



**UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA**

**RIESGOS PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS EN EL PERSONAL DEL SECTOR
SALUD EN COLOMBIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO.**

TRABAJO DE GRADO REALIZADO POR:

Laura Susana González Anaya

Carolina Polo García

**Universidad Sergio Arboleda
Especialización en Gerencia en Servicios de Salud
Febrero 2013**

**RIESGOS PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS EN EL PERSONAL DEL SECTOR
SALUD. UN ESTUDIO COMPARATIVO.**

REALIZADO POR:

Laura Susana González Anaya

Carolina Polo García

Trabajo de grado para optar al título de:
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud

Tutor:

Dr. Jairo Reynales Londoño MD MSP

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
POSGRADOS ADMINISTRATIVOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ, FEBRERO 2013**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	9
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. MARCO TEORICO	14
3.1 MARCO REFERENCIAL.....	14
3.1.1 Factores de riesgo psicosocial.....	14
3.1.1.1 Factores organizacionales	14
3.1.1.2 Factores laborales.....	16
3.1.1.3 Factores personales.....	18
3.1.1.4 Factores extralaborales.....	20
3.1.2 Efectos de los riesgos psicosociales.....	21
3.1.3 Prevención de riesgos.....	28
3.2 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	32
3.3 MARCO LEGAL	42
4. METODOLOGÍA.....	51
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51

4.3	DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	52
5.	RESULTADOS	53
5.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	53
5.2	ANÁLISIS COMPARATIVO.....	68
	CONCLUSIONES.....	82
	RECOMENDACIONES	85
	GLOSARIO.....	87
	BIBLIOGRAFÍA	92

RESUMEN

Los factores de riesgo psicosociales en el personal de salud así como las consecuencias que estos pueden llegar a tener en su bienestar, han tomado gran trascendencia en el mundo de hoy. El propósito del presente documento, es describir estos factores de riesgo en el ambiente laboral del sector salud, y analizar sus efectos y consecuencias. Se han elegido siete estudios, de los cuales tres son colombianos y cuatro extranjeros (Cuba, Venezuela, México, España), con el fin de realizar un análisis comparativo y observar si existen diferencias sustanciales en los resultados.

Se han tenido en cuenta los factores organizacionales, laborales, personales y extralaborales. Los riesgos psicosociales encontrados en los siete estudios, son muy similares, no se encontraron diferencias significativas. El predominio de los factores fueron así, en orden descendente: Riesgos organizacionales con el 52,1% (alta exigencia y responsabilidad, largas jornadas de trabajo, poca organización, entre otros). Riesgos personales con el 37,2% (edad, género, antigüedad en el cargo, adicciones, estrategias de afrontamiento). Riesgos extralaborales con un 10,6% (pocas actividades recreativas, conflictos familiares). Las consecuencias encontradas de los riesgos psicosociales fueron: Fatiga, cefalea, úlceras, trastornos osteomusculares, enfermedades cardiovasculares, desmotivación, estrés laboral, Síndrome de Burnout, ansiedad, aislamiento, agresividad, absentismo, bajo rendimiento, accidentes de trabajo, baja calidad en la prestación del servicio, entre otros.

ABSTRACT

Psychosocial risk factors for healthcare personnel, as well as the consequences that these might have on their well-being, have grown in importance in today's world. The purpose of this document is to describe these risk factors in the work environment and analyze their effects and consequences. Seven studies have been chosen, of which three are Colombian and the other four foreign (Cuba, Venezuela, Mexico and Spain), with the aim of realizing a comparative analysis and observe any substantial differences in the results. Personal, organizational, family-related and non-work related factors are considered. The psychosocial risks found in the seven studies are very similar, significant differences were not present.

The predominant factors were, in descending order: Organizational risks with 52.1% (high levels of pressure and responsibility, long working hours, lack of organization, among others), personal risks with 37.2% (age, sex, seniority in the job, addictions, coping strategies) and non-work related risks with 10.6% (few recreational activities, family conflicts). It was found that the consequences of psychosocial risks were, among others: Fatigue, headaches, ulcers, musculoskeletal disorders, cardiovascular diseases, demotivation, work stress, burnout syndrome, anxiety, isolation, aggression, absenteeism, low productivity, work place accidents and low quality of service.

INTRODUCCIÓN

El vertiginoso ritmo de la vida moderna ha llevado a las personas a trabajar más horas, y a las empresas, a incrementar sus niveles de producción, sus alianzas estratégicas y a enfocar mejor su política empresarial; todo esto gracias a la competitividad comercial y empresarial que surge cada día. Como consecuencia, el estrés ocupacional, el clima organizacional, y todos los factores psicosociales en el ambiente laboral son de gran trascendencia, ya que esto afecta de manera directa la productividad y la calidad en la prestación de un servicio.

Dado que el personal de salud está directamente relacionado con el bienestar físico y/o mental de los pacientes, su esfera emocional está constantemente ligada a su trabajo, por lo tanto este documento ha tenido como propósito describir estos factores psicosociales y analizar las consecuencias más relevantes en el desempeño de sus actividades laborales.

Los factores psicosociales en el ambiente laboral, se han clasificado en cuatro categorías: organizacionales, laborales, personales y extralaborales. Se realizó una aproximación descriptiva según expertos en el tema y posteriormente un análisis de las consecuencias que estos generan. Para ello, se han elegido siete estudios, de los cuales tres son colombianos y cuatro extranjeros (Cuba, Venezuela, México, España), con el fin de realizar un análisis comparativo y observar si existen diferencias sustanciales en los resultados. Se eligieron variables como género, profesión, área de desempeño, horario de trabajo, rango de edad, años de experiencia, entre otros.

Se observó que los riesgos psicosociales en los siete estudios, son muy similares, así como los efectos generados en el personal de salud, excepto por algunas variaciones culturales y/o sociopolíticas. Los riesgos organizacionales fueron ubicados en primer lugar con un 52,1% de prevalencia, seguidos por factores personales con un 37,2% y posteriormente los extralaborales con un 10,6%.

Finalmente se realizaron algunas recomendaciones puntuales acerca de cómo las organizaciones pueden mejorar ostensiblemente su clima laboral, fortaleciendo su

departamento de salud ocupacional, ofreciendo garantías salariales o recompensas reiteradas, analizando periódicamente el puesto de trabajo, con el fin de lograr altos estándares de salud laboral mejorando cada día las condiciones de trabajo de aquellos que son el motor de una empresa, el talento humano.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales que afectan la salud física y mental de los trabajadores del sector salud y que efectos tienen en su desempeño laboral?

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el siglo XXI, la salud laboral ha tomado un papel muy importante en el desarrollo empresarial y en el posicionamiento comercial de las instituciones, ya que esta perspectiva influye notablemente en la productividad corporativa. Se ha hecho gran énfasis en el talento humano que realiza las tareas o presta los servicios ya que son la base fundamental de cualquier entidad y si tales individuos se encuentran en un entorno saludable y placentero, esto repercutirá en su eficiencia y productividad.

Los factores psicosociales en el ambiente laboral, influyen en todos los trabajadores positiva o negativamente, y si estos son perturbadores, pueden desestabilizar el entorno ocupacional; la constante necesidad de los seres humanos de relacionarse con su medio ambiente familiar, social y laboral, lo llevan a permanecer en contacto con dicho ambiente. Si esta interrelación es perjudicial conllevará a formar barreras protectoras para poder enfrentarse a los cambios que puedan suceder a su alrededor y conservar su calidad de vida.

Los factores de riesgo psicosocial son un problema de consecuencias considerables, y se presentan con una diversidad de inconvenientes y complicaciones, que conllevan al incremento del absentismo laboral, prestación inadecuada de los servicios por parte de los funcionarios y clima organizacional notablemente afectado.

Según la psicóloga Isabel Cristina Marulanda Ruiz, en su libro “Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida” (2007): “En las etapas de la juventud y la adultez, el trabajo se constituye en uno de los roles más importantes de la

vida de las personas, pues los seres humanos pasamos la mayor parte de estas etapas en actividades relacionadas con el trabajo. Así, las condiciones y situaciones que experimentamos en el contexto laboral son fuente de satisfacción y bienestar o de frustración y malestar, que tienen repercusiones en nuestra salud física y mental.”¹

El objetivo de la salud laboral consiste en lograr prevenir, mantener y controlar factores de riesgo que afecten el bienestar físico, mental, emocional y social en los trabajadores; de acuerdo con esto, la finalidad de la salud ocupacional es la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como el tratamiento y rehabilitación de daños, lesiones o enfermedades derivadas del trabajo. (Benavides, Ruiz y García, 2000).²

En la actualidad los factores de riesgo psicosociales constituyen a nivel mundial la principal causa de daño en la salud y el bienestar del trabajador, y en la disminución de la productividad, clasificándose como enfermedad ocupacional. Los factores de riesgo psicosociales se presentan como condiciones laborales negativas de diversa índole que afectan a las personas en su comportamiento, y conducta, generando baja motivación, frustración, trastornos fisiológicos, cognoscitivos, enfermedades psicosomáticas y orgánicas, accidentes de trabajo, daño a terceros, absentismo por enfermedad común, lo cual altera notablemente el clima laboral, la productividad, la prestación del servicio, la calidad de vida de los trabajadores, generando altos costos en las empresas que son imposibles de recuperar.(Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo - Vol. 2, 2012).³

1.3 JUSTIFICACIÓN

El ambiente laboral se ha convertido en un aspecto de gran importancia para los individuos, ya que es el medio por el cual el ser humano logra satisfacer sus necesidades económicas, contribuyendo al desarrollo de su personalidad, el progreso del entorno familiar y el enriquecimiento de su ámbito social.

Las condiciones de trabajo son variables y particulares en cada persona, y están sujetas a diversos cambios que perfilan la realización de una tarea. El entorno donde se lleva a cabo la actividad laboral, está influido por factores organizacionales, del puesto de

trabajo, ambientales, sociales, psicológicos y biológicos del empleado. La combinación de estas variables, que pueden afectar al trabajador y la organización de forma positiva o negativa, se denominan factores de riesgo psicosocial. Son denominados de esta manera por que puede potencialmente causar fatiga, síndrome de Burnout, estrés ocupacional, entre otros, alterando de esta manera tanto su aspecto físico como su esfera mental, emocional y social. (Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral p.21).⁴

De acuerdo con la información reportada en la Primera Encuesta Nacional Colombiana sobre Condiciones de Salud y Trabajo, realizada en 2007, la prevalencia de exposición a factores de riesgo psicosocial es considerable. Estos agentes son los percibidos con mayor frecuencia por los trabajadores, superando incluso los riesgos ergonómicos. La atención al público y el trabajo monótono y repetitivo ocupan los dos primeros lugares en más del 50% de los encuestados. La encuesta en mención se realizó en empresas de diferentes actividades económicas y regiones del país, afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Con respecto al estrés ocupacional, entre 20% y 33% de los trabajadores manifestaron sentir altos niveles de estrés. Esta situación demuestra la necesidad de realizar procesos de identificación, evaluación e intervención de estos factores de riesgo, en donde los resultados sean reales, objetivos, consistentes y confiables. (Encuesta Nacional de Salud en Colombia, 2007).⁵

Teniendo en cuenta que los profesionales de la salud tienen mayor responsabilidad que los trabajadores de otro sector, este es un asunto relevante, ya que ellos interactúan constantemente con otros seres humanos y tienen en sus manos el cuidado de la vida y la salud de dichas personas, un error en esta profesión podría traducirse en consecuencias graves tanto para los pacientes como para los mismos trabajadores de la salud. Por tanto, se ha percibido la importancia de realizar este estudio comparativo, con el fin de identificar y analizar los factores de riesgo psicosociales en el ambiente laboral de los funcionarios del área de la salud, así como sus efectos en el desempeño laboral, ya que se ha percibido un incremento notable del absentismo laboral y las patologías psicológicas y

biológicas en el personal de salud, lo cual permitirá tener un punto de referencia actual con respecto al tema.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el efecto de los riesgos psicosociales en el desempeño de los trabajadores de la salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los riesgos psicosociales en los trabajadores del sector salud.
- Describir el efecto de los riesgos psicosociales en la salud física y mental de los trabajadores del sector salud
- Realizar un análisis comparativo de los estudios publicados.

3. MARCO TEORICO

3.1 MARCO REFERENCIAL

3.1.1 Factores de riesgo psicosocial

La globalización empresarial del siglo XXI, ha hecho que las organizaciones profundicen en el tema de salud laboral y específicamente de los riesgos psicosociales a los cuales se encuentran diariamente expuestos los trabajadores. Según la definición de la OIT en 1986: “Los factores psicosociales en el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (OIT, 1986, p.3, citado por Moreno Jiménez, UAM, 2010)⁶. Este enunciado evidencia la importancia dada por parte de la OIT al trabajador de acuerdo a las necesidades propias del mismo según su cultura, ocupación y medio ambiente. Es claro además que un trabajador con alteración de su bienestar físico, mental, o social por secuencia lógica afectará su desempeño laboral, así como su productividad y su motivación ocupacional. Estos factores psicosociales son múltiples y complejos ya que fluyen a partir de la apreciación personal de cada individuo y en la mayoría de los casos no son cuantificables de manera objetiva.

Los riesgos psicosociales en el trabajo se pueden dividir en cuatro subgrupos: i) Organizacionales, ii) Laborales, iii) Personales, y iv) Extralaborales.

3.1.1.1 Factores organizacionales

En los últimos años, las políticas empresariales han tenido un auge sorprendente pues cada día las organizaciones pretenden sobresalir por sus peculiaridades y fortalezas, eso conlleva a una evolución continua en el ámbito intralaboral e interpersonal.

Política y Filosofía. Es frecuente encontrar que la política y filosofía empresarial son un factor de estrés hacia el trabajador, ya sea porque no se encuentra de acuerdo con ellas,

no las conoce o porque no tiene claridad acerca de su papel frente a esa política organizacional e indiscutiblemente surge el pensamiento que si no alcanzan las expectativas organizacionales, perderá su trabajo o su cargo.

Clima Organizacional. Está dado por la percepción de la práctica organizativa expresada por los individuos que trabajan en un lugar determinado. Los factores que intervienen en el clima son variados, como: el tipo de comunicación, la resolución de conflictos (constructivo o disfuncional), el tipo de liderazgo, la importancia dada a las recompensas, entre otros. El clima organizacional es por lo tanto, la descripción del entorno de trabajo por parte de aquellos que son protagonistas activos en él (Rousseau, 2012)³⁶.

Cultura Organizacional. Por otra parte, la cultura organizacional en términos generales depende en gran parte en el enfoque dado por los dueños o los líderes de la empresa, y esta cultura varía según la visión que ellos tengan. La estructura organizativa es lo concerniente a la distribución de los cargos, roles y funciones que coordina a los diversos departamentos de una empresa, integrándola de tal manera que sea posible lograr los objetivos propuestos. La cultura organizacional está compuesta por los valores, normas y formas de comportamiento de los integrantes de una organización donde convergen los puntos de vista de cada uno, pueden estar influidos por la expectativa que algunos tengan por los resultados laborales, las normas de conducta, lo que se considera comportamientos correctos o incorrectos, la manera de vestir y el trabajo en equipo (Rousseau, 2012)³⁶. Además la aplicación de esta cultura, estriba en la aplicación práctica que le den los mandos intermedios de tal organización y esto a su vez depende de la percepción que cada uno tenga de ella, de la supervisión acerca de su aplicación y del temperamento de quien la debe fomentar.

Relaciones Interpersonales. Todo lo anterior hace que se conjuguen una serie de variables en las relaciones interpersonales de los trabajadores que influirán de manera positiva o negativa en la salud y bienestar de los mismos.

“El mobbing o acoso laboral es considerado actualmente uno de los riesgos laborales más importantes en la vida laboral (Moreno, 2010)⁶. Dicho acoso también llamado violencia

laboral, se puede presentar tanto física como emocional o psicológicamente. Las definiciones al respecto también varían y pueden llegar a ser subjetivas y difusas, sin embargo, es muy importante que las empresas definan sus pautas y den conocimiento de estas a los líderes y trabajadores, así como fomentar una cultura organizacional preventiva al respecto.

Otro problema relevante en las relaciones interpersonales en el trabajo, es el acoso sexual, las víctimas en su gran mayoría son mujeres. Este problema se ha acrecentado ya que la población femenina se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. “El acoso sexual no es un coqueteo inocente, no es la expresión mutua de atracción entre hombres y mujeres. Por el contrario, el acoso sexual es un factor de estrés laboral que plantea una amenaza a la integridad psicológica y física de la mujer y la seguridad, en un contexto en el que tiene poco control debido al riesgo de represalias y el miedo a perder su medio de vida. Al igual que otros factores de estrés laboral, el acoso sexual puede tener consecuencias adversas para la salud de las mujeres que pueden ser graves y, como tal, se califica como un problema de salud laboral y seguridad”(Piotrkowski Chaya, 2012)⁷.

Algo que complica la identificación, prevención y acción del acoso sexual, es que las autoridades laborales no tienen una definición clara al respecto, ya que puede presentarse en diversas circunstancias e incluir comportamientos sexuales verbales o físicos hacia una persona en particular, o un comportamiento más generalizado, indigno y hostil hacia un género determinado que en la gran mayoría de los casos se torna difícil de comprobar.

3.1.1.2 Factores laborales

Los factores laborales son todos aquellos generados por las condiciones intrínsecas de una labor en particular, por lo cual cada uno de los cargos ejercidos en una empresa tendrá unos factores específicos. Sin embargo, dentro de la diversidad de variables se encuentran: El ambiente laboral, la carga de trabajo, el número de horas y la distribución del horario, los factores ergonómicos, la autonomía y el control, la estimulación en el

trabajo, los roles intralaborales, los equipos o maquinaria que debe utilizar y el estado de estos, el diseño del medio ambiente ocupacional. (Echemendía, Belkis, 2011).⁸

Existen múltiples vectores que convergen en los factores de riesgo. Las condiciones en las cuales ha sido contratado, hacen que un trabajador se sienta motivado y fortalecido o frustrado y desanimado, si posee la garantía de un pago justo y a tiempo, si cuenta con las prestaciones ordenadas por la ley, o si ha sido víctima de subcontrataciones indebidas donde no recibe ni siquiera el valor mínimo aceptado por su gremio o sus colegas. A esto se le suma las posibilidades que le da la organización de avanzar y desarrollarse profesionalmente, siendo apoyado psicológica o económicamente por la empresa.

Con respecto al **diseño del puesto de trabajo**, el rol y la carga laboral, requiere que estos sean comprendidos claramente por parte del empleado desde el momento de su inducción a la entidad. Esta información debe estar diseñada para expresar las expectativas que tiene la organización con el nuevo trabajador y de esta manera tener claridad en su desempeño laboral, sin embargo en la mayoría de los casos se presenta una notificación informal de su rol, con una comunicación deficiente, o simplemente la percepción subjetiva de los compañeros de trabajo más cercanos. Este planteamiento se torna complicado cuando el cargo es nuevo en una empresa y se encuentra en evolución. En otros casos, el rol a desempeñar cuenta con una gran flexibilidad con respecto a la forma de hacer el trabajo. Pero en muchas ocasiones la falta de claridad del rol a desempeñar, se da por una comunicación inadecuada entre supervisores y subordinados. (Daniel Ganster, 2012).⁹

La **calidad del trabajo** es otro componente importante de los factores laborales y entre ellos, el nivel de autonomía-control es un asunto que diariamente toma mayor significancia. Según la Real Academia Española, autonomía tiene como definición: potestad... para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios. Condición de quien para ciertas cosas, no depende de nadie. Y la palabra control: Comprobación, inspección, fiscalización, intervención, dominio, mando o preponderancia. Regulación sobre un sistema. (www.wordreference.com). Estos conceptos son muy importantes en la esfera laboral, ya que están íntimamente relacionados con el desafío diario de diseñar su

propia labor y la forma de realización para que sea estimulante, satisfactoria y conveniente para la salud física, mental y emocional. El control es en otras palabras la capacidad para influir realmente en los sucesos de su medio ambiente laboral. Esta capacidad tiene que ver con los aspectos relevantes de su labor, para los cuales, si no se posee un control suficiente, lleva al trabajador a una sensación de ambigüedad o incertidumbre que a su vez produce estrés o alteraciones psicológicas con el paso del tiempo. Ya que la toma de decisiones es innata del ser humano, si es ejercida de saludablemente, permitirá al trabajador realizar su labor de manera más placentera de tal forma que enriquezca su bienestar integral. Estas decisiones pueden ser tomadas con respecto a las tareas a realizar, el orden de las tareas y los procedimientos a seguir en la realización de dichas tareas. (Daniel Ganster, 2012).⁹

3.1.1.3 Factores personales

La **conducta o comportamiento** es la forma característica de reaccionar de una persona frente a una situación determinada. Puede darse como una conducta hostil y agresiva, o alegre y dispuesta. Cada persona tiene su estilo propio para enfrentar las diversas situaciones de la vida laboral. Dicha conducta está tremendamente influida por factores intrínsecos del individuo, como su edad, género, escolaridad, ocupación, convivencia de pareja, área de trabajo, características de personalidad y temperamento. (Marulanda, 2007).¹

El aspecto **biológico-fisiológico**, es también llamado primario, innato o físico. Son los que impulsan el comportamiento de manera natural y están orientados a la supervivencia del individuo como organismo físico. La mayor parte de estos procesos corporales que actúan para satisfacer estos motivos, son automáticos, regulándose el cuerpo a sí mismo para tratar de mantener el equilibrio interno (homeóstasis). Estos motivos primarios son la base la adquisición (por aprendizaje) de los motivos secundarios que, una vez establecidos, modifican frecuentemente y profundamente a los primeros (Soto Eduardo, 2001)¹⁰.

El aspecto **social** se ha convertido en una columna fundamental en el comportamiento humano en la última década el concepto de apoyo social o red de apoyo ha tomado una fuerza creciente, ya que dependiendo de esto, las personas tienen mayores o menores

riesgos de morbimortalidad y de patologías relacionadas directamente con su ocupación. En 1976 se despertó un interés especial por comprender porque algunas personas aparentemente son más resistentes al estrés que otras. Cuando la red de apoyo estaba presente sufrían menos consecuencias adversas con la misma dosis de estrés en comparación con los que se encontraban aislados. Se propone que el apoyo social podría actuar como un factor de protección amortiguadora a un individuo bajo efectos del estrés. (López, Chacón, 1992)¹¹.

Cobb(1976) amplió el concepto al señalar que la sola presencia de otra persona no es el apoyo social, debe existir un intercambio de información de tres tipos: i) Apoyo emocional, que lleve a la persona a la creencia de que uno es amado o cuidado. ii) Apoyo estima, la información que conduce a la creencia de que uno es apreciado y valorado. iii) La información que lleve a la convicción de que uno pertenece a una red de obligaciones mutuas y a la comunicación efectiva (Cobb 1976, Citado por Corneil, 2001)¹².Cobb informó que los eventos graves sin apoyo social tenían diez veces más probabilidades de llevara la depresión.

Los factores **psicológicos** de un individuo son un conjunto de los factores biológicos o fisiológicos, los factores sociales y los factores internos de percepción de las situaciones, estos son notablemente influidos por el entorno en el cual se desarrolla la persona y también por su entorno extralaboral que a su vez pueden incidir negativamente en la seguridad, el bienestar, el rendimiento y la satisfacción del trabajador. La motivación es otra variable importante en el aspecto psicológico, todos los individuos tienen anhelos que determinan su conducta y despiertan necesidades que deben ser suplidas. Esta motivación permite que sus acciones sean dirigidas a lograr lo que se propone y el trabajo es una de estas posibilidades que tiene para lograrlo, ya que si no es así, se origina cierto nivel de inconformidad o frustración. (Cortés Díaz, 2005).¹³

Es muy importante tener en cuenta los factores de riesgo psicosocial en la vida laboral de una persona, ya que estos tienen una alta probabilidad de redundar negativamente en la salud de los trabajadores y por lo tanto influir en el funcionamiento de una empresa a corto, mediano y largo plazo. El planteamiento de los factores de riesgo psicosocial, debe

ser tenido en cuenta de manera integral, ya que una misma variable productora de estrés puede afectar distintamente a cada persona en particular. Por ejemplo, una persona que trabaja realizando turnos nocturnos puede sentirse bajo gran estrés, pero otra, puede sentirse más a gusto que trabajando en horarios diurnos. Sin embargo las mismas personas pueden reaccionar distintamente ante un jefe autoritario y despótico, con diferentes niveles de estrés frente a cada situación. Esto lleva a concluir que la combinación de los múltiples factores de riesgo laboral pueden confluír de tal forma que lleven a problemas psicológicos importantes con repercusiones duraderas. (Jenkins David, 2012).¹⁴

3.1.1.4 Factores extralaborales

Los estresores laborales externos son aquellos que influyen en los trabajadores, masno tienen una relación directa con la actividad laboral, pero sí con la vida cotidiana de una persona. Entre ellos se encuentran: la utilización del tiempo libre, las actividades domésticas, los gustos en recreación y deporte, interés en la educación, tiempo de desplazamiento y medio de transporte, red de apoyo diversa (familia, iglesia, comunidad), características de la vivienda, estado civil, estado laboral de su pareja, acceso a servicios públicos, acceso a servicio de atención en salud, carga de trabajo, responsabilidad de menores de edad o adultos mayores, entre otros. Estos factores juegan un papel primordial en cuanto a estado anímico del trabajador e incluso frente a su manera de enfrentar la realidad. (Barnet, 2012).¹⁵

El hombre moderno constantemente se encuentra sometido a tensiones nerviosas y psicoemocionales debidas a la permanente confrontación en un entorno cambiante dominado por la competitividad. Teniendo en cuenta que esta evolución no ha sido siempre armónica resulta en un menoscabo del equilibrio familiar y social, originando conflictos que a su vez producen trastornos psicoemocionales, fatiga mental, desmotivación y deterioro de la productividad. Así también la situación social, política y financiera de un país interviene en la calidad de vida y la forma de manejar el estrés al que se ven enfrentados los trabajadores. (Jenkins David, 2012).¹⁴

Si estos factores extralaborales no se encuentran en un equilibrio saludable, el bienestar del trabajador se va a ver afectado y mucho más aún si a esto le sumamos factores negativos de riesgo laboral y psicosocial de estrés generados en su lugar de trabajo.

3.1.2 Efectos de los riesgos psicosociales

“Un entorno de trabajo saludable y seguro es la mejor garantía del rendimiento laboral, de la salud de sus empleados y de la motivación e implicación organizacional. La pérdida de calidad del trabajo entraña costes a veces difíciles de observar a corto plazo, pero siempre presentes a mediano y largo plazo. Datos de los últimos años reflejan que el 22% de los trabajadores de los 27 países de la EU (IV encuesta europea de condiciones de trabajo, 2005) y el 27,9% de trabajadores españoles que consideran que el trabajo afecta a su salud consideran al estrés como un efecto del mismo. (VI encuesta nacional de condiciones de trabajo, 2007). Su repercusión a nivel social y económico es importante, estimando que lo experimentan unos 40 millones de europeos con un coste estimado de 20.000 millones al año.” (Moreno Bernardo, 2010).⁶

Físicos o Biológicos. Se han descrito cambios biológicos por exposición a factores biopsicosociales de estrés como lo muestra un meta-análisis realizado en EEUU por Heather M. Burke, del departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, con el objetivo de evaluar la asociación entre la respuesta del cortisol al estrés psicológico. Se revisaron 7 estudios que compararon las respuestas de cortisol en plasma en individuos deprimidos y no deprimidos. Los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) y los no depresivos (ND), tenían niveles basales similares, luego fueron sometidos a algún tipo de estrés durante 25 min. Se encontró que los individuos con TDM, tenían niveles mucho más altos de cortisol en la fase de recuperación que sus contrapartes que no eran depresivos. (Burke Heather, 2005)¹⁶.

También se han observados cambios en la reacción del sistema inmunológico. Basado en un meta-análisis realizado por Segerstrom y Miller en 2004, a más de 300 artículos empíricos encontrando que con factores estresantes agudos con duración de varios minutos se asociaron con una regulación adaptativa de algunos parámetros de la

inmunidad natural y la baja regulación de algunas funciones de la inmunidad específica. Breves factores estresantes, como exámenes, tendía a suprimir la inmunidad celular, preservando la inmunidad humoral. Mientras que el estrés crónico se asocia con la supresión de la inmunidad tanto celular como humoral así como incrementar la vulnerabilidad del organismo a padecer enfermedades. (Segerston, Miller, 2004).¹⁷

Las alteraciones cardiovasculares, los trastornos musculoesqueléticos y las afecciones dermatológicas, se han incrementado progresivamente y la etiología parece estar íntimamente relacionada con factores de estrés laboral.

En términos generales, el mal estado de salud ha sido asociado a diversos niveles de estrés. Por ejemplo el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa de un trabajador, puede ser un asunto que afecte la salud física de los individuos, ya que si recibiera una recompensa similar al esfuerzo realizado en una labor, no se observarían tantos efectos secundarios como se ven actualmente.

Mentales y Emocionales. Gran parte de los trastornos mentales registrados en los últimos años, tienen su origen en los altos niveles de estrés laboral o de disfunción en las relaciones interpersonales de los trabajadores y por lo tanto son motivo de preocupación organizacional. Según un meta-análisis realizado por Stansfeld y Candy en el 2006, muestra que el apoyo social es un factor protector que actúa como un amortiguador en circunstancias de crisis tensionales y psicolaborales mientras que el poco apoyo social está notablemente relacionado con síntomas de trastornos mentales.¹⁸

El estrés laboral es una complicación de salud más grave de lo que se ha considerado, está afectando cada vez más a la población trabajadora provocando discapacidad mental o física y alteración del desarrollo normal de sus actividades. El estrés laboral es causado por un desequilibrio entre las demandas ocupacionales y la capacidad del individuo para llevarlas a cabo. Con el paso del tiempo, el estrés laboral produce un agotamiento continuo de las capacidades del individuo, conduciéndolo a estados de frustración, apatía y desinterés que le impiden una realización adecuada en su perspectiva profesional. Ya que el trabajo ocupa gran parte de la vida de una persona, los trabajadores se angustian

tratando de obtener la perfección en su tarea descuidando de esta manera otros aspectos importantes de la vida como la familia, los amigos, la salud y la recreación. Los factores estresores se pueden dar por cargas de trabajo excesivas, horarios extenuantes o relaciones interpersonales deficientes. (Moreno Bernardo, 2010).⁶

La ansiedad causada por asuntos laborales es otro de los efectos frecuentes de estar expuesto a factores psicosociales de riesgo en el ambiente laboral, sin un seguimiento correctivo y preventivo adecuado. Esta entidad al igual que cualquier otro problema orgánico requiere evaluación y seguimiento especializado. La Asociación Americana de Psiquiatría ha publicado el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en su cuarta edición, este manual incluye la nomenclatura diagnóstica oficial que se usa actualmente para todas las alteraciones mentales. Este manual se basa en un sistema multiaxial logrando una valoración completa y organizada acerca de dichos diagnósticos. Los trastornos por ansiedad son cuadros donde predomina la aprensión, temores y preocupación excesiva en la vida psicológica del individuo, desproporcionando los peligros o amenazas reales. (Rund Douglas, 2001).¹⁹

Por lo anterior, hallar un trabajo que sea agradable, donde una persona se sienta cómoda es algo muy importante y más aún si se padece de ansiedad laboral. Es trascendental perseverar en una terapia continua y pertinente que permita superar exitosamente los síntomas de ansiedad.

La depresión es una de las manifestaciones del estrés o el discomfort laboral, el signo principal esta dado por disforia (tristeza) persistente o perdida global del interés en las actividades habituales. Así mismo se acompaña de un sentimiento de culpa por sucesos pasados, autorreproche, sensación de desesperanza, o ideas recurrentes de muerte o suicidio. Los síntomas vegetativos incluyen perdida de apetito y peso, alteraciones del sueño, fatiga, incapacidad de concentración y agitación psicomotora (Rund Douglas, 2001).¹⁹ Por lo general cuando la depresión se manifiesta con todos sus síntomas y el paciente decide consultar pidiendo ayuda al respecto, este inconveniente ya lleva varias semanas o incluso meses de evolución, lo que hace más complicado el tratamiento.

El Síndrome de Burnout o desgaste profesional, no consiste en una situación o hecho que acontece en el seno de la empresa o el trabajo, como es el caso de la violencia o el acoso; el desgaste profesional consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. Su carácter de riesgo laboral, proviene de la extensión alcanzada y de las importantes consecuencias laborales y personales que puede tener. Se diferencia del estrés como riesgo psicosocial en sus mayores efectos sobre el agotamiento emocional, más que en el físico, y su consiguiente pérdida de motivación laboral. (Bernardo Moreno, 2010).⁶

McGrath la describió en 1970 “El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).” En 1974 fue Freudenberger quien lo describió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”.

La definición más reconocida y aceptada es la dada por Maslach y Jackson (1986): “Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan de no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional”(Moreno Bernardo, 2005).⁶

Los efectos del desgaste profesional surgen de la tarea misma, ya que la relación directa y constante en la prestación de servicio a otros, se presta para su padecimiento. Dichos efectos del síndrome de Burnout son ocasionados porque el esfuerzo profesional por lograr algunos objetivos, es entorpecido por múltiples causas entre ellas la organización misma. Es importante tener en cuenta que el Burnout es una respuesta disfuncional

exclusivamente laboral, aunque inevitablemente tenga consecuencias más amplias fuera del ámbito laboral.(Moreno Bernardo, 2005).⁶

Los estudios previamente mencionados anotan que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en las personas que deben trabajar en contacto directo con otras personas, entre ellos el personal de salud y los profesores, ya que en su mayoría deben invertir energía emocional, física y cognitiva en el proceso de atención a otros. Además puede conjugarse la presentación de otras entidades como depresión y ansiedad, lo cual hace más complejo su diagnóstico y tratamiento. Los individuos afectados por el Burnout, van perdiendo la tolerancia a la frustración, incrementan su irritabilidad y son más susceptibles a los cambios evolutivos de la organización.(Moreno Bernardo, 2005).⁶Las alteraciones físicas más severas pueden darse por, fatiga crónica, hiporexia, alteración en el patrón de sueño, trastornos músculo-esqueléticos, alteraciones psicosomáticas.

Según un estudio realizado en Madrid en 2004, muestra como los factores cambiantes de la atención en salud, hacen que el personal médico se encuentre bajo mayor riesgo de padecer de Burnout. Entre estos factores se encuentra: mayor sobrecarga en atención a pacientes, aumento de la carga emocional y mental, acrecentamiento de las exigencias macroeconómicas, empeoramiento de las condiciones laborales, incremento en los turnos de trabajo, movilidad forzosa. Existen varias características particulares a las cuales se encuentra expuesto el personal de salud, como la relación con los pacientes y familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo por turnos nocturnos, la carga de trabajo, la presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia, la inequidad, la falta de promoción laboral, las dificultades en el trato con supervisores, entre otras. (Moreno, Gálvez, Garrosa y Mingote 2006).²⁰

Los efectos cardiovasculares que trae el síndrome de Burnout, según un estudio realizado por Apples en 1991, reportó que se incrementa el riesgo para infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular y otras enfermedades cardiovasculares. (Appels A, Schouten E., 1991).²¹

El conflicto trabajo-familia es una dificultad frecuente que supone el equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo y la atención ofrecida a la familia. La incapacidad para suplir las demandas de alguno de los dos, frecuentemente es una causa de problemas al momento de organizar el tiempo y también de mantener dicho equilibrio. Como lo encontraron Frone, Yardley y Markel (1997), el conflicto familia-trabajo se relaciona negativamente con el rendimiento laboral. Lo cual con el paso del tiempo puede llegar a verse como un deseo de retirarse de su actividad laboral. Esto puede repercutir en la baja satisfacción personal y familiar, bajo nivel de compromiso laboral, aumento de la hostilidad en el hogar y disminución de la productividad.²²

Efectos Organizacionales. Las secuelas negativas de los riesgos psicosociales no afectan sólo la salud física y emocional de los trabajadores, también redundan en resultados adversos para la empresa y su funcionamiento, la productividad, eficiencia y eficacia. Por lo tanto, la salud de los trabajadores, es parte de la salud organizacional, incluido el bienestar económico de una entidad.

Uno de los efectos más dispendiosos para las compañías y la sociedad, son las bajas laborales secundarias a enfermedad, estas bajas o retiros laborales corresponden a múltiples causas, como la contratación deficiente o carente de garantías, la violencia en el trabajo, el síndrome de Burnout, el acoso sexual, los horarios extremos o la remuneración deficiente.

La violencia en el trabajo es algo inaceptable pero real en nuestra sociedad. En teoría, el trabajo es un sitio protegido y exento de crueldad, donde un ser humano puede desarrollarse profesionalmente incrementando sus habilidades mientras presta un servicio o realiza una labor determinada. Sin embargo, la violencia en el contexto laboral puede tener repercusiones más complicadas que lo que se piensa. Los incidentes violentos pueden causar daños tanto físicos como psicológicos pero en muchas ocasiones es complicado para las víctimas declarar ante las autoridades pertinentes su situación, por la misma coerción de la cual son víctimas y por temor a perder su trabajo o a empeorar la situación. Esto resulta en perpetuación de las acciones agresivas y de incremento progresivo de la situación produciendo un ambiente laboral cada vez más tenso y

preocupante. Lo que finalmente desencadenará en ausentismo laboral, incapacidades o baja laboral definitiva. (Moreno Bernardo, 2010).⁶

El acoso laboral, es un ataque directo a la identidad y al valor profesional de un individuo, es una degradación de las competencias laborales que en muchos casos a tenido un costo incalculable en términos de esfuerzo, sacrificio y energía. “En la medida que los aspectos profesionales son relevantes para la persona, que existe una centralidad laboral en el sistema de identidad de la persona, el rechazo profesional por los propios compañeros o superiores puede suponer una merma de los aspecto más valiosos de uno mismo” (MorenoBernardo, 2010).⁶Los términos usados más recientemente son “mobbing” o “bullying” identificados en la cultura norteamericana como el abuso y el maltrato. Estos términos muestran dos enfoques, uno en la víctima y otro en el autor.(Einarsen, Hoel, Zapf, Cooper, 2011).

Es importante tener en cuenta que los efectos personales y organizacionales a los que lleva esta situación, son múltiples y complicados de manejar. Una organización que en su ambiente interno facilita o permite este tipo de comportamientos ya sea entre compañeros de trabajo o por parte de los superiores, es una compañía que está destinada a cargar con el peso de sus consecuencias, ya que el ambiente laboral se deteriora progresivamente afectando directamente el rendimiento laboral así como su buen nombre ante sus pares.

La productividad empresarial se ve notablemente perturbada cuando los trabajadores son expuestos a alguno o varios de los factores que hemos venido mencionando, el hecho de ser víctima de estrés laboral, acoso o violencia en el trabajo, inseguridad contractual, o cualquiera de los factores señalados, hacen que la persona llegue a un punto de total desmotivación que tiene como resultado un pésimo rendimiento laboral lo que provoca una afectación económica en la organización. (Barling Julian, 2012).²⁴

Los accidentes laborales así como los demás efectos que atañen a la organización llegan como consecuencia de la conjugación de varios factores psicosociales, llevando a la organización a múltiples costos extras, ya que pueden tener su origen en la desmotivación

con la cual se realizan las tareas. Además para muchos trabajadores se ha convertido en su “salvavidas” ya que le permitirá ausentarse de su labor por algunos días determinados, pero sin afectar sus ingresos. Esto es un tema delicado, pues no se puede asegurar que los accidentes laborales son motivados al 100% por el mismo trabajador, pero lo que si influye notablemente es que un individuo que se encuentra desmotivado o acosado en su trabajo no se encuentra a la vanguardia de la protección o prevención de accidentes, lo que resulta en gastos adicionales para la compañía(Martínez, Ruíz, 2001).²⁵

El absentismo es un término utilizado para referirse a la ausencia a su labor por parte de los trabajadores, es un evento no programado. Muchas de sus causas son justificadas como enfermedad personal o de un familiar, calamidad doméstica, entre otras. Sin embargo, el absentismo también puede darse de forma deliberada y repetitiva como resultado de un entorno laboral deficiente, o falta de compromiso con su puesto de trabajo. Si estas ausencias son repetitivas, pueden afectar negativamente la operatividad de una empresa o incluso su rentabilidad. La incapacidad para planificar estas ausencias inesperadas significa que las empresas contratan trabajadores temporales, o deben pagar horas extras a sus trabajadores regulares, no sólo para cubrir el déficit de mano de obra, sino también para mantener un nivel de productividad para suplir los requerimientos cotidianos. Las multinacionales, han empezado a tomar conciencia sobre los problemas intra y extralaborales, los cuales pueden disminuir la productividad y el estado de ánimo de una persona, por lo cual ofrecen a sus trabajadores opciones prestacionales como motivación. Estas pueden ser: horarios flexibles, bonos prestacionales o reconocimiento laboral. (Gowing, 2008).²⁶

3.1.3 Prevención de riesgos

Todo lo expuesto anteriormente ha sido con el fin de esclarecer los términos, factores de riesgo y efectos sobre el individuo, la sociedad y la organización, con el propósito de analizar y recopilar medidas de gestión y prevención de riesgos. La información disponible indica que los costos de los efectos psicosociales en el trabajo, son muy elevados, pero también es importante tener en cuenta que la gestión y prevención de estos riesgos

requiere en primera instancia, interés por parte de los líderes organizacionales y en segunda instancia de un presupuesto disponible, lo cual tendrá sus rendimientos a corto, mediano y largo plazo. Por lo tanto desde una perspectiva estrictamente economista y progresista vale la pena realizar este tipo de inversiones.

Para el desarrollo empresarial orientado hacia el futuro, las organizaciones requieren cada vez más trabajadores motivados, eficientes, cualificados, y dispuestos a contribuir de manera activa a las innovaciones técnicas y organizativas. Además, los clientes y los consumidores están cada vez más interesados en productos y servicios saludables. Por lo tanto, la salud se ha convertido en un valor de negocio potencial de importancia estratégica. En la interacción con todas las partes interesadas pertinentes, fue desarrollado un enfoque para empresas que quiere gestionar su impacto en la salud de una manera proactiva y preventiva. Este enfoque se denomina Gestión Integral de Salud (IHM) por sus siglas en inglés. IHM constituye un enfoque estratégico para la reducción de los costos de las bajas por enfermedad y discapacidad laboral, mientras que la productividad y la capacidad de recuperación de la empresa y sus empleados se incrementan. Esto hace que las empresas obtengan beneficios económicos directos. Por último, es de interés primordial para los empleados permanecer física y mentalmente sanos en su ambiente laboral. El enfoque IHM distingue siete líneas de desarrollo: 1) la salud como un interés estratégico de la compañía, 2) la realización de un proceso primario sólido, 3) una prevención dinámica en el trabajo, 4) un estimulante en el medio ambiente laboral, 5) personas vitales, 6) una sólida relación con el entorno inmediato de la organización y de la comunidad local, y 7) productos o servicios de excelente calidad. Esta interrelación de las siete líneas es una interesante propuesta para las organizaciones modernas. (Zwetsloot Gerard & Frank Pot, 2004).²⁷

Otros proponen realizar esta gestión y prevención en 3 direcciones: 1) El trabajo como tal y su ambiente, 2) el individuo y 3) la organización. Cualquiera que sea la propuesta que adopte una empresa, debe desarrollarla con el enfoque de Responsabilidad Social Corporativa, de tal forma que demuestre su interés en las repercusiones sociales y ambientales de los factores de riesgo y sus posibles consecuencias. En estos

planteamientos, deben participar los trabajadores, los empresarios, los sindicatos y los legisladores.

Algunos autores lo proponen como intervención, primaria, secundaria y terciaria. La intervención primaria es aquella que está dirigida a la organización con el objetivo de transformar o suprimir las causas de estrés y de tal forma minimizar en impacto nocivo sobre los trabajadores. La intervención secundaria es la que atañe a la detección precoz, principalmente en los grupos de riesgo, con la idea de controlar el detrimento y las consecuencias de los riesgos psicosociales; incluye además la capacitación a los trabajadores suministrando recursos y rutas para restringir las consecuencias de los riesgos psicosociales en la salud y bienestar de estos. La intervención terciaria comprende estrategias enfocadas a minimizar los resultados de los problemas en curso que se presentan en la organización y dando tratamiento y seguimiento completo a los síntomas de la enfermedad laboral. Estos tres niveles de intervención, se complementan entre sí y permiten prevenir, captar y tratar oportunamente los casos de efectos psicosociales en el ámbito laboral. Sin embargo lo ideal, sería que si la intervención primaria y secundaria se realizan de manera juiciosa, los casos presentados serán mínimos, así como las consecuencias a nivel personal, familiar, social y organizacional. (Moreno Bernardo, 2010).⁶

Al hacer énfasis en el aspecto preventivo, es importante resaltar los aspectos más relevantes de la aplicación organizacional de los programas, teniendo en cuenta que debe promover un ciclo de mejora continuo que permita un análisis periódico por parte de las áreas interesadas de la compañía. Hacer un programa preventivo al cual se pueda aplicar el PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) es una estrategia interesante y práctica en todos los niveles.

La prevención, por lo tanto implica contar con un programa de salud ocupacional práctico y bien estructurado, no obstante, concebir y ejecutar un plan excelente de salud ocupacional, redundará no sólo en beneficio al trabajador, sino en una mayor productividad para la organización, un alto compromiso empresarial y la creación de una cultura organizacional motivante y progresista, que producirá una reducción de los costos

directos (atención médica) e indirectos (perdidas de horas laboradas por enfermedad de los trabajadores). Adicionalmente los procesos de calidad y globalización de las empresas facilitan el diseño de estrategias competitivas dentro del mercado sumando el concepto de responsabilidad social empresarial.

Gestionar la salud ocupacional desde la gerencia, es una estrategia fundamental del buen liderazgo que puede mejorar considerablemente la productividad y rentabilidad de las empresas y mucho más aún si se trata de una organización prestadora de servicios. Desde este enfoque innovador, la salud ocupacional se presenta como un factor de desarrollo y competitividad. Esta idea debe fortalecer aspectos substanciales, como una inducción completa, capacitación permanente, evaluaciones médicas habituales y participación activa en los programas de salud ocupacional. (Rodríguez, Vera, Unisabana, 2011).²⁸

Según publicaciones de la OIT en 2003, la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las labores; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y a su actividad. Según Peiró 1989 (citado por Verónica Andrade Pontificia Universidad Javeriana de Cali), en la relación de trabajo- salud se considera en trabajo como el conjunto de actividades retribuidas o no, de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias e informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad “la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos, y obtiene algún tipo de recompensa material, psicológica y/o social”. En la última década aumentó la subcontratación, el outsourcing, y el incremento de un mercado global competitivo. Lo anterior conlleva a que los trabajadores afronten variadas y contradictorias circunstancias laborales, dadas por estrictos reglamentos organizacionales y la vez deben ser flexibles, creativos y altamente preparados académicamente, para lograr un excelente nivel profesional.

Anualmente en el mundo se presentan aproximadamente 2.2 millones de muertes asociadas al trabajo, así como también sufren lesiones graves alrededor de 270 millones de personas y 160 millones se enferman por cuestiones laborales. Se calcula que los costos económicos por accidentes y enfermedades profesionales representan alrededor del 4% del PIB mundial, en la Unión Europea, sólo en accidentes laborales en el año 2000, se pagaron 55.000 millones de euros (OIT, 2005, 2006, Citado por Jaramillo 2008). Los elevados costos en salud laboral en los últimos años, ha llevado a los empresarios a interesarse por una sociedad laboral saludable, ya que el trabajo es inevitablemente un rol fundamental en la vida de las personas.

Si se menciona puntualmente este tema en el personal de salud en Colombia, se observa una cruda realidad que mostrará altos índices de inconformidad profesional y salarial, ya que gran parte de esta población se ha diseminado la cultura de obtener dos y tres trabajos para lograr solventar los gastos personales y familiares, dando como resultado poco tiempo para descansar, para compartir con la familia, o para dedicarse a sus hobbies como pintar, cantar, escribir, o viajar, entre otros, lo que permitiría disfrutar de una vida más tranquila y una red de apoyo fortalecida y dispuesta a afrontar las dificultades de la vida.

3.2 ESTUDIOS RELACIONADOS

3.2.1 Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud, Universidad del Rosario Bogotá, Universidad Javeriana Cali, Universidad del Norte Barranquilla, 2009.²⁹

El propósito de este estudio fue describir el clima organizacional, los factores de riesgo psicosocial y los estilos de liderazgo que perciben un grupo de 400 trabajadores del sector salud en cuatro ciudades colombianas, y observar si existen diferencias significativas entre ellas. Para ello se aplicó el ECO (Escala de Clima Organizacional), el CFP (Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo) y el PAT (Test de Adjetivos de

Pitcher). De acuerdo con los resultados, los participantes presentaron riesgos psicosociales de diversa índole, siendo más relevantes los concernientes a las relaciones interpersonales; el clima organizacional, aunque no es óptimo, tampoco es adverso. Los dos estilos de liderazgo resultantes en el estudio fueron evidenciados solamente en Bogotá. Se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables estudiadas, posiblemente por aspectos culturales.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva, transversal, con una muestra disponible de trabajadores directos de Entidades Promotoras de Salud (EPS) cuyos contratos fuesen mayores o iguales a un año. Se seleccionaron cuatro EPS que fuesen representativas de las regiones comparadas, norte, centro, occidente y oriente (Barranquilla, Bogotá, Cali y Bucaramanga, respectivamente). Participaron en el estudio un total de 400 empleados (63.8% mujeres y 36.2% hombres), con una edad promedio de 30.2 años, y se distribuyeron entre administradores, operarios, ejecutivos/directivos y técnicos, con un nivel de escolaridad principalmente entre técnicos y profesionales (43.8% y 34.8%, respectivamente), algo más de la mitad pertenecen al estrato socioeconómico tres (50.8%) y le sigue el dos (21.8%).

Instrumentos

- **Cuestionario de factores psicosociales en el trabajo [CFP].** Diseñado por Espinosa y Romero (2002). Este instrumento evalúa cinco factores 1) Labores y condiciones de su realización 2) Organización del trabajo y gestión empresarial 3) Relaciones interpersonales 4) Factores extra-laborales que inciden en el trabajo 5) Manifestaciones asociadas con riesgos psicosociales.
- **Test de adjetivos de Pitcher [PAT].** El instrumento desarrollado por Pitcher (1997), está compuesto por 60 adjetivos a través de los cuales la autora encontró tres estilos de liderazgo a los que denominó artesanos (razonables, confiables sensibles),

tecnócratas (líderes analíticos, brillantes y fríos) y artistas (líderes generosos, cálidos y emocionales (Pitcher, 1999).

- **Escala de clima organizacional [ECO].** Escala multidimensional desarrollada por Fernández (2008) cuyo objetivo es evaluar la percepción de los trabajadores sobre varias dimensiones del clima organizacional. Está compuesta por 63 afirmaciones y cinco alternativas de respuesta, que agrupan cinco factores, 1) Apoyo del jefe y de la organización 2) Recompensa 3) Confort físico 4) Control/presión y 5) Cohesión entre colegas en promedio los cinco factores han mostrado un índice promedio de confiabilidad alfa de Cronbach de 84.4.

3.2.2 Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos de dos instituciones de salud en Guadalajara, México 2006.³⁰

El objetivo del trabajo es identificar las diferencias entre género en la incidencia de Síndrome de Burnout y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México.

Del total de la población encuestada en ambas instituciones La prevalencia del síndrome de Burnout es del 41.8%, 28 mujeres y 54 hombres. La dimensión “agotamiento emocional” es la más vulnerable en ambos sexos. De los 92 médicos familiares con síndrome de Burnout, 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses.

Metodología

El estudio es de tipo transversal retrospectivo. La población seleccionada la conformaron 154 profesionales “médicos familiares” de dos instituciones de salud en Guadalajara, México, el 37.1% (73) fueron mujeres y el 62.9% (78) eran hombres.

Instrumentos

- Cuestionario de datos socio demográfico con variables como: grupo de edad, estado civil, antigüedad en la institución y en el puesto actual, turno laboral y tareas.
- **“Maslach Burnout Inventory (MBI)”** para evaluar la presencia del Síndrome de Burnout. Tres dimensiones: la que evalúa sentimientos de “agotamiento emocional (EE)” por sus siglas en inglés, la “despersonalización (D)” y la de “baja realización personal en el trabajo (PA)”. Como resultado de sus continuas evaluaciones, actualmente el cuestionario consta de 22 ítems, distribuidos en las tres dimensiones antes mencionadas: la dimensión “agotamiento emocional”, que está formada por 9 ítems; la de “despersonalización” tiene 5 ítems y, la de “baja realización personal en el trabajo” compuesta por 8 ítems.

3.2.3 Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán 2006.³¹

Se realizó un estudio correlacional de tres investigaciones realizadas en la ciudad de Popayán, Colombia, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de síndrome de Burnout y definir los posibles perfiles ocupacionales de los trabajadores de la salud con dicho síndrome.

Se encontraron: para la dimensión de despersonalización prevalencias entre el 17.5% y el 22.3%, para la dimensión de cansancio emocional entre el 19.3% y el 23.0% y para la dimensión de baja realización personal entre el 25.7% y el 28.1%. Para cada una de las dimensiones se definieron los posibles perfiles del trabajador de la salud o médico interno que sufrirá el síndrome.

Metodología

Análisis correlacional de tres estudios descriptivos, uno tipo crosssectional y dos de corte transversal, realizados en un Hospital Nivel II (n=148), en Fonoaudiólogos (n=31) y en Médicos Internos (n= 57), que respondieron voluntariamente el instrumento.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory (MBI), este instrumento es fiable, valido y con una estructura factorial adecuada para ser utilizado en estudios de este tipo. El instrumento consta de 22 preguntas, con medición mediante una escala de LIKERT de 1 a 7. Las preguntas agrupadas nos determinan la presencia del síndrome por cada una de las dimensiones que lo componen.

3.2.4 Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital universitario del valle, Cali, 2002.³²

Estudio realizado por el departamento de medicina familiar, Universidad del Valle, El objetivo fue determinar la prevalencia e intensidad del síndrome de desgaste profesional (SDP), sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia. Donde se incluyeron 150 médicos de los cuales 63 (42%) eran internos, 45 (30%) residentes de especialidades clínicas y 42 (28%) residentes de especialidades quirúrgicas; 79 fueron hombres y 71 mujeres. Fue aplicado el instrumento de desgaste profesional de Maslach (MBI) con 22 preguntas enfocándose en 3 aspectos: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se observó que el 70% realizaban entre 2 y 3 turnos nocturnos, y que un 80% realizaban mas de 50 horas de actividades medicas por semana, 67% con menos de 6 horas de recreación y 26% con menos de 2 horas de recreación. El 85.3%(128) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar, especialmente en los internos 90% de estos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asociaron con el desgaste profesional y con la disfunción familiar. El SDP en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle es bastante alto asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar.

Metodología

Estudio descriptivo transversal durante los meses de agosto y septiembre de 2002, para el cálculo del tamaño de muestra se tomó una prevalencia de 50% de manera arbitraria con un margen de error de 8% y un grado de confianza de 95% con una sobreestimación de la muestra por no expuesta de 5% (n=150).

Instrumentos

- Se diseñó un formulario pre codificado para determinar variables socio-demográficas, características del ejercicio de la actividad médica, y el SDP. Las variables referentes al ejercicio de la actividad médica que se midieron fueron: nivel académico, especialidad, número de turnos por semana, número de horas semanales dedicadas al ejercicio y estudio médico y número de horas semanales dedicadas a actividades recreativas.
- El MBI (Inventario de Burnout) es un cuestionario constituido por 22 preguntas que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. grado de confianza (86%).
- El APGAR Familiar que evalúa la percepción que tiene la persona acerca del funcionamiento de su familia.

3.2.5 Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar Venezuela, 2005.³³

El objetivo del estudio es determinar si la presencia de altos niveles de Estrés Laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, influyen en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes, para esto se evaluaron 150 médicos residentes, con edades comprendidas entre los 25 y los 43 años, de ambos sexos, civiles y militares, utilizando una Encuesta de Información General, el Cuestionario de Estrés

Laboral de la OIT-OMS, el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y el Cuestionario de Afrontamiento de Carver. Se encontró que 15% de la muestra experimentó niveles de Estrés Laboral, el 28% presentó Síndrome de Burnout, el 53% percibió hacer uso de Mecanismos de Afrontamiento Funcional, y las variables nivel de Estrés Laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, lograron explicar en un 13% la aparición del Síndrome de Burnout.

La sub-escala de Afrontamiento no Funcional arrojó valores significativos como buen predictor del Síndrome de Burnout, así que médicos residentes con estilos de afrontamiento no funcionales tienen mayor probabilidad de padecer Síndrome de Burnout.

Metodología

El estudio constituye una investigación de campo, descriptiva y transversal, de un total de 206 médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, la muestra estuvo compuesta por 150 de ellos, con edades comprendidas entre los 25 y los 43 años, en cualquiera de sus años de residencia desde 1º a 5º, de ambos sexos, civiles y militares, y de todas las especialidades médicas y quirúrgicas del hospital. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Las variables intervinientes fueron: género, edad, estatus social, estado civil, domicilio familiar, carga familiar, salario, año de residencia, especialidad, años de ejercicio profesional, carga laboral, trabajo directo con pacientes, valoración de la presencia/colaboración de Adjuntos, frecuencia de realización de otro tipo de trabajo, carga académica y número de guardias.

Instrumentos

- Encuesta de información general.
- Cuestionario de Estrés Laboral de la OIT - OMS.
- Cuestionario validado Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Cuestionario de Afrontamiento.

3.2.6 Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, Cuba, 2003.³⁴

Se realizó un estudio transversal acerca de estrés laboral y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana. Médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50%. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, la muestra estaba conformada por 287 médicos y enfermeros de consultorios comunitarios (médicos y enfermeros de familia del primer nivel de atención) y del hospital general clínico-quirúrgico (segundo nivel de atención), todos del mismo municipio (Plaza de la Revolución) de ciudad de La Habana. En el hospital fueron incluidos los médicos de los servicios clínicos y quirúrgicos que atendían directa y frecuentemente a pacientes de Angiología, Anestesiología, Cirugía, Dermatología, Endocrinología, Medicina Interna, Ortopedia, Psiquiatría y de la Unidad de Cuidados Intermedios.

Instrumentos

- **Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno (CBB).** Cuestionario con 22 proposiciones, y la última es una pregunta abierta no asociada a las variables que las anteriores representan. explora tres variables fundamentales: el síndrome de Burnout (SBO), las causas del Burnout (CBO) y las consecuencias del Burnout (CON). El SBO a su vez consta de tres sub variables que concuerdan con el modelo de Maslach y

Jackson, y contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP).

- **Escala de Síntomas de Estrés, de Seppo Aro (ESE).** Esta escala contiene 18 síntomas comúnmente asociados a estados de estrés, de naturaleza psicósomática, emocional, o conativa. Ejemplos de estos síntomas son las: “palpitaciones o latidos irregulares del corazón”, “irritabilidad”, “enfurecimientos”, “fatiga o debilidad”. Las respuestas se expresan en una escala ordinal de cuatro frecuencias, las cuales se valoran de 0 a 3, por lo cual las anotaciones posibles fluctúan entre 0 y 54. Un valor total superior a 10 puntos se considera como presencia de estrés.
- **Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang (IEPS).** Este cuestionario relaciona en sus 30 ítems diferentes fuentes de estrés de los profesionales de la salud. Sus variables son: reconocimiento profesional 9 ítems, responsabilidad por el cuidado de los pacientes (IEPS-RC), con 7 ítems, conflictos en el trabajo, consta de 8 ítems, e incertidumbre profesional (IEPS-IP), con 7 ítems, una variable general IEPS es el promedio de las anteriores. Las respuestas reciben una puntuación entre 0 y 4 en una escala de frecuencia de 5 pasos.

3.2.7 Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, 2004.³⁵

Este estudio pretende analizar la prevalencia del síndrome de Burnout, así como su relación con los factores socio-demográficos y el estado de salud general de las enfermeras adscritas al área de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona. La muestra fue de 70 enfermeras con una edad media de 31,5 años. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta socio-demográfica, el Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ). Como resultado más destacado, la muestra presentó un grado medio de Burnout en las 3 sub-escalas; además, ni la antigüedad profesional ni el tipo de contratación ni la unidad de especialización están relacionados con el grado de desgaste profesional. El 17,14% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada, y éstos se correlacionaban con el cansancio emocional y la despersonalización. Finalmente, destacamos que las enfermeras que desean cambiar

su horario de trabajo (42,9%) o de profesión (32,9%) puntuaron más alto en la sub-escalada cansancio emocional.

Metodología

La investigación es de tipo descriptivo, transversal, la muestra del presente estudio se compuso de 70 enfermeros de ambos sexos (8 de sexo masculino y 62 de sexo femenino) con una media de edad de 31,5 años (mínima, 21; máxima, 53) seleccionada al azar. Como criterios de inclusión se utilizó únicamente que fueran diplomados de enfermería, puesto que en el presente estudio nos interesaba conocer si existían diferencias entre el personal fijo y el personal de suplencias, así como el tiempo de ejercicio de la profesión o el tiempo de trabajo en la misma unidad. De esta muestra, 31 enfermeras trabajaban en urgencias, 28 en semi-críticos y 11 en la sala de la Purísima. Todos los encuestados fueron informados previamente de las características del estudio, así como de la confidencialidad de la información que proporcionarían.

Instrumentos

- **Encuesta socio-demográfica.** Elaborada para este estudio y que constaba de 18 preguntas cerradas con múltiples respuestas. En ella se recogen los datos socio-demográficos, laborales y de consumo más relevantes que se han visto relacionados con la susceptibilidad al desarrollo de Burnout. Los datos que pretendían controlarse fueron la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el tipo de contrato, los años que llevaban trabajando como enfermeras, el horario de trabajo, el tiempo que trabajan en el mismo turno, si les gustaría cambiar su horario de trabajo, el lugar de trabajo, el tiempo que llevaban trabajando en esa unidad, si cambiarían de trabajo, el consumo de tabaco, analgésicos e inductores del sueño, si han requerido bajas médicas en los 2 últimos años –excluyendo la baja por maternidad–, si disponen de tiempo de ocio y recreación en los últimos 2 años.
- **Inventario Burnout de Maslach(MBI; Maslach)** Está constituido por tres sub-escalas que pretenden medir conjuntamente el grado de estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

- **Cuestionario de Salud General (GHQ-28; General HealthQuestionnaire, de Golberg y Williams).** Es un test de cribado destinado a detectar a los individuos que padecen psicopatología no psicótica en medicina general y en la comunidad. Consta de 28 preguntas que se agrupan en 4 sub-escalas de 7 ítems cada una, y cada sub-escala explora un área diferente: síntomas somáticos de origen psicológico, sintomatología de ansiedad e insomnio, disfunción social, y sintomatología depresiva.

3.3 MARCO LEGAL

A medida que el concepto de salud se ha ido ampliando con el aporte de las ciencias sociales, se ha incorporado a dicho concepto el bienestar psicológico y social del individuo, la prevención de los riesgos profesionales en las organizaciones ha comenzado a añadir los aspectos psicológicos y sociales al trabajo.

Aunque los factores psicosociales del trabajo actualmente son reconocidos por los profesionales de la salud ocupacional, todavía no se abordan con profundidad y siguen considerándose un tema difícil de aprender; debido a que los riesgos psicosociales no obedecen a las leyes con que se manejan otros factores, existe la tendencia generalizada entre los especialistas, a no considerar los mencionados factores de riesgo o abordarlos de manera superficial.

Por las razones anteriores, se pretende demarcar la legislación existente en Colombia que soporta el manejo de riesgos psicosociales.

RESOLUCIÓN 2646 DE JULIO 17 DE 2008. Colombia - Ministerio de la Protección Social. Por la que 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.

La Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social, realizó un contrato con la “Pontificia Universidad Javeriana”, para la realización de un

estudio de investigación para el diseño de una batería de instrumentos de evaluación de los factores de riesgo psicosocial, la cual se validó en una muestra de trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.

El resultado de dicho estudio origino un conjunto de instrumentos válidos y confiables que pueden ser utilizados por los responsables del programa de salud ocupacional de las empresas para la identificación de estos factores a los que se encuentran expuestos sus trabajadores.

Esta batería, permite cualificar los procesos de evaluación de factores de riesgo psicosocial y contar con información que permita focalizar programas, planes y acciones dirigidas a la prevención y control. Atiende al marco legal vigente en nuestro país, Resolución 2646 de 2008.

Artículo 5. “Factores psicosociales. Comprenden los aspectos intra laborales, los extra laborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas.”

Dentro de los aspectos individuales se encuentran: aspectos socio-demográficos, personalidad y estilo de afrontamiento, condiciones físicas y de salud, hábitos y adicciones.

En los factores Extra-laborales están incluidos: manejo del tiempo libre, desplazamiento al trabajo y medio de transporte, redes de apoyo social del trabajador, vivienda, servicios de salud, etc.

Artículo 6. “Factores psicosociales intra-laborales que deben evaluar los empleadores. La evaluación de los factores psicosociales del trabajo comprende la identificación tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores, con el fin de establecer acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población trabajadora”. Es

todo lo referente a la gestión empresarial, organización del trabajo, condiciones del puesto de trabajo, carga física, medio ambiente laboral, inter-fase personal-tarea.

Ley 9 de 1979. TITULO III Marco de Salud ocupacional, contiene los deberes y derechos de los empleadores y trabajadores, así como las precauciones que se deben tener en las industrias a nivel de higiene y seguridad industrial.

Decreto 614 de 1984, Art 2 literal C. Por el cual se determinan las bases para la organización y objetivo de administración de Salud Ocupacional en el país.

Artículo 2. Objeto de la Salud Ocupacional. Las actividades de Salud Ocupacional tienen por objeto:

- Propender por el mejoramiento y mantenimiento de las condiciones de vida y salud de la población trabajadora;
- Prevenir todo daño para la salud de las personas, derivado de las condiciones de trabajo;
- Eliminar o controlar los agentes nocivos para la salud integral del trabajador en los lugares de trabajo.

Resolución 1016 de 1989. Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.

Artículo 1: Todos los empleadores públicos, oficiales, privados, contratistas y subcontratistas, están obligados a organizar y garantizar el funcionamiento de un programa de Salud Ocupacional de acuerdo con la presente Resolución.

Artículo 2: El programa de Salud Ocupacional consiste en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene Industrial y Seguridad Industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones y que deben ser desarrollados en sus sitios de trabajo en forma integral e interdisciplinaria.

Artículo 3: La elaboración y ejecución de los programas de Salud Ocupacional para las empresas y lugares de trabajo, podrán ser realizadas de acuerdo con las siguientes alternativas:

- Exclusivos y propios para la empresa.
- En conjunto con otras empresas.
- Contratados con una entidad que preste tales servicios, reconocida por el Ministerio de Salud para dichos fines.

Artículo 4: El programa de Salud Ocupacional de las empresas y lugares de trabajo, deberá desarrollarse de acuerdo con su actividad económica y será específico y particular para éstos, de conformidad con sus riesgos reales o potenciales y el número de trabajadores.

Tal programa deberá estar contenido en un documento firmado por el representante legal de la empresa y el encargado de desarrollarlo, el cual contemplará actividades en Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Higiene Industrial y Seguridad Industrial, con el respectivo cronograma de dichas actividades. Tanto el programa como el cronograma, se mantendrán actualizados y disponibles para las autoridades competentes de vigilancia y control.

Artículo 10: Los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo, tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo.

- Realizar visitas a los puestos de trabajo para conocer los riesgos, relacionados con la patología laboral, emitiendo informes a la gerencia, con el objeto de establecer los correctivos necesarios.
- Investigar y analizar las enfermedades ocurridas, determinar sus causas y establecer las medidas preventivas y correctivas necesarias.

- Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales. Elaborar y mantener actualizadas las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los trabajadores e investigar las posibles relaciones con sus actividades.
- Promover actividades de recreación y deporte.

Artículo 11: El subprograma de Higiene y Seguridad Industrial tiene como objeto la identificación, reconocimiento, evaluación y control de los factores ambientales que se originen en los lugares de trabajo y que puedan afectar la salud de los trabajadores.

Decreto ley 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencias del trabajo que desarrollan. El Sistema General de Riesgos Profesionales establecido en este decreto forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993. Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, con las modificaciones previstas en este decreto, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Decreto 2566 de 2009 Art 42. Patologías causadas por estrés en el trabajo: Trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producción en masa, repetitiva o monótona o combinada con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, Infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, Hipertensión arterial, Enfermedad ácido péptica severa o Colon irritable.

Ley 1010 de 2006. Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.

Artículo 2. Definición y modalidades de acoso laboral. Para efectos de la presente ley se entenderá por acoso laboral toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

En el contexto del inciso primero de este artículo, el acoso laboral puede darse, entre otras, bajo las siguientes modalidades generales:

- Maltrato laboral. Todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.
- Persecución laboral: toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.
- Discriminación laboral: todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.
- Entorpecimiento laboral: toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para

la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

- Inequidad laboral: Asignación de funciones a menosprecio del trabajador.
- Desprotección laboral: Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

Artículo 7. Conductas que constituyen acoso laboral. Se presumirá que hay acoso laboral si se acredita la ocurrencia repetida y pública de cualquiera de las siguientes conductas:

- Los actos de agresión física, independientemente de sus consecuencias;
- Las expresiones injuriosas o ultrajantes sobre la persona, con utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, el origen familiar o nacional, la preferencia política o el estatus social;
- Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación profesional expresados en presencia de los compañeros de trabajo;
- Las injustificadas amenazas de despido expresadas en presencia de los compañeros de trabajo;
- Las múltiples denuncias disciplinarias de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada por el resultado de los respectivos procesos disciplinarios;
- La descalificación humillante y en presencia de los compañeros de trabajo de las propuestas u opiniones de trabajo;
- Las burlas sobre la apariencia física o la forma de vestir, formuladas en público;
- La alusión pública a hechos pertenecientes a la intimidad de la persona;
- La imposición de deberes ostensiblemente extraños a las obligaciones laborales, las exigencias abiertamente desproporcionadas sobre el cumplimiento de la labor encomendada y el brusco cambio del lugar de trabajo o de la labor contratada sin ningún fundamento objetivo referente a la necesidad técnica de la empresa;
- La exigencia de laborar en horarios excesivos respecto a la jornada laboral contratada o legalmente establecida, los cambios sorpresivos del turno laboral y la exigencia permanente de laborar en dominicales y días festivos sin ningún

fundamento objetivo en las necesidades de la empresa, o en forma discriminatoria respecto a los demás trabajadores o empleados;

- El trato notoriamente discriminatorio respecto a los demás empleados en cuanto al otorgamiento de derechos y prerrogativas laborales y la imposición de deberes laborales;
- La negativa a suministrar materiales e información absolutamente indispensables para el cumplimiento de la labor;
- La negativa claramente injustificada a otorgar permisos, licencias por enfermedad, licencias ordinarias y vacaciones, cuando se dan las condiciones legales, reglamentarias o convencionales para pedirlos;
- El envío de anónimos, llamadas telefónicas y mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio o el sometimiento a una situación de aislamiento social.

En los demás casos no enumerados en este artículo, la autoridad competente valorará, según las circunstancias del caso y la gravedad de las conductas denunciadas, la ocurrencia del acoso laboral descrito en el artículo 2.

Excepcionalmente un sólo acto hostil bastará para acreditar el acoso laboral. La autoridad competente apreciará tal circunstancia, según la gravedad de la conducta denunciada y su capacidad de ofender por sí sola la dignidad humana, la vida e integridad física, la libertad sexual y demás derechos fundamentales. Cuando las conductas descritas en este artículo tengan ocurrencias en privado, deberán ser demostradas por los medios de prueba reconocidos en la ley procesal civil.

Artículo 8. Conductas que no constituyen acoso laboral. No constituyen acoso laboral bajo ninguna de sus modalidades:

- Las exigencias y órdenes, necesarias para mantener la disciplina en los cuerpos que componen las Fuerzas Públicas conforme al principio constitucional de obediencia debida;
- Los actos destinados a ejercer la potestad disciplinaria que legalmente corresponde a los superiores jerárquicos sobre sus subalternos.

- La formulación de exigencias razonables de fidelidad laboral o lealtad empresarial e institucional.
- La formulación de circulares o memorandos de servicio encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia laboral y la evaluación laboral de subalternos conforme a indicadores objetivos y generales de rendimiento;
- La solicitud de cumplir deberes extras de colaboración con la empresa o la institución, cuando sean necesarios para la continuidad del servicio o para solucionar situaciones difíciles en la operación de la empresa o la institución;
- Las actuaciones administrativas o gestiones encaminadas a dar por terminado el contrato de trabajo, con base en una causa legal o una justa causa, prevista en el Código Sustantivo del Trabajo o en la legislación sobre la función pública.
- La solicitud de cumplir los deberes de la persona y el ciudadano, de que trata el artículo 95 de la Constitución.
- La exigencia de cumplir las obligaciones o deberes de que tratan los artículos 55 á 57 del C.S.T, así como de no incurrir en las prohibiciones de que tratan los artículo 59 y 60 del mismo Código.
- Las exigencias de cumplir con las estipulaciones contenidas en los reglamentos y cláusulas de los contratos de trabajo.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo analítico descriptivo de corte transversal, se realizó una investigación documental a través de las bases de datos de motores electrónicos de búsqueda, tales como Google, Scirus, entre otros y se consultaron las bases de datos de Colciencias, sobre riesgos psicosociales, estrés laboral, síndrome de Burnout, efectos de estos en la salud física, mental y en el desempeño laboral en el personal de salud.

Se efectuó un análisis comparativo, transversal de siete estudios empíricos descriptivos relacionados con esta temática.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se escogieron los estudios realizados de acuerdo con los siguientes criterios:

Investigaciones empíricas que se hayan desarrollado a partir del año 2000, con temáticas referentes a la salud laboral, riesgos psicosociales, estrés laboral, síndrome de Burnout o desgaste profesional y efectos relacionados, en trabajadores del área asistencial y administrativo del sector salud,

Fueron seleccionados estudios de países Iberoamericanos -México, Venezuela, Cuba, España-, para correlacionarlos con tres estudios de diferentes ciudades de Colombia.

Se excluyeron seis artículos adicionales a los siete mencionados, dado que no se encontraron resultados significativos por contaminación en la aplicación del instrumento o por ser muy específicos en la escogencia de la muestra (un área de especialización en medicina).

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

La realización de este estudio tuvo en cuenta la correlación de las siguientes variables:

Variables independientes (socio demográfico)

- Ciudad-País
- Institución
- Profesión
- Edad
- Género
- Estado civil
- Antigüedad
- Horario de trabajo

Variables independientes (riesgos psico-sociales)

- Riesgos personales
- Riesgos organizacionales
- Riesgos extra laborales

Variables dependientes (efectos de los riesgos psico-sociales)

- Efectos físicos
- Efectos mentales y emocionales
- Síndrome de Burnout
- Efectos organizacionales.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación se describen los resultados de cada uno de los estudios

5.1.1 Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud, Universidad del Rosario Bogotá, Universidad Javeriana Cali, Universidad del Norte Barranquilla, 2009.

En el estudio participaron 400 sujetos distribuidos en grupos de 100, entre las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali y Bucaramanga. Los participantes tenían una edad media de 30.27 y una antigüedad promedio en meses de 43.41, siendo relativamente mayor la presencia de mujeres (F=255, %=63.8) y de los niveles de operario (F=119, %=29.8) y administrativo (F=162, %=40.5) que trabajan en jornada de oficina (F=381, %=95.3), con una escolaridad de técnico (F=175, %=43.8) o profesional (F=139, %=34.8), perteneciendo a estrato tres. En la Tabla 1 se muestran las características del conjunto de todos los participantes. En la Tabla 2 y 3 se muestran las características sociodemográficas según las ciudades.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes, expresadas en frecuencia y porcentaje

Sexo		Escolaridad		Vivienda propia	
Hombres	145 (36.2)	Primaria	8 (2.0)	Sí	176 (44.0)
Mujeres	255 (63.8)	Secundaria	48 (12.1)	No	224 (56.0)
Jornada		Técnico	175 (43.8)	Estrato	
Oficina	381 (95.3)	Profesional	139 (34.8)	1	13 (3.3)
Turnos	19 (4.8)	Especialización	27 (6.8)	2	87 (21.8)
Cargo		Magíster	2 (5.0)	3	203 (50.8)
Operario	119 (29.8)	Ph.D	1 (3.0)	4	68 (17.0)
Administrativo	162 (40.5)	Vinculación		5	246 (6.0)
Técnico	33 (8.3)	Indefinido	360 (88.8)	6	5 (1.3)
Ejecut./direct	86 (21.5)	Fijo	29 (8.3)	Adelanta estudios	
Ciudad		Prest. Servic.	11 (3.0)	Sí	106 (26.5)
Barranquilla	100 (25.0)	Convive en pareja		No	294 (73.5)
Bogotá	100 (25.0)	Sí	203 (50.8)		
Cali	100 (25.0)	No	197 (49.3)		
Bucaramanga	100 (25.0)				

Fuente: estudio comparativo de riesgos psicosocial en entidades del sector salud, Colombia 2009.

Tabla 2. Características sociodemográficas (variables continuas) según la distribución por ciudades y grado de significación de las diferencias.

	Barranquilla	Bogotá	Cali	Bucaramanga	CC)a
	X(DE)	X(DE)	X(DE)	X(DE)	
Edad	28.7 (6.36)	34.1 (7.44)	27.6 (12.17)	39.6 (10.64)	**
Antigüedad	16 (19.0)	71.7 (55.55)	36.8 (35.34)	48.9 (59.59)	**
No. de hijos	0.89 (0.93)	1.1 (.95)	0.60 (0.88)	1 (1.07)	**
No. de personas con quien convive	3.56 (1.98)	2.6 (1.93)	2.66 (2.0)	2.9 (1.29)	**
Personas que dependen del trabajador	1.51 (1.06)	1.5 (1.21)	1.13 (1.0)	1.4 (1.01)	*

Fuente: estudio comparativo de riesgos psicosocial en entidades del sector salud, Colombia 2009.

Tabla 3. Características sociodemográficas (variables categóricas) según la distribución por ciudades y grado de significación de las diferencias.

	Barranquilla	Bogotá	Cali	Bucaramanga
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Sexo				
Hombres	32 (32.0)	55 (55.0)	33 (33.0)	25 (25.0)
Mujeres	68 (68.0)	45 (45.0)	67 (67.0)	75 (75.0)
Jornada				
Oficina	96 (96.0)	100 (100.0)	86 (86.0)	99 (99.0)
Turnos	4 (4.0)	0 (0.0)	14 (14.0)	1 (1.0)
Cargo **				
Operario	34 (34.0)	5 (5.0)	67 (67.0)	13 (13.0)
Administrativo	28 (28.0)	78 (78.0)	16 (16.0)	40 (40.0)
Técnico	4 (4.0)	10 (10.0)	5 (5.0)	14 (14.0)
Ejecutivo/directivo	34 (34.0)	7 (7.0)	12 (12.0)	33 (33.0)
Vinculación **				
Indefinido	69 (69.0)	96 (96.0)	98 (98.0)	97 (97.0)
Fijo	22 (22.0)	4 (4.0)	2 (2.0)	1 (1.0)
Prestación servicios	9 (9.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.0)
Escolaridad *				
Primaria	2 (2.0)	5 (5.0)	1 (1.0)	0 (0.0)
Secundaria	7 (7.0)	6 (6.0)	18 (18.0)	17 (17.0)
Técnico	51 (51.0)	48 (48.0)	37 (37.0)	39 (39.0)
Profesional	34 (34.0)	34 (34.0)	37 (37.0)	34 (34.0)
Especialización	5 (5.0)	7 (7.0)	7 (7.0)	8 (8.0)
Magíster	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.0)
Convivencia (Pareja)				
Sí	46 (46.0)	52 (52.0)	53 (53.0)	52 (52.0)
No	54 (54.0)	48 (48.0)	47 (47.0)	48 (48.0)
Vivienda propia *				
Sí	34 (34.0)	50 (50.0)	54(54.0)	38 (38.0)
No	66 (66.0)	50 (50.0)	46(46.0)	62 (62.0)

Fuente: estudio comparativo de riesgos psicosocial en entidades del sector salud, Colombia 2009.

5.1.2 Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México, 2004.

Del total de la población encuestada, las mujeres conforman el 38.1% (75) de la población y los hombres el 61.9% (122). Las cifras de prevalencia para el síndrome de Burnout es del 41.8%, es decir, 82 sujetos manifestaron padecerlo. De ellos 28 son mujeres y 54 son hombres, divididos en 42 y 12 sujetos respectivamente. El promedio de edad para las mujeres fue de 45 años y para los hombres de 47. El grupo de edad más frecuente corresponde al de 45 a 49 años de edad con ocho médicas (36.4%) y de 45 a 49 años con 20 médicos (44.4%). La mayoría de la población está casada 13 (46.4%) 9 mujeres contra 45 (84.9%) hombres, seguido por los solteros y los divorciados. Con respecto a la antigüedad en la institución, la mínima reportada en las mujeres fue de 6 meses y para los hombres de un año; la antigüedad máxima para las mujeres fue de 26 años y de 31 para los hombres. El promedio de antigüedad en años de labor fue de 15 para las mujeres y de 17 para los hombres. Y según la antigüedad en el puesto actual, las mujeres refieren 6 meses como mínimo y 25 como máximo, con un promedio de 12 años. Para los varones la mínima fue de 2 meses con un máximo de 28 y un promedio de 14 años de labor en el mismo puesto. Ambos géneros refieren trabajar en promedio 30 horas a la semana. La mayoría lo hace en el turno matutino 18(64.3%) mujeres y 26 (48.1) en la mañana y en la tarde para los hombres. Según la distribución de la población por cada una de las dimensiones del síndrome de Burnout se puede considerar que para la dimensión “agotamiento emocional” las prevalencias son mayores en ambos sexos que en la dimensión “falta de realización personal y en el trabajo” y para la de “despersonalización”, (ver tabla 4)

Tabla 4. Distribución y porcentajes de médicos familiares por sexo y dimensiones del síndrome de Burnout

NIVEL DE CALIFICACION	AGOTAMIENTO EMOCIONAL				FALTA DE REALIZACION				DESPERSONALIZACION			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
ALTO	13	46,4	13	24,1	3	10,7	10	18,5	0	0	4	7,4
MEDIO	9	32,1	26	48,1	5	17,9	10	18,5	4	14,3	9	16,7
BAJO	6	21,4	15	27,8	20	71,4	34	63,0	40	85,7	41	75,9

Fuente: estudio síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en médicos familiares, México 2004

De los 82 médicos familiares con síndrome de Burnout, 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses. Según el grupo de enfermedades que padecieron los médicos, las mujeres se enferman más que los hombres, sobre todo, a nivel músculo-esquelético y psicológico, seguido por las enfermedades y/o molestias gastrointestinales, luego de las cardiovasculares y por último las neurológicas; mientras que las patologías frecuentes en los hombres sonen primer lugar las gastrointestinales, seguidas por las respiratorias superiores, cardiovasculares, neurológicas, en último lugar las psicológicas y psicósomáticas. En el análisis inferencial se pudo observar que en los médicos/as que habían desarrollado el síndrome de Burnout, algunas variables sociodemográficas y laborales se relacionaban con la enfermedad, las mujeres, sobre todo, a nivel músculo-esquelético y psicológico, seguido por las enfermedades y/o molestias gastrointestinales, luego de las cardiovasculares y por último las neurológicas; mientras que las patologías frecuentes en los hombres son en primer lugar las gastrointestinales, seguidas por las respiratorias superiores, cardiovasculares, neurológicas y en último lugar las psicológicas y psicósomáticas.

5.1.3 Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán, Colombia, 2006.

Se hace énfasis en la prevalencia general del síndrome por cada una de las tres dimensiones, como también en el perfil ocupacional que presenta el trabajador o estudiante que padece esta patología. Las prevalencias encontradas por cada dimensión presentaron el siguiente comportamiento:

Cansancio Emocional: Para los trabajadores del Hospital Nivel II se encontró una prevalencia del 23% IC, en Fonoaudiólogos un 22.6% y en Médicos Internos 19.3%.

Despersonalización: Para los trabajadores del Hospital Nivel II se encontró una prevalencia del 22.3%, en Fonoaudiólogos un 19.4% y en Médicos Internos 17.5%.

Baja Realización personal: Para los trabajadores del Hospital Nivel II se encontró una prevalencia del 25.7%, en Fonoaudiólogos un 25.8%, en Médicos Internos 28.1%. Ver tabla 5.

Tabla5. Prevalencia Síndrome de Burnout, en estudio en Popayán, 2004-2006

ESTUDIO	Cansancio emocional	Despersonalización	Baja realización personal
	Prevalencia	Prevalencia	Prevalencia
Hospital N II	23%	22,3%	25,7%
Fonoaudiólogos	22,6%	19,4%	25,8%
Médicos internos	19,3%	17,5%	28,1%

Fuente: Estudio comparativo Síndrome de Burnout, Popayán 2004-2006

Se ha definido un perfil para cada escala así:

Perfil del trabajador de la salud que presenta despersonalización.

Hospital Nivel II: Hombre, en edad joven que ocupa cargos administrativos, que pudiera tener o no un título universitario, preferentemente soltero, que ha logrado una antigüedad en el trabajo entre 3 a 7 años, por lo general con un tipo de vinculación de contrato y que si realiza turnos nocturnos.

Fonoaudiólogos: Mujeres, mayores de 33 años, que se desempeña como docente, con título de postgrado, soltera, con una antigüedad entre 9 y 17 años, con un vínculo laboral de planta y que no realiza turnos.

Médicos Internos: Hombre, menor de 25 años, separado, con seis meses o más de rotación, que ha rotado por los niveles I, II y III, que hace turnos cada 48 horas o más, con duración de los turnos de más de 30 horas, que ha realizado una rotación clínica, además de las tres rotaciones no clínicas y las dos rotaciones quirúrgicos.

Perfil del trabajador de la salud que presenta cansancio emocional.

Hospital Nivel II: Mujer que ha sobrepasado la línea de los 36 años, que desempeña funciones en el área administrativa, que no discrimina si se tiene un título de postgrado o no ha logrado un título universitario, preferentemente soltera, que sobrepasa los 7 años de antigüedad en el trabajo y que su sistema de vinculación a la empresa es de planta y si realiza turnos nocturnos.

Fonoaudiólogos: Mujer, mayor de 33 años, que se desempeña en la docencia, asistencia y administración simultáneamente, con título de postgrado, casada, con una antigüedad mayor a 9 años, con vínculo laboral mediante contrato y no realiza turnos.

Médicos Internos: Mujer, menor de 25 años, separada, con seis meses o más de internado, que ha rotado por los niveles I, II y III, hace turnos cada 48 horas o más con una duración de 30 horas o más, que ha realizado una solarotación clínica, las tres rotaciones no clínicas y una solarotación quirúrgica.

Perfil del trabajador de la salud que presenta bajo grado de realización personal.

Hospital Nivel II: Mujer, sin una edad específica que desarrolla funciones en el área administrativa, sin título universitario, soltera que lleva desempeñando su trabajo entre 3 y 7 años en la institución por medio del sistema de vinculación a través de contratos y no realiza turnos nocturnos.

Fonoaudiólogos: Mujer, mayor de 33 años, se desempeña en el área asistencial, tiene título universitario de pregrado, es soltera, con una antigüedad mayor a 9 años, con vínculo laboral de planta y no hace turnos.

Médicos internos: Hombre, mayor de 25 años, que no diferencia su estado civil separado o casado, con más de seis meses de internado, que ha rotado por los niveles I y III pero no por el Nivel II, que realiza turnos cada 48 horas o más con una duración de 30 horas o más, no ha realizado rote clínico, lleva dos rotaciones no clínicas y unarotación quirúrgica.

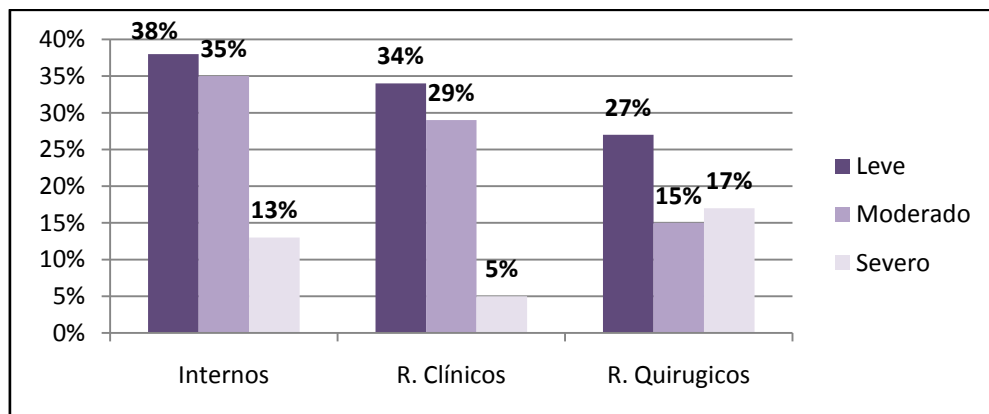
**5.1.4 Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes.
Hospital universitario del valle, Cali, 2002.**

Se incluyeron en el estudio 150 médicos de los cuales 63 (42%) eran internos, 45 (30%) residentes que pertenecían a especialidades clínicas y 42(28%) eran residentes que pertenecían a especialidades quirúrgicas excluyendo a aquellos que se encontraban en vacaciones o estaban realizando prácticas en otras instituciones. Todo el grupo de residentes de un departamento manifestó expresamente su deseo de no participar en el estudio por lo cual no fueron incluidos. Normalmente 15% de médicos internos y residentes se encuentran en vacaciones o rotaciones extramurales. Como las vacaciones y rotaciones extramurales la cumplen por igual en todos los departamentos, esta situación no afectó la proporción de médicos internos y residentes incluidos por departamento y por tanto no afectó el análisis de los resultados.

Al determinar las características sociodemográficas se observó que 79 (52.7%) fueron hombres y 71 (47.3%) mujeres; 102 (68%) procedentes de Cali, 95 (63.3%) de raza blanca, 76 (50.7%) de nivel socioeconómico medio (estrato 3-4), y 108 (72%) solteros. No se observaron diferencias estadísticas entre el grupo de médicos internos o residentes clínicos o quirúrgicos para el género, la procedencia y el estrato socioeconómico. Se observó mayor frecuencia de la etnia afrocolombiana y las parejas estables (casados, unión libre) en el grupo de médicos residentes ($p=0.001$). Al determinar el número de horas de actividades médicas realizadas por semana y el número de horas de recreación realizada por semana, se observó que 106 (70.6%) realizaban entre 2 y 3 turnos nocturnos y 120 (80%) realizaban más de 50 horas de actividades médicas, 101 (67%) con menos de 6 horas de recreación y 39 (26%) tuvieron menos de 2 horas de recreación.

El Síndrome de Burnout de intensidad entre moderada y severa se observó en 128 (85.3%) médicos incluidos en el estudio. No se observaron diferencias estadísticas entre la intensidad del síndrome entre internos, residente clínicos o quirúrgicos (leve $p=0.32$; moderada $p=0.26$; severa $p=0.52$; respectivamente) ver gráfico 1.

Gráfico 1. Intensidad del Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Estudio Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002



Fuente: Estudio de desgaste profesional en médicos, Hospital universitario del Valle, Cali 2002.

Se observó que 76% de médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos y residentes clínicos o quirúrgicos. El análisis

estadístico variable no mostró asociación significativa entre el SDP y las variables sociodemográficas y el número de horas recreativas o de trabajo médico (género $p=0.55$, edad $p=0.86$, procedencia $p=0.14$, el estado civil $p=0.59$, el nivel académico $p=0.22$, la etnia $p=0.48$, el tipo y nivel de entrenamiento $p=0.21$, el nivel socioeconómico $p=0.59$, el número de horas recreativas $p=0.22$, horas de trabajo médico $p=0.14$). En contraste, el tipo de desgaste profesional se asoció con el tipo de disfunción familiar ($p=0.02$); el número de turnos semanales se asoció significativamente con el desgaste profesional ($p=0.02$).

5.1.5 Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar Venezuela, 2005.

El 15% de los médicos residentes del HMCA (22 sujetos), consideró experimentar niveles importantes de Estrés Laboral, evidenciándose que del Cuestionario de Estrés Laboral las dimensiones correspondientes a “parámetros organizacionales”, “cohesión organizacional” e “influencia del supervisor” fueron consideradas como las mayores fuentes generadoras de Estrés Laboral. De los 150 médicos residentes encuestados, 42 de ellos presentaron Síndrome de Burnout, lo que representa un 28% de la muestra total. Cuatro sujetos evidenciaron signos de Burnout alto. Por especialidad y en orden jerárquico los diez primeros postgrados que generaron niveles más altos de Estrés Laboral y de Síndrome de Burnout en la muestra fueron: cirugía general, pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, anestesiología, traumatología, nefrología, radiodiagnóstico, cirugía plástica, y psiquiatría.

Las variables sociodemográficas y cualitativas estudiadas que alcanzaron la significancia estadística necesaria para considerar que ejercen un efecto modulador sobre el Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout fueron: número de horas de trabajo en casa, colaboración de adjuntos, porcentaje de trabajodirecto con pacientes y número de guardias. Más de la mitad de los residentes percibieron hacer uso de Mecanismos de Afrontamiento Funcional ante situaciones de Estrés Laboral, específicamente,

afrontamiento directo y reevaluación funcional. El 46% de la muestra, respondió acerca de la posibilidad de hacer uso de los dos tipos de afrontamiento.

En relación a la hipótesis general planteada, las variables nivel de estrés laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, lograron explicar en un 13% la aparición del Síndrome de Burnout. De las variables independientes utilizadas para predecir puntajes en la escala de Burnout, sólo la sub-escala de Afrontamiento no Funcional arrojó valores significativos.

5.1.6 Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, Cuba, 2003

El grupo de sujetos estudiados es de 287 individuos. En cuanto a las profesiones analizadas se observó una proporción mayor de médicos que de enfermeros. Ambos niveles estuvieron representados por cantidades de profesionales casi semejantes. Hubo una cifra mayor de mujeres que de hombres. Las mujeres estuvieron más representadas entre los profesionales de la enfermería y entre los de la profesión médica, en el primer nivel de atención. La edad promedio y el tiempo de experiencia en el desempeño profesional son mayores en los médicos, y en particular, en el segundo nivel de atención característica propia del sistema de salud en Cuba. Ver tabla 6.

Aunque no se establecieron cifras de prevalencia de Burnout en las poblaciones estudiadas, puede observarse en la que en todos los subgrupos formados por profesión, nivel de atención, género y sus respectivas combinaciones, es siempre superior al 20 % y de un 30 % en el total de los profesionales de la salud estudiados. En los médicos alcanzó un 35 % de los profesionales y fue superior en el primer nivel, fundamentalmente en las mujeres. En los médicos del segundo nivel de atención hubo una prevalencia similar en hombres y mujeres. En los enfermeros fue menor, es decir, de un 23,7 %. Aunque la prevalencia más alta se observó en los enfermeros hombres del primer nivel de atención, esto no debe tomarse en cuenta debido al escaso número de personas con esta condición (solo cuatro profesionales), según se expresa en la tabla 14. Preferimos considerar como

la más señalada entre los enfermeros la que se observa en el primer nivel de atención, que afecta a algo más de la cuarta parte de ellos. Como se muestra en la tabla 7.

Tabla 6. Descripción de la muestra, profesionales de la salud la Habana-Cuba.

GRUPO	N	%	Media	DE	Media	DE
			Edad	Edad	Tiempo de experiencia	Tiempo de experiencia
Médicos	169	58,89	35,3	10,49	10,58	9,75
Médicos del primer nivel	89	52,66	29,17	4,59	4,97	4,33
Hombres	29	32,58	28,62	2,57	3,88	1,96
Mujeres	60	67,42	29,44	5,31	5,5	5,01
Médicos del segundo nivel	80	47,34	42,05	11,02	16,82	10,32
Hombres	52	65	45,25	11,1	19,63	10,38
Mujeres	28	35	36,11	8,13	11,61	8,02
Enfermeros	118	41,14	36,23	9,97	15,12	9,95
Enfermeros del primer nivel	55	46,61	36,65	9,38	16,3	8,63
Hombres	4	7,27	34,5	3,79	13	3,56
Mujeres	51	92,73	36,82	9,68	16,56	8,87
Enfermeros del segundo nivel	63	53,39	35,86	10,52	14,09	10,93
Hombres	21	33,33	32,33	8,96	10,29	9,67
Mujeres	42	66,67	37,62	10,89	15,99	11,14
Total	287	100	35,69	10,27	12,45	10,07

Fuente: Estudio de Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, Cuba 2003.

En cuanto al estrés profesional, siguiendo los criterios originales de valoración de la prueba estudiada, se obtiene una prevalencia de un 50% en el grupo total de profesionales de la salud. Las prevalencias más altas se obtienen en los enfermeros, en particular en los del primer nivel de atención. Entre los médicos, como sucede con el Burnout, es mayor en los que trabajan en el nivel primario, y particularmente en las mujeres. Este resultado da respuesta a la primera hipótesis planteada. Para mayor detalle, se analizaron los efectos específicos en cada una de las condiciones anteriores para determinar el peso de cada variable en la diferenciación entre los grupos. En cuanto a la condición de la profesión, resultaron significativamente mayores entre los médicos las

medias del síndrome de Burnout, el estrés de los profesionales de la salud en general y, en particular, el debido a la responsabilidad por el cuidado de pacientes. Como complemento. Las diferencias entre mujeres y hombres aparecen explicadas por las consecuencias del Burnout y los síntomas de estrés, con valores promedio significativamente mayores en las mujeres.

Tabla 7. Prevalencias de Burnout y de síntomas de estrés. Estudio en profesionales de la salud, la Habana-Cuba, 2003

GRUPO	PREVALENCIA (EN %)	
	BURNOUT	SÍNTOMAS DE ESTRÉS
Médicos	35,0	46,8
Médicos de primer nivel	43,8	52,8
Hombres	34,5	44,8
Mujeres	48,3	56,7
Médicos del segundo nivel	25,0	40,0
Hombres	25,0	34,6
Mujeres	25,0	50,0
Enfermeros	23,7	54,2
Enfermeros del primer nivel	27,3	63,6
Hombres	50,0	25,0
Mujeres	25,5	66,7
Enfermeros del segundo nivel	20,6	46,0
Hombres	19,0	42,9
Mujeres	21,4	47,6
Total	30,3	50,0

Fuente: Estudio de Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, Cuba 2003.

La interacción que resultó significativa debido a la combinación entre el nivel de atención y la profesión, favoreció a los médicos del primer nivel de atención con medias más elevadas en las variables de síndrome de Burnout, estrés en profesionales de la salud y particularmente por el cuidado de pacientes. Por último, se abordan los síntomas y las fuentes de estrés más frecuentes en los casos estudiados. Para su identificación se tuvieron en cuenta las anotaciones que recibieron, lo que está en función de su mención y

de la intensidad (valores de frecuencia de manifestación) que les otorgaron los encuestados en sus respuestas.

Los síntomas de estrés más frecuentemente referidos por los sujetos fueron, en ese orden: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Exceptuando el primero y el último, los restantes síntomas relacionados fueron significativamente más frecuentes en los profesionales del nivel primario de atención, y no se hallaron diferencias relacionadas con la profesión desempeñada. Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, en orden: necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con los superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes. La respuesta sobre bajo reconocimiento fue significativamente mayor en los enfermeros de atención primaria; el sentimiento de máxima responsabilidad con los pacientes y el manejo de la información con estos y sus familiares fueron mayores en los médicos, sin distinción del nivel de atención. Los resultados confirmaron las diferencias en las manifestaciones de estrés laboral y Burnout por las condiciones de género y de profesión, así como nuestra hipótesis respecto al mismo efecto debido al nivel de atención. Entre las combinaciones de condiciones sometidas a análisis, el nivel de atención obtuvo la mayor confiabilidad del sistema de condiciones. El primer nivel de atención fue el que favoreció la mayor prevalencia de estrés y Burnout. La prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la salud estudiado es elevada; alcanza el 30 %, y la más alta es de 48,3 % en las mujeres de profesión médica de la atención primaria.

En el segundo nivel de atención pueden actuar como moderadores del síndrome no solamente ciertas características del régimen hospitalario, sino también la mayor edad y experiencia profesional que pueden proporcionar recursos de afrontamiento eficaces. Pero la aclaración de los recursos de afrontamiento que pudieran estar vinculados a la edad, la experiencia profesional o al desempeño en el segundo nivel de atención de la salud, solo podría alcanzarse mediante un ulterior estudio orientado a este objetivo.

La prevalencia de síntomas de estrés en el grupo total es aún mayor (50 % de los casos) y es mayor en los profesionales de la atención primaria, particularmente en el personal de enfermería femenino, en que se alcanza la mayor prevalencia, que es de 66,7 %. Los síntomas de estrés más frecuentes en los profesionales del primer nivel de atención fueron las cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión y fatiga. Estos conforman el cuadro típico de los síntomas más significativos, los cuales son señalados como síntomas iniciales de deficiencia de la salud por la Organización Mundial de la Salud.

De todo lo anterior resulta que el perfil de mayor riesgo del síndrome de Burnout queda caracterizado en las condiciones médicas de atención primaria, en tanto el correspondiente al estrés, en la enfermera de atención primaria. Las fuentes de estrés propias de los profesionales de la salud fueron diversas; entre las más señaladas se encuentran la necesidad de actualización de la información especializada, relaciones con los superiores, responsabilidad en el cuidado de los pacientes, bajo reconocimiento de la población asistida (particularmente en enfermeros de nivel primario), incertidumbres éticas en el manejo de la información de los pacientes y el cuidado de las demandas emocionales de estos.

5.1.7 Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, 2004.

Análisis de los datos aportados por los participantes en el presente estudio.

Los niveles medios de Burnout para la totalidad de la muestra en cada una de las tres sub escalas del MBI fueron:

- Cansancio emocional ($X = 21,8$; $DE = 10,27$).
- Despersonalización ($X = 7,19$; $DE = 4,97$).
- Realización personal ($X = 35$; $DE = 8,09$).

El grado de Burnout se interpretó de acuerdo con las divisiones en niveles de alto, medio y bajo grado, según los valores obtenidos en cada una de las tres sub escalas en los estudios realizados por Maslach y Jackson (tabla 8).

Tabla 8. Niveles de Burnout en enfermeras Hospital de Barcelona, 2004.

NIVELES DE BURNOUT	CLASIFICACIÓN			MEDIA
	BAJA	MEDIA	ALTA	
Cansancio emocional	< 15	21,8	>24	21,8
Despersonalización	< 4	7,1	>9	7,1
Realización personal	< 33	35	>39	35

Fuente: Estudios de Burnout en enfermeras, Hospital de Barcelona 2004.

Síntomas encontrados según el área de estudio:

Síntomas somáticos de origen psicológico: lo presentó el 11,4% de la población total estudiada (n=8). Sintomatología de ansiedad e insomnio: apareció en el 14,73% de la población total estudiada (n=10). Disfunción social: se encontró tan sólo en el 4,3% de la población total estudiada (n=3). Sintomatología depresiva: no se encontró en ningún caso.

Respecto a la variable género, sólo pudimos observar una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,005$) entre varones y mujeres en lo que se refiere a la sub escala de realización personal. Comparando las medias, pudimos observar que los varones tenían una mayor realización personal y, por tanto, menos riesgo de padecer Burnout (tabla 20). Los varones también tenían un mejor estado de salud general; tan sólo el 1% de la muestra de varones presentó sintomatología de ansiedad e insomnio, frente al 14,5% de mujeres que presentaron la misma sintomatología.

En cuanto a la edad, se encontró una significación estadística con la realización personal ($p = 0,005$; $r = -7,4315$). Para analizar el estado civil, esta variable se agrupó en dos grupos, casados frente a no casados (divorciado, separado, viudo, soltero independizado y soltero no independizado); de esta forma conseguimos tener una muestra equiparable formada por 35 personas en cada grupo. Tan sólo se observó una diferencia estadística significativa ($p = 0,05$) en relación con la realización personal. Comparando las medias pudimos observar que los no casados tienen mayor realización personal ($X- = 36,91$) que el grupo de los casados ($X- = 33,17$) y, por tanto, menos riesgo de padecer Burnout.

En relación a las características laborales no se encontró diferencia entre los diferentes turnos y el grado de Burnout, característica que podía deberse a la disparidad numérica

en los diferentes grupos de la muestra global. En cuanto a la antigüedad profesional, hemos podido observar que los diferentes grupos no están distribuidos homogéneamente y no se pudo encontrar significación estadística entre los años trabajados y el síndrome de Burnout. Asimismo, a un elevado número de enfermeras encuestadas les gustaría cambiar su horario de trabajo (42,9%), Por otro lado pudimos observar que a más de un tercio de las enfermeras encuestadas (32,9%) les gustaría cambiar de trabajo si tuvieran la oportunidad de hacerlo. En este caso pudimos observar que también existía una fuerte relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre el deseo de cambiar de trabajo y el cansancio emocional, así como una tendencia a la despersonalización en este grupo ($p < 0,1$).

En cuanto al tipo de contratación, no se encontró significación estadística entre el tipo de contrato y la predisposición a padecer el síndrome.

Finalmente, con respecto a las horas de ocio, se aprecia que la mayoría (70,0%) dispone de dos a tres horas diarias de ocio, y que sólo el 5,7% de la muestra refiere no disponer de horas de ocio. Para evaluar esta variable agrupamos la muestra en dos grupos: los que disponen de dos a tres horas de ocio diarias ($n = 49$) y los que disponen de poco o nada de ocio ($n = 21$). De esta forma pudimos realizar la prueba de la t para muestras independientes y encontramos una relación estadísticamente significativa ($p = 0,003$) en relación al cansancio emocional. Comparando las puntuaciones medias en ambos grupos, se puso de manifiesto que el grupo que dispone de más horas de ocio (entre dos a tres horas de ocio diario), tiene menos cansancio emocional que el grupo que dispone de pocas horas de ocio o que no dispone en absoluto. Para el resto de sub escalas no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Al estar todas las variables laborales interrelacionadas entre sí y con el síndrome de Burnout, quisimos realizar un análisis multivariable con todas ellas con tal de encontrar las variables que tengan más relación con el síndrome y, por tanto, más significación. Para ello se realizó una regresión lineal múltiple introduciendo las variables de tipo laboral con las tres sub-escalas de Burnout. Mediante este análisis se encontró que la variable antigüedad profesional era predictora de realización personal ($p = 0,0006$; $r = 0,326$), de forma que, a mayor número de años trabajados, menor realización personal.

Las variables predictoras de cansancio emocional fueron el ocio, con una significación de 0,009. El ítem “Si tuviera la oportunidad, ¿cambiaría de trabajo?” obtuvo una significación estadística de 0,001, y el ítem “¿Le gustaría cambiar su horario de trabajo?”, una significación estadística de 0,003. La variable predictora para la realización personal fue el sexo ($p = 0,01$), y para la sub escala de despersonalización no lo fue ninguna. Por otro lado, quisimos averiguar cuál es la variable o variables que intensifican la relación entre las variables dependientes con las independientes. Para ello analizamos la odds ratio, de forma que el modelo estadístico sólo aceptó dos variables: deseo de cambiar de horario de trabajo y la variable género.

La interpretación de este modelo nos acerca a poder decir que las personas que desean cambiar de horario de trabajo tienen una predisposición 7,17 veces superior de padecer Burnout que las personas que no desean cambiar de trabajo. Sin embargo, en la variable género sucede a la inversa, y el modelo estadístico nos dice que por el hecho de ser varón se tiene, haciendo el cálculo inverso, una probabilidad 7,5 veces inferior de padecer Burnout.

5.2 ANÁLISIS COMPARATIVO

A continuación se realiza la correlación y análisis de los resultados obtenidos en cada uno de las siete investigaciones estudiadas.

Las variables socio demográficas que se tuvieron en cuenta para la correlación de los estudios son: el género, la profesión, área asistencial o administrativa, horario de trabajo, edad, estado civil, años de experiencia, como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Variables socio-demográficas

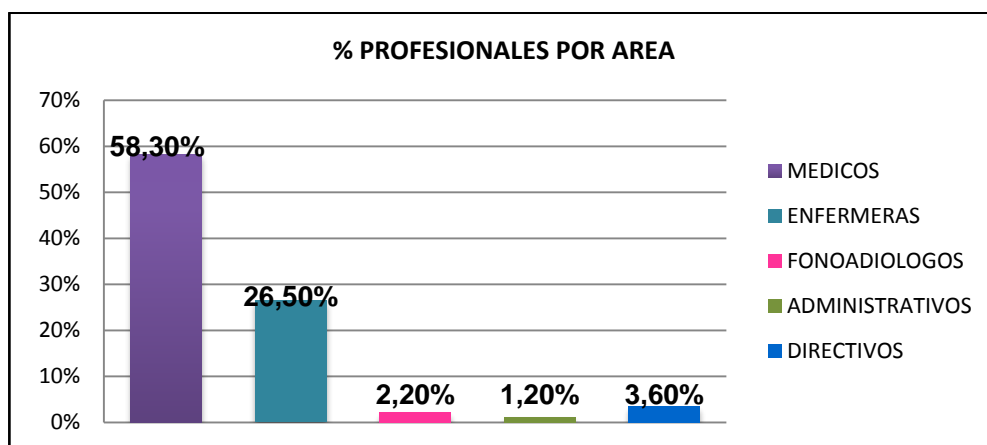
		COLOMBIA 4 ciudades	POPAYAN	CALI	MEXICO	VENEZUELA	CUBA	ESPAÑA	
PROFESIÓN	MUESTRA	400	236	150	154	150	287	70	
	Médicos	Internos	0	24,1%	42%	0	0	0	0
		Residentes	0	0	58%	0	100%	0	0
		Médicos	29.8%	38.4%	0	100%	0	58.8%	0
	Enfermeras		0	0	0	0	41.2%	100%	
	Fonoaudiólogos	0	13.2%	0	0	0	0	0	
	Administrativos	48.7%	24.3%	0	0	0	0	0	
	Directivos	21.5%	0	0	0	0	0	0	
EDAD MEDIA		30.2	31.3	-	46	35.5	35.9	31.5	
GENERO	Hombres	36.2%	-	52.7%	61.9%	-	36.9%	11.4%	
	Mujeres	63.8%	-	47.3%	38.1%	-	63.1%	88.6%	
ESTADO CIVIL	Vive en pareja	50.8%	33.5%	72%	68.4%	-	-	50%	
	No vive en pareja	49.3%	66.5%	28%	31.6%	-	-	50%	
MEDIA EXPERIENCIA (años)		3.6	4.6	-	16	.	12.8	5	
HORARIO	Oficina	95.3%	66.7%	29.4%	56.2%	-	-	20%	
	Turnos	4.7%	33.3%	70.6%	43.8%	-	-	80%	

Fuente: Directa.

Se pretende analizar cómo estas variables determinan diferencias entre niveles de riesgo y efectos negativos del trabajo profesional en cada ciudad estudiada. Aunque en los siete estudios se tuvieron en cuenta estas variables socio demográficas, no en todos se encuentra el reporte discriminado por cada variable lo cual dificulta la correlación adecuada de los datos. Se ha calculado la media de edad y años de experiencia laboral de algunos trabajos partiendo de los datos, ya que no se encuentra reportada, En cuanto al estado civil se clasifico en dos grupos, los que viven en pareja y los que no viven en pareja.

La muestra total se conforma de Médicos con un 58.3%, seguido por Enfermeros 26.5%, Fonoaudiólogos 2.2%, Cargos Administrativos 1.2%, Directivos 3.6%. Grafico 2.

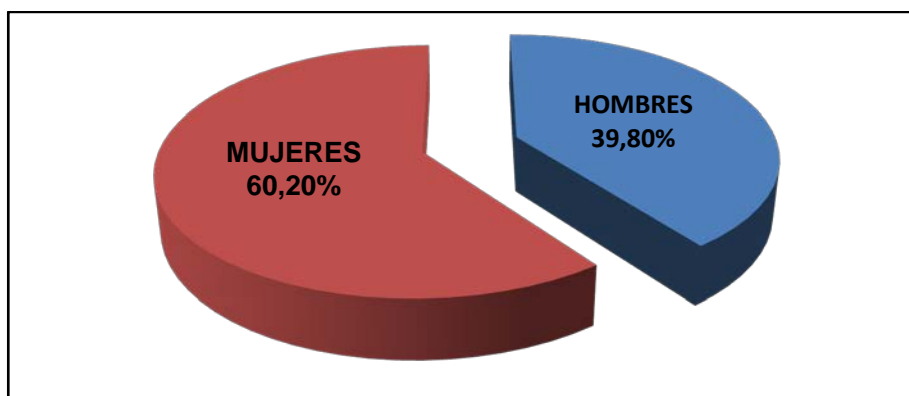
Gráfico 2. Profesionales de la salud que componen la muestra en las investigaciones



Fuente: Directa.

En la muestra total de las investigaciones participaron mayor número de mujeres con el 60,2% y hombres un 39,8%, se excluyen las investigaciones realizadas en Popayán y Venezuela, ya que no hay reporte documentado de género. Ver gráfico 3.

Gráfico 3. % de cada género en el total de la muestra



Fuente: Directa.

En el análisis factorial de Los riesgos psicosociales observados en el grupo de participantes de los siete estudios, no se evidencian diferencias por variables culturales y/o socio políticas con respecto a los factores de riesgo psicosociales, ya que los resultados obtenidos en países como México, Venezuela, Cuba, Colombia y aún en España se encuentran los mismos de tipos de riesgos. Ver tabla 10.

Tabla 10. Tipos de riesgos psicosociales encontrados en cada ciudad-país

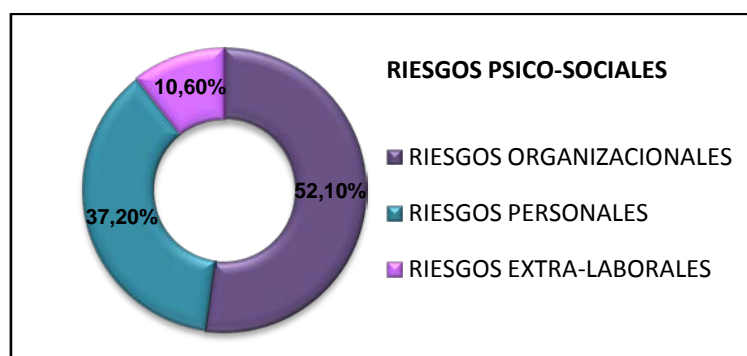
TIPO DE RIESGO PSICOSOCIALES		COLOMBIA 4 ciudades	Popayán	Cali	MEXICO	VENEZUELA	CUBA	ESPAÑA
Riesgos personales	Antigüedad cargo		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Tiempo de desempeño profesional	✓	✓		✓	✓	✓	
	Adicciones		✓	✓	✓		✓	✓
	Estrategias de afrontamiento	✓		✓				
Riesgos organizacionales-laborales	Largas jornadas laborales		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Alta exigencia-sobrecarga.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Competencia profesional	✓	✓	✓		✓	✓	
	Conflictos con superiores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Falta de reconocimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Falta de organización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Inadecuado Estilo de liderazgo	✓	✓		✓	✓		✓
	Malas relaciones con compañeros	✓		✓	✓	✓		
	Falta de recursos			✓			✓	
Riesgos extra-laborales	Conflictos familiares		✓	✓	✓	✓		✓
	Falta de recreación	✓	✓	✓		✓		✓

Fuente: Directa.

Se observa mayor predominio en todos los estudios en orden descendente, los siguientes riesgos psicosociales, ver gráfico 4:

- Riesgos organizacionales y laborales con el 52,1%.
- Riesgos personales 37,2%.
- Riesgos extra laborales 10,6%.

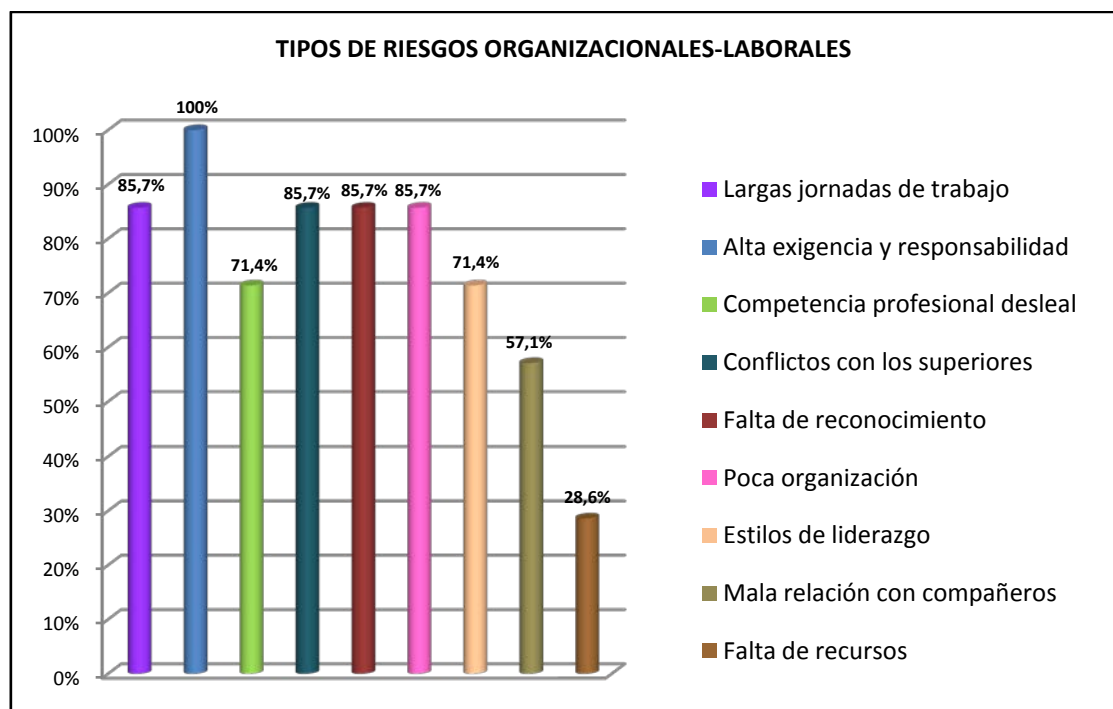
Gráfico 4. Tipos de riesgos psicosociales



Fuente: Directa.

Los tipos de riesgos organizacionales encontrados en los siete estudios fueron: alta exigencia y responsabilidad el 100%, lo cual nos indica que en todos los países de nuestro estudio el personal de salud se somete a altos niveles de presión, largas jornadas de trabajo 85,7%, competencia profesional desleal 71,4%, conflictos con los superiores 85,7%, falta de reconocimiento 85,7%, poca organización 85,7%, malos estilos de liderazgo 71,4%, mala relación con compañeros 57,1%, falta de recursos 28,6%, lo cual se observa en el Gráfico 5.

Gráfico 5. Tipos de riesgos organizacionales



Fuente: Directa.

La relación entre estilos de dirección inadecuados, alta exigencia, largas jornadas de trabajo, desorganización, malas relaciones laborales, clima organizacional y percepción de bienestar del trabajador ha sido documentada en varios estudios (Conger, et al., 2000; Siwatch, 2004; Stringer, 2002). Al respecto se ha encontrado que estilos de dirección con altos niveles de exigencia y coerción afectan de manera determinante el clima organizacional y las relaciones laborales e influye en la conducta, generando desmotivación de los trabajadores, irritabilidad, hostilidad e incertidumbre. Los estilos que

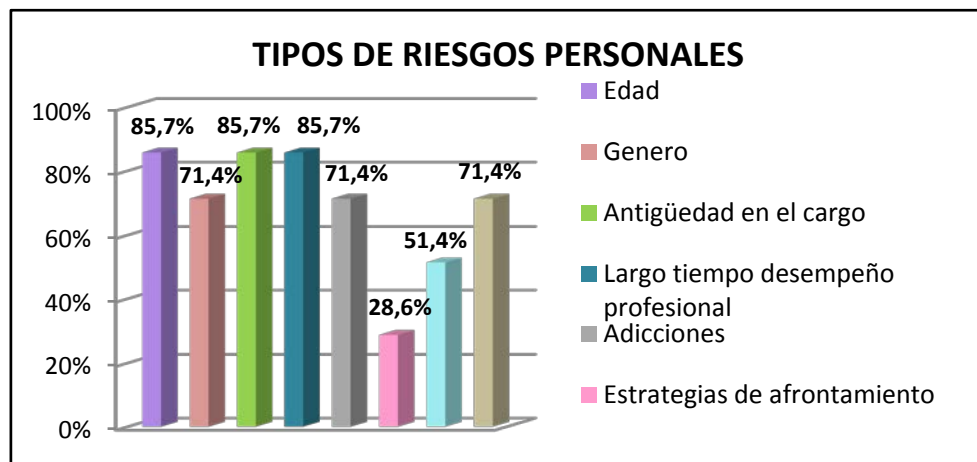
fomentan roles confusos y que no favorecen la autonomía para la toma de decisiones, afectan la salud del trabajador y su percepción de bienestar, lo cual se ha asociado con el incremento del absentismo laboral y alta rotación del personal, de igual manera, aquellos líderes que no proveen apoyo, son hostiles o se muestran poco considerados, generan estrés en sus empleados con todas las consecuencias ya conocidas.

– **Riesgos personales**

En los estudios analizados observamos que los principales riesgos personales que pueden afectar la salud física, mental y el desempeño laboral se encuentran. Según se observa en el gráfico 6:

- El tiempo de desempeño laboral 85,7%.
- La antigüedad en el cargo 85,7%.
- Adicciones 85,7%.
- Estrategias de afrontamiento 51,4%.
- Conflictos familiares 71,4%.

Gráfico 6. Tipo de Riesgos personales



Fuente: Directa.

Estos se comportan como factores predictores en la repercusión y efectos de los riesgos psicosociales. Aunque la edad parece no influir en la aparición del riesgo psicosocial se ha encontrado gran relación de la edad y la manifestación de dichos riesgos, se ha observado que personas muy jóvenes o muy maduros son más vulnerables a presentar estrés laboral y síndrome de Burnout, los primeros años de carrera profesional sería el

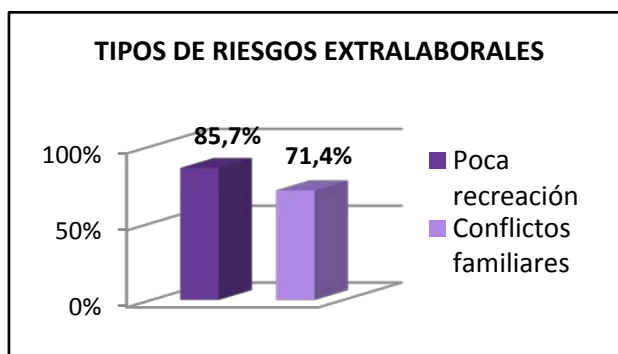
periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, donde las metas personales, profesionales y económicas, no son las esperadas. Garnier (2001) concluye en su estudio Burnout en médicos de urgencias, que los sujetos más jóvenes puntúan más alto en estrés laboral. En mayores de 44 años, las personas se muestran cansados, agotados, con experiencia y gran criterio de comparación, las exigencias suelen ser más elevadas, esto se corrobora con un estudio de síndrome de Burnout en el personal sanitario realizado en España, por Atance (1997).

Con respecto al género se observa que las mujeres son el grupo más vulnerable para presentar riesgos psicosociales, por razones como doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, características de personalidad y emotividad suelen tener relevancia en este tipo de factores. Las creadoras del modelo MBI, (Maslach burnout inventory) Maslach y Jackson (1986), argumentan que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de agotamiento emocional. Al igual Breilh (1993), encontró en un estudio en internos de hospitales Ecuatorianos, mayor prevalencia de estrés y síndrome de Burnout en las mujeres con el 79,3%.

– Riesgos extra laborales

En todas las investigaciones analizadas los factores que tienen menor incidencia son los factores extra laborales se mencionan muy pocos, entre los más importantes son los conflictos familiares y pocas actividades recreativas asociadas a los turnos y jornadas de trabajo del personal de salud. Ver gráfico 7.

Gráfico 7. Tipo de Riesgos Extra-laborales



Fuente: Directa

Efectos de los Riesgos psicosociales en la salud mental y física.

Los efectos que generan los riesgos psicosociales son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional. (Tabla 11).

Tabla 11. Efectos producidos por Riesgos psicosociales encontrados en cada país

TIPO DE EFECTOS		Colombia 4 ciudades	Popayán	Cali	México	Venezuela	Cuba	España
Efectos Físicos	Fatiga	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Cefalea		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Ulceras		✓		✓			
	Trastornos gastrointestinales		✓		✓	✓	✓	
	Dolores musculares		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Tendinitis		✓		✓			
Mental-emocional	Trastornos del sueño		✓		✓	✓	✓	✓
	Desmotivación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Cansancio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Ansiedad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Depresión		✓	✓	✓	✓	✓	
	Estrés Laboral				✓	✓	✓	✓
	Conflicto familiares		✓			✓		
Conductual	Agresividad		✓		✓	✓		
	Adicciones		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Aislamiento		✓		✓			
Efectos Organizacionales-Laborales	Ausentismo	✓	✓	✓		✓	✓	
	Bajo rendimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Falta de compromiso		✓		✓	✓	✓	✓
	Conflictos laborales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Accidentes de trabajo		✓			✓	✓	
	Baja calidad en el servicio		✓	✓			✓	✓
	Alta rotación		✓	✓		✓		

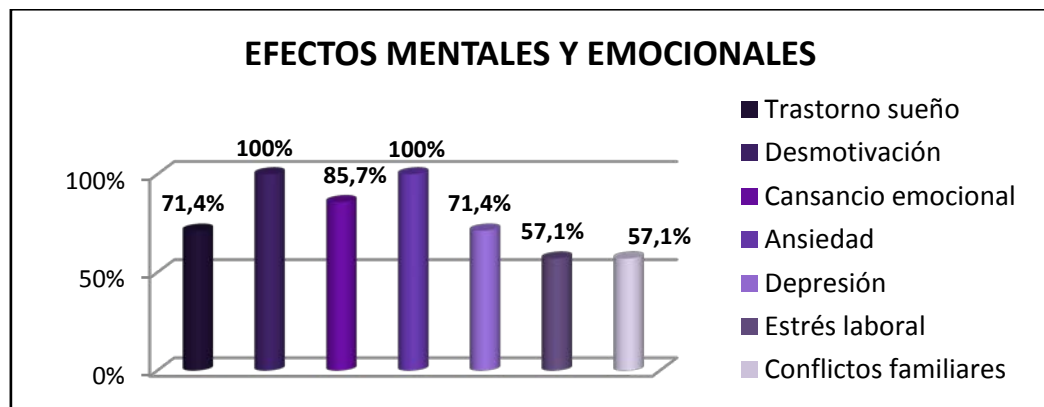
Fuente: Directa.

Los efectos producidos por los riesgos psicosociales son de tres clases:

- **Efectos mentales y emocionales(Gráfico 8):**

- Desmotivación y ansiedad con el 100%.
- Cansancio emocional 85,1%.
- Depresión y trastornos de sueño 71,4%.
- Estrés laboral y conflictos laborales 57,1%.

Gráfico 8.% Efectos mentales y emocionales

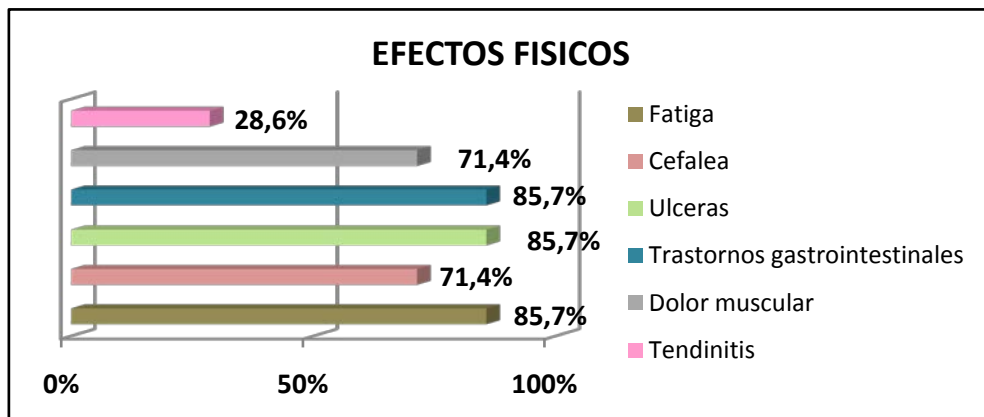


Fuente: Directa.

- **Efectos físicos**

Se observaron reportes en México, Cuba, España y Colombia (Popayán) de personas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, infecciones y musculo-esqueléticas. En las siete investigaciones coinciden en tener afecciones gastrointestinales, cefalea, fatiga y tendinitis se reportó en Popayán y en México. Esto se puede apreciar en el Gráfico 9.

Gráfico 9. % Efectos físicos



Fuente: Directa.

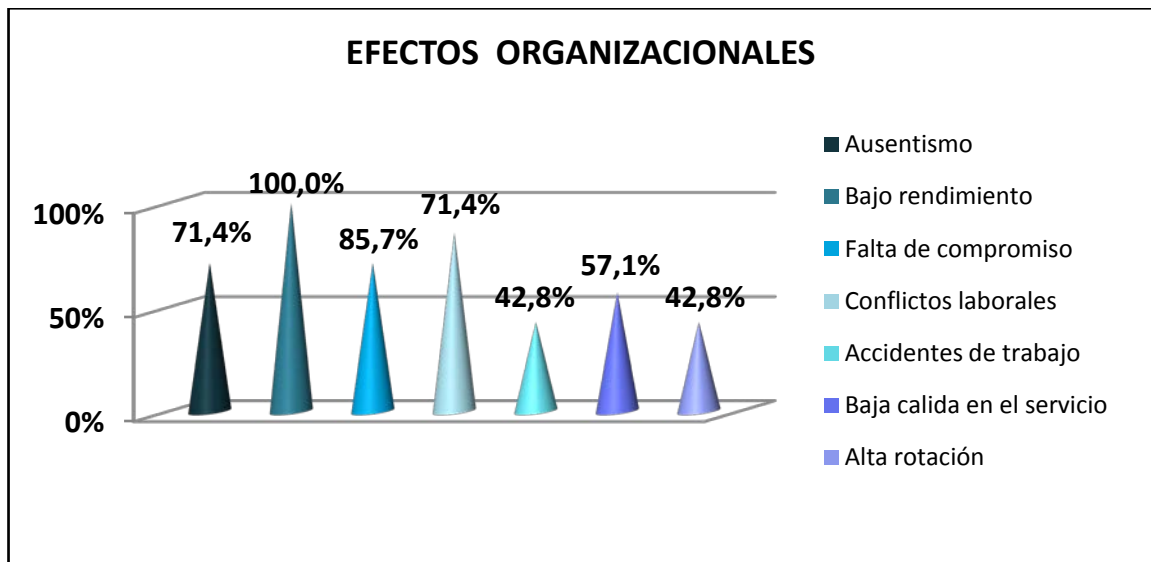
- **Efectos Organizacionales y Laborales**

Los riesgos psicosociales no solo afectan la salud del trabajador, se observan serias repercusiones en las empresas, se altera el clima organizacional, las relaciones laborales, se evidencian dificultades para trabajar en grupo, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente, disminución en el rendimiento laboral, mala calidad en la prestación del servicio, aumento de la incidencia de accidentes de trabajo y baja productividad.

En los países de México, Colombia, Venezuela, España y Cuba se reportan estos efectos organizacionales nocivos para los trabajadores y por supuesto para las empresas u hospitales.

En el 100% de los estudios observaron bajo rendimiento en los trabajadores que tenían riesgos psicosociales altos y el 85,7%, tenían falta de compromiso con su hospital o clínica (Ver gráfico 10).

Gráfico 10. Efectos organizacionales



Fuente: Directa.

- **Síndrome de Burnout**

El síndrome de Burnout es un efecto de los riesgos psicosociales, se obtuvo en 6 de las siete investigaciones estudiadas, con porcentajes considerables, según lo observado en la Tabla 12.

Tabla 12. Prevalencia Síndrome de Burnout según el País-Ciudad.

SINDROME DE BURNOUT	CALI	POPAYÁN	MEXICO	CUBA	VENEZUELA	ESPAÑA
	85,3%	22,6%	41,8%	30%	28%	23,4%

Fuente: Directa.

- En Cali se obtuvo el porcentaje más alto de prevalencia de Síndrome de Burnout en empleados del sector salud, con el 85,3%; esto se puede explicar porque:
 - La muestra seleccionada en Cali se conforma en el 100% entre médicos internos y residentes que no reciben salario, a diferencia del estudio de Popayán donde solo un 24,1% de la muestra son internos.
 - La jornada de trabajo de los médicos y el personal de salud es más larga en Colombia que en otros países, puesto que en los estudios realizados en Colombia se observa que la jornada de trabajo está entre 48-50 horas o más por semana, en México entre 30-40 horas, en Cuba 36 horas, en Venezuela entre 36-40 horas y en España entre 30-36 horas.
 - En los estudios realizados en Popayán y Cali es donde más se encuentran riesgos de tipo organizacional.
- México también presenta una alta prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud, con un 41,8%.
- En España y Venezuela se encuentra la menor prevalencia de síndrome de Burnout con un 23,4% y 28% respectivamente. Esto podría explicarse porque: En el personal de salud se puede observar rasgos de personalidad narcisista y la tendencia a enmascarar vivencias de fracaso, baja realización profesional y agotamiento.

Las variables que más se han asociado como facilitadoras del síndrome de quemarse por el trabajo son: edad, género, estado civil, la antigüedad en el puesto, la antigüedad profesional, el apoyo social percibido, tipo de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

En la prevalencia de Burnout según género y país, encontramos que se presenta más en mujeres que en hombres, a excepción de México y Venezuela donde se encontró mayor prevalencia del Burnout en hombres. Ver tabla 13.

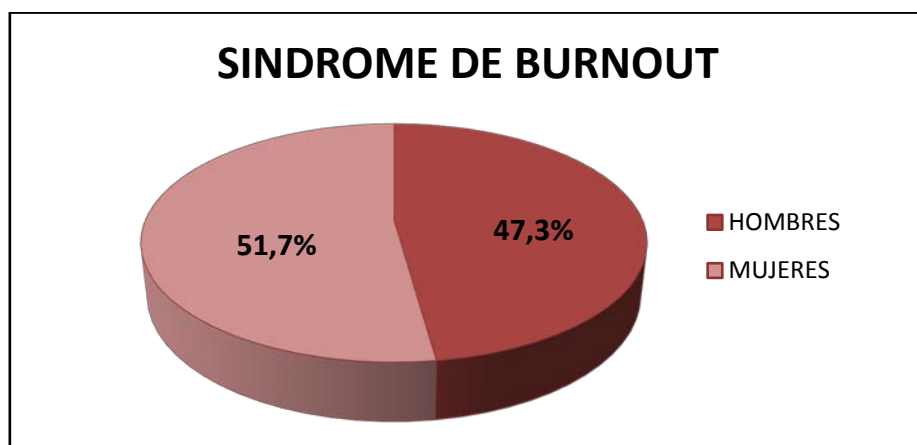
Tabla 13. Prevalencia Síndrome de Burnout según género y el país

		POPAYÁN	MEXICO	CUBA	VENEZUELA	ESPAÑA	TOTAL
SINDROME DE BURNOUT	Hombres	33,4%	65,9%	32,1%	61,2%	43,2%	47,3%
	Mujeres	66,6%	34,1%	67,9%	38,8%	50,4%	51,7%

Fuente: Directa

El porcentaje con Burnout en mujeres es del 51,1%, y en hombres 47,3%; Lo cual es congruente con otras investigaciones, que refieren que los sentimientos de quemarse por el trabajo en general son mayores en las mujeres (Gráfico 11).

Gráfico 11. Prevalencia del Burnout según el género



Fuente: Directa.

Con relación a las tres dimensiones del Burnout podemos encontrar algunas diferencias según el País-Ciudad. Ver tabla 14.

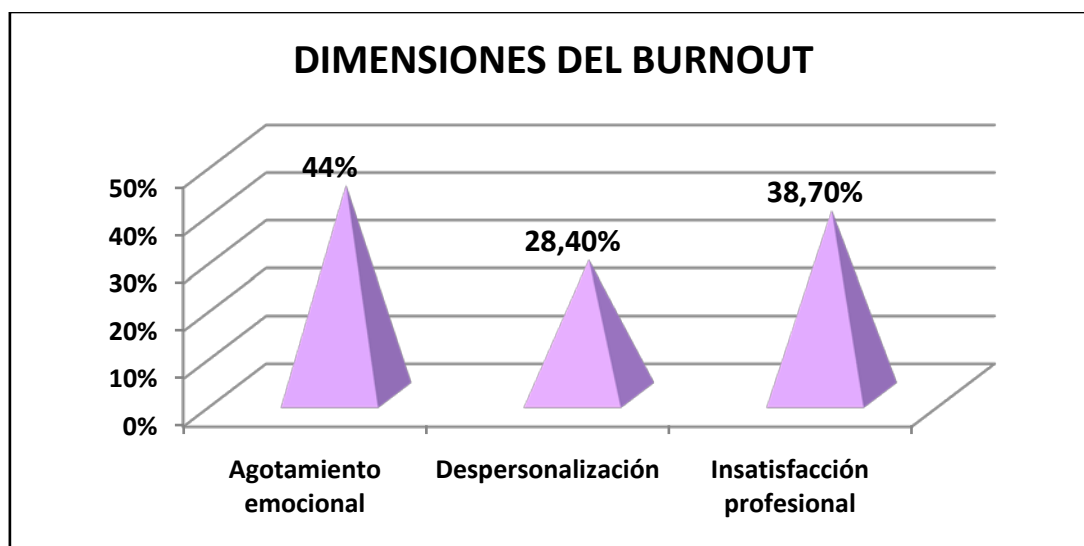
Tabla 14. Dimensiones del Síndrome de Burnout según el país

DIMENSIONES BURNOUT	CALI	POPAYÁN	CUBA	ESPAÑA	TOTAL
Agotamiento emocional	98%	21,1%	35%	21,8%	44%
Despersonalización	60%	19,9%	27%	7,4%	28,4%
Insatisfacción profesional	96,8%	26,6%	28%	3,5%	38,7

Fuente: Directa.

- Como se observa en el Gráfico 12, en la dimensión de “agotamiento emocional” es donde se encuentra mayor prevalencia con un 44%, seguido de insatisfacción profesional con un 38,7%, por último la dimensión de despersonalización con un 28,4%.

Gráfico 12.% Dimensiones del Burnout



Fuente: Directa.

- En relación a la variable de género, parece ser que las mujeres son más vulnerables a agotarse física y mentalmente, los hombres se despersonalizan y tienen mayor insatisfacción profesional que las mujeres, pero los resultados no son concluyentes, ya que no se encuentra esta asociación de variables en todos los siete estudios analizados.
- Según la profesión, los más vulnerables a padecer síndrome de Burnout son los médicos, seguido de las enfermeras, ya que tienen una interacción directa con las personas que atiende, relacionándose con los aspectos más internos del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.). generando una predisposición a experimentar cierto grado de desgaste profesional que llevan a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para los pacientes. Las enfermeras puntúan más alto en la escala de agotamiento emocional en comparación con los médicos y los médicos en despersonalización.
- En relación a la variable “edad”, los resultados son ambiguos, ya que en la dimensión de cansancio emocional hay más prevalencia en los mayores de 44 años de edad, mientras que los jóvenes presentan puntuaciones más altas en satisfacción profesional. Por otro lado, a medida que la edad aumenta, las personas se sienten menos realizadas.
- En cuanto al estado civil, el grupo constituido por los sujetos separados, divorciados y viudos obtienen diferencias significativas con la dimensión “falta de realización personal”, los solteros/as y casados tienen más realización personal.
- Con respecto a la antigüedad profesional, hemos podido observar que en los diferentes estudios hay dos grupos vulnerables a presentar estrés laboral y síndrome de Burnout. El primer grupo son las personas que tienen menos de un año de antigüedad profesional, presentando mucha incertidumbre e insatisfacción profesional; el segundo grupo son las personas que tienen una antigüedad profesional de más de 15 años, quienes se muestran agotados emocional y físicamente. Aunque no se pudo encontrar significación estadística.

CONCLUSIONES

- Los riesgos psicosociales encontrados en los siete estudios, son muy similares, no se evidencian diferencias significativas por variables culturales y/o socio políticas, con respecto a estos factores de riesgo, Se observa mayor predominio en todos los estudios en orden descendente, los siguientes riesgos psicosociales:
 - Riesgos organizacionales y laborales con el 52,1% se encuentran factores como: alta exigencia y responsabilidad, Largas jornadas de trabajo, competencia profesional desleal, conflictos con los superiores, falta de reconocimiento, poca organización, estilos inadecuados de liderazgo, malas relaciones laborales, falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo y jefes, falta de organización laboral, largas jornadas de trabajo, son factores que pueden influenciar en la aparición de alteraciones físicas, mentales en los funcionarios y pone en riesgo la capacidad de rendimiento del empleado, generando un trabajador completamente desmotivado. Estilos de dirección con altos niveles de exigencia y coerción afectan de manera importante el clima organizacional e influye en la conducta y motivación de los trabajadores, lo cual se ha asociado con el incremento del absentismo laboral y accidentes de trabajo.
 - Riesgos personales con 37,2%. A los que se asocian factores como la edad, género, tiempo de desempeño laboral, antigüedad en el cargo, adicciones, estrategias de afrontamiento.
 - Riesgos extra laborales un 10,6% como pocas actividades recreativas y conflictos familiares.
- Los efectos producidos por los riesgos psicosociales son:
 - Efectos físicos como fatiga, cefalea, úlceras, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, tendinitis y enfermedades cardiovasculares.
 - Efectos mentales, emocionales y conductuales encontramos: trastornos de sueño, desmotivación, cansancio emocional, ansiedad, depresión, estrés laboral, Síndrome de Burnout, conflictos de familia, agresividad, adicciones, aislamiento.

- Efectos organizacionales y laborales principalmente absentismo, bajo rendimiento, falta de compromiso, conflictos laborales, accidentes de trabajo, baja calidad en la prestación del servicio y alta rotación.
- El Síndrome de Burnout es un fenómeno que ha aumentado rápidamente, en la actualidad podemos encontrar una alta prevalencia de funcionarios con este síndrome, sin lugar a dudas los profesionales de la salud son uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del Burnout.
- La prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo de profesionales de la salud estudiado es de 38,5%. Es una cifra muy elevada; En los estudios realizados en Colombia podemos observar que estamos por encima de la media con el 53.9% tomando como referencia las investigaciones realizados en Cali donde se encontró prevalencia del 85,3% y Popayán con un 22,6%.
- En nuestro análisis comparativo encontramos que el síndrome de Burnout se presenta más en mujeres con el 51,1%, que en hombres (47,3%); a excepción de México y Venezuela donde se encontró mayor prevalencia del Burnout en Hombres.
- Según la profesión, los más vulnerables a padecer síndrome de Burnout son los médicos, seguido de las enfermeras, ya que tienen una interacción directa con los sentimientos y emociones del paciente.
- Las personas que trabajan con innumerables factores de riesgo psicosociales desarrollan estrés laboral, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas, síndrome de Burnout, entre otros, sienten que ya no pueden ofrecer emocionalmente nada a los demás y optan por tener una actitud fría, distante e incluso negativa hacia las personas a las que presta su servicio, tienen una percepción negativa de sí misma, se sienten emocionalmente agotados debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo, ofreciendo un trato deshumanizado debido a una indiferencia afectiva. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de

trastornos mentales, problemas psicosomáticos, lo que se traduce en un bajo rendimiento, absentismo, accidentes de trabajo, clima organizacional deficiente, lo cual es pérdida para la institución de salud.

- Mantener un buen estado de salud y bienestar, así como trabajar bajo condiciones seguras, traerá consecuencias positivas para la institución, para el trabajador y la población en general ya que éstas pueden repercutir con sus resultados en políticas organizacionales que promuevan el bienestar de las personas en el trabajo, disminuyan costos, aumenten la productividad, fomenten la competitividad organizacional, incrementen la satisfacción en el trabajo, apoyen la creación de legislación y el desarrollo del área en el país.

RECOMENDACIONES

- La intervención de los riesgos psicosociales parece innecesaria para la mayoría de empresas debido a sus costos, este argumento no es válido, si tenemos en cuenta los efectos y costos de estos riesgos, tanto para el personal, como para las empresas, por tal razón las instituciones de salud deben encaminar sus esfuerzos en lograr altos estándares de salud y bienestar en sus empleados, prestando especial atención al clima organizacional, el bienestar psicosocial y la salud ocupacional. El gerente adquiere un papel preponderante, pues de los líderes dependerá en gran medida que se diseñen e implementen programas de bienestar laboral orientados hacia el talento humano.
- El factor laboral es uno de los riesgos psicosociales que mayores consecuencias trae, por tal motivo es importante realizar una intervención de gestión de los procesos administrativos, que hace alusión a las condiciones de trabajo, el apremio de tiempo, la complejidad de la tarea, la sobrecarga laboral, la monotonía, la autonomía, evaluación del puesto trabajo, bonificaciones, etc.
- El factor organizacional también genera gran impacto en los trabajadores, se pueden adoptar, pausas activas durante la jornada, rotación del personal, cambios en estilos de mando, selección adecuada del personal, capacitación práctica y periódica, niveles de participación, fortalecer la comunicación y apoyo, políticas de desarrollo del talento humano, entre otras. Al igual que en el factor anterior, esto indicaría la necesidad de replantear algunas prácticas referidas tanto a la gerencia como a la dirección de las empresas, de tal forma que se aproximen a la tendencia de favorecer la calidad de vida de las personas de la organización, aumentando su responsabilidad social.
- Es importante utilizar un instrumento para la valoración periódica de riesgo psicosocial como fuente de daño para la salud de los trabajadores. La preocupación por su evaluación, control y gestión debe ajustarse a las condiciones, tamaño y posibilidades de cada organización.

Al conocer los riesgos psicosociales específicos se debe realizar un programa de intervención en tres niveles:

- La intervención primaria de riesgos psicosociales esta dirigida a toda la Organización con la idea de disminuir o eliminar las fuentes de estrés y así reducir el impacto negativo sobre los individuos (Cooper y Cartwright, 1997).
- La intervención secundaria se relaciona con la detección precoz especialmente sobre grupos de riesgo (Tetrick y Quick 2003), con el fin de frenar el deterioro y las consecuencias de los riesgos psicosociales. Se suele tratar de una intervención a nivel individual y grupal considerando al trabajador como parte de un grupo de trabajo, consiste en formar a los trabajadores y proporcionarles recursos para reducir el impacto de los riesgos psicosociales sobre su salud y bienestar.
- La intervención terciaria incluye estrategias dirigidas a minimizar los efectos de los problemas que ya están teniendo lugar en la organización y sus trabajadores, como el tratamiento de los síntomas de la enfermedad laboral. Los tres niveles no son excluyentes entre sí, sino que se complementan entre ellos y su acción conjunta maximiza su efectividad.
- Si las organizaciones ofrecen a los trabajadores condiciones contractuales dignas, así como garantías salariales y motivaciones o recompensas periódicas logran un mejor clima organizacional, minimizando el impacto de los factores de riesgo y facilitando el compromiso y productividad por parte de los trabajadores.

GLOSARIO

ABSENTISMO: Abstención deliberada de acudir al trabajo.

ACOSO LABORAL: Es toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado o trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo, conforme lo establece la Ley 1010 de 2006.

AISLAMIENTO: Es la limitación del contacto interpersonal, dado algunos tipos de trabajo que impiden la interrelación con otros trabajadores.

AMBIENTE EXTRA LABORAL: Es el ambiente externo al entorno laboral de un individuo, dado por situaciones familiares, sociales, culturales y políticas, no relacionadas directamente con la actividad laboral.

AMBIENTE LABORAL: Es el entorno que rodea a un trabajador, dado por los aspectos, físicos, emocionales, sociales y culturales que tienen el potencial de influir de manera positiva o negativa en el bienestar de este.

ANALISIS COMPARATIVO: Es un tipo de metodología que permite estudiar dos o más fenómenos similares, que pertenecen al mismo grupo o que tienen características parecidas, estableciendo similitudes y diferencias las cuales se asocian a algunas variables, para determinar conclusiones.

AUTOCUIDADO: Es el interés de protegerse a si mismo, y conservar la integridad propia y del grupo social, familiar y laboral.

AUTOESTIMA: Es la autovaloración, el aprecio, y amor hacia uno mismo.

BURNOUT: Es un término anglosajón que viene significa estar quemado, desgastado y perder la ilusión laboral, esto producido por un agotamiento en el aspecto emocional, físico y profesional. Es un estrés dado por el desequilibrio entre las demandas y capacidades laborales.

CAPACITAR: Es el hecho de instruir a una persona y hacerlo apto para una actividad específica.

CARGA DE TRABAJO: Son las tensiones individuales como resultado de la convergencia de las cargas mentales, físicas, laborales y emocionales.

CARGA FÍSICA: Es el esfuerzo fisiológico que demanda la ocupación, dado en términos de postura corporal, fuerza, movimiento y traslado de cargas. Implica el uso del sistema osteomuscular, cardiovascular y metabólico.

CARGA MENTAL: Requerimiento de actividad cognoscitiva que implica la tarea. Algunas de las variables relacionadas con la carga mental son la minuciosidad, la concentración, la variedad de las tareas, el apremio de tiempo, la complejidad, volumen y velocidad de la tarea.

CARGA PSÍQUICA O EMOCIONAL: Son las exigencias psicoafectivas de las tareas o los procesos particulares del rol que desempeña un trabajador en su labor o relacionada con las condiciones en que debe realizarlo.

COMPORTAMIENTO: Forma de proceder de las personas frente a los estímulos de su entorno. Puede ser voluntario o involuntario, consciente o inconsciente.

CONDICIONES DE TRABAJO: Son todos los aspectos intralaborales, individuales y colectivos, que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos.

EFFECTOS EN EL TRABAJO: Consecuencias reflejadas en el medio laboral y en productividad en el trabajo. Estas incluyen el absentismo, la accidentalidad, la rotación de mano de obra, la desmotivación, el deterioro del rendimiento, el clima laboral negativo, entre otros.

EFFECTOS EN LA SALUD: Alteración del bienestar físico, mental o emocional que pueden manifestarse mediante signos o síntomas, aislados o como parte de un cuadro o diagnóstico clínico.

ESTRÉS: Respuesta adaptativa de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, secundario a las demandas de su entorno y resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intra laborales y extra laborales.

ESTUDIO DESCRIPTIVO: Es un tipo de metodología que busca especificar las propiedades importantes de un fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que definan la situación tal y como es.

ESTUDIO TRANSVERSAL: El objetivo de un estudio transversal es conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica, ni tampoco cuando la adquirieron.

EVALUACIÓN DEL RIESGO: Proceso de comparar y analizar el nivel de riesgo frente a los criterios del riesgo.

EVITAR EL RIESGO: Decisión de involucrarse o retirarse de una situación de riesgo.

FACTOR DE RIESGO: Posible causa o condición que puede ser responsable de la enfermedad, lesión o daño.

FACTOR PROTECTOR PSICOSOCIAL: Condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES: Son dados por las condiciones no físicas de la actividad laboral, mejor conocidos como forma y organización del trabajo. Es todo lo relacionado con el proceso administrativo, la gestión del personal, las políticas organizacionales, el contenido de la tarea, etc., que pueden ocasionar daño a la salud.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: proceso para determinar que, cuando, donde, porque y como podría suceder algo perjudicial para el bienestar del trabajador.

INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO: Está enfocado en la capacitación del personal en los procedimientos específicos del cargo, así como el ajuste de este a la empresa y su labor.

MEDICINA LABORAL: Es la especialidad médica que se ocupa del estudio de las enfermedades o accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral, así como las medidas preventivas que deben adoptarse para evitar o aminorar su consecuencia.

MONOTONÍA: Es la realización de actividades sin variaciones o que no requieren iniciativa por parte del trabajador. Pueden ser operaciones repetitivas que además limitan el contacto interpersonal con otras personas.

PELIGRO: Fuente de daño potencial o situación con potencial para causar pérdida ya sea financiera, física, emocional o psicológica.

REDUCCIÓN DEL RIESGO: Acciones que se toman para disminuir la posibilidad y las consecuencias negativas asociadas con un riesgo.

RESPONSABILIDAD: Es el grado de autonomía que una persona tiene para decidir entre opciones de comportamiento. Es además la capacidad de responder por sus propios actos.

RIESGO: Es la probabilidad de desencadenar lesión, daño o enfermedad en la salud o integridad de un trabajador. Amenaza evaluada en cuanto a su probabilidad de ocurrencia y a la gravedad de las consecuencias.

RIESGO RESIDUAL: Nivel restante de riesgo después de que se ha tomado medidas de tratamiento del riesgo.

SALUD: Es definido por la Organización Mundial de la Salud (1946) como “ es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

SALUD OCUPACIONAL: Conjunto de actividades que se refiere el artículo 2 Decreto 614 de 1984, cuyo campo de aplicación comprenderán las actividades de medicina del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial.

SELECCIÓN INADECUADA DEL PERSONAL: Ubicación incorrecta de las personas según su perfil emocional, temperamental y profesional, también pueden estar relacionados factores psicológicos, limitaciones físicas o fisiológicas.

SINIESTRO: Evento repentino, no planeado que pueda tener consecuencias negativas.

SUPERVISIÓN INADECUADA: Es dada cuando hay exceso o carencia de supervisión en la realización de una tarea en relación con la autoridad de un superior.

TRABAJO: Según el código sustantivo del trabajo, “es toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo”. (CST, art 5).

BIBLIOGRAFÍA

1. MARULANDA, Isabel Cristina. Estrés laboral enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida. Primera edición. Bogotá: Editorial Uniandes, 2007. 109 p. ISBN: 978-958-695-309-2.
2. BENAVIDES, F.; RUIZ, C; y GARCÍA, A. Trabajo y Salud. En: F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos y A.M. García. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 2007. p. 37-48.
3. SAUTER Steven; HURRELL Joseph; MURPHY, Lawrence; LEVI, Lennart. Factores Psicosociales. En: MAGER Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.2-34.3.
4. SOLANAS, José Manuel. Definición de los riesgos psicosociales. En: Manual de riesgos psicosociales en el Mundo Laboral. Aragón: UGT Aragón. p. 23-26.
5. RODRÍGUEZ, J;RUIZ, F;PEÑALOZA, E;ESLAVA, J;GÓMEZ,LC;SÁNCHEZ, H;AMAYA, JL;ARENAS, R;BOTIVA, Y. Encuesta Nacional de Salud 2007: Resultados Nacionales. Primera Edición. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 2009. 342 p. ISBN: 978-958-716-187-8.
6. MORENO, Bernardo; BÁEZ, Carmen. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buena práctica. Madrid: Editorial INSHT, 2010. 181 p.
7. PIOTRKOWSKI, Chaya. El acoso sexual. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.32-34.33.
8. ECHEMENDÍA, Belkis. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. En: Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [en línea]. vol.49, No.3 (2011). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014>.

9. GANSTER, Daniel. Autonomía y control. En: MAGER Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.32-34.33.
10. SOTO, Eduardo. El proceso de la motivación - frustración. En: Comportamiento Organizacional: Impacto de Emociones. Ediciones Paraninfo, 2001. p.109-115.
11. LÓPEZ, Ana; CHACÓN, Fernando. Apoyo Social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. En: Revista de Psicología Social. No.7 (1992). p. 53-59. ISSN: 0213-4748.
12. COOB, Sidney. Social Support as a moderator of life stress. En: Psychosomatic Medicine [en línea] Vol. 38, No. 5 (1976). Disponible en: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.short>>.
13. CORTES, José María. Psicología aplicada a la prevención: Factores psicosociales, clasificación. Metodología. Evaluación. Intervención psicosocial. En: Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene en el Trabajo. Madrid: Tebar, 2005. p. 589-599. ISBN: 978-84-7360-272-3.
14. JENKIS, David. Patrones de comportamiento de los tipos A y B. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.49.
15. BARNET, Rosalind. Género, estrés en el trabajo y enfermedad. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.57-34.58.
16. BURKE, Heather; DAVIS, Mary; OTTE Christian. Meta-análisis sobre depresión y liberación de cortisol en respuesta al estrés psicológico. En: Psychoneuroendocrinology. Vol.30 (2005), p. 846-856.

17. SEGERSTRON, Suzanne; MILLER, Gregory. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry [en línea]. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361287/>>
18. STANSDFELD, Stephen; CANDY, Bridget. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. En: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. Vol. 32, No. 6 (2006). p. 443-462. ISSN: 1795-990X.
19. RUND, Douglas. Trastornos de la conducta: Cuadro clínico. En: TINTINALLI, Judith. Medicina de Urgencias. México: McGraw-Hill, 2004. Vol. II. p. 2173-2177.
20. MORENO, Bernardo; GÁLVEZ, Macarena; GARROSA, Eva; MINGOTE, Carlos. Nuevos planteamientos en la evaluación del Burnout: La evaluación específica del desgaste profesional médico. En: Atención Primaria [en línea]. Vol.38, No. 10 (2006). Disponible en: <<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2006nuevos-planteamientos-en-burnout-Atencionprimaria.pdf>>.
21. APPELS, A; SCHOUTEN, E. Burnout as a Risk Factor for Coronary Heart Disease En: Behavioral Medicine [en línea]. Vol. 17, No. 2. (1991). Disponible en: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08964289.1991.9935158>>.
22. FRONE, M; YARDLEY, J; MARKEL, K. Developing and Testing an Integrative Model of the Work-Family Interface. En: Journal of Vocational Behavior. Vol. 50, No. 2. (1997).
23. EINARSEN, Stale; HOEL, Helge; ZAPF, Dieter; COOPER, Cary. Bullying and Harrassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice. USA: Taylor and Francis Group, LLC, 2011. 489 p. ISBN 13:978-1-4398-0490-2.

24. BARLING, Julián, La violencia en el lugar de trabajo. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.32-34.33.
25. MARTÍNEZ, Francisco; RUÍZ, José. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid:Díaz y Santos, 2001. 284 p. ISBN: 9788479784683.
26. GOWING, Marilyn, Factores Macroorganizativos:Cuestiones de personal. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.44.
27. ZWETSLOOT, Gerard; POT, Frank. The Business Value of Health Management. En: Journal of Business Ethics. Vol. 55, No. 2. (Diciembre, 2004).p. 115-124.
28. RODRIGUEZ, Marcela; VERA, Sonia. La salud ocupacional como estrategia de competitividad y productividad en las organizaciones. Bogotá, 2011, 72 h. Trabajo de grado (Especialista en Seguros y Seguridad Social). Universidad de la Sabana. Facultad de Derecho.
29. CONTRERAS, Françoise; BARBOSA, David; JUAREZ, Fernando; URIBE, Ana; MEJÍA, Camilo. Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud: Un estudio comparativo. En: Acta Colombiana de Psicología. Vol. 12, No. 2. (Junio, 2009); p. 13-26. ISSN: 0123-9155.
30. ARANDA, Carolina. Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México.En: Revista Costarricense de Salud Pública. Vol. 15, No. 29. (Diciembre, 2006). ISSN: 1409-1429.
31. ILLERA, Diego. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán [en línea]. <<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/septiembre/bournot.pdf>>

32. GUEVARA, César; HENAO, Diana; HERRERA, Julián. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. En: Colombia Médica. Vol. 35, No. 4 (2004). p. 173-178.
33. BLANDIN, Jaicy; MARTÍNEZ, Danilo. Estrés Laboral y Mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". En: Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. Vol. 51, No. 104 (Junio, 2005). p. 12-15.
34. HERNÁNDEZ, Jorge. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. En: Revista cubana de salud pública. Vol. 29, No. 2. (2003); p. 103-110.
35. IBAÑEZ, Nuria; PUIGDESENS, Anna; ABIO, Anna. Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. En: Enfermería Clínica. Vol. 14, No. 3. (2004); p. 142-151.
36. ROUSSEAU, Denise, Clima y Cultura Organizativos. En: MAGER, Jeanne. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2012. p. 34.32-34.33.