser arropada por condiciones estructurales determinantes. Los programas formativos y las políticas educativas regionales deben asumir la creación de comunidades de aprendizaje entre pares como un eje central y no como un mero accesorio cosmético.

Esto implica el diseño de incentivos institucionales concretos, tales como el reconocimiento formal de las horas de trabajo en red dentro de la jornada laboral, la inclusión de la participación



en estos espacios colaborativos como un criterio legítimo en la evaluación del desempeño directivo, y el alivio urgente de la asfixiante sobrecarga administrativa. Solo garantizando recursos mínimos de conectividad y transporte, y validando institucionalmente estos encuentros, podremos transitar de forma definitiva desde la vieja escuela insular hacia un modelo de gestión comunitaria y territorial, donde ningún director se vea obligado a gobernar en soledad.

REFERENCIAS

- Bolívar, A. (2019). *Una dirección escolar con capacidad de liderazgo pedagógico*. https://www.researchgate.net/publication/333175178_Una_direccion_escolar_con_capacidad_de_liderazgo_pedagogico
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. En J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood.
- Cuéllar, D., y Orellana, V. (2023). *Redes profesionales entre directivos escolares en Colombia: Un estudio de casos*. *Revista Latinoamericana de Educación*, 8(2), 45-62.
- Day, C., y Samons, P. (2016). *Successful school leadership*. Education Development Trust.
- Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular*. Siglo XXI Editores.
- Gairín, J., y Castro, D. (2021). *El contexto organizativo como espacio de intervención*. <https://revistas.unir.net/index.php/rep/es/article/view/3565/3004>
- Hinojosa, A. S., Davis, S., y McCabe, C. (2020). *Principal well-being: A systematic literature review*. *Journal of Educational Administration*, 58(4), 421-438.
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- López, F. (2019). *Funciones del director escolar: Una propuesta integral (2ª ed.)*. Santillana.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.
- Rahman, M. A. (2018). *Participatory action research*. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5ª ed., pp. 379-401). Sage.
- Riascos, L. y Becerril, I. (2021). *Liderazgo educativo docente. Un modelo para su estudio, discusión y análisis*. <https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/16367/6555>



- Rosas, M. (2021). *La encargaduría en cargos directivos educativos en Venezuela*. Revista de Derecho Educativo, 5(2), 78-92.
- Spillane, J. P. (2006). *Distributed leadership*. Jossey-Bass.
- Torres, J. (2020). *El síndrome de burnout en directivos escolares: Una revisión*. Psicología Educativa, 26(1), 33-42. <https://youtu.be/wEerRsEN3Is?si=03bkmiIfCO51aux2>
- Vaillant, D. (2015). *Liderazgo escolar y desarrollo profesional docente*. UNESCO-OREALC.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Weinstein, J., Muñoz, G., y Cuéllar, D. (2022). *Redes de apoyo entre directores de escuelas vulnerables en Chile: Efectos en su bienestar y liderazgo*. Calidad en la Educación, 56, 12-38. <https://liderazgoeducativo.udp.cl/academicos-de-educacion-udp-colaboraron-en-nuevo-libro-liderazgo-educativo-en-tiempos-de-crisis/>