

Estrés y riesgo psicosocial por doble presencia en personal asistencial que labora en servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos de una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín

Monica Alexandra Cadavid Buitrago

Maria Yadira Rojas Hurtado

Luis Guillermo Palacio Perez

Trabajado de grado para optar al título de Especialista en Salud Ocupacional

Dirigido por

German Fernando Vieco Gómez

Phd en Psicología. Magíster en Salud Pública.

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional De Salud Pública

Especialización en Salud Ocupacional

2017

## Contenido

Resumen.....	4
<i>Abstract</i> .....	5
<i>Resumo</i> .....	6
Introducción .....	7
Metodología .....	10
Recolección de la información.....	12
Análisis de datos.....	14
Aspectos éticos .....	15
Resultados .....	16
Discusión.....	23
Conclusión .....	28
Agradecimientos .....	32
Referencias.....	33

## Tablas

- Tabla 1.** *Caracterización de la muestra de trabajadores de la clínica de alta complejidad a los que se evaluó estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia.* ..... 13
- Tabla 2.** *Caracterización de los trabajadores de la clínica de alta complejidad a los que se evaluó estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia.* ..... 18
- Tabla 3.** *Presencia de síntomas de estrés en profesionales de la salud que laboran en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, de acuerdo con la profesión, la sede, el servicio y la antigüedad en el cargo.* ..... 19
- Tabla 4.** *Niveles de riesgo psicosocial por doble presencia en los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, que laboran en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, de acuerdo con la profesión desempeñada, la sede, el servicio y la antigüedad en el cargo.* ..... 20
- Tabla 5.** *Prevalencia del estrés ocupacional y el riesgo psicosocial doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín.* ..... 21
- Tabla 6.** *Clasificación del nivel de riesgo psicosocial por doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, según los criterios de la prueba CoPsoQ-Istas21.* ..... 21
- Tabla 7.** *Probabilidad de asociación entre estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín.* ..... 22

## Resumen

El estrés ocupacional y los factores de riesgo psicosocial son aspectos que inciden en la productividad de las personas, lo que implica que el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo se enfoque cada vez más en la gestión de estos riesgos y sus efectos en la calidad de vida los trabajadores y en el desarrollo de su labor. **Objetivo:** establecer la relación entre el riesgo psicosocial por doble presencia y el estrés ocupacional en los trabajadores de los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos, que laboran en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, según su profesión, la sede en la que realizan su labor y antigüedad en el cargo. **Metodología:** fueron evaluados 219 trabajadores de la salud de una clínica de alta complejidad para valorar la presencia y severidad de estrés ocupacional. Se utilizó el cuestionario para la Evaluación de Estrés – Tercera Versión y la evaluación del riesgo psicosocial por doble presencia se efectuó mediante los criterios del instrumento internacional CoPsoQ-Istas21. **Resultados:** no existe asociación entre el estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia, con la profesión, la sede, el servicio y la antigüedad en el cargo, pero si existe asociación entre estrés y riesgo psicosocial por doble presencia. **Discusión:** el estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia, son factores de alta prevalencia en el personal de la salud de la clínica de alta complejidad, sin embargo, es necesario seguir profundizando en la forma que estos dos factores interactúan en el ámbito laboral **Conclusión:** los hallazgos resaltan la necesidad de diseñar estrategias de intervención oportunas para favorecer un manejo integral del estrés ocupacional y del riesgo psicosocial por doble presencia, en la población estudiada.

**Palabras clave:** estrés ocupacional, riesgo psicosocial, doble presencia, prevención.

### *Abstract*

Occupational stress and psychosocial risk factors are aspects that affect the productivity of people, which implies that the field of occupational safety and health is increasingly focused on the management of these risks and their effects on the Quality of life of workers and in the development of their work. **Objective:** to establish the relationship between psychosocial risk due to double presence and occupational stress in workers in emergency services, surgery and care unit, who work in a highly complex clinic in the city of Medellín, according to their profession, headquarters In which they perform their work and seniority in the position. **Methodology:** 219 health workers from a clinic of high complexity were evaluated to assess the presence and severity of occupational stress. The questionnaire was used for the Evaluation of Stress - Third Version, the evaluation of the psychosocial risk by double presence was made using the criteria of the international instrument CoPsoQ-Istas21. **Results:** there is no association between stress and psychosocial risk by double presence, with the profession, seat, service and seniority in the position, but there is an association between stress and psychosocial risk by double presence. **Discussion:** stress and psychosocial risk by double presence are factors of high prevalence in health staff of the clinic of high complexity, however it is necessary to continue to deepen the way these two factors interact in the field. **Conclusion:** the findings highlight the need to design timely intervention strategies to favor an integrated management of occupational stress and psychosocial risk by double presence in the studied population.

**Keywords:** occupational stress, psychosocial risk, double presence, prevention.

### ***Resumo***

Estresse ocupacional e de risco psicossocial fatores são aspectos que afetam a produtividade dos indivíduos, o que significa que o domínio da segurança e saúde no trabalho vai se concentrar cada vez mais na gestão desses riscos e seu impacto sobre qualidade de vida para os trabalhadores e para o desenvolvimento do seu trabalho. **Objetivo:** estabelecer a relação entre risco psicossocial presença de casal e estresse ocupacional entre os trabalhadores da unidade de serviços de emergência, cirurgia e cuidados, trabalhando em uma clínica de alta complexidade da cidade de Medellín, de acordo com a sua profissão, casa em que trabalham e antiguidade. **Metodologia:** foram avaliados 219 profissionais de saúde uma clínica altamente complexa para avaliar a presença e severidade de questionário estresse ocupacional para avaliação do estresse foi usado - Third Edition, avaliação da presença duplo risco psicossocial foi feita com base em critérios instrumento internacional CoPsoQ-ISTAS21. **Resultados:** não houve associação entre estresse e presença duplo risco psicossocial, com a profissão, sede, serviço e antiguidade, mas a associação entre estresse e risco psicossocial presença de casal. **Discussão:** stress e riscos psicossociais dupla presença, são fatores altamente prevalentes na clínica de saúde pessoal altamente complexa, no entanto, é necessário aprofundar ainda mais a forma como estes dois fatores interagem no campo. **Conclusão:** os resultados destacam a necessidade de criar estratégias de intervenção adequadas para promover a gestão integrada de estresse ocupacional e risco psicossocial dupla presença na população estudada.

**Palavras-chave:** estresse ocupacional, risco psicossocial, dupla presença, prevenção.

## Introducción

El estrés laboral, es uno de los principales problemas de salud a los que se enfrenta el 35% de los trabajadores en el mundo (Pérez, 2011). Algunos estudios indican que entre 50% y 60% de las deserciones laborales están relacionadas con el estrés ocupacional. La investigación sobre el estrés en el mundo del trabajo se ha incrementado desde los años 90, prestando cada vez más atención a los efectos de los factores de riesgo psicosocial y del estrés en relación con el trabajo y la productividad, lo que ha extendido la práctica de la seguridad y salud en el trabajo más allá de su ámbito tradicional y ha destacado cada vez más la necesidad de las personas de llevar una vida social y económicamente productiva (Zamorano 2016).

Desde el punto de vista biológico el estrés se define como una condición que perturba el equilibrio fisiológico y psicológico de un organismo (Aceves, López, Moreno, Jiménez & Campos, 2006). Es una respuesta orgánica de excitación simpática relacionada con cantidades altas de catecolaminas (en la reacción aguda) y cantidades elevadas de cortisol (en reacciones crónicas o sostenidas en el tiempo) que se acompaña usualmente de una respuesta psicológica de ansiedad, temor, inseguridad o irritación ante eventos ambientales que perturban a la persona por amenazas o demandas que sobrecargan su capacidad de respuesta (Sandín, 1999).

Para que una interacción sea considerada como estresante es necesario que se den un conjunto de condiciones. Algunos modelos explicativos, como son el de demanda – control (Karasek, 1979) y demanda – esfuerzo – recompensa (Siegrist, 1996, 1998) proponen que el estrés laboral y los problemas derivados del mismo, se asocian a factores psicosociales del trabajo, también la combinación de altas demandas y bajo control o de alto esfuerzo y baja recompensa han sido establecidos como potentes predictores de enfermedad, especialmente

cardiovascular (cardiopatía coronaria) entre otras (Fanghänel-Salmón, Sánchez-Reyes, Arellano-Montaño, Valdés-Liaz, Chavira-López & Rascón-Pacheco, 1997). Dicha percepción de desbalance entre las demandas situacionales y los recursos personales de afrontamiento se constituye como el principal determinante de los procesos de estrés. En otras palabras, el estrés depende directamente los procesos de valoración a partir de los cuales se establece si lo que ocurre en el medio ambiente tiene o no importancia adaptativa para el individuo (Cendales, 2014).

El constructo doble presencia, es considerado un factor de riesgo psicosocial que hace referencia a las exigencias sincrónicas y simultáneas del ámbito laboral y el ámbito doméstico-familiar. En el ámbito laboral tiene que ver con las exigencias cuantitativas, la ordenación, duración, alargamiento o modificación de la jornada de trabajo y con el nivel de autonomía sobre ésta, de acuerdo con los horarios o días laborables incompatibles con actividades de la vida personal, familiar y social (Moncada, Llorens, Navarro & Kristensen, 2005). Este concepto es análogo a lo que se ha denominado en el ámbito de la gestión humana, el conflicto trabajo – familia (Ulrich, 1997) y que ha sido investigado en el contexto colombiano designado como desempeño de múltiples roles (Gómez, 2004).

La doble presencia como constructo, está caracterizada por dos componentes o dimensiones psicosociales, que son: la carga de tareas domésticas y la preocupación por las tareas domésticas (Alvarado, Pérez-Franco, Saavedra, Fuentealba, Alarcón, Marchetti & Aranda, 2012). Esto aunado con otros factores psicosociales extra laborales, pueden tener repercusiones en el estado de salud de los trabajadores, desencadenando síntomas de estrés. Sandín (2003) enuncia la relevancia de tres formas principales de estresores sociales: sucesos vitales, estrés de



rol y contrariedades cotidianas, que pueden contribuir de forma independiente en la predicción de síntomas asociados al estrés.

El trabajo asistencial en las instituciones de salud se caracteriza por altas demandas emocionales y jornadas laborales extensas, que a menudo traen como consecuencia síntomas de tensión emocional, fatiga y agotamiento, y por ende pueden configurar el surgimiento de síntomas de estrés (Gil-Monte, Silla & González 1994; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995 y Gil-Monte & Silla, 1997). La característica específica de estos requerimientos es que se trata de seres humanos, con lo que las exigencias pueden generar más tensión y agudizar los riesgos asociados al estrés, que pueden surgir por demandas cuantitativas, ante la percepción de que las demandas que plantea su entorno laboral superan sus capacidades de afrontamiento (Silva, 2006). Así mismo, las jornadas laborales extensas implican largos periodos de ausencia de su contexto familiar, lo que puede interferir con sus relaciones en el hogar y generar mayores exigencias en cuanto a la organización del tiempo para cumplir con tareas domésticas (Gómez, 2004).

El presente estudio fue efectuado con el objetivo de establecer la relación entre el riesgo psicosocial por doble presencia y el estrés ocupacional en profesionales de la salud que laboran en servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos de una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, según su profesión, tiempo de ejercicio de la misma y sede en la que realizan su labor.

## Metodología

Se realizó un estudio de corte tipo *Cross Sectional*, con el propósito de realizar un acercamiento inicial a la posible asociación que pudiera existir entre algunos factores de riesgo (profesión, sede, y servicio y doble presencia) y un efecto (estrés laboral) (Mazuera, 1998) para establecer el grado de relación entre ellos, pero sin pretender agotar una explicación completa de causa-efecto sobre el fenómeno investigado (Bottaro, 2014). En este caso particular se consideró como factor de riesgo la variable de *doble presencia* y como efecto el *estrés*. Se trató de un estudio descriptivo, de corte transversal con una sola muestra (n = 234), con el fin de estimar el grado de asociación entre las variables seleccionadas, en el personal asistencial de los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, de acuerdo con su profesión, tiempo de ejercicio de la misma y sede en la que realizan su labor.

Esta investigación fue desarrollada en una institución hospitalaria de carácter privado, ubicada en el nivel de atención médica de alta complejidad, localizada en la ciudad de Medellín, que ofrece servicios de urgencias, hospitalización, imágenes diagnósticas, consulta externa, cirugía, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales, unidad de cuidados coronarios, oncología, clínica de heridas, unidad del sueño, medicina física y rehabilitación, medicina transfusional y banco de sangre. La institución atiende pacientes en las siguientes especialidades: anestesiología, cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, fisioterapia, ginecología, medicina interna, medicina crítica y cuidados intensivos, neumología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, patología, pediatría, radiología, urología, cirugía vascular periférica y oncología.

La institución cuenta con tres sedes, la primera de ellas ubicada en el centro de la ciudad, en ella se atienden principalmente pacientes del régimen subsidiado, es frecuente la atención de lesionados por accidentes de tránsito y problemas de orden público. En la sede sur se atienden principalmente pacientes particulares y con planes complementarios de salud, es decir, personas que de manera opcional y voluntaria adquieren servicios adicionales a los ofrecidos por el sistema de salud en Colombia, accediendo a mayores beneficios como la elección de médico, atención más ágil para cita con especialista, habitación individual en caso de hospitalización, acceso a un mayor abanico de medicamentos e insumos para el tratamiento del paciente, servicio de ambulancia y servicio médico en casa y libre escogencia de laboratorios entre otros beneficios, este tipo de pacientes suelen tener una mayor solvencia económica y acuden por patologías menores o para procedimientos programados, pues en esta sede se ofrecen los servicios de menor complejidad. La tercera sede, ubicada al occidente de la ciudad, es la de mayor tamaño y ofrece los servicios de salud más complejos, para todos los modelos de atención en salud. El volumen de pacientes atendidos en el último año, en la clínica de alta complejidad fue de 209.893, de los cuales el 55.3% corresponde a la sede occidente, el 29.7% a la sede centro y el 15% restante, a la sede sur; de dichos pacientes el 31.2% fue atendido en el servicio de urgencias, el 10.8% en cirugía y el 1.6 en la unidad de cuidados intensivos, el 56.4% restante corresponde a atenciones brindadas en consulta externa, hospitalización, cuidados coronarios y servicios no invasivos.

Para el desarrollo del estudio, fueron seleccionados los tres servicios que representan mayor criticidad por la complejidad de los pacientes allí atendidos. El servicio de urgencias brinda atención a las personas que presenta alguna patología que requiere atención inmediata, con el ánimo de estabilizar sus signos vitales, hacer un diagnóstico de impresión y definir el

destino o conducta inicial. El servicio de cirugía atiende aquellos pacientes remitidos de otros servicios o de otras instituciones hospitalarias que demandan intervenciones quirúrgicas bajo anestesia local o general, con fines curativos, diagnósticos o estéticos, procedimientos programados, electivos o urgentes. La unidad de cuidados intensivos es un servicio especializado, creado para atender pacientes en condiciones de extrema gravedad en su salud, que requieren atención y monitoreo constante con personal y equipos altamente especializados.

La muestra poblacional para este estudio corresponde 234 profesionales de la salud de una Clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos, desempeñando los oficios de médico, enfermero o auxiliar de enfermería, las características de esta población según su profesión, sede, servicio y tiempo de antigüedad en el cargo, puede apreciarse en la Tabla 1.

Se decidió realizar un censo poblacional y no un muestreo estratificado, aleatorio y representativo según la profesión, la sede, el servicio en el que desempeñan su labor y el tiempo de antigüedad en el cargo de los trabajadores, debido al desbalance natural de la muestra, con la intención de abarcar toda la población laboralmente activa y disponible durante el proceso de recolección de información realizado en cuatro semanas. Se excluyeron de la muestra para este estudio las personas que llevasen menos de un año laborando en la clínica o menos de un año trabajado en alguno de los servicios seleccionados para este estudio.

### **Recolección de la información**

Se visitó cada servicio y sede y se encuestó a cada persona de forma individual lo que implicó un cese de sus actividades laborales de 8 minutos en promedio, alguno de ellos fueron evaluados en reuniones administrativas o de capacitación. Previa a la aplicación de las pruebas se

explicó en forma breve a los participantes la finalidad del estudio y el carácter voluntario y anónimo de su participación.

Para evaluar los síntomas de estrés en los trabajadores se utilizó el cuestionario para la evaluación de estrés – tercera versión, que fue construido por Villalobos para el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1996) y posteriormente adaptado y validado en población trabajadora de Colombia, la consistencia interna de este instrumento se estimó a través del Alfa de Cronbach, cuyo coeficiente fue de 0.889 ( $p = 0.001$ ) (Villalobos, 2005 y 2010).

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra de trabajadores de la clínica de alta complejidad a los que se evaluó estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia.

Características		n	%
Profesión	Medico	31	13.2
	Enfermero	60	25.6
	Aux. Enfermería	143	61.1
<i>Total</i>		234	100
Sede	Centro	97	41.4
	Sur	37	15.8
	Occidente	100	42.7
<i>Total</i>		234	100
Servicio	Urgencias	69	29.4
	Cirugía	72	30.7
	UCI	93	39.7
<i>Total</i>		234	100
Antigüedad en el cargo	< 2 Años	31	13.2
	>2 y ≤ 10 Años	141	60.2
	> 10 Años	62	26.4
<i>Total</i>		234	100

La evaluación de riesgo psicosocial por doble presencia se efectuó haciendo uso de los ítem definidos para este factor, en la prueba CoPsoQ-Istas21, que es un instrumento internacional para la investigación, la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales, y que constituye una adaptación realizada por el ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y

Salud) de España, de la versión original CoPsoQ, realizada por un grupo de investigadores del *National Research Centre for the Working Environment* en el año 2000. Se trata de una herramienta pública y gratuita que ha adquirido una importante dimensión internacional, siendo uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados y disponible en más de 25 idiomas, la consistencia interna de este instrumentó se evaluó a través del Alfa de Cronbach, cuyo valor para cada una de la escalas que conforman la prueba osciló entre 0.65 y 0.92, específicamente para doble presencia el coeficiente estimado fue de 0.66 (Moncada, Llorens, Navarro& Kristensen, 2005).

Estas pruebas fueron aplicadas a todos los trabajadores que cumplieron con los criterios específicos de inclusión determinados para la muestra. Con la finalidad de ejercer un control a posibles sesgos en las repuestas, y con el fin de guardar la confidencialidad de la información se pidió a cada trabajador que marcara su hoja de respuestas con código alfa numérico que sólo él pudiera identificar en el momento de la divulgación de los datos que sería efectuada de forma colectiva en las carteleras de cada servicio, con unas recomendaciones anexas y una ruta de tención para cada segmento de la población, según sus resultados.

### **Análisis de datos**

La sistematización de datos se realizó en *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS), versión 18, en donde se depuraron los datos y se determinó que no existieran valores perdidos; se realizó prueba de normalidad a cada una de las variables con el estadístico de *Kolmogorov-Smirnov* (KS). Posteriormente se agrupó la información según el interés de análisis para la investigación y se procedió a la recodificación de las variables sede, cargo, servicio y antigüedad para el manejo de los datos cualitativos con estadística no paramétrica, partiendo de un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación del 0.05%.

Para estimar la posible asociación entre las variables independientes y dependientes, se utilizó la prueba de hipótesis chi – cuadrado, con un valor de  $p < 0,05$  para establecer posibles asociaciones entre dichas variables.

Se calculó la prevalencia para las variables estrés (68%) y doble presencia (95.9), y se construyeron tablas con fines descriptivos acordes con los resultados obtenidos en la población estudiada.

Para evaluar asociaciones de entre estrés y doble presencia, se recodificó la variable de interés, en este caso el estrés, como variable dicotómica con datos cuantitativos que indicaran la presencia o ausencia de su sintomatología y se comprobó que la distribución de esta variable es normal. La variable doble presencia no fue recodificada y se procesó como variable cualitativa, dado que la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* (KS) demostró que su distribución es diferente a la distribución normal. Por lo tanto se empleó análisis descriptivo bivariado y análisis no paramétrico con la U de *Mann Whitney*, con lo cual se determinó asociación entre estrés y doble presencia, con un valor  $p = 0.000$ .

### **Aspectos éticos**

La presente investigación corresponde a un estudio de riesgo mínimo en los términos que lo estipula la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, en su capítulo I, título II, artículo 11, literal a. Se contó con el aval de la institución de salud de alta complejidad para su realización. Los sujetos que hicieron parte de la muestra fueron informados verbalmente de la finalidad el estudio y su partición fue voluntaria, en todas las fases de la investigación se propendió por la garantía de protección a su privacidad.

## Resultados

Se realizó una prueba piloto aplicando el instrumento de evaluación del estrés ocupacional a un grupo de diez trabajadores de la salud de la clínica de alta complejidad con características similares a las de las personas que conforman la muestra de este estudio, pero de diferentes servicios, con la finalidad de identificar el tiempo de respuesta, el grado de comprensión cultural del instrumento y recibir posibles sugerencias. Se encontró que el tiempo promedio para diligenciar la prueba fue de 6 minutos, los ítems del instrumento son claros y comprensibles para el personal de la salud evaluado, aunque se refirió que el ítem 28 del cuestionario para la Evaluación de estrés – tercera versión, es difícil de contestar al preguntar simultáneamente por el consumo de bebidas alcohólicas, café o cigarrillo. Con esta prueba se identificó que el nivel de estrés en los trabajadores evaluados, y según los parámetros de calificación indicados por (Villalobos, 2010) es *muy alto* en el 50% (5 trabajadores), *alto* en el 10% (1 trabajador), *medio* en el 20% (2 trabajadores) y *bajo* en el 10% (1 trabajador), el 10% (1 trabajador) restante de los registros fue invalidado por errores en el diligenciamiento de la prueba.

De la muestra de 234 trabajadores seleccionados, el 95.2% contestaron las pruebas voluntariamente, para un total de 223 trabajadores evaluados, al realizar una prueba de calidad de los datos se encontró que en 4 de las pruebas aplicadas los trabajadores dejaron de responder a interrogantes necesarios para el análisis, como son la profesión, la sede, el servicio y el tiempo de antigüedad en el cargo, por lo tanto los registros incompletos fueron anulados, para un total de 219 encuestas válidas.

La población que hizo parte del estudio, estuvo conformada finalmente por 219 trabajadores de la clínica de alta complejidad de los cuales el 11.4% (25 trabajadores) son



médicos, el 25,5% (56 trabajadores) son enfermeros y el 63.1% (138 trabajadores) son auxiliares de enfermería. El 45.1% (91 trabajadores) laboran en sede centro, el 43.3% (95 trabajadores) laboran en sede occidente y el 15.2% (33 trabajadores) laboran en sede poblado. El 27.8% (61 trabajadores) pertenecen al servicio de urgencias, el 30.6% (67 trabajadores) pertenecen al servicio de cirugía y el 41.6% (91 trabajadores). El 9.6% (21 trabajadores) han estado vinculados a la institución por menos de 2 años, el 64.3% (141 trabajadores) han estado vinculados a la institución por más de 2 años y hasta 10 años y el 26.1% (57 trabajadores) han estado vinculados a la institución por más 10 años. Esta caracterización puede apreciarse detalladamente en la Tabla 2.

Se identificó que la presencia de síntomas de estrés en los niveles alto, medio y bajo, para cada profesión, sede, servicio y tiempo de antigüedad en el cargo, logrando evidenciar que la mayor proporción de síntomas de estrés se encuentra en la auxiliares de enfermería (60.8%), en la sede sur (40.2%), el servicio de cirugía (46.4%) y en los trabajadores que han desempeñado su cargos entre 2 y 10 años (70.1%), como puede apreciarse en la Tabla 3.

Se identificaron los niveles de riesgo psicosocial por doble presencia para cada profesión, sede, servicio y tiempo de antigüedad en el cargo, logrando evidenciar que la mayor proporción de este riesgo psicosocial se encuentra en las auxiliares de enfermería (63.7%), en la sede centro (44.2%), en la unidad de cuidados intensivos (41.1%) y en los trabajadores que han desempeñado su cargos entre 2 y 10 años (64.22%), como puede apreciarse en la Tabla 4.

La prevalencia del estrés en el total de la muestra se estimó en un 68%, que incorpora a los trabajadores con síntomas de estrés, medio, alto y muy alto (ver Tabla 5). En las 219 encuestas realizadas, se logró detectar que el nivel promedio de estrés de la clínica de alta complejidad en los servicios evaluados se encuentra en una puntuación de 17.8, que dentro de la escala de

baremación del cuestionario para la evaluación de estrés – tercera versión, corresponde a un nivel *alto*, y se asocia a presencia de síntomas fisiológicos, psicoemocionales, intelectuales, laborales o de comportamiento social, y por lo tanto requieren observación, seguimiento e intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica, que incorpore la identificación de factores de riesgos psicosocial intra y extralaborales que puedan estar asociados con dichos síntomas.

**Tabla 2.** Caracterización de los trabajadores de la clínica de alta complejidad a los que se evaluó estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia.

Características		n	%
Profesión	Medico	25	11.4
	Enfermero	56	25.5
	Aux. Enfermería	138	63.1
<i>Total</i>		219	100
Sede	Centro	91	41.5
	Sur	33	15.2
	Occidente	95	43.3
<i>Total</i>		219	100
Servicio	Urgencias	61	27.8
	Cirugía	67	30.6
	UCI	91	41.6
<i>Total</i>		219	100
Antigüedad en el cargo	< 2 Años	21	9.6
	>2 y ≤ 10 Años	141	64.3
	> 10 Años	57	26.1
<i>Total</i>		219	100

La prevalencia de riesgo psicosocial por doble presencia se estimó en un 95.9% que incorpora a los trabajadores con riesgo medio y alto (ver Tabla 5), siendo 60.3 la puntuación promedio de toda la población, que según los criterios de la prueba CoPsoQ-Istas21 corresponde a un nivel alto e implica carga significativa de tareas domésticas y preocupación específica por dichas tareas (ver Tabla 6).

**Tabla 3.** Presencia de síntomas de estrés en profesionales de la salud que laboran en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, de acuerdo con la profesión, la sede, el servicio y la antigüedad en el cargo.

Nivel de estrés		n	%	Valor p*	
Alto	Profesión	<i>Medico</i>	11	11.3	0.958*
		<i>Enfermero</i>	27	27.8	
		<i>Aux. Enfermería</i>	59	60.8	
	Sede	<i>Centro</i>	38	30.9	0.779*
		<i>Sur</i>	14	40.2	
		<i>Occidente</i>	45	28.9	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	30	39.2	0.779*
		<i>Cirugía</i>	28	46.4	
		<i>UCI</i>	39	14.4	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	6	6.2	0.178*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	68	70.1	
		<i>&gt; 10 Años</i>	23	23.7	
Medio	Profesión	<i>Medico</i>	6	11.8	0.958*
		<i>Enfermero</i>	13	25.5	
		<i>Aux. Enfermería</i>	32	62.7	
	Sede	<i>Centro</i>	21	35.3	0.779*
		<i>Sur</i>	10	31.4	
		<i>Occidente</i>	20	33.3	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	18	41.2	0.157*
		<i>Cirugía</i>	17	39.2	
		<i>UCI</i>	16	19.6	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	9	17.6	0.178*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	28	54.9	
		<i>&gt; 10 Años</i>	14	27.5	
Bajo	Profesión	<i>Medico</i>	8	11.3	0.958*
		<i>Enfermero</i>	16	22.5	
		<i>Aux. Enfermería</i>	47	66.2	
	Sede	<i>Centro</i>	32	18.3	0.779*
		<i>Sur</i>	9	50.7	
		<i>Occidente</i>	30	31	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	13	41.5	0.157*
		<i>Cirugía</i>	22	42.3	
		<i>UCI</i>	36	12.7	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	6	8.5	0.178*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	45	63.4	
		<i>&gt; 10 Años</i>	20	28.2	

**Tabla 4.** Niveles de riesgo psicosocial por doble presencia en los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, que laboran en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, de acuerdo con la profesión desempeñada, la sede, el servicio y la antigüedad en el cargo.

Doble presencia		n	%	Valor p*	
Alto	Profesión	<i>Medico</i>	22	11,6	0.900*
		<i>Enfermero</i>	47	24,7	
		<i>Aux. Enfermería</i>	121	63,7	
	Sede	<i>Centro</i>	84	44,2	0.35*
		<i>Occidente</i>	77	40,5	
		<i>Sur</i>	29	15,3	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	56	29,5	0.119*
		<i>Cirugía</i>	56	29,5	
		<i>UCI</i>	78	41	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	18	9,5	0,550*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	122	64,2	
		<i>&gt; 10 Años</i>	50	26,3	
Medio	Profesión	<i>Medico</i>	2	10,0	0.900*
		<i>Enfermero</i>	7	35,0	
		<i>Aux. Enfermería</i>	11	55,0	
	Sede	<i>Centro</i>	7	35,0	0.35*
		<i>Occidente</i>	12	60,0	
		<i>Sur</i>	1	5,0	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	4	20,0	0.119*
		<i>Cirugía</i>	5	25,0	
		<i>UCI</i>	11	55,0	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	2	10,0	0,550*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	15	75,0	
		<i>&gt; 10 Años</i>	3	15,0	
Bajo	Profesión	<i>Medico</i>	1	11,1	0.900*
		<i>Enfermero</i>	2	22,2	
		<i>Aux. Enfermería</i>	6	66,7	
	Sede	<i>Centro</i>	0	0,0	0.35*
		<i>Occidente</i>	6	66,7	
		<i>Sur</i>	3	33,3	
	Servicio	<i>Urgencias</i>	1	11,1	0.119*
		<i>Cirugía</i>	6	66,7	
		<i>UCI</i>	2	22,2	
	Antigüedad en el cargo	<i>&lt; 2 Años</i>	1	11,1	0,550*
		<i>&gt;2 y ≤ 10 Años</i>	4	44,4	
		<i>&gt; 10 Años</i>	4	44,4	

**Tabla 5.** Prevalencia del estrés ocupacional y el riesgo psicosocial doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín.

		Nivel	n	%	
Estrés	Sin síntomas	Muy bajo	29	32	13
		Bajo	42		19
	Con síntomas	Medio	51	68	23
		Alto	48		22
		Muy alto	49		23
<i>Total</i>			219	100	100
Doble presencia	Sin riesgo	Bajo	9	4.1	4.1
		Medio	190		95.9
	Con riesgo	Alto	20		9.1
		<i>Total</i>	219		100

**Tabla 6.** Clasificación del nivel de riesgo psicosocial por doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín, según los criterios de la prueba CoPsoQ-Istas21.

Niveles de Riesgo psicosocial por doble presencia						
	Riesgo					
	Alto		Medio		Bajo	
Puntaje por nivel de riesgo	37.51 - 100		18.76 - 37.50		0 -18.75	
Puntaje promedio en la muestra	65.6		32.6		9.02	
Promedio general de la muestra	60.3					
Proporción en la muestra	n	%	n	%	n	%
	190	86.8	20	9.1	9	4.1

Se logró determinar asociación probable entre las variables de *estrés* y *doble presencia*, ya que el valor p es 0.000. En la Tabla 7, se destaca la unidad de cuidados intensivos como el servicio con mayor asociación de estrés y doble presencia (37,2%) seguido de urgencias (32,4%) y finalmente en cirugía (30.4%).

**Tabla 7.** Probabilidad de asociación entre estrés ocupacional y riesgo psicosocial por doble presencia en los trabajadores que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín.

Servicio	Estrés - Doble presencia				valor p
	Si		No		
	n	%	n	%	
<i>Urgencias</i>	48	32.4	13	18.3	0.000
<i>Cirugía</i>	45	30.4	22	31.0	
<i>UCI</i>	55	37.2	36	50.7	
<i>Total</i>	148	100	71	100	

## Discusión

Se puede inferir que el estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia son altamente frecuentes en los trabajadores de la salud de la clínica de alta complejidad, dado que en los resultados de la presente investigación se observó que existe una alta prevalencia de ambas problemáticas en los trabajadores que laboran en urgencias, cirugía y unidad de cuidados intensivos.

En el análisis de los datos se puede evidenciar una posible asociación entre la presencia de síntomas de estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia. Lo anterior coincide con los hallazgos del estudio de Canales, Valenzuela & Paravic (2016) quienes describieron el escenario laboral a partir de los riesgos psicosociales evidenciados en la labor de enfermería, encontrando principalmente fenómenos como carga mental, fatiga laboral y malestar psicofisiológico, como causas o precursores de estrés crónico, que asociado al ejercicio de un rol doble o múltiple traen consigo mayores índices de agotamiento, desgaste físico y psicológico, que se relaciona con el hecho de que las cargas domésticas familiares, se ven interferidas por la sobrecarga laboral y las extensas jornadas de trabajo. De acuerdo con lo anterior puede inferirse que dichos hallazgos tienen aplicabilidad a otros profesionales de la salud que se encuentren en condiciones similares de exposición a factores de estrés en el trabajo, como los implicados en este estudio.

Según el análisis realizado por Carrillo (2016) los profesionales de enfermería tienen una mayor percepción de demandas psicológicas en comparación con los auxiliares de enfermería y es de esperarse por cuanto la profesión de enfermería resulta ser demandante y exigente tanto física como emocionalmente al requerir de una mayor responsabilidad en la planeación, control y evaluación del proceso del trabajo y actividades de mayor complejidad que las del técnico o auxiliar de enfermería tal y como lo afirma Rodríguez, Meza, Baltasar, Cortés, & Santacruz

(2017); no obstante los resultados del presente estudio evidencian un mayor reporte de síntomas de estrés en los auxilios de enfermería con respecto a los enfermeros profesionales. Aquí se pudo apreciar una diferencia de 39% entre la proporción de auxiliares de enfermería que reportan altos nivel de estrés, en contraste con la misma sintomatología reportada por los enfermeros profesionales.

Zambrano (2006), encontró que el 94% del personal de enfermería que labora en cuidados intensivos en una institución de salud del municipio de Cúcuta (Colombia) presenta algún grado de estrés, predominando los niveles moderado (43%) y leve (32%). Un porcentaje importante (18%) presenta niveles altos. Cabe anotar que las diferencias pueden deberse a aquellas situaciones estresantes relacionadas con el trabajo a los que se ven expuestos los técnicos y profesionales de la salud en un determinado momento. Para el estudio que nos atañe el mayor nivel de estrés se presentó en los auxiliares de enfermería (60,8%) y en el servicio de cirugía (46,4%) y en las personas que han desempeñado su cargo ente 2 y 10 años (70,1%).

En un estudio realizado en dos hospitales por Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas & Licona (2014) en Cartagena (Colombia), se encontró una asociación significativa entre laborar en servicios de consulta externa (55.3%), hospitalización (53.4%) y urgencias (52.4%), lo cual es comparable con lo expuesto en el estudio de Zambrano (2006) que logró evidenciar que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes críticos o terminales, pues en dicho estudio se obtuvo un 76% de afectación entre los trabajadores de estas áreas. Estos hallazgos contrastan significativamente con los del presente estudio, en donde se pudo evidenciar que los mayores niveles de estrés se reportan en la unidad de cuidados intensivos (41%), servicio que se caracteriza por brindar atención a los pacientes en estado de mayor criticidad, con



respecto en los otros servicios evaluados para el desarrollo de esta investigación, donde la distribución proporcional de los niveles altos de estrés, se estimó en un 29.5%, para ambos casos.

Mingote & Pérez-Corral (1999) han señalado que la profesión médica es una de las más estresantes que existe, debido al entorno de presión en el que desarrollan su trabajo y las altas exigencias que demanda su labor, según su investigación numerosos estudios científicos señalan que los médicos son los profesionales que desarrollan y padecen más enfermedades directamente relacionadas con el estrés, convirtiéndose esta problemática en una creciente epidemia, que está aminorando el potencial profesional en las instituciones de salud. Estos hallazgos difieren del estudio realizado por Núñez (2007) en México, en donde se encontró que solo el 21.25% de los médicos presentan estrés laboral, siendo los más afectados los médicos que han laborado menos de 1 año. Ambos estudios presentan diferencias significativas con los resultados obtenidos a partir de la presente investigación en la cual se logró evidenciar que la menor prevalencia de estrés alto se encuentra en los médicos (11.3%) y en los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que han desempeñado su cargo menos de 2 años (6.2%).

Un estudio llevado a cabo con maestros en Colombia por Gómez (2010) respecto de las relaciones trabajo-familia, señala como evidente la influencia entre los ámbitos laboral y familiar, evidenciando el impacto negativo de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud mental por las transferencias negativas que el trabajo tiene sobre la familia. En contraste con los resultados del presente estudio y la alta prevalencia detectada de riesgo psicosocial por doble presencia que se haya presente por las exigencias domésticas y familiares cuando el trabajador se encuentra en el contexto laboral, se abre la posibilidad de pensar en futuras investigaciones que permitan evaluar el efecto sobre la salud física y mental de la doble

presencia por exigencias del trabajo cuando se está presente en el hogar y el impacto que esto puede tener en la persona, la familiar y el trabajo.

Gómez (2004) relaciona algunos conceptos presentados en los resultados de varios estudios, tanto con hombres como con mujeres, que indican que los múltiples roles pueden favorecer o dañar la salud, pues no se ha demostrado que exista una única forma de impacto de la doble presencia en las personas, y sus efectos negativos o positivos pueden estar relacionados con otros aspectos como el exceso de demandas y la falta de recursos en un rol o por el desempeño de varios roles simultáneamente. Según estos estudios, las condiciones adversas señaladas para el ejercicio de múltiples roles pueden ser una razón muy importante para que se genere estrés y eventualmente se presenten otros problemas de salud. Sería necesario realizar un estudio más detallado en los trabajadores de la clínica de alta complejidad, para evidenciar los efectos específicos de la doble presencia, pues los resultados de la presente investigación, han permitido demostrar que existe una asociación entre los síntomas de estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia, pero los detalles de la interacción entre estos dos factores deben estudiarse con mayor profundidad.

Si bien los estudios revisados han permitido evidenciar que los factores psicosociales laborales y extralaborales tienen un riesgo importante de desencadenar síntomas de estrés generando afectación de la salud física y mental de los trabajadores, es importante, como lo ha señalado Gómez (2010), identificar variables individuales o contextuales que intervengan y moderen la relación entre el entorno psicosocial laboral estresante y la salud. De esta manera será posible tener mejores criterios para la prevención y la intervención.

Los resultados de esta investigación colaboran para obtener avances en el conocimiento científico en el área de la salud de los trabajadores técnicos y profesionales de la clínica de alta

complejidad y otras poblaciones con características similares, ya que posibilitan la utilización de sus resultados en programas de prevención de enfermedades en el trabajo y constituyen un aporte para realizar investigaciones futuras.

## Conclusión

En este estudio no se observó asociación entre los niveles de estrés y de riesgo psicosocial por doble presencia con la profesión, la sede, el servicio o la antigüedad en el cargo, de la población evaluada en la clínica de alta complejidad.

Existe una alta prevalencia de estrés ocupacional (68%) y de riesgo psicosocial por doble presencia (95.9%) en la población estudiada, siendo un 27.9% mayor la prevalencia de riesgo psicosocial por doble presencia, con respecto al estrés. El 77.8% de los trabajadores que presentaron un alto nivel de riesgo psicosocial por doble presencia, también presentó síntomas de estrés.

Con la descripción realizada de los síntomas de estrés y los niveles de riesgo psicosocial por doble presencia, se pudo evidenciar cómo los trabajadores de la salud, que laboran en los servicios de urgencias, cirugía y cuidados intensivos de la clínica de alta complejidad, presentan vulnerabilidad frente a los factores de riesgo estudiados, por lo cual es necesario enfatizar en la necesidad de desarrollar medidas de intervención oportunas que permitan aminorar sus efectos en la salud de estos trabajadores).

A continuación se presenta una propuesta de prevención, para la detección temprana y la intervención oportuna del estrés en los trabajadores asistenciales de la clínica de alta complejidad de la ciudad de Medellín. Si bien los resultados del presente estudio evidenciaron una alta prevalencia de estrés (68%) y de doble presencia (95.9) en la población evaluada, esta propuesta se estructura con un enfoque exclusivo de mitigación del estrés, pues parte de la realidad del contexto, en donde se evidencian algunos factores determinantes del riesgo psicosocial por doble presencia, como son: la estructura familiar, la localización geográfica de las viviendas y de la institución, las jornadas de trabajo extensas y con turnos rotativos las 24 horas, y las demandas

cuantitativas de las labores domésticos familiares en cada uno de los hogares de los trabajadores, que no son susceptibles de ser modificados.

Por otra parte el estrés y por ende sus patología derivadas, son susceptibles de ser intervenidas, mitigadas o suprimidas, con acciones concretas que se nombran a continuación.

- *Prevención primaria:*

Estructura de un modelo psicoeducativo para estimular el aprendizaje en torno a los factores protectores que existen frente al estrés, que incluya los siguientes componentes:

- Programa de bienestar en promoción de hábitos de vida saludable: alimentación sana, deporte y uso adecuado del tiempo libre.
- Programas educativo sobre: relaciones familiares, habilidades sociales, estrategias de comunicación, estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.
- Difusión de información sobre el estrés y sus efectos sobre la salud.
- Signos de alarma e importancia de consultar a tiempo con un especialista.

- *Prevención secundaria:*

Fase de detección y tratamiento temprano del estrés, para disminuir su prevalencia (68%). Para ello se establecen los siguientes lineamientos:

- Difusión entre el personal asistencial de los servicios evaluados para el presente estudio, los resultados obtenidos, indicando a su vez, las condiciones que sirven

de alarma y reflejan la necesidad de iniciar un proceso de intervención, para evitar o controlar los efectos del estrés.

- Promover en los trabajadores evaluados el reporte de los signos de alarma, para remitirlos al profesional de la salud indicado, e iniciar de tratamiento según sus necesidades particulares.
  - Instaurar grupos focales para la población con riesgo medio y alto, que permitan profundizar y enriquecer la información, sobre las causas del estrés ocupacional en el contexto particular, e intervenirlas y mitigarlas mediante la promoción de factores protectores.
  - Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
  - Seguimiento de resultados logrados con las medidas de intervención y planeación de nuevas acciones o mecanismos para atender las necesidades prioritarias de los colaboradores.
- *Prevención terciaria: intervención de los casos con diagnóstico confirmado.*

En esta fase se facilitara la intervención de los casos con diagnóstico confirmado, con la intención de evitar que empeoren o se produzcan complicaciones. Para ello se establecen los siguientes lineamientos:

- Valoración psicológica prioritaria a cada trabajador que presente síntomas de estrés medio, alto y muy alto.
- Valoración médica prioritaria a cada trabajador que presente síntomas de estrés alto y muy alto.

- En casos de diagnóstico confirmado de estrés alto y muy alto, los profesionales de la salud a cargo de la valoración del trabajador, definirán la pertinencia una valoración por medicina especializada (psiquiatría, medicina interna, cardiología, etc.).
- Seguimiento periódico por psicología para los trabajadores diagnosticados con estrés, el tiempo necesario para su recuperación (mínimo un año).
- Seguimiento periódico por el departamento de seguridad y salud en el trabajo a los trabajadores con síntomas de estrés medio, alto y muy alto, para garantizar desarrollo de su tratamiento y el seguimiento a las indicaciones de manejo de su diagnóstico en el contexto intralaboral.

### **Agradecimientos**

A cada una de las personas participantes en el estudio, quienes con su información contribuyeron a la realización de esta investigación, a la clínica de alta de complejidad de la ciudad de Medellín por permitir el desarrollo de la misma y a los docentes de la Especialización en Seguridad y Salud en el trabajo la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por su valiosa orientación.



## Referencias

- Aceves, G. A., López, M. Á., Moreno, S., Jiménez, F. F., & Campos, J. D. J. S. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.
- Ahumada, L., Uribe, C., Alba-Gómez, A., & Zea-Acosta, J. (2011). Relación del estrés laboral con las condiciones de trabajo y las características sociodemográficas de trabajadores en la central de comunicaciones de una empresa de taxis. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 8(1), 59-76.
- Alvarado, R., Pérez-Franco, J., Saavedra, N., Fuentealba, C., Alarcón, A., Marchetti, N., & Aranda, W. (2012). Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Revista médica de Chile*, 140(9), 1154-1163.
- Anderson, Charles & Johnson (2003). The impressive psychology paper. *Chicago: Lucerne Publishing*, 74(6), 1275 - 1306
- Arenas Monsalve, G. (2013). El marco normativo del sistema de riesgos profesionales en la seguridad social colombiana. *Vniversitas*, 105(1), 583-633.
- Arenas Ortiz, F., & Andrade Jaramillo, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 43-56.
- Avila, I. Y., Llanos, N. T., Gomez, A. A., Tapia, K. C., & Castro, S. L. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(1), 624-646
- Baena, A. J., Cases, M. V., & Medina, M. B. (2005). Indicadores cuantitativos y cualitativos para la evaluación de la actividad investigadora: ¿complementarios? ¿contradictorios? ¿excluyentes?. *Cuadernos IRC*. Recuperado de: [http://www. uca. es/serv/consejo\\_social/doc/transferecia14. pdf](http://www.uca.es/serv/consejo_social/doc/transferecia14.pdf).

- Barrón, R. G., Castilla, I. M., Casullo, M. M., & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Beaudonnet, X. (2016) Derecho intencional del trabajo y derecho interno. Manual de formación para jueces, juristas y docentes de derecho. Turín: Centro internacional de formación de la OIT.
- Bonilla, C., Espitia, L. M., Florez, A. M., Barbosa, L. P., Pardo, M., & Barbosa, W. G., (2014). Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, (1), 21-32.
- Bottaro, F. J. (2014). Diseño de los estudios de investigación. Debilidades y fortalezas. *Hematología*, 18(1), 74-83.
- Canales-Vergara, M., Valenzuela-Suazo, S., & Paravic-Klijn, T. (2016). Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 178-186.
- Carlotto, M. S, Goobi, M. D, (2001) Desempleo y síndrome de Bunout. *Revista de psicología*, 10 Universidad de Chile. 10(1) 131-139
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Martínez-Hurtado, R., & Noguera-Villaescusa, P. (2016). Nivel de estrés del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital clínico universitario. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 89-95.
- Cendales Ayala, B. E. (2014). Individualismo, colectivismo, factores psicosociales laborales y salud: un análisis de la influencia de los valores culturales en los modelos de

demanda control y desbalance esfuerzo recompensa (Tesis doctoral, universidad de los Andes) Recuperada de <http://repositorio.uniandes.edu.co/xmlui/handle/1992/2619/>

Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimaki, M., and Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?. *European Heart Journal*, 29, 640–648.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.

Colombia. Decreto 1477 de 2014. (2014). Por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales. Recuperado de [http:// www.mintrabajo.gov.co/component/.../2096-decreto1477del5deagostode2014.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/.../2096-decreto1477del5deagostode2014.html)

Colombia. Decreto 1832 de 1994. (1994). Por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales. Recuperado de [http:// www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8802](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8802)

Colombia. Ley 776 del 17 de 2002. (2002). Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Recuperado de [http:// www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16752](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16752)

Colombia. Resolución 002646 de 2008. (2008) Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Recuperado de [http:// www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607)

- Colombia. Resolución 8430 de 1993. (1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Cortés, D. C., & Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- De la Rubia, J. M., & Rodríguez, J. M. (2013). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y salud*, 19(2), 189-196.
- De León, F. C., & de la Rubia, J. M. (2016). Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en psicología latinoamericana*, (1), 83-97.
- Espinosa, J. C., Contreras, F. V., & Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas*, 5(1), 256-278.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2010) Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. Turín: Centro internacional de formación de la OIT.
- Fanghänel-Salmón, G., Sánchez-Reyes, L., Arellano-Montaña, S., Valdés-Liaz, E., Chavira-López, J., & Rascón-Pacheco, R. A. (1997). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México. *Salud pública de México*, 39(5), 427-432.
- Fernández, P. H. (2010). La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral. *Invenio: Revista de investigación académica*, (25), 111-124.

- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid:Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Ferro-Soto, C., García-Alonso, E., & Lareo-Lodeiro, B. (2015). Determinantes del absentismo laboral según enfoque sociológico. Caso: empresa auxiliar automoción española. *Revista Venezolana de Gerencia*, 19(68), 575-597
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho Oncology*, 19(9), 901-908.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Oxfordshire: Oxford University Press.
- García, L. B. (2016). Esquema del sistema general de riesgos profesionales. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 16(97), 133-155. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/6609>
- Gil-Monte, P. R., Silla, J. M., & González, P. V. (1994). El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. *Revista de interacción*. 1(1), 19-13
- Gil-Monte, P. R., & Silla, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In *Trabajo*

presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Győr: Hungría.

Gómez, C. A. (2011). *Aspectos normativos en la legislación Colombiana para la determinación como enfermedad profesional del estrés laboral*. Revista CES Salud Pública, 2(1), 85. Recuperado de [http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/1452](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1452)

Gómez Ortiz, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. Avances en Psicología Latinoamericana, 22(1), 117-128. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1463>

Gómez-Ortiz, V., & Moreno, L. (2009). Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. Universitas Psychologica, 9(2), 393-407. Recuperado: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a08>.

Gómez Ortiz, V. (2010) Las transferencias negativas y positivas del trabajo hacia la familia y de la familia hacia el trabajo y su capacidad de moderar o mediar los efectos de los factores psicosociales laborales en la salud mental de profesores escolares. Recuperado:<http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo/trabajos/documentos/TL02.2.pdf>

Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. (2006). Baptista Lucio. P. Metodología de la investigación. México, DF: Mc Graw Hill Interamericana.

Hoffmeister, L., Vidal, C., Vallebuona, C., Ferrer, N., Vásquez, P., & Núñez, G. (2014). Factores Asociados a Accidentes, Enfermedades y Ausentismo Laboral: Análisis de una Cohorte de Trabajadores Formales en Chile. Ciencia & trabajo, 16(49), 21-27.

- Jiménez, Ú. O. (2007). *Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral*. Revista de fisioterapia, 6(2), 17-26. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10952/393>
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308. Doi:: 10.2307/2392498
- Lazarus, R. S., Miyar, M. V., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., Casanova Carrillo, C., & García Gutiérrez, E. (2003). Influencia del estrés ocupacional en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(2), 0-0. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572003000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000200011&lng=es&tlng=es).
- Linero, E. M., & Rodríguez, R. (2012). Prevalencia de síntomas osteomusculares en el personal de salud de dos instituciones prestadores de salud en la ciudad de Bogotá, durante el año 2012. *Médicos especialistas en salud ocupacional*. Universidad del Rosario. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4190/57438568-2012.pdf>
- Lizarazo, C. G., Fajardo, J. M., Berrio, S., & Quintana, L. (2011). Breve historia de la salud ocupacional en Colombia. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 14(1), 38-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/260604>
- Vieco Gómez, G F; Abello Llanos, R; (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31() 354-385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836004>
- Londoño, F. J. L. (2010). *Metodología de la investigación epidemiológica*. Bogotá: Manual Moderno.

- Londoño, N.H., Henao, G.C., Puerta, I.C., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Univ. Psychol*, 5 (2): 327-349. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/28136255\\_Propiedades\\_psicometricas\\_y\\_validacion\\_de\\_la\\_Escala\\_de\\_Estrategias\\_de\\_Coping\\_Modificada\\_EEC-M](https://www.researchgate.net/publication/28136255_Propiedades_psicometricas_y_validacion_de_la_Escala_de_Estrategias_de_Coping_Modificada_EEC-M)
- Mazo, D., & Barrera, L. (2016). Factores relacionados con el absentismo laboral por causa médica en el personal de enfermería, fundación clínica del norte, 2013 – 2014 (Factors related work absence by medical cause of nursing, fundación clínica del norte, 2013 – 2014). *CES Salud Pública*, 7(1), 3-16. doi:10.21615/3280
- Mazuera, . H. M. E. (1998). Curso modular de epidemiología básica. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Méndez Álvarez, C (Ed.). (2006). Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales. México D.F, Mexico:Editorial Limusa.
- Mesa M, Francisco R, & Kaempffer R, Ana María. (2004). 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1100-1108. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900012>
- Mingote, A. J. C., & Pérez-Corral, F. (1999). El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, 41-43.
- Mintrabajo, (2014). Gobierno expide nueva Tabla de Enfermedades Laborales. (*Citado el 7 de noviembre de 2016*), (*en línea*) Recuperado de <http://www.mintrabajo.gov.co/agosto-2014/3709-gobierno-expide-nueva-tabla-de-enfermedades-laborales.html>.



- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., & Kristensen, T. S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(1), 18-29.
- Mora, C. A. A., Mora, L. C. S., Cabrera, J. S., & Schmidt, H. F. (2016). *Comparación entre los predictores del estrés laboral según el nivel de actividad física, edad, género y antigüedad laboral en un grupo de funcionarios administrativos del sector público costarricense. MHSalud: Movimiento Humano y Salud*, 13(1), 2. Recuperado de <http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/8589/9944>
- Nova, P. (1996). *El absentismo laboral como indicador de unas deficientes condiciones de trabajo. Cuadernos de relaciones laborales* (9), 9, 229. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/CRLA9696220229A/32581>
- Núñez A. (2007). Prevalencia de estrés laboral en médicos internos y residentes del Hospital de Clínicas. FCM-UNA. *RMCFMSIGLOXXI* 2007; 1(2):35-38. Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=50830&id\\_seccion=3212&id\\_ejemplar=5150&id\\_revista=172](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50830&id_seccion=3212&id_ejemplar=5150&id_revista=172)
- Pacheco, M., & Romero, J. (2016). Análisis de los factores que inciden en el ausentismo laboral en una empresa de comercialización para determinar el indicador que prevalece en esta realidad laboral (Tesis). Recuperado de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/3823/mpacheco.pdf?sequence=1>.
- Tous-Pallarès Pallarès, J; Flores Carrillo, R; Soler Ponsell, T; Espinoza Díaz, M I; Mayor Sánchez, C; Tendero Rius, L P; (2014). El absentismo laboral en empleados del sector hotelero. *Papeles del Psicólogo*, 35() 59-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77830184008>

- Posada Perez, E. (2011). La relación trabajo- estrés laboral en los Colombianos (The relation work – stress work in the Colombians) (O stress no trabalho Colombiano). CES Salud Pública, 2(1), 66-73. doi:10.21615/1449
- Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Suplemento), 349-372. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
- Rodríguez, M. G. A., Meza, C. N., Baltasar, R. G., Cortés, S. G. L., & Santacruz, G. H. (2017). Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 18(1), 35-43. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=70556>
- Saldarriaga, F., Fernando, J., & Martínez, L. (2007). Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica en una institución de educación superior. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 33-39.
- Sánchez, D. C. (2015). Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. *Revista Salud Bosque*, 5(1), 43-53. Recuperado de [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_salud\\_bosque/volumen5\\_numero1/07-articulo5-salud-bosque\\_vol5-No1.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen5_numero1/07-articulo5-salud-bosque_vol5-No1.pdf)
- Sandín, B. (1995). *El estrés. Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B; (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1) 141-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE):* Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/03.2003\(1\).Sandin-Chorot.pdf](http://www.aepp.net/arc/03.2003(1).Sandin-Chorot.pdf)

Osca, A; López Araujo, B; Bardera, P; Uríen, B; Díez, V; Rubio, C; (2014). Riesgos psicosociales y accidentabilidad laboral: investigación y propuestas de actuación. *Papeles del Psicólogo*, 35() 138-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77831095006>

Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. *Theories of organizational stress*. Recuperado de

[https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=ahfJ16bBdUC&oi=fnd&pg=PA190&dq=Adverse+health+effects+of+effort-reward+imbalance+at+work.+Theories+of+organizational+stress&ots=O\\_9iOIuxwZ&sig=xgY6Tj-qcKl8asvL2pPt3SN7PMs#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=ahfJ16bBdUC&oi=fnd&pg=PA190&dq=Adverse+health+effects+of+effort-reward+imbalance+at+work.+Theories+of+organizational+stress&ots=O_9iOIuxwZ&sig=xgY6Tj-qcKl8asvL2pPt3SN7PMs#v=onepage&q&f=false)

Silva Peralta, Y. (2006). ¿Están de guardia o no están en guardia los trabajadores de la salud? Estudio psicodinámico exploratorio descriptivo sobre el síndrome de burnout. *Perspect. psicol.* (Mar del Plata), 3(1), 61-69. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=448586&indexSearch=ID>

Martínez Suárez, A. (2013). Los niveles de medición y su aplicación en la investigación científica. *Poiésis*, 4(8). doi:<http://dx.doi.org/10.21501/16920945.548>

Takala, J. (2007). Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: más de una década promoviendo la prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 53(209), 05-08. Recuperado en 5 de enero de 2017, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2007000400003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000400003&lng=es&tlng=es).

Timetoast (2016) Evolución histórica de la enfermedad laboral en Colombia. (*Citado el 7 de noviembre de 2016*), (en línea). Recuperado de <http://www.timetoast.com/timelines/evolucion-historica-de-la-enfermedad-laboral-en-colombia>

Torada, R., & Moreno, N. (2001). Salud laboral y género. *Capítulo publicado en Mujer y Trabajo. Problemática Actual. Valencia. Editorial Germania, (citado el 2 de noviembre de 2011)*, (en línea) Recuperado de <http://www.istas.net/upload/salu%20laboral%20y%20g%C3%A9nero.doc>.

Ulrich, D. (1997). Recursos humanos champions. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Granica SA.

Villalobos, G., Vargas, A. M., Escobar, J., Jiménez, M. L., & Rondón, M. A. (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Recuperado del sitio Internet del Ministerio de la Protección Social de Colombia: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/Noticias/Noticia.aspx?IdNoticia=154>.

Zambrano Plata, G. E; (2006). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*, 6(1), 156-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160116>

Zamorano Díaz, D. (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*, 9(25), 3. Recuperado de <file:///C:/Users/Luis%20Guillermo/Downloads/Dialnet-EstresEnElTrabajo-5771032.pdf>