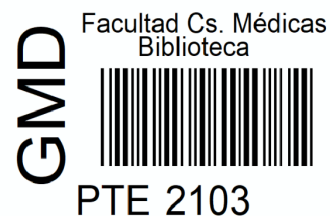


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



**Relación que existe entre la turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad,
sexo y antigüedad en el personal de enfermería que se
desempeña en un servicio de internación general sito en la
ciudad de Rosario durante el periodo comprendido
entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del
año 2019**

Por: Bazan, Magali

Directora: Mg. Mallen Camejo, Marilina

Docente asesor: Lic. Nores, Rosana

Rosario, 27 de noviembre del 2018

Resumen

Los trastornos del ritmo circadiano son ocasionados por la turnicidad laboral, siendo el sector sanitario el más afectado. Como consecuencia de dicha alteración el organismo tiene que trabajar constantemente para adaptarse a las exigencias de los turnos, debido a que nuestro organismo está programado para trabajar de día y descansar de noche, lo que trae como consecuencia múltiples trastornos especialmente en el estado de ánimo, siendo este último el que se presentan con mayor frecuencia en los trabajadores que laboran de noche. Debido a ello, la presente investigación tiene como objetivo: "Identificar qué relación existe entre la turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad, sexo y antigüedad en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general sito en la ciudad de Rosario durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del año 2019.

Se realizará un estudio cuantitativo descriptivo con recolección de datos en forma prospectiva y de corte transversal. La población en estudio será el personal de enfermería de un servicio de internación. Para la recolección de datos se aplicará una encuesta que se llevará a cabo a través de un cuestionario autoadministrado.

El análisis estadístico de los resultados se llevará a cabo a través de una escala ordinal para la variable edad y antigüedad. Para sexo y turnicidad se utilizará una escala nominal. La variable estado de ánimo será analizada por dimensión. Una vez obtenidos todos los resultados de las Variables en estudio, se procederán a cargar los mismos en el Programa Epi Info y se volcarán los mismos en Gráficos tipo barras de doble entrada.

Palabras claves: turnicidad laboral, estado de ánimo, personal de enfermería de un servicio de internación general.

Índice

Resumen y Palabras Claves	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	4
Planteamiento del problema en estudio.....	6
Hipótesis y objetivos	6
Marco Teórico	8
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	28
Sitio o contexto de la Investigación	28
Población y Muestra	28
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	29
Personal a cargo de la recolección de datos	33
Plan de análisis.....	33
Plan de trabajo y Cronograma	34
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.....	35
II. Instrumento de recolección de datos	36
III. Resultados del estudio exploratorio	39
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	40
Bibliografía	43

Introducción

“Las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo influyen en forma significativa en la salud mental del trabajador” (Medina & Sierra , 2004) . En los últimos 30 años ha ido en aumento el número de personas que trabajan en horarios nocturnos, siendo el sector sanitario el más afectado. La mayoría de los profesionales de enfermería duermen de día y trabajan de noche, pero más del 80% tienen su trabajo distribuido en turnos y guardias con turno de mañana, tarde, noche, fines de semana y días festivos (Montes Nogales, 2017) . Dicha condición ocasiona un mayor riesgo en el bienestar de estos profesionales, como consecuencia de la falta de adaptación debida a la alteración del ritmo circadiano, es decir las variaciones cíclicas de sueño/vigilia en un periodo de 24hs.

Los trastornos del sueño ocasionados por la turnicidad laboral, forman parte de los desórdenes del ritmo circadiano, lo cual afecta a la temperatura corporal, presión arterial, secreciones hormonales y ciclo celular. Como consecuencia de dicha alteración el organismo tiene que trabajar constantemente para adaptarse a las exigencias del turno nocturno; debido a que nuestro organismo está programado para trabajar de día y descansar de noche lo que trae como consecuencia trastornos en la alimentación, en el descanso, en las relaciones familiares y /o sociales y en el estado de ánimo (Gago López, y otros, 2013) ; siendo éstos últimos la tristeza, la irritabilidad y la ansiedad los que se presentan con mayor frecuencia en los trabajadores que laboran de noche.

La Tristeza es una emoción caracterizada por sentir un dolor anímico, el cual es producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, de insatisfacción y de tendencia al llanto. Dicha emoción se manifiesta de múltiples formas y en diferentes niveles; entre ellas a nivel físico encontramos llanto, retardo psicomotor, rostro abatido, falta de apetito, problemas de sueño; a nivel mental hay una focalización de la atención en la situación problemática, dificultad para mantener la mente en blanco, problemas de concentración, pensamientos intrusivos sobre la situación y a nivel conductual la persona se encuentra desmotivada para realizar las tareas cotidianas y actividades sociales (Montejano, 2014) . En tanto la Irritabilidad es una manifestación de la personalidad, que se expresa con reacciones exageradas ante las influencias externas (medio ambiente). La misma se manifiesta con agresividad verbal o física no controlable y por situaciones sin importancia; es un mecanismo que puede ser consciente o inconsciente, acarreando complicaciones en las relaciones interpersonales, las cuales pueden ser graves. (McCarthy , 2007).

Por otro lado, la ansiedad es una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro psíquico o físico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta. Alude a un estado emocional caracterizado por agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la anticipación del

peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente. Todas estas alteraciones del estado de ánimo, ocasionan efectos adversos en la salud de los profesionales de enfermería lo cual genera un impacto directo sobre la organización en la cual se desempeña, tales como: aumento de ausentismo, falta de compromiso con la institución, insatisfacción con el trabajo, y conflictos interpersonales. (García Rivera, Maldonado Radillo, & Ramírez Barón, 2014)

Aunado a ello, se reduce la capacidad de atención y toma de decisiones interfiriendo en la rapidez o precisión de los movimientos, lo cual puede conducir a posibles complicaciones médico – legales. También entran en juego el apuro de retirarse del trabajo y retornar al hogar, por lo consiguiente en el cambio de turno no se transmiten de forma adecuada las incidencias; afectando en forma directa la calidad de los servicios prestados, ya que este suele ser el origen de errores en la atención, los cuales pueden ser graves, por no haber habido una correcta comunicación. (Montes Nogales, 2017)

García Rivera, Maldonado Radillo, & Barón (2014) desarrollaron una investigación de tipo descriptivo - correlacional, transversal con diseño no experimental sobre el estado afectivo emocional de los trabajadores de la Salud. Su Objetivo fue: “Identificar la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores de una institución del sector salud pública ubicada en la ciudad de Ensenada perteneciente al estado de Baja California situado al noroeste de México”. La población estuvo compuesta por 130 empleados, personal de enfermería. Los resultados arrojaron que el 21.5% de los empleados presentaron cierto grado de depresión. Con respecto a la ansiedad, aparece en el 20.5% del personal y de éstos el 4.6% la manifiesta en grado severo extremo. En el caso del estrés también se detectaron manifestaciones de severidad extrema, aunque en un mínimo porcentaje 0.8%. No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género.

En una revisión bibliográfica basada en la evidencia, realizada por Matta Ospina & Alférez Cruz (2013) la cual se desarrolló con el objetivo de “Identificar la frecuencia y características del Trastorno del Sueño del Trabajador a Turnos y de sus efectos sobre los roles laboral, familiar y social en el trabajador asistencial del área de la salud en ambiente hospitalario, a partir de una selección y análisis de los estudios de investigación disponibles sobre el tema desde el año 2000” arrojó como resultado que existe una relación directa entre las alteraciones del sueño en aquellos trabajadores de la salud que tienen horario por turnos, especialmente quienes trabajan en la noche y no tienen un adecuado descanso, siendo las actividades cotidianas y las relaciones interpersonales, los quehaceres domésticos, el tiempo libre, la familia, la pareja y los amigos, los aspectos más afectados en la vida de los trabajadores por turnos. Así mismo, Ramírez Elizondo, Paravic Klijn, & Valenzuela Suazo (2013) realizaron una revisión en diversas bases de

datos con el objetivo de “Describir el riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de Enfermería”. A tal fin, se estableció que los principales trastornos asociados a los trabajos de noche giran en torno a problemas gástricos, y del sistema cardiovascular. De igual manera hay importantes alteraciones asociadas a la pérdida del vínculo familiar y la interacción social. Se concluye que el trabajo de noche no solo posee un impacto fisiológico, sino psicológico y social, lo que hace necesario la implementación de políticas en salud que mitiguen los factores de riesgo asociados. En relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone medidas para mejorar la adaptación al turno de trabajo nocturno, entre ellas se encuentran: establecer sistemas de rotación saludable, permitir al trabajador elegir el turno en la medida que sea posible y proporcionar guías para un sueño efectivo y reparador. Aunado a lo anteriormente expresado, se recomienda realizar controles de salud dirigidos a detectar los primeros síntomas de intolerancia a este turno y la frecuencia de los mismos debe estar en relación con las características del trabajo y de la propia persona.

La presente Investigación se desarrolla con el propósito de valorar el estado de ánimo en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general a los fines de poder elevar los resultados a las autoridades de la Institución para que puedan desarrollar medidas de intervención orientadas a la adaptación al turno de trabajo. En relación a ello se plantea lo siguiente:

¿Qué relación existe entre la turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad, sexo y antigüedad en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general sito en la ciudad de Rosario durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del año 2019? A tal fin se plantean las siguientes hipótesis:

- El personal de enfermería de sexo femenino suele tener mayor predisposición a desarrollar estados de ánimo en donde predomina la depresión, en relación al sexo masculino.
- El personal de menor edad y antigüedad suele tener mayor predisposición a vivir estados de ánimo alegres, en relación al resto del personal.
- El personal de sexo masculino suele tener mayor predisposición a desarrollar estados de ánimo en donde predomina la ira.

Esta investigación persigue el objetivo de “Identificar qué relación existe entre la turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad, sexo y antigüedad en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general sito en la ciudad de Rosario durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del año 2019”. En relación a los objetivos específicos se plantea lo siguiente:

- Identificar la presencia de los estados de ánimos de ansiedad, ira, tristeza y alegría en el personal de enfermería que se desempeña en los turnos mañana, tarde y noche de la modalidad lunes a viernes.
- Identificar la presencia de los estados de ánimos de ansiedad, ira, tristeza y alegría en el personal de enfermería que se desempeña en los turnos mañana y noche de la modalidad feriante (SADOFE).
- Determinar sexo, edad y antigüedad del personal de enfermería que se desempeña en los diferentes turnos.

- Identificar las variaciones que predominan en relación a sexo, edad y antigüedad en el personal de enfermería que se desempeña en los diferentes turnos de la modalidad lunes a viernes.
- Identificar las variaciones que predominan en relación a sexo, edad y antigüedad en el personal de enfermería que se desempeña en los diferentes turnos de la modalidad feriante (SADOFE).

Marco teórico

En la sociedad actual una gran parte del tiempo diario se invierte en el trabajo. De hecho, hoy en día el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad. La realización de un trabajo es imprescindible para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás como un sujeto de pleno derecho y para conquistar la libertad personal a través de la independencia económica. (Ramírez Elizondo, Paravic Klijn, & Valenzuela Suazo, 2013)

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria. En un intento de definición de los distintos tipos de horario, habitualmente entendemos por tiempo de trabajo el que implica una jornada laboral de ocho horas, con una pausa para la comida, y que suele oscilar entre las 7-9 horas y las 18-19 horas. El trabajo a turnos supone otra ordenación del tiempo de trabajo: se habla de trabajo a turnos cuando el trabajo es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de entre 16 y 24 horas de trabajo diarias. Existen las siguientes formas de organización:

- Sistema discontinuo: el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone, pues, dos turnos, uno de mañana y uno de tarde.
- Sistema semi - continuo: la interrupción es semanal. Supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los domingos.
- Sistema continuo: el trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. Supone más de tres turnos y el trabajo nocturno.

Legalmente, en el Estatuto de los Trabajadores, se define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”. Asimismo, se considera trabajo nocturno el que tiene lugar “entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y se considera trabajador nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.” (Nogareda Cuixart & Nogareda Cuixart , 1995)

Aunque se sabe que este sistema de trabajo es negativo para la salud, los intereses económicos prevalecen, una vez más, sobre el bienestar de las personas. En forma creciente nuestra sociedad evoluciona como una Sociedad de 24 horas, así el sistema de turnos se extiende a

muchos sectores principalmente al sector Salud donde el personal de Enfermería es el que se ve mayormente afectado por la turnicidad laboral.

El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social. Se producen unas alteraciones patológicas que entran dentro de los que podríamos llamar crono patología laboral. Esta situación se produce cuando los trabajadores deben de trabajar de noche y descansar de día.

Existen diferentes alteraciones tanto físicas como psicológicas y sociales. Dentro de las alteraciones físicas encontramos las alteraciones del sueño estas pueden producirse en el organismo de las personas al cambiar en curso natural de los ritmos circadianos, el trabajo ocasiona perturbación en el ritmo biológico del sueño. Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario dormir con variaciones individuales alrededor de siete horas durante la noche de manera que puedan darse todas las fases del sueño y facilite la recuperación física durante las primeras horas del sueño y la recuperación psíquica en las horas siguientes. El sueño comprende de dos fases: la primera fase el denominado "sueño lento" y el otro de "sueño rápido". Durante la primera fase se da un periodo inicial de sueño ligero y un segundo periodo de sueño profundo, en el que las constantes fisiológicas y el tono muscular disminuyen, esta fase del sueño permite la recuperación física del organismo. La fase del denominado "sueño rápido" o sueño paradójico, en la que permite la recuperación psíquica. Durante esta fase, que se repite cuatro veces durante el sueño nocturno, aumenta las constantes fisiológicas, metabólicas y endocrinas aparece una serie de movimiento oculares rápido. (Nogareda Cuixart & Nogareda Cuixart , 1995)

En el turno noche, al alterar el ritmo sueño/vigilia, y a causa de la mayor dificultad de dormir de día, debido a la luz, condiciones atmosféricas como la temperatura y sociales como el ruido urbano o la presencia de niños u otros familiares en labores activas en los hogares y otras causas, se observa una reducción del sueño profundo con lo que se dificulta la recuperación de la fatiga física. Lo anteriormente expuesto hace que se vaya acumulando la fatiga provocando, a largo plazo, la aparición de un estado de fatiga crónica que puede considerarse un estado patológico y que produce alteraciones de tipo nerviosas como así también alteraciones en otros aparatos como circulatorio y digestivo. Dentro de las patologías a destacar en la salud del sueño podemos mencionar las siguientes:

□ Somnolencia: Es considerada al estado en el que se encuentra la persona con cansancio, pesadez y torpeza en el movimiento. Alterando con momento de lucidez.

□ Insomnio: Podemos definir a éste como la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido durante la noche, como así también despertar demasiado temprano por la mañana. Estos episodios pueden ser de corta o larga duración en el tiempo (días, semanas o meses).

Algunos de los síntomas que pueden manifestar son sentirse cansado o quedarse dormido durante el día, no sentirse renovado al despertar y despertar varias veces durante el sueño.

□ Síndrome de Fatiga Crónica: a este síndrome se lo define como cansancio intenso y continuo, durante al menos seis meses, y no se alivia con el reposo. Que ocasiona alteraciones en el sistema nervioso como, por ejemplo: cefalea, irritabilidad, depresión, temblores en las manos, problemas de concentración, falta de memoria.

Otro factor a tener en cuenta cuando hablamos de alteraciones del sueño es la producción de la melatonina. Cuando hay poca luz, se libera melatonina e indica que es momento para preparar el dormir; el sistema endocrino, actúa como un controlador de concentraciones, las estadísticas describen que alrededor de las 10 pm de la noche, se crea un primer impulso de liberación de hormonas que estimulan el sueño y control de disminución de otras, en este caso el primer pico de melatonina produce la necesidad de dormir, pero el cuerpo no se queda ahí, necesita otro pico para controlar el sueño entre las 2am y 3 am de la madrugada, además el hipotálamo baja la temperatura para que se mantenga el reposo y se cree un mayor deseo de dormir. La melatonina regula no solamente los ritmos circadianos, estados del sueño, envejecimiento, afecciones cardiovasculares y desordenes de tipo afectivo. También se le atribuye acciones anti inflamatorias, anti hipertensión, antineoplásicas a través de los siguientes mecanismos: anti angiogénico, antimitótico y anti oxidante, bloquea los receptores estrogénicos e inhibe la aromatasas y actúa como agente inmunomodulador.

La melatonina es un secuestrador de radicales libres, se considera más potente que la vitamina E. La melatonina neutraliza directamente los radicales de oxígeno y otros hidroxilos altamente tóxicos. Además, aumenta los niveles de varias enzimas antioxidantes incluyendo el superóxido dismutasa, glutatión peroxidasa y glutatión reductasa. Por otra parte, la melatonina inhibe la enzima de óxido nítrico sintasa. En estudios experimentales apoyan la idea de que el estrés oxidativo es un componente significativo de las enfermedades específicas del cerebro, esta hormona protege contra la neurodegeneración.

Otra de las alteraciones físicas que es la alteración en los hábitos alimenticios. El trabajo nocturno supone muchas veces aplazar una comida o incluso posponerlas. De forma general las personas necesitan al menos tres comidas diarias, alguna de ella calientes con un cierto aporte calórico a una hora más o menos regular. Las alteraciones digestivas manifestadas a menudo por las personas que trabajan en turno de noche se desencadenan debido principalmente a la alteración de los hábitos alimenticios: la calidad de la comida no es la misma, suelen tomar comida rápida

y en un tiempo corto e inhabitual. Desde el punto nutricional los alimentos están mal repartidos a lo largo de la jornada junto a ser de baja calidad nutricional por el aporte desequilibrado de elementos. (Exceso de lípidos y glúcidos y falta de proteínas) cuando el ritmo metabólico es más bajo y suelen tener un alto contenido calórico con abuso de ingesta grasa, produciéndose desórdenes alimenticios, que puede desencadenar en hiperglucemia, hipocolesterolemia y/u obesidad. Por otra parte, realizando las labores en el turno de noche además suele haber un aumento en el consumo de estimulantes como el café, té o bebidas energéticas junto a aumentar el consumo de tabaco que son factores que ayudan a la aparición de enfermedades gastrointestinales, tal como gastritis, y otras menos frecuentes: colecistitis, colelitiasis, colon irritable, constipación, etc. (Carbajal & Zaballa , 2016)

El riesgo de eventos vasculares asociado al trabajo en turno ha sido revisado en forma exhaustiva en un reciente meta análisis abarcando más de 2 millones de pacientes, demostrándose un aumento en el riesgo de eventos coronarios, infarto miocárdico y en menor medida para isquemia cerebral, persistentes aún ajustados por factores de riesgo. No se reportaron casos de insuficiencia cardíaca ni accidentes vasculares hemorrágicos, y los riesgos de mortalidad si bien estaban aumentados no alcanzaron significación estadística. Un punto interesante es que, a excepción de los turnos vespertinos, todas las modalidades de turno presentaban un riesgo vascular aumentado, siendo el más alto para los turnos de noche. Estos hallazgos no permiten establecer causalidad. Más escasa es la evidencia sobre el riesgo de hipertensión asociado al trabajo en turnos. Está demostrado que una sola noche sin descansar correctamente (sin dormir) basta para elevar la presión arterial, frecuencia cardíaca y la excreción de catecolaminas y norepinefrina urinaria. Siguió a 4810 sujetos por 10 años evaluando el efecto de la duración del sueño en el desarrollo de hipertensión, presentando un RR (riesgo relativo) de 2.10 (Nivel de Probabilidad de Desarrollar la patología) de desarrollar hipertensión arterial quienes dormían 5 horas o menos. Curiosamente, dos grupos independientes han encontrado que el riesgo de desarrollar hipertensión arterial por pérdida de sueño pareciera afectar más a las mujeres que a los hombres. Un punto adicional interesante es el hallazgo del incremento de las calcificaciones coronarias asociadas a la pérdida del sueño. Dentro del estudio CARDIA, el análisis de la disminución en la duración del sueño a 6 años se traducía en que una hora de sueño adicional reduce las posibilidades de calcificaciones en un 33%, beneficio equivalente a una reducción de 16.5 mm/Hg en la presión arterial. Los propios autores reconocen importantes limitaciones metodológicas, sin embargo, a pesar de ello es una pieza de evidencia que motiva a reflexionar.

Uno de los aspectos más controversiales sobre las consecuencias del trabajo en turno dice relación al aumento del riesgo de neoplasia, puesto que no sólo ha sido ya aceptado por parte

de la comunidad médica, sino que ha significado cambios legislativos, siendo considerado en Dinamarca una enfermedad ocupacional, meritoria de compensación.

La evidencia nace a raíz de una serie de observaciones epidemiológicas, en tripulantes de cabina mayormente, cuyo análisis combinado arrojó un Riesgo Relativo para cáncer mamario de 1.48 (IC95% 1.36-1.91), a esto se han sumado trabajos poblacionales, en cohortes de enfermeras y en personal militar femenino que cumple turno de noche, mostrando todos aumento de riesgo leve a moderado en relación a cáncer mamario y que éste está relacionado al tiempo acumulativo de trabajo en turnos. A esta evidencia epidemiológica se suma evidencia experimental del aumento de cáncer de mama en hembras y el crecimiento de células tumorales no endocrinas en modelos animales de turnos rotativos simulados. En el año 2007 esta evidencia fue analizada por un comité de expertos de la IARC (International Agency for Research on Cancer) concluyendo que:

- i) la evidencia de carcinogenicidad en humanos de trabajo en turnos que involucra trabajo nocturno es limitada.
- ii) hay suficiente evidencia experimental en modelos animales de la carcinogenicidad de la exposición a luz nocturna.
- iii) el trabajo en turnos que involucra disrupción circadiana es probablemente carcinogénico en humanos (grupo 2A de carcinógenos)

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados tienen que ver con los desfases y alteración circadiana que favorecen la oncogénesis, modificaciones epigenéticas, fallas en la división celular y en la reparación del DNA ; la falta de Melatonina cuyas propiedades oncostáticas se han demostrado tanto en modelos de supresión (pinealectomía o exposición a luz intensa: facilitan crecimiento tumoral) , como en modelos de potenciación (prolongación de período de oscuridad, ceguera o up-regulation de receptores: disminuyen tasa de cáncer mamario y crecimiento de células tumorales trasplantadas en modelos animales); por último, el estado proinflamatorio que produce la privación crónica de sueño favorece la producción de radicales de oxígeno que son dañinos para las células y el DNA. En humanos, apoyo a estos hallazgos se encuentran en menores tasas de cáncer mamario entre dormidoras largas y mujeres no videntes.

Sin embargo, no existe consenso aún y los datos científicos deben ser interpretados con precaución. En primer lugar porque hay trabajos que no han demostrado riesgo aumentado de cáncer mamario , segundo porque habiendo evidencia epidemiológica y de laboratorio, sumado a plausibilidad biológica, ello no implica causalidad ; los diversos trabajos son muy variables en cuanto a su metodología, población estudiada y control de variables contundentes, de hecho no existen cuantificaciones disponibles para poder estimar una dosis-respuesta en relación al tiempo de Luz Nocturna o años de turnos acumulados, tipo de turnos, etc ; y finalmente, existen

diversas consideraciones metodológicas en los análisis de Carga de enfermedad (Burden of Disease) y Fracciones atribuibles (Attributable fractions) que corresponden realizar más allá del simple cálculo de un riesgo relativo ante eventos epidemiológicos tan significativos como podría ser éste.

Si bien se han reportado mayores riesgos de cáncer de próstata, colon, endometrio y Linfoma no-Hodgkin, esta evidencia es más limitada e inconsistente. (Serra, 2013)

Considerando las alteraciones sociales este ámbito, existe evidencia que algunos trabajadores que realizan turnos nocturnos presentan más dificultades en mantener las relaciones usuales en el ámbito social, familiar y marital, sobre esta condición y para una mejor comprensión de este apartado se iniciara con el concepto de familia que es grupo de persona que pueden estar relacionadas consanguíneamente o no, pero que comparten un espacio físico y un lazo afectivo.

Contextualizando nuestra área profesional en una investigación realizada en Brasil, por Borges Da Silva, comparó a las mujeres ingenieras con las enfermeras; en dicho estudio se encontró la diferencia entre las ingenieras, debido a que existe un mayor porcentaje de mujeres casadas y con hijos que entre las enfermeras. Esto indica que, probablemente, las enfermeras encuentran mayor dificultad en conciliar sus roles profesionales y domésticos, no por el hecho de ser mujeres sino por sus condiciones de trabajo: horarios rígidos, alta carga de trabajo, etc. (Cossio, Monier, & Reyna, 2010)

Desde una perspectiva individual, algunos estudios señalan que los trabajadores de mayor edad y las mujeres son las que sufren con más frecuencia las repercusiones negativas debidas a los turnos laborales. De hecho, en el caso concreto de las mujeres se ha encontrado una mayor frecuencia de alteraciones del ciclo menstrual, de abortos y de partos prematuros, así como menores tasas de embarazos.

Cuando se les pregunta a las enfermeras que trabajan en turno nocturno sobre problemas con el calendario de trabajo, dicen normalmente que el problema principal es que extrañan a la familia y a los amigos. La mayoría de estas trabajadoras por turnos dicen que el reposo es un problema, pero prefieren perder un poco de sueño para ver a otras personas, especialmente a los hijos o a su pareja.

La cantidad de tiempo que la enfermera por turnos pasa con la familia y los amigos depende de su calendario de trabajo. Depende también de las actividades sociales y de qué tan flexibles son estas actividades. Pero faltan a menudo a actividades con calendarios estrictos, también puede causar problemas con el cuidado de los niños o las visitas a la escuela de los niños.

Un calendario de trabajo por turnos afecta a la trabajadora y también a toda su familia. Por ejemplo, los niños que juegan tienen que estar callados durante el día mientras ella duerme. De

hecho, se ha encontrado un impacto emocional importante en los hijos de trabajadores en turnos nocturnos. En concreto, en el estudio de Barton, Aldridge y Smith (2001), las hijas, pero no los hijos varones, presentaban una sintomatología depresiva significativamente mayor en comparación con las hijas de trabajadores con un horario exclusivamente diurno. Además, la percepción de sus habilidades escolares era también significativamente peor. (Carbajal & Zaballa , 2016)

El trabajo rotativo y el nocturno permanente desajustan las relaciones de pareja, resintiéndose, en primer lugar, por la elevada cantidad de tiempo durante el cual los dos miembros de la pareja no comparten las vivencias cotidianas y las experiencias habituales que se pudieran esperar o derivar de una relación de pareja normal, con sus amplios y diversos beneficios y limitaciones.

Inicialmente, se asume y se acepta sin mayores problemas la situación laboral del compañero/a porque contribuye económicamente al sostenimiento del hogar, pero con el paso del tiempo las relaciones personales tienden a enfriarse de forma notable, habiendo incluso un distanciamiento emocional excesivo y un riesgo elevado de separación o divorcio al aparecer problemas de índole sexual, con los hijos y con las actividades del tiempo libre .Además, es una situación difícil, porque si se resuelve a favor de la familia, se tendría que buscar un empleo alternativo; pese a parecer exagerado, los datos obtenidos por White y Keith (1990) apuntan en esa dirección. Hay que reconocer el escaso refuerzo que puede suponer para un miembro de la pareja el hecho de dormir en soledad por norma general. Sin embargo, no se puede afirmar que el divorcio o la separación estén provocados directamente por el trabajo en general (sea nocturno o rotativo), sino por los cambios conductuales y cognitivos que puede provocar el propio trabajo en las personas y aquellos que le rodean, al alterarse sus relaciones sociales y familiares.

Por lo tanto, la separación sería una consecuencia indirecta del trabajo nocturno, porque lo primero que se fomenta son estilos de vida independientes que reducen al mínimo las necesidades de apoyo psicológico por parte del otro miembro, el cual incluso puede llegar a conocer a alguien con intereses más próximos a sus necesidades con el consiguiente peligro para su actual relación. El 44% de los trabajadores nocturnos indicaron que se reducían las actividades sexuales, sin especificar la reducción ni la calidad de las mismas. Por otra parte, las personas sin pareja o sin pareja estable suelen basar su satisfacción en la calidad de su red social y en la autoestima personal, a diferencia de los que conviven en pareja, que fundamentan principalmente su satisfacción en la calidad de las relaciones de pareja y la estabilidad de sus familias, siendo los mayores motivos de insatisfacción personal estos dos últimos factores.

Por su parte, y contrariamente a la creencia popular de que los hijos pueden ayudar a la estabilidad conyugal, éstos dificultan la satisfacción conyugal tanto para los hombres como para las mujeres, sin terminar de compensar de manera global los beneficios obtenidos por la

paternidad y la maternidad frente a las posibles ganancias de una mejor estabilidad de la relación conyugal. Esto es importante porque el nivel de responsabilidad asumida por las mujeres sobre su propia familia y los recursos invertidos son superiores en ambos sentidos a los masculinos, hasta el punto de poder perjudicar incluso su salud mental, lo que equivale a decir que el trabajo nocturno de la mujer tiene peores efectos sobre la calidad de la relación de pareja y la estabilidad de la misma que en la situación contraria ;no se han encontrado referencias bibliográficas que relacionen los problemas de pareja con la existencia de disfunciones sexuales causadas por el turno de trabajo en particular. (Sanchez Gonzalez , 2015)

Es observable que el modo de vida que lleva el enfermero que trabaja en el turno noche, conlleva que en el ejercicio de su profesión conviva todos los días con factores que le hacen generar alteraciones psicológicas desencadenando diversos estados de ánimo.

En este Proyecto de Investigación se estudiará los diferentes estados de ánimo y sus dimensiones (ansiedad, ira, tristeza y alegría) que experimentan los Enfermeros que laboran en los turnos diurnos y nocturnos. A continuación, se procederá a definir estado de ánimo según diferentes autores.

Los estados de ánimo se definen como estados difusos que aparecen sin motivo específico y prolongado en el tiempo, considerándose reminiscencias de emociones. Intervienen en una amplia gama de procesos modulando la respuesta los individuos, así están afectados tanto por variables personales (salud, afrontamiento), como sociales (relaciones interpersonales, el apoyo social. (Ordóñez López, González Barrón, Montoya Castilla, & Schoeps , 2014)

Una manera adecuada para comenzar a entender la naturaleza psicológica del estado de ánimo, consiste en primer lugar, en delimitar el EA de la emoción, por sobre todo considerando su uso indistinto, y, en segundo lugar, referirse a como se relacionarían ambos fenómenos. Los EA tienen características que los diferencian de las emociones. En la reacción emocional se observa la participación de ciertos estímulos inductores que activan un sistema de respuesta y que le otorgan su punto de partida. En cambio, los EA, no tienen un evento o estímulo claro que los ocasione, o de existir, no es claramente identificable por quien lo experimenta. Así mismo, los EA carecen de objeto hacia el cual referirse, de ahí también su carácter de no intencionalidad. De este modo, constituyen estados afectivos difusos y de mayor duración que no tienen orientación específica hacia un objeto.

Diversos autores han destacado que la experimentación de emociones muy intensas y repetitivas puede generar estados de ánimo. En este sentido para Ekman (1994) los ánimos pueden surgir por una experiencia emocional densa, entendiendo a esta como aquella en la cual una emoción se activa con mucha intensidad, repetidamente, con un pequeño intervalo de tiempo entre cada evocación. Al presentarse de manera repetida esta emoción, fundamentalmente negativa, la

expresión emocional tiende a ser inhibida o suprimida, incrementando la probabilidad de generar un ánimo congruente. Por otro lado, diversa evidencia ha ilustrado el impacto que tiene la activación emocional intensa ante un episodio significativo, sobre el EA posterior.

Como se ha mencionado los ánimos se ven afectados por eventos objetivos o exógenos de la vida. No obstante, existe evidencia que afirma que una parte importante de su variación se debe a causas biológicas endógenas, que responden a una lógica interna del organismo humano parcialmente independiente de la contingencia externa, y con una clara funcionalidad evolutiva. Esta última fuente de variación de los ánimos, corresponde a los ritmos biológicos endógenos los cuales reflejan la operación de dos sistemas o relojes internos, que dan lugar a una serie de ritmos circadianos.

Tales sistemas o relojes internos representan procesos de adaptación biológica que se han desarrollado en el curso de la evolución humana, y que producen un patrón cíclico consistente a través de los individuos, culturas y periodos históricos. Uno de esos sistemas es el llamado “oscilador fuerte”, el cual regula la temperatura corporal, el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), ciertas secreciones hormonales, entre otros. El otro sistema corresponde al “oscilador débil” el cual influye fundamentalmente en el ciclo vigilia – sueño y las funciones asociada a este.

Todo parece indicar que estos ritmos endógenos tendrían una mayor influencia en el ánimo positivo que en el negativo. Por ejemplo, algunos estudios han destacado el ciclo similar exhibido por el ánimo positivo y la temperatura corporal, encontrando que ambos tienden a ser consistentemente más bajos durante la mañana y al finalizar la noche, con elevados niveles durante el día, particularmente al mediodía. Estos hallazgos podrían sugerir un vínculo entre el afecto positivo y el oscilador fuerte, no obstante, existe evidencia que indica que el afecto positivo también varía como una función de la proximidad con el sueño, función regulada por el oscilador débil. De este modo, se ha encontrado que los niveles de ánimo positivo fueron más altos cuando los individuos estuvieron lo más alejado temporalmente del sueño (mediodía) y fueron más bajos cuando el individuo estuvo más cerca del dormir (en la mañana y medianoche). Es, por tanto, posible identificar un patrón de variación cíclica del ánimo que varía de acuerdo al curso del día, que se vincula estrechamente con ciertos ritmos biológicos como el de la temperatura corporal y del ciclo vigilia – sueño que influyen básicamente en el ánimo positivo. (Vergara, 2006)

Dentro del estado de ánimo encontramos diferentes tipos o subescalas para su diferenciación que pueden ser estados de ánimos negativos como son la ansiedad, tristeza- depresión, ira- hostilidad y estados positivos determinados por la alegría. (Sanz, 2001)

Cuando hablamos de ansiedad encontramos que es un estado mental que se manifiesta con tensión muscular, palpitaciones, manos o pies fríos, oleadas de calor o escalofríos y la persona

puede sentirse nerviosa, tensa, ansiosa o intranquila. Se trata de una reacción normal que experimenta todo el mundo a veces y que puede proporcionar una ayuda adicional para escapar del peligro o generar una energía mayor para completar las tareas que quedaron pendientes.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, la ansiedad es una reacción normal, pero se convierte en un problema cuando los síntomas son graves y desagradables, duran mucho tiempo, ocurren con demasiada frecuencia, aparecen ante situaciones que realmente no deberían ser estresantes e impide a la persona hacer lo que quiere hacer.

La ansiedad afecta a los pensamientos, a las acciones y a las reacciones que tiene el cuerpo. En relación a los pensamientos, cuando no se controla la ansiedad, las personas describen pensamientos como "No voy a poder soportarlo", "Esto es horrible", "Me dará un infarto", "Enloqueceré". Estos pensamientos pasan por la mente automáticamente, como un flash, cuando una persona se encuentra ansiosa. En este caso, dos cosas deben tenerse en cuenta sobre los pensamientos automáticos: 1) que son irracionales y poco realistas y 2) que son situaciones que se pueden controlar: habitualmente la mente nos advierte de un peligro mucho mayor del que en realidad tenemos que afrontar.

Con respecto a las acciones las personas que sufren de ansiedad a menudo evitan cosas, lo que hace que se sientan mejor, experimentando un alivio inmediato de la ansiedad que estaban sintiendo al imaginarse realizando la actividad. Pero a largo plazo la evitación siempre empeora el problema. Esto ocurre porque la ansiedad se asocia cada vez más con aquello que se evita y así se hace más difícil afrontarlo. En relación a las reacciones que tiene el cuerpo, se experimenta un conjunto de síntomas físicos que surgen como una manera de preparar al cuerpo para hacer frente a la supuesta amenaza. Entre ellos se destacan: cansancio, ruidos en los oídos, tensión en el cuello, músculos y hombros, opresión en el pecho, falta de aliento, estomago revuelto, malestar generalizado, dolor de cabeza, visión borrosa, sequedad en la boca, sensación de ahogo, palpitaciones, respiración rápida y menos profunda, sudor excesivo en manos, deseos de orinar y/o debilidad en piernas.

Estos síntomas son muy desagradables y algunas veces aparecen sin razón aparente, de manera que la persona puede pensar que padece un problema físico grave o que algo terrible le va a suceder.

Hay muchos posibles factores desencadenantes de la ansiedad. A menudo se inicia durante los períodos de estrés psíquico o físico. Entre ellos, presión en el trabajo, problemas económicos, falta de sueño, enfermedad física, abuso de alcohol o drogas; etc.

Existen algunas personas que son más vulnerables y tienen, por tanto, mayor predisposición a padecer ansiedad, ejemplo, aquellas que tienen una personalidad ansiosa con tendencia a la preocupación excesiva, lo que genera liberación de adrenalina. Éste es un compuesto químico

que prepara al cuerpo para escapar o pelear cuando hay algo potencialmente peligroso o amenazador. Cuando se libera, se producen unos cambios físicos que hacen que la persona se sienta enferma. La persona comienza a respirar más rápido y de forma más superficial, haciendo que hiperventile para aumentar la llegada de oxígeno a los músculos y tejidos, lo que ocasiona una disminución de la cantidad de dióxido de carbono en sus pulmones y por una complicada serie de procesos, aparecen los síntomas físicos de ansiedad.

La ansiedad puede comenzar a notarse en los pensamientos, en el comportamiento o en el cuerpo. Pero la reacción de ansiedad en cada una de las áreas influye en las demás. Esto mantiene el cuerpo “en alerta” y crea un círculo vicioso que la mantiene.

Alguien que ha experimentado ansiedad en una situación determinada puede comenzar a predecir su aparición y sentir miedo de padecer los síntomas, lo que favorece que realmente vuelvan a aparecer.

Una vez que se ha establecido el círculo vicioso, la persona suele evitar cualquier situación o circunstancia que en algún momento ha desencadenado la ansiedad. Escapar de las situaciones que suponen una amenaza es una reacción natural, pero el tipo de cosas que las personas tienden a evitar cuando sufren de ansiedad a menudo no son peligros reales, es más, no sólo no son peligrosas, sino que son muy necesarias. Evitarlas puede hacer la vida muy incómoda y difícil. Este tipo de evasión también puede dar lugar a una pérdida de confianza y de autoestima, incrementando con ello la sensación de ansiedad otro círculo vicioso.

Existen diferentes tipos de ansiedad que son patológicas, entre ellas se encuentran: Trastorno de ansiedad generalizada: La ansiedad puede ser una sensación general y constante de preocupación; Trastorno de pánico: Ataques súbitos de sentimientos de pánico; Agorafobia: Sentimientos de pánico en lugares donde la persona tiene la sensación de no poder salir o escapar, de sentirse desprotegidos, adquiriendo miedo así a viajar, a acudir a centros comerciales, lugares públicos, etc.; Trastorno de estrés post traumático: Aparece ansiedad tras haber vivido una experiencia aterrizante que implica daño físico o amenaza de daño físico (Ej. Accidente de tránsito); Fobia social: Es una timidez exagerada, que se caracteriza por un miedo y ansiedad marcados y persistentes al enfrentarse a determinadas situaciones sociales. Fobias específicas: La ansiedad surge ante situaciones muy específicas como la proximidad a determinados animales, la oscuridad, etc. Trastorno obsesivo compulsivo: Las personas tienen pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) y usan los rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. La mayoría de las veces, los rituales terminan controlando a esas personas. Por ejemplo, cuando inspeccionan una y otra vez el gas para evitar una posible tragedia.

Aun así, la ansiedad no es una enfermedad y, por lo tanto, no se puede curar. Se puede decir que es una respuesta normal del organismo, incluso beneficiosa, pero que en algunas ocasiones puede resultar excesiva, ocasionando conflicto en las relaciones interpersonales que se tiene con familiares, amigos y compañeros de trabajo. (García Herrera Pérez Bryan & Nogueras Morrillas, 2013)

La ira es un estado emocional que varía en intensidad desde una irritación leve hasta una ira intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios tanto psicológicos como biológicos, y puede ser causada por sucesos externos, relacionados con el entorno o internos, relacionado con una preocupación o un recuerdo traumático. ((APA), 2012)

Cuando nos referimos a Ira hablamos de una emoción propia y de un gran número de respuestas, de formas y maneras de afrontar y de entender la vida y el sitio en el que la persona hostil se siente en el mundo. Una vivencia tan pasional del propio existir, con sobresaltos, riesgos y desatinos, quedando a veces en entredicho por las formas, y otras veces bastantes, atrapado en la dependencia de su propia competitividad. Un modo tan rápido, tenso y agresivo de encarar la vida debe conllevar, a la fuerza, un desgaste para el organismo, un riesgo para la salud. Como consecuencias (heridas tras la batalla) dentro del sistema cardiovascular, y que pueden ser atribuibles a Ira, nos encontramos básicamente Aterosclerosis, Cardiopatía Isquémica e Hipertensión Arterial.

La ira es una emoción displacentera de sentimientos que varían en intensidad. Irritación, enfado, furia o rabia causados por la indignación y el enojo que sentimos al vernos vulnerados en nuestros derechos. La ira es el componente subjetivo o experiencial del proceso emocional, a veces dificulta la ejecución de los procesos cognitivos, es pues, una emoción MORAL, pues se produce en un contexto de promesas/ expectativas/ reglas y normas de conducta/ compromisos que no cumplieron con las expectativas de quien siente esta emoción.

La ira se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas, o que atentan los valores morales o la libertad de la persona. Cuando otras personas transmiten abusos verbales o físicos, en situaciones en las que se ejerce coacción sobre el comportamiento y /o las aspiraciones, ante la estimulación aversiva, sensorial o cognitiva, y ante una restricción física o psicológica. (Melchor, 2013)

Durante el transcurso de un estado de irritación leve hasta el estado de ira intensa, la persona puede experimentar sentimientos de irritación, enojo, molestia y enfado. La forma natural e instintiva de expresar un enfado es responder de manera agresiva. Se trata de una respuesta natural ante las amenazas, e inspira sentimientos intensos, con frecuencia agresivos, y conductas que nos permiten luchar y defendernos cuando nos sentimos atacados. ((APA), 2012)

Este proceso tiene su dimensión fisiológica (fluctuaciones en la secreción hormonal, elevaciones de frecuencia cardíaca, de presión arterial, sistólica y diastólica, de la salida cardíaca y de la fuerza de contracción del corazón, así como vasoconstricción y elevaciones en las medidas de conductancia de la piel), su dimensión expresiva (conducta motora, gestos), una dimensión subjetiva, con claras connotaciones afectivas (sentimiento de ira), y, una dimensión actitudinal, con connotaciones cognitivas, y que hace referencia a la hostilidad. (Melchor, 2013)

Aunque la ira sea considerada como una emoción negativa, (pues se interrumpe la conducta que se está realizando, ocasiona agitación y desencadena expresión negativa al entorno), la ira cumple funciones adaptativas: Organización y regulación de procesos internos psicológicos y fisiológicos de autodefensa y la regulación de conductas sociales e interpersonales. La ira produce sensación de energía o impulsividad, y moviliza energía para reacciones de autodefensa y ataque, fuertes, resistentes y con vigor. La ira es una situación generalizada de exigencias y frustraciones excesivas que a través de esa moral buscan el triunfo y el reconocimiento. (Melchor, 2013)

La manifestación más específica de la experiencia emocional de la ira es el resentimiento, que, por lo común, se experimenta con un sentido de injusticia ante las responsabilidades y esfuerzos que la persona realiza en mayor medida que los otros.

La ira rechaza lo que uno es en función de lo que uno siente y cree que debería ser, por tanto, implica una obsesión por mejorar las cosas, que se suele traducir en un empeorar la vida propia y la de los demás. Este querer mejorar las cosas se basa en comparar todo suceso o experiencia con un código preestablecido de valores, modelos, ideales y normas, código que puede estar en desacuerdo tanto con respecto a los otros como frente a la experiencia general, y la de la propia persona que no tiene mayor problema en establecer un código de normas, reglas y principios para poder saltárselo a voluntad, cuando la ocasión lo requiera. (Melchor, 2013)

Hay que tener en cuenta que, para sobrevivir, es necesario un determinado grado de enfado. Sin embargo, no se puede atacar a cada persona u objeto que nos irrita o molesta. Los límites respecto hasta dónde podemos llegar con nuestra ira, lo imponen las leyes, las normas sociales y el sentido común.

Las personas utilizan una diversidad de procesos conscientes e inconscientes para lidiar con los sentimientos que provoca la ira. Las tres reacciones principales son expresar, reprimir y calmarse: expresar los sentimientos con firmeza, pero sin agresividad es la manera más sana de manejar la ira. Para hacerlo, se debe aprender cómo dejar claro cuáles son sus necesidades y cómo atenderlas sin lastimar a otros. Ser firme no significa ser prepotente ni exigente; significa respetarse a sí mismo y a los demás.

Otra manera de abordar esta emoción consiste en reprimir el enfado y después convertirlo o redirigirlo. Es decir, cuando se contiene la ira, se deja de pensar en ella y en cambio se centra en hacer algo positivo. El objetivo es inhibir o reprimir la emoción y convertirla en una conducta mucho más constructiva. El peligro de este tipo de respuesta es que no permite exteriorizar las emociones, pudiendo causar a largo plazo hipertensión u otros síntomas psicósomáticos. Además, inhibir la ira, puede conducir a expresiones patológicas, como, por ejemplo, las respuestas pasivo-agresivas (desquitarse indirectamente, sin decir el motivo, en lugar de hacerlo de frente) o una actitud cínica y hostil duradera. Por último, puede calmarse interiormente. Esto significa no sólo controlar su conducta externa sino también controlar sus respuestas internas, siguiendo unos pasos que conlleven a reducir el ritmo cardíaco, calmarse y dejar que los sentimientos pasen. ((APA), 2012)

Existen creencias populares acerca de la depresión: es una forma de ser, una falta de voluntad, una señal de debilidad, son holgazanes o histéricos. Nada de esto es cierto. La depresión es una enfermedad como lo es la diabetes o una úlcera de estómago y por tanto su aparición no depende de las personas que la sufren y requiere un diagnóstico y un tratamiento específico.

Cualquier persona puede padecer depresión en algún momento de su vida. No obstante, existen algunas que tienen una mayor predisposición, como por ejemplo aquellas que se encuentran expuestas a un stress crónico, como es el caso de los enfermeros que laboran por turnos. A sí mismo, la depresión, como la mayoría de las enfermedades psíquicas, no está causada por un solo factor, sino que es el resultado de un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza que todavía no se conocen completamente.

Por lo general, se considera que existen “factores” biológicos, psicológicos y ambientales (aquéllos relacionados con el entorno social o la familia). Algunos de ellos pueden actuar bastante antes de que se presente la depresión, ellos “preparan el terreno” y se les conoce como factores de riesgo (o vulnerabilidad).

Otros actúan justo antes de la depresión, la desencadenan y se les se conoce como factores precipitantes. Algunos de los factores que pueden favorecer o precipitar la aparición de una depresión son: Los Factores genéticos: En algunas personas puede haber una predisposición genética, existiendo antecedentes familiares que aumentan la probabilidad de padecerla. Las mujeres sufren con mayor frecuencia depresiones que los hombres. Los Factores biológicos: En nuestro cerebro existen sustancias químicas denominadas neurotransmisores que pasan señales de una célula a otra. En la depresión algunos de estos sistemas, particularmente los de Serotonina y Noradrenalina, parecen no estar funcionando correctamente. Los Factores sociales: Determinadas situaciones especialmente complicadas y difíciles que ocurren en la vida (problemas familiares, laborales, etc.) pueden favorecer su aparición. Los estudios demuestran

que la depresión y la ansiedad predominan en las mujeres. Este tipo de trastornos están asociados significativamente con factores de riesgo social, más prevalentes en mujeres que en varones, como las carencias socioeconómicas (mujeres tradicionalmente más empobrecidas por pensiones y salarios más bajos, dedicación a trabajos no remunerados), la continua responsabilidad del cuidado de terceras personas o la violencia de género. Otros: A veces una enfermedad física (diabetes, enfermedades cardíacas, trastornos de la alimentación; etc.) o la toma de ciertos medicamentos hacen que aparezca como así también, el consumo de alcohol y drogas también favorecen su aparición. Existen algunas personas que presentan síntomas de depresión, de forma recurrente en las mismas épocas todos los años, especialmente en zonas con gran diferencia de luz entre verano e invierno.

Entre los síntomas que genera la depresión se encuentran los siguientes: Conducta: Ataques de llanto, aislamiento de los demás, descuido de las responsabilidades, pérdida de interés por la apariencia, pérdida de la motivación. Emociones: Tristeza, ansiedad, culpabilidad, ira, cambios de humor, falta de emociones (embotamiento afectivo), sentimientos de desesperanza. Pensamientos: Autocrítica, sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones, confusión, pensamientos referentes a que otras personas le vean mal. Síntomas Físicos: Sensación de cansancio, falta de energía, dormir mucho o muy poco, comer en exceso o la pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida o aumento de peso, ciclo menstrual irregular, pérdida de apetito sexual, dolores sin explicación aparente.

A menudo la persona no se da cuenta de lo deprimida que está, debido a que la depresión se ha desarrollado gradualmente. Quizás intenta seguir luchando y sobrellevar los sentimientos de depresión manteniéndose ocupado, pero esto puede provocarle aún más estrés y agotamiento. Entonces empiezan los dolores físicos tales como dolor de cabeza constante o el insomnio. A veces éstos son el primer signo de una depresión.

Aprender a detectar las señales de advertencia de un episodio depresivo facilita el tomar la iniciativa de acudir al médico tan pronto como sea posible y evitar así un empeoramiento de la enfermedad. Estas señales varían de una persona a otra (cada una puede tener sus propias señales), pero con frecuencia son las mismas las que vuelven a aparecer en el caso de presentar episodios depresivos recurrentes (que se repiten a lo largo de la vida).

Los signos más frecuentes suelen ser: – un cambio en el estado de ánimo (principalmente tristeza y el llorar sin motivo); la pérdida de interés en actividades que son por lo general placenteras; – problemas con el sueño (despertar en las primeras horas de la mañana, sueño no reparador...); ansiedad constante con momentos en que se agudiza, incluso en situaciones hasta ahora consideradas de rutina y sin riesgo (ir de compras, por ejemplo); irritabilidad inusual que requiere

una gran cantidad de energía para controlarla; – cansancio excesivo o enlentecimiento de los movimientos; una incapacidad para funcionar, para llevar a cabo las tareas cotidianas; una mayor sensibilidad al ruido y cambios no habituales en el apetito (disminución o aumento).

Muchas personas no piden ayuda a su médica/o porque existe una creencia popular de que la depresión es una señal de debilidad de carácter o que la persona “se ha dado por vencida”, como si pudiera elegir el problema. En realidad, nada de esto es cierto. Se trata de una enfermedad que puede afectar ¿En qué consiste la depresión? 9 a las personas más resueltas, incluso las personalidades más poderosas pueden sufrirla. Sólo con la voluntad no es suficiente para salir, sobre todo porque la enfermedad produce una sensación de baja autoestima y pensamientos negativos.

La duración de un episodio depresivo puede variar desde varias semanas a varios meses o incluso años. La mayoría de los episodios depresivos duran menos de seis meses. Es posible una cura completa (desaparición de todos los síntomas), pero el riesgo de recurrencia de la enfermedad después de la recuperación total es muy alto (más del 50% de los casos). La recurrencia de los síntomas puede ser más frecuente después del primer episodio, después de una remisión (desaparición) total de los síntomas durante varios años o lo que es más habitual, que exista una remisión parcial entre los episodios. En algunos casos, estos períodos pueden llegar a ser cada vez más cortos. Sin embargo, cuando la persona está recibiendo tratamiento y seguimiento adecuado, el riesgo de que los síntomas vuelvan a aparecer y el sufrimiento se reducen notablemente, de ahí el interés en la atención temprana de la enfermedad.

En algunos casos la depresión dura varios años. Entonces se le llama depresión crónica y cuando hay menos síntomas y estos son menos intensos se le denomina distimia. Las personas que padecen distimia refieren que siempre están tristes, sentirse apagadas, alicaído o melancólicas. Los síntomas más frecuentes son: una disminución del interés y el placer, causando malestar e interferencia en la vida cotidiana, sentimientos de rendir poco, de impotencia, de culpa o rumiaciones sobre el pasado, irritabilidad o enfados frecuentes. Una persona que sufre de distimia puede tender a aislarse, a retirarse de las actividades sociales; en el trabajo puede presentar una disminución de la actividad, de la eficacia y de la productividad. Con los años, estos trastornos se convierten en parte integrante de su vida o su personalidad.

La depresión puede tener relación con otras enfermedades psicológicas o físicas. Éstas pueden ser: Trastornos de ansiedad: en general, la existencia de un trastorno de ansiedad antes de la depresión o asociado a ésta, aumenta la gravedad de la misma y el riesgo de recaída; El alcoholismo y/o la adicción a ciertos fármacos (ansiolíticos o hipnóticos) o consumo de sustancias tóxicas (ej. cocaína): las personas que padecen depresión pueden tener la tentación de abusar de ellas o consumirlas para aliviar su ansiedad. Además, la asociación de un trastorno depresivo

a una enfermedad física como por ejemplo la diabetes, puede dificultar la identificación y el tratamiento de la depresión, ya que los síntomas de la depresión pueden ser subestimados y atribuidos a la otra enfermedad.

En el caso que a una persona se le diagnostique depresión, el médico/a puede recomendar un descanso laboral, especialmente al principio del tratamiento, debido a tres razones. 1) La depresión, a causa de sus síntomas, puede imposibilitar de manera temporal el ejercer una actividad profesional, de hecho, puede reducir significativamente la iniciativa, la concentración, la memoria y, sobre todo, modificar las relaciones con los demás. 2) El médico, en algunos casos, puede optar por prescribir un fármaco tranquilizante (ansiolítico). Debido al efecto de esta medicación, especialmente al principio del tratamiento, puede resultar dificultosa la realización de algunas actividades profesionales y ser peligrosa la conducción de un automóvil y 3) El mismo trabajo puede tener una influencia negativa sobre la depresión debido a la presencia de un factor desestabilizador, como puede ser el trabajar en turnos nocturnos.

Así mismo, el descanso laboral, en la mayoría de los casos, no es recomendable que se prolongue por mucho tiempo ya que, la actividad y las relaciones profesionales son factores que favorecen el equilibrio y la identidad de la persona, debido a que favorece la socialización y la confianza en sí mismo, pudiendo favorecer también la curación.

Con respecto al tratamiento, hay muchos de ellos que son efectivos y se encuentran disponibles para todas las personas. Pero a pesar de ello, muchas personas con depresión clínica nunca buscan ayuda, debido a que algunas sienten vergüenza, otras no reconocen la necesidad de tratamiento y en otros casos piensan que no hay tratamientos efectivos disponibles. Es aconsejable que la persona busque los medios para tratar la depresión, debido a que la misma es tratable, el tratamiento reduce el dolor y el sufrimiento de la depresión logrando que los pacientes consigan alivio de sus síntomas y regresen a su vida normal, algunas veces en pocas semanas. Al igual que con cualquier otra enfermedad médica, cuanto más se demora el tratamiento, es más difícil de tratar. Si se busca ayuda lo antes posible, puede evitarse que la depresión sea más grave y que vuelva a repetirse.

El tratamiento puede prevenir varias consecuencias graves de la depresión, entre las que se encuentra el suicidio. Las personas con depresión son 30 veces más propensas a autolesionarse que la población general. Sin embargo, cuando la depresión es tratada con éxito los pensamientos de suicidio desaparecen.

El tratamiento es por lo tanto absolutamente necesario. La necesidad de tratamiento es una idea a veces difícil de aceptar, no sólo por razones psicológicas o culturales, sino también por motivos relacionados con los efectos de depresión, hay a menudo una tendencia a pensar que sería preferible “salir por uno mismo,” que la búsqueda de tratamiento sería una “debilidad” o una

victoria más de la depresión o que el aceptar la ayuda supone una renuncia a cualquier dignidad o lucha personal. Nada más lejos de la verdad. Contra la depresión, es muy difícil luchar solos: la lucha es demasiado desigual.

La depresión tiene repercusiones no sólo para la persona que la sufre, sino que también afecta a familiares, amigos y/o compañeros de trabajo, pues la persona deprimida muestra una serie de cambios en el comportamiento y en las relaciones con los demás. Es importante estar atento a estos cambios ya que a veces el mismo estado depresivo hace a la persona no darse cuenta de lo que le pasa o no ver necesario o eficaz consultar o seguir un tratamiento, lo cual sostenido en el tiempo interfiere seriamente en la capacidad de trabajar y disfrutar de la vida. (García Herrera Pérez Bryan & Noguera Morillas, 2013)

A diferencia de lo anteriormente expresado encontramos estados de ánimo positivos definidos por la alegría que es definida como una emoción de las denominadas positivas, por su capacidad para producir conductas de aproximación. Este sentimiento surge ante la idea de que todo está bien, e invita a la celebración, al deseo de compartir con los demás, estableciendo nexos de unión entre las personas para satisfacer las necesidades de afecto y pertenencia.

En psicología, se ha relacionado la alegría con personas extrovertidas y se ha demostrado su efecto positivo en la facilitación para evocar recuerdos agradables e incrementar la flexibilidad mental y la creatividad.

En su sentido más profundo, el sentimiento de felicidad surge ante la idea de estar de acuerdo con la vida que uno lleva y con la certeza de tener las capacidades suficientes para conquistar los sueños y resolver los problemas que surgen en el camino. En este caso, la alegría cursa con sentimientos de buena autoestima y fuerte identidad. (Madrid, 2016)

Haciendo referencia a lo anterior definido cabe citar la teoría de Sor Callista Roy referida a la adaptación de las personas al medio en el que se desarrollan definiéndolas como sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto.

Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupo, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general.

Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno. Describió a la persona como: el foco principal de enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación.

La adaptación se refiere (al proceso y al resultado por lo que las personas, que tiene la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Mas allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

Según Roy el entorno es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales (es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano), contextuales (hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona , tanto de modo interno como de modo externo , aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía) y residuales que son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse. El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos.

La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. Extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuando los mecanismos que se usan para combatir todos los factores antes citados no son eficaces, aparece la enfermedad. Se mantiene la salud mientras las personas se adaptan.

Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno.

El Modo fisiológico y físico de adaptación está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica: 1) oxigenación ;2) nutrición;3) eliminación;4) actividad y reposo y 5) protección.

Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y de ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica.

MODO DE ADAPTACION DEL AUTOCONCEPTO DE GRUPO es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual.

MODO DE ADAPTACION DE FUNCION DEL ROL es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol está interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

MODO DE ADAPTACION DE LA INTERDEPENDENCIA se centra en las relaciones cercanas de las personas y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre si afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades y bienes materiales. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones.

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos de su entorno. Como paso último se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse: a saber, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermera tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno.

Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007)

Material y Métodos

Tipo de estudio o Diseño

Se realizará un estudio de abordaje cuantitativo de tipo descriptivo con recolección de datos en forma prospectiva y de corte transversal. La recolección de datos será prospectiva ya que se registrarán los datos según van ocurriendo los fenómenos y de tipo transversal por que las variables en estudio serán analizadas en un determinado periodo, el estudio es descriptivo puesto que se observará el comportamiento de las variables edad, sexo, antigüedad, turnicidad laboral y estado de ánimo en el personal de enfermería tal cómo se presentan sin realizar ningún tipo de intervención por parte de la autora.

Sitio o contexto de la Investigación

La Institución elegida para la Investigación fue seleccionada a través de un estudio de Convalidación de sitio (ver Anexo I). La misma es de dependencia Estatal y cuenta con salas de internación general (clínica) donde trabaja personal de enfermería que reúnen los criterios de inclusión necesarios para llevar a cabo el estudio.

Las salas de internación general son 4 y se encuentran ubicadas en el segundo y tercer piso de dicha Institución. En el segundo piso se encuentran 3 de ellas sala A y B cuentan ambas con una dotación de enfermería de 25 integrantes cada una, la sala Hemicuerpo cuenta con una dotación de 10 enfermeros. En el tercer piso se encuentra la cuarta sala de internación general con una dotación de 12 enfermeros, cada uno de los enfermeros están distribuidos en los diferentes turnos fijos: mañana, tarde, noche (enfermeros que trabajan lunes miércoles y viernes una semana y alternando la siguiente martes y jueves) y SADOFE (enfermeros que trabajan sábados, domingos y feriados). Del total de los enfermeros nos encontramos con que solo 15 de ellos son licenciados y los demás son enfermeros profesionales.

La población que asiste a dicha Institución son generalmente adultos mayores. Estos datos fueron recabados a través de los resultados del estudio exploratorio (ver Anexo III)

La Institución se encuentra ubicada en la zona Norte de la ciudad de Rosario Provincia de Santa fe, Argentina.

Población y Muestra

Criterios de Inclusión/ Exclusión:

La unidad de análisis será cada uno de los integrantes del personal de enfermería que desempeñan tarea asistencial en la sala de clínica de dicha Institución, personal de enfermería que tenga un año de antigüedad en el servicio quedando excluido el personal de enfermería que tenga doble empleo.

Dicha población en estudio será tomada en su totalidad, aproximadamente 70 enfermeros (ver Anexo III) ya que es factible de ser medida siempre y cuando cumplan con las características necesarias para dicho estudio y que reúnan los criterios de inclusión/ exclusión.

Con respecto a la validez externa cabe aclarar que los resultados de esta investigación solo podrán generalizarse a la población en estudio ya que la misma posee características propias que no pueden compararse con otras Instituciones.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La Investigación se llevará a cabo en un Servicio de cuidados generales (clínica médica). Respetando siempre los principios éticos de autonomía y anonimato de los encuestados. Para el principio de autonomía se tendrá en cuenta el consentimiento informado (ver Anexo II), que será firmado por los participantes de dicho estudio. Los datos obtenidos se usarán con fines meramente académicos. Estos aspectos éticos serán incluidos durante todo el desarrollo de la investigación.

Para la recolección de datos se utilizará como técnica una encuesta que se aplicará a través de un instrumento que será un cuestionario auto administrado, cuyas ventajas incluyen economía de tiempo, calidad de los datos obtenidos ya que no hay interacción con el entrevistador, también permite recabar información en un mismo tiempo y en una población grande al mismo tiempo.

En relación a las desventajas se pueden destacar que impide conocer las reacciones reales del informante ante cada pregunta, pueden producirse también confusiones o malos entendidos puesto que no existe la posibilidad de consultar sobre dudas a su vez muchas personas adoptan actitudes irresponsables o pierden interés frente a este tipo de cuestionario.

Dicho instrumento fue desarrollado por Sanz 1994 el cual se denominó Escala de valoración de los estados de ánimo (EVEA). El mismo consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala grafica de tipo Likert de 11 puntos (0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una afirmación que describe un estado de ánimo, las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con la palabra “me siento” y continúan con un adjetivo que representa el estado de ánimo. La EVEA pretende evaluar cuatro dimensiones sobre: ansiedad, hostilidad, depresión y alegría. Cada estado de animo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos.

Tomando este instrumento de base la autora anexó al mismo un apartado en donde constan las dimensiones e indicadores que miden las variables turnicidad laboral, edad, sexo y antigüedad, a los fines de que el personal de enfermería marque las opciones que se adaptan a su realidad, haciendo de este instrumento un cuestionario autoadministrado (ver Anexo II).

El instrumento será aplicado a todo el personal de enfermería que reúnan los criterios de inclusión durante el horario de trabajo que desempeñe cada uno, por lo cual se coordinará con

los mismos el momento más adecuado para efectuar dicha actividad. A tal fin en principio se propone utilizar el espacio del Office de enfermería ya que el mismo es un espacio privado, se entregarán los cuestionarios a cada personal y podrán completarlos en el tiempo que ellos dispongan.

Para llevar a cabo dicha actividad se estima un tiempo de dos meses, los cuales serán marzo y abril del año 2019.

Cabe aclarar que antes de comenzar con la recolección de datos se realizará una prueba piloto del instrumento con el objetivo de realizar ajustes de ser necesario, la misma se aplicará al personal de enfermería de la guardia medica ya que no formará parte de la población en estudio (ver Anexo IV).

Operacionalización de las variables

Variable 1: Edad (cuantitativa- simple independiente)

Variable 2: Sexo (cualitativa- simple independiente)

Variable 3: Antigüedad (Cuantitativa – independiente)

Dimensión 1: En el turno

Dimensión 2: En la profesión

Variable 4: Turnicidad (cualitativa- independiente) “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”

Dimensión 1: Modalidad lunes a viernes

Indicadores:

- Turno mañana (06 a 13)
- Turno tarde (12 a 19)
- Turno noche (18 a 06)

Dimensión 2: Modalidad SADOFE (sábado, domingo y feriados)

Indicadores:

- Turno mañana (06 a 18)
- Turno noche (18 a 06)

Variable 5: Estado de ánimo (cualitativa - dependiente) “Los estados de ánimo se definen como estados difusos que aparecen sin motivo específico y prolongados en el tiempo”

Dimensión 1: Ansiedad (cualitativa – dependiente) “Es un estado mental que se manifiesta con tensión muscular, palpitations, manos o pies fríos, oleadas de calor o escalofríos y la persona puede sentirse nerviosa, tensa, ansiosa o intranquila”

Indicadores:

- Me siento nervioso
- Me siento tenso
- Me siento ansioso
- Me siento intranquilo

Dimensión 2: Ira – Hostilidad (cualitativa – dependiente) “Emoción displacentera de sentimientos que varían en intensidad. Irritación, enfado, furia o rabia causados por la indignación y el enojo que sentimos al vernos vulnerados en nuestros derechos.”

Indicadores:

- Me siento irritado
- Me siento enojado
- Me siento molesto
- Me siento enfadado

Dimensión 3: tristeza – Depresión (cualitativa – dependiente) “Trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses”

Indicadores:

- Me siento triste
- Me siento apagado
- Me siento alicaído
- Me siento melancólico

Dimensión 4: Alegría (cualitativa – dependiente) “Es definida como una emoción de las denominadas positivas, por su capacidad para producir conductas de aproximación”

Indicadores:

- Me siento alegre
- Me siento jovial
- Me siento optimista
- Me siento contento

Personal a cargo de la recolección de datos

El Instrumento será aplicado por el investigador ya que es un cuestionario auto administrado y no requiere de otra persona para su aplicación por su sencillez, pudiéndose a su vez dejar en cada servicio para que lo completen en el momento que el personal requiere. Esta instancia corresponde a uno de los controles de validez interna.

Plan de análisis

Los resultados se volcarán en tablas de doble entrada en las cuales se relacionarán los datos de sexo, edad, antigüedad y turnicidad con cada estado de ánimo valorado. Se utilizará una estadística descriptiva definiendo los valores obtenidos para cada dimensión y se representarán en gráficos de barras de doble entrada, utilizando el programa EpilInfo.

Variable 1: Edad

Se utilizará una escala de tipo nominal (según datos a recabar)

Variable 2: Sexo

Se utilizará una escala de tipo nominal para analizar el dato (Femenino – Masculino)

Variable 3: Antigüedad

Se utilizará una escala de tipo ordinal (según datos a recabar)

Variable 4: Turnicidad laboral

Para analizar los datos de la variable se procederá a codificar cada uno de los indicadores que miden cada variable a fin de identificar los mismos al momento de relacionar con el resto de las variables. A tal fin se analizarán utilizando una escala nominal.

Variable 5: Estado de ánimo

La misma consta de 4 (cuatro) dimensiones y 16 (dieciséis) indicadores los cuales se agrupan según cada dimensión en particular.

Cada indicador se mide a través de una escala ordinal de tipo Likert la cual se cuantifica desde 0 a 10 puntos siendo 0 sin sentimientos y 10 el mayor grado de sentimientos. A tal fin cada dimensión va tener un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 y se va a reconstruir de la siguiente manera:

1 a 13 leve

14 a 27 moderado

28 a 40 grave arriba

Cabe aclarar que esta variable será cuantificada y analizada según la dimensión a valorar ya que los diferentes estados de ánimo que se miden en esta variable no pueden ser cuantificados como única medida.

Plan de trabajo y cronograma

<i>Actividad</i>	<i>Marzo 2019</i>		<i>Abril 2019</i>		<i>Mayo 2019</i>	
	1°	2°	1°	2°	1°	2°
<i>Todas las actividades serán desarrolladas por la autora de la presente Investigación</i>	Quincena		Quincena		Quincena	
	1°	2°	1°	2°	1°	2°
Recolección de Datos: Encuesta a Enfermeros entrega de cuestionarios. Recursos (papel, lapiceras, transporte)						
Tabulación de los Datos Recursos (pc, papel, lápiz)						
Análisis e Interpretación de los resultados						
Elaboración de las Conclusiones						
Redacción de la Discusión						

ANEXO I
CONVALIDACIÓN DE SITIO
Estudio Exploratorio

- 1- ¿Existe la autorización de la institución? Si () No ()
- 2- ¿El jefe de cada sala autoriza realizar la investigación? Si () No ()
- 3- ¿Cuál es el sistema de turnos vigente?.....
- 4- ¿El turno de trabajo fue elegido o asignado?
- 5- ¿Cuál es la dotación de enfermería por guardia?
- 6- ¿Cuál es la formación académica del plantel de enfermería?.....
- 7- ¿Cuáles son los Servicios de Internación general con los que cuenta la Institución?
- 8- ¿Cómo esta compuesto el Servicio de Internación general con respecto a la edad, sexo y antigüedad de los Enfermeros?
- 9- ¿Cuál es la edad promedio de los pacientes que asisten a esta Institución?
- 10- ¿Cuál es el horario óptimo para realizar las encuestas?
- 11- ¿Existe un lugar en la sala adecuado para realizar las encuestas?
Si () No ()
- 12- ¿La Institución ofrece algún tipo de contención psicológica a los enfermeros?
Si () No ()
- 13- ¿Qué día y en que horario se podrá asistir a la institución para entregar a los Enfermeros el formulario de consentimiento?

ANEXO II

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Me dirijo a usted con el fin de poder recabar datos para la Investigación que me encuentro llevando a cabo que tiene como objetivo describir qué relación existe entre turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad, sexo y antigüedad laboral en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general de un efector público de la ciudad de Rosario entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del año 2019.

Fecha.....

V 1-. Edad..... Años

V 2- Sexo.....Femenino.... Masculino....

V 3 - Antigüedad..... En el turno

En la profesión

V 4- Turnicidad laboral:

Marque con una X el turno que realiza.

Modalidad Lunes a viernes.... Turno mañana (06 a 13)

Turno tarde (12 a 19)

Turno noche (18 a 06)

Modalidad SADOFE (sábado, domingo y feriados) Turno (06 a 18)

Turno (18 a 06)

V 5- Estado de Animo

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y marca con una X el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

Nada

Mucho

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento nervioso											
Me siento irritado											
Me siento alegre											
Me siento melancólico											
Me siento tenso											
Me siento optimista											
Me siento alicaído											
Me siento enojado											
Me siento ansioso											
Me siento apagado											
Me siento molesto											
Me siento jovial											
Me siento intranquilo											
Me siento enfadado											
Me siento contento											
Me siento triste											

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Bazan, Magali Bazan.

Documento de Consentimiento Informado para Enfermeros /as de una Institución Pública que laboran en turnos diurnos y nocturnos.

Parte I: Información

Yo soy Magali Bazan estudiante de la Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y estoy haciendo una Investigación sobre los diferentes estados de ánimo que se presentan en los enfermeros durante el transcurso de su guardia.

No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación.

Esta investigación tendrá una única intervención, donde se les proporcionará a todos los enfermeros que concurran a la Institución un cuestionario con preguntas simples.

Su participación es totalmente voluntaria, usted elige si quiere participar o no hacerlo.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar.

La información que recojamos por este cuestionario se mantendrá confidencial.

Usted no tiene por qué participar de esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma.

Formulario de Consentimiento:

He sido invitado a participar en la investigación sobre los diferentes estados de ánimo que presentan los enfermeros durante el transcurso de la guardia.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que eh realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Firma del participante:

Fecha:

ANEXO III

RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

Para llevar a cabo la presente Investigación, se obtuvo la autorización de las Autoridades de la Institución junto con los jefes de cada sala de Internación.

Dicha Institución cuenta con 4 salas de internación general y se encuentran ubicadas en el segundo y tercer piso de la misma. En el segundo piso se encuentran 3 de ellas sala A y B cuentan ambas con una dotación de enfermería de 25 enfermeros cada una, la sala Hemicuerpo cuenta con una dotación de 10 enfermeros. En el tercer piso se encuentra la cuarta sala de internación general con una dotación de 12 enfermeros, el personal de enfermería está distribuidos en los diferentes turnos fijos que fueron elegidos por cada uno de ellos a su conveniencia: mañana, tarde, noche (enfermeros que trabajan lunes miércoles y viernes una semana y alternando la siguiente martes y jueves) y SADOFE (enfermeros que trabajan sábados, domingos y feriados). La dotación de enfermería por guardia es de 4 enfermeros aproximadamente en las salas A y B, en las salas Hemicuerpo y 3 er piso es de 3 enfermeros aproximadamente.

Del total de los enfermeros nos encontramos con que solo 15 de ellos son licenciados y los demás son enfermeros profesionales. La edad promedio de los enfermeros/as es de entre 30 y 45 años siendo en su mayoría mujeres. La antigüedad del personal de enfermería que trabaja en la Institución oscila entre los 2 y 10 años.

La Institución asiste exclusivamente a pacientes adultos mayores de entre 65 y 90 años de edad, la mayoría con patologías del tipo crónicas, con un alto nivel de dependencia.

Dicha Institución no cuenta con ningún tipo de apoyo psicológico para el personal de enfermería que se desempeña en los diferentes turnos.

ANEXO IV

RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

Se llevó a cabo una prueba de los instrumentos de recolección de datos (control de Validez Interna) la misma se aplicó a 5 enfermeros que se desempeñan en el Servicio de Guardia Médica de la institución en donde se desarrollará la presente investigación, ya que dichos enfermeros no formarán parte de la población que participara en la recolección de datos. La prueba arrojó resultados positivos excepto por la variable número 3 Antigüedad donde hubo confusión en los espacios a completar. Otro error encontrado fue que los participantes firmaron al pie del instrumento, no se llegó a comprender que era una actividad anónima, por eso mismo se agregaron las correcciones pertinentes en cada caso para su mayor comprensión. A continuación, se encuentra el instrumento con los cambios efectuados.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Me dirijo a usted con el fin de poder recabar datos para la Investigación que me encuentro llevando a cabo que tiene como objetivo describir qué relación existe entre turnicidad laboral y el estado de ánimo según edad, sexo y antigüedad laboral en el personal de enfermería que se desempeña en un servicio de internación general de un efector público de la ciudad de Rosario entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del año 2019. **Este cuestionario es totalmente anónimo por lo cual no debe manifestar ningún dato de su identidad, ni tampoco firmarlo.**

Fecha.....

V 1- Edad..... Años

V 2- Sexo.....Femenino.... Masculino....

V 3 – **Indique los años de** Antigüedad En el turno

En la profesión

V 4- Turnicidad laboral:

Marque con una X el turno que realiza.

Modalidad Lunes a viernes.... Turno mañana (06 a 13)

Turno tarde (12 a 19)

Turno noche (18 a 06)

Modalidad SADOFE (sábado, domingo y feriados) Turno (06 a 18)

Turno (18 a 06)

V 5- Estado de Animo

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y marca con una X el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada					Mucho					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento nervioso											
Me siento irritado											
Me siento alegre											
Me siento melancólico											
Me siento tenso											
Me siento optimista											
Me siento alicaído											
Me siento enojado											
Me siento ansioso											
Me siento apagado											
Me siento molesto											
Me siento jovial											
Me siento intranquilo											
Me siento enfadado											
Me siento contento											
Me siento triste											

BIBLIOGRAFIA

- Alegret Badiola, N. (2012). *Zaguan* . Recuperado el 10 de Septiembre de 2018, de <https://zaguan.unizar.es/record/8870/files/TAZ-TFM-2012-734.pdf>
- Alferez Cruz, L. F., & Matta Ospina, H. (2013). *Udea*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2018, de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8df1d1be-8bab-4b89-b881-a8f495fda828/trastornos+del+sue%C3%B1o+y+su+efectos.pdf?MOD=AJPERES>
- Medina, A. G., & Sierra , J. C. (Agosto de 2004). Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *14(2)*, 147-154. Recuperado el 5 de Agosto de 2018, de <https://studylib.es/doc/7893981/influencia-del-trabajo-por-turnos-en-el-estado-emocional-...>
- Nogareda Cuixart , C., & Nogareda Cuixart , S. (1995). *Insht*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2018, de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_455.pdf
- Ordóñez López, A., González Barrón, R., Montoya Castilla, I., & Schoeps , K. (2014). CONCIENCIA EMOCIONAL, ESTADOS DE ÁNIMO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO. *INFAD Revista de Psicología*, *6(1)*, 229-236 . Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851790027>
- (APA), A. A. (2012). *InfoCop*. Recuperado el 6 de Octubre de 2018, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4021
- Carbajal , G., & Zaballa , S. (diciembre de 2016). *bdigital.uncu.edu*. Obtenido de bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8663/carbajal-gisela.pdf
- Cossio, S., Monier, S., & Reyna, E. (Febrero de 2010). *Biblioteca virtual de Enfermería*. Obtenido de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cossio_selva.pdf
- Gago López, M. M., Bouzada Rodríguez, A. L., Otero López, A., Otero López, C., Calvo Alonso, J., & Carracedo Martín, R. (1 de Mayo de 2013). *Nure Investigacion*. Recuperado el 2 de Agosto de 2018
- Garcia Herrera Perez Bryan, J. M., & Noguera Morrilas, V. (2013). *scribd*. Recuperado el 2 de Octubre de 2018, de <https://es.scribd.com/doc/314654217/Guias-de-Autoayuda-Ansiedad-y-Depresion>
- García Rivera, B., Maldonado Radillo, S., & Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Baja California, Mexico. Recuperado el 15 de Agosto de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100006
- Madrid, P. e. (16 de Julio de 2016). *Psicologos en Madrid EU*. Recuperado el 5 de Octubre de 2018, de <http://psicologosenmadrid.eu/alegria/>
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorias en Enfermería* (Sexta edicion ed.). Madrid, España: ELSEVIER. Recuperado el 2 de Noviembre de 2018

- McCarthy, P. (2007). *Evaluation of the sick child in the office and clinic*. Philadelphia. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de <https://www.ecured.cu/Irritabilidad>
- Melchor, A. (2013). *PSIMAE*. Recuperado el 6 de Octubre de 2018, de <http://www.psimae.es/publicaciones/ira-y-hostilidad-es.html>
- Montejano, S. (10 de Mayo de 2014). *PSICOGLOBAL*. Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de <http://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emocion-tristeza>
- Montes Nogales, J. (15 de Junio de 2017). *UNI RIOJA*. Obtenido de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002589.pdf
- Ordóñez López, A., González Barrón, R., Montoya Castilla, I., & Schoeps, K. (2014). CONCIENCIA EMOCIONAL, ESTADOS DE ÁNIMO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 229-236. Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851790027>
- Ramírez Elizondo, N., Paravic Klijn, T., & Valenzuela Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(3), 152-155. Recuperado el 5 de Septiembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Sanchez Gonzalez, J. M. (2015). *bdigital.uib.es*. Recuperado el 6 de Agosto de 2018, de ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/TDX-0204.dir/TDX-0204105-085658.pdf
- Sanz, J. (2001). Un instruemnto para evaluar la eficacia de los procedimientos de induccion de estado de animo. *Analisis y modificacion de la conducta*, 27, 111. Recuperado el 6 de Agosto de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/39148549_Un_instrumento_para_evaluar_la_eficacia_de_los_procedimientos_de_induccion_de_estado_de_animo_la_Escala_de_Valoracion_del_Estado_de_animo_EVEA/links/0c96052862b0209619000000/Un-instrume
- Serra, L. (2013). TRABAJO EN TURNOS, PRIVACIÓN DE SUEÑO Y SUS CONSECUENCIAS CLINICAS Y MEDICO LEGALES. *Revista Medica clinica Las Condes*, 22(3), 443-451. Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S0716864013701809/1-s2.0-S0716864013701809-main.pdf?_tid=d9e03149-8794-4984-b7b3-9644b1250dfb&acdnat=1542026673_b399a17b3f3bef167558e4bca6b3dd49
- Vergara, G. (2006). Rene. *Revista Chilena de Neuropsicologia*, 29-40. Recuperado el 3 de Septiembre de 2018, de <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/429440-rcnp2006v1n1-4.pdf>