

Salud laboral autopercebida en auxiliares de enfermería: evidencia en un hospital público del Caribe colombiano

*Self-Perceived occupational health among nursing assistants: evidence
from a public hospital in the colombian Caribbean*

- Recibido: 2025/10/03

- Aprobado: 2025/11/06

- Publicado: 2025/11/20

Gervinson Murillo Rios

Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

gmurillor@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0009-0005-6926-2660>

Andrés M. Murillo Jurado

Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

amurilloj@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-4324-8933>

Leidy Laura Castellón Simancas

Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

lcastellons@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-2091-3806>

Carlos Alberto Severiche Sierra

Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

cseveriches@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-7190-4849>

Resumen

Se describe la autopercepción de salud laboral en auxiliares de enfermería de un hospital público del Caribe colombiano. Se aplicó un diseño transversal descriptivo con muestreo por conveniencia; participaron 60 auxiliares con contrato activo y ≥ 6 meses de experiencia. Se excluyeron

vacaciones, licencias e instrumentos incompletos. Los participantes diligenciaron el GHQ-30 y un cuestionario sociodemográfico-laboral. Se empleó estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar, frecuencias) y el reporte siguió STROBE. El 88,3% de la muestra fue femenina, 90,0% laboraba en turnos rotativos y 56,7% en jornadas >48 horas/semana; 11,7% reportó incapacidad laboral anual. El promedio global del GHQ-30 fue 0,82 (DE=0,34). Los ítems más afectados fueron pérdida de sueño por preocupaciones (M=1,20; DE=0,68) y sentirse bajo presión constante (M=1,18; DE=0,75); en contraste, se preservaron desempeño de rol (M=0,35; DE=0,61) y toma de decisiones (M=0,40; DE=0,62). Los hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones organizacionales sobre programación de turnos, límite de jornadas, higiene del sueño y apoyo en dotación. Este estudio aporta evidencia contextualizada para la prevención temprana de riesgos psicosociales.

Palabras clave

salud laboral, auxiliares de enfermería, jornadas de trabajo, centros de salud

Abstract

This study describes self-perceived occupational health among nursing assistants at a public hospital in Colombia's Caribbean region. A descriptive cross-sectional design with convenience sampling was used; 60 assistants with an active contract and ≥ 6 months of experience participated. Those on vacation or leave, and incomplete questionnaires, were excluded. Participants completed the GHQ-30 and a socio-demographic/occupational questionnaire. Descriptive statistics (means, standard deviations, frequencies) were applied, and reporting followed STROBE guidelines. The sample was predominantly female (88.3%), with rotating shifts (90.0%) and >48 work hours per week (56.7%); 11.7% reported work-related sick leave in the past year. The overall GHQ-30 mean was 0.82 (SD=0.34). The most affected items were losing sleep due to worries (M=1.20; SD=0.68) and feeling constantly under pressure (M=1.18; SD=0.75); role performance (M=0.35; SD=0.61) and decision-making (M=0.40; SD=0.62) were relatively preserved. Findings support organizational interventions on shift scheduling, work hour limits, sleep hygiene, and staffing support. This study provides contextual evidence to guide early prevention of psychosocial risks.

Keywords

occupational health, nursing assistants, working hours, health centers

Introducción

El trabajo en enfermería se caracteriza por una alta exposición a demandas psicosociales y organizacionales —intensidad de trabajo, presión de tiempo y contacto continuo con el sufrimiento— que repercuten en el bienestar del personal y en la seguridad del paciente. La literatura ha documentado consistentemente que configuraciones laborales con dotación insuficiente, cargas elevadas y horarios extensos se asocian con mayor agotamiento, insatisfacción y peores resultados clínicos (Aiken et al., 2002; Bae & Fabry, 2014; Rogers et al., 2004; Stimpfel et al., 2012)

Entre los determinantes laborales, el trabajo por turnos y las jornadas prolongadas ocupan un lugar central, pues incrementan la somnolencia, erosionan la recuperación y elevan el riesgo de errores e incidentes (Kecklund & Axelsson, 2016; Wagstaff & Lie, 2011). En entornos hospitalarios, los turnos de doce horas y la acumulación de horas extraordinarias se han vinculado con burnout, intención de renuncia y menor calidad percibida del cuidado (Bae & Fabry, 2014; Dall’Ora et al., 2015; Stimpfel et al., 2012). Estas condiciones afectan especialmente dimensiones como el sueño, la fatiga y los indicadores emocionales: la deuda crónica de sueño y la desincronización circadiana, frecuentes en rotación de turnos, se relacionan con mayor estrés, menor rendimiento cognitivo y malestar psicológico (Garbarino & Magnavita, 2019; Kecklund & Axelsson, 2016).

La autopercepción de salud constituye un indicador sensible a los cambios laborales y contextuales, útil para la vigilancia temprana del riesgo psicosocial. Instrumentos breves de tamizaje, como el GHQ-30, han mostrado propiedades psicométricas adecuadas en trabajadores sanitarios y poblaciones de habla hispana, favoreciendo su uso en estudios ocupacionales (Sánchez-López & Dresch, 2008; Gelaye et al., 2015).

En América Latina, y particularmente en hospitales públicos, se han descrito cargas laborales y restricciones organizacionales que amplifican estos riesgos, aunque la evidencia específica en

auxiliares de enfermería sigue siendo escasa frente a la existente en enfermeras profesionales. Estudios en ocupaciones afines sugieren que la combinación de altas demandas y recuperación insuficiente deteriora la salud percibida, lo que subraya la necesidad de investigaciones focalizadas por rol y servicio (Dall’Ora et al., 2015; Garbarino & Magnavita, 2019; Noroña Salcedo & Vega Falcón, 2022).

En este marco, el presente estudio describe la autopercepción de salud laboral en auxiliares de enfermería de un hospital público del Caribe colombiano y analiza sus patrones de afectación en dominios de sueño, presión/tensión y desempeño funcional. Este enfoque busca aportar evidencia contextualizada que oriente intervenciones organizacionales de bajo umbral —planificación de turnos, límites a la jornada, higiene del sueño y apoyos de dotación— con el fin de prevenir la progresión desde malestar percibido hacia desenlaces adversos en trabajadores y pacientes.

Materiales y Métodos

Estudio con diseño transversal y descriptivo (Levin, 2006). La población objetivo correspondió a auxiliares de enfermería vinculados laboralmente a un hospital público de Cartagena, Colombia. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por quienes aceptaron participar de manera voluntaria (Etikan et al., 2016). La muestra final estuvo compuesta por 60 auxiliares de enfermería. Se incluyeron aquellos con más de seis meses de experiencia en funciones asistenciales en la institución y con vinculación contractual activa al momento del estudio. Se excluyeron participantes que se encontraban de vacaciones, en incapacidad médica, en licencia de maternidad o con permisos laborales especiales; asimismo, fueron descartados los cuestionarios diligenciados de forma incompleta.

Se empleó el General Health Questionnaire en su versión de 30 ítems (GHQ-30), un instrumento de tamizaje de malestar psicológico ampliamente utilizado en contextos clínicos y ocupacionales (Goldberg, 1972; Goldberg & Hillier, 1979; Goldberg & Williams, 1988). El GHQ-30 está organizado en cuatro dimensiones (síntomas psicósomáticos, ansiedad/insomnio, disfunción social y depresión), con respuestas tipo Likert, y el puntaje global refleja el nivel de afectación respecto a lo habitual; para su interpretación se siguieron las directrices de puntuación del manual del

instrumento (Goldberg & Williams, 1988). La literatura ha reportado propiedades psicométricas adecuadas del GHQ, con consistencia interna elevada (alfa de Cronbach ~0.82–0.92) y validez convergente frente a otros instrumentos de salud mental (Goldberg & Hillier, 1979; Goldberg & Williams, 1988); la interpretación del alfa se realizó conforme a recomendaciones metodológicas actuales (Tavakol & Dennick, 2011). Adicionalmente, se aplicó un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia que indagó por sexo, edad, estado civil, nivel educativo, antigüedad laboral, tipo de contrato, jornada y turno de trabajo.

El estudio se condujo de acuerdo con la Declaración de Helsinki para investigaciones con seres humanos (World Medical Association, 2013) y la normativa colombiana aplicable, en particular la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Colombia, 1993) y la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales (Congreso de la República de Colombia, 2012). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos.

Para el análisis se calcularon medidas de tendencia central y distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas y laborales. En el GHQ-30 se aplicó el sistema de puntuación estándar definido por el instrumento y se interpretaron los resultados con base en los baremos establecidos (Goldberg & Williams, 1988). El procesamiento se realizó con software estadístico de análisis descriptivo y el reporte siguió las directrices STROBE para estudios observacionales (von Elm et al., 2007).

Resultados y Discusión

Se analizaron 60 cuestionarios válidos de auxiliares de enfermería. La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (88.3%), con una distribución etaria concentrada entre 35 – 44 años (33.3%). En cuanto al estado civil, predominó Casado(a) / Unión libre (50.0%), seguida de Soltero (48.3%). El nivel educativo fue mayoritariamente técnico (90.0%). Respecto a la antigüedad laboral, la categoría más frecuente fue Más de 10 años (35.0%), seguida de 1 a 3 años (23.3%). En organización del trabajo, el 90.0% laboraba en turno rotativo y el 56.7% reportó trabajar más de

48 horas. El 11.7% informó haber tenido alguna incapacidad médica relacionada con el trabajo en el último año.

Tabla 1

Características de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Antigüedad laboral	Más de 10 años	21	35.0
Antigüedad laboral	1 a 3 años	14	23.3
Antigüedad laboral	7 a 10 años	10	16.7
Antigüedad laboral	4 a 6 años	10	16.7
Antigüedad laboral	Menos de 1 año	5	8.3
Edad	35 – 44 años	20	33.3
Edad	25 – 34 años	17	28.3
Edad	Menos de 25 años	11	18.3
Edad	45 – 54 años	7	11.7
Edad	55 años o más	5	8.3
Estado civil	Casado(a) / Unión libre	30	50.0
Estado civil	Soltero	29	48.3
Estado civil	Separado(a) / Divorciado(a)	1	1.7
Nivel educativo alcanzado	Técnico	54	90.0
Nivel educativo alcanzado	Tecnólogo	5	8.3
Nivel educativo alcanzado	Profesional	1	1.7
Promedio de horas trabajadas por semana	Más de 48 horas	34	56.7
Promedio de horas trabajadas por semana	41 a 48 horas	13	21.7
Promedio de horas trabajadas por semana	30 a 40 horas	12	20.0
Promedio de horas trabajadas por semana	Menos de 30 horas	1	1.7
Sexo	Femenino	53	88.3
Sexo	Masculino	7	11.7
Tipo de contrato actual	Contratista / Prestación de servicios	47	78.3
Tipo de contrato actual	Temporal / OPS	13	21.7
Turno de trabajo habitual	Rotativo	54	90.0
Turno de trabajo habitual	Diurno fijo	5	8.3

Turno de trabajo habitual	Nocturno fijo	1	1.7
¿Ha tenido alguna incapacidad médica relacionada con su trabajo en el último año?	No	53	88.3
¿Ha tenido alguna incapacidad médica relacionada con su trabajo en el último año?	Sí	7	11.7

Fuente: Elaboración propia

Para los ítems del cuestionario de autopercepción de salud laboral (escala 0–3; 0 = mejor que lo habitual, 3 = mucho peor que lo habitual), el promedio global por participante fue de 0.82 (DE = 0.34). Los valores medios más elevados se observaron en ¿Ha perdido mucho sueño por preocuparse? (M = 1.20; DE = 0.68; n = 60), ¿Se ha sentido constantemente bajo presión? (M = 1.18; DE = 0.75; n = 60) y ¿Se ha sentido tan infeliz que ha llorado? (M = 1.16; DE = 0.83; n = 58). En contraste, los promedios más bajos se registraron en ¿Ha sentido que está tomando decisiones claras? (M = 0.40; DE = 0.62), ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? (M = 0.40; DE = 0.53) y ¿Ha sentido que estaba desempeñando su papel adecuadamente? (M = 0.35; DE = 0.61), lo que sugirió mayores cargas relativas en preocupación/sueño y presión sostenida, con mejor autopercepción en desempeño de rol y toma de decisiones.

Tabla 2

Ítems del instrumento

Rango (media↓)	Ítem	n	Media (0–3)	DE
1	¿Ha perdido mucho sueño por preocuparse?	60	1.20	0.68
2	¿Se ha sentido constantemente bajo presión?	60	1.18	0.75
3	¿Se ha sentido tan infeliz que ha llorado?	58	1.16	0.83

4	¿Ha sentido que está perdiendo su capacidad para disfrutar?	58	1.07	0.72
5	¿Ha sentido que ha perdido interés en muchas cosas?	60	1.07	0.71
6	¿Ha sentido que estaba haciendo las cosas sin mucho entusiasmo?	59	1.07	0.76
7	¿Ha sentido que estaba muy nervioso o alterado?	58	1.02	0.61
8	¿Se ha sentido que no podía superar sus preocupaciones?	58	1.00	0.70
9	¿Ha tenido sentimientos de inutilidad?	59	0.93	0.58
10	¿Ha sentido que le faltaba confianza en sí mismo?	58	0.93	0.72
11	¿Ha sentido que no valía la pena seguir adelante?	59	0.90	0.64
12	¿Se ha sentido poco útil o sin valor?	59	0.90	0.82
13	¿Ha pensado que podría estar mejor muerto o haberse hecho daño de alguna manera?	59	0.88	0.89
14	¿Ha tenido dificultades para iniciar cosas nuevas?	59	0.86	0.68
15	¿Se ha sentido desesperanzado con respecto al futuro?	59	0.86	0.75
16	¿Ha sentido que está perdiendo confianza en sí mismo?	60	0.85	0.73

17	¿Se ha sentido que su vida no tenía sentido?	59	0.85	0.61
18	¿Se ha sentido que no podía superar sus dificultades?	60	0.85	0.63
19	¿Ha sentido que no podía enfrentar las dificultades de la vida?	58	0.84	0.72
20	¿Ha tenido pensamientos de suicidio o autolesión?	57	0.84	0.82
21	¿Ha sentido que todo requería mucho esfuerzo?	59	0.78	0.56
22	¿Ha sido capaz de disfrutar con las cosas cotidianas?	59	0.75	0.68
23	¿Ha sentido que podía hacer frente a sus problemas?	58	0.66	0.71
24	¿Ha podido disfrutar normalmente de sus actividades diarias?	60	0.60	0.67
25	¿Se ha sentido razonablemente feliz, considerando las circunstancias?	60	0.57	0.65
26	¿Ha sido capaz de concentrarse en lo que estaba haciendo?	60	0.53	0.65
27	¿Se ha sentido que tenía buena capacidad para tomar decisiones?	59	0.42	0.53
28	¿Ha sentido que está tomando decisiones claras?	60	0.40	0.62
29	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	60	0.40	0.53
30	¿Ha sentido que estaba desempeñando su	60	0.35	0.61

papel
adecuadamente?

Fuente: Elaboración propia

La muestra fue predominantemente femenina y expuesta a una organización del trabajo exigente (turnos rotativos en el 90,0% y jornadas superiores a 48 horas/ semana en el 56,7%). La principal afectación se concentró en preocupación, alteraciones del sueño y tensión sostenida. En contraste, la autoeficacia en el rol y la toma de decisiones se mantuvieron estables. Este patrón coincide con estudios que vinculan los turnos rotativos y las largas jornadas con alteraciones del sueño, fatiga y estrés. Tales condiciones repercuten en la seguridad del paciente y en la satisfacción de los usuarios (Aiken et al., 2002; Dall’Ora et al., 2015; Garbarino & Magnavita, 2019; Wagstaff & Lie, 2011).

La combinación de rotación de turnos y tiempos de descanso insuficientes incrementa la somnolencia y deteriora el rendimiento, elevando la probabilidad de errores e incidentes (Kecklund & Axelsson, 2016; Wagstaff & Lie, 2011). En enfermería hospitalaria, las jornadas prolongadas y los turnos de 12 horas se han vinculado a mayor agotamiento (burnout), intención de renuncia y peor percepción de la calidad del cuidado (Bae & Fabry, 2014; Dall’Ora et al., 2015; Stimpfel et al., 2012). Nuestros promedios elevados en ítems como “perder sueño por preocuparse” y “estar bajo presión” encajan con esa constelación de cargas psicoemocionales, y sugieren que la exposición sostenida podría propiciar deterioros más amplios si no se interviene en la organización del trabajo.

La evidencia también relaciona las jornadas prolongadas con desenlaces somáticos, como enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares y mayor riesgo de lesiones o enfermedades ocupacionales (Dembe et al., 2005; Kivimäki et al., 2015). En trabajadores sanitarios, la deuda de sueño crónica es un mecanismo clave: altera la recuperación, afecta procesos cognitivos y aumenta la somnolencia diurna (Garbarino & Magnavita, 2019; Kecklund & Axelsson, 2016). Solo el 11,7% reportó incapacidad laboral, lo que podría indicar baja ocurrencia o presencia de presentismo, fenómeno común en entornos asistenciales exigentes (Aiken et al., 2002). Estos resultados justifican fortalecer la vigilancia y la prevención temprana del malestar psicológico.

La preservación del desempeño y la toma de decisiones podría explicarse por la experiencia acumulada de una parte del grupo (35% con más de 10 años de labor), lo que amortigua el impacto del estrés en las tareas diarias. Ello, no contradice la literatura: coexisten factores protectores (capital profesional, apoyo de equipo) con demandas (rotación y horas), y el equilibrio entre ambos determina los resultados (Aiken et al., 2002; Geiger-Brown & Trinkoff, 2010).

Para contrastar los hallazgos locales con la evidencia previa, se elaboró un cuadro comparativo que resume coincidencias y diferencias con investigaciones internacionales en personal de enfermería. Este ejercicio permitió resaltar que, aunque los patrones observados en auxiliares de enfermería del hospital público de Cartagena son consistentes con la literatura internacional, el presente estudio aporta evidencia contextualizada en una población menos explorada.

Tabla 3

Comparación de hallazgos con estudios previos

Estudio	Contexto	Principales hallazgos	Coincidencia con este estudio
Aiken et al. (2002)	Enfermeras hospitalarias en EE. UU.	Dotación insuficiente y largas jornadas asociadas a burnout y mayor mortalidad	Jornadas >48h y turnos rotativos vinculados a mayor malestar percibido
Stimpfel et al. (2012)	Enfermeras en hospitales de EE. UU.	Turnos >12h se relacionan con mayor burnout y menor satisfacción del paciente	Presión sostenida y pérdida de sueño entre auxiliares
Dall'Ora et al. (2015)	Personal de enfermería en Reino Unido	Jornadas largas asociadas a intención de renuncia y agotamiento	Ítems elevados en preocupación y fatiga en auxiliares
Presente estudio	Auxiliares de enfermería en hospital público de Cartagena	Afectación en sueño y presión, preservación en desempeño de rol y decisiones	Amplia evidencia regional en auxiliares, población poco estudiada previamente

Fuente: elaboración propia

En comparación con grupos no sanitarios, estudios en docentes han descrito trayectorias similares: altas demandas + recuperación insuficiente equivale a peor autopercepción de salud (Noroña Salcedo & Vega Falcón, 2022), lo que refuerza el papel central de la organización del trabajo como palanca de intervención.

La evidencia respalda: (i) optimizar la planificación de turnos (minimizar rotaciones rápidas/noches consecutivas), (ii) limitar jornadas y garantizar recuperación entre turnos, (iii) programas de higiene del sueño y gestión del estrés, y (iv) reforzar dotación/soporte en servicios de mayor carga (Aiken et al., 2002; Dall'Ora et al., 2015; Garbarino & Magnavita, 2019; Kecklund & Axelsson, 2016). Dado que el desempeño percibido se mantiene, existe una ventana preventiva para consolidar factores protectores y reducir la carga psicoemocional.

Limitaciones

El estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la organización del trabajo y la autopercepción de salud. En segundo lugar, la información se basó en autorreporte, lo que puede introducir sesgos de memoria o deseabilidad social. En tercer lugar, al realizarse en un solo hospital público de Cartagena, los resultados no son generalizables a todos los auxiliares de enfermería del país. Futuras investigaciones deberían incorporar diseños longitudinales, muestras más amplias y medidas objetivas de carga laboral y recuperación, para profundizar en los mecanismos explicativos.

Conclusiones

La autopercepción de salud laboral en auxiliares de enfermería se ubicó en un nivel bajo a moderado, con afectaciones principales en preocupación, sueño y presión sostenida, mientras que el desempeño del rol y la toma de decisiones se mantuvieron relativamente preservados. La muestra, predominantemente femenina y sometida a turnos rotativos y jornadas extensas, refleja un patrón organizacional asociado en la literatura con fatiga, somnolencia y mayor estrés. Aunque los reportes de incapacidad fueron escasos, este hallazgo podría explicarse por fenómenos de presentismo, frecuentes en entornos asistenciales de alta demanda.

Hallazgos clave:

- Predominó el trabajo en turnos rotativos y jornadas mayores de 48 horas semanales.
- Los ítems más afectados del GHQ-30 correspondieron a pérdida de sueño y sensación constante de presión.

- Se mantuvo una percepción favorable del desempeño de rol y la toma de decisiones.
- Este patrón coincide con la evidencia internacional, pero aporta información contextualizada en auxiliares de enfermería, una población poco explorada en el ámbito latinoamericano.

Los resultados orientan a los gestores hospitalarios hacia intervenciones concretas: optimizar la planificación de turnos, limitar la duración de la jornada y garantizar tiempos adecuados de recuperación; implementar programas de higiene del sueño y apoyo psicosocial; y reforzar la dotación y el liderazgo clínico en servicios de mayor carga. El monitoreo continuo de indicadores de bienestar y fatiga permitiría actuar de manera preventiva, evitando que el malestar percibido evolucione hacia desenlaces adversos para trabajadores y pacientes.

Referencias

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Bae, S.-H., & Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nursing overtime and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138–156. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.004>
- Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 28 de agosto de 2025, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12-hour shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(9), e008331. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Dembe, A. E., Erickson, J. B., Delbos, R. G., & Banks, S. M. (2005). The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(9), 588–597. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.016667>

- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Garbarino, S., & Magnavita, N. (2019). Sleep health and healthcare workers: A narrative review on sleep disturbances related to shift work and long working hours. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4963. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244963>
- Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. M. (2010). Is it time to pull the plug on 12-hour shifts? Part 1: The evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 14(6), 445–455. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2010.02.002>
- Gelaye, B., Tadesse, M. G., Lohsoonthorn, V., et al. (2015). Psychometric properties and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among Ethiopian adults. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 11, 149–156. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010149>
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. NFER-Nelson.
- Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ*, 355, i5210. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5210>
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., et al. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 386(10005), 1739–1746. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-Based Dentistry*, 7(1), 24–25. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400375>

- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado el 28 de agosto de 2025, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Noroña Salcedo, D. R., & Vega Falcón, V. (2022). Autopercepción de la salud laboral en docentes del Instituto Superior Tecnológico Sucre. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 31(1), 79–91. Recuperado el 28 de agosto de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602022000100009
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202–212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>
- Sánchez-López, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psychological Reports*, 103(2), 660–670. <https://doi.org/10.2466/pr0.103.2.660-670>
- Stimpfel, S. L., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501–2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The STROBE statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLOS Medicine*, 4(10), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
- Wagstaff, A. S., & Lie, J.-A. S. (2011). Shift and night work and long working hours: A systematic review of safety implications. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 173–185. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3146>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Copyright (2025) © Gervinson Murillo Rios, Andrés M. Murillo Jurado, Leidy Laura Castellón Simancas, Carlos Alberto Severiche Sierra

Este texto está protegido bajo una licencia internacional Creative Commons 4.0.



Usted tiene libertad de Compartir—copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

— y Adaptar el documento — remezclar, transformar y crear a partir del material—para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla las condiciones de Atribución. Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) – [Texto completo de la licencia](#)