




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

PTE 2785

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAS DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Relación entre la calidad del sueño y la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en enfermeros con pluriempleo, según la turnicidad laboral y horas semanales trabajadas en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de Rosario.

Asignatura: Taller de investigación.

Docente asesor: Mg. Nores, Rosana.

Autor: Enf. Paglialunga, Ignacio.

Directora: Lic. Ranalli, Agustina.

Rosario, 14 de noviembre de 2025.

Agradecimientos.

A mis padres, familiares y pareja por el apoyo incondicional en todos mis logros.

A mis colegas y amigos que estuvieron en todo momento.

A mi directora de tesis y amiga Agustina.

A mi docente asesora Rosana por guiarme en la realización del proyecto.

Resumen y palabras clave.

El sueño es una necesidad biológica esencial que involucra múltiples procesos fisiológicos y cuya calidad se refiere a la percepción de satisfacción personal con todos los aspectos relacionados con la experiencia de dormir. Cuando esta se ve afectada de manera persistente, pueden aparecer diversas consecuencias físicas y psicológicas, entre ellas el trastorno de ansiedad generalizada. En el ámbito de la enfermería, especialmente en las unidades de terapia intensiva, las altas exigencias laborales, la carga emocional, la turnicidad y el pluriempleo constituyen factores que pueden deteriorar tanto la calidad del sueño como la salud mental.

Este proyecto de investigación tiene como propósito analizar la relación entre la calidad del sueño y la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en enfermeros con pluriempleo que se desempeñan en una unidad de terapia intensiva de un hospital público. Se incorporan además variables laborales relevantes como la turnicidad y la cantidad de horas trabajadas semanalmente. El estudio se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, analítico, prospectivo y transversal, y se aplicará a una muestra de enfermeros que cumplan criterios específicos de inclusión/exclusión.

Para la recolección de datos se aplicará el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) para evaluar la calidad del descanso y la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para medir los niveles de ansiedad, asimismo, un cuestionario complementario permitirá relevar la turnicidad y la carga horaria. El análisis de los datos se realizará mediante estadística de tipo descriptiva bivariada y multivariada, y los resultados se presentarán mediante gráficos de barras y boxplots.

Palabras clave: Enfermería, Calidad de sueño, Trastorno de ansiedad generalizada, Pluriempleo, Turnicidad laboral.

Índice general.

Agradecimientos.....	1
Resumen y palabras clave.	2
Índice general.	3
Introducción.....	4
Estado del arte.....	6
Justificación.....	12
Problema de investigación.	13
Hipótesis.....	13
Objetivo general.	13
Objetivos específicos.....	13
Marco teórico.	15
Material y método.....	27
Tipo de estudio.	27
Sitio y contexto.	27
Población y muestra.	28
Técnica e instrumentos para la recolección de datos.....	29
Procedimiento de recolección de datos.	30
Consideraciones éticas.	31
Plan de análisis.	33
Cronograma de actividades y plan de trabajo.....	42
Anexo I.....	43
Aval institucional.....	43
Anexo II.....	44
Operacionalización de variables.....	44
Instrumentos de recolección de datos.....	47
Hoja de información.....	56
Consentimiento informado.....	57
Bibliografía.	58

Introducción.

A lo largo de la historia el ser humano se ha sentido interesado en el estudio del sueño, pero no es hasta hace pocas décadas que se hizo énfasis en su importancia, ya que se descubrió que desempeña un papel esencial en la salud física, mental y emocional de las personas.

Para autores como Rodríguez et al. (2016), el sueño constituye una necesidad fundamental del ser humano y puede entenderse como un proceso fisiológico complejo que surge de la interacción de múltiples sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, produciendo a su vez cambios en los sistemas nervioso periférico, endócrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Se trata de un fenómeno de carácter cíclico, conocido como ritmo circadiano o ciclo sueño-vigilia.

Asegurar una buena calidad de sueño en las personas se vuelve una necesidad, ya que la falta de este puede favorecer el desarrollo de enfermedades físicas y mentales.

La calidad del sueño se define como la satisfacción personal con todos los aspectos de la experiencia del sueño. La calidad del sueño comprende cuatro atributos: eficiencia del sueño, latencia del sueño, duración del sueño y despertar tras el inicio del sueño. (Nelson et al., 2022, p. 144).

Según el Instituto del Sueño (s.f.), una buena calidad del sueño tiene como consecuencia efectos positivos en la vida cotidiana de las personas, como tener el cuerpo descansado para poder rendir mejor en las tareas diarias y mantener mejores relaciones interpersonales, mientras que la falta de sueño podría causar fatiga, irritabilidad y un marcado aumento en el consumo de cafeína y/o alcohol. Uno de los atributos principales de la calidad de sueño es la duración de este, por lo que este Instituto considera que es recomendable dormir aproximadamente ocho horas diarias para conservar un adecuado equilibrio fisiológico y garantizar un funcionamiento óptimo del organismo durante la jornada siguiente.

Los trastornos de sueño sostenidos en el tiempo traen, entre otros problemas, alteraciones en el estado psicológico de quienes lo padecen, dando lugar a la aparición de ansiedad y trastornos mentales relacionados, como, por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad es una respuesta natural ante situaciones de estrés y en ciertos contextos puede resultarle útil al ser humano, ya que permite estar alerta frente a posibles amenazas facilitando la concentración, permitiendo dar una respuesta rápida ante la situación estresora. No obstante, los trastornos de ansiedad van más allá de la ansiedad ocasional o

el nerviosismo cotidiano, manifestándose como miedos intensos y persistentes. Un ejemplo de ello es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), caracterizado por una preocupación excesiva y constante que afecta negativamente el desarrollo de las actividades diarias. Esta condición suele acompañarse de manifestaciones físicas como fatiga, inquietud, tensión muscular, problemas de concentración, alteraciones del sueño y una sensación continua de nerviosismo. (Colón, 2024).

La ansiedad no se manifiesta de manera independiente, sino que está estrechamente condicionada por el entorno laboral en el que las personas desempeñan sus funciones. En el ámbito de la salud, y especialmente en la profesión de enfermería, las condiciones de trabajo implican diversos factores de riesgo psicosocial que pueden impactar negativamente tanto en la salud mental como física del personal. La exposición constante a contextos de alta demanda, la carga excesiva de tareas y la organización del trabajo por turnos favorecen el incremento del estrés, la fatiga y la ansiedad. Estas circunstancias, mantenidas en el tiempo, pueden provocar la aparición de síntomas ansiosos, trastornos del sueño y un deterioro general en la calidad de vida.

Debido a la necesidad de atención continua en el ámbito sanitario, gran parte de los servicios de salud, incluidas las funciones esenciales como la enfermería, dependen del trabajo por turnos, generalmente rotativos, y constituye una modalidad de organización laboral en la cual el personal desempeña sus funciones en diferentes franjas horarias de manera alternada. Este sistema se implementa, principalmente, en instituciones y empresas que requieren garantizar la continuidad de sus servicios durante las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin interrupciones. El personal que realiza trabajo por turnos suele rotar entre turnos matutinos, vespertinos y nocturnos, desempeñándose frecuentemente fuera del horario habitual de oficina (de 9:00 a 17:00). En cuanto a la definición de turno nocturno en Argentina, este está descrito en la Ley 11544 de Jornada de Trabajo (1929), artículo 2º, “entendiéndose como tal la comprendida entre las veintiuna y las seis horas”. Este tipo de turno laboral puede tener efectos adversos en la salud física y mental, ya que interfiere con el ritmo circadiano y el ciclo natural de sueño y vigilia, lo que podría sugerir que el trabajo nocturno y el trabajo a turnos podrían provocar alteraciones en los hábitos de sueño de las personas, derivando en trastornos del sueño y psicológicos, entre otros. A pesar de la conexión entre la salud mental y la salud general, se sabe poco sobre el efecto de los factores relacionados con el trabajo a turnos en la salud mental de esta población.

Otro de los factores que podrían disminuir la calidad de sueño y favorecer la aparición de trastorno de ansiedad generalizada, además del trabajo en turnos, es el pluriempleo por parte del personal de salud. Este se refiere a la obtención de más de un

trabajo simultáneamente por parte de los trabajadores. Este fenómeno se ve en aumento en Argentina como resultado de la pérdida de poder adquisitivo de los salarios, específicamente en enfermería. El pluriempleo puede tener un impacto significativo en la calidad del sueño, según autores como Dotti y Rodríguez (2013), ya que, al asumir múltiples jornadas de trabajo, muchas veces en distintos turnos y con escaso tiempo de descanso entre ellas según la cantidad de horas trabajadas semanalmente, se ve alterado el ritmo circadiano y se reducen tanto la cantidad como la calidad del sueño. Esta situación puede derivar en insomnio, fatiga crónica y trastornos del sueño, afectando no solo el bienestar físico y mental del trabajador, sino también su rendimiento y capacidad de respuesta en el entorno laboral.

Estado del arte.

A continuación, van a ser presentados algunos antecedentes de importancia en cuanto a la investigación compete, comenzando por estudios sobre características del sueño en el personal sanitario, seguido por el impacto de la turnicidad en la calidad del sueño, aparición de síntomas de ansiedad y culminando por antecedentes de estudio sobre pluriempleo.

Como primer antecedente, se presenta un estudio descriptivo transversal, realizado en un centro médico en el sur de Países Bajos entre septiembre de 2019 y enero de 2020 con el fin de investigar la calidad del sueño de enfermeras que trabajan en turnos irregulares y determinar si la calidad del sueño está asociada con la necesidad de recuperación. Todas las enfermeras de la institución con turnos irregulares, incluyendo turnos nocturnos como a aquellas con turnos no nocturnos fueron invitadas a participar en el estudio (854 enfermeras), excluyéndose a las que realizaban residencias en enfermería.

Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios sobre comportamientos sociodemográficos (para obtener información sobre edad, género, nivel educativo, situación de vida, años de experiencia laboral, promedio de horas de trabajo por semana, si trabajó en turnos de noche durante los últimos seis meses o no y promedio de turnos de noche trabajados por mes en los últimos seis meses), de salud (ítems como la salud general percibida, el tratamiento para problemas de sueño y el índice de masa corporal (IMC)) y de estilo de vida (cinco preguntas que solicitaron información sobre el tabaquismo diario, la ingesta de alcohol, la participación en actividad física, la frecuencia de ejercicio en promedio por semana y el uso de computadoras o pantallas móviles dentro de los 60 minutos antes de acostarse); además de utilizarse la Lista de Experiencia de Sueño-Vigilia (SWEL), que es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar quejas crónicas relacionadas con el ciclo sueño-vigilia durante los últimos tres meses. Consta de ítems que exploran seis

dimensiones: dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos, despertar precoz, dificultad para levantarse, cansancio matutino y somnolencia diurna, cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, que mide frecuencia y severidad de las quejas, y la puntuación global se obtiene combinando ambos aspectos, en un rango de 0 a 11, donde puntajes más altos indican peor calidad del sueño. También se utilizó la Escala de Necesidad de Recuperación (NfR), que es un cuestionario autoadministrado que evalúa el grado en que los trabajadores necesitan recuperarse física y mentalmente después de la jornada laboral, este consta de 11 ítems dicotómicos (sí/no) que indagan síntomas de fatiga, dificultad para relajarse y agotamiento tras el trabajo, donde la puntuación total se obtiene sumando las respuestas afirmativas, que luego pueden transformarse en una escala de 0 a 100; valores más altos indican mayor necesidad de recuperación.

Los resultados del estudio mostraron que las enfermeras que realizaron turnos irregulares con trabajo nocturno presentaron una calidad de sueño significativamente inferior en comparación con aquellas que trabajaron turnos irregulares sin incluir noches. Esta diferencia se mantuvo incluso tras ajustar por variables como el sexo, la edad y la percepción del estado general de salud. También se demostró que, en general, el trabajo por turnos, incluidos los nocturnos, aumentaba el estrés y la dificultad para afrontarlo, además de reducir el disfrute de la vida. Otro hallazgo fue que trabajar en turnos irregulares se relacionaría con una peor calidad de sueño en las enfermeras y que estas eran particularmente propensas a sentir cansancio al despertar, despertarse temprano y tener dificultad para despertarse, además de que las que trabajaban en turnos nocturnos podrían sufrir problemas de sueño con el tiempo. Los autores sugieren que en futuras investigaciones se enfatice en el análisis de si la calidad del sueño de las enfermeras con turnos irregulares puede mejorar mediante la optimización de la organización de los turnos o a través de la implementación de estrategias de higiene del sueño. (Albakri, 2024).

Por otro lado, en Madrid entre diciembre de 2021 y enero de 2022 se realizó un estudio observacional transversal sobre la calidad del sueño en profesionales de la salud de cuatro hospitales de la ciudad. El tamaño muestral fue de 367 trabajadores e incluyó médicos, enfermeras, residentes y auxiliares de enfermería que trabajaban en urgencias, unidad de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado, digital y anónimo que incluyó los siguientes instrumentos: la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), que consta de 7 ítems, diseñado para evaluar la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad generalizada en las últimas dos semanas mediante las dimensiones síntomas de ansiedad generalizada, inquietud o incapacidad para relajarse, preocupación excesiva, dificultad para relajarse,

irritabilidad y temor a que algo terrible ocurra, y cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas. Por otro lado, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) que consta de 19 ítems agrupados en siete componentes: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna durante el último mes, donde las puntuaciones de los siete componentes se suman para obtener una puntuación PSQI global. Por último, el Índice de Higiene del Sueño (SHI) es un cuestionario autoadministrado de 13 ítems que evalúa la presencia de conductas relacionadas con la higiene del sueño utilizando una escala tipo Likert y un cuestionario para identificar variables sociodemográficas y laborales.

Los resultados mostraron que el colectivo de enfermería es el grupo de sanitarios con mayores niveles de ansiedad, las mujeres son el grupo que mayores síntomas de ansiedad presenta, donde el 83,3% de los participantes presentó síntomas de ansiedad, el 85% de la muestra presentó mala calidad del sueño, un 52% mostró mala higiene del sueño, además la mala calidad del sueño se correlacionó con ansiedad y mala higiene del sueño. Se concluyó que los trabajadores sanitarios estudiados presentaron una elevada prevalencia de mala calidad del sueño y ansiedad, y la turnicidad laboral se relacionó significativamente con la ansiedad. Con esos datos se sugirió implementar programas preventivos y de protección que atiendan estas condiciones psico-fisiológicas para mejorar la salud ocupacional del personal sanitario. (Maganto et al., 2023).

Otro antecedente a tener en cuenta es un estudio observacional, analítico y transversal realizado en Canarias en el año 2022, cuyo objetivo fue analizar la calidad del sueño del personal de enfermería de dos hospitales de tercer nivel de atención y su correlación con el turno de trabajo. Se utilizó una muestra no probabilística de 275 enfermeros y auxiliares de enfermería activos en diferentes turnos: turno mañana (de lunes a viernes de 08 a 15 h), turno rotatorio (en el que los trabajadores realizan turnos de mañana (08 a 15 h), tarde (15 a 22 h) y turno noche (22 a 08 h)) y el turno antiestrés (en el que los trabajadores tienen turnos de 12h, es decir de 08 a 20 h, y de 20 a 08 h, con una rotación de un turno diurno, un turno nocturno y tres días libres incluyendo el día saliente de la guardia de noche), con antigüedad mínima de un mes, excluyendo a estudiantes y residentes. Se midió la calidad de sueño mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI).

Los resultados arrojaron que el 65,8% del personal de enfermería presentó mala calidad del sueño, los trabajadores con turno antiestrés presentaron mejor calidad del sueño que los de turno rotatorio, concluyendo que la turnicidad influye significativamente en la calidad del sueño del personal de enfermería y que la mayoría de los participantes tiene

una mala calidad de sueño, lo que representa un problema de salud laboral importante. A raíz de estos resultados, los investigadores concluyen en la necesidad de adoptar medidas para adaptar la rotación de turnos a las características individuales, implementar medidas preventivas y programas de educación en higiene del sueño y realizar evaluaciones periódicas de salud en trabajadores con turnos prolongados o irregulares. (Castillo et al., 2022).

En cuanto a trastornos del sueño asociados al turno nocturno, se presenta un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en una clínica privada en Cuenca, Ecuador, en el periodo 2021-2022, que analiza la presencia de trastornos del sueño en profesionales de la salud que trabajan en turnos nocturnos. La muestra la constituyeron 20 trabajadores de la institución que trabajaron en turnos nocturnos de 12 horas, 24 horas a la semana por un tiempo de 1 año o más. Para la recolección de datos se les aplicó la escala Epworth, que es un cuestionario autoadministrado que consta de ocho preguntas y que evalúa la probabilidad de quedarse dormido en diferentes situaciones cotidianas y mide la somnolencia diurna, y un cuestionario estructurado adaptado sobre condiciones laborales, efectos que produce el trabajo y efectos del trabajo nocturno.

Los resultados demuestran que el 75% de los profesionales presentaron trastornos del sueño ligeros y un 20% presentó trastornos moderados o graves, además de identificarse efectos del trabajo nocturno, como alteraciones del sueño en un 60% de la muestra, trastornos gastrointestinales y nerviosos, y reducción del rendimiento, errores y dificultades sociales, pero en menor medida. Como conclusión se obtuvo que la mayoría de los participantes presentan trastornos del sueño, aunque en su mayoría ligeros, y se recomienda hacer seguimiento a los profesionales más afectados y ampliar las investigaciones futuras considerando muestras más grandes y la inclusión de otras variables sociodemográficas. (Parra et al., 2023).

Introduciendo un antecedente sobre estudio de ansiedad y turnicidad en el personal de salud, en China se realizó un estudio transversal multicéntrico entre diciembre de 2020 y febrero de 2022 con el objetivo de analizar el efecto de diversos factores asociados al trabajo por turnos sobre la ansiedad y la depresión en enfermeras, donde se recopilaron datos de salud de 9181 trabajadoras de 20 hospitales y ocho ciudades. Se excluyó a las enfermeras con menos de 6 meses de experiencia laboral. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario online y se utilizaron los siguientes instrumentos estandarizados y validados: la Escala de Fatiga (FS-14), diseñado para medir la gravedad de la fatiga física y mental, y consta de 14 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), que es una herramienta de autoevaluación que

se utiliza para detectar la presencia y gravedad de la depresión en adultos y consta de nueve preguntas que evalúan la frecuencia de los síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, y la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para medir ansiedad.

Se encontró que la prevalencia de depresión y ansiedad en las enfermeras que trabajan en turnos rotativos fue significativamente mayor que entre las enfermeras que poseen turno fijo, además de que la mala calidad del sueño antes o después de los turnos de noche se asoció con mayores niveles de ansiedad y depresión. También encontraron que el estrés psicológico relacionado con los turnos nocturnos impactó negativamente en enfermeras de turno rotativo según el período de tiempo. Como conclusión, se obtuvo que el trabajo por turnos afecta negativamente la salud mental de las enfermeras, especialmente si incluye turnos nocturnos; la ansiedad y la depresión pueden mitigarse reduciendo la carga laboral, las fuentes de estrés antes y durante los turnos y la fatiga acumulada. Se recomienda implementar programas institucionales que mejoren la programación de turnos, promuevan el descanso adecuado y fomenten el bienestar emocional y físico del personal de enfermería. (Li et al., 2022).

Otro antecedente a tener en cuenta es un estudio cuantitativo, observacional, con un diseño analítico transversal realizado en julio de 2023 en Perú, con el fin de evaluar la asociación entre sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de sueño en alumnos de la Universidad de Piura. Se utilizó un muestreo aleatorio simple, donde la muestra empleada fue de 293 alumnos que cursaban estudios en el primer semestre académico de 2023 en las diferentes facultades. Fueron excluidos los menores de edad y quienes autorreportaran contar con algún diagnóstico previo de alteración de sueño, ansiedad o depresión. Los instrumentos de recolección de datos fueron distribuidos mediante Google Forms, donde se dividieron por cuatro apartados: datos sociodemográficos (como edad, sexo, procedencia, carrera inscrita y año de cursado); Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI); la Escala de Autodiagnóstico de Ansiedad de Zung (SAS), que es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar el nivel de ansiedad en población adulta y consta de 20 ítems que exploran síntomas somáticos, cognitivos y emocionales asociados a la ansiedad, donde se valora mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos que refleja la frecuencia con la que el individuo experimenta cada síntoma (nunca, pocas veces, la mayor parte o todo el tiempo) y la puntuación total permite determinar la presencia e intensidad de la ansiedad, clasificándola en niveles de ausencia, leve, moderada o grave; y por último la Escala de Depresión de Zung (SDS) que consta de 20 ítems que abarcan manifestaciones afectivas, psicológicas y somáticas de la depresión, cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, que valora la frecuencia de los síntomas (nunca, pocas

veces, la mayor parte o todo el tiempo) y la puntuación total obtenida permite clasificar el grado de depresión en niveles de ausente, leve, moderado o grave.

Los resultados demostraron que el 62,5 % reportaron ser “malos dormidores” y el 47,8 % y el 56,0 % presentaban algún grado de sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente, una frecuencia de mala calidad de sueño levemente mayor en alumnos de 22 a 25 años y en mujeres, y que más del 60 % de los alumnos de segundo a quinto año presentaron una mala calidad de sueño. Se encontró también que, a medida que aumentaba la sintomatología ansioso-depresiva, la calidad de sueño empeoraba. En consecuencia, los autores consideran que se deben implementar medidas a nivel institucional para promover la salud mental y la higiene del sueño de este grupo de alumnos. (Castillo y Tapia, 2024).

En el año 2023 se realizó una revisión de literatura con enfoque cualitativo-descriptivo en la Universidad de Boyacá, Colombia, con el objetivo de analizar las consecuencias más relevantes para la salud de los trabajadores del turno nocturno. Aunque no se trabajó con una muestra directa, se incluyeron estudios que analizaban poblaciones laborales específicas en contextos nocturnos, tales como: personal de salud, de vigilancia y seguridad, trabajadores de emergencias (bomberos, paramédicos), trabajadores informáticos y de empresas tecnológicas. Los criterios de inclusión fueron: cualquier idioma de publicación, publicados entre 2019 y 2023, excluyendo aquellos con más de 5 años de antigüedad y se establecieron como criterios de exclusión aquellos artículos que no abordaran directamente el tema del trabajo nocturno y la salud laboral. Para la recolección de datos, se empleó un protocolo sistemático de búsqueda, análisis temático y categorización de artículos.

Los resultados evidenciaron que el trabajo nocturno está asociado a una amplia variedad de consecuencias negativas para la salud, entre ellas alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia diurna, trastornos del ritmo circadiano), problemas de salud mental (ansiedad, depresión, síndrome de burnout), problemas físicos (trastornos digestivos, enfermedades cardiovasculares, aumento de riesgo oncológico, trastornos respiratorios), obesidad y malos hábitos alimentarios, problemas durante el embarazo y aumento de consumo de alcohol. Se llegó a la conclusión de que el trabajo nocturno, independientemente del contexto laboral, afecta negativamente la salud física, mental y social de los trabajadores, y recomienda implementar estrategias de prevención y promoción de la salud ocupacional, tales como programas de educación en higiene del sueño, rotación saludable de turnos, promoción de alimentación y actividad física adecuadas y apoyo psicológico y social al trabajador nocturno. (Jiménez et al., 2023).

En cuanto al pluriempleo, un antecedente de relevancia es un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Salta en el 2020, que empleó un diseño descriptivo y transversal, orientado a identificar las consecuencias del pluriempleo en la salud del personal de enfermería. La muestra fue intencional, compuesta por 40 enfermeros en situación de pluriempleo, tanto en ámbito público como privado, y se recopiló información a través de una encuesta anónima, indagando en cuatro dimensiones principales: hábitos alimentarios, actividad física, descanso y sueño, y ocio y recreación.

Los resultados mostraron que el 73% no realizaba las ingestas diarias recomendadas, el 55% realizaba algún tipo de ejercicio, pero solo el 36% cumplía con la frecuencia recomendada por la OMS, el 73% no dormía entre 7 y 8 horas diarias, donde el 82% explicó que esto se debía a falta de tiempo, y el 70% nunca realizaba actividades recreativas o lúdicas, ya que la principal limitación fue la disponibilidad horaria.

Se llegó a la conclusión de que el pluriempleo afecta potencialmente la salud física y psicológica de los enfermeros, más aún cuando es sostenido a lo largo del tiempo, además de que los hábitos poco saludables se relacionaron directamente con la falta de tiempo para comer bien, descansar, realizar actividad física y recrearse apropiadamente. Se recomendó profundizar la investigación en los efectos de largo plazo del pluriempleo y desarrollar estrategias institucionales para el cuidado del personal de salud. (Altamirano y Amante, 2020).

Justificación.

El presente estudio surge de la necesidad de abordar una problemática creciente en el ámbito hospitalario: el impacto del pluriempleo, la turnicidad laboral y la cantidad de horas semanales trabajadas sobre la salud mental del personal de enfermería, particularmente en unidades de alta demanda como la terapia intensiva. En este contexto, los enfermeros suelen desempeñar extensas jornadas laborales, muchas veces en más de una institución, lo cual conlleva una reducción significativa de la cantidad y calidad del sueño. Esta alteración, especialmente en quienes trabajan turnos rotativos o nocturnos, podría desencadenar desequilibrios en el ritmo circadiano, deterioro del estado físico y emocional y favorecer la aparición de trastornos psicológicos como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Son escasos los estudios que integren estas variables en un enfoque conjunto que contemple la turnicidad, horas semanales trabajadas, el pluriempleo y su relación con la calidad del sueño y la ansiedad en el contexto de unidades críticas del sistema de salud público, por tanto, es necesario profundizar en el análisis de estos factores para desarrollar estrategias de intervención que promuevan el bienestar psicológico y la salud del personal de

enfermería. En consecuencia, esta investigación busca generar conocimiento científico que permita comprender la relación entre las variables anteriormente dichas y los resultados permitirán promover intervenciones orientadas a mejorar las condiciones laborales, el bienestar integral del personal de enfermería y, en consecuencia, la calidad del cuidado brindado.

Problema de investigación.

¿Cuál es la relación entre la calidad del sueño y presencia de trastorno de ansiedad generalizada en enfermeros con pluriempleo, según la turnicidad laboral y las horas semanales trabajadas en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario durante la segunda semana de abril de 2026?

Hipótesis.

- Los enfermeros con pluriempleo que trabajan en turnos vespertino/nocturno o mixto presentan una menor calidad del sueño en comparación con quienes trabajan en turnos diurnos.
- Los enfermeros con pluriempleo que trabajan en turnos vespertino/nocturno o mixto presentan un mayor nivel de trastorno de ansiedad generalizada en comparación con quienes trabajan en turnos diurnos.
- La turnicidad laboral y la cantidad de horas semanales trabajadas influyen en la calidad del sueño y, en consecuencia, en el nivel de trastorno de ansiedad generalizada.
- Los enfermeros con turnicidad mixta o vespertina/nocturna y con mayor carga horaria laboral semanal presentan mayor uso de medicación para dormir que los enfermeros de turnicidad diurna.

Objetivo general.

Analizar la relación entre la calidad del sueño y la aparición de trastorno de ansiedad generalizada en enfermeros con pluriempleo, según el tipo de turnicidad laboral en una unidad de terapia intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante la segunda semana de abril de 2026.

Objetivos específicos.

- Identificar la turnicidad laboral de los enfermeros con pluriempleo del servicio.

- Identificar la cantidad de horas semanales trabajadas de los enfermeros con pluriempleo.

- Evaluar la calidad del sueño mediante la medición de calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna.

- Evaluar el nivel de ansiedad generalizada mediante la medición de síntomas de ansiedad generalizada.

- Comparar la calidad del sueño entre los diferentes tipos de turnicidad laboral y horas semanales trabajadas.

- Comparar los niveles de ansiedad generalizada según tipo de turnicidad laboral y horas semanales trabajadas.

- Comparar el uso de medicación para dormir en los enfermeros con pluriempleo del servicio según su turnicidad laboral y horas semanales trabajadas.

Marco teórico.

El marco teórico de este proyecto de investigación se estructurará en torno a ejes temáticos principales e interrelacionados entre sí, comenzando por el sueño y la calidad de sueño, luego por la presencia de ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada, y, por último, las condiciones laborales del personal, el trabajo en turnos, trabajo nocturno y pluriempleo.

Para autores como Rodríguez et al. (2016), el sueño constituye una necesidad fundamental del ser humano y puede entenderse como un proceso fisiológico complejo que surge de la interacción de múltiples sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, produciendo a su vez cambios en los sistemas nervioso periférico, endócrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Se trata de un fenómeno de carácter cíclico, conocido como ritmo circadiano o ciclo sueño-vigilia.

El sueño es un proceso esencial para la supervivencia y el bienestar integral del ser humano. Se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia y de la respuesta a estímulos externos, acompañada de relajación muscular y cambios en la actividad eléctrica cerebral. Este estado, que alterna con la vigilia siguiendo un ritmo circadiano de aproximadamente 24 horas, está regulado por estructuras neuroanatómicas específicas del sistema nervioso central, particularmente por áreas del hipotálamo, el tallo cerebral y el sistema límbico. (Carrillo et al., 2018).

El estudio científico del sueño, según autores como Benavides y Ramos (2019), ha sido posible gracias al análisis de las ondas cerebrales detectadas y medidas por un electroencefalograma (EEG), las cuales evidencian que el sueño se compone de distintos estados que ocurren de manera secuencial y cíclica. Cada ciclo tiene una duración aproximada de 90 minutos y, a lo largo de una noche, pueden registrarse entre cuatro y seis ciclos, según la cantidad total de horas dormidas. Entonces, el sueño se compone de dos estados definidos: el sueño de ondas lentas, también llamado sueño de movimientos oculares no rápidos (NoMOR), y el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR). El sueño NoMOR se divide, a su vez, en cuatro etapas:

- Etapa I: sueño de transición. La persona experimenta una desconexión gradual del entorno y una disminución de la respuesta a los estímulos externos, mientras que los pensamientos comienzan a volverse dispersos o erráticos. En este nivel pueden manifestarse fenómenos hipnagógicos (estado transitorio entre la vigilia y el sueño), como la percepción de voces que mencionan su nombre o la aparición de imágenes abstractas,

rostros o paisajes frente a sus ojos, los cuales se encuentran entreabiertos o en proceso de cerrarse.

- Etapa II: sueño ligero. En esta fase del sueño el individuo experimenta una relajación muscular cada vez más profunda, una disminución progresiva de la actividad metabólica y una desconexión aún mayor del entorno. No obstante, a pesar de la baja respuesta a los estímulos externos, la persona aún puede despertarse ante la presencia de un estímulo intenso.

- Etapas III y IV: sueño profundo. Esta fase corresponde al sueño más profundo y duradero, considerada la etapa de mayor efecto reparador, en la que el individuo alcanza un descanso pleno. Durante este período, el metabolismo se reduce al nivel más bajo y la conexión con el entorno, así como la capacidad de respuesta ante estímulos, disminuyen significativamente. Si la persona llegara a despertarse en este momento, podría presentar un breve estado de desorientación o confusión.

Con respecto al sueño MOR, después de aproximadamente setenta minutos de sueño, predominantemente ocupados por las fases III y IV, el individuo comienza a mostrar cierta inquietud y parece aproximarse al estado de vigilia. Sin embargo, en lugar de retornar a la fase I, ingresa en un tipo de sueño diferente, caracterizado por un patrón electroencefalográfico semejante al de la fase I, aunque más desincronizado y con una mayor dificultad para despertar, ya que, durante esta etapa, los músculos permanecen flácidos, algunos reflejos desaparecen, pueden producirse movimientos bruscos involuntarios, y tanto el ritmo cardíaco como la respiración se vuelven irregulares. Además, se observan rápidos movimientos oculares bajo los párpados cerrados, lo que le da su nombre característico a esta etapa. El primer periodo de sueño MOR tiene una duración aproximada de diez minutos y marca el final de un ciclo de sueño antes de iniciar uno nuevo, durante el cual puede presentarse un breve lapso de semi-vigilia de pocos minutos. A medida que avanza la noche, los periodos MOR se prolongan progresivamente, mientras que las fases II y IV tienden a acortarse. En algunos casos, la fase IV puede desaparecer después del primer o segundo ciclo. Generalmente, al llegar al cuarto o quinto ciclo, la persona puede despertar de manera natural. (Benavides y Ramos, 2019).

Autores como Carrillo et al. (2013) también plantean que, aunque no se comprende completamente la razón por la cual los seres humanos necesitan dormir, se sabe que el sueño está estrechamente vinculado con múltiples procesos fisiológicos esenciales. Este posee diversas funciones, destacando entre ellas la restauración y conservación de la energía, la eliminación de radicales libres generados durante la vigilia, la regulación y

recuperación de la actividad eléctrica cerebral, el control de la temperatura corporal y del metabolismo, el equilibrio endócrino y homeostático, la estimulación del sistema inmunológico y la consolidación de la memoria, entre otros mecanismos fundamentales para el funcionamiento del organismo. También desarrollan la idea de que la regulación del sueño depende de la interacción de tres subsistemas: el subsistema homeostático, encargado de controlar la duración, la cantidad y la profundidad del sueño, el subsistema que gestiona la alternancia cíclica entre las fases MOR y noMOR dentro de cada periodo de descanso, y el subsistema circadiano, que determina el momento en que ocurre el sueño y el nivel de vigilia o alerta del individuo. El equilibrio entre estos sistemas garantiza una arquitectura del sueño adecuada y un descanso reparador.

En la actualidad, no hay un consenso total sobre las horas de sueño que deba cumplir una persona. No obstante, la evidencia práctica demuestra que cada persona posee una necesidad individual de descanso o cuota de sueño que debe cubrir para sentirse plenamente recuperada. En este sentido, se identifican tres patrones principales: el de sueño corto, correspondiente a quienes requieren alrededor de cinco horas nocturnas, el de sueño largo, propio de quienes duermen más de nueve horas, y el de sueño intermedio, que agrupa a la mayoría de las personas con un promedio de entre siete y ocho horas de descanso. (Contreras, 2013).

El sueño ocupa cerca de un tercio de la vida del ser humano y su adecuada cantidad y calidad son fundamentales para mantener un equilibrio físico y psicológico. Respecto a la duración del sueño, el Instituto del Sueño (s.f.) pondera que es recomendable dormir aproximadamente ocho horas diarias para conservar un adecuado equilibrio fisiológico y garantizar un funcionamiento óptimo del organismo durante la jornada siguiente. Contreras (2013), también sostiene que la duración ideal del sueño en adultos debe oscilar entre siete y ocho horas por noche, aunque existen variaciones individuales determinadas por la edad, la genética y los hábitos personales.

Por otro lado, autores como (Watson et al., 2015), sugieren que dormir de manera habitual menos de siete horas por noche se relaciona con múltiples efectos negativos para la salud, entre ellos el incremento del peso corporal y la obesidad, la aparición de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, así como un mayor riesgo de depresión y de mortalidad.

La privación crónica del sueño afecta funciones cognitivas como la atención, la memoria y la toma de decisiones, y genera cambios en el metabolismo de la glucosa y en la regulación del apetito, lo cual puede predisponer al aumento de peso y a trastornos

metabólicos. Asimismo, se ha comprobado que el sueño insuficiente deteriora el sistema inmunológico, favoreciendo la aparición de enfermedades infecciosas y aumentando la percepción de fatiga. (Carrillo et al., 2013).

En la sociedad contemporánea, según autores como Sierra et al. (2002), se reconoce cada vez más la importancia del sueño y su influencia en la vida cotidiana de las personas. Sus efectos van más allá de la restauración del organismo y del sistema nervioso, impactando directamente en el desempeño y funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad, como el rendimiento laboral o académico, las relaciones interpersonales, entre otros. Por lo tanto, considera que la calidad del sueño es un factor clínico de gran relevancia a ser estudiado. Desde un enfoque conductual, explican que el sueño puede entenderse como un proceso influido por cuatro dimensiones principales: el tiempo circadiano, que se refiere al momento del día en que ocurre el sueño; los factores intrínsecos del organismo, como la edad, el sexo, los patrones de descanso, el estado fisiológico y la necesidad individual de dormir; y a ello se suman las conductas que favorecen o dificultan el sueño y el entorno físico o ambiental en el que se desarrolla. Estas dos últimas dimensiones conforman el concepto de higiene del sueño, el cual abarca las prácticas necesarias para conservar un descanso nocturno reparador y un estado de alerta adecuado durante el día. La higiene del sueño considera, entre otros aspectos, la influencia de factores ambientales como la luz, el ruido o la temperatura, así como de factores relacionados con los hábitos de salud, tales como la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias que pueden afectar la calidad del sueño. De esta manera, los elementos que conforman la higiene del sueño, tales como las condiciones del entorno y los hábitos de vida, se relacionan estrechamente con los componentes que definen la calidad del descanso. Se utilizará la definición expuesta a continuación para describir la variable “calidad de sueño” utilizada en esta investigación:

La calidad del sueño se define como la satisfacción personal con todos los aspectos de la experiencia del sueño. La calidad del sueño comprende cuatro atributos: eficiencia del sueño, latencia del sueño, duración del sueño y despertar tras el inicio del sueño. (Nelson et al., 2022, p. 144).

En cuanto a sus atributos se refiere, la eficiencia del sueño es la proporción entre el tiempo total dormido y el tiempo total en la cama, y tiende a disminuir con la edad. Algunas investigaciones indican que una menor eficiencia del sueño aumenta el riesgo de mortalidad en adultos mayores. La latencia del sueño es el tiempo que se tarda en pasar del estado de vigilia al de sueño, y puede variar de una persona a otra. Una latencia del sueño de 16 a 30 minutos se considera de buena calidad, mientras que una latencia de 60 minutos o más indica una mala calidad del sueño. La duración del sueño es el tiempo total dormido

menos los despertares que una persona pueda tener durante la noche o a lo largo de las 24 horas. Ésta puede variar entre individuos según el día de la semana, el consumo de alcohol, los medicamentos, las enfermedades y el trabajo por turnos. El despertar tras el inicio del sueño es una medida objetiva de la calidad del sueño y se centra en el tiempo total de vigilia desde el inicio del sueño hasta el despertar final. La Fundación Nacional del Sueño (NSF) considera que un despertar tras el inicio del sueño de 20 minutos es indicador de una buena calidad de sueño en los adultos mayores, mientras que un tiempo mayor o igual a 51 minutos se considera una mala calidad de sueño. (Nelson et al., 2022).

La evidencia científica indica que la calidad del sueño tiene un impacto significativo en múltiples dimensiones de la salud y el bienestar. Entre las consecuencias más comunes de un sueño deficiente se encuentran el agotamiento, la somnolencia excesiva durante el día, la fatiga, las alteraciones del estado de ánimo y el deterioro del funcionamiento diario. La privación de sueño genera estrés, lo que a su vez puede aumentar la fatiga y desencadenar respuestas hemodinámicas que constituyen factores de riesgo para problemas cardiovasculares y otras condiciones de salud. Además, diversos estudios han reportado una relación entre la mala calidad del sueño y la presencia de ansiedad y depresión, así como un posible deterioro cognitivo asociado a los trastornos del sueño.

Autores como Carrillo et al. (2018) indican que la mala calidad del sueño y ciertos trastornos del sueño, particularmente el insomnio, están asociados con el desarrollo de depresión y ansiedad. Definen el insomnio como la dificultad para conciliar o mantener el sueño, acompañada de una sensación de sueño no reparador y que suele acompañarse de fatiga y somnolencia durante el día. Tradicionalmente, el insomnio se ha visto como una consecuencia de la depresión; sin embargo, existe evidencia que plantea la relación inversa, sugiriendo que este actúa como un factor de riesgo para la aparición de depresión y ansiedad en personas de cualquier edad, al intensificar y agravar los síntomas de estos trastornos.

En el plano psicológico, la privación de sueño o su fragmentación se asocia con síntomas de ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse y aumento del estrés percibido, según Miró et al. (2005). Estos efectos se deben a una hiperactivación sostenida del sistema nervioso autónomo y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, lo que reduce la capacidad de recuperación emocional y favorece la aparición de trastornos de ansiedad generalizada.

La evidencia científica indica que la relación entre la mala calidad del sueño y la ansiedad es bidireccional: los problemas de sueño pueden predisponer al desarrollo de ansiedad, mientras que la ansiedad dificulta la conciliación y el mantenimiento del sueño. Este

círculo vicioso afecta de forma considerable la calidad de vida, generando un impacto negativo en el rendimiento académico, laboral y social del individuo. (Carrillo et al., 2018).

El sueño y la ansiedad mantienen una relación recíproca de gran relevancia clínica y teórica. Como se ha señalado previamente, la alteración en la calidad del sueño constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de síntomas ansiosos, y a su vez, la ansiedad tiende a interferir en los procesos fisiológicos del descanso nocturno. La persistencia de un mal dormir puede contribuir a una activación fisiológica y cognitiva constante, dificultando la recuperación psicofísica del individuo.

Colón (2024) define la ansiedad como una respuesta natural ante situaciones de estrés y que, en ciertos contextos, puede resultarle útil al ser humano, ya que le permite estar alerta frente a posibles amenazas facilitando la concentración, permitiendo dar una respuesta rápida ante la situación estresora. Desde el punto de vista fisiológico y psicológico, constituye una respuesta adaptativa que prepara al organismo para afrontar situaciones potencialmente dañinas. No obstante, cuando esta respuesta se torna desproporcionada, persistente o se presenta en ausencia de un estímulo real de peligro, adquiere un carácter patológico y se convierte en un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad van más allá de la ansiedad ocasional o el nerviosismo cotidiano, manifestándose como miedos intensos y persistentes. Un ejemplo de ello es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), caracterizado por una preocupación excesiva y constante que afecta negativamente el desarrollo de las actividades diarias. Esta condición suele acompañarse de manifestaciones físicas como fatiga, inquietud, tensión muscular, problemas de concentración, alteraciones del sueño y una sensación continua de nerviosismo.

Según el National Institute of Mental Health (2020), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los cuadros clínicos más frecuentes dentro del espectro ansioso. Se caracteriza por una preocupación crónica y excesiva acerca de múltiples aspectos de la vida cotidiana, como la salud, la situación económica o el desempeño laboral, acompañada de síntomas físicos y cognitivos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario.

De acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2013), se señala que, para establecer el diagnóstico de TAG, los síntomas deben estar presentes al menos durante seis meses e incluir inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. La sintomatología suele acompañarse de manifestaciones somáticas como cefalea, dolor muscular, fatiga y malestar gastrointestinal, en ausencia de una causa médica específica. El

TAG presenta una prevalencia estimada entre el 3% y el 7% en la población general y afecta con mayor frecuencia a las mujeres, especialmente entre los 40 y 50 años. Este trastorno tiende a tener un curso crónico y a menudo se asocia con otros cuadros psiquiátricos como la depresión mayor, trastornos del sueño y abuso de sustancias.

La identificación de la ansiedad requiere una evaluación integral que contemple tanto los síntomas psicológicos como los fisiológicos. El reconocimiento temprano de las señales de ansiedad, como la preocupación persistente, la hiperactivación autonómica, el insomnio o la dificultad para concentrarse, permite una intervención oportuna y reduce el riesgo de cronificación. Existen diversos instrumentos de autoevaluación, entre los cuales se destaca la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), ampliamente validada para medir la presencia y severidad del trastorno de ansiedad generalizada. Su uso facilita la detección de síntomas clínicamente relevantes y el monitoreo de la evolución del paciente a lo largo del tiempo.

En cuanto a los profesionales de la salud y la presencia de ansiedad, se reconoce que la profesión de enfermería se encuentra particularmente expuesta a condiciones que favorecen la aparición de ansiedad. Los enfermeros enfrentan diariamente altos niveles de estrés, cargas laborales intensas, exposición constante al sufrimiento humano y responsabilidad directa en la atención de pacientes críticos. Estas condiciones generan un ambiente de tensión que, de mantenerse en el tiempo, puede dar lugar a la aparición de trastornos ansiosos y depresivos. El personal de enfermería, especialmente en los servicios hospitalarios de alta complejidad, como las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), debe tomar decisiones rápidas y precisas en contextos emocionalmente exigentes. La ansiedad en este contexto no solo afecta el bienestar psicológico del profesional, sino también la calidad del cuidado brindado, aumentando la probabilidad de errores y disminuyendo la satisfacción laboral.

Diversas investigaciones realizadas en distintos momentos históricos permiten comprender cómo las condiciones laborales han incidido de manera sostenida en la salud del personal de enfermería. Ya a finales del siglo pasado, Chóliz (1999) señalaba que la ansiedad laboral en este colectivo se vinculaba con síntomas de agotamiento emocional, trastornos del sueño y disminución del rendimiento cognitivo y afectivo, fenómenos originados en la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre las tareas y la exposición constante a demandas emocionales intensas. Años más tarde, Mesa y Romero (2010) destacaron que el contexto socioeconómico contemporáneo profundizó estos problemas, marcando una creciente precarización del trabajo en el sector salud, donde el cuidado se desarrolla en entornos de deterioro laboral y escaso reconocimiento profesional. En línea con ello, Aspiazu

(2017) evidenció que las transformaciones estructurales del sistema de salud argentino, iniciadas en la década de 1990, consolidaron esta precariedad mediante la fragmentación del empleo, la pérdida de derechos laborales y la intensificación de las tareas. En conjunto, estas investigaciones muestran una continuidad en el deterioro de las condiciones laborales del personal de enfermería, con consecuencias directas sobre su bienestar físico y emocional, así como sobre la calidad del cuidado que brindan.

La ansiedad se ve fuertemente influenciada por los contextos laborales en los que los individuos desarrollan su actividad profesional. En el ámbito sanitario, y particularmente en enfermería, las condiciones de trabajo presentan múltiples factores de riesgo psicosocial que pueden afectar la salud mental y física del personal. La exposición continua a situaciones de alta exigencia, la sobrecarga laboral, la turnicidad y la inestabilidad contractual contribuyen al aumento del estrés, la fatiga y la ansiedad. Estas condiciones perpetúan un estado que, a largo plazo, genera síntomas ansiosos, insomnio y deterioro de la calidad de vida. En este sentido, el estudio de las condiciones laborales en enfermería, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, permite comprender la relación entre las exigencias del trabajo asistencial, la calidad del sueño y la aparición de trastornos ansiosos.

Además de las condiciones laborales, el entorno de la UTI es uno de los más demandantes y complejos dentro del sistema hospitalario. Se caracteriza por la atención de pacientes en estado crítico, la utilización de tecnología avanzada y la necesidad de vigilancia continua. Según Aguilar y Martínez (2017), las unidades de cuidados intensivos constituyen un entorno laboral caracterizado por una elevada demanda emocional y cognitiva, en el cual la toma rápida de decisiones y la exposición continua al sufrimiento humano forman parte de las actividades diarias del personal. Este tipo de ambiente impone una gran carga física y emocional sobre el personal de enfermería, que debe mantener un elevado nivel de atención durante largas horas y bajo presión constante. A esto se suma la exposición frecuente a situaciones de muerte, lo que genera un impacto psicológico acumulativo. Los enfermeros de UTI, en consecuencia, presentan mayores niveles de estrés laboral, ansiedad y alteraciones del sueño en comparación con otros servicios hospitalarios.

Autores como Bernal et al. (2018), destacan que “la admisión a un lugar que por sí mismo supone una amenaza vital y sentir de cerca la muerte” (p. 64) son elementos altamente estresantes. En el caso del personal de enfermería, el enfrentamiento cotidiano a la vida y la muerte, junto con la responsabilidad por la seguridad del paciente, produce un nivel de alerta sostenido que puede derivar en trastornos psicósomáticos. Aguilar y Martínez (2017) agregan que la exposición prolongada a estos factores puede generar agotamiento

profesional y desarrollar el síndrome de burnout, con consecuencias negativas tanto para la calidad de la atención brindada como para el bienestar psicológico del personal. Estas condiciones anteriormente nombradas, además del trabajo en turnos y el trabajo nocturno pueden alterar profundamente la calidad del sueño y la estabilidad emocional de los trabajadores. La comprensión de esta relación resulta fundamental para el diseño de estrategias de prevención y de políticas laborales que garanticen el bienestar psicosocial del personal sanitario.

Según un documento técnico de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2023), la Organización Internacional del Trabajo define al trabajo a turnos como “una manera de organizar el tiempo en la cual las personas se van sucediendo en el lugar de trabajo, de modo tal que el establecimiento pueda funcionar más allá del horario laboral de cada una en diferentes momentos del día” (p. 3). Este modelo busca mantener la continuidad operativa de los servicios, pero implica una exposición sostenida a horarios irregulares y alteraciones del ritmo biológico natural. El personal que realiza trabajo por turnos suele rotar entre turnos matutinos, vespertinos y nocturnos, desempeñándose frecuentemente fuera del horario habitual de oficina, generalmente comprendido entre las nueve y las diecisiete horas. En cuanto a la definición de turno nocturno en Argentina, este está descrito en la Ley 11544 de Jornada de Trabajo (1929), artículo 2º, “entendiéndose como tal la comprendida entre las veintiuna y las seis horas”.

El trabajo en turnos, especialmente el nocturno, constituye una de las principales fuentes de alteración del ritmo biológico y de los patrones de sueño en enfermería. El carácter continuo de la atención hospitalaria exige la presencia del personal durante las 24 horas, lo que implica la rotación constante de horarios y la interrupción del ritmo circadiano. Según Mesa y Romero (2010), las extensas jornadas laborales y la rotación de turnos sin un adecuado período de recuperación del descanso provocan un deterioro gradual tanto físico como mental en el personal.

La evidencia científica indica que el trabajo nocturno afecta directamente la calidad del sueño, la regulación hormonal y el estado de ánimo. Aspiazu (2017) señala que el personal de enfermería que trabaja en turnos nocturnos extendidos muestra una mayor frecuencia de insomnio, somnolencia durante el día y diversas alteraciones emocionales. Estos desajustes fisiológicos se asocian a un incremento de la ansiedad y del riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad generalizada.

Las condiciones laborales del personal de enfermería en unidades de terapia intensiva se encuentran influenciadas por múltiples factores evidenciados anteriormente,

entre ellos la turnicidad y la carga horaria, junto con las características del vínculo contractual. Estos elementos no solo determinan la organización del trabajo, sino que también pueden incidir en el nivel de estrés, la calidad del descanso y el bienestar general del profesional. En este contexto, las condiciones contractuales adquieren relevancia, ya que la estabilidad laboral y la antigüedad pueden influir en la adaptación a los turnos, la percepción de seguridad en el empleo y la capacidad de afrontamiento ante las exigencias propias del entorno crítico. La inclusión de este criterio busca garantizar que los enfermeros participantes del estudio hayan superado dicho período de prueba y, por tanto, se encuentren plenamente incorporados a la dinámica laboral del servicio. De esta manera, se asegura que la variable “turnicidad laboral” pueda ser analizada en un contexto de estabilidad contractual y adaptación al entorno de trabajo. Dicho lo anterior, la Ley 24465 de Régimen de Contrato de Trabajo (1995) establece un régimen para el contrato de trabajo a prueba en el artículo 92 bis, donde explica que “el contrato de trabajo por tiempo indeterminado se entenderá celebrado a prueba durante los primeros tres (3) meses. Los convenios colectivos de trabajo podrán ampliar dicho plazo hasta seis (6) meses”.

Otro factor preponderante a tener en cuenta, junto con las condiciones anteriormente reveladas, es el pluriempleo, el cual ha aumentado en Argentina como resultado de la pérdida de poder adquisitivo de los salarios. Este fenómeno hace observable un aumento en la tendencia a obtener más de un trabajo simultáneamente por parte de los trabajadores de la salud, específicamente en enfermería. El pluriempleo consta en la realización simultánea de dos o más trabajos. Este se ha convertido en una práctica común entre los profesionales de enfermería, impulsada por los bajos salarios y la necesidad de sostener económicamente al hogar. Según autores como Dotti y Rodríguez (2013), el pluriempleo genera una sobrecarga física y mental que repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador. Esta práctica se asocia con menor tiempo de descanso, deterioro de las relaciones personales y aparición de síntomas de agotamiento y ansiedad.

En el sector salud, el pluriempleo suele implicar extensas jornadas que combinan turnos diurnos y nocturnos, lo que altera la arquitectura del sueño y favorece la fatiga acumulada. Mesa y Romero (2010) sostienen que el incremento de la carga laboral sin una compensación salarial acorde genera en los profesionales una percepción de falta de reconocimiento y una disminución en el valor y sentido de su función dentro del ámbito laboral. Este escenario contribuye a la insatisfacción laboral, al desgaste emocional y al incremento de los riesgos psicosociales.

De acuerdo con Aspiazu (2017), las consecuencias del pluriempleo no solo afectan la salud del trabajador, sino también la calidad de la atención, dado que el

agotamiento físico y mental, junto con la dificultad para concentrarse y la exposición continua al estrés, aumentan el riesgo de cometer equivocaciones durante el desempeño de las tareas clínicas. Por tanto, el pluriempleo representa un fenómeno que debe ser abordado desde una perspectiva institucional y política, reconociendo la importancia de garantizar condiciones laborales dignas que eviten el deterioro físico y mental del personal de enfermería.

El análisis de las condiciones laborales en enfermería revela una problemática estructural que trasciende lo individual y se enmarca en un contexto institucional de precarización y sobrecarga laboral. En las unidades de cuidados intensivos, estas condiciones se agudizan debido a la naturaleza crítica del trabajo, la exposición a factores estresores intensos y la necesidad de atención continua. La turnicidad, el trabajo nocturno y el pluriempleo impactan de manera directa la calidad del sueño y la salud mental de los profesionales, incrementando la prevalencia de ansiedad y trastornos relacionados. La comprensión de estos factores resulta esencial para el diseño de estrategias de intervención que promuevan el bienestar del personal de enfermería y mejoren la calidad de los servicios de salud. Garantizar condiciones laborales adecuadas, equilibrar las cargas de trabajo y fomentar políticas de salud ocupacional son acciones prioritarias para prevenir el agotamiento profesional y preservar la salud física y emocional de quienes sostienen gran parte del sistema sanitario.

Debido a lo anteriormente mencionado, se considera que la realización de este estudio de investigación podría realizar aportes a la disciplina desde la perspectiva de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Esta teoría sostiene que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (Orem, 2001, p. 522).

Bajo esta perspectiva, los enfermeros, a pesar de ser proveedores de cuidado, también son sujetos necesitados de autocuidado, especialmente cuando las condiciones laborales y organizativas amenazan su equilibrio físico y emocional. La presencia de ansiedad, el trabajo en turnos y el pluriempleo pueden considerarse factores que comprometen la agencia de autocuidado del profesional. La fatiga, la alteración del sueño y la exposición constante al estrés impiden que el individuo satisfaga sus propios requisitos de

descanso, nutrición y estabilidad emocional. Tal como señala Orem, el déficit de autocuidado se presenta cuando la persona carece de la capacidad o los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones que le permiten preservar su salud y bienestar.

Desde el punto de vista de la teoría, el profesional de enfermería que experimenta privación de sueño, ansiedad o agotamiento laboral presenta un desequilibrio entre los requisitos de autocuidado y su capacidad para cumplirlos, lo que puede derivar en deterioro de la salud y desempeño. Además, la teoría reconoce la importancia del entorno como modulador del autocuidado, ya que este puede influir en la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. En el contexto de la enfermería hospitalaria, el ambiente laboral, caracterizado por la sobrecarga de trabajo, los ruidos, las urgencias y la exposición prolongada a la luz artificial, actúa como un entorno hostil que disminuye la posibilidad de lograr un descanso reparador y, en consecuencia, deteriora la salud mental.

La ansiedad se podría entender como una manifestación del déficit de autocuidado emocional. La falta de estrategias para regular el estrés y la ausencia de períodos de recuperación fisiológica generan un círculo vicioso en el que el trabajador se ve incapaz de restaurar su equilibrio interno. La teoría de Orem proporciona una base conceptual sólida para interpretar este fenómeno, ya que la función de enfermería no solo se orienta al cuidado del otro, sino también al autocuidado del profesional, que se traduce en la preservación de la salud del propio enfermero.

Siguiendo con la teoría de Orem, el modelo identifica tres sistemas de enfermería: el totalmente compensatorio, el parcialmente compensatorio y el de apoyo-educación. Este último resulta particularmente relevante para el presente estudio, dado que la institución de salud puede actuar como agente de apoyo, brindando recursos, educación y acompañamiento al personal en la gestión de la ansiedad y la higiene del sueño. Orem subraya que el sistema de apoyo-educación se refiere a la modalidad mediante la cual las personas adquieren y fortalecen sus habilidades de autocuidado con la orientación y acompañamiento del profesional de enfermería. Aplicado al contexto laboral, este principio fundamenta la necesidad de programas institucionales de promoción del bienestar, descanso y salud mental para el personal de enfermería.

Finalmente, la teoría de Orem proporcionaría un marco explicativo coherente con las variables del estudio. Desde esta perspectiva, el déficit de autocuidado que experimentan los enfermeros sometidos a turnos prolongados o múltiples empleos refleja un desequilibrio entre sus demandas internas y su capacidad de afrontamiento, lo que afecta su bienestar general y la calidad del cuidado que brindan.

Material y método.

Tipo de estudio.

El presente estudio se enmarca en un abordaje cuantitativo, dado que el problema de investigación se fundamenta en un cuerpo conceptual integrado por definiciones, proposiciones generales y específicas, antecedentes empíricos y cuestiones aún no resueltas, formuladas en términos de hipótesis. Los fenómenos a analizar serán descritos y explicados mediante procedimientos objetivos y sistemáticos, garantizando rigurosidad en la recolección y el análisis de los datos. A su vez será observacional, es decir, las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación de ellas por parte del investigador, de alcance analítico porque busca relaciones causales entre las variables, prospectivo, ya que se registrará la información según los hechos vayan ocurriendo, y transversal, ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. (Alvarado et al., 1994)

Sitio y contexto.

Para la selección del sitio y contexto de la investigación se aplicó una guía de convalidación de sitio. El sitio elegido para la investigación es un efector público de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. El contexto es la Unidad de Terapia Intensiva de adultos donde se desempeñan los enfermeros que formarán parte del estudio de investigación, el cual está organizado en cuatro turnos laborales de 6 horas, dirigido por un jefe de enfermería y dos coordinadores y recibe sujetos de atención con patologías variadas mayores a 18 años.

Criterio de elegibilidad.

La institución ha otorgado la autorización correspondiente para la ejecución de la investigación (ver Anexo I), facilitando el acceso necesario para la recolección de datos. Esto convierte al establecimiento en un espacio apropiado y viable para el desarrollo del estudio.

Como resultado de la aplicación de una guía de convalidación de sitio en el lugar a realizar el estudio y datos brindados por el jefe del servicio se identificó que en un plazo de un año (enero de 2024 a enero de 2025) hubo un aumento del 300% en licencias por salud mental dentro del servicio, donde dos tercios de dichas licencias corresponden a

personas con pluriempleo y con turnicidad laboral mixta, lo que podría llevar a la idea de que trabajar un mayor número de horas en la semana reduciría el tiempo de descanso y recuperación, aumentaría el déficit de sueño y la fatiga crónica, que son factores estrechamente ligados a mayor riesgo de trastornos de ansiedad y a ausentismo por salud mental, además de que el trabajo realizado en terapia intensiva se caracteriza por ser psicológicamente demandante debido a la exposición constante a situaciones límite, la toma de decisiones bajo presión y la carga emocional que eso conlleva. Este aumento de licencias por salud mental podría tener implicancias directas sobre el servicio de enfermería, tanto en el plano operativo como en el organizacional y en la calidad de la atención, ya que habría reducción de personal disponible, que significaría menos enfermeros activos en la guardia, lo que obligaría a cubrir con suplencias u horas extras, generaría aumento de costos institucionales, o con redistribución interna del personal, podría aumentar la carga laboral en los que quedan trabajando y se generaría más cansancio y aumentaría así la probabilidad de errores en medicación, procedimientos invasivos o monitoreo de pacientes críticos. Algunos de estos problemas potenciales anteriormente tratados ya han sido explorados previamente en otros estudios presentados en el estado del arte.

Población y muestra.

La población total está compuesta por 57 enfermeros que forman parte del servicio de Terapia Intensiva. La unidad de análisis está conformada por cada uno de los 21 enfermeros con pluriempleo que presenten una antigüedad laboral mayor a 6 meses en todos los trabajos al momento de la recolección de datos, no se encuentren bajo algún tipo de licencia en cualquiera de sus trabajos en el último mes y no posean un diagnóstico de ansiedad y se encuentren o no medicados. La convalidación de sitio llevada a cabo previamente arrojó que en la actualidad hay 21 enfermeros que reúnen esos criterios. Se utilizará la totalidad de la población ya que es pequeña en tamaño y plausible de ser medida en su totalidad.

Criterios de inclusión/exclusión: se incluirán a los enfermeros con pluriempleo que presenten una antigüedad laboral mayor a 6 meses en todos los trabajos al momento de la recolección de datos, y se excluirá a aquellos que se encuentren bajo algún tipo de licencia en cualquiera de sus trabajos en el último mes y aquellos que posean un diagnóstico de ansiedad y se encuentren o no medicados.

En cuanto a la validez externa, los resultados podrán generalizarse a la población de estudio, ya que se incluye la totalidad de los sujetos que cumplen con los

criterios de inclusión. No obstante, los hallazgos podrían ser extrapolables a otros contextos o poblaciones de enfermeros con características similares.

Técnica e instrumentos para la recolección de datos.

Para la medición de las variables en estudio se utilizará como técnica la encuesta utilizando como instrumento de recolección de datos dos cuestionarios autoadministrados. Para la medición de la variable “calidad del sueño” se va a utilizar el instrumento Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI), compuesto de 19 ítems, de los cuales derivan siete dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa en una escala de 0 a 3, donde 0 representa ausencia de dificultad y 3 indica alteración severa. La sumatoria de los componentes arroja un puntaje global de 0 a 21. Un puntaje menor o igual a 5 indica buena calidad de sueño, mientras que un puntaje mayor a 5 refleja alteraciones en la calidad del sueño.

Para medir la variable “trastorno de ansiedad generalizada” se utilizará la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 la cual evalúa la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad generalizada durante las últimas dos semanas. Presenta 7 ítems, que exploran síntomas centrales como nerviosismo, preocupación excesiva, dificultad para relajarse, irritabilidad y sensación de que algo terrible puede suceder. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 corresponde a "nunca", 1 corresponde a "varios días", 2 corresponde a "más de la mitad de los días" y 3 corresponde a "casi todos los días". El puntaje total varía entre 0 y 21 puntos, clasificándose de la siguiente manera: de 0 a 4 puntos “mínima o nula ansiedad”, de 5 a 9 puntos “ansiedad leve”, de 10 a 14 puntos “ansiedad moderada” y de 15 a 21 puntos “ansiedad grave”.

Para medir las variables “turnicidad laboral” y “horas trabajadas semanales” se adicionará una sección en los cuestionarios con preguntas ad hoc, que consta de dos ítems: el primero es para conocer la turnicidad laboral, conformado por dos partes: horario laboral habitual del primer empleo y horario laboral habitual del segundo empleo seguida cada opción de un campo donde la persona escriba manualmente la respuesta, y el segundo es para saber la cantidad de horas trabajadas semanales, también seguido de un campo donde la persona escriba manualmente la respuesta. Estas están diseñadas para responder a las necesidades específicas del objetivo de investigación y permite saber el tipo de turnicidad laboral que

presenta cada participante, clasificados en “turno diurno”, “turno vespertino/nocturno” y “turno mixto”, y las horas semanales trabajadas habitualmente en número de horas totales.

Las ventajas de usar los cuestionarios autoadministrados GAD-7 y PSQI es que son instrumentos de fácil y rápida aplicación, económicos, cuyo formato es posible de adaptar y ser respondidos de forma online desde la comodidad del hogar de los participantes, además de haberse utilizado como instrumentos en innumerables investigaciones sobre ansiedad y calidad del sueño. También aseguran claridad y sencillez en las respuestas, favoreciendo la completitud de los datos y su modalidad garantiza el anonimato del participante, debido a que no se piden datos personales que permitan la identificación de los mismos. Por otro lado, algunas desventajas son que se tratan de instrumentos de autoinforme, lo que depende de la percepción subjetiva del participante y puede generar sesgos de memoria o de deseabilidad social y evalúan un periodo de recuerdo limitado, lo que no refleja necesariamente cambios a corto o largo plazo o variaciones recientes.

Una vez completados y enviados los cuestionarios, se le informará su puntaje total obtenido en cada instrumento (PSQI y GAD-7) automáticamente, con el propósito de que pueda tomar conocimiento acerca de su calidad de sueño y nivel de ansiedad.

Como método de control a la validez interna se realizó una prueba piloto en una pequeña muestra de 4 personas con similares características de otro servicio del hospital perteneciente a un área crítica y en diferentes turnos laborales. El área seleccionada para tal fin fue la Unidad de Cuidados Intermedia (UCIn), donde se aplicó esta prueba para detectar errores de comprensión y calcular los tiempos requeridos para la aplicación de los instrumentos en la población de estudio. Al finalizar dicha prueba se pudo concluir que los instrumentos llevaron un total de 20 minutos en ser respondidos, siendo 5 minutos para las preguntas ad hoc, 5 minutos para el cuestionario de GAD-7 y 10 minutos para el cuestionario de PSQI.

Procedimiento de recolección de datos.

El proceso de recolección de datos estará a cargo del autor del proyecto de investigación, donde al inicio se brindarán los consentimientos informados. Los instrumentos serán enviados a los participantes en la segunda semana de abril de 2026 de forma on-line mediante un link de Google Forms con posibilidad de una sola respuesta por persona, y para asegurar la completitud de los datos se configurará el formulario de manera que ninguna pregunta pueda dejarse sin responder, lo que garantiza que cada cuestionario enviado y

almacenado en la base de datos tenga todos los ítems completos. Se brindará un lapso de 5 días para asegurar un mayor número de respuesta de las encuestas, y en el día 3 y el día 5 de la semana se enviarán recordatorios a los dispositivos personales de los integrantes del estudio para asegurar la mayor participación en los cuestionarios dentro de horarios que se acuerden con el jefe del servicio para no interferir con la dinámica laboral del personal. En caso de detectar respuestas inconsistentes se aplicará una depuración de datos, descartando cuestionarios que no cumplan criterios de validez.

Consideraciones éticas.

Para garantizar la validez y el respeto ético de esta investigación, se seguirán los lineamientos de la Resolución 1480/2011 (Guía para Investigaciones con Seres Humanos) (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). El apego a estos principios, entre ellos el respeto hacia los participantes y la protección de sus derechos, resulta fundamental para sostener la confianza y la colaboración del personal de enfermería, así como para asegurar la integridad de todo el proceso investigativo.

Justificación ética y validez científica: el estudio se justifica en la necesidad de comprender de qué manera los turnos laborales y la cantidad de horas semanales influyen en la calidad del sueño y en la manifestación de ansiedad generalizada en enfermeros con pluriempleo. Sus resultados poseen implicancias directas tanto en el bienestar de los trabajadores como en la calidad de la atención ofrecida a los pacientes. Además, la investigación se ha diseñado con rigor metodológico, utilizando procedimientos válidos y confiables que aseguren solidez en los hallazgos y contribuyan al campo de la salud ocupacional.

Evaluación ética y científica: antes de iniciar la recolección de datos, la propuesta será revisada por un comité de ética que verificará el cumplimiento de los estándares éticos y metodológicos, garantizando así que la investigación se realice de acuerdo con las mejores prácticas, respetando los derechos y el bienestar de los participantes.

Principio de justicia: se aplicará asegurando igualdad de oportunidades para todos los enfermeros asistenciales con pluriempleo de la unidad de terapia intensiva del hospital público de Rosario, de manera que cada uno pueda decidir libremente su participación. Se buscará garantizar equidad en el acceso a la investigación, considerando las particularidades y necesidades de los distintos grupos. Bajo esta premisa, si bien todos los trabajadores podrán ser invitados a participar, se dará prioridad metodológica a quienes se desempeñen en turnos vespertino/nocturno o mixto. Esta decisión no implica exclusión,

sino una focalización científica justificada en los grupos más expuestos al fenómeno investigado, manteniendo siempre la equidad y el respeto hacia todos los potenciales participantes.

Principio de beneficencia: la investigación permitiría identificar algunos de los factores que afectan la salud física y psicológica de los enfermeros, con el fin de orientar posibles intervenciones que favorezcan entornos de trabajo más saludables y promuevan el bienestar integral del personal de salud. Bajo esta premisa, la aplicación de los cuestionarios PSQI y GAD-7 podría generar en los participantes una toma de conciencia sobre su propia calidad de sueño y nivel de ansiedad, lo cual podría motivarlos a reflexionar sobre su bienestar físico y psicológico. Con el fin de garantizar la protección de la salud mental de los enfermeros, se implementará un mecanismo de acompañamiento ético después de la recolección de datos, que consistirá en dar a conocer a los participantes los resultados de los mismos al finalizar y enviar los instrumentos y, en caso de que los resultados de sus cuestionarios indiquen alteraciones en la calidad del sueño o niveles elevados de ansiedad, podrán solicitar voluntariamente una evaluación y orientación profesional en el área de psicología o psiquiatría del hospital. Esta estrategia permitirá a los participantes acceder a un seguimiento clínico adecuado, asegurando que cualquier necesidad de intervención en su salud mental sea atendida oportunamente.

Principio de no maleficencia: implica el deber de evitar causar daño a los participantes. Para ello se implementarán medidas que garanticen la confidencialidad y privacidad de los datos, previniendo repercusiones negativas en la vida profesional o personal de los enfermeros, donde se mantendrá estricta confidencialidad y anonimato mediante la codificación de los cuestionarios y el resguardo seguro de la información en archivos protegidos por contraseña y sólo accesible al investigador. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos y comunicados de manera grupal, sin posibilidad de identificar individualmente a los participantes.

Principio de autonomía: se respetará la capacidad de cada enfermero para tomar una decisión informada sobre su participación. Se brindará información clara, completa y accesible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación, de modo que los potenciales participantes cuenten con todos los elementos necesarios para decidir libremente. Asimismo, se respeta este principio al permitir que la solicitud de evaluación con el equipo de psicología y/o psiquiatría, al haber obtenido los resultados de las encuestas, sea voluntaria y confidencial.

Manejo de datos y resultados: los datos serán tratados de manera ética y responsable. Se aplicarán procedimientos claros de análisis y presentación de resultados,

garantizando que se informen con precisión y sin sesgos. Las conclusiones estarán orientadas a promover estrategias que fortalezcan la salud integral de los enfermeros y fomenten un ambiente laboral más saludable.

Conflicto de intereses: el investigador se desempeña como enfermero asistencial en la unidad donde se llevará a cabo el estudio. No obstante, se declara que esta condición no influirá en la objetividad ni en el desarrollo de la investigación y cabe aclarar que, durante el proceso de recolección de datos, se actuará únicamente desde el rol de investigador, sin ejercer funciones asistenciales o jerárquicas que puedan generar presión sobre los participantes.

Consentimiento informado: constituirá un elemento central del estudio. Antes de participar, cada enfermero recibirá un documento explicativo que detalle los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios, así como sus derechos. La firma de este documento asegurará que cada participante haya comprendido la naturaleza del estudio y que cuenta con la posibilidad de abstenerse o retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión.

Plan de análisis.

Los datos serán organizados de acuerdo con cada variable seleccionada y sus dimensiones correspondientes. Posteriormente, se procederá a la tabulación y codificación en formato digital utilizando el software estadístico EPI INFO 7.25 CDC, avalado por la OPS y la OMS. A partir de esta codificación se elaborarán índices que permitirán reconstruir cada dimensión y, de esta manera, conformar las variables de interés. Asimismo, se contará con el apoyo de un profesional en estadística, quien colaborará en el análisis de los datos y en la aplicación de las pruebas estadísticas necesarias.

Para la variable “calidad del sueño” (escala de medición ordinal) se utilizará el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) que consta de 19 preguntas, se codificarán las respuestas asignando un valor a cada una de ellas, quedando determinadas de la siguiente manera: los 19 ítems se combinan entre sí para formar siete componentes de puntuación, siendo estos las dimensiones calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos.

Para la dimensión “calidad subjetiva del sueño” se va examinar la pregunta nº 6 y asignar una puntuación, donde:

0 = muy buena,

1 = bastante buena,
2 = bastante mala,
3 = muy mala,
Obteniendo así la puntuación de esta dimensión.

Para la dimensión "latencia del sueño" se va a examinar la pregunta nº 2 y asignar una puntuación, donde:

0 = mayor o igual a 15 minutos,
1 = de 16 a 30 minutos,
2 = de 31 a 60 minutos,
3 = mayor a 60 minutos.

Luego se examinará la pregunta nº 5a y asignará una puntuación, donde:

0 = ninguna vez en el último mes,
1 = menos de una vez a la semana,
2 = una o dos veces a la semana,
3 = tres o más veces a la semana.

Se procederá a realizar la sumatoria de las preguntas nº 2 y nº 5a y se obtendrá la puntuación de la dimensión como se explica a continuación:

0 = si el resultado de la sumatoria es 0,
1 = si el resultado de la sumatoria es de 1 a 2,
2 = si el resultado de la sumatoria es de 3 a 4,
3 = si el resultado de la sumatoria es de 5 a 6.

Para la dimensión "duración del sueño" se examinará la pregunta nº 4 y se asignará una puntuación, donde:

0 = más de 7 horas,
1 = entre 6 y 7 horas,
2 = entre 5 y 6 horas,
3 = menos de 5 horas,

Obteniendo así la puntuación de esta dimensión.

Para la dimensión “duración del sueño” el puntaje se obtendrá de la siguiente manera:

1. Se escribirá el número de horas de sueño (pregunta nº4): _____

2. Se calculará el número de horas que se pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (pregunta nº3): _____

b. Hora de acostarse (pregunta nº1): _____

Hora de levantarse – Hora de acostarse = _____ Número de horas que pasas en la cama.

3. Se calculará la eficiencia habitual de sueño como sigue:

[(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia habitual de sueño (%)]

(_____/_____) x 100 = _____%

Se le asignará la puntuación a la dimensión de la siguiente manera:

0 = mayor a 85%,

1 = entre 75 y 84%,

2 = entre 65 y 74%,

3 = menor a 65%.

Para la dimensión “perturbaciones del sueño” se examinará desde la pregunta nº 5b hasta la nº 5j y se asignará una puntuación a cada pregunta, donde:

0 = ninguna vez en el último mes,

1 = menos de una vez a la semana,

2 = una o dos veces a la semana,

3 = tres o más veces a la semana,

Se procederá a realizar la sumatoria de las puntuaciones de las preguntas y se obtendrá la puntuación de la dimensión, donde:

0 = si el resultado de la sumatoria es 0,

1 = si el resultado de la sumatoria es de 1 a 9,

- 2 = si el resultado de la sumatoria es de 10 a 18,
- 3 = si el resultado de la sumatoria es de 19 a 27.

Para la dimensión “utilización de medicación para dormir” se examinará la pregunta nº 7 y se asignará una puntuación, donde:

- 0 = ninguna vez en el último mes,
- 1 = menos de una vez a la semana,
- 2 = una o dos veces a la semana,
- 3 = tres o más veces a la semana,

Obteniendo así la puntuación de esta dimensión.

Para la dimensión “disfunción diurna” se examinará la pregunta nº 8 y se asignará una puntuación, donde:

- 0 = ninguna vez en el último mes,
- 1 = menos de una vez a la semana,
- 2 = una o dos veces a la semana,
- 3 = tres o más veces a la semana

Luego se examinará la pregunta nº 9 y se asignará una puntuación, donde:

- 0 = ningún problema,
- 1 = sólo un leve problema,
- 2 = un problema,
- 3 = un grave problema,

Se procederá a realizar la sumatoria de las preguntas nº 8 y nº 9, obteniéndose así la puntuación de la dimensión, donde:

- 0 = si el resultado de la sumatoria es 0,
- 1 = si el resultado de la sumatoria es de 1 a 2,
- 2 = si el resultado de la sumatoria es de 3 a 4,
- 3 = si el resultado de la sumatoria es de 5 a 6.

Por último, se procederá a obtener la puntuación total del PSQI realizando la sumatoria de los resultados de las 7 dimensiones anteriores para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no

existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas, interpretándose como:

- Buena calidad del sueño = puntuación menor o igual a 5,
- Mala calidad del sueño = puntuación mayor a 5.

Para la variable “nivel de ansiedad” (escala de medición ordinal) se utilizará la Escala GAD-7 de Trastorno de Ansiedad Generalizada presenta 7 ítems, donde cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 corresponde a "nunca", 1 corresponde a "varios días", 2 corresponde a "más de la mitad de los días" y 3 corresponde a "casi todos los días". El puntaje total varía entre 0 y 21 puntos, clasificándose de la siguiente manera: de 0 a 4 puntos “mínima o nula ansiedad”, de 5 a 9 puntos “ansiedad leve”, de 10 a 14 puntos “ansiedad moderada” y de 15 a 21 puntos “ansiedad grave. Cada respuesta del participante se codifica numéricamente según la escala original del GAD-7 (cada ítem se codifica así de manera uniforme):

Respuesta	Código
Nada	0
Varios días	1
Más de la mitad de los días	2
Casi todos los días	3

Cálculo del puntaje total: para cada participante se suman los valores de los 7 ítems. El puntaje total estará en el rango 0–21.

Codificación en categorías clínicas: según el puntaje total se asigna la categoría correspondiente:

Puntaje total	Categoría de ansiedad
0-4	Mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-21	Grave

Para la variable “turnicidad laboral” (escala de medición nominal) se utilizará un instrumento creado ad hoc, que consta de dos ítems, donde el primero es para conocer la turnicidad laboral, conformado por dos partes: horario laboral habitual del primer empleo y

horario laboral habitual del segundo empleo seguida cada opción de un campo donde la persona escriba manualmente la respuesta, clasificados en “turno diurno”, “turno vespertino/nocturno” y “turno mixto” según las respuestas. Se asigna un código numérico a cada categoría:

Categoría	Código
Turno diurno	1
Turno vespertino/nocturno	2
Turno mixto	3

Cada participante se codifica según la categoría que corresponda, basada en la combinación de sus horarios de los dos empleos.

Para medir la variable “horas trabajadas semanales” (escala de razón) se utilizará un instrumento creado ad hoc, que consta de dos ítems, donde el segundo es para saber la cantidad de horas trabajadas semanales, seguido de un campo donde la persona escriba manualmente la respuesta, y permite saber las horas semanales trabajadas habitualmente en número de horas totales. Se creará una columna en la base de datos con el nombre de Horas trabajadas semanales, se registrará el número total de horas semanales que el participante escribe en el formulario y se verificará la consistencia, se descartarán valores imposibles o negativos.

Se utilizarán estadísticas descriptivas para analizar las variables involucradas según nivel de medición de las mismas.

La variable “turnicidad laboral” se describirá mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y se presentará en una tabla de frecuencias y en un gráfico de barras (diurno / mixto / vespertino-nocturno).

La variable “horas semanales trabajadas” se describirá mediante mediana (valor central), rango intercuartil (para medir dispersión) y valores mínimo y máximo (valores extremos observados), asumiendo distribución no normal y se ilustrará mediante boxplots con puntos individuales.

La variable “calidad del sueño” se describirá con mediana, rango intercuartil y valores mínimo y máximo, asumiendo distribución no normal. Además, se reportará la proporción de participantes con mala calidad de sueño (PSQI > 5) y se mostrará en gráfico de barras para facilitar la interpretación clínica.

La variable “nivel de ansiedad generalizada”, al igual que las variables anteriores, se describirá con mediana, rango intercuartil y valores mínimo y máximo, asumiendo distribución no normal, y se presentará un gráfico de barras con las categorías clínicas (0-4 mínima; 5-9 leve; 10-14 moderada; 15-21 grave). Se informará además la proporción con GAD-7 \geq 10.

Para comparar la “calidad del sueño” entre los diferentes tipos de “turnicidad laboral” se utilizaría un análisis bivariado y, dado que no se asumiría normalidad en la distribución de la muestra, se utilizarían medidas de tendencia central y dispersión como la mediana, rango intercuartil y los valores mínimo y máximo observados en cada grupo. Estas medidas permitirían describir de manera precisa la calidad de sueño típica de los participantes en cada modalidad de turno y la variabilidad existente dentro de cada grupo, pudiéndose demostrar mediante un boxplot que permitiría comparar visualmente qué grupo tiene peor calidad de sueño y la dispersión de los puntajes. En este caso, si se transformase “calidad de sueño” a dicotómica (buena/mala) y se compararían proporciones entre 3 grupos de la variable turnicidad (diurno, mixto y vespertino/nocturno), se crearía una tabla de contingencia 3x2 (las filas corresponden a los tipos de turno y las columnas a buena o mala calidad del sueño) y se aplicaría una herramienta estadística como chi cuadrado, se podría probar la primer hipótesis: “los enfermeros con pluriempleo que trabajan en turnos vespertino/nocturno o mixto presentan una menor calidad del sueño en comparación con quienes trabajan en turnos diurnos”, donde se interpreta que si el valor de $p < 0,05$ existe un nivel de dependencia en la asociación significativo entre variables y si $p \geq 0,05$ no hay evidencia estadística suficiente.

Luego, para comparar la “calidad del sueño” según “horas semanales trabajadas” se utilizaría un análisis bivariado, y dado que los puntajes del PSQI constituyen una variable ordinal y no se asumiría normalidad en la distribución, se emplearían medidas de tendencia central y dispersión, incluyendo mediana, rango intercuartil y los valores mínimo y máximo observados. Estas medidas permitirían caracterizar de manera precisa la calidad de sueño típica de los participantes y la variabilidad de los puntajes entre diferentes niveles de carga horaria. Se podría utilizar un boxplot para diagramar la información.

Para comparar el “nivel de ansiedad generalizada” según “turnicidad laboral” se utilizará un análisis bivariado y, dado que no se asumirá la normalidad en la distribución de los datos, se aplicará la prueba de Kruskal-Wallis para comparar la distribución de los puntajes de ansiedad entre los tres grupos de turnicidad laboral (diurno, vespertino/nocturno y mixto). En caso de obtener diferencias significativas, se realizarán pruebas post-hoc de Dunn con corrección de Bonferroni para identificar qué grupos presentan diferencias entre sí.

Los resultados se describirán mediante medidas de tendencia central y dispersión (mediana, rango intercuartil, valores mínimo y máximo) y se representarán gráficamente mediante boxplots, lo que permitirá visualizar las diferencias en la distribución de los niveles de ansiedad entre los distintos tipos de turnos. Se considerará un nivel de significancia de $p < 0,05$. Mediante este procedimiento se podría probar la hipótesis 2: “los enfermeros con pluriempleo que trabajan en turnos vespertino/nocturno o mixto presentan un mayor nivel de trastorno de ansiedad generalizada en comparación con quienes trabajan en turnos diurnos”.

Para comparar el “nivel de ansiedad generalizada” según “horas semanales trabajadas” se utilizaría un análisis bivariado y se emplearían medidas estadísticas de tendencia central y dispersión, incluyendo mediana, rango intercuartil y los valores mínimo y máximo observados. Estas medidas permitirían caracterizar los niveles típicos de ansiedad de los participantes y observar la variabilidad dentro de cada rango de horas trabajadas. La información se presentaría en gráficos como boxplots o barras con medianas y rango intercuartil.

Para poner a prueba la hipótesis 3: “la turnicidad laboral y la cantidad de horas semanales trabajadas influyen en la calidad del sueño y, en consecuencia, en el nivel de trastorno de ansiedad generalizada” se procederá a aplicar un análisis multivariado, donde se evaluará el efecto de la turnicidad laboral y de las horas semanales trabajadas sobre la calidad del sueño (PSQI) mediante modelos de regresión logística ordinal cuando la calidad del sueño es considerada como variable ordinal y regresión lineal robusta cuando se trata el puntaje total. Posteriormente se analizará la asociación entre la calidad del sueño y el nivel de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) con regresión logística ordinal, ajustando por turnicidad y horas trabajadas. Para evaluar si la calidad del sueño mediaba la relación entre turnicidad/horas y ansiedad se aplicará un análisis de mediación con bootstrap (5.000 réplicas) para estimar el efecto indirecto ($a \times b$) y su IC95%. Se considerará significativo $p < 0,05$.

Para poner a prueba la cuarta hipótesis: “los enfermeros con turnicidad mixta o vespertina/nocturna y con mayor carga horaria laboral semanal presentan mayor uso de medicación para dormir que los enfermeros de turnicidad diurna”, se realizará un análisis bivariado para explorar la relación entre turnicidad laboral y uso de medicación para dormir, y entre horas semanales trabajadas y uso de medicación para dormir. La turnicidad se categorizará en diurno, vespertino/nocturno y mixto, y el uso de medicación se codificará como dicotómica (si/no). Se construirán tablas de contingencia y se aplicará la prueba Chi-cuadrado de independencia, recurriendo a la prueba exacta de Fisher cuando alguna celda presente frecuencia esperada < 5 . Las horas semanales trabajadas, al no seguir distribución

normal, se compararán entre los grupos de uso de medicación mediante la prueba de Mann–Whitney U, presentando mediana, rango intercuartil, mínimo y máximo. Los resultados se representarán gráficamente mediante barras y boxplots para facilitar la interpretación de las diferencias entre grupos.

Cronograma de actividades y plan de trabajo.

Semana Tarea	2da de abril	3ra de abril	4ta de abril	1ra de mayo	2da de mayo	3ra de mayo	4ta de mayo
Recolección de datos.							
Tabulación de datos.							
Análisis e interpretación de los datos.							
Elaboración de discusiones y conclusiones.							
Redacción de informe final.							
Difusión de resultados.							

Anexo I.

Aval institucional.



FCM Facultad de Ciencias
Médicas - UNR

Quien suscribe, Profesora, Esp. Nores, Rosana, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario certifica que Paglialunga, Ignacio es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera el estudiante deberá entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información pertinente según la temática seleccionada con el fin de tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería -----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 22 días del mes de Julio de 2025.

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar



LOIS ALBERTO PERRETT
LIC. EN ENFERMERÍA
MAT. 307



Rosana Nores

Anexo II.

Operacionalización de variables.

Calidad del sueño: se define como la satisfacción personal con todos los aspectos de la experiencia del sueño y comprende cuatro atributos: eficiencia del sueño, latencia del sueño, duración del sueño y despertar tras el inicio del sueño. (Nelson y otros, 2022). Variable cualitativa compleja, dependiente, escala de medición ordinal.

- Dimensiones e indicadores:
 - Dimensión 1: Calidad subjetiva del sueño.
 - Indicador:
 - Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
 - Dimensión 2: Latencia del sueño.
 - Indicadores:
 - Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?
 - Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder conciliar el sueño en la primera media hora?
 - Dimensión 3: Duración del sueño.
 - Indicador:
 - ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?
 - Dimensión 4: Eficiencia habitual del sueño.
 - Indicadores:
 - Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?
 - Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?
 - Dimensión 5: Perturbaciones del sueño.
 - Indicadores:
 - Despertarse durante la noche o de madrugada.
 - Tener que levantarse para ir al sanitario.
 - No poder respirar bien.

- Toser o roncar ruidosamente.
- Sentir frío Sentir demasiado calor.
- Tener pesadillas o “malos sueños”.
- Sufrir dolores.
- Otras razones por las que tuvo problemas para dormir
- Dimensión 6: Uso de medicación hipnótica.
 - Indicador:
 - Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
- Dimensión 7: Disfunción diurna.
 - Indicadores:
 - Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
 - Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimos” para realizar alguna de las actividades como conducir, comer o desarrollar otra actividad?
- Instrumento: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI).

Trastorno de ansiedad generalizada: preocupación excesiva y constante que afecta negativamente el desarrollo de las actividades diarias, esta condición suele acompañarse de manifestaciones físicas como fatiga, inquietud, tensión muscular, problemas de concentración, alteraciones del sueño y una sensación continua de nerviosismo. (Colón, 2024). Variable cualitativa compleja, independiente, escala de medición ordinal.

- Dimensiones e indicadores:
 - Dimensión: Síntomas de ansiedad generalizada.
 - Indicadores:
 - Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite.
 - No poder parar o controlar la preocupación.
 - Preocuparse demasiado por diferentes cosas.
 - Tener dificultad para relajarse.
 - Estar tan inquieto/a que es difícil quedarse quieto/a.
 - Irritarse fácilmente o sentirse molesto/a con facilidad.
 - Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar.

- Instrumento: Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7).

Turnicidad laboral: es el turno laboral en el que las personas trabajaron, mayoritariamente, en los últimos seis meses. Variable cualitativa simple, independiente, escala de medición nominal. Al tratarse de trabajadores con pluriempleo, la turnicidad va a dividirse en los siguientes indicadores:

- Turno diurno: comprende a personas que trabajan en dos empleos dentro del horario comprendido entre las 06 y las 21 horas.

- Turno vespertino/nocturno: comprende a personas que realizan ambos turnos laborales con al menos uno comenzando a partir de las 18 horas y el segundo extendiéndose desde las 00 hasta antes de las 06 horas.

- Turno mixto: comprende a personas cuyo primer empleo se ubica dentro del horario diurno (06 a 21 horas) y cuyo segundo empleo inicia a partir de las 18 o 00 horas, extendiéndose hasta las 06 horas.

- Instrumento: cuestionario autoadministrado con donde se exprese en números el horario laboral habitual en los empleos.

Horas semanales trabajadas: es la cantidad de horas en las que el personal realiza su actividad profesional en todos sus trabajos durante la semana. Variable cuantitativa discreta, independiente, escala de razón. Corresponde a la suma de las horas trabajadas en una semana laboral típica del último mes en todos los empleos.

- Instrumento: cuestionario autoadministrado donde se exprese en número la cantidad de horas trabajadas semanalmente.

Instrumentos de recolección de datos.

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI).

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cuál ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min

Entre 16-30 min

Entre 31-60 min

Más de 60 min

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de: (marque con una X la casilla correspondiente)

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces a la semana

Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Solo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

Instrucciones para la baremación del test de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Los 19 ítems autoevaluados se combinan entre sí para formar siete componentes de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos, donde una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad y una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas. Se procede de la siguiente manera:

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta nº6 y asigne la puntuación:

- Muy buena 0
- Bastante Buena 1
- Bastante Mala 2
- Muy Mala 3

Puntuación ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta nº2 y asigne la puntuación:

- ≤15 minutos 0
- 16-30 minutos 1
- 31-60 minutos 2
- ≥60 minutos 3

Puntuación pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta nº5a y asigne la puntuación:

- Ninguna vez en el último mes 0
- Menos de una vez a la semana 1
- Una o dos veces a la semana 2
- Tres o más veces a la semana 3

Puntuación Pregunta 5a: _____

3. Sume la pregunta nº2 y nº5a

Suma de la Pregunta 2 y 5a: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta nº4 y asigne la puntuación:

Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación ítem 3: _____

Ítem 4: Eficiencia habitual de Sueño.

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta nº4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta nº3): _____

b. Hora de acostarse (Pregunta nº1): _____

Hora de levantarse – Hora de acostarse = _____ Número de horas que pasas en la cama.

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue:

[(Número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100= Eficiencia Habitual de Sueno (%)]

(_____/_____) x 100 = _____%

4. Asigne la puntuación al Ítem 4:

>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas nº5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación 5b _____

Puntuación 5c _____

Puntuación 5d _____

Puntuación 5e _____

Puntuación 5f _____

Puntuación 5g _____

Puntuación 5h _____

Puntuación 5i _____

Puntuación 5j _____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas nº5b-j:

Suma puntuaciones 5b-j: _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta nº7 y asigne la puntuación

Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta nº8 y asigne la puntuación:

Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación Pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta nº9 y asigne la puntuación:

Ningún problema	0
Solo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3. Sume la pregunta nº8 y la nº9

Suma de la Pregunta 8 y 9: _____

4. Asigne la puntuación del ítem 7:

0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 7: _____

Puntuación PSQI total: sume la puntuación de los 7 ítems.

Puntuación PSQI Total: _____

Escala GAD-7 - Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? Por favor, marque una opción por cada ítem.

Ítem	Síntoma	Nunca (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al límite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	No poder parar o controlar la preocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Preocuparse demasiado por diferentes cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tener dificultad para relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Estar tan inquieto/a que es difícil quedarse quieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Irritarse fácilmente o sentirse molesto/a con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta funcional opcional (no puntúa):

Si marcó alguno de los problemas anteriores, ¿en qué medida han dificultado sus actividades diarias, su trabajo o su vida social?

- Nada
- Un poco
- Mucho
- Extremadamente

Resultados posibles:

Puntaje total	Nivel de ansiedad
0–4	Mínima / ausente
5–9	Leve
10–14	Moderada
15–21	Grave

Cuestionario sobre datos de turnicidad y horas laborales semanales.

Turnicidad laboral: complete la información requerida con el turno laboral en el que se desempeñó mayoritariamente en los últimos seis meses en cada trabajo.

Horario laboral habitual del primer empleo:

Horario laboral habitual del segundo empleo:

Horas semanales trabajadas: complete la información requerida con la cantidad de horas semanales que trabajó de manera habitual el último mes.

Cantidad de horas trabajadas semanales:

Hoja de información.

Mi nombre es Ignacio Paglialunga y soy alumno de la Escuela de Enfermería en la Universidad Nacional de Rosario, en la cual me encuentro cursando la materia llamada Taller de Investigación, que consiste en el desarrollo de un proyecto de investigación en base a un tema de interés que aporte beneficios a la disciplina. Me dirijo a usted con el fin de brindarle información e invitarlo a formar parte del proyecto en cuestión.

¿De qué se trata este estudio? El motivo del mismo es conocer como los turnos de trabajo y la cantidad de horas trabajadas en la semana influyen en la calidad del sueño y en la presencia de trastornos de ansiedad de los enfermeros/as que presentan pluriempleo de la terapia intensiva.

¿Hay riesgos? No, ya que los cuestionarios son anónimos y confidenciales, por lo que nadie podrá identificar sus respuestas. Es voluntario, usted puede participar o no, sin que eso le genere ningún problema. En caso de que necesite más información al respecto no dude en consulta. Su participación ayudará a conocer mejor la realidad de los enfermeros y a pensar mejoras en las condiciones laborales y de salud.

¿Qué debería hacer usted? Completar un cuestionario online mediante Google Forms que consta de dos partes:

- En la primera tendrá algunas preguntas sobre sus datos laborales, como tipo de turno y total de horas laborales semanales en el que se desempeña habitualmente en sus trabajos.

- En la segunda parte tendrá que responder dos cuestionarios: uno sobre calidad del sueño (PSQI) y otro sobre ansiedad (GAD-7). Una vez completados y enviados los cuestionarios, se le informará automáticamente su puntaje total obtenido en cada instrumento, con el propósito de que pueda tomar conocimiento y conciencia acerca de su calidad de sueño y nivel de ansiedad. Esta devolución tiene carácter informativo y no sustituye una valoración clínica, por lo que, en caso de que los resultados despierten preocupación o inquietud, se sugiere consultar con el servicio de psicología o psiquiatría de la institución para una evaluación profesional más detallada. En caso de que requiera una consulta con los servicios nombrados anteriormente, debe dirigirse al área de consultorios externos de la institución y solicitar turno con el profesional que considere para resolver sus dudas al respecto.

Consentimiento informado.

La presente investigación tiene el objetivo de conocer como los turnos de trabajo y la cantidad de horas trabajadas en la semana influyen en la calidad del sueño y la presencia de ansiedad generalizada de los enfermeros/as que presentan pluriempleo de la terapia intensiva, a llevarse a cabo en el mes de abril de 2026.

Declaro haber recibido una explicación clara y completa, en forma verbal, acerca de las actividades que se llevarán a cabo en el presente estudio y de las responsabilidades que implicará mi participación. Reconozco que mi incorporación a la investigación es totalmente voluntaria, sin que exista obligación alguna de tomar parte en ella. Entiendo que con mi aceptación puedo participar y que, si tomo la decisión de no formar parte de la misma podré hacerlo libremente y sin necesidad de justificar los motivos. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información recolectada será tratada con estricta confidencialidad. Para tal fin, mi identidad será reemplazada por un código personal en los registros del estudio, y los datos obtenidos se emplearán exclusivamente con fines de investigación y difusión científica. Reconozco que mi participación en este estudio no implicará costo alguno para mí ni generará remuneración económica. Finalmente, acepto que, una vez concluidas las actividades mencionadas, renuncio a efectuar reclamos, siempre que se respeten las condiciones previamente detalladas en este consentimiento.

Por lo tanto, firmo este documento como manifestación de mi consentimiento informado.

Nombre y apellido:

Fecha:/...../.....

Firma:

Bibliografía.

- Aguilar, C., & Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), págs. 171-173. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&tlng=es
- Albakri, U. S. (2024). Sleep quality and the need for recovery among nurses working irregular shifts: A cross-sectional study. *Work*, 79(3), págs. 1477–1490. <https://doi.org/10.3233/WOR-230500>
- Altamirano, M., & Amante, A. (2020). Consecuencias del pluriempleo en la salud de los enfermeros del Hospital Dr. Arturo Oñata, Salta. *Crear en Salud*(14), págs. 20-34. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/issue/view/2234/406>
- Alvarado, E., de Canales, F., & Pineda, E. (1994). *Metodología de la Investigación* (2da ed.). Washington, D.C., E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Panamericana. Obtenido de <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*(28), págs. 11-35. Obtenido de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712017000100002&lng=es&tlng=es
- Barahona, A., Vidaurre, E., Sevilla, F., Rodríguez, J., & Monge, S. (2013). El trabajo nocturno y sus implicaciones en la salud de médicos, enfermeras y oficiales de seguridad de los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(1), págs. 17-36. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100003&lng=en&tlng=es
- Benavides, P., & Ramos, C. (2019). Fundamentos Neurobiológicos del Sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3), págs. 73-80. Obtenido de http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000300073&lng=es&tlng=es.
- Bernal, D., González, R., & Rojas, I. (2018). Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16). <https://doi.org/10.12707/RIV17060>

- Carpi, M. (Enero de 2025). Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh: una breve reseña. *Medicina del Trabajo*, 75(1), págs. 14-15. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqae121>
- Carrillo, P., Barajas, K., Sánchez, I., & Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), págs. 6-20. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&tlng=es
- Carrillo, P., Ramírez, J., & Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), págs. 5-15. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es&tlng=es
- Castillo, B., Guance, L., Méndez, C., & Pérez, A. (2022). Impacto de los turnos de trabajo en la calidad del sueño del personal de enfermería en dos hospitales de tercer nivel de Canarias. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 68(267), págs. 105-117. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2022000200003>
- Castillo, I., & Tapia, I. (2024). Sintomatología ansioso-depresiva y calidad de sueño en alumnos becarios de una universidad privada en Piura, Perú. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 87(1), págs. 32-42. <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i1.5018>
- Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. *Emociones y Salud*, págs. 159-182.
- Colón, H. (Junio de 2024). *American Psychiatric Association*. Obtenido de ¿Qué son los trastornos de ansiedad?: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/ansiedad/%C2%BFque-son-los-trastornos-de-ansiedad>
- Congreso de la Nación Argentina. (17 de Septiembre de 1929). Ley 11544 de Jornada de Trabajo. Buenos Aires, Argentina: Boletín Nacional. Obtenido de [Argentina.gob.ar: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11544-63368/texto](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11544-63368/texto)
- Congreso de la Nación Argentina. (23 de Marzo de 1995). Ley 24465 de Régimen de Contrato de Trabajo. Argentina: Boletín Nacional. Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24465-15931/texto#:~:text=%22Art%C3%ADculo%2092%20bis:%20Per%C3%ADodo%20de,hasta%20seis%20\(6\)%20meses](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24465-15931/texto#:~:text=%22Art%C3%ADculo%2092%20bis:%20Per%C3%ADodo%20de,hasta%20seis%20(6)%20meses)
- Contreras, A. (Mayo de 2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), págs. 341-349. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70171-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70171-8)

- Dotti, G., & Rodríguez, C. (2013). El multiempleo, ¿trae consecuencias en la calidad de vida? 8(2),. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 8(2), págs. 1-10. Obtenido de <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/51>
- Instituto del Sueño. (s.f.). *¿Qué es el Sueño?* Obtenido de Instituto del Sueño: <https://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>
- Jiménez, A., Fuquene, A., Mier, M., Valdés, P., Jojoa, V., & Buitrago, L. (Diciembre de 2023). Consecuencias más relevantes para la salud de los trabajadores del turno de noche en diferentes contextos laborales. Revisión de literatura. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 10(2), págs. 147-165. <https://doi.org/10.24267/23897325.1013>
- Li, Y., Wang, Y., Lv, X., Li, R., Guan, X., Li, L., . . . Cao, Y. (2022). Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses. *Frontiers in public health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.926988>
- Maganto, A., Alcañiz, F., de Priso, S., & Mayoral, A. (30 de Marzo de 2023). Características del sueño en trabajadores sanitarios de hospitales de Madrid Sur. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 69(270), págs. 12-27. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2023000100003>
- Mesa, L., & Romero, M. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), págs. 55-92.
- Mesa, N. (Enero de 2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. 13(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es&tlng=es
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Resolución 1480/2011. *Guía para investigaciones con seres humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Miró, E., Cano, M., & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*(14), págs. 11-27. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401401>
- National Institute of Mental Health. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada: cuando no se puede controlar la preocupación. *National Institute of Mental Health*(22).
- Nelson, K., Davis, J., & Corbett, C. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 57(1), págs. 144-151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6a ed.). St. Louis: Mosby.

- Parra, D., Baculima, J., & Mariño, H. (2023). Trastornos del sueño asociados al trabajo nocturno del personal de salud de la Clínica Praxxel. *Anatomía Digital*, 6(4.1), págs. 6-22. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.1.2740>
- Rodríguez, J., Flores, B., López, M., Argilés, N., Buj, L., & Prats, N. (Mayo de 2016). Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas de Enfermería*, 19(4), págs. 18-22. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80907/>
- Serra M., L. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), págs. 443-451. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70180-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70180-9)
- Sierra, J., Jiménez, C., & Martín, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6), págs. 35-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262505>
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2023). Documento técnico: trabajo nocturno y a turnos. *SRT*.
- Watson, N., Badr, M., Belenky, G., Bliwise, D., Buxton, O., Buysse, D., Heald, J. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 11(6), págs. 591–592. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>