



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

MÁSTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

**NOCTURNIDAD: UN RIESGO  
PSICOSOCIAL PARA EL  
PROFESIONAL DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

---

Directora: Gema Cano de la Casa

Alumno: Antonio Bastida Parra

**07/09/2018**



## INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D/D<sup>a</sup> GEMA CANO DE LA CASA., Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado NOCTURNIDAD: UN RIESGO PSICOSOCIAL PARA EL PROFESIONAL DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS y realizado por el estudiante D. ANTONIO BASTIDA PARRA

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 09/08/2018

Fdo.: GEMA CANO DE LA CASA  
Tutor TFM

## Resumen

- ❖ **Objetivos:** Como objetivo principal evaluar las posibles diferencias en salud psicosocial entre los profesionales sanitarios que trabajan en una unidad de cuidados intensivos a turno rodado y los que lo hacen en el turno de noches fijas a fin de esclarecer qué profesionales presentan más riesgo de deterioro psicosocial. Como objetivo secundario conocer si hay diferencias en salud psicosocial según factores demográficos (edad y sexo) y según la antigüedad del personal en la unidad.
- ❖ **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia. Se obtuvo una muestra, no probabilística, formada por 69 profesionales (enfermería y auxiliar de enfermería), de los cuales 25 pertenecían al turno de noches y 44 al turno rodado. Para la medición de su salud psicosocial se utilizó un cuestionario validado específico.
- ❖ **Resultados:** Ambos grupos superaron el corte establecido ( $>6$ ), siendo superior la obtenida en el turno de noches fijas. La puntuación global media del turno de noche fue de 9,2 mientras que la del turno rodado fue de 6,1 con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), independientemente de la edad, sexo o antigüedad. En la valoración por áreas, Ansiedad-Insomnio obtuvo los mayores valores, siendo la diferencia, junto a la de Síntomas Somáticos y Disfunción Social, estadísticamente significativa. No se observaron diferencias en el área Depresión.
- ❖ **Conclusiones:** El personal del turno de noches fijas en general de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital universitario Virgen de la Arrixaca mostró un mayor deterioro de su salud psicosocial que el que trabaja a turno rodado, independientemente del sexo, antigüedad o la edad del trabajador. En ambos grupos se superó el corte ( $>6$ ), siendo ambos grupos a valorar en mayor profundidad. Los problemas con más repercusión sobre el trabajador mujer que trabaja de noches fijas, son los del tipo ansiedad e insomnio. El personal con una antigüedad en el turno rodado menor de 6 meses mostró un menor nivel de ansiedad y de insomnio que sus compañeros del turno rodado.

## Palabras clave:

*Trabajo a turnos, Turno de noches, Turno rodado, Salud psicosocial, Test de Goldberg*

## Abstract

- ❖ Objetives: The main objective was to assess the differences regarding psychosocial health between healthworkers who work in a intensive care unit on rotatory shifts and the ones who work on permanent night shifts to find the group at risk. As secondary objective, knowing if there are differences according to demographic factors (age and gender) and time of career in the unit.
- ❖ Material and method: This transverse and descriptive research was performed in the Intensive Care Unit of the University Hospital Virgen de la Arrixaca in Murcia. The final sample was formed by 69 healthworkers (nursing and auxilliary staff), from which 25 belonged to the permanent night shift and 44 to the rotatory shift. To assess their psychosocial health a validated specific questionnaire was used.
- ❖ Outcomes: Both groups overcame the cut-off mark ( $>6$ ), being higher on the permanent night shifts. The average on the nights was 9,2 and the one on the rotatory shifts was 6,1 with statistically significant differences ( $p < 0,05$ ), independently of age, gender or time of career. In the different areas, Anxiety-Insomnia got the highest scores, with statistically significant difference and same with Somatic Symptoms and Social. No differences were found in the Depression área.
- ❖ Conclusions: The healthworker on permanent night shifts in the Intensive Care Unit of the University Hospital Virgen de la Arrixaca showed bigger deterioration of their psychosocial health than the ones on the rotatory shifts, independently of their age, gender or time of career in the unit. Both groups overcame the cut-off mark ( $>6$ ), so a further mental assessment is recommended. The most remarkable problems on the female worker are anxiety and insomnia. Professionals who worked on the rotatory shift for less than 6 months showed a lower level of anxiety and insomnia than their colleagues.

## Keywords:

*Shiftwork, Night Shift, Rotatory Shift, Psicosocial Health, Goldberg Questionnaire*

## **Agradecimientos**

Agradecer a mis compañeros profesionales sanitarios tanto enfermeros como auxiliares del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, por la colaboración y por su tiempo para la cumplimentación de los cuestionarios que han hecho posible la realización de este estudio.

Agradecer también a mis padres por el apoyo incondicional y por estar ahí en los peores momentos.

También a los docentes, tutores y compañeros del Máster en Prevención de Riesgos Laborales que me han ayudado tanto a lo largo del curso.

Muchas gracias de corazón.





## Indice

Resumen .....	1
Palabras clave: .....	2
Abstract .....	3
Keywords: .....	3
Agradecimientos .....	4
1. Justificación .....	7
2. Marco teórico.....	9
2.1 La turnicidad laboral.....	9
2.1.1 Perspectiva Histórica.....	9
2.1.2 El trabajo a turnos .....	10
2.2 El trabajo nocturno en los Servicios de Salud .....	12
2.2.1 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Medicina del Trabajo .....	13
2.2.2 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Seguridad en el Trabajo .....	14
2.2.3 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Ergonomía en el Trabajo .....	15
2.2.4 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Psicología .....	16
3. Objetivos .....	18
4. Material y Métodos .....	19
5. Resultados .....	22
6. Discusión.....	29
Limitaciones.....	29
Recomendaciones .....	30
7. Conclusión .....	31
Recomendaciones en materia de prevención de riesgos laborales.....	31
8. Bibliografía .....	37



10. Anexos .....	41
Cuestionario de Goldberg (GHQ 28).....	41



## 1. Justificación

En la sociedad actual una gran parte del tiempo diario se invierte en el trabajo. De hecho, hoy en día el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad al ser también un método de realización personal y contribución al mantenimiento y sostenibilidad de la sociedad en la que vivimos. Las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo pueden influir de forma muy significativa en la salud mental del trabajador.

Dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica.<sup>1</sup> Sin embargo, en algunas actividades es necesario establecer turnos de trabajo con horarios de trabajo que están fuera de lo que sería aconsejable, ya sea por necesidades del propio servicio o por necesidades productivas.

Es el caso de los servicios sanitarios, donde los pacientes necesitan cuidados y personal a su cargo continuos y que, junto al aumento de la demanda de diversos servicios y la incorporación creciente de tecnología compleja y costosa, ha hecho necesaria la aplicación de sistemas de trabajo que requieren actividad laboral continua durante las veinticuatro horas del día.

Más concretamente, los profesionales de las unidades de cuidados intensivos cuentan con un *hándicap* sobre añadido, ya que se enfrentan a diario a situaciones de enfermedad, dolor y muerte así como a circunstancias límites, toma de decisiones inmediatas en cuestiones de vital importancia, y en numerosas ocasiones, a la comunicación de malas noticias. Si a todo ello añadimos las características propias de UCI (poca luz natural, exceso de estimulación, tecnificación etc.) y las propias del trabajo en sí como la sobrecarga asistencial, ambigüedad de roles, urgencias, falta de descansos reglados y, por supuesto, turnos de noche, obtenemos un cóctel peligroso para las dimensiones física, psíquica y social de los trabajadores.<sup>44</sup>

El personal sanitario asignado al turno noche experimenta desajustes entre las demandas de actividad y los ritmos biológicos internos que regulan el ciclo vigilia-sueño, con consecuencias directas sobre su vida diaria, entre las que destacan las de índole psicosocial.

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo.<sup>18</sup>

Ante este escenario, se hace necesario indagar en medidas de prevención que minimicen las condiciones patológicas que pueden surgir producto de la turnicidad laboral y del trabajo nocturno, enfocadas a la manera en que se organiza el trabajo, al respeto de la conciliación familiar y social y a la vigilancia de la salud, entre otras.



## 2. Marco teórico

### 2.1 La turnicidad laboral

#### 2.1.1 Perspectiva Histórica

El trabajo es uno de los aspectos que más repercute en la vida diaria de los seres humanos, así como en su salud y el bienestar. Cabe destacar las dificultades que presentan las personas para poder adaptarse, producto de la alteración de los ritmos circadianos, e incluso sociales, asociados a las grandes transformaciones que ha generado el desarrollo de modelos capitalistas en el mundo laboral.<sup>6, 15</sup>

Desde el punto de vista histórico, a finales de los años setenta se incorporan nuevas formas de organizar la producción, incluyendo nuevas tecnologías y nuevos métodos de estructurar el trabajo como respuesta a la reorganización social y económica. Se hace uso de sistemas técnicos flexibles, horarios flexibles, flexibilidad funcional y salarial, como forma de adaptarse a las fluctuaciones del mercado y producir maneras atípicas de empleo como el trabajo a domicilio, tele trabajo, el trabajo autónomo, el trabajo a tiempo parcial o el empleo temporal.<sup>1</sup>

Este proceso de flexibilización laboral en la dimensión productiva y en lo personal y social de los trabajadores y trabajadoras supone un cambio en lo personal, social y familiar, afectando de manera especial a las mujeres, que conservan la responsabilidad asignada por la sociedad en relación al trabajo doméstico y el cuidado de los niños. Esto les orienta hacia trabajos que les otorguen mayor flexibilidad en el uso de su tiempo y les permitan conciliar y satisfacer las necesidades de la vida doméstica y familiar, pero a su vez más precarios en términos de salario, de estabilidad, de seguridad social y de extensión y distribución de su jornada.

A raíz de estas orientaciones enfocadas a desarrollar personas más productivas, y con múltiples funciones, se ha llevado a cabo la implementación de estrategias poco tradicionales que giran alrededor de lo económico y empresarial, encontrando medidas para hacer frente a las transformaciones mundiales.

De este modo observamos como en los últimos años las empresas han llevado a cabo acciones como la descentralización de la producción en las grandes fábricas, sustitución de determinadas áreas de empleo por servicios de maquinaria flexible, diversificación de la

producción, políticas de diferenciación salarial según cualificación laboral y puesto de trabajo, nuevas maneras de gestión del trabajo, formas temporales de contratación y la aplicación de condiciones y horarios de trabajo diferentes a las que se venían utilizando, como el trabajo a turnos y nocturno.

El trabajo nocturno ya existía en las múltiples civilizaciones y abarcaba muy diversos ámbitos laborales. Sin embargo, el trabajo en horarios nocturnos a nivel industrial comienza con el empleo de manera masiva de la luz artificial por incandescencia. Esta innovación tecnológica proporcionó la luminosidad necesaria para poder llevar a cabo cualquier actividad laboral realizada durante el día en horario nocturno, o bien prolongar la diurna las horas que hiciesen falta, en cualquier sector que necesitase incrementar la duración de la jornada o la producción en general, con las ventajas e inconvenientes que ello conlleva.

Sin embargo, aunque esta serie de cambios pueda ser considerada por algunos como ventajoso para los trabajadores, diversos estudios manifiestan el impacto negativo en la vida de los individuos.<sup>22</sup>

### **2.1.2 El trabajo a turnos**

Parte de las modificaciones de flexibilización arriba señaladas corresponde a los horarios de trabajo. Un ejemplo es la adopción del trabajo a turnos. Este, se define en el apartado 3 del artículo 36 sobre el *Trabajo nocturno, trabajo a turnos y ritmo de trabajo* del *Estatuto de los Trabajadores* del BOE, nº 75, como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”.

De esta manera, las organizaciones pueden cubrir las demandas de la producción o de servicios las 24 horas del día, aunque esto suponga que el trabajador lleve a cabo sus funciones en horarios diferentes a los considerados normales, con la repercusión negativa correspondiente sobre el mismo.

Trabajadores de sectores como el sanitario, transporte, comercio, hostelería, limpieza, vigilancia e industria, son algunos ejemplos de colectivos que, debiéndose a las necesidades técnicas, económicas o de servicio de sus empresas, o bien por la actual demanda social del “abierto 24 horas”, se ven expuestos a estos horarios laborales que,

especialmente desde la perspectiva psicosocial, van a tener una notable importancia en el deterioro de la salud de estos trabajadores.<sup>31</sup>

El efecto de la turnicidad sobre la salud del trabajador ya ha sido analizado por múltiples autores con resultados que ponen en evidencia las repercusiones desfavorables sobre el mismo en comparación con los trabajadores de día y los que trabajan en turnos permanentes. Destaca la alta tasa de abandono en los primeros años debido a problemas médicos crónicos (entre un 20 y un 30%)<sup>41</sup>, la disminución de la salud en general, del bienestar y de la calidad del sueño, así como interrupción del sueño, de la vida familiar y social, de las actividades de ocio, de la regularidad a la hora de comer y del ciclo digestivo. Igualmente se da en trabajadores de turnos rotativos de 12 horas.

El propio INSHT apunta que “los beneficios del trabajo nocturno y a turnos para los trabajadores son limitados, y normalmente superados por los inconvenientes y desventajas de dichos horarios”.

Una gran organización con deber de provisión de servicios 24 horas es el Sistema Nacional de Salud (SNS). Como consecuencia, el personal sanitario está irremediablemente sometido a un sistema de turnos de trabajo. Los más comunes en el Servicio Nacional de Salud (SNS) consisten en:

- Turno fijo: Horarios laborales donde se realiza siempre un turno de mañana (M), de tarde (T) o de noche (N).
- Turno fijo con noches: Horarios laborales donde se realiza siempre un turno de mañana o de tarde y una semana de noche.
- Turno antiestrés: El horario laboral alterna los turnos de mañana, tarde y noche en la misma semana, con pequeñas variaciones.
- Turno rotatorio completo: El horario laboral implica turnos de mañana, tarde y noche de forma rotatoria, ya sea con cadencia establecida o no.

Una característica de estos turnos es la necesidad de intercambiar información entre los trabajadores de turnos sucesivos ya que el trabajo no comienza siempre en el mismo punto de partida, sino que otro trabajador ha de tomar el relevo en puesto de otro a fin de garantizar la continuidad de los cuidados.

Evidentemente, para garantizar esta continuidad, se hace necesario establecer un turno nocturno con personal que atienda las demandas del servicio durante la noche.

## 2.2 El trabajo nocturno en los Servicios de Salud

Según el apartado 3 del artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores, el trabajo nocturno se define como aquel “realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana” y se considera trabajador nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.”

Por otro lado, el sueño es el estado de reposo uniforme del organismo, caracterizado por unos bajos niveles de actividad fisiológica (temperatura, tensión arterial, respiración, frecuencia cardíaca etc.) y por una menor respuesta a estímulos externos.<sup>5</sup>

Asimismo, el sueño comprende dos fases: una de sueño lento y una de sueño rápido. La primera comienza con un período de sueño ligero y un segundo período de sueño profundo, en el que se produce la disminución de las constantes fisiológicas y el tono muscular. Esta fase del sueño permite la recuperación física del organismo. Por otro lado es la fase de sueño rápido, o sueño paradójico, la que permite la recuperación psíquica. Durante esta fase, que se repite unas cuatro veces durante el sueño nocturno, aumentan las constantes fisiológicas, metabólicas y endocrinas; aparecen una serie de movimientos oculares rápidos (fase MOR o REM, del inglés: rapid eyes movement) y se produce la actividad onírica.<sup>14</sup>

Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario dormir, variando de una persona a otra, unas de siete horas durante la noche, de manera que se den todas las fases del sueño y se propicie la recuperación física y psíquica en las horas siguientes. En el trabajo nocturno esto no es posible, no llegando a conseguir la plena adaptación al cambio horario.

Las funciones biológicas se repiten cíclica y regularmente siguiendo un ritmo biológico. Un ejemplo son los ritmos circadianos, los cuales coinciden con los estados de sueño y vigilia y suelen ser más activos durante el día que durante la noche: presión sanguínea, frecuencia cardíaca, temperatura, excreción de potasio etc. Al alterar los ciclos de sueño y vigilia, estos ritmos se desequilibran, aunque tienden a recuperar la normalidad con la vuelta al horario normal.<sup>34</sup>

El ser humano es básicamente diurno y está demostrado que el horario laboral es aconsejable situarlo entre la salida y la puesta del sol, con el fin de que coincida la actividad fisiológica y la actividad laboral. Sin embargo, como se viene señalando en apartados anteriores, en los servicios de salud no está situado en los tiempos aconsejables por tener la necesidad de prestar cuidados las 24 horas del día y los 365 días del año.<sup>9, 10</sup>

Esto puede suponer una dificultad para adaptarse de manera eficaz a las exigencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva trabajar en la noche ya que el sistema circadiano presenta dificultades para adaptarse rápidamente al nuevo horario, generando la desincronización entre los sistemas fisiológicos internos y las exigencias horarias externas, que, junto con la falta de sueño, suelen ser responsables de problemas de salud, peor calidad de vida y deterioro social en los trabajadores.<sup>30</sup>

En el caso particular de los profesionales de la salud, los turnos nocturnos se convierten en formas de trabajo para muchos de estos profesionales, acarreado así consecuencias en el ámbito familiar, laboral, social, de pareja y de su propia salud, por citar algunos, transformándose en factores de riesgo no solo para el trabajador, sino también para el paciente, ya que esto influye a la hora de prestar la atención tanto en cantidad como en calidad de servicios.

Los trabajadores sometidos a turnos nocturnos suelen encontrarse más cansados a consecuencia de su horario laboral. Como resultado, disminuye la capacidad de concentración y se incrementa la probabilidad de error en el desempeño de las tareas, así como el riesgo de sufrir un accidente laboral.

Pese a que la mayoría de los riesgos y repercusiones sobre el profesional producidos por el trabajo nocturno se interrelacionan estrechamente entre sí y, pese a ser los aspectos psicosociales el tema central de esta investigación, se podrían clasificar también desde el punto de vista de las demás especialidades de prevención de riesgos laborales para obtener un visión más específica de los mismos y poder enfocar mejor la actividad preventiva.

### **2.2.1 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Medicina del Trabajo**

Desde el punto de vista fisiológico y medicopatológico, los trabajadores del turno de noche son los que presentan el mayor número de problemas. De hecho, encuestas apuntan a un 10% de trastornos en los trabajadores del turno de mañana, un 7% en los del turno de tarde y un 35% en los del turno de noche.<sup>17</sup>

De este modo, se ha relacionado la falta de sueño con un incremento de peso, diabetes, aumento de la tensión arterial, problemas a nivel cardiovascular, depresión y abuso de medicamentos.<sup>32, 34</sup>

Igualmente, el sueño hace que las hormonas del apetito se desorganicen. A largo plazo, los hábitos alimentarios irregulares favorecen la aparición de alteraciones digestivas como

acidez, gastritis, ulceraciones etc. Estos trastornos están provocados porque de noche la digestión y el metabolismo se hallan en fase de desactivación y la comida nocturna provoca un trastorno del ritmo circadiano normal de la nutrición. Al trabajar en horario nocturno no se toma la misma cantidad ni tipo de comida. Hay una inclinación al consumo de comidas rápidas, siendo habituales los alimentos de alto contenido calórico y ricos en grasas, cuando el ritmo metabólico es más bajo. Además, durante el turno de noche, suele incrementarse el consumo de café, tabaco y excitantes, que favorecen la dispepsia o digestión pesada.<sup>17</sup>

A su vez, se dan una serie de problemas de sueño ya que, al trabajar durante la noche, la persona se ve forzada a dormir cuando el organismo se inclina a estar despierto y, por el contrario, a permanecer alerta cuando el ciclo del organismo le inclina al sueño. El principal trastorno es el insomnio, con una considerable alteración en cuanto a duración y calidad del sueño. A esto hay que añadir las condiciones ambientales desfavorables al dormir de día como son la luz, el ruido etc. Todo ello dificulta el carácter reparador del sueño y se traducirá en una mayor probabilidad de verse afectado por problemas de salud a medio y largo plazo, suponiendo, además, un incremento en el consumo de medicación para conciliar el sueño.

De hecho, la OIT desaconseja el trabajo nocturno en los casos siguientes: historial de trastornos gastrointestinales con síntomas graves, úlcera péptica recurrente o síndrome de colon irritable, diabetes mellitus insulino dependiente, tirotoxicosis, enfermedad coronaria, angina inestable o antecedente de infarto de miocardio, narcolepsia, afecciones que produzcan perturbaciones crónicas del sueño, epilepsia, trastornos psiquiátricos graves, especialmente depresión crónica, asma que precise medicación (en especial paciente con esteroides), deficiencia acusada de la visión demasiado grave para una corrección efectiva etc. por su probable carácter agravante y descompensante.<sup>9</sup>

## **2.2.2 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Seguridad en el Trabajo**

Progresivamente, el no dormir lo suficiente va generando alteraciones en la memoria, errores en la capacidad de concentración, cambios en el estado de ánimo y disminución en los reflejos, irritabilidad y predisposición a los accidentes. Este es un aspecto muy peligroso ya que muchas funciones orgánicas como la velocidad de cálculo, capacidad de reaccionar a los estímulos, la actividad psicomotriz, la destreza manual, la fuerza muscular etc., fundamentales para el desarrollo de las funciones del personal sanitario, experimentan variaciones circadianas (oscilantes durante el día), encontrando su punto óptimo en horario diurno, y sus funciones más bajas en periodo nocturno.<sup>13</sup>

Esto se traduce en un incremento del riesgo tanto para el profesional sanitario (más riesgo de accidente con material corto-punzante, de golpearse con el equipo y maquinaria, uso deficiente de las medidas de protección y seguridad etc.) como para el paciente (errores en el cálculo de dosis a administrar, asepsia deficiente en las técnicas, respuesta ineficaz ante situaciones de urgencia vital, comunicación interprofesional deficiente, sobre todo a la hora del relevo etc.)

La fatiga que supone superar esta disminución de las capacidades de la persona, al tener que permanecer en actividad, merma aún más su capacidad psicofísica. Esta situación se traduce en un incremento del número de fallos o errores, que disminuyen aún más su rendimiento.

Se ha comprobado que el aumento del número de errores tiene lugar especialmente por la noche, siendo más crítico el periodo comprendido entre las 3h y las 4h de la madrugada ya que, inevitablemente, la capacidad de atención y de reacción así como la rapidez, destreza y precisión de movimientos se encuentra más reducida.<sup>14, 18</sup>

En resumen, al someter al cuerpo a funcionar durante un estado desactivado en la noche, la capacidad de trabajo es menor. Se disminuyen las aptitudes físicas y los tiempos de respuesta son más lentos, los profesionales no ven con la claridad óptima ni piensan con la rapidez y exactitud necesaria.

### **2.2.3 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Ergonomía en el Trabajo**

Como se ha indicado anteriormente, el estado de fatiga persistente y la disminución psicofísica del trabajador nocturno da lugar a una pérdida de eficacia en el trabajo y a un aumento del esfuerzo necesario para el rendimiento.

Esta fatiga física y mental propicia una serie de descuidos que pueden incrementar considerablemente el riesgo ergonómico sobre todo en los aspectos visual y musculoesquelético.

En cuanto al primero, a fin de crear un clima de descanso, orientar y ayudar a los pacientes a discernir cuando es de día y cuando es de noche, se reduce la luz ambiental considerablemente, lo cual implica un sobreesfuerzo de nuestro sistema visual para tareas tan comunes como apuntar constantes vitales, redactar informes, incluso entrar en la habitación del paciente prácticamente a oscuras para evitar despertarlo, conformándonos muchas veces con una luminosidad perjudicial para nuestra visión a medio y largo plazo. En

caso de usar ordenador ocurre también que muchas veces no se ajusta el brillo y contraste del monitor a los niveles adecuados para trabajar en condiciones de baja iluminación.

Igualmente, hay repercusiones a nivel musculoesquelético sobre el trabajador del turno de noche. Es probable que este haya permanecido en vela desde ese día por la mañana, sobre todo si ha de realizar tareas cotidianas, cuidado de hijos etc., con lo cual el mantenimiento de la postura corporal adecuada estará bastante más comprometido al final de la jornada. Si a esto le sumamos la fatiga mental y el menor rendimiento arriba mencionados, no será extraño que el profesional pase por alto muchas de las medidas de prevención del riesgo ergonómico, aunque también estará influenciado por la voluntad del profesional de terminar rápidamente la tarea para descansar. Bajo esta situación, es más que frecuente la aparición de descuidos posturales como la no regulación de la altura de la cama a la hora de movilizar pacientes, el realizar técnicas demasiado agachados, sentarse de manera inadecuada delante del monitor del ordenador etc. Todo esto se traduce en dolor cervical, de espalda o de hombros.

#### **2.2.4 Nocturnidad: Repercusiones en materia de Psicología**

Se podría decir que el ámbito de la vida del trabajador más afectado por la nocturnidad es el psicosocial. Debido a que los trabajadores nocturnos son una minoría, no tienen más remedio que ajustar su horario al que establece la sociedad, obedeciendo al marco de una cultura principalmente diurna, de forma que la realización de las actividades cotidianas (actividades deportivas, acudir al banco o al médico, trámites administrativos, hacer la compra diaria, tareas domésticas etc.) suponen para ellos una reducción importante de las horas de sueño.<sup>1, 22</sup>

La nocturnidad influye en las relaciones interpersonales ya que dicho cambio de horario genera cierto aislamiento social, pues comúnmente es difícil compaginar los horarios de trabajo con los horarios de su familia y amistades. Esto conduce a una pérdida de amistades y relaciones lo que causará problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos, crisis conyugales y trastornos sexuales. Esta alteración en la dinámica de interacción genera un estilo de vida orientado meramente al cumplimiento de las funciones laborales y extra laborales, lo que lleva a un abandono de sí mismo, añadiendo alteraciones de tipo emocional.

Estudios ponen de manifiesto que también son frecuentes los trastornos del carácter del tipo agresivo o depresivo ya que es posible la aparición de episodios que cursan con ansiedad, pánico, etc.).

Otras alteraciones, dependiendo de las características personales, hacen referencia a temblor de manos, crisis de angustia, embotamiento de la conciencia o reducción del sentimiento de bienestar.

Los turnos nocturnos también son una fuente generadora de estrés. En nuestro caso aparece ante la incapacidad de hacer frente a las exigencias laborales y al mismo tiempo tener que cumplir las demandas extralaborales, superando la capacidad de las personas para mantener su vida bajo control. <sup>22</sup>

Una situación de estrés prolongado puede dar lugar al Síndrome del trabajador Quemado o Burnout, muy frecuente en los trabajadores con horario nocturno. El Burnout puede producirse con mayor prevalencia en profesiones en continuo contacto con usuarios, clientes etc., como es el caso de la sanidad. Se caracteriza por un paulatino desgaste profesional del trabajador. Este desgaste lleva al trabajador a un sobreesfuerzo, con lo que la sensación de estrés se agrava, pudiendo aparecer signos físicos y psicológicos del burnout tales como irritación, tensión, agotamiento, ansiedad y depresión, al mismo tiempo que el trabajador ve como disminuye su capacidad de concentración, de atención y de razonamiento. <sup>2, 22</sup>

### 3. Objetivos

- **Objetivo primario:** Evaluar las posibles diferencias en salud psicosocial entre los profesionales sanitarios que trabajan a turno rodado y los que lo hacen en el turno de noches fijas.
- **Objetivos secundarios:**
  1. Conocer si hay diferencias en salud psicosocial según factores demográficos de edad y/o sexo.
  2. Conocer si hay diferencias en salud psicosocial según la antigüedad del personal en la unidad.



## 4. Material y Métodos

Estudio descriptivo, transversal, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia. Se obtuvo una muestra, no probabilística, formada por 69 profesionales (enfermería y auxiliar de enfermería), de los cuales 25 pertenecían al turno de noches fijas (noches de 8 horas intercaladas con 38 horas de descanso entre cada una) y 44 al turno rodado (turnos de 14 horas diurnas seguidas de 24 horas de descanso, turno de noche y libranza de 3 días), durante los meses de Abril y Mayo de 2018. Los sujetos aceptaron verbalmente la cumplimentación de un cuestionario para medir su salud general de forma totalmente anónima con el permiso previo de la supervisora de enfermería de dicho servicio.

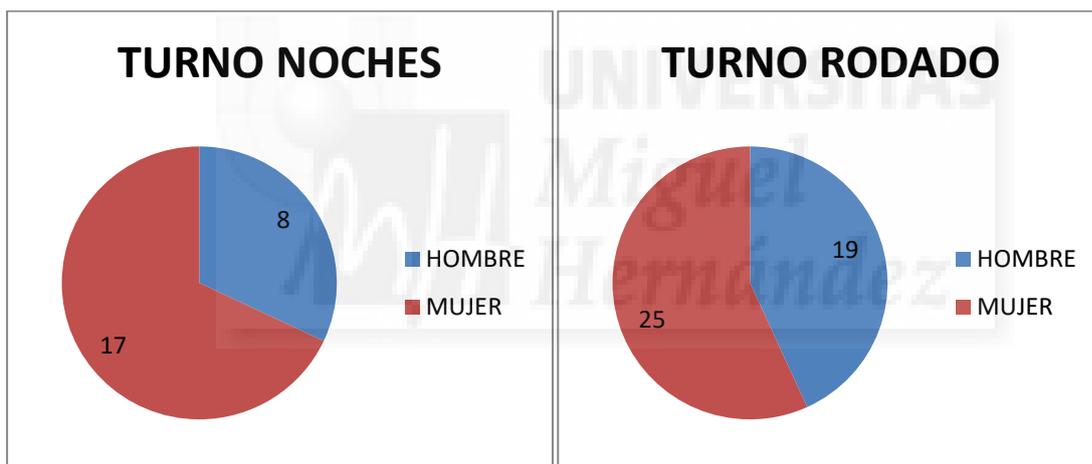


Gráfico 1. Proporción de la muestra según el sexo en cada turno.

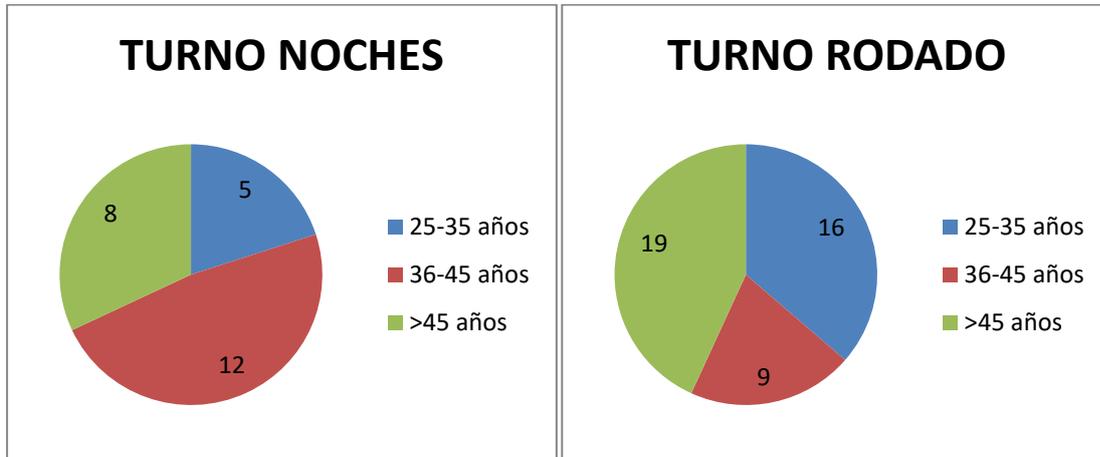


Gráfico 2. Proporción de la muestra según la edad en cada turno.

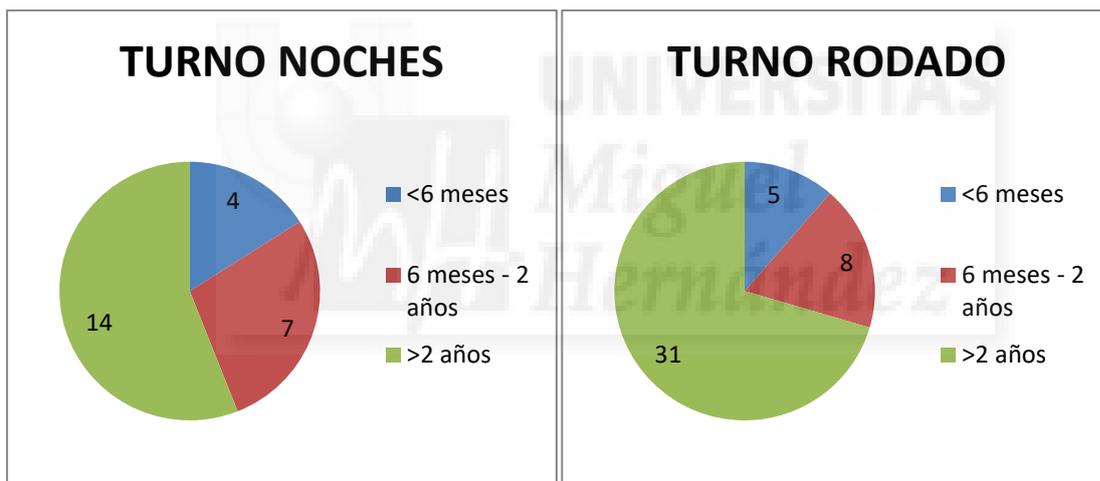


Gráfico 3. Proporción de la muestra según la antigüedad en cada turno.

Entre los criterios de inclusión se estableció el llevar dos meses como mínimo trabajando en ese turno concreto. El principal criterio de exclusión fue la simple negativa a participar.

Se recogieron variables sociodemográficas como sexo y edad y otras específicas como el tiempo que llevaban trabajando en ese turno.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la aplicación del cuestionario de Goldberg (Anexo 1) en su versión española, estableciendo el corte en una puntuación  $\geq 6$ , considerando dichas puntuaciones susceptibles de una valoración más específica, ya que son trabajadores con alta carga mental.

El cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ) fue ideado en 1972 por Goldberg, del cual existen múltiples versiones, variables en cuanto a los ítems: 60, 38, 28 y 12. En los últimos 10 años se ha impuesto la versión GHQ-28 en los estudios epidemiológicos. Al tiempo que ofrece índices comparables de validez y poder discriminativo (similar a la versión original de 60 ítems), el GHQ-28 tiene la ventaja de ser más corto y solo se emplean de 3 a 5 minutos para llenar el cuestionario completo, además, el GHQ-28 contiene cuatro escalas que proporcionan información adicional: para síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión y disfunción social en la actividad diaria. El GHQ-28 logra identificar correctamente 85% de los casos con un punto de corte del 6/7 (sensibilidad 76.9 y especificidad 90.2%) y 83% de los casos con un punto de corte de 5/6 (sensibilidad 84.6% y especificidad 82%); sugiriendo con esto un poder discriminatorio casi tan bueno como el GHQ-60.<sup>11</sup>

La información se recogió en una tabla de Microsoft office Excel con la codificación pertinente para el posterior análisis estadístico.

Todos los datos fueron reportados como media  $\pm$  desviación estándar ( $M \pm DE$ ). Antes de usar pruebas paramétricas, la asunción de normalidad fue verificada mediante la prueba Shapiro-Wilk. Se realizó un análisis de la varianza de un factor de medidas repetidas (ANOVA) para cada variable dependiente estudiada. Para comprobar las diferencias entre los diferentes grupos (sexo, antigüedad y edad) se utilizó el post-hoc de Bonferroni. El nivel de significación estadística se estableció a  $p < 0.05$ . Se calculó el tamaño del efecto mediante la  $d$  Cohen's interpretándose como: insignificante (0-0,2), baja (0,2-0,6), moderada (0,6-1,2), alta (1,2-2) y muy alta ( $>2$ ) (Hopkins, Marshall, Batterham, & Hanin, 2009). El análisis estadístico fue desarrollado con el pack estadístico para ciencias sociales. (SPSS, release 24.0; SPSS Inc., Chicago IL, USA).

## 5. Resultados

La tasa de participación fue del 65%. Un 13% de los cuestionarios completados hubo de ser descartado compleción errónea y/o insuficiente.

El número de participantes del género femenino (60,86%) fue superior al masculino (39,14%) en ambos turnos.

La puntuación global del test en el turno de noches fue superior en mujeres (10,5) que en hombres (7,9), mientras que en el turno rodado fue a la inversa, siendo superior en hombres (6,6) que en mujeres (5,5). (Gráfico 4)

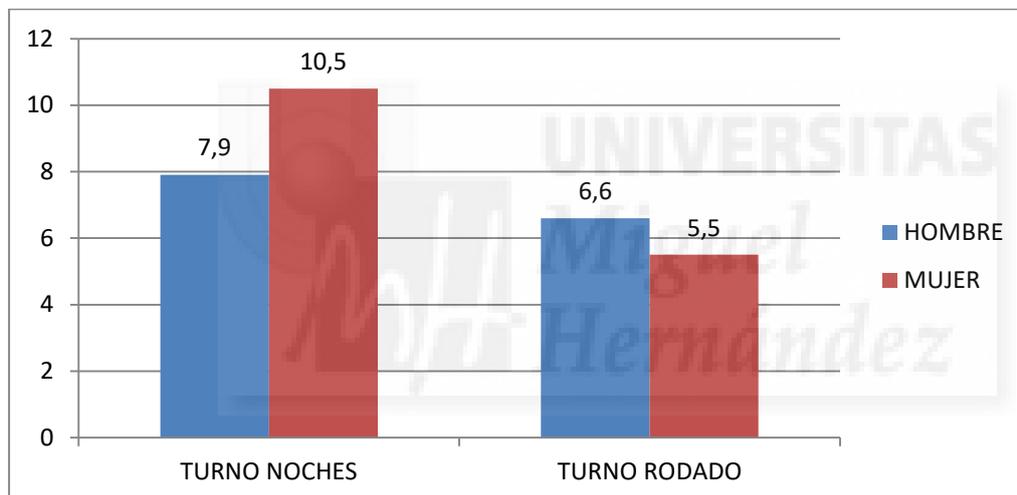


Gráfico 4. Puntuaciones globales medias del test de Goldberg según sexo correspondientes a cada turno.

La edad media de los profesionales encuestados fue de 43 años.

Tanto en el turno de noches como en el rodado, las puntuaciones más altas pertenecieron al rango de edad de 36-45 años (11,1 y 6,8 respectivamente). Sin embargo en el turno de noches apenas hubo diferencia de puntuación entre los trabajadores de 25-35 años y > de 45 años (9,8 y 9,7 respectivamente). (Gráfico 5)

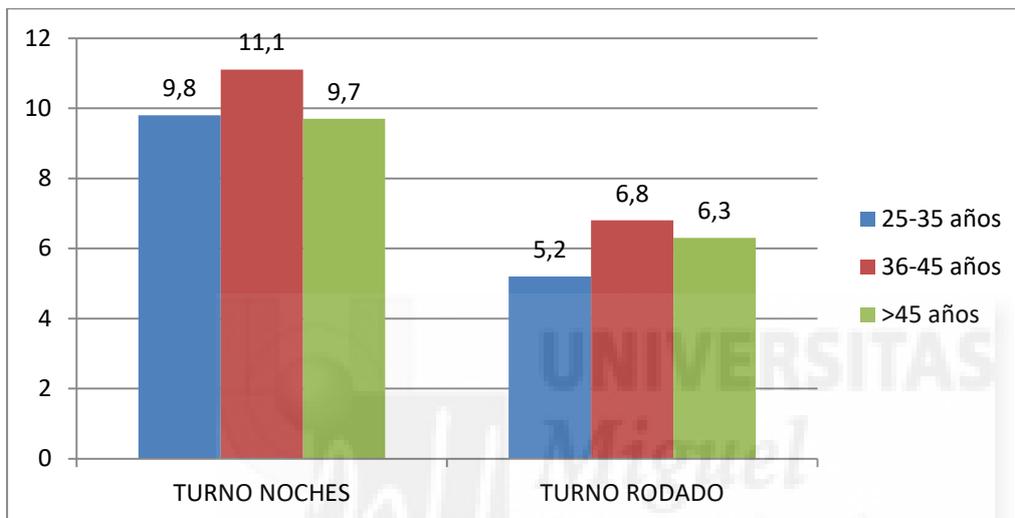


Gráfico 5. Puntuaciones globales medias del test de Goldberg según edad correspondientes a cada turno.

Con respecto a la antigüedad del personal se observa que la mayoría de los encuestados han trabajado en el correspondiente turno por un tiempo superior a 2 años (65,21%).

Tanto en el turno de noches como en el rodado, las puntuaciones más altas pertenecieron a los trabajadores con un periodo de entre 6 meses a 2 años de antigüedad en la unidad (10,7 y 6,4 respectivamente), seguido de los > de 2 años en el turno de noche (9,9), mientras que en el turno rodado apenas hubo diferencia de puntuación entre los trabajadores de < de 6 meses y > de 2 años de antigüedad (5,9 y 5,8 respectivamente). (Gráfico 6)

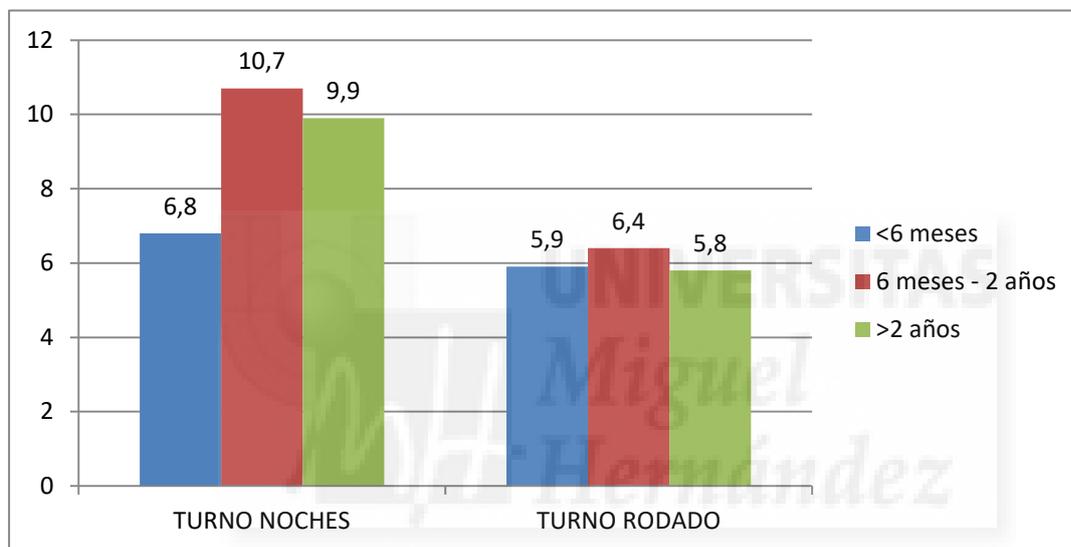


Gráfico 6. Puntuaciones globales medias del test de Goldberg según antigüedad correspondientes a cada turno.

En cuanto a la puntuación del test, cabe destacar que ambos superaron el corte establecido (>6), siendo superior la obtenida en el turno de noches fijas. La puntuación global media del turno de noche fue de 9,2 mientras que la del turno rodado fue de 6,1. (Gráfico 7)

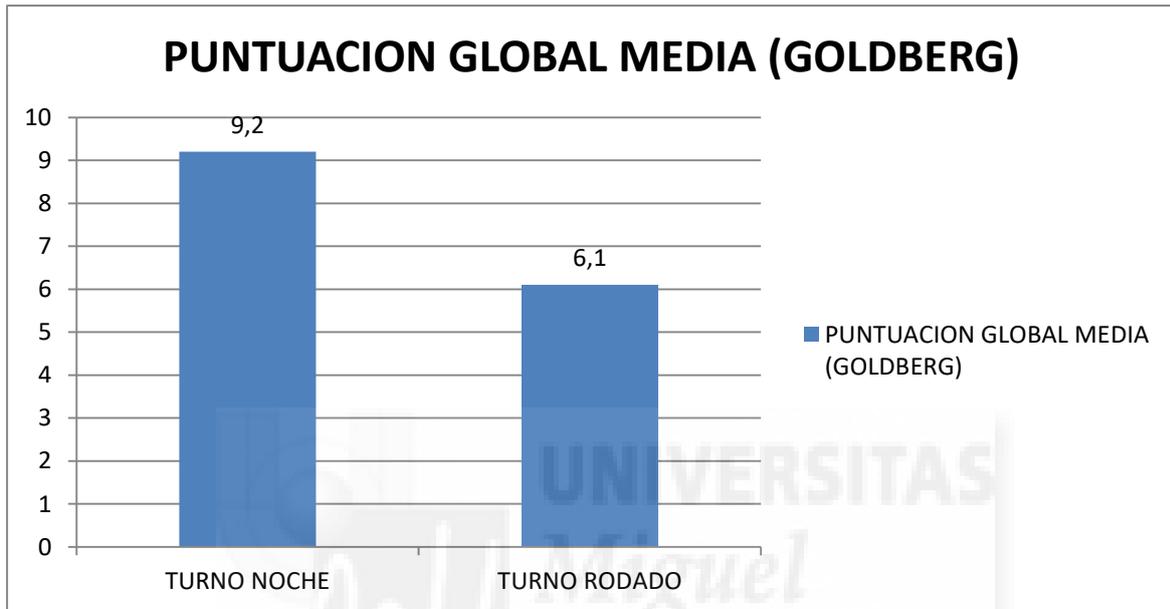


Gráfico 7. Puntuación global media obtenido en el test de Goldberg para cada turno.

En cuanto a la puntuación media obtenida individualmente en cada uno de los cuatro apartados del test cabe destacar que tanto en el turno de noches como en el rodado fue el de *ansiedad-insomnio* el que obtuvo la mayor puntuación (3,6 y 2,8 respectivamente). Los apartados *disfunción social* y *síntomas somáticos* obtuvieron resultados similares entre sí en cada turno (2,6 y 2,8 respectivamente, en el turno de noches, y 1,6 ambos en el turno rodado). El apartado *depresión* obtuvo puntuaciones muy bajas en ambos turnos (0,2 y 0,1 respectivamente). (Gráfico 8)

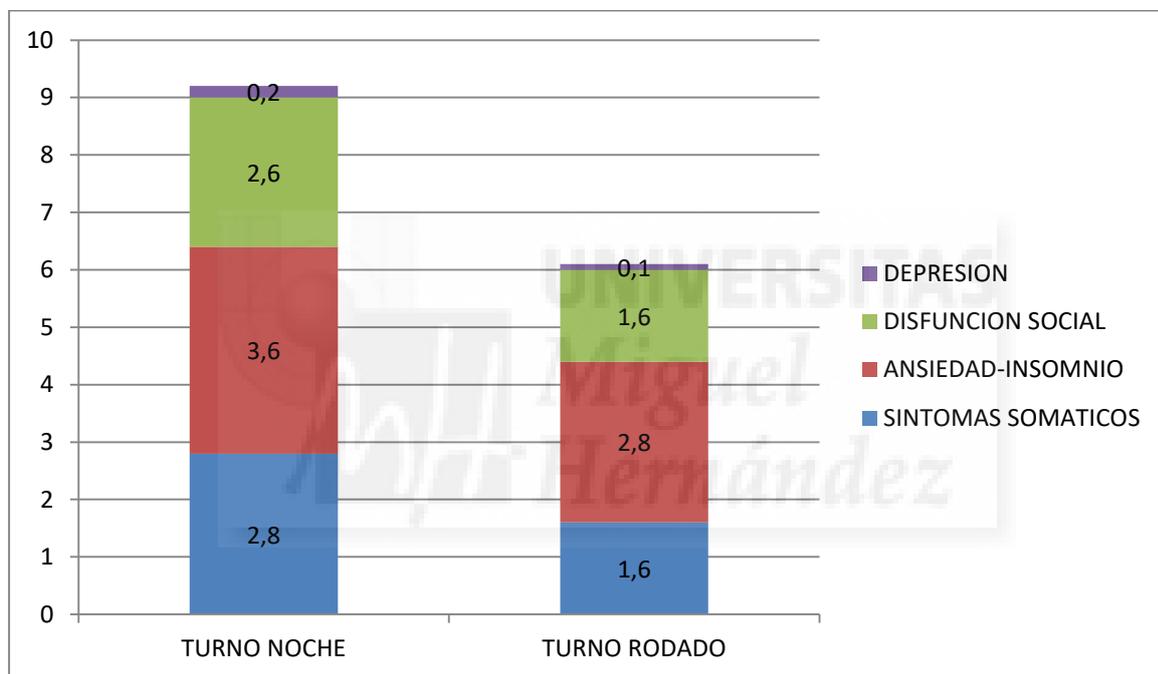


Gráfico 8. Puntuación media obtenida en cada apartado del test de Goldberg para cada turno.

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico quedan reflejados en la siguiente tabla:

**TN**

	G	Sexo		Antigüedad			Edad		
		H	M	<6M	6M-2A	>2A	25-35	36-45	>45
<b>n</b>	25	8	17	4	7	14	5	12	8
<b>SS</b>	2,8±1,2	2,3±1,2	3,5±1,4	2,5±1,3	3,7±1,2	3,6±1,2	3,5±1,1	3,3±1,5	3±1
<b>AI</b>	3,6±1,5	3±2,2	4±1,2	2,6±1,1	3,3±1,9	3,2±1,2	3,9±1,6	4,3±1,7	3±1,6
<b>DS</b>	2,6±0,8	2,2±0,5	2,7±1,4	1,5±0,9	3,4±0,7	2,8±0,8	2,5±1,8	3,2±1,8	3,1±1,2
<b>D</b>	0,2±0,4	0,4±0,2	0,3±0,1	0,2±0,1	0,3±0,6	0,3±0,1	0,1±0,2	0,3±0,1	0,6±0,4
<b>T</b>	9,2±3,2	7,9±2,3	10,5±2,4	6,8±0,4	10,7±0,9	9,9±2,3	9,8±2,4	11,1±1,5	9,7±2,4

**TR**

	G	Sexo		Antigüedad			Edad		
		H	M	<6M	6M-2A	>2A	25-35	36-45	>45
<b>n</b>	44	19	25	5	8	31	16	9	19
<b>SS</b>	1,6±1,2*	2,6±0,8	2,3±0,8*	2,5±1	2,7±1*	2,3±0,5*	2±1,3*	2,7±0,5*	1,8±1*
<b>AI</b>	2,8±1,7*	2,4±0,6	2,3±0,6*	1,6±1,1*	2,4±2*	2,2±0,6*	2,4±1,4*	2,1±0,4*	1,9±2*
<b>DS</b>	1,6±0,8*	1,5±0,6	0,8±0,4*	1,7±1,2	1,3±1*	1,2±1*	0,7±1*	1,8±0,9*	2,2±1*
<b>D</b>	0,1±0,5	0,1±0,3	0,1±0,2	0,1±0,4	0±0	0,1±0,1	0,1±0,2	0,2±0,1	0,4±0
<b>T</b>	6,1±0,9*	6,6±1,4*	5,5±0,9*	5,9±1*	6,4±1*	5,8±2,2*	5,2±1*	6,8±1,2*	6,3±1*

Tabla 1. Comparación ANOVA del test de Goldberg en función del tipo de turno, sexo, antigüedad y edad de los participantes.

\*= Diferencias significativas  $p < 0.05$ ; TN= Turno de noches; TR= Turno rodado; G= Todos los participantes; H= Hombre; M= Mujer; n= Número de casos; SS= Síntomas somáticos; AI= Ansiedad insomnio; DS= Disfunción social; D= Depresión; T= Media total del test.

En la tabla 1 se muestra la media y la desviación estándar ( $M \pm DE$ ) de las cuatro variables que mide el test de Goldberg (*síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión*) y de la puntuación global del test, la cual fue significativamente más baja en el turno rodado.

Se muestran los resultados de una comparación de medidas repetidas entre los turnos de noche y rodado y de forma pormenorizada en función de las diferentes variables independientes estudiadas (sexo, antigüedad y edad).

Observamos como en todos los casos los valores en el turno de noche fueron mayores que en el turno rodado, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en todas las variables independientes en el total de test ( $p < 0,05$ ; TE= 0,6-1,4). La magnitud de las

diferencias se encuentran entre moderadas (H, <6M) a altas (M, 6M-2A, >2A, 25-35, 36-45, >45).

En función de cada área específica del test, cabe destacar que en ningún caso difirió la medida de D (*depresión*), aunque todos los demás reportaron diferencias significativas en al menos 6 variables independientes. El ítem AI (*ansiedad-insomnio*) reportó diferencias significativas moderadas ( $p < 0,05$ ;  $TE = 0,4-0,7$ ) en todos los casos a excepción de H (hombre). En función del sexo, solo obtuvieron diferencias las mujeres, mientras que los hombres solo reportaron diferencias significativas en la media total del test.



## 6. Discusión

El personal del turno de noches fijas en general de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital universitario Virgen de la Arrixaca muestra un mayor deterioro de su salud psicosocial que el que trabaja a turno rodado, independientemente del sexo, antigüedad o la edad del trabajador, posiblemente por la alteración de los ritmos sueño-vigilia y la dificultad para conciliar el trabajo con las actividades familiares y de ocio.

Cabe destacar que en ambos grupos se superó el corte (>6), siendo ambos grupos a valorar en mayor profundidad. Esto puede deberse a la características y exigencias que la propia unidad demanda.

Más concretamente, los problemas con más repercusión sobre la mujer que trabaja de noches fijas, son los del tipo ansiedad e insomnio, afectándoles en mayor proporción que al trabajador de turno rodado. Igualmente se ven más afectados por problemas de disfunción social y alteraciones somáticas.

El personal con una antigüedad en el turno rodado menor de 6 meses mostró un menor nivel de ansiedad y de insomnio, aunque los síntomas somáticos y la disfunción social no experimentaron cambios significativos, tal vez por la necesidad de adaptación al nuevo entorno laboral.

Ninguno de los grupos estudiados muestra niveles relevantes de depresión ni se asocia a pertenecer a cualquiera de los dos grupos.

### Limitaciones

A parte de las limitaciones inherentes a los estudios descriptivos como no poderse establecer relaciones causales ni extrapolar los resultados, este estudio está limitado al ámbito de la sanidad, y más concretamente a una UCI, donde puede que la carga psicosocial sea mayor, no siendo extrapolable a otros servicios de la sanidad.

Además no se contemplan otros factores que pueden influir en una peor salud psicosocial como hábitos tóxicos (tabaco, alcohol etc.) u otros factores personales extralaborales (antecedentes de depresión, ansiedad etc.).

## Recomendaciones

Se recomienda la elaboración de estudios de este tipo en otros entornos laborales para determinar las necesidades y establecer las medidas específicas según el tipo de trabajo desempeñado. Igualmente se recomienda estudiar el mayor número posible de variables que puedan influir en la salud psicosocial del trabajador a fin de reducir los posibles factores de confusión que pueden alterar la fiabilidad de los resultados.

También sería recomendable complementar este tipo de estudios con cuestionarios para la medición del estrés del trabajador, ya que este también repercute notablemente en la salud psicosocial del mismo.

Idealmente, la aplicación del método de evaluación de los factores psicosociales recogido en la NTP 443 puede aportar una visión más amplia del estado del componente psicosocial de los trabajadores, complementando así a este tipo de estudios y permitiendo localizar fuentes de problemas, el diseño de cambios y prioridades y enfoques organizativos desde otras perspectivas. La aplicación de esta nota técnica requiere una valoración exhaustiva mediante la aplicación de un cuestionario de 75 preguntas que nos darán información sobre 7 factores (*carga mental, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión-participación, definición del rol, interés por el trabajador y relaciones personales*), cada uno puntuado de 0 a 10. Con esto, se obtiene un perfil valorativo de toda la muestra que presenta la media de las puntuaciones obtenidas en cada factor y las sitúa en un tramo específico de los tres que determina el perfil (situación satisfactoria, intermedia o nociva), determinando la prioridad y/o premura de la intervención.

## 7. Conclusión

El turno de noches fijas de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital universitario Virgen de la Arrixaca supone un mayor deterioro psicosocial en el trabajador que el turno rodado.

Sin menoscabo de lo arriba señalado, ambos turnos muestran un cierto deterioro en su salud psicosocial.

En vista de lo anterior se pueden establecer una serie de recomendaciones.

### Recomendaciones en materia de prevención de riesgos laborales

1. Idealmente, es apropiado que todos los trabajadores de la unidad desempeñen sus servicios en el turno rodado, de forma que el turno de noches fijas se suprima y se adopte un patrón cíclico tipo “semana reducida” (condensar el número de horas de trabajo en menos de cinco días/semana) como, por ejemplo, el siguiente: (MT 12h – N 12h – L – L – L)\*. De este modo se evitaría una jornada diurna de 14 horas, considerada excesiva, teniendo los turnos diurno y nocturno la misma duración, aunque preferiblemente se recomienda que la duración del nocturno sea menor.<sup>14</sup>

Respecto al turno de 12 horas, algunas referencias establecen que no es muy recomendable debido a la fatiga excesiva que supone y que puede traducirse tanto en un aumento de los errores o incidentes como en repercusiones sobre la salud de los trabajadores, incremento de accidentes y fatiga sobreañadida<sup>14</sup>. Sin embargo, otros estudios muestran que los profesionales que trabajan en turno de 12 horas expresan niveles superiores de conciliación laboral y personal, concretamente en tiempo de ocio a disfrutar y tiempo de dedicación familia-amigos, así como niveles más bajos de percepción de fatiga.<sup>42</sup>

\*MT: Mañana y Tarde (de 8:00 am – 20:00 pm); N: Noche (de 20:00 pm – 8:00 am); L: Libre.

2. Realización de auditorías internas a los 6 meses tras la implementación, por ejemplo, de los nuevos turnos de trabajo para evaluar los efectos del mismo sobre los trabajadores de la unidad, bien mediante la reapiación del cuestionario Goldberg de salud general, encuestas de satisfacción, uso del método de evaluación psicosocial y/u otras herramientas que sirvan de indicadores de su repercusión sobre estos profesionales y sobre la calidad asistencial.

Igualmente se debe establecer una periodicidad semestral para la evaluación psicosocial de los trabajadores.

3. Vigilancia de la salud: se debe realizar un reconocimiento médico previo encaminado a detectar antecedentes de trastornos digestivos graves, alteraciones importantes de sueño y personas con enfermedades específicas como la epilepsia que puede desencadenarse debido a la fatiga y a la privación de sueño y la diabetes que puede verse agravada por alteraciones en los hábitos alimentarios.<sup>17</sup>

Igualmente, se deben llevar a cabo controles médicos periódicos cada 6 meses. Esto es esencial para conocer los síntomas de intolerancia y desadaptación a este tipo de trabajo y tener en cuenta las alteraciones del sueño, trastornos del apetito y enfermedades gastrointestinales, enfermedades como la diabetes, epilepsia, psicopatías, etc.<sup>14</sup>

4. Con los datos obtenidos de la vigilancia de la salud se deben desarrollar programas de prevención y nuevas políticas centradas en los trastornos detectados.

Como ejemplo para la prevención de problemas gastrointestinales (colitis ulcerosa, ulcus gastroduodenal etc.), se debe establecer un servicio de alimentación a disposición de los trabajadores nocturnos que proporcione una alimentación adecuada que aporte los nutrientes necesarios para este tipo de horarios teniendo en cuenta las características individuales de cada trabajador (es aconsejable que la alimentación sea controlada por el especialista en nutrición), tener un local especial próximo a la unidad donde puedan tomarse comidas calientes o la compensación mediante reembolso de los gastos suplementados de alimentación que el trabajo nocturno ocasiona a los trabajadores. Para las situaciones en las que por medidas de asepsia no sea posible abandonar la unidad, deberá haber a disposición de los trabajadores dispositivos de refrigeración y de calentamiento de alimentos. Es fundamental proporcionar información a los trabajadores sobre buenos hábitos alimenticios durante el turno de noche mediante sesiones informativas y/o carteles informativos, por ejemplo, repartidos por la unidad. Las sesiones informativas tendrán una duración de 60 minutos y periodicidad semestral, cuyo objetivo será conseguir que el trabajador sepa identificar una correcta alimentación y que sea capaz de aplicarla a su vida diaria, sobre todo en el turno de noche, y que contengan las siguientes recomendaciones:

- Dieta equilibrada mediante el consumo diario de dos raciones del grupo de la carne (carne, pescado, huevos, leguminosas, frutos secos etc.), dos raciones del grupo de la leche y derivados (leche, mantequilla, queso etc.), cuatro del grupo de las hortalizas y frutas y cuatro del grupo del pan y los cereales. Todo ello debe repartirse a lo largo del día teniendo en cuenta que cada comida debe incluir alimentos de estos cuatro grupos.
- Evitar la alimentación a base de comidas frías, bocadillos, charcutería, etc.
- Aligerar el tipo de comida, disminuyendo la cantidad de lípidos y reemplazando los embutidos y fiambres por pollo frío, queso y fruta fresca.
- Prever pausas a lo largo de la noche que permitan tomar al menos una comida caliente durante las horas de trabajo. <sup>43</sup>

En sesiones posteriores se valorará mediante cuestionario el grado de aplicación, evolución y cumplimiento de objetivos.

5. Para prevenir el insomnio y facilitar la adaptación al turno de noche se deben realizar sesiones informativas de 60 minutos a los profesionales de la unidad, con periodicidad semestral, con el objetivo de ser capaces de aplicar una conducta basada en consejos y técnicas que ayuden a este propósito:
  - Acostarse lo antes posible tras el turno de noche evitando todas las actividades que puedan retrasar la hora de acostarse (tareas del hogar, compras, cuidado de niños, pasear al perro etc.).
  - Crear una rutina para ir a dormir tras realizar la noche: ponerse pijama y lavarse los dientes. Esto ayuda al cuerpo a asociar dichas actividades con la hora del sueño.
  - Dormir al menos 6 horas como norma general. Sin embargo, si se efectúa un cambio de turno entre compañeros que implica la realización de un turno diurno al día siguiente del saliente de noche, es preferible no dormir durante el día y esperar para dormir toda la noche y recuperar.
  - Desactivar el sonido de teléfonos móviles, el timbre, el televisor etc. para lograr un sueño continuo y sin interrupciones.
  - Establecer con la familia horarios para limpieza, lavado y juego de niños fuera del horario de sueño del trabajador.

- Crear en el dormitorio un ambiente nocturno, mediante cortinas opacas de gran espesor o mediante antifaces para los ojos.
- Eliminar comidas grasas y bebidas alcohólicas antes de dormir.
- El ejercicio puede ayudar a la adaptación a los horarios. El ejercicio en la mañana temprano es ideal para el turno diurno, mientras que el ejercicio temprano en la tarde es ideal para el turno de la noche. Sin embargo se debe evitar hacer ejercicio tres horas antes de ir a dormir.
- Implementar técnicas de relajación ayuda a iniciar el proceso de sueño.<sup>4, 19</sup>

Igualmente, en sesiones posteriores se evaluará mediante cuestionario qué medidas se han aplicado y la percepción del trabajador sobre los beneficios obtenidos y se pondrá en común a fin de que pueda servir de ejemplo y ayuda al resto de trabajadores.

6. Durante el turno de noche se necesita un mayor esfuerzo para conseguir los mismos resultados que durante el trabajo diurno. Por tanto, desde la organización, se debe reducir la carga de trabajo por la noche y dejar las actividades más trabajosas para el turno diurno, (siempre y cuando puedan ser pospuestas y no supongan una urgencia), por ejemplo:
  - Aseo completo del paciente.
  - Procedimientos invasivos que no sean de urgencia.
  - Cura rutinaria de heridas, drenajes o catéteres intravenosos.
  - Realización de electrocardiogramas (ECG) ordinarios.
7. El modelo de turno rodado arriba descrito permite de por sí una adecuada conciliación de la vida social y familiar, pero se puede sacar el máximo partido realizando las actividades siguientes:
  - Procurar realizar la comida principal en familia dentro de lo posible, aunque hoy en día pueda suponer una dificultad, puesto que los dos miembros de la pareja suelen trabajar y en ocasiones el domicilio queda lejos del centro laboral.
  - Una de las ventajas de la “semana reducida” es que es más fácil cuadrar horarios con la pareja debido a que se disfrutan más días libres, lo cual es muy útil para el cuidado de hijos, actividades en familia y/o quehaceres de la vida diaria como hacer la compra o recados administrativos.

- Se debe poner en conocimiento de los trabajadores, sobre todo de las trabajadoras en situación de maternidad, que existen leyes como el Estatuto de los Trabajadores, la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE de 6 de noviembre de 1999) y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que proporcionan una serie de derechos para facilitar la conciliación familiar:
  - Baja maternal en España es de 16 semanas, 18 semanas por parto gemelar o 20 en caso de trillizos. En caso de hijos discapacitados se tiene derecho a dos semanas adicionales. La ley permite que hasta 10 semanas de permiso las emplee el padre en vez de la madre, si bien es obligatorio que la madre disfrute como mínimo de las 6 semanas siguientes al parto. También se puede disfrutar de este derecho a tiempo parcial, incorporándose al trabajo durante las horas que el trabajador decida.
  - Durante los primeros nueve meses, las madres pueden disfrutar de una hora de pausa para la lactancia sin reducción de salario. La concreción del horario de la pausa para la lactancia corresponde a la trabajadora, con lo cual la empresa no puede imponer en ningún caso el mismo. Por tanto, existen dos opciones:
    - Ausentarse una hora durante la jornada laboral, que puede fragmentarse en dos períodos de media hora.
    - Reducir la jornada laboral en media hora, entrando media hora más tarde o saliendo media hora más temprano.

Este permiso puede ser disfrutado indistintamente por la madre o por el padre, en caso de que ambos trabajen, sin pérdida de salario.

Aunque se realice una reducción de jornada, se tiene derecho a la hora de lactancia íntegra, no en proporción a la jornada trabajada.

Si se trabaja a turnos, como es el caso, se tiene derecho a una hora por cada período de ocho horas, es decir, a dos horas por turno.

Además, si la madre trabaja a turnos o realiza trabajo nocturno, puede solicitar un cambio de puesto de trabajo compatible con la lactancia, que si no fuera posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos

justificados, podrá declararse el paso de la trabajadora afectada a la situación de suspensión del contrato por riesgo durante la lactancia, con derecho a un subsidio del 100% de la base reguladora.

Si por cualquier motivo no fuera posible amamantar directamente al bebé (gran distancia al domicilio, por ejemplo), se puede utilizar esa hora para extraer la leche.

8. Descanso durante el turno de noche: Experiencias recientes proponen la introducción de cortos períodos de sueño durante el turno de noche tanto por su función preventiva para mantener conductas correctas como con fines reparadores. A pesar de los beneficios de la llamada siesta nocturna, es difícil establecer la duración y la distribución de los períodos de sueño. Desde el punto de vista estrictamente biológico, conviene instaurar una siesta durante el turno de noche, aunque el horario y la duración de la misma dependerán de las necesidades de cada individuo, siendo la regularidad el factor más importante. De esta forma es adecuado favorecer un episodio de sueño durante el turno de noche antes de que la conducta comience a mermarse.<sup>14</sup>

Para el caso de los trabajadores de la unidad de cuidados intensivos, hay que tener en cuenta que muchos pacientes requieren cuidados y/o la administración de medicación en horarios que no son tan habituales como los de pacientes de otras unidades de hospitalización, por lo que cada profesional debe organizar las tareas, dentro de lo posible, de forma que pueda llevar a cabo el descanso sin descuidar su labor asistencial. Igualmente se debe planificar y organizar con los demás compañeros para no descuidar ningún paciente y estar localizables en caso de emergencia. Lo lógico es establecer dicha siesta nocturna hacia el ecuador del turno, que se corresponde con las 2:00 – 3:00 horas de la madrugada, coincidiendo a su vez, por supuesto hay excepciones y se debe tener en cuenta la imprevisibilidad de este tipo de pacientes debido a su inestable estado de salud, con el momento de menor actividad del turno de noche. Una hora de duración puede ser adecuada para lograr un efecto reparador, aunque, de acuerdo con lo arriba señalado, dependerá de características individuales.

## 8. Bibliografía

1. Cossio S, Monier S, Reyna E. Consecuencias del Trabajo Nocturno en las Relaciones Familiares, Laborales, Personales y de Pareja de las Enfermeras (Tesis). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2010.
2. Manual práctico para la evaluación del riesgo ergonómico y psicosocial en el sector sanitario y sociosanitario. Invassat-ergosanitario. 2015.
3. Serra L. Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales 2013; 24:[443-51 pp.].
4. Martínez Madrid MJ, Moreno-Casbas MT, Rol MA. Cronodisrupción y trabajo a turnos 2015; 33:[61-6 pp.].
5. Tovalín Ahumada H, Rodríguez M, Ortega M. Rotación de turnos, fatiga y trastornos del sueño en un grupo de trabajadores industriales 2005; 1:[27-31 pp.].
6. Mier de la Infiesta L. Organización temporal del trabajo. Una aproximación psicopsicología al fenómeno de la turnicidad en Policía Local. Psicología de las organizaciones, del trabajo y recursos humanos y de la salud; 2005.
7. Gago López MM, Otero López C, Calvo Alonso J, Carracedo Martín R, Bouzada Rodríguez AL, Otero López A. El trabajo a turnos. Una realidad en la vida y la salud de las enfermeras. 2013.
8. Yuichiro Ono y Otros: "Trabajo nocturno y en turnos". Editores Instituto Karoliska, Instituto para el estudio de la vida y el trabajo, Estocolmo, Suecia, 1999 pág. 186 a 194
9. Nogareda S. El trabajo a turnos y nocturno como agravante de la exposición a los riesgos laborales. 8ª jornadas nacionales de ergonomía y psicopsicología. Avilés, noviembre 2012
10. Nogareda, C. y Nogareda, S.: "Trabajo a turnos y nocturnos: Aspectos Organizativos". Artículo de la Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Argentina, Mayo de 2005.
11. De la Revilla L, De los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria 2004;33(8):417-25

12. Medina Cordero A, Feria Lorenzo D, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. 2009. p. 1-18.
13. Vargas Mendoza JE, Luis García G. Trastornos del sueño, insomnio e hipersomnio en enfermeras: el efecto del turno de trabajo. *Revista Electronica Medicina, Salud y Sociedad*; 2012.
14. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. 1999.
15. Villalba Ruete, J. A. y Otros: Consecuencia fisiológica del trabajo nocturno sobre la salud. Artículo de Revista, en: *Salud y trabajo*, ISSN 0210-6612, Nº 75, 2001, págs. 17-20
16. Bermann, S.: "Trabajo Precario y Salud Mental" Navaja Editor, 1º edición. Córdoba, Argentina. Año 1995
17. NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos. 1998
18. UGT OPdRPd. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos. 2011.
19. Fernández-Montalvo y Cols. Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia una psicopatología laboral. *Clínica y Salud*. 2000. 607-620.
20. Aguado T. Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. *Revista de Enfermería del Trabajo [Internet]*. 2016; 6:[12-8 pp.].
21. Ramirez-Elizondo, Noé; Paravic-Klijin, Tatiana y Valenzuela-Suazo, Sandra. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Index Enferm [online]*. 2013, vol.22, n.3 [citado 2018-04-13], pp.152-155.
22. Martin y Otros. Hacia un modelo de selección específico para trabajadores en turnos rotativos. *Ansiedad y Estrés*. 2001. 173-187.
23. Barton, J., Aldridge, J., y Smith, P. The emotional impact of shift work on the children of shift workers. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 2001. 146-150.
24. Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*.1979; 42:139-158.
25. Fernandez-Montalvo J, Piñol E. Horario Laboral y salud:: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]*. 2000; 5:[207-22 pp.].

26. Costa, J. Effects of bright light on tolerance to night work. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 2007.414-420.
27. Valero Cruz H, Caballero Pouou E. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepcion de salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [Internet]. 2004; 1:[10-9 pp.].
28. Villalba, J.A. y Cols. Repercusión fisiológica del trabajo nocturno sobre la salud. *Salud y Trabajo*. 2003. 75,17-20.
29. Molina J. D, Andrade-Rosa C, González-Parra S. et al. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *European Psychiatry* 21 (2006) 478–486.
30. Beermann y Nachreiner. Working shifts. Different effects for women and men? *Work Stress*. 2005. 289-297.
31. Velayos J, Molerés F, Irujo A, D Y, Paternain B. Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 2007. p. 8-17.
32. Mariné A, López V, Peña P, Real J, Varela P. Valoración del malestar psíquico en los exámenes de salud y en la evaluación de riesgos psicosociales. Sabadell: Servicio de Prevención Corporación Sanitaria Parc Taulí.
33. White, L. & Keith, B. The Effect of Shiftwork on the Quality and Stability of Marital Relations, en: P., Westfall-Lake & G.N., Mc Bride, *Shiftwork Safety and Performance: A manual for Managers and Trainers*, (Lewis, Florida). 2000.
34. NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. 1997.
35. Castaño Pérez AM. Relación entre trabajo a turnos, estrés y rendimiento laboral en personal de enfermería. Universidad de Oviedo. 2011.
36. Sierra JC, Delgado-Dominguez C, Carretero-Dios H. Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un analisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2009. p. 121-30.
37. Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15(1):88-97
38. Hurrell J.J, Murphy L.R, Sauter S.L, Levi L. Salud Mental. En: Stellman J.M., directora. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998. p. 5.1-5.23.

39. García Gascón Á, Querts Méndez O, Hierresuelo Izquierdo EJ, Quesada Vidal S. Algunos aspectos psicosociales del insomnio en estudiantes de primer año de medicina. *Medisan*; 2015. p. 56.
40. Sánchez -López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008;20(4):839-43.
41. Harrington, J.M. (1978). "Shiftwork and Health. A Critical Review of the Literature". London: HMSO.
42. M. C. Moreno Arroyo, J. A. Jerez González, S. Cabrera Jaime, J. M. Estrada Masllorens, A. López Martín. Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enfermería Intensiva*. Volumen 24, Número 3, Julio-Septiembre 2013, Páginas 98-103.
43. NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. 1999
44. Ortega, C. & López, F. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinic and Healthy Psychology*, 4, 137-160.

## 10. Anexos

### Cuestionario de Goldberg (GHQ 28)

**Población diana:** Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
<b>A. Síntomas somáticos</b>		
<b>B. Ansiedad-Insomnio</b>		
<b>C. Disfunción social</b>		
<b>D. Depresión</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

### Bibliografía

- Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979;9:139-145.
- Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. British Journal of Psychiatry 1985;146:55-61.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986;16:135-140.
- Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J.

Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. Archivos de Neurobiología 1979;42:139-158.

### Cuestionario de Salud General De Goldberg (GHQ28)

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual



<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1.¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto



<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

