

51944

7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

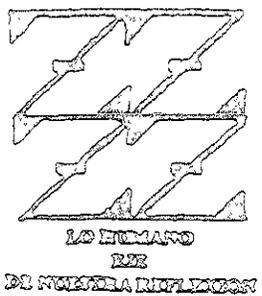
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA.

ESPECIALIZACION DE SALUD EN EL TRABAJO Y SU IMPACTO
AMBIENTAL

*ESTUDIO COMPARATIVO DE ALTERACIONES FISICAS,
PSICOLOGICAS, PSICOSOMATICAS, FAMILIARES Y SOCIALES
EN ENFERMERAS QUE CUBREN TURNO NOCTURNO FIJO,
TURNO NOCTURNO IRREGULAR, DOBLE JORNADA Y TURNO
MATUTINO*



PRESENTADA POR LIC LUZ MARIA ROJAS BAUTISTA



LA ESCUELA
DE ENFERMERIA
DE ZARAGOZA

7030



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

ESPECIALIZACION DE SALUD EN EL TRABAJO Y SU IMPACTO
AMBIENTAL

*ESTUDIO COMPARATIVO DE ALTERACIONES FISICAS,
PSICOLOGICAS, PSICOSOMATICAS, FAMILIARES Y SOCIALES
EN ENFERMERAS QUE CUBREN TURNO NOCTURNO FIJO,
TURNO NOCTURNO IRREGULAR, DOBLE JORNADA Y TURNO
MATUTINO*

PRESENTADA POR LIC LUZ MARIA ROJAS BAUTISTA

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO I ANTECEDENTES	7
1 Antecedentes Históricos	8
2 Modalidades del Trabajo Nocturno	12
3 Alteraciones Físicas	15
4. Alteraciones Psicológicas	19
5 Alteraciones Psicosomáticas	24
6. Alteraciones Familiares y Sociales	30
7 Condiciones de Trabajo y Turno Nocturno en Hospitales	33
CAPITULO II ESTUDIO DE RECONOCIMIENTO DE LA INSTITUCION	38
1. Datos generales de la empresa	39
2. Datos estadísticos del servicio	44
3 Reconocimiento sensorial de las condiciones de trabajo y riesgos laborales en tres departamentos	50
CAPITULO III METODOLOGIA DE INVESTIGACION	56
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	57
2. HIPOTESIS	57
3. OBJETIVOS	57
4 MATERIAL, METODOS Y PROCEDIMIENTOS	57
4 1 Universo de estudio	57
4 2 Tipo de estudio	58
4.3 Criterios de selección	58
4.4 Definición de variables	58
4 5 Material	58
4 6 Procedimiento	61
4 7 Método estadístico	61

CAPITULO III RESULTADOS	62
1 Variables atributivas generales: edad, antigüedad, estado civil, núm. de hijos y categoría	63
2 Generales de las alteraciones	64
3. Particulares de cada alteración. Físicas, Psicológicas y Psicósomáticas	66
4 Comparativos detallados de cada alteración: Física, Psicológica y Psicósomática	68
5. Comparativos generales de las alteraciones: Física, Psicológica, Psicósomática, Familiar y Social	69
6. Asociación entre Síntomas Neuróticos y Ansiedad	70
6. Asociación entre Estrés, Hipocondría, Síntomas Somáticos, Depresión, Autoestima, Intereses y Entusiasmo, Consumo de Drogas y Energía	71
CAPITULO IV ANALISIS DE RESULTADOS	72
1 Variables atributivas	73
1.1 Edad	73
1.2 Antigüedad	73
1.3 Estado civil, número de hijos y categoría	74
2. Generales	74
3 Resultados por trastorno	75
3.1 Alteraciones físicas	75
3.2 Alteraciones psicológicas	75
3.3 Alteraciones psicósomáticas	76
3.4 Relación de trastornos y área más afectada	76
5. Sondeo de alteraciones familiar y social	78
6 Comparación de todos los trastornos	79
CONCLUSIONES, DISCUSION Y RECOMENDACIONES	80
Conclusiones	81
Discusión	83
Recomendaciones	88
Bibliografía	90
Anexos	93

RESUMEN

En el presente estudio se revisaron las principales alteraciones que genera el trabajo nocturno vistas a partir de los aspectos físico, psicológico, psicosomático, familiar y social, unido a las condiciones laborales de 4 muestras de 4 sujetos cada una del sexo femenino

La investigación se llevo a cabo en las instalaciones de un hospital durante la jornada diurna y nocturna de las enfermeras, a quienes se les aplicó un Cuestionario de Alteraciones Físicas del Trabajo Nocturno, el Inventario Multifasético de la Personalidad Minnesota-2, un Cuestionario General de Salud y una Entrevista Dirigida para Valoración Familiar y Social

Todos los resultados fueron sometidos a distribución de frecuencias, posteriormente se aplicó la Ji cuadrada a todas las alteraciones por cada turno, y luego, tanto los resultados del Cuestionario General de Salud como del MMPI-2, fueron separados por casos y no casos a través del análisis de varianza

En cuanto a las alteraciones familiares y sociales solo se obtuvieron resultados de frecuencia, ya que la interpretación incluía análisis cualitativo

Se encontró que de los cuatro grupos, el 100% de las enfermeras presentó alteraciones físicas en ciclos menstruales, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura corporal, el 87% presentó estrés, el 75% padece de agotamiento, 68.7% mostro alteraciones de peso, micciones y evacuaciones, en el 62.5% se encontró alteracion en perímetro torácico y el 50% en tensión arterial

Las alteraciones psicológicas de importancia consideradas como casos severos son, 75% en turno nocturno fijo, 50% en turno nocturno con doble jornada, 25% en turno matutino, y casos altos en turno nocturno con doble jornada

En los trastornos psicosomáticos, los casos altos fueron los siguientes, ansiedad 50% y depresión 75% en turno nocturno con doble jornada, depresión 50% en turno nocturno irregular y la clasificación de severa con el 25% en el turno nocturno fijo. Los síntomas somáticos severos con el 25% prevalecieron en el turno nocturno con doble jornada y turno nocturno irregular

INTRODUCCION

Acerca de la variedad y complejidad de los problemas que puede generar el trabajo nocturno existe la controversia sobre si el trabajo nocturno es o no intrínsecamente nocivo para la salud. Algunos autores sostienen que sus inconvenientes guardan más relación con la comodidad que con la salud y no son lo suficientemente graves como para justificar medidas que disminuirían no solo los beneficios económicos potenciales para las empresas, sino también las oportunidades de empleo; otros afirman que el riesgo potencial para la salud es lo bastante grave como para desalentar en lo posible la utilización de este tipo de trabajo. Nursing (1994)

La controversia continuará vigente, pues el trabajo nocturno está estrechamente ligado, en el sector productivo a aspectos económicos, y en el sector servicios a un sistema de trabajo que es imposible desaparecer, por su carácter de irremplazable, como suele suceder con los servicios de vigilancia, transporte, comunicaciones y salud, especialmente las unidades de urgencias, entre otros.

El trabajo nocturno representa un riesgo potencial, mismo que se ve incrementado cuando existen condiciones laborales inadecuadas, como pueden ser instalaciones no funcionales, acumulación de tareas, monotonía, supervisión estricta, fatiga y estrés, lo que aunado a la alteración de las funciones biológicas que están regidas por leyes bien definidas y siguen un ritmo determinado, desencadena una serie de trastornos conocidos como el síndrome del trabajo nocturno.

Varias de las funciones del organismo se rigen por ritmos de 24 horas, ritmos circadianos, dentro de los cuales algunas funciones se lentifican durante las horas nocturnas y se incrementan durante las horas diurnas, siendo éste un comportamiento genético que se comienza a estructurar desde el nacimiento, y por lo tanto es difícil de adaptar a otros ritmos. Las funciones fisiológicas que se modifican con ritmos circadianos son la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y respiratoria y el metabolismo basal entre otras.

El trabajo nocturno no solo afecta el estado biológico sino también el rendimiento psicofísico, sobre todo cuando se deben realizar tareas complejas. Se ha comprobado que durante la noche disminuye la fuerza muscular, tiempos de respuesta, capacidad de vigilia, la atención, la velocidad de cálculo y capacidad de memorización.

En el caso de las enfermeras, la combinación del trabajo nocturno con la actividad laboral específica que desempeñan las expone a una sobrecarga emocional y física, que al acumularse día con día, repercute en alteraciones neurofisiológicas y daño psíquico primero y, con el tiempo, en alteraciones psicosomáticas.

Las consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras y en su vida familiar y social no han sido suficientemente investigadas. El presente trabajo pretende evaluar la magnitud de tales consecuencias, justificar ciertas tomas de posición y sugerir nuevas alternativas. Es este un estudio comparativo que aborda alteraciones que desencadena el trabajo nocturno enfocando tres modalidades: turno nocturno fijo, turno nocturno irregular y doble jornada, y comparando los datos obtenidos en esta población con las características que presentan enfermeras que trabajan

en el turno matutino.

Los instrumentos que se emplearon para la identificación de los trastornos fueron: un cuestionario validado para identificar trastornos psicológicos, un cuestionario validado para detectar alteraciones psicosomáticas, un instrumento que se elaboró para indagar la presencia de síntomas físicos y por último se realizó una entrevista dirigida para determinar la prevalencia de problemas familiares y sociales.

En el Capítulo I de este documento se presenta un marco teórico de referencia que incluye: En el Apartado 1 un panorama de la literatura que se reporta sobre la nocividad del trabajo nocturno. El Apartado 2 hace referencia a las modalidades del trabajo nocturno en México. En el Apartado 3 se identifican las alteraciones físicas que desencadena el trabajo nocturno. Las alteraciones psicológicas se acientan en el Apartado 4 y las alteraciones psicosomáticas se describen en el apartado 5. Los trastornos de la vida familiar y social que se deben al trabajo nocturno se incluyen en el Apartado 6 y en el Apartado 7 se abordan las condiciones de trabajo y turno nocturno en hospitales.

El Capítulo II aborda en el Apartado 1 el estudio de reconocimiento de la institución. Los datos generales de la empresa se observan en el Apartado 2. Los datos estadísticos del servicio se muestran en el Apartado 3 y el reconocimiento sensorial de las condiciones de trabajo y riesgos laborales en tres departamentos se presentan en el Apartado 4

La estructura metodológica del estudio que comprende el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, material y métodos se describen en el Capítulo III.

Los resultados de la investigación se abordan en el Capítulo IV, donde se incluyen tablas que describen la población en estudio y los datos más relevantes que se obtuvieron. En el Capítulo V se analizan los resultados.

Las conclusiones y sugerencias de esta investigación se presentan en los Capítulos VI y VII.

1. ANTECEDENTES

Según Marx, el trabajo es en primer término un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción, su intercambio de materias con la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de este modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida (Friedmann (1978))

Por lo tanto, esta actividad es considerada como un rasgo específico de la especie humana. El hombre, aún a través de las diversidades de ritmo en la marcha del progreso técnico, de evolución de la estructura y el nivel económico de las sociedades, se ocupa esencialmente del trabajo, mismo que está considerado como un común denominador y una condición de toda vida humana en sociedad. A través de la transformación que hace el hombre de la naturaleza, el trabajo a su vez reacciona sobre el hombre modificándolo; sin embargo el trabajo no es acción sino cuando expresa las tendencias profundas de la personalidad y le ayuda a realizarse. (Friedmann (1978))

El trabajo puede realizarse durante el día, la tarde o la noche. Cuando la actividad se realiza de noche se le denomina trabajo nocturno.

El trabajo nocturno surge en la segunda fase de la industrialización, particularmente desde el comienzo de la mecanización. Los factores que determinaron el uso del turno nocturno fueron en un inicio puramente económicos, debido a la importancia cada vez mayor de las inversiones en bienes de capital y a la constante disminución de la vida útil de la maquinaria, así como la acelerada innovación tecnológica, que modifica las condiciones de competencia, y que modifican la producción. (Parmeggiani (1991), Carpentier (1977), Marc (1975))

Con el desarrollo tecnológico se fue incrementando la utilización del trabajo nocturno, pues se requería continuidad de funcionamiento en las instalaciones de producción, la organización del trabajo requería que la atención a las instalaciones no sufriera interrupciones y la asignación continua de un trabajador se hizo necesaria. (Parmeggiani (1991), Marc (1975), Kogi (1993))

Más tarde, debido a la concentración y automatización de los medios de producción, ligado a su vez al crecimiento del tamaño de las empresas y al grado de integración de la producción y la dirección, se consideró necesario reorganizar el trabajo iniciándose el turno continuo. (Parmeggiani (1991); Carpentier (1977), Marc (1975))

En 1974 un grupo de expertos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) llegó a la conclusión de que las formas de competencia que existen en el mercado mundial conducen a la sociedad a aceptar o fomentar el trabajo nocturno y considerarlo una necesidad, pero sin ver forzosamente en él ventaja alguna para las empresas o la propia sociedad. (Carpentier (1977))

Por otra parte, independientemente del trabajo de transformación, a partir de la industrialización la comunidad demanda la disponibilidad continua de servicios en materia de salud, información, transportes, alimentación y esparcimiento, con lo que se encuentra la justificación para someter al personal a las condiciones anormales del trabajo nocturno para dar satisfacción a los consumidores. (Parmeggiani (1991), Carpentier (1977))

Cabe mencionar que las demandas en ciertos servicios nocturnos quedan justificadas desde una perspectiva global, como las necesidades de abastecimiento de alimentos o de servicios de salud, comunicación y seguridad pública, las cuales son irremplazables y no pueden ser interrumpidas. A

medida que se incrementa el desarrollo regional y la urbanización aumenta excesivamente se incrementan también las necesidades de servicios nocturnos, sobre todo de vigilancia y de auxilio, motivo por el cual continúa adquiriendo importancia este sistema de trabajo. Carpentier (1977), Marc (1975)

El concepto de trabajo nocturno y trabajadores nocturnos se ha ido modificando, los cambios son aparentes en las definiciones usadas en los nuevos estándares internacionales. Estas fueron desarrolladas por un intenso y complicado procedimiento entre gobierno, empleadores y trabajadores y reflexionando sobre los resultados de recientes investigaciones.

Tradicionalmente las explicaciones del trabajo nocturno estuvieron principalmente establecidas para especificar horas nocturnas por compensaciones propuestas. Según la bibliografía citada se tuvieron que consultar muchas regulaciones nacionales, las cuales prohibían el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes. En contraste con prescripciones tradicionales, las más recientes determinaciones están vinculadas con un rango de medidas para mejorar la calidad de vida laboral. Las definiciones más comunes están enfocadas sobre trabajadores nocturnos quienes substancialmente hacen el trabajo de noche y por las necesidades particulares de protección. Marc (1975), Kogi (1993)

En el cuadro número 1 se muestran los cambios hechos a las regulaciones internacionales establecidas por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), entre el convenio número 89 y el convenio número 171. Los convenios y regulaciones estuvieron encaminadas a modificar los estándares establecidos, las modificaciones consistieron en ampliar el trabajo nocturno a ambos sexos (hombres y mujeres), aspecto que antes no se tenía contemplado, extenderlo a casi todas las ocupaciones, no sólo a educación, alimento, salud y seguridad como en un inicio se había acordado. Asimismo se permitió el trabajo nocturno a mujeres en la industria bajo condiciones bien definidas, también se incluyeron regulaciones con el propósito de mejorar la calidad de vida de los trabajadores en base a horas de trabajo, períodos de descanso, salud y seguridad, transferencia de trabajo de día, protección a la maternidad, servicio social, etc. Marc (1975), Kogi (1993)

	Año 1948 Convenio # 89	Año 1990 Convenio # 171
Propuesta principal	Prohibición de trabajo nocturno para una categoría específica de trabajadores	Mejoramiento de condiciones de trabajo para trabajadores nocturnos
Alcances	Mujeres Industria	Ambos hombres y mujeres Todas las ramas y ocupaciones con pocas excepciones limitadas
Definición de noche	Por lo menos 11 horas consecutivas, incluyendo como mínimo 7 horas consecutivas entre las 22.00 hrs. y las 7.00 hrs	Como mínimo 7 horas consecutivas incluyendo el intervalo entre las 24.00 hrs. y 5.00 hrs.
Focos de atención	Cualquier trabajo durante el período prohibido	Trabajadores ejecutando una substancial cantidad de trabajo nocturno

Cuadro No. 1 cambio de regulación internacional del trabajo nocturno. Marc (1975), Kogi (1993)

Para 1990 la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) define el trabajo nocturno como "la actividad ocupacional que se realiza durante el periodo del día que está usualmente reservado para dormir. Las horas en las cuales este período esta considerado de inicio y fin varía de país a país debido a diferentes factores, los cuales pueden influir en la definición del término noche"- Sin

embargo en general, en el contexto de horas de trabajo la legislación define "noche" como el período entre las 22.00 o 23.00 horas y 6.00 horas para mujeres y personas jóvenes y un período entre las 23.00 y las 5.00 horas para hombres. Parmeggiani (1991)

Para Kogi y Thurman es un período con una duración de 7 horas consecutivas, competentes y consultando después con las organizaciones representativas de empleadores y empleados abarcando el intervalo que va de media noche a las 5.00 a.m. y que será determinado por las autoridades. Kogi (1991)

El nuevo concepto de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), incluye las siguientes medidas específicas: Kogi (1991)

- Menos horas de trabajo
- Suficientes períodos de descanso
- Seguridad y salud ocupacional, incluyendo asesoramiento sanitario, facilidades en primeros auxilios y asignación de orientación médica
- Asignación de servicios sociales
- Transferencia para trabajo de día
- Protección maternal
- Consultoría acerca de turnos de horarios y las formas de organización de trabajo nocturno

Los países que recientemente han cambiado su legislación laboral enfatizan la necesidad de realizar prácticas específicas de tiempos de trabajo, permitiendo un gran margen de flexibilidad y ampliando las posibilidades de promediar horas sobre un específico período por medio de acuerdos con ramas o niveles de empresas; hay también una tendencia a incrementar el grado de regulación de tiempos de trabajo en algunas áreas. Este es el caso en particular del trabajo nocturno y el trabajo de tiempo parcial. Estas nuevas regulaciones están intentando asegurar la mayor protección para los trabajadores y mejorar las condiciones de trabajo y empleo.

En Bélgica y Francia se han estipulado algunos beneficios para los trabajadores, por ejemplo: los trabajadores con cierta antigüedad pueden requerir su transferencia al trabajo de día, las mujeres embarazadas también tienen el derecho de requerir su cambio al turno de día desde los tres meses de embarazo y hasta tres meses después de haber nacido su hijo. De igual forma tienen derecho de requerir su cambio las personas que posean una fundamentación médica que avale el cambio, Kogi (1993). En el caso de que un trabajador se ausente por más de 12 horas de su domicilio para laborar en turno nocturno, puede conseguir se le compense con el pago del 100% los gastos por transporte.

Cabe destacar que en países como Australia, Brasil, Hungría, Corea, Nueva Zelanda y Sudáfrica, otorgan pagos adicionales a trabajadores nocturnos, dichos pagos son variables y oscilan entre un 5% y un 30% adicional a su salario, sin embargo legalmente no se especifica el horario a cubrir. Otros países como Dinamarca, Francia y Noruega, estipulan horarios mas cortos para el trabajo nocturno, que va de 37 horas para un turno de trabajo, 36 horas para dos turnos de trabajo y 35.66 horas para tres turnos de trabajo, únicamente Noruega estipula que para trabajo nocturno se debe laborar 36 horas a la semana. O.I.T. (1995)

En los casos de Japón y Corea sus leyes prohíben el trabajo nocturno a mujeres y personas jóvenes, mientras que en el Reino Unido solo lo prohíbe a personas jóvenes. Por su parte Noruega y Suecia prohíben el trabajo nocturno a la población en general, a excepción de servicios de transporte, salud, hoteles, restaurantes y en casos especiales que autoricen los inspectores laborales. Mientras que Canadá y Estados Unidos legalmente no estipulan ninguna regulación sobre el trabajo nocturno. O.I.T. (1995)

En el caso de México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define al trabajo nocturno como el trabajo efectuado entre las 20.00 y las 06.00 horas, y el turno no debe exceder de 7 horas; asimismo aclara que un turno que incluye tres y media horas o más de trabajo nocturno es considerado turno nocturno. Dentro de los límites ya mencionados, los horarios de trabajo son fijados entre los trabajadores y empleadores. Legalmente las horas de trabajo son: 48 horas a la semana para trabajo de día, 42 horas a la semana para trabajadores nocturnos y 45 horas a la semana en horarios flexibles; incluye además la prohibición de este turno de trabajo a los menores de edad, y estipula que en el caso de las horas extra se paguen dobles y el máximo de horas legales a trabajar es de 54 semanales. O.I.T. (1995)

Es importante recalcar que estas medidas aplicadas una vez que se ha decidido que el trabajo nocturno sea introducido, van encaminadas a limitar tanto como sea posible, la extensión de efectos desfavorables para la salud y la vida laboral, tal vez los países que reducen el tiempo de la jornada laboral por la noche estén comenzando a reconocer algunos efectos negativos colaterales que desencadena el trabajo nocturno. Kogi (1993)

2. MODALIDADES DEL TRABAJO NOCTURNO

Los requerimientos de producción y servicios interactúan con opciones de tiempos de trabajo y en particular con el trabajo nocturno. Aún cuando los sindicatos insisten en que el trabajo nocturno podría ser evitado y que la participación en turnos inconvenientes fuera voluntaria, la legislación no ha intervenido para limitarla, más bien se han dedicado a exigir mejoras en las condiciones laborales de las empresas.

Los patrones sostienen que ciertos trabajadores pueden tener dificultad en adaptarse al trabajo nocturno o turnos rotativos, pero que no hay efectos de perjuicio general, mas aún, el trabajo nocturno puede tener efectos positivos como: mejor creatividad, mayor productividad, gran economía, mejores estándares de vida, o tiempo libre de día. Sin embargo sus argumentos son recursos que tienden a reflejar la imposición, ya que las justificaciones económicas solas nunca serían una razón suficiente para introducir turnos de trabajo nocturno. Kogi (1993)

En los turnos de trabajo es bastante frecuente extender los horarios de operación durante los fines de semana u horas nocturnas, aunado a los innovadores horarios reportados por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que reflejan las sobreintencionadas tendencias como por ejemplo: tiempo parcial, turnos de tiempo completo, tiempo flexible, etc. Mark (1975)

El cuadro número 2 muestra la variedad de combinaciones de horarios flexibles en tiempos de operación, las cuales pueden ser combinadas en diferentes formas de acuerdo a las necesidades de producción. Kogi (1993)

	Opciones	Días	Horarios	Descansos	Horas semanales
1	Trabajo de día	Lunes a Viernes	07.00-15.54	42 min. sin pago descanso de comida	40
2	2 turnos de trabajo	Lunes a Viernes	06.00-14.00 14.00-23.00	30 min. sin pago descanso de comida	38.3
3	Tiempo parcial turno vespertino	Lunes a Jueves	15.42-24.00	18 min. sin pago descanso de comida	32
4	2 turnos de horas reducidas	Lunes a Viernes	06.00-11.30 17.30-23.00	Sin descanso de comida	26.5
5	Tiempo parcial trabajo de día	Lunes a Viernes	11.30-17.30	Sin descanso de comida	29
6	Tiempo parcial 2 turnos	Lunes a Viernes	08.00-14.00 14.00-20.00	Sin descanso de comida	30
7	Trabajo nocturno permanente	Lunes a Viernes	23.00-06.00	30 min. sin pago descanso de comida	34
8	Tiempo parcial turno de 12 horas	Sábados y Domingos	06.00-18.00	30 min. sin pago descanso de comida	22.6
9	Tiempo parcial 2 turnos de 12 horas	Sábados y Domingos	08.00-20.00 20.00-08.00	30 min sin pago descanso de comida pausa de descanso	22.6
10	3 turnos de tiempo completo	Lunes a Viernes	06.00-14.00 14.00-22.00 22.00-06.00	30 min. sin pago descanso de comida	38

Cuadro No 2 Combinación de horarios flexibles en tiempos de operación Kogi (1993)

En México los horarios de trabajo son muy variados y en numerosas ocasiones están combinados, por ejemplo en las instituciones gubernamentales el horario más común es el trabajo de día de 07.00-15.54 o bien de 08.00-14.00 de lunes a viernes, no obstante en el caso de la industria sobre todo mediana y grande aplican los 3 turnos de tiempo completo, es decir de las 06.00-14.00, 14.00-22.00 y de 22.00-06.00 horas de lunes a viernes, incluyendo además tiempo parcial de sábados y domingos de 08.00-13.00 horas. Asimismo en los centros comerciales combinan el tiempo parcial trabajo de día que va de las 11.30-17.30 de lunes a viernes, unido con el tiempo parcial de turno de 12 horas sábados y domingos, de 06.00-18.00 horas. Marc (1975), Kogi (1993), Galin (1982)

Ahora bien, ciertos servicios como los proporcionados por la policía, bomberos y hospitales mantienen una numerosa combinación de horarios de trabajo, dichos servicios permanecen activos sin ninguna interrupción diaria o semanal, incluso durante los días feriados, trabajo denominado de turnos continuos. Kogi (1993), Galin (1982)

Algunas características que se han encontrado en este turno es que las funciones del personal se concentran en el turno normal de día. En el segundo y sobre todo en el tercer turno, se hace notar la disminución del personal y el menor nivel de calificación, por lo general no hay supervisores, y la cantidad de trabajadores en cada uno de los turnos es muy desigual. Kogi (1993), Galin (1982)

El tamaño considerablemente menor de los segundos y terceros turnos se debe a distintas razones. En las instituciones de funcionamiento continuo los segundos y terceros turnos están limitados a los trabajadores necesarios para cubrir alguna eventualidad que pudiera surgir, como es el caso de los bomberos.

La policía tiene como tarea vigilar permanentemente a la ciudadanía y estar alerta en situaciones de peligro para la comunidad, Los hospitales requieren de la vigilancia constante del personal médico y paramédico que está al cuidado de los pacientes que demandan atención continua a su salud, lo cual incrementa considerablemente el trabajo físico y mental.

Otro aspecto importante es el sistema de rotación presente dentro del turno nocturno ya que en algunos puestos se trabaja por turnos fijos, en otros se trabaja en rotación y otros en forma eventual, por ejemplo en los puestos de médico o enfermera una parte trabaja en turnos fijos, otra en rotativos y otra en turno imprecisos (irregular) dependiendo de las necesidades laborales o de atención a pacientes. Galin (1982)

Sin embargo algunos trabajadores presentan una importante tendencia a desempeñar una segunda actividad remunerada fuera de las horas de trabajo. Esta tendencia es mas marcada en trabajadores del turno nocturno que en los turnos matutino y vespertino, generando esto una importante baja de productividad y un aumento de enfermedades en los trabajadores. En algunos casos se ha observado que algunos trabajadores tienen otro empleo de tiempo completo en otro lugar, lo cual provoca un agotamiento prematuro al trabajador. Parmeggiani (1991)

La causa de esta segunda actividad debe adjudicarse a los bajos niveles salariales, que conducen a una extensión de la jornada de trabajo con otro empleo para incrementar los insuficientes ingresos del primero. Los trabajadores del turno nocturno, particularmente los fijos, gozar de mas tiempo que los del turno normal de día para desempeñar otras tareas, originando aumento de la morbilidad y la fatiga, además de que en los trabajadores con segunda actividad remunerada se observa un envejecimiento prematuro. Parmeggiani (1991)

En cuanto a los turnos nocturnos eventuales (irregular) se puede decir que son ineficaces, ya que aumentan el ritmo de trabajo, pero disminuye la calidad del mismo. Este sistema impone muy pesadas exigencias, al aumentar el ritmo, desgastando mas rápidamente la fuerza de trabajo y provocando incremento en la fatiga, estrés, mayores problemas psíquicos y envejecimiento prematuro, además los trabajadores con turnos imprecisos ven reducidas o eliminadas las pausas de alimentación y descanso, a fin de no perder el ritmo laboral. Galin (1982)

Los trabajadores por turnos y los del turno nocturno en particular tienen condiciones de trabajo mas penosas que los del turno normal de día, especialmente en materia de supervisión, salubridad, alimentación, movilidad, extensión de la jornada, interrupciones, iluminación, etc. El ambiente de trabajo es menos adecuado que en el primer turno y más deteriorante para la salud física y psíquica del trabajador y sus condiciones de vida. Por lo general la única compensación a este carácter doblemente penoso del trabajo nocturno es la remuneración adicional que no siempre es la más adecuada. Marc (1975), Galin (1982)

3. ALTERACIONES FISICAS

Las consecuencias para la salud de los trabajadores sometidos a este método laboral, son variadas. Aún cuando la patología o el síndrome del trabajo nocturno ha sido poco estudiado hasta ahora, la cantidad de investigaciones acerca de los costos psicobiológicos en el hombre bien pudieran evitar o limitar la exposición al turno nocturno.

Una de las primeras alteraciones causadas al trabajador de noche es la inversión de los ritmos biológicos; primeramente los ritmos de los cambios ambientales, es decir del día a la noche, controlan actividades tan dispares como los hábitos alimenticios e incluso podrían servir como modelos del tiempo. Ramos (1988)

Existen además otros ritmos orgánicos (noción de ritmo); en el cerebro las ondas cerebrales oscilan con períodos de milisegundos, el corazón late rítmicamente unas 70 veces por minuto, la temperatura corporal y la presión sanguínea se elevan y disminuyen con un ritmo de 24 horas, en la piel la división celular es máxima durante la noche y cae durante el día, así y como ocurre en los metabolismos y las secreciones endocrinas. Todo esto parece indicar que el organismo está sujeto a una fase diurna de activación y a una fase nocturna de desactivación. Carpentier (1977), Ramos (1988)

Algunos de estos ritmos son de gran importancia desde el punto de vista del rendimiento y seguridad en el trabajo; entre éstos destacan los siguientes:

Ritmos Sueño-Vigilia

Los ritmos de actividad y descanso en el ser humano, siguen un ritmo circadiano (24 horas aproximadamente) y están estrechamente coordinados con los períodos ambientales de alternancia luz-oscuridad, es decir al amanecer el individuo está orgánicamente activo, mientras que en la noche su organismo está en período de letificación y cambio. Diversas investigaciones han demostrado que el organismo es capaz de generar internamente sus propios ritmos, siendo de gran importancia la influencia de los ciclos geofísicos terrestres (luz, temperatura, humedad, etc.), que al ser modificados se desincronizan los ritmos endógenos, provocando diversos trastornos psicofísicos que son la consecuencia de una desadaptación con respecto a los ciclos medioambientales. Carpentier (1977), Ramos (1988), Eastman (1995)

Ritmos en el rendimiento psicomotor

Considerando que los procesos fisiológicos en el hombre son rítmicos, al ser alterados éstos también se alteran la rapidez y habilidad con que se realizan las tareas diarias, en virtud de que siguen también patrones rítmicos. Diversos estudios tanto en ambientes reales como de laboratorio, han encontrado que en todos los casos aparecían con patrones que, a lo largo del día, siguen la curva de temperatura basal de cada persona. Asimismo se ha encontrado que muchas otras actividades se realizan con habilidad variable en forma rítmica a lo largo del día, como el tiempo de respuesta a la luz mientras se conduce, la capacidad de vigilancia ante la pantalla de un radar, la velocidad de cálculo y la capacidad de memorización, etc. El patrón de la mayoría de estos ritmos imita al ciclo diario de temperatura corporal. Carpentier (1977), Ramos (1988)

Otros Ritmos

Otros ritmos que pueden resultar de gran importancia son los ritmos metabólicos y los de tolerancia al dolor. Los ritmos metabólicos actúan con mucho mayor rapidez por la tarde, es decir entre las 12.00 a.m. y las 12.00 p.m., fuera de esas horas la capacidad para metabolizar desciende hasta en

un 25% su capacidad, y en la noche tiene un descenso mayor, sobre todo en la madrugada, horario en el que el organismo está en un período acentuado de baja eficiencia metabólica. Carpentier (1977), Ramos (1988), Ayelsonn (1996), Lennernas (1995)

Por el contrario los ritmos del dolor, aumentan a medida que avanza el día, es decir entre las 08.00 a.m. y 08.00 p.m. Carpentier (1977), Ramos (1988), Ubeda (1991)

Por último, la función renal también se ve alterada, ya que por la noche se reduce el volumen de orina con disminución de la secreción de electrolitos. (12) Al alterarse los ritmos de vida biológicos, éstos se resisten al cambio horario provocando los trastornos ligados al trabajo nocturno y a la diferencia horaria transmeridiana.

Estudios realizados por diferentes investigadores revelan que al alternarse el horario del sueño y la vigilia, se desencadena una desincronización que indica que actúan simultáneamente sincronizadores de eficacia distinta, ya que el conjunto de los ritmos conforma, gracias a las relaciones entre sus fases, determinadas estructuras sujetas a la influencia simultánea de varios ritmos dominantes, sobre todo el de la temperatura rectal y el de la actividad, y estas posibilidades de desincronización se da de manera distinta en cada individuo. Carpentier (1977), Ubeda (1991)

Al compararse dichos estudios con observaciones efectuadas en trabajadores nocturnos, se comprobó que después de un período de 13 semanas de trabajo nocturno, la amplitud de los biorritmos del trabajador disminuye y sus máximos continúan situándose en horas diurna. No obstante, pudo observarse una marcada desincronización entre los mínimos en los días que siguen inmediatamente al retorno al horario diurno después de un período de turnos rotativos, además estas variaciones sufren la influencia de factores extrínsecos, como es estrés emocional, la fatiga anterior al trabajo y la índole de la tarea. Pero lo más importante es que el descanso semanal es suficiente para que los sincronizadores socioecológicos, únicos que actúan entonces, pues los sincronizadores laborales desaparecen transitoriamente, reestablezcan su estado normal. Por lo tanto se puede inferir que el trabajo nocturno verdaderamente permanente no existirá jamás, puesto que siempre alternará, por lo menos, con el descanso semanal. Carpentier (1977), Ubeda (1991)

Al alterarse los ritmos biológicos, a su vez se alteran las fases vigilia-sueño, en virtud de que tanto la duración como la calidad del sueño están ligadas al ritmo circadiano. Aún cuando el sujeto desee dormir por la mañana, por causa natural se presenta una activación espontánea que provoca un despertar prematuro, además el sueño diurno es más breve y está expuesto a ser discontinuo por el ambiente que le rodea (ruido, luz natural, etc.). Además el sueño diurno suele ser menos profundo, al reducir o evitar esta profundidad del sueño se abrevia el sueño paradójico y pareciera ser que dicha abreviación condujera al sujeto a sentir un malestar general que, a un período prolongado, es decir a constantes exposiciones, genera fatiga. Carpentier (1977), Niedhammer (1994)

Asimismo, al estar presente la fatiga en el organismo se genera ácido láctico en los músculos, pues el sistema de regulación es insuficiente. El hipotálamo está a cargo de dicha regulación, ya que es quien gobierna la producción de la energía exigida por las tareas, y da origen a la sensación de fatiga, que las suspende y rige después de la reconstitución de las reservas durante el descanso.

De igual forma el hipotálamo provoca la secreción de la hormona ACTH (hormona-adreno-córtico-trópica), misma que actúa sobre la glándula suprarrenal, la cual según los casos produce hormonas catabolizantes o anabolizantes, las primeras de las cuales (glucocorticoides) dan origen a un incremento de los 17 hidrocorticosteroides en la sangre y después en la orina, y las segundas a un aumento de los 17 cetosteroides en sangre y orina.

Del mismo modo el sistema nervioso autónomo influye directamente en los metabolismos químicos y energéticos de los tejidos y células.

La depresión que normalmente presentan durante la noche los índices fisiológicos no desaparece en el trabajador nocturno, solo se atenúa. Así ocurre con la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, el volumen respiratorio por minuto, el consumo máximo de oxígeno, la temperatura rectal y la excreción por la orina de corticoides y de catecolaminas. Carpentier (1977), Kawachi (1995), Sternberg (1995)

En lo concerniente a los trastornos digestivos, éstos se presentan bajo formas variadas, observándose una importante relación entre la presencia de estos trastornos y los horarios alternados, lo que se observa en una correlación estadística positiva alta. Entre las alteraciones más comunes están los diferentes tipos de dispepsia, como la hiperesténica (por trabajar horarios alternados) y la hiposténica. Asimismo se presentan trastornos intestinales como el estreñimiento, acompañado a veces de crisis hemorroidales, que al parecer forma parte del síndrome del trabajo nocturno. Carpentier (1977)

Las úlceras digestivas confirmadas por radiografía son más frecuentes entre el personal de los turnos rotativos que entre los que cumplen un horario diurno normal. Carpentier (1977)

Por otro lado es frecuente el aumento de peso en el curso de los dos o tres primeros años de trabajo nocturno, sin modificación importante de la comida normal a ciertas horas. Las causas de la obesidad podrían ser variadas, ya que por un lado, en la noche la comida se ingiere sin apetito, por tal motivo suelen condimentar más los alimentos e incrementar la ingesta de comidas o bebidas excitantes, como es el alcohol o el café; otro factor predisponente es el horario irregular en el que comen los trabajadores, unido a la actividad a nivel celular, ya que a ciertas horas la célula almacena glucosa y a otras horas se lleva a cabo una actividad de síntesis de proteínas. Carpentier (1977), Wisner (1987)

Otro aspecto que se ve afectado es el ciclo menstrual, ya que en ciertos días de dicho ciclo la activación diurna será mayor, y en otros la desactivación nocturna será más acusada, por lo que en ciertos días el ciclo ovárico se expondrá a una fatiga excesiva debida a la desactivación nocturna. Carpentier (1977)

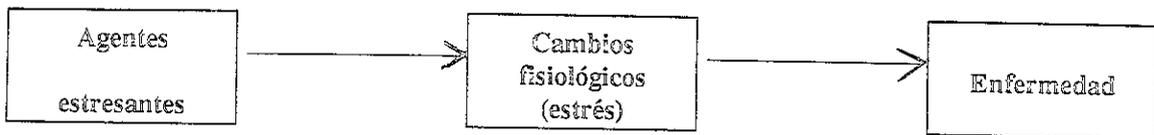
Otro de los efectos nocivos del trabajo nocturno es la probable reducción de las reacciones inmunológicas contra las infecciones y agresiones, unido con una eventual ingerencia sobre el envejecimiento y la menor duración de la vida, en virtud de que la división celular es mayor durante la noche, como se mencionó anteriormente. Ramos (1988), Wisner (1987)

El estrés es otro de los aspectos que se presenta en trabajadores nocturnos; sobretodo cuando las condiciones laborales lo incrementan, el organismo se ve amenazado de una o de otra manera y se altera fisiológicamente debido a la activación de una serie de centros nerviosos y glándulas, especialmente el hipotálamo, la hipófisis y las suprarrenales. Wisner (1987)

El cerebro, al detectar el riesgo que le amenaza (físico, químico o social) excita al hipotálamo, a su vez el hipotálamo fabrica una serie de sustancias específicas llamadas factores liberadores, quienes ordenan a la hipófisis produzca la hormona ACTH, esta hormona viaja a través del torrente sanguíneo hacia la corteza de la glándula suprarrenal, en donde produce cortisona u otras hormonas equivalentes, como los corticosteroides. Asimismo la glándula suprarrenal recibe mensajes a través del nervio que conecta a la médula suprarrenal con el hipotálamo y produce adrenalina. Pérez (1990)

Cuando la demanda de los problemas ambientales es sostenida y se prolonga o se hace crónica, en el organismo, si bien prosigue con su adaptación a dicha demanda en forma progresiva, puede ocurrir que cada vez lo haga con menores posibilidades de respuesta, debido a la fatiga que sufren las glándulas del estrés; si el trabajador tiene los suficientes recursos para resistir no presentará problemas pero, si carece de ellos, entrará a la fase de resistencia caracterizada por un equilibrio entre las amenazas del medio ambiente, tanto interna como externa, por un lado y los recursos defensivos, tanto psicológicos como biológicos del individuo, por el otro lado. Pérez (1990)

La disminución progresiva de las resistencias del organismo frente a una estimulación estresante conduce a una lógica bancarrota fisiológica y con ello sobreviene la fase de agotamiento, en la que el individuo puede sucumbir ante la demanda, pues se consumen totalmente las capacidades de adaptación, quedando el individuo en riesgo de sufrir un trastorno de salud. Así el estrés es la fase intermedia entre la acción del agente estresante por una parte y el estadio último de todo el proceso, que es la enfermedad por estrés, según se puede ver en el siguiente esquema:



Además de las alteraciones ya mencionadas, el trabajo nocturno tiene algunas consecuencias agregadas; ésto fue corroborado por Budnick, Lerman y Nicolick (1995) de Nueva Jersey, quienes estudiaron los efectos nocivos de la luz artificial a diferentes unidades lux, concluyendo que los altos niveles de luz artificial provocan alteración en los niveles de melanina en orina en trabajadores de turnos rotativos.

4. ALTERACIONES PSICOLOGICAS

La dimensión psíquica puede ser definida en términos de niveles de conflictos en el seno de la representación consciente o inconsciente de las relaciones entre la persona (ego) y la situación (en este caso la organización del trabajo). Pero es también el nivel en el que la fatiga, el sufrimiento, y la falta de sueño provocada por la distribución de los períodos de trabajo cognitivo pueden determinar alteraciones afectivas. Wisner (1987)

La dimensión cognitiva no debe ser despreciada ya que, en realidad, puede ser predominante aun cuando en ocasiones este oculta: por ejemplo cuando el personal se ve expuesto a una rápida rotación ya sea de turno o de puesto, puede provocar una actitud agresiva de los trabajadores. Esto conduce a pensar en un cierto grado de sufrimiento mental, producto de una elevada carga mental que puede ser observada en situaciones complejas donde interactúan numerosas tareas, como el trabajo de enfermería, y que una elevada obligación puede provenir de la desproporción entre las exigencias del trabajo y el personal disponible. Wisner (1987), Nogareda (1990)

En cuanto al contenido cognitivo de la tarea en si, el principal aspecto es la toma de decisiones, sobre todo cuando se sobrecarga al cerebro y lo único que esta en posibilidades de realizar es una adopción de las decisiones. Sin embargo la toma de decisiones no es el único componente de la actividad cognitiva. También hay que considerar las dificultades perceptivas por problemas de iluminación, o por características visuales de la tarea, así como las cuestiones de identificación y de reconocimiento. En el caso de las capacidades de memorización, éstas son bajas en los individuos cansados y en particular en los que les falta el sueño, como es el caso de los trabajadores nocturnos. El problema se acentúa cuando se hace un esfuerzo cognitivo intenso en el período que precede al período de reposo nocturno y se manifiesta en el individuo por un deterioro en la eficacia del proceso de información.

Una actividad con exigencias cognitivas importantes aunadas a una carga mental y condiciones laborales inadecuadas desencadena diversos trastornos psíquicos, dentro de estos se encuentra la fatiga, neurosis, angustia, ansiedad, depresión y tensión nerviosa (estrés), mismos que se detallan a continuación:

FATIGA

Como se mencionó anteriormente, desde el punto de vista fisiológico el hipotálamo es la glándula reguladora de la producción de energía y de la sensación de fatiga, sin embargo, en el estado psíquico de fatiga excesiva engendrada por el trabajo nocturno en cualquier modalidad se produce una morbilidad nerviosa que se observa en tres fases de evolución. En su fase inicial se manifiesta en estados de nerviosismo con irritabilidad, impaciencia e irascibilidad, o por el contrario el sujeto presenta un estado de abatimiento y de aceptación pasiva a cuanto ocurre en torno a él, esta fase va acompañada de síntomas menos evidentes como:

- Disminución de la capacidad de trabajo, por la lentitud de comprensión, al igual que la baja concentración mental y memoria.
- Sensación general de cansancio , alteraciones del sueño y ritmos lentos de trabajo.

La segunda fase es de febrilidad, en esta fase, además de que los síntomas existentes persisten y se agravan, también se observa:

- Duda respecto a si mismo y a las propias posibilidades
- Estado de actividad excesiva, debido a la necesidad de demostrarse a si mismo que es capaz de hacer las cosas como antes, sin embargo, los resultados de esta actividad son desalentadores
- Aumenta el estado de fatiga, es evidente el insomnio y la falta de reposo

- Aparecen alteraciones de la sexualidad (impotencia o frigidez)
- Carácter irritable
- Aparecen tics
- A veces en esta fase surgen enfermedades de tipo psicossomático, como gastritis, úlceras gástricas, hipertensión arterial y problemas coronarios.

La tercera fase es de apatía, fase denominada también como surmenaje, aparece además desgaste y agotamiento, y se advierte:

- Desinterés por lo que rodea al individuo
- A veces el sujeto tiene graves problemas de salud
- Probable infarto de miocardio
- Pérdida de gusto por la actividad. Petrescu (1980), Tov (1995)

NEUROSIS

La "neurosis" que genera el trabajo nocturno pertenece al grupo de las pseudo neurosis o neurosis de situación, denominación que indica claramente que resultan de las condiciones de trabajo, en este caso en particular del trabajo nocturno, especialmente en los trabajadores a los que se les exige un esfuerzo mental intenso y a la vez prolongado, y no de un conflicto endógeno preexistente, aunque su expresión pueda ser modificada por algunos rasgos de personalidad. Clínicamente no se diferencia de las otras neurosis de origen profesional y presenta los tres síntomas habituales: astenia sobre todo por las mañanas, insomnio acompañado de una somnolencia posterior y trastornos del carácter de tipo agresivo o depresivo. Su evolución es variable: puede manifestarse en los primeros meses de trabajo nocturno y atenuarse por hábito, en este caso basta el traslado del trabajador a un puesto diurno, lo que será suficiente para hacerla desaparecer, o bien puede hacerse presente tardíamente, después de 10 o 20 años de trabajo nocturno y está vinculada de alguna manera con los efectos de envejecimiento, en este caso un cambio de empleo es indispensable aun cuando no garantiza el restablecimiento. Carpentier (1977)

También pueden presentarse algunas características referentes a la neurosis como: cefaleas, percepción de zumbidos y silbidos, pensamientos obsesivos en relación al trabajo, fragmentos de discursos estereotipados, y alteraciones del sueño y del carácter. Cabe aclarar que los síntomas antes citados han aparecido en situaciones de trabajo que requerían un elevado esfuerzo mental, con variaciones en las manifestaciones ligadas de manera específica con las exigencias particulares de la tarea por períodos prolongados de tiempo.

ANGUSTIA

La angustia juega un papel importante en la aparición de la neurosis, cabe aclarar que aun cuando la angustia puede ser confundida con el miedo, éstos difieren en que el miedo es una reacción proporcional al peligro que se debe encarar, mientras la angustia es una reacción desproporcional al peligro o inclusive una reacción ante riesgos imaginarios.

Algunos sujetos neuróticos se perciben angustiados, manifestándose este síntoma como ansiedad difusa bajo la forma de accesos ansiosos; no obstante hay neuróticos que solo se percatan de que sufren depresiones, sentimientos de incapacidad, trastornos de la vida sexual y otras perturbaciones semejantes, pero no se perciben angustiados, aun cuando se les este analizando y se encuentren en lo profundo sumamente angustiados, sobre todo cuando tienen a su cargo un trabajo descalificado, Horney (1989). Es decir una falta de apreciación de su labor durante un período determinado, que

con frecuencia incluye juicio valorativo acerca de su personalidad, su adaptación al trabajo, su ajuste con los compañeros, su capacidad de crecimiento, etc.

La ansiedad existe también de manera importante en la actividad de la mayoría de trabajadores y en particular entre operarios de proceso continuo. Considerando que la ansiedad tiene un valor adaptativo, y que constituye de alguna manera una preparación psicológica frente a la amenaza y orienta el esfuerzo del sujeto para detenerla gracias a la atención y a la prudencia, es por lo tanto la principal cuestión alrededor de la cual se estructura todo lo que se refiere al sufrimiento psíquico de los trabajadores. Las situaciones de trabajo psíquicamente más peligrosas son las que combinan una fuerte carga de trabajo con una elevada carga de angustia. Daniellow (1986), Fontana (1992)

Otro factor importante que genera ansiedad es la ignorancia frente a los riesgos reales en que se encuentra el trabajador, la ansiedad se extiende a nivel psicológico a todo lo que en el riesgo no es controlado mentalmente por la prevención colectiva, y aun cuando se ha considerado a la ansiedad como productiva no justifica las alteraciones a la salud, ya sea a nivel físico o psíquico. Daniellow (1986), Fontana (1992)

DEPRESION

En cuanto a la depresión también se le ha considerado de origen fisiológico, en virtud de que en un sujeto deprimido común se observa un sueño desorganizado y en el cual se ha alterado la proporción entre sueño profundo y sueño paradójico; al mismo tiempo la desorganización dentro de este último tipo de sueño aunado al exceso de las secreciones del hipotálamo y adrenocorticoides, Carpentier (1977), se puede dar una combinación de depresión con la sintomatología de la neurosis, presentando el sujeto características como tristeza, desesperanza, con una especie de dolor moral que le hace ver gris todo en la vida, inseguro de sí mismo, y sintiendo el futuro sombrío. En casos muy graves a esta tristeza se llama melancolía, y el sujeto que padece este trastorno suele estar sumamente afectado y puede presentar deseos de dejar de vivir. Carpentier (1977), Pérez (1990)

Además la depresión puede estar mezclada con las condiciones laborales y las exigencias del puesto, ya que se observó en trabajadoras telefonistas una tasa elevada de ausentismo ligada principalmente a un síndrome depresivo, cuando el trabajo implicaba situaciones de contacto con el público. Daniellow (1986), Fontana (1992)

ESTRÉS

Una fuerte carga cognitiva desencadena tensión nerviosa comúnmente llamada estrés, que a través de un conjunto de signos y síntomas como tensión nerviosa y muscular, ansiedad, latidos más rápidos del corazón, etc., ponen en riesgo la salud y el bienestar de quien lo sufre. Lamentablemente este estrés es con frecuencia desencadenado por el trabajo moderno, tecnificado, automatizado y deshumanizado, deteriorando el estado de ánimo de los trabajadores y, por esta vía, la salud física de los mismos. Otra causa de estrés en el trabajo es el impedimento de la autorrealización a través del trabajo mismo, evitándole al trabajador la sensación gratificante que genera ver una obra terminada. Existen actividades más estresantes aun cuando se trata de un trabajo con mayor intercambio de relaciones personales, como son los servicios de salud, donde los empleados tienen contacto directo para atender a personas que sufren. Pérez (1990)

No obstante, todo trabajo desencadena estrés. En primer lugar están los estresores profesionales generales, es decir los factores que en gran parte se sitúan fuera de la labor inmediata y de las responsabilidades individuales, pero que influyen significativamente en la manera como se lleva a cabo; tales son los casos donde existen problemas organizativos, escasez de personal que respalde la

tarea, horas extras, trabajo sin contactos sociales, bajos salarios, promociones escasas, procedimientos innecesarios, incertidumbre e inseguridad por cambios frecuentes en la política de la empresa. En segundo lugar están los relacionados con el puesto de trabajo, como son especificaciones confusas con respecto a las funciones a desempeñar, conflicto de funciones, expectativas personales elevadas e irrealizables, incapacidad para influir en la toma de decisiones, desacuerdos frecuentes con los superiores, falta de apoyo de los colegas, trabajo excesivo, presiones de tiempo, trabajo rutinario, comunicación deficiente, liderazgo inadecuado, conflictos con los colegas e incapacidad para terminar una tarea. Además de los estresores generales y específicos relacionados con el trabajo mismo, existen estresores que surgen de las tareas cotidianas incluidas dentro del trabajo como el entrenamiento insuficiente, la falta de motivación, la responsabilidad de la tarea, y la falta de ayuda para actuar con eficiencia. Crawford (1993), Clerc (1991)

Todo estos factores influyen de manera importante para que el trabajador se estrese y presente consecuencias psicológicas que variarán de un individuo a otro, como a continuación se indica:

EFFECTOS COGNOSCITIVOS DEL ESTRES EXCESIVO

- Decremento del periodo de la concentración y la atención
- Aumento de las distracciones
- Deterioro de la memoria a corto y a largo plazo
- Velocidad de respuesta impredecible
- Aumento de la frecuencia de errores
- Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo
- Aumento de las ensoñaciones y de los trastornos del pensamiento

EFFECTOS EMOCIONALES DEL ESTRES EXCESIVO

- Aumento de la tensión física y psicológica
- Aumento de la hipocondría
- Cambios en los rasgos de personalidad
- Acentuación de problemas de personalidad ya existentes
- Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales
- Depresión e impotencia
- Pérdida repentina de la autoestima
- Puede haber amenazas de suicidio

EFFECTOS CONDUCTUALES GENERALES DEL ESTRES EXCESIVO

- Aumento de los problemas del habla
- Disminución de los intereses y el entusiasmo
- Aumento del ausentismo
- Aumento del consumo de drogas
- Descenso de los niveles de energía
- Alteración de los patrones del sueño
- Aumento del cinismo acerca de los colegas y personas que tenga cerca
- Rechazo a la nueva información
- Delegación de las responsabilidades en los demás
- Los problemas se resuelven a un nivel cada vez mas superficial
- Patrones de conducta excéntricos

Como ya se mencionó, la frecuencia de estos efectos adversos variará de un individuo a otro. Muy pocas personas, aun extremadamente estresadas, mostrarán todos. El grado de gravedad también variará de persona a persona. Clawford (1993)

Renate Cervinka indagó, con trabajadores de una planta manufacturera de cemento en Australia, la alteración que causa el estrés de acuerdo al tiempo y la frecuencia en que estuvieron expuestos los trabajadores del turno nocturno. Los resultados muestran que existe una importante relación entre la duración y la frecuencia del turno nocturno con el estrés psicosocial, ya que los trabajadores que estuvieron expuestos con mas frecuencia a ambos factores presentaron problemas musculoesqueleticos, cardiovasculares y gastrointestinales de cierta severidad. Cervinka (1993)

5. ALTERACIONES PSICOSOMATICAS

Comúnmente se han abordado los efectos sobre la salud física de los turnos nocturnos y los efectos sobre su vida familiar y social, no obstante, los estudios han sido menos frecuentes en lo relativo a las alteraciones psicológicas y menos aun sobre las alteraciones psicosomáticas, a pesar de que médicos especialistas han concluido que la enfermedad orgánica puede provenir, al menos en parte, de conflictos emocionales crónicos. Diez (1976)

Por una parte al momento de perturbarse los ritmos biológicos normales se manifiestan en alteraciones nerviosas que posteriormente desencadenan problemas digestivos y circulatorios, mismos que se han sido consideradas a menudo como trastornos sintomáticos de estrés y fatiga sobretodo en personal de dirección.

Broadly citado en Sutker (1993) define la somatización, como la presencia de síntomas físicos en ausencia de patología orgánica, o la amplificación de sensaciones corporales acompañadas de condiciones físicas mas allá de las cuales pueden ser explicadas por la fisiología; asimismo para Barsky, et al citado en Sutker (1993), la somatización ha sido definida como una expresión corporal o somática de aflicción psíquica. En otros términos, pacientes quienes se quejan de los problemas de la vida diaria frecuentemente los enfocan a sensaciones corporales y buscan curación médica para su aflicción emocional.

Los desordenes de somatización ocurren frecuentemente como reacciones adaptativas que involucran nuevas circunstancias como cambio de vida, cambios que comúnmente provocan desordenes de adaptación, como divorcio o separación, cambio especial de trabajo y domicilio, etc. Asimismo la somatización frecuentemente es asociada con problemas maritales, pobre historia laboral, disfunción social, adolescencia delincuente, problemas de alcohol y sociopatías en relativo primer grado. Sutker (1993), Gelder (1994)

Otros factores que intervienen en desordenes somáticos, ya que influyen de manera importante debido a los procesos bioquímicos que autorregulan al organismo en el momento en que el individuo percibe su entorno, son: duración de la jornada, condiciones físicas medioambientales y organización del trabajo, tensión, relaciones con los compañeros e incluso tiempo y condiciones de transporte. De la Fuente (1978). Weich (1996)

Por otro lado, hay razones de peso para pensar que el trabajo nocturno, sobre todo en su modalidad irregular y con doble jornada, puede tener efectos adversos para la salud integral, aun cuando la extensión y gravedad sigue siendo una controversia, en virtud de que los efectos no son idénticos para todos los trabajadores, algunos son severamente afectados, otros moderadamente y algunos solo levemente. Por un lado perturba los ritmos biológicos normales, manifestándose en trastornos del aparato digestivo, fatiga, irritabilidad, trastornos nerviosos, perturbación del sueño, que a su vez provoca intranquilidad y acentúa la fatiga. Diez (1973)

Ahora bien, la somatización ha sido íntimamente relacionada con el estrés, mismo que se define como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de las personas para llevarlas a cabo cuando son importantes las consecuencias del fracaso, La Dou (1993) El estrés prevalece en las alteraciones psicosomáticas, como ya se abordó anteriormente, e influye en dos niveles, el fisiológico y el psicológico. Cuando ambos aspectos se ven dañados por el estrés excesivo se llega a trastornar el equilibrio homeostático, la agresión puede ser puramente física, como por ejemplo en el caso de diferentes estímulos nociceptivos (temperatura, ruido) o en agentes traumáticos, infecciosos o tóxicos, pero también puede concernir a niveles mas elevados de integración sensorial y cognitiva, la perturbación concierne entonces al sistema de relación del sujeto con su entorno,

Gelder (1994). Cuando el ambiente laboral se torna inseguro, ruidoso, con poca ventilación e iluminación y con hacinamiento, aunado a las demandas del puesto, sobre todo cuando demanda habilidades extras del sujeto o bien cuando la labor es extenuante. Pérez (1990), Amir (1997)

Las alteraciones a la salud por estrés suelen presentarse bajo dos formas: enfermedades psicofisiológicas, en las que únicamente existe un daño de la función del órgano, y a su vez pueden ser psíquicas o emocionales y somáticas, o bien las psicoórganicas o estructurales, en los que la lesión ya es orgánica. Pérez (1990)

El daño va a depender del tipo de estrés al que se enfrente el trabajador, es decir al estrés agudo o estrés crónico. El mencionado en primer orden es debido a una agresión inesperada, súbita, violenta pero breve en los estímulos del ambiente, aun cuando es de corta duración a veces originará enfermedades diversas. Pérez (1990)

En cuanto al estrés crónico, es el que persiste por un tiempo prolongado, o es el que resulta de la repetición durante meses e incluso años de pequeños o de grandes episodios aislados de estrés. Pérez (1990)

El sujeto puede presentar diversos síntomas referidos a alguna parte corporal o sistema orgánico, y esos síntomas pueden indicar algún tipo de somatización. Las primeras reacciones somáticas son aquellas de impulso anatómico, tales como taquicardia, incremento en la tensión muscular y boca seca; sin embargo, el dolor es la queja mas común de somatización, especialmente dolor de espalda, cuello, cabeza, pelvis, abdomen, dolores difusos musculares, quejas de fatiga, disneas y palpitaciones, aun cuando la presentación de los síntomas puede ser vaga. También se presentan digestión pesada y fatiga, hasta generar la aparición de enfermedades mas estructuradas de tipo psicofisiológico o bien de tipo psicoórganico como: ulcera gástrica o duodenal, colitis nerviosa, infarto del corazón, el accidente vascular cerebral o trombosis cerebral (conocido popularmente como embolia), hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de colon, impotencia sexual. Sutker (1993), Gelder (1994)

Amir y colaboradores indagaron en 2 muestras, una con síndrome de fibromialgia y otra sin síndrome, la prevalencia de estrés relacionada con calidad de vida, funciones físicas, sintomatología de estrés postraumático y rasgos psiquiátricos. Los resultados mostraron que la prevalencia del síndrome fue mayor en el grupo control. Los sujetos del grupo con síntomas de estrés postraumático y síndrome reportaron mas dolor, menor calidad de vida, alto daño funcional y sufrieron mas distres psicológico que pacientes con estrés postraumático sin síndrome, Levi (1997). Cabe aclarar, que cuando las respuestas han resultado insuficientes o exageradas en relación con la demanda ya sea en el plano biológico, físico o psicológico, y no se consume la energía mencionada se produce el distres que por su permanencia (cronicidad) o por su intensidad (respuesta aguda) produce el síndrome general de adaptación hasta llegar a la enfermedad de adaptación o enfermedad psicósomática por distres, el sistema deberá pasar por las fases de alarma, resistencia y agotamiento. La Dow (1993)

En cuanto a la relación que tiene el trabajo nocturno con lo antes mencionado, Motoashi y Takamo, investigaron las alteraciones consecuentes con los hábitos irregulares de sueño y concluyeron que los sujetos psicósomatizaron dando síntomas como disturbios del sueño, fatiga, alteraciones digestivas y depresión. Suzuki (1997)

En adición a los múltiples síntomas somáticos, también presentan una diversidad de síntomas psicológicos y psicosociales, tales como depresión, ansiedad, angustia, desgano, inquietud, baja concentración e irritabilidad, rasgos prominentes en somatizadores con mayor número de respuestas por impulso emocional que por cognición, para más tarde desencadenar neurosis de angustia y

neurosis depresiva. En cuanto a los síntomas psicosociales, se pueden definir como la interacción entre los individuos y su medio ambiente de trabajo, se determina por una parte por sus condiciones de trabajo y por otra parte por sus capacidades y necesidades humanas. La Dow (1993). Los factores primordiales de esta interacción son la propia tarea el medio ambiente físico y de trabajo, las prácticas administrativas y las condiciones de empleo en general. (buscar bibliografía) Las alteraciones psicosociales de los somatizadores aparecen con rasgos de inconsistencia, falta de confianza y sin apoyo emocional del ambiente familiar, sus relaciones interpersonales suelen ser superficiales y caóticas. Sutker (1993), Gelder (1994)

El psicoanálisis ve la somatización como una forma de comunicación simbólica, en la que van inmersos mecanismo de defensa y conflictos no resueltos. Para Kellner citado en Sutker, los síntomas son similares a los del desorden de conversión y considera la somatización como un proceso, por el cual el cuerpo traduce estrés mental dentro de expresiones psicológicas y compromete un órgano de valor simbólico. Para Steckel citado en Sutker (1993), el proceso de somatización representa además de primitivos mecanismos de defensa, deseos negativos y represión, como un intento de resolver el conflicto.

Somatizar refleja una neurosis, que al ser evaluada psicológicamente en un individuo presenta altas puntuaciones de la misma, con una gama de preocupaciones y quejas en relación a su salud, manifestando además bajo conocimiento de si mismo, vulnerabilidad al estrés, baja autoestima, ansiedad y depresión, aun cuando no existe una asociación confirmada. Shipko ha reportado una relación positiva entre somatización e individuos evaluados con alexitimia, quienes tienen dificultad para expresar afecto, sus fantasías tienden a ser carentes de sentimientos y emociones y su pensamiento esta caracterizado por operaciones concretas antes que operaciones abstractas. Sutker (1993)

Existen neurosis con mayor o menor capacidad para crear molestias corporales y según sea tal perturbación psicopatológica imprime una característica en la enfermedad orgánica. No existe enfermedad psicósomática sin neurosis que la posibilite y respalde. De la fuente (1978)

El sujeto esta convencido de sufrir una enfermedad física localizada, que le defiende de sufrir alguna enfermedad mental y además le evita mostrar su intimidad emocional, para lo cual crea una ligera alteración de función, síntoma que le será mas gratificante y en donde concentra toda su ansiedad que el verse evidenciado por sus alteraciones psicológicas. De la Fuente (1978)

El problema del enfermo gravita en su temor e incapacidad de establecer una relación algo profunda consigo mismo y por tanto con los demás, se diagnostica su propia enfermedad y se elige en su especialista, es necesario poner especial atención en no confundir la sintomatología del melancólico, en donde el paciente se siente profundamente triste, adinámico, culpable, con dificultad en la producción y coordinación de sus ideas, mientras que los enfermos somatizados manifiestan una riqueza de signología somática no habitual en la melancolía, hasta llegar a dibujar una ley clínica general del establecimiento de un fenómeno. "Entre mayor riqueza psicológica menor somatización" De la Fuente (1978), es decir personas que gocen de buena salud, donde su inconsciente sea controlado por la mente activa y consciente y el único momento en que quede libre sea durante el sueño, asimismo vivan una armonía psico-física que se obtiene en forma positiva (libre, confiada en sus propias capacidades y aptitudes, con actividad creadora).

Cabe aclarar que el signo orgánico tiene la función de elemento-esponja, observándose que a mayor definición de éste menos fenómenos psíquicos se presentan, siendo en ocasiones el síntoma orgánico el único eslabón de enlace entre dos brotes depresivos. Algunos enfermos han tenido en su historia antecedentes de padecimientos somáticos que desaparecen para instaurarse en un cuadro depresivo,

para más tarde volver a presentar síntomas orgánicos que toman a ocultarse con la reaparición del nuevo brote depresivo. De la fuente (1978)

La somatización viene a representar un mecanismo de defensa que se da a través de varios estilos. Algunos enfermos pasarán cortas temporadas sanos, sociables, tranquilos, para más tarde presentar algún padecimiento inexplicable, otros pueden interrumpir su estado depresivo cada días o tres meses para instaurar una afección posterior sin causa explicativa. En otros casos semejantes ocurre que si bien no desaparece la depresión si se oculta el sentimiento de culpa, coincidiendo con una disminución en el rendimiento laboral. De la Fuente (1978), Weich (1996)

Los desordenes orgánicos se explican desde el momento en que aparece la neurosis, misma que está siempre relacionada con la frustración, y ésta a su vez con la agresividad, y que va a presentarse de diferente manera de acuerdo a los factores variables que pueden intervenir en su elaboración. Las manifestaciones agresivas van a estar determinadas por patrones sociales preestablecidos y usados por la mayoría de los individuos de una especial entidad social y cultural, asimismo dichas manifestaciones pueden obedecer a distintos niveles de activación emocional. Surker (1993), Quiroz, (1956)

Cabe aclarar que la agresividad no se presenta de la misma forma en todas las personas, pues se considera que entre menor sea la capacidad intelectual del individuo presenta su agresividad en forma mas impulsiva y ostensible, de igual forma entre mayor es su capacidad intelectual el sujeto va refinando sus manifestaciones agresivas y tratando de disfrazarlas mediante simbolismos tendientes a la desaparición del objeto frustrante o la prevención del mismo, como es el caso de la ironía, misma que a través de una burla o una mirada irónica manifiesta una profunda agresividad innegable. Quiroz (1956)

Otro tipo de manifestaciones agresivas es la llamada inhibición por efecto del castigo, en la cual al ser inhibida, la agresividad se desplaza en dirección de un objeto a otro, o bien si la prevención es específica para un tipo de conducta determinada, se presenta un tipo de conducta diferente o substitutiva. De esta manera es posible que ocurran una gran variedad de formas en que la agresividad indirecta pueda ser manifestada, cuando las formas directas son inhibidas. Quiroz (1956)

Es innegable el hecho de que mediante tales mecanismos en un momento determinado el sujeto puede ser capaz de volver la agresividad contra si mismo, considerando que la inhibición de cualquier acto de agresividad es a su vez una frustración que aumenta la agresividad. Quiroz (1956)

Todos estos cambios bioquímicos son percibidos por el individuo como sensaciones y éstas son desencadenadas por las emociones.

Siendo la emoción un hecho, una constelación fenoménica y procesal que constituye a la vez una manifestación externa y un comportamiento, una expresión y una experiencia interna, una manera de estar afectado, un estado afectivo difícil de captar y que varia de un individuo a otro, entonces los estímulos emocionales crónicos pueden causar en los individuos predispuestos un trastorno funcional y mas tarde una enfermedad orgánica, misma que no es otra cosa que el organismo que se ve obligado a movilizar sus fuerzas de defensa para hacer frente a una situación de peligro, considerando además que los estímulos emocionales pueden producir las mismas alteraciones funcionales y orgánicas, comprobables biológicamente, que provocan las estimulaciones crónicas de origen infeccioso, traumático o tóxico. Diez (1973)

Dado que el trabajo nocturno desencadena diversas alteraciones emocionales, dichas alteraciones se revierten en problemas psicosomáticos que es necesario diagnosticar, la diversidad de manifestaciones clínicas de somatizadores sugieren una etiología multifactorial. Estudios recientes han demostrado la exitosa utilidad de un total de requerimientos de síntomas sin restricción, con el objeto de detener la somatización en un nivel bajo Sutker (1993)

Los criterios mas comunes para el diagnóstico de desordenes de somatización están indicados en la siguiente lista, los primeros 15 reactivos son considerados significativos:

Síntomas gastrointestinales

- 1.- vomito
- 2.- dolor abdominal (independiente al de período menstrual)
- 3.- nausea
- 4.- inflamación de abdomen (gases)
- 5.- diarrea
- 6.- intolerancia a diferentes comidas

Síntomas de dolor

- 7.- dolor en extremidades
- 8.- dolor de espalda
- 9.- dolor de articulación
- 10.- dolor durante el orinar
- 11.- otros dolores (excluida la cefalea)

Síntomas cardiopulmonares

- 12.- falta de aliento al hacer esfuerzo
- 13.- palpitaciones
- 14.- dolor de pecho
- 15.- mareo y vértigo

Síntomas de conversión o pseudoneurológicos

- 16.- amnesia
- 17.- dificultad de deglutir
- 18.- perdida de voz
- 19.- sordera
- 20.- doble visión
- 21.- visión borrosa
- 22.- ceguera
- 23.- debilidad o perdida de conciencia
- 24.- ataque o convulsión
- 25.- molestia al caminar
- 26.- parálisis o debilidad muscular
- 27.- retención urinaria o dificultad de orinar

Síntomas sexuales

- 28.- sensación de inflamación en órganos sexuales o recto (otros que sean durante el coito)
- 29.- indiferencia sexual
- 30.- dolor durante el coito
- 31.- impotencia

Síntomas reproductivos femeninos

- 32.- dolor menstrual
- 33.- período menstrual irregular
- 34.- sangrado menstrual excesivo
- 35.- vómitos fuera del embarazo. Sutker (1993)

Los seis grupos de manifestaciones pueden ser usadas de pantalla para los desordenes. La presencia de dos o mas grupos de dichas manifestaciones sugiere una alta probabilidad del desorden. Cabe aclarar, que una historia de muchas quejas físicas o una creencia de estar enfermo generalmente comienza entre los 30 años de edad, persistiendo por varios años. Sutker (1993)

6. ALTERACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

La influencia negativa del trabajo nocturno en la vida familiar afecta a todos los miembros de ésta. Un estudio elaborado por Chazalotte (1973) citado en Carpentier (1977), indica que quienes trabajan de noche en forma alternada atribuyen más importancia a una vida familiar satisfactoria, porque es un factor de equilibrio cuando en ella encuentran relajamiento y sosiego, y no tensiones y enfrentamientos.

Las consecuencias del trabajo nocturno en cualquier modalidad parece afectar el aspecto práctico de la organización de la vida hogareña cotidiana y la vida del grupo familiar como tal, incluida las relaciones entre sus miembros.

La vida hogareña cotidiana se ve desorganizada por las diferencias entre los horarios del trabajador y su familia. Una persona que trabaja de noche en forma fija o alternada se ve obligada a lo siguiente:

- a) a someterse a las costumbres de su familia, interrumpiendo incluso su sueño diurno para almorzar
- b) o bien, a someter a su familia a su propio horario, lo que a veces es factible cuando es poco numerosa, y en especial cuando su pareja no trabaja fuera del hogar
- c) o bien, a seguir un ritmo parcialmente independiente de su familia. Carpentier (1977)

En cualquiera de estos casos se presentan dificultades en la preparación y organización de las comidas, en los quehaceres domésticos y en el cuidado de los niños, dificultades que varían según los turnos de trabajo cuando son alternados.

Se ha podido observar que es más frecuente que los trabajadores de turnos alternados realicen ciertas tareas en el hogar y en particular que ayuden a su pareja, hecho que se explica por la circunstancia de que pasan con ella una mayor parte de su tiempo libre cuando esta no trabaja fuera de su domicilio.

La actividad de los otros miembros de la familia dificultan el sueño diurno del trabajador, y la necesidad de respetar su reposo es sentida a menudo por aquellos como una restricción de su libertad. Como es natural las dificultades para descansar crecen con el número de niños.

La desincronización de las actividades con los ritmos de vida, los continuos cambios que produce la alternancia de los horarios, y los trastornos de la vida familiar que se deben al trabajo nocturno, no afectan únicamente al personal nocturno, sino al de todos los turnos, si bien de manera diferente. Al limitar el tiempo durante el cual todos los miembros de la familia están presentes simultáneamente en el hogar y modificar de continuo las horas en que ésta presencia común se produce se limita la convivencia y la comunicación familiar, sobre todo en los turnos alternados, ante lo cual pareciera ser que la única ventaja es la remuneración económica adicional. Carpentier (1977)

Otro aspecto importante, sobre todo para las mujeres trabajadoras, es que llevan a cabo dobles jornadas, por la labores domésticas y el cuidado de los niños, aunado a las dificultades conyugales que les crea con la pareja el trabajo nocturno, al no cumplir con los papeles materno y conyugales en todos los aspectos. La familia ejerce una influencia decisiva, aunque no explicada hasta ahora, sobre la capacidad psíquica para soportar las consecuencias psicosociales de las diversas modalidades del trabajo nocturno. Al alternarse dichos papeles la vida familiar se ve afectada, pero también la personalidad puede verse modificada. No obstante, cuando el ambiente familiar es agradable el trabajador se ve beneficiado psíquicamente. Carpentier (1977)

Con relación a la vida social del trabajador nocturno, diversas investigaciones citadas más adelante informan que es idéntica a la del trabajador diurno en lo concerniente a las relaciones con sus amistades, aun cuando los contactos de este tipo son menos regulares. En realidad, no se ha encontrado una diferencia significativa entre quienes trabajan de noche alternadamente y quienes lo hacen siempre de día por lo que toca a la frecuencia con que se reúnen con amistades, pero los primeros tienen menos amigos, y este círculo más restringido de relaciones prueba que tropiezan con dificultades para hacerse de nuevas amistades. Claro está que los contactos sociales se facilitan grandemente cuando no se trabaja el domingo, que puede entonces dedicarse a la familia y los amigos y pasar a ser el día especialmente reservado a los encuentros sociales.

Por regla general, el trabajo nocturno parece ocasionar menos problemas cuando se justifica técnicamente y cuando mayor es la proporción de las personas que lo practican, porque la especie de ruptura que provoca el hecho de no seguir el ritmo general no se produce.

Las actividades colectivas del trabajador (deportivas, sindicales, políticas, culturales y otras análogas) son las más perjudicadas por lo horarios nocturnos, que le impiden participar en ellas con regularidad; por este motivo a veces se lo excluye, y otras es él mismo quien decide abandonarlas. Participar regularmente le será tanto más difícil cuanto más frecuentes sean las actividades colectivas, de modo que su naturaleza tiene importancia; los entrenamientos deportivos o las labores de un consejo municipal, por ejemplo, requieren una participación más frecuente que la que exige la afiliación a una asociación local o a un partido político.

Por consiguiente, es difícil que alguien que trabaje de noche ocupe un puesto de dirección o responsabilidad en estas actividades colectivas, difícilmente se le confiará un puesto de confianza en su sindicato, o en actividades culturales, deportivas o políticas, pues siempre encontrará problemas para cumplir con ellas.

Dado que en el trabajo nocturno la jornada no se interrumpe, como ocurre en el trabajo diurno para almorzar, el trabajador puede disponer de una mañana o una tarde libre, circunstancia que generalmente aprecia y que constituye un incentivo poderoso para que se adapte a este modo de trabajo. El tiempo libre se ocupa en diversas actividades, influyendo el tipo de vivienda con que se cuenta, ya que quien habita en una casa puede aprovechar mejor el tiempo que quien vive en un apartamento, y el primero lo apreciará por ende más que el segundo.

En los trabajadores nocturnos se observan más a menudo que en otras categorías de trabajadores comportamientos de evasión, conductas que denotan la búsqueda de un contrapeso a la rutina de todos los días, como si en ellos la necesidad de liberarse de las imposiciones de la vida laboral fuera más intensa. Además, el trabajador nocturno piensa más frecuentemente en su trabajo durante su tiempo libre, ya que las tareas continúan desarrollándose en su fábrica o establecimiento y por ello le es más difícil olvidárselas por completo; también su turno termina a veces mientras una operación está en ejecución, y esto le deja la sensación de que no ha terminado realmente su tarea, por último, la transmisión, tal vez demasiado rápida, de las instrucciones a sus camaradas del turno siguiente y el temor de haber olvidado decirles algo hacen que persistan los pensamientos sobre el trabajo durante el descanso. De ahí su preferencia por los esparcimientos individuales y no sujetos a horario alguno, como la jardinería, la horticultura, la pesca y la lectura, que son poco más o menos lo que también prefieren todos los trabajadores cuyo centro de interés es el hogar y no la comunidad.

Otra actividad de suma importancia durante el tiempo libre es el segundo empleo o segunda actividad remunerada, ésta es una ocupación compleja y se ha estudiado poco. La mayor parte de los autores opinan que el segundo empleo es más frecuente entre los trabajadores nocturnos porque el hecho de disponer de algunas horas libres cada día los induce a realizar esporádica o permanentemente alguna

otra actividad, e incluso ocurre muchas veces que se acepta trabajar de noche precisamente por la posibilidad que ello ofrece de ejercer paralelamente otra ocupación.

Por otra parte Appelber-K, et al. (1996), investigaron los conflictos interpersonales como un predictor de incapacidad laboral, en el análisis de supervivencia se incluyó: estado civil, conflictos maritales, trabajo monótono, trabajo tumultuoso, hostilidad, neurosis, insatisfacción de vida y estrés. Cabe aclarar que el análisis fue ajustado de acuerdo a la edad, condición social y estado general de salud. Se concluyó que las mujeres presentan mayores conflictos maritales; ambos géneros presentaron un alto índice de insatisfacción de vida, mientras que el género masculino tuvo mayor prevalencia en neurosis y estrés en las actividades diarias. Estos datos sugieren que los conflictos interpersonales pueden ser determinantes de incapacidad laboral, indicando la importancia de género y factores maritales.

7. CONDICIONES DE TRABAJO Y TURNO NOCTURNO EN HOSPITALES

Los progresos hechos en salud pública durante las últimas décadas ha llevado a un correspondiente crecimiento en servicios hospitalarios. No obstante los criterios empleados para organizar el trabajo hospitalario deben ser amplios y variados, dadas las condiciones estresantes de trabajo por el número de camas disponibles para los pacientes, aunado a las demandas no solo de la aplicación de las técnicas médicas mas elaboradas, si no por la tendencia de hacer hospitales mas humanos. La combinación de estos requerimientos incrementa considerablemente el trabajo físico y mental de los trabajadores sobre todo por la falta de contratación de mas personal.

Tanto los accidentes como las enfermedades ocupacionales están presentes en los hospitales por los riesgos a los que están expuestos los trabajadores. y aun cuando el Reglamento para la Clasificación de Empresas y Determinación del Grado de Riesgo del Seguro de Riesgos de Trabajo de 1994 los ubica en la clase I, que es la menos riesgosa, el hospital, al igual que la industria, requiere de un servicio eficaz de seguridad e higiene que se dedique a la revisión de practicas de trabajo, ubicar riesgos y ordenarlos para su eliminación, aplicar exámenes médicos periódicos, investigar causas de accidentes laborales, e implementar recorridos rutinarios para identificar dichos riesgos. Parmeggiani (1991)

Los riesgos mas comunes dentro de un hospital son:

- Riesgos físicos:
- Incendios, generalmente originados por intervenciones humanas
 - Accidentes de origen eléctrico, como traumatismos por caídas consecutivas a una electrocución (electricidad estática de los sofisticados aparatos)
 - Explosiones en quirófanos, laboratorios, etc.
 - Radiaciones ionizantes (rayos X, radioterapia, medicina nuclear, etc.)
 - Radiaciones no ionzantes (rayos laser, ultravioleta, etc.)
- Riesgos químicos:
- Medicamentos
 - Antisépticos
 - Formol
 - Oxido de etileno
 - Medicamentos citostáticos
 - Poluciones por gases y vapores anestésicos
- Riesgos Biológicos:
- Gérmenes
 - Parásitos
 - Bacterias
 - Virus
 - Hongos
- Riesgos Psicosociales:
- Desarmonía entre los medios de trabajo y las personas
 - Desarmonía entre personas
 - Estrés laboral
 - Interacción con personas
 - Carga manual e intelectual
 - Rutina
 - Monotonía
 - Sistema de trabajo rápido y preciso
 - Trato con público
 - Posibilidad de agresiones físicas y/o verbales

Cambios de política en la organización
Reajuste de personal
Conflictos sindicales
Descompensaciones salariales
Hostigamiento
Reubicaciones

Riesgos Naturales: Siniestros
Terremotos
Inundaciones, etc. Gayosso (1992)

Además de los riesgos encontrados en trabajo hospitalario, existen también los riesgos específicos de cada profesión. Aun cuando para Virginia Henderson la única función de la enfermera, sea la individual asistencia del enfermo o bien el desempeño de sus actividades contribuyendo a sanar o recuperar su salud o bien ayudarlo a tener una muerte tranquila que el paciente llevaría a cabo solo, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario para hacerlo; la enfermera auxilia a la persona a volverse independiente. La evaluación es parte de la percepción individual del conjunto de personas con necesidades únicas, y no solo una persona con problemas de salud. El paciente es la figura central en el cuidado de la salud y puede estar activamente involucrado en su propio cuidado. Si las prácticas de enfermería son efectivas, la enfermera tendrá la habilidad de hacer que el paciente resuelva sus propios problemas y asuma la responsabilidad de tomar sus propias decisiones. Parmeggiani (1991)

El International Council of Nurses (ICN), en su código de enfermeras expone como ética profesional lo siguiente: "La responsabilidad fundamental de la enfermera es promover la salud, prevenir enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Es inherente en enfermería respetar la vida, digna y propia del hombre, sin restricciones por consideraciones de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, situación política y social. La enfermera provee servicio de salud de manera individual, familiar y comunitaria". Así mismo, de acuerdo a Florence Nightingale, la enfermera realiza detallados reportes médicos del estado de salud de cada paciente Parmeggiani (1991)

Los riesgos ocupacionales en los servicios de enfermería son extensos y variados, ya que la enfermera esta expuesta a numerosos riesgos sobre su salud, tanto físicos como mentales, en el curso de su trabajo. Los riesgos a la salud pueden ocurrir en algún sitio en el cual la enfermera este trabajando y puede tener en algunas ocasiones serias repercusiones en su vida y su salud. Entre los riesgos mas serios están los accidentes ocupacionales en hospitales, infecciones y enfermedades parasitarias, alergias y dermatosis causadas por varios productos químicos usados como medicamentos o como desinfectantes, los efectos nocivos de exposición a rayos X y otras radiaciones ionizantes, la tensión física y psicológica del trabajo en si y el trabajo en unidades psiquiátricas. La frecuencia y gravedad de los accidentes ocupacionales entre las enfermeras son altos, particularmente en hospitales. Parmeggiani (1991)

Un tipo de accidente profesional de atención especial por su severidad, es la explosión causada por electricidad estática y explosiones debidas a gases anestésicos en quirófanos en el momento de estar operando. Otro grupo de accidentes son causados por caídas o resbalones, o por cargar objetos pesados o levantar pacientes. Enfermedades infecciosas contraídas en el curso de la tarea son otros riesgos ocupacionales frecuentes que afectan a las enfermeras. Parmeggiani (1991)

La exposición a radiaciones ionizantes representa uno de los más serios riesgos para la salud del personal de enfermería trabajando en departamentos de rayos X, Parmeggiani (1991). Cabe aclarar que desde el punto de vista etiológico, las enfermedades infecciosas ocupacionales pueden ser comparadas con los accidentes ocupacionales; sin embargo, los datos exactos de infección y circunstancias circundantes existentes usualmente son desconocidos y dependerá del criterio médico legal que se les considere o no enfermedad ocupacional. Parmeggiani (1991)

Además, frecuentemente los riesgos a la salud son desatendidos por el personal de enfermería y sobre todo los vinculados con salud mental. En especial el personal de urgencias está sometido a la exposición constante de situaciones que provocan angustia, una angustia que puede obedecer internamente a una situación conflictiva actual. Las situaciones constantes de angustia sumadas a la fatiga provocan neurosis de carácter más acentuadas o presentes en menor tiempo. La angustia previa fue a su vez resultado de una hostilidad anterior que luego fue reprimida y así sucesivamente, creándose un círculo vicioso, Horney (1989). Otro factor que pudiera afectar a la salud mental es el estrés emocional, el cual acompaña a la enfermera todo el tiempo, pues está atenta al cuidado del enfermo, observa y percibe el sufrimiento físico y a veces mental, afronta la muerte de pacientes que la obligan a pensar en su propia muerte, con frecuencia está sometida a períodos de sobrecarga extrema, causados por situaciones de crisis o urgencia que requieren de actuación inmediata y en ocasiones tiene que realizar procedimientos para los que no cuenta con suficiente preparación y experiencia. Nursing (1994)

Otras fuentes productoras de estrés, es la incapacidad para realizar tareas debido a la falta de experiencia o conocimiento, disponer de información poco clara o insuficiente a la hora de resolver el problema, los conflictos, la acumulación de tareas que conducen a la desmotivación, las relaciones interpersonales difíciles, sin olvidar el estrés que provoca la organización del trabajo, como las políticas institucionales, el papel que juega ella en la institución, períodos vacacionales que no se ajustan a sus necesidades, bajo salario, horarios de trabajo, sobretodo para quienes cubren turno nocturno. Nursing (1994)

Yasukouchi et.al (1995), investigó los efectos del trabajo nocturno en las funciones cognitivas, determinando la existencia de estrés; la muestra se compuso de un grupo de enfermeras y otro de vigilantes, divididos en maduros y jóvenes. Los resultados sugieren que los efectos negativos del trabajo nocturno en las funciones cognitivas son mayores en los trabajadores maduros que en los jóvenes.

Para las enfermeras, los turnos de trabajo nocturno fijo pueden consistir en una serie de alteraciones rápidas, un día de trabajo de 8 horas seguidas de uno o dos días de descanso, o bien dos períodos de tres días y medio cada uno, el primero de trabajo a razón de 8 horas en tres días y de 4 horas el restante y el segundo de descanso, así se disfruta de tres y medio días de reposo semanal. Carpentier (1977)

Aun cuando se ha considerado que la principal actividad de este turno es el de vigilancia y control de los enfermos hospitalizados, los factores que afectan al personal de enfermería son múltiples, ya que sus actividades se incrementan, por un lado muchos pacientes requieren que les sean colocadas tracciones, poleas, pesas, etc.; lo cual exige una serie de manipulaciones y movilizaciones del paciente, que a veces requieren un esfuerzo físico considerable y que a menudo, debido a la restricción del personal, la enfermera realiza sola, estando en constante riesgo de sufrir algias de espalda, problemas musculares o hernias discales, aunado a la falta de descanso y sueño. Nursing (1994)

Por otro lado, tiene actividades poco evidentes a los ojos de los demás, pero igualmente desgastantes, como mantener y promover el sueño del enfermo, que requiere de cuidados especiales, sobretudo en pacientes de recién ingreso; la noche es para el enfermo una circunstancia agravante en la que todo toma proporciones inquietantes, en virtud de que el tiempo no tiene la misma duración subjetiva, la vida de alguna forma se lentifica. la soledad se acentúa, etc. Parmeggiani (1991)

Muchos enfermos que durante el día son personas activas, durante la noche pueden llegar a experimentar grados de ansiedad y temor desproporcionados. Además los pacientes confusos durante la noche pueden llegar a estados de agitación importantes, debidos, según estudios realizados, a la privación sensorial producida por la oscuridad. Parmeggiani (1991)

La seguridad física y psíquica es otra de las necesidades relevantes que debe atender durante la noche, y el objetivo de la enfermera es lograr el entorno más seguro posible para así evitar peligros o lesiones al paciente. Para lograr este objetivo, es necesario prevenir errores o accidentes en la administración de medicación, en la producción de infecciones nosocomiales, en proteger al paciente con ideas suicidas, evitarle caídas de la cama mediante la instauración de barandillas, etc. Parmeggiani (1991)

Durante la noche, deben tenerse en cuenta los cambios en la capacidad funcional, algunos enfermos que durante el día son capaces de autocuidarse, por la noche son incapaces de hacerlo. Factores como la oscuridad hacen que no se sientan seguros de sus movimientos, los efectos de los somníferos y del entorno poco familiar contribuyen a aumentar su dependencia. En este caso, una vez mas, la actuación de la enfermera para prevenir situaciones que pueden producir lesiones, caídas u otro tipo de accidentes es primordial. Parmeggiani (1991)

Lo dicho hasta ahora solo viene a ilustrar que las actividades que desarrollan las enfermeras en el turno nocturno son algo más que pura vigilancia, y precisan de experiencia y habilidades clínicas bien desarrolladas para detectar, valorar y priorizar las necesidades que los enfermos presentan durante la noche y actuar en consecuencia. Parmeggiani (1991)

Otras habilidades que precisan tener son:

- Dotes de planificación y organización, ya que su trabajo no tiene durante la noche el mismo ritmo. Por ejemplo, la actividad intensa suele producirse cuando inician el turno y dura hasta la una o las dos de la madrugada, pero por lo general el período en el que desciende la actividad coincide con aquél en el que los pacientes presentan insomnio y, por tanto, la presencia de la enfermera a la cabecera del enfermo se hace imprescindible. Parmeggiani (1991)

- Capacidad en la resolución rápida de problemas, ya que a menudo deben responder a situaciones impredecibles, sin contar de ordinario con el soporte con que cuentan los turnos de día. Una investigación realizado por Thompson en 1985 indica que el período durante el que con mayor frecuencia los enfermos presentan dolor torácico o infarto de miocardio es durante la noche. Parmeggiani (1991)

Es innegable que a la enfermera que trabaja turno nocturno se le duplica la fatiga, por un lado, se encuentra activa en período de desactivación orgánica y duerme en período de activación, lo que unido a las exigencias excesivas de las facultades perceptivas y mentales, desencadena la llamada "neurosis de situación". La razón es que las dos fases principales de sueño ya aludidas, sueño profundo y sueño paradójico, van acompañadas de la secreción de hormonas anabolizantes y catabolizantes. Carpentier (1977)

Dichas neurosis de situación no indican una personalidad neurótica como tal, al menos cuando han laborado poco tiempo por la noche, mas bien representan una momentánea falta de adaptación respecto a determinadas situaciones difíciles. No obstante, quienes laboran en turno nocturno por un largo período suelen presentar neurosis de carácter, al principio con un cuadro sintomático exactamente igual al de las neurosis situacionales, pero al ser recurrentes por largos períodos se desencadena el trastorno básico originado en una deformación del carácter. Horney (1989), Daniellow (1985)

Dadas todas estas condiciones el efecto del estrés se acentúa afectando su propio estado mental y conductual. Las consecuencias pueden ser serias no solo para la enfermera sino también para los pacientes que están a su cargo. Un estudio realizado en Francia reveló que la tasa de ausentismo debida a desordenes mentales fue completamente aito debido a la frecuencia y duración de la consecuente incapacidad para trabajar Parmeggiani (1991)

Las alteraciones en la salud son considerables y van desde una obesidad secundaria, que no se observa en el personal masculino, hasta problemas mas pronunciados que limitan su actividad laboral.

Totterdell, Spelten y Pokorsk realizaron una investigación en una muestra representativa de enfermeras, acerca de las repercusiones psicológicas del trabajo nocturno durante el ciclo menstrual, concluyendo que efectivamente éstas presentan alteraciones premenstruales y menstruales. Totterdell (1995)

Niedhammer, Lert y Morene (1995), examinaron una muestra de enfermeras francesas durante los años de 1980, 1985 y 1990, quienes laboraban en trabajo nocturno; ellas reportaron ingerir medicamentos hipnóticos y tranquilizantes debido a las alteraciones del sueño, desordenes psicológicos, daños a la salud y fatiga. Los resultados muestran que quienes ingirieron mayores cantidades de los medicamentos fueron las enfermeras que laboraban en turno nocturno fijo.

Por otro lado, las investigaciones realizadas por Suzuki Mi., et al. (1997), con enfermeras japonesas y trabajadores de hospitales en turno nocturno indagaron la relación entre estilo de vida, salud mental y factores psicosociales a través del Cuestionario General de Salud. Los resultados reflejaron diversas alteraciones, como afectación entre la percepción del estado de salud y soporte social; otro aspecto fue la afectación directa e indirectamente por la práctica de vida señalada y soporte social, por último se encontró que el soporte social y el número de turnos nocturnos fueron indirectamente afectados a través de la percepción del estado de salud.

1. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

1.- RAZON SOCIAL

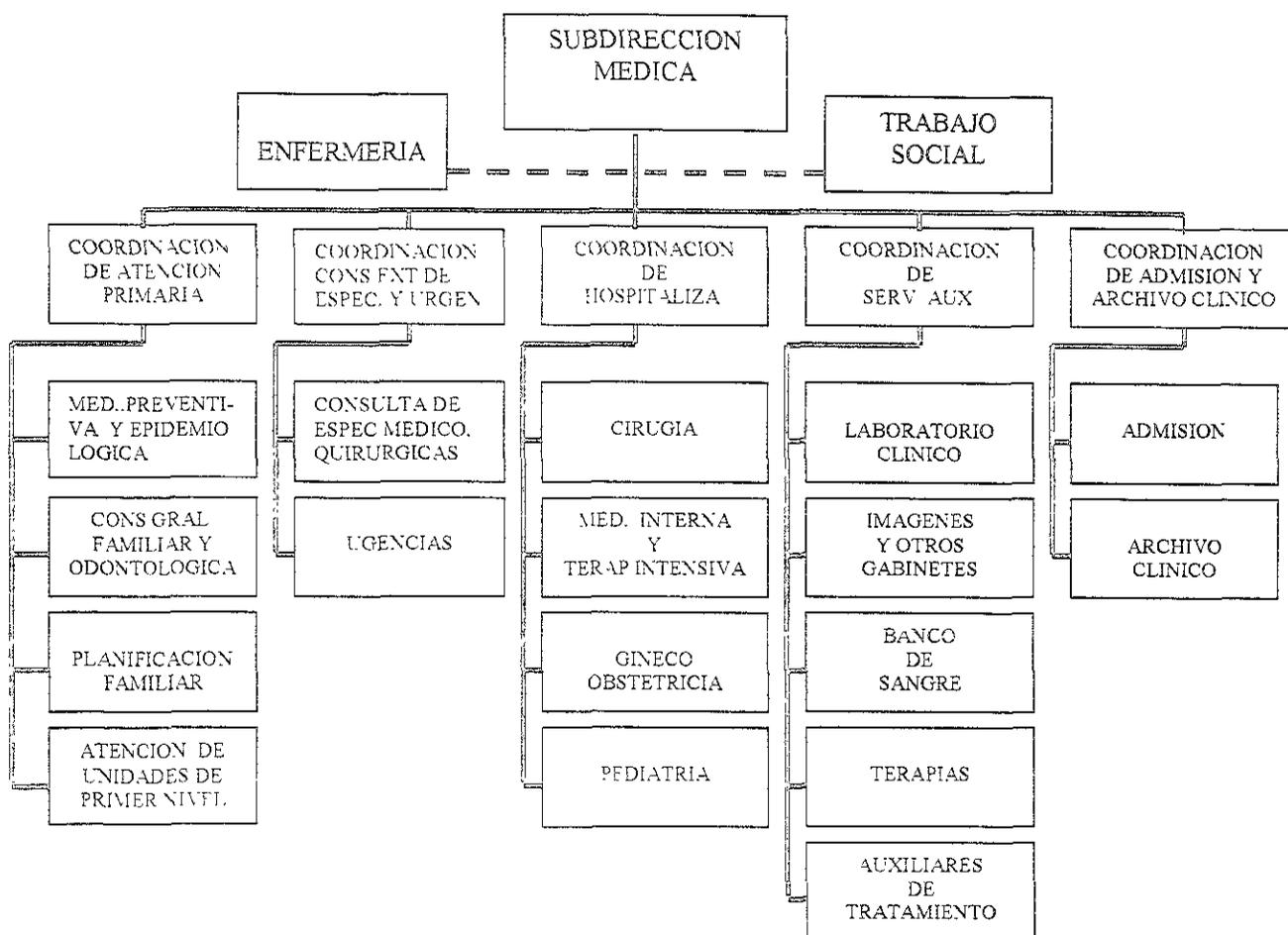
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.

3.- RAMA INDUSTRIAL O DE SERVICIO

UNIDAD DE ATENCION MEDICA

4.- ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL

ORGANIGRAMA
HOSPITAL GENERAL XOCO



5.- CLASE

CLASE I

6.- GRADO DE RIESGO

MINIMO

7.- FRACCION

921

8.- NUMERO DE DEPARTAMENTOS, AREAS O SECCIONES

PROMOCION A LA SALUD

MEDICINA PREVENTIVA

ODONTOLOGIA

MEDICINA GENERAL

PEDIATRIA

MEDICINA INTERNA

URGENCIAS

TERAPIA INTENSIVA

NEUROCIRUGIA

ORTOPEDIA

GINECO-OBSTETRICIA

CIRUGIA GENERAL

9.- NUMERO DE TRABAJADORES

RECURSOS HUMANOS

PUESTO	NUMERO DE TRABAJADORES
CUERPO DE GOBIERNO	3
JEFE DE SERVICIO Y COORDINADORES	29
MEDICOS GENERALES (INCLUYE LOS DE URGENCIAS)	18
ESPECIALISTAS/MEDICINA INTERNA	19
ESPECIALISTAS/CIRUGIA	51
ESPECIALISTAS/AUX. DIAGNOSTICO	2
GINECOBSTETRAS	13
DENTAL	9
PEDIATRAS, GASTROENTEROLOGOS, ONCOLOGOS	64
SUBTOTAL	208
RESIDENTES	44
INTERNOS	24
ENFERMERAS/J.PISO Y ESPECIALISTAS	56
ENFERMERAS GENERALES	172
ENFERMERAS AUXILIARES	14
TRABAJO SOCIAL	35
PERSONAL ADMINISTRATIVO	135
TECNICOS	125
SUBTOTAL	605
DIETOLOGIA	34
MANTENIMIENTO, TRANS., CAMILLEROS Y AFAN.	88
INTENDENCIA (PERSONAL SUBROGADO)	56
VIGILANCIA Y CASA DE MAQUINAS (SUBRO)	11
LAVANDERIA	19
SUBTOTAL	208
TOTAL	1021

NOTA: DE LOS 1021 TRABAJADORES QUE RESULTAN: LOS 44 RESIDENTES, 24 INTERNOS Y 67 SUBROGADOS, QUE HACEN UN TOTAL DE 135 NO PERTENECEN A LA NOMINA DEL HOSPITAL; LO QUE DISMINUYE A 886 TRABAJADORES INSCRITOS EN NOMINA.

DISTRIBUCION DE PERSONAL ACTIVO DE ENFERMERIA

SERVICIO	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TURNO NOCTURNO	TOTAL
Supervisión	3+2	3	4	12
Urgencias	8	5	10	23
Tococirugía	5	4	6	15
C.E.Y.E.	7	5	6	18
Quirófano	8	5	5	18
Terapia intensiva	7	6	10	23
Cirugía plástica y reconstruc.	5	4	7	16
Ortopedia	5	4	8	17
Cirugía general	5	5	9	19
Neurocirugía	6	4	0	10
Medicina interna	7	6	10	23
Gineco-obstetricia	3	3	4	10
Consulta externa	12	0	0	12
TOTAL	83	54	88	225
Comisiones sindicales	2	0	4	6
Prejubilaciones sin cubrir	4	2	1	7
Cambios de adscripción s/cubrir	2	1	0	3
Becas completas	1	0	3	4
Renuncias	0	0	1	1
Otros	0	0	1	1
TOTAL	9	3	9	22

10.- TIPO DE CONTRATACION

TODOS DE BASE

11.- TURNOS Y HORARIOS

TURNO MATUTINO	06.00-07.00 a.m.	-	02.00-03.00 p.m.
TURNO VESPERTINO	02.00-03.00 a.m.	-	10.00-11.00 p.m.
TURNO NOCTURNO	10.00-11.00 p.m.	-	06.00-07.00 a.m.

12.- ROTACION DE TURNOS

NO EXISTE

13.- PRESTACIONES

PRIMA VACACIONAL, AGUINALDO, FONDO DE AHORRO, SERVICIO MEDICO, SEGURO DE VIDA

14.- VACACIONES

10 DIAS HABLES, DOS VECES AL AÑO

15.- ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES

NO EXISTEN

16.- ASPECTOS ORGANIZATIVOS SINDICALES

EXISTEN ELECCIONES DEMOCRATICAS, LOS INTERESES DE LOS TRABAJADORES SINDICALIZADOS ESTAN ENFOCADOS A DIAS ECONOMICOS, PERMISOS CON Y SIN GOCE DE SUELDO, SOLUCION A PROBLEMAS DE AUSENTISMO

17.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

POR EL MOMENTO LAS PLAZAS ESTAN CERRADAS, POR LO TANTO LA CONTRATACION DE PERSONAL DE NUEVO INGRESO ES NULO. EN CUANTO A LOS CURSOS DE CAPACITACION SE IMPARTE UN CURSO MONOGRAFICO CADA MES DE DIFERENTES TEMAS DE INTERES, SE HACE LA INVITACION ABIERTA A TODO EL PERSONAL Y QUIEN DESEE TOMARLO SE INSCRIBE. LOS CURSOS CON CARACTER DE OBLIGATORIEDAD NO SE IMPARTEN A EXCEPCION DEL INTITULADO LACTANCIA MATERNA Y SE IMPARTE DOS VECES AL AÑO

18.- REPORTE DEL COMITE DE SEGURIDAD E HIGIENE

NO EXISTEN

19.- REPORTE DEL COMITE DE DESECHOS Y RESIDUOS

SE REPORTA QUE SE REUNIERON 10 HORAS EN EL ULTIMO AÑO Y SE LOGRO EL CONTROL DE RESIDUOS CONTAMINANTES, LO CUAL SERIA NECESARIO CONSTATAR

20.- REGISTRO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO

NO EXISTE

21.- PROGRAMAS DE CAPACITACION RELACIONADOS CON LA FUNCION DE SALUD OCUPACIONAL

A ESTE NIVEL NO SE IMPARTEN

1.2 DATOS ESTADISTICOS SOBRE EL SERVICIO 1997-1998

DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LOS USUARIOS

La población real que usa los servicios es de aproximadamente 85,090 habitantes, 113,742 (23% del total de la población del área geográfica se considera usuaria y de responsabilidad de este hospital), además se incrementa un 30% por usuarios que corresponden a otras delegaciones y estados del país.

En el año de 1997 asistieron a consulta 47,754 usuarios; considerando que cada paciente asistió aproximadamente 2 veces a consulta, se duplica el número de atenciones a 95,508 descritos de la siguiente manera:

EDAD	NUM. DE PACIENTES
0 - 1 años	1,991
1 - 4 años	1,548
5 - 14 años	6,151
15 - 44 años	52,936
45- 64 años	24,751
De mas de 65 años	8,131

Total	95,508

49,121 del sexo femenino y 46,387 del sexo masculino

Cabe aclarar que los pacientes foráneos generalmente son acompañados de sus familiares, quienes no tienen donde dormir ni comer, lo que crea un conflicto social y además se considera que los insumos que se dan a estos pacientes foráneos deberían ser recuperados por el estado correspondiente.

DESCRIPCION ECONOMICA DE LOS USUARIOS

- El 35% de las familias tiene un ingreso menor al salario mínimo
- El 55% de las familias tiene un ingreso hasta 2 veces el salario mínimo
- El 8% de las familias tiene un ingreso hasta 4 veces el salario mínimo
- El 2% de las familias tiene un ingreso mas de 4 veces el salario mínimo.

DESCRIPCION GEOGRAFICA

En general la delegación Benito Juárez no tiene problemas de saneamiento, a excepción de la colonia Xoco, en donde si existen problemas de servicios urbanos que conllevan a patologías gastrointestinales, parasitosis y desnutrición .

Viven en hacinamiento en viviendas de 5 X 5 con 4 ó 5 habitantes cada una y generalmente son prestadas o rentadas.

DESCRIPCION SOCIOCULTURAL

En general los usuarios de este hospital son de escasos recursos económicos y culturales, la mayoría aun tienen mitos y creencias religiosas, a las cuales responsabilizan de sus enfermedades. Además de que es difícil que acepten algún método anticonceptivo y en algunos casos no aceptan transfusiones sanguíneas ni derivados, por cuestiones de religión. Asimismo, existe un número considerable de usuarios que aun quieren curarse con medicina tradicional.

El nivel de escolaridad es de primaria incompleta y completa

De un 30 - 40% de las madres son analfabetas
40% tienen primaria de incompleta a completa
20% tiene secundaria

Siendo raros los casos de personas que tienen alguna carrera técnica o profesional.

DESCRIPCION DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACION USUARIA (según encuesta aplicada en el año de 1997 en el hospital)

- > Servicios Expeditos
- > Mejor organización
- > Mejor calidad
- > Mejor trato
- > Mas servicios
- > Mas servicios preventivos

Se requiere incrementar el número de consultorios y de médicos generales, así como contar con las especialidades de Cardiología, Neumología y Urología, así como el apoyo de personal con capacitación en rehabilitación, debido al tipo de pacientes que se atienden en esta unidad.

DESCRIPCION DE LAS PATOLOGIAS SOCIALES MAS IMPORTANTES EN LA POBLACION USUARIA

Accidentes y Violencia	66%
Alcoholismo	5%
Tabaquismo	5%
Drogas	5%

Por otro lado, la desintegración familiar presenta un alto índice (70%).

DESCRIPCION DE LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES DE ENERO A DICIEMBRE DE 1997 (Tomadas del Diagnóstico Situacional de la Unidad de Atención Médica del 28 de febrero de 1998)

Enfermedad	Núm. de casos	Tasa x 1000 usuarios
Diabetes Mellitus	309	.309
Lumbago	243	.244
Osteoartritis	200	.200
Gastroenteritis	190	.190
Hipertensión Arterial	162	.162

Enfermedades que se atienden a través de un servicio especializado:

Enfermedad	Núm. de consultas	Por ciento
Padecimientos Traumatológicos	3,287	31.00
Padecimientos de Oftalmología	1,613	22.00
Padecimientos Quirúrgicos	643	9.00
Padecimientos de Otorrino	756	10.00
Padecimientos de Cirugía Plástica Reconstructiva	621	8.00

La tasa de mortalidad en el área geográfica es de 766 X 100,000 (INEGI, censo de población 1995, perfil sociodemográfico). Las cinco causas de muerte más frecuentes de la población que asiste a esta unidad de atención médica son:

Causa	Núm. de casos
Padecimientos traumáticos	83
Cirrosis hepática y coma hepático	48
Diabetes Mellitus con complicación	37
Enfermedad Cerebro Vascular y Hemorragia Cerebral	19
Neumonías	11

Cabe señalar que los usuarios que pertenecen a la edad productiva entre los 15 y 54 años de edad, presentan problemas de riesgos y accidentes de trabajo, que llegan al servicio de urgencias de este hospital y corresponden aproximadamente al 53%. Generalmente este tipo de pacientes no cuentan con apoyo de seguridad social debido a que no tienen empleo fijo o son desempleados; por lo que la institución se encarga de erogar los gastos correspondientes a la atención médica.

Además de estos servicios, el hospital provee otros servicios específicos entre ellos esta: Promoción a la Salud, que incluye como propósito la disminución y control de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas, atención comunitaria con una unidad móvil, así como pláticas intra y extramuros. Medicina Preventiva, mediante la cual se da atención materna a mujeres embarazadas de alto riesgo, abortos complicados, natalidad y atención de parto. También se provee de cuidado del niño, mismo que vigila crecimiento y desarrollo del niño de 0-4 años, así como la aplicación del esquema completo de vacunación.

Por otro lado, el servicio de Odontología cubre acciones preventivas de aplicación de flúor, remoción de caries y aplicación de sellantes (amalgamas).

La demanda de todos estos servicios es alta, baste mencionar que para el año de 1997 el número de consultas en servicios de consulta externa fue la siguiente:

Servicio	Núm. De consultas
Consulta Externa	92,026
Medicina General (incluye Atención Primaria, Dental y Psicológica)	25,772
Medicina Especializada	25,992
Urgencias	40,262

En cuanto a las hospitalizaciones, los internamientos programados en Medicina Interna fue de 36 casos, en Cirugía General 676, Pediatría 0. Gineco-Obstetría 25. Asimismo el número de pacientes internados por medio del Servicio de Urgencias fue de 1,082; Cirugía General 4,092; Pediatría 0 y Gineco-Obstetría 1,298.

Por otra parte, la Ocupación Hospitalaria se presento de la siguiente manera:

SERVICIO	CAMAS CENSABLES	% DE OCUPACION	PROMEDIO DIAS-ESTAN.
Medicina Interna	35	78	7-8
Cirugía General	134	77	6-7
Pediatría	No hay	0	0
Gineco-Obstetría	29	63	2

DESCRIPCION DEL EQUIPO

no se cuenta con todos los datos que se solicitan, únicamente la productividad general por servicio (enero-diciembre 1997)

EQUIPO DE IMAGENOLOGIA

TIPO DE EQUIPO

Equipo de Rayos X	3
Equipo de Rayos X Portátil	3
Equipo de Revelado Automático X-INAT	2
Chasis de Placas Radiográficas de 10 X 12	2
Ortopantógrafo	1
Ultrasonido	1

Total de estudios realizados:

RAYOS X	39.984 estudios
TOMOGRAFIA	2,691 estudios
ULTRASONOGRAFIA	1,795 estudios
ORTOPANTOGRAFIA	112 estudios

BANCO DE SANGRE

TIPO DE EQUIPO

Centrifuga Refrigerante con Rotor de 6 camisas

Heating Block 2

Impresora 1

Dulutor OTC 1

Satélite Incubator 1

Incubator 500 1

Washer 400 1

MILILITROS DE SANGRE CAPTADOS 1.871,875

LABORATORIO

TIPO DE EQUIPO

Automuestreador

Equipo de Pruebas de Coagulación

Sistemas para Gases y Electrolitos

TOTAL DE ESTUDIOS 311,544

EQUIPO DE PATOLOGIA

TIPO DE EQUIPO

Dos Acentadores de Cuchillas

Una Centrifuga

Tres Histokinetes

Dos Criostatos

Dos Microtomos

Dos Estufas

TIPO DE EQUIPO

Dos Baños de Flotación	
Un Desparafinador de Laminillas	
Dos Microscopios Chicos	
Un Fotomicroscopio	
Un Reprovit	
Una Amplificadora	
TOTAL DE ESTUDIOS	2,955

Del Laboratorio de Análisis Clínicos se realizaron los siguientes estudios:

Mesa de trabajo (peines)	8
Exámenes básicos	300,000
De mediana complejidad	1,544
Exámenes especializados	1,800

Lista de análisis de laboratorio que representan el 80% del trabajo

SERIE ROJA	37,234
SERIE BLANCA	37,234
PLAQUETAS	18,637
TP TPT	33,814
QUIMICA SANGUINEA	106,846
EXAMEN GENERAL DE ORINA	3,888

Otros recursos físicos que tiene la unidad y su utilidad para satisfacer las necesidades sociales de la población o las expectativas de los proveedores del servicio

TIPO DE SERVICIO

UTILIDAD

Tomografía	Diagnóstico específico
Ortopantografía	Diagnóstico específico
Endoscopía	Diagnóstico y tratamiento específico
Laparotomía	Tratamiento quirúrgico específico
Astroscofía	Tratamiento quirúrgico específico
Banco de ojos	Rehabilitación
Electroencefalografía	Apoyo diagnóstico

1.3 RECONOCIMIENTO SENSORIAL DE LAS CONDICIONES LABORALES

Concepto	Sala de Urgencias	Sala de Terapia Intensiva	Sala de Medicina Interna	Sugerencia
Orden y limpieza	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición a liquido inflamable como los que utilizan para curación 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen restos de comida en pisos, basura fuera de los cestos y alrededor de las camillas - Se percibe hacinamiento en áreas de enfermería, desorden - Poca basura acumulada por ingesta de alimentos de trabajadores en su lugar de trabajo - Hay liquido inflamable como el que utilizan para curación: Benjui, Alcohol, Benzal, Eter, nitrógeno, Oxigeno, anestesia inalable, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - El lugar se percibe un tanto sucio, en los pasillos hay poca basura - Mala estiba de cajas con solución que las mismas enfermeras estiban 	<ul style="list-style-type: none"> - Dictaminar normas específicas de trabajo para la limpieza, desinfección y orden en todas las áreas de trabajo - Promover y capacitar al personal para que evite dejar objetos en pasillos que impidan el paso, ya que algún trabajador puede tropezar - Prohibir la ingesta de alimentos en los lugares de trabajo - Asignar horarios, y lugares específicos y lejos de las salas de urgencias, medicina interna y terapia intensiva para la ingesta de alimentos - Conocer cada uno de los productos químicos que se manejan en cada área y llevar a cabo la evaluación correspondiente - Capacitar a las enfermeras encargadas para cargar y estibar cajas con solución

Obstrucción de vías de circulación:	<ul style="list-style-type: none"> - Los pasillos están libres de obstáculos - La limpieza es constante 	<p>En los pasillos hay algunos aparatos actuales que utilizan en la sala, mientras que dentro de la sala hay aparatos que se nota son antiguos y ya no utilizan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos pasillos están obstruidos por mesas de servicio 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar y adiestrar formativa y continuamente al personal con todo lo relacionado con seguridad e higiene de trabajo - Realizar supervi-siones relacionadas con la prohibición de la obstrucción de pasillos
Carteles	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de carteles, de rutas de evacuación, solo existen de no "fumar" y están poco visibles 	<ul style="list-style-type: none"> - La deficiencia de carteles se ve en todo el hospital los que hay se ven antiguos, deteriorados, o sencillamente no existen 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay suficientes carteles, solo hay de ruta de evacuación, y algunos están rotos 	<ul style="list-style-type: none"> - Actualizar y cambiar con frecuencia carteles de avisos creativos
Pisos	<ul style="list-style-type: none"> - Las rampas de acceso para las camillas están resbalosas y son de uso general, es decir todos los peatones pasan por ahí - En ocasiones la sala de Choque es insuficiente, por exceso se pacientes, al igual que la sala de urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> - Aun cuando los espacios están delimitados, se percibe hacinamiento en el lugar y amontonamiento de los muebles 	<ul style="list-style-type: none"> - La delimitación de espacios es relativa, ya que hay 6 pacientes por área delimitada con cancelas y al entrar también se percibe hacinamiento - En ocasiones las cajas de sustancias con solución salina o solución acuosa están en el piso, regadas, hasta que la acomodan en la sala de preparación de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pisos de los centros de trabajo deben mantenerse limpios y tener superficies antideslizantes en los lugares donde transitan los trabajadores, incluyendo los pisos de rampas, y las huellas de los escalones (NOM-01-STPS) - Desechar todos los aparatos inservibles y reacomodar los muebles y aparatos en uso - Prever mobiliario y material para cuando haya exceso de pacientes - Capacitar a las enfermeras sobre la forma de cargar objetos pesadas

Iluminación	<p>- La iluminación es adecuada, ya que la sala cuenta tanto por iluminación general como local</p>	<p>- Hay poca intensidad en la iluminación, sobre todo en el área de enfermeras</p> <p>- Las lamparas de los pasillo están apagadas o descompuestas, se ilumina el pasillo en el día por un cubo de luz que esta sucio</p>	<p>- La iluminación es adecuada, ya que además de contar con ventanales amplios que proveen de iluminación, también cuenta con el número de lámparas suficientes para la iluminación</p>	<p>- Hacer limpieza periódica del tragaluz</p> <p>- Establecer programas de mantenimiento en la iluminación en especial en terapia intensiva, de tal manera que periódicamente se lleven a cabo revisiones, reposiciones y limpieza de lamparas y luminarias. Un factor importante es la limpieza de paredes y techos, ya que estos actúan como reflectores secundarios</p>
Ventilación	<p>- La sala de choque no cuenta con ventilación alguna</p>	<p>- En la noche pareciera estar demasiado ventilado, ya que se percibe muy fresco el ambiente</p>	<p>- Aun cuando hay varios ventanales y permanecen abiertos, se percibe calor por el exceso de pacientes</p>	<p>- Los lugares de trabajo deberán mantenerse durante las labores con ventilación necesaria por medio de sistemas naturales o artificiales que contribuyan a impedir el daño en la salud de los trabajadores por: insuficiente suministro de aire, ambiente con volumen de aire viciado o condiciones térmicas elevadas (NOM-16-STPS)</p>

<p>Equipo contraincendio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los extintores esta colocado a la mitad del área de trabajo de las enfermeras - En todo el hospital hay extinguidores de polvo seco - La fecha de caducidad de los extintores esta actualizada 	<ul style="list-style-type: none"> - Por falta de perchero el personal ocupa el extinguidor para poner sus prendas, impidiendo el fácil acceso 	<ul style="list-style-type: none"> - La sala cuenta con un extintor, el cual tiene una adecuada ubicación y la fecha de caducidad esta actualizada 	<ul style="list-style-type: none"> - Los extintores de-ben colocarse en sitios visibles, de fácil acceso y conservarse sin obstáculos, además deberán colocarse a una distancia no mayor de 30 m. de separación entre uno y otro - - Proporcionar a cada área, ya sea percheros o lokers, para el guardado de prendas personales (NOM-02-STPS) -
<p>Instalaciones sanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hay bebederos ni garrafones de agua - Carecen de mingitorios - Ausencia de casilleros para guardado de objetos personales - Deterioro de muebles y falta de mantenimiento - Carencia de accesorios para aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay bebederos ni garrafones de agua - Carecen de mingitorios - Ausencia de casilleros para guardado de objetos personales - Deterioro de muebles y falta de mantenimiento - Carencia de accesorios para aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay bebederos ni garrafones de agua - Carecen de mingitorios - Ausencia de casilleros para guardado de objetos personales - Deterioro de muebles y falta de mantenimiento - Carencia de accesorios para aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicar en cada sala garrafones de agua para beber - Instalar casilleros para objetos personales de los trabajadores como lo aplica la NOM-18-STPS - Dar mantenimiento a los todos los muebles e instalaciones - Repartir en cada sanitario accesorios de limpieza personal (como jabón, papel higiénico, toallas, etc.)

<p>Personal expuesto a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ruido percibido sensorialmente de tipo intermitente de aproximadamente 80 dB. Proveniente de gritos de angustia y dolor de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruido resultante de recorrido sensorial de tipo estable de aproximadamente 70 dB., proveniente de aparato musical 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruido percibido sensorialmente de tipo inestable de aproximadamente 75-80 dB, proveniente de aparatos musicales, aparatos de ventilación etc., quejas y murmullos de pacientes - Calor proveniente de deficiente ventilación y exceso de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo atención y vigilancia de efectos extrauditivos, especialmente, estado de animo, cefaleas, ansiedad, angustia, irritabilidad, intolerancia y distracción, - Mantener, durante las labores la ventilación necesaria por medio de sistemas naturales o artificiales que contribuyan a impedir el daño en la salud de los trabajadores por ambiente con volumen de aire viciado e insuficiente ventilación (NOM-16-STPS)
-----------------------------	--	---	---	---

<p>Observaciones generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El personal se distrae, lo que pone en riesgo a pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de utilización de batas o uniformes de cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuado manejo de medicamentos por parte del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar las actividades de las enfermeras - Capacitarlas para el cuidado enfermos traumatizados - Proporcionar el equipo de protección personal (batas y uniformes) que se requiera para el desempeño de las labores, de acuerdo a las actividades que se realicen (RGSH arts. 159 y 160, NOM-17-STPS) - Supervisar que se utilice el E:P:P: (RGSH art. 160 NOM-17-STPS) - Los trabajadores usarán el E.P.P. que se les proporcione, la C.S.H. vigilará su buen uso (RGSH art. 161, NOM-17-STPS) - Realizar estudios de gabinete: como análisis de orina y sangre, a las personas que estén encargadas del cuidado y distribución de medicamentos - Aplicar pruebas neuropsicológicas periódicas vigilando la salud de los trabajadores, así como monitoreo conductual.
--------------------------------	---	--	--	--

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de investigaciones sobre trabajo nocturno están hechas en la industria y pocas investigaciones son realizadas en hospitales, en donde varía tanto el plan de trabajo como los turnos laborales. Según diversos autores que han abordado el trabajo nocturno, existen discrepancias en las consecuencias que provoca, sin embargo otros coinciden en el hecho de que el trabajo de noche provoca una serie de afectaciones sobre el equilibrio de las personas, alterando distintos niveles: físico, psíquico, y social, por lo tanto el problema de la presente investigación es saber: Dentro del turno nocturno ¿cual de sus tres modalidades: fija, irregular y fija con segunda actividad remunerada, presenta o causa mayor daño físico, así como saber cual altera en mayor medida la psique del individuo y cómo esta alteración conduce a problemas de somatización en el trabajador?

2. HIPOTESIS DE TRABAJO

El turno nocturno se considera como un agente agresor que pone en riesgo a todo el personal que trabaja en él, ya que puede ocasionar desajustes físicos, una mayor acentuación de las alteraciones psíquicas y un alto grado de somatización. Lo anterior se comprueba al comparar los resultados de la batería de pruebas aplicadas al grupo de enfermeras del turno nocturno que trabajan en forma fija, irregular y fija con doble actividad remunerada con los resultados del grupo de enfermeras que trabaja turno matutino normal.

3. OBJETIVOS

1. Conocer las consecuencias del trabajo nocturno sobre la salud de las enfermeras, identificando las alteraciones físicas, psíquicas y psicosomáticas que desencadena.
2. Llevar a cabo un reconocimiento sensorial de las condiciones de trabajo
3. Valorar las alteraciones físicas
4. Evaluar las alteraciones psicológicas
5. Valorar las alteraciones psicosomáticas
6. Llevar a cabo un sondeo de las alteraciones familiares y sociales
7. Relacionar las alteraciones que indican las pruebas físicas y psíquicas con los resultados de la prueba de somatización
8. Analizar que área (física, psicológica, psicosomática y familiar-social) se ve mas afectada
9. Analizar que tanto influyen los problemas de la personalidad en el proceso de somatización
10. Analizar, dentro de las tres modalidades del turno nocturno (fijo, fijo con segunda actividad remunerada e irregular), cual se asocia con mayor frecuencia con alteraciones física, psicológicas y psicosomáticas
11. Comparar las condiciones de salud de las personas que trabajan en el turno nocturno con las del turno matutino
12. Tomando como base los datos obtenidos, plantear opiniones, sugiriendo mejores alternativas al sistema de turno nocturno

4. MATERIAL, METODOS Y PROCEDIMIENTOS

4.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Total : 16 sujetos del sexo femenino elegidos de manera aleatoria

Se seleccionaron 4 grupos de enfermeras que laboran en las unidades de urgencias, medicina interna y terapia intensiva del hospital de la siguiente manera:

- 4 enfermeras que laboraban en el turno nocturno fijo
- 4 enfermeras que laboraban en el turno nocturno fijo con segunda actividad remunerada
- 4 enfermeras que laboraban en turno nocturno irregular
- 4 enfermeras que laboraban en turno matutino

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Observacional por la no manipulación de las variables que describen o miden las alteraciones

Retrospectivo por la planeación y obtención de la información durante el desarrollo de la investigación

Transversal y comparativo por la medición única y comparación de las variables en las poblaciones

4.3 CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión: Los grupos incluyeron únicamente personal con antigüedad mayor de 1 año laborando en el turno nocturno o matutino y mas de 1 año laborando en las unidades de urgencias, medicina interna y terapia intensiva.

Criterios de exclusión: Se excluyeron de la investigación las enfermeras que no cumplieron con los requisitos antes mencionados. Los antecedentes laborales, como incumplimiento laboral, frecuente inasistencia, etc., no influyeron para la selección de la muestra.

4.4. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES ATRIBUTIVAS: edad, escolaridad, antigüedad, estado civil, número de hijos, categoría de contratación

VARIABLE DEPENDIENTE: presencia del "síndrome del trabajador nocturno", que se manifiesta en alteraciones físicas, psicológicas y psicosomáticas

VARIABLE INDEPENDIENTE: turno nocturno fijo, fijo con segunda actividad remunerada e irregular

4.5 MATERIALES

Para evaluar la presencia del "síndrome del trabajo nocturno" se elaboró un cuestionario y se utilizó una batería con las pruebas psicológicas validadas que se describen a continuación

Cuestionario de alteraciones físicas del trabajo nocturno

Instrumento diseñado por la investigadora bajo la asesoría de un médico internista, compuesto de 17 reactivos que indaga sobre la presencia de síntomas cardiovasculares, digestivos, trastornos menstruales, temperatura corporal, peso, problemas osteo-articulares, presencia de úlcera y trastornos gastroduodenales, crisis hemorroidales, ingesta de medicamentos, fatiga y estrés. El cuestionario se diseñó con preguntas categorizadas y preguntas abiertas, a cada respuesta categorizada se le asignó un valor numérico, y los valores se sumaron para sacar frecuencias. Posteriormente a los números colectados se les dividió entre el valor máximo esperado, considerándose aceptable cuando representó el 60% o más del total esperado. Cabe aclarar que se piloteó con diez estudiantes de enfermería, logrando únicamente una validación suficiente.

Prueba de personalidad "Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2" (MMPI-2)

Instrumento de evaluación psicológica de amplio espectro y multidimensional, a través del cual se pueden describir distintos aspectos de la personalidad de un sujeto, así como la presencia de disturbios o trastornos de índole emocional que suelen expresarse en el comportamiento y que afectan la capacidad de ajuste. De igual manera el cuestionario diferencia o clasifica individuos "normales", libres de desórdenes psicológicos, de individuos con algún trastorno o con patología.

Originalmente el MMPI se diseñó como una herramienta para facilitar la consulta externa en un hospital oficial del estado de Minnesota, en el año de 1938. La prueba estaba constituida por 504 frases seleccionadas, posteriormente se fueron diseñando las primeras escalas, de las cuales se realizaba una validación cruzada como método de validez del instrumento. Más tarde se consideraron las categorías clínicas derivadas de Kraepelin para la construcción y denominación de las escalas que fueron conformando el MMPI. En 1942 Hathaway y Mckinley publicaron las escalas de validez del instrumento.

Para 1950 la prueba había sido validada en Alemania, Puerto Rico e Italia en donde se produjeron las primeras traducciones. A mediados de los años 70's había alcanzado más de 50 traducciones en lenguas extranjeras. La primera traducción en México del MMPI fue publicada en 1967 con estudios posteriores bajo la dirección del Dr. Nuñez, sin embargo no se llega a la estandarización, solo se obtuvieron normas para cuatro tipos de población, por lo que se siguieron utilizando los estándares norteamericanos. No obstante se utilizó ampliamente y al parecer tuvo éxito en diferentes ámbitos.

Con el paso del tiempo aparecieron dificultades y limitaciones del MMPI aun en la propia Unión Americana por la caducidad de los tópicos, formas y contenidos de los reactivos, por lo que James Butcher, Grant Dahlstrom y John Graham en 1982 llevaron a cabo la revisión del MMPI con el propósito de actualizar y enriquecer al inventario original. Revisaron, hicieron cambios, sustituciones y/o eliminaciones y adición de los mismos; una vez reestandarizado y revisado se denominó MMPI-2, cabe aclarar que el comité revisador trató de respetar su continuidad dada la riqueza de las investigaciones y de la experiencia que de él se tenía en el campo y que lo avalaba. Así mismo se validaron las escalas originales y las nuevas escalas con diferentes poblaciones y otros instrumentos.

En 1994 Lucio E. y Reyes I. tradujeron y realizaron un estudio para obtener las normas en la población de estudiantes universitarios de la U.N.A.M., continuándolos en 1995 y con proyectos de ampliarlos a población rural.

Questionario General de Salud (CGS)

Instrumento autoaplicable, orientado a la detección de alteraciones mentales no psicóticas en población general. El cuestionario original esta integrado por 60 reactivos que cubren 4 áreas sintomatológicas básicas para la detección de casos. Como resultado de diversos estudios se han elaborado dos versiones más cortas del instrumento, una de 30 y otra de 28 reactivos. Esta última se seleccionó para ser aplicada, ya que presenta la misma validez que la versión original. Las áreas que estudia son:

- Depresión
- Conducta objetivamente observable
- Ansiedad
- Hipocondría

Este instrumento evalúa el desorden psicológico en el momento de su aplicación, por lo que únicamente proporciona información del estado mental actual del entrevistado. Así, el puntaje es alto si es contestado en un período de crisis, y bajo si se contesta en un período de salud, por lo que el cuestionario no puede ser una medida de atributos duraderos ni evalúa la posibilidad a la predisposición en el futuro.

El Cuestionario General de Salud fue diseñado como una prueba de filtrado o tamizado para detectar enfermedad psiquiátrica no psicótica, la versión completa fue validada por Golberg D. P. en 1972 y 1978, así mismo Tarnopolsky y cols., probaron su efectividad en 1979.

Las versiones breves han sido probadas en la comunidad por Finlay-Jones y Murphy, 1979; en la práctica médica Tennant 1977; en estudios laborales Jenkins 1980; en estudios ginecológicos Wonsley, Waters y Wood, 1970; en México Medina-Mora y cols. En 1983 y 1984; igualmente Martínez L. aplicó el cuestionario en tesis de licenciatura para la discriminación de grados de enfermedad mental en 1980.

Entrevista dirigida para valoración familiar y social

Instrumento compuesto por 32 reactivos, que determina la prevalencia de problemas familiares y sociales. Este instrumento fue obtenido de la evaluación autoaplicable que es utilizado en Enfermería en Salud Mental y se conoce con el nombre de Historia de Enfermería Psiquiátrica.

Este instrumento se basa en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría DSM-III, en 1952 se da a conocer el primer manual oficial de los trastornos mentales que contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas denominado DSM-I.

El desarrollo de la segunda edición (DSM-II), se basó en la clasificación explícita en la sección de trastornos mentales de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y entro en vigor en 1968.

En 1974 la Sociedad Americana de Psiquiatras, a través de su consejo para la investigación y el desarrollo, empezó a trabajar sobre la elaboración del DSM-III, sin perder de vista que la Clasificación Internacional de la Enfermedades (ICD-9) estaba programada para entrar en vigor en enero de 1979

Para 1980 se publicó en Estados Unidos el DSM-III, mismo que hace una clasificación amplia de los trastornos mentales que se dan teniendo en cuenta los aspectos biológicos, sociales y psicológicos del usuario

4.6 PROCEDIMIENTO

El cuestionario y las pruebas psicológicas fueron aplicadas durante la jornada diurna y nocturna de las enfermeras en su lugar de trabajo. El tiempo invertido en la aplicación de la batería fue variado, ya que dependió del tiempo libre que tuviera cada enfermera dentro sus actividades.

4.7 METODO ESTADISTICO

Se utilizó Ji cuadrada de Pearson y Ji cuadrada de asociación lineal de Mantel-Haenszel, para tablas de 2 X 2 y datos numéricos, con el objeto hacer la comparación entre alteraciones físicas, psicológicas y psicosomáticas, después de sacar los datos de frecuencia. Asimismo se desarrollo un análisis similar para casos y no casos de acuerdo al Cuestionario General de salud y al MMPI-2, donde casos psiquiátricos y psicológicos fueron además divididos por la presencia o ausencia de enfermedad orgánica empleando Análisis de Varianza.

Posteriormente se trabajó el riesgo relativo en los cuatro grupos clasificados como "con alteración orgánica" y "sin alteración orgánica"

2. VARIABLES ATRIBUTIVAS

Tabla 1 Edad, escolaridad, antigüedad, estado civil, núm. de hijos y categoría

Sujeto Núm.	Edad	Escolaridad	Antigüedad	Estado. civil	Núm. Hijos	Categoría
<i>Turno Nocturno Fijo</i>						
1	30 años	Téc. Enfermería y especialidad	10 años	soltera	0	Enf. Especialista en terapia intensiv
2	31 años	Téc. Enfermería	9 años	soltera	1	Enf. General
3	29 años	Bachillerato y curso postécnico	10 años	divorciada	2	Enf. Especializada
4	26 años	Téc. Enfermería y bachillerato	4 años	casada	0	Enf. General
<i>Turno Nocturno Irregular</i>						
1	37 años	Téc. Enfermería	13 años	divorciada	2	Enf. General
2	27 años	Téc. Enfermería	3 años	soltera	0	Enf. General
3	28 años	Téc. Enfermería	4 años	casada	1	Enf. General
4	30 años	Téc. Enfermería y especialidad	10 años	soltera	0	Enf. Especialista en Terapia Intensiva
<i>Turno Nocturno con Doble Jornada de Trabajo</i>						
1	26 años	Téc. Enfermería	7 años	soltera	0	Enf. General
2	26 años	Preparatoria y Téc. Enfermería	1 año 5 meses	soltera	0	Enf. Gral. Instrument. quirúrgica
3	25	Téc. Enfermería	2 años	casada	2	Enf. General
4	29	Téc. Enfermería, 4 sem. preparatoria y Curso T. Intensiva	10 años	soltera	1	Enf. General
<i>Turno Matutino</i>						
1	30	Téc. Enfermería y 3er. semes. prepa.	13 años	casada	1	Enf. Especialista
2	52	Téc. Enfermería y espec. T. Intensiva	25 años	casada	5	Enf. Jefe de Servicio
3	33	Téc. Enfermería	8 años	casada	2	Enf. General
4	25	Téc. Enfermería	1 año	soltera	0	Enf. General

3. GENERALES DE LAS ALTERACIONES

Tabla 2 Número total de trabajadoras que presentaron alteraciones físicas

ALTERACION FÍSICA	TOTAL DE POBLACION AFECTADA Y %	MEDIA ESTADISTICA
Agotamiento	12 (75 %)	-1.25 + 1.065
Alteración digestiva	5 (31.25 %)	-.8125 + 1.109
Apetito	1 (6.25 %)	-.5625 + 1.263
Cefaleas y migrañas	7 (43.75 %)	-.9375 + 1.289
Ciclos menstruales	16 (100 %)	-1.4375 + 1.094
Crisis hemorroidales	1 (6.25 %)	-.5625 + 1.153
Dolor articular	4 (25 %)	-.7500 + 1.342
Dolor lumbar	4 (25 %)	-.7500 + 1.238
Dolor mialgias	0 (0 %)	-.5000 + 1.155
Dolor muscular	3 (18.75 %)	-.6875 + 1.138
Estrés	14 (87.5 %)	-1.3750 + 1.204
Frecuencia cardiaca	16 (100 %)	-1.5000 + 1.155
Frecuencia respiratoria	16 (100 %)	-1.5000 + 1.155
Gastritis, ulcera	5 (31.25 %)	-.8125 + 1.109
Hospitalización y tratamientos	3 (18.75 %)	.6875 + 1.195
Medicamentos para dormir	1 (6.26 %)	.5625 + 1.263
Micciones y evacuaciones	11 (68.75 %)	1.1875 + 1.276
Perímetro torácico (expiración)	6 (36.5 %)	.8750 + 1.204
Perímetro torácico (inspiración)	7 (43.75 %)	.9375 + 1.237
Perímetro torácico general	10 (62.5 %)	1.1250 + 1.586
Peso alterado	11 (68.75 %)	1.1875 + 1.377
Presión arterial	16 (100 %)	1.5000 + 1.155
Temperatura corporal	16 (100 %)	1.5000 + 1.155
Tensión premenstrual	8 (50 %)	1.000 + 1.366

Tabla 3 Total de trabajadoras que presentaron alteraciones psicológicas

ALTERACION PSICOLOGICA	TOTAL DE POBLACION AFECTADA Y %	MEDIA ESTADISTICA
Manifestaciones psicológicas	16 (100 %) Ligero-Severo	.1875 + 1.377

Tabla 4 Total de trabajadoras que presentaron alteraciones psicosomáticas

ALTERACIONES PSICOSOMATICAS	TOTAL POBLACION AFECTADA Y %	DE	MEDIA ESTADISTICA
Ansiedad	16 (100 %) Ligero-Severo		- .7500 + 1.732
Depresión	16 (100 %) Ligero-Severo		- .1875 + 1.471
Idea Suicida	16 (100 %) Ligero-Severo		1.5000 + 1.155
Síntomas Somáticos	16 (100 %) Ligero-Severo		.5000 + 1.633

4. PARTICULARES DE CADA ALTERACION

Tabla 5 Total de Enfermeras que respondieron afirmativamente a las alteraciones físicas

ALTERACION	T.N. FIJO		T.N. IRREGU.		T.N. 2da. JOR.		T. MATUTINO	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
Agotamiento	3	75	4	100	3	75	2	50
Alteración digestiva	1	25	1	25	3	75	0	0
Apetito	0	0	0	0	0	0	1	25
Cefaleas y migrañas	2	50	2	50	1	25	2	50
Ciclo menstrual	4	100	4	100	4	100	3	75
Crisis hemorroidales	0	0	0	0	1	25	0	0
Dolor articular	1	25	1	25	0	0	2	50
Dolor lumbar	1	25	1	25	1	25	1	25
Dolor mialgias	0	0	0	0	0	0	0	0
Dolor muscular	1	25	1	25	1	25	0	0
Estrés	3	75	4	100	3	75	4	100
Frecuencia cardiaca	4	100	4	100	4	100	4	100
Frecuencia respiratoria	4	100	4	100	4	100	4	100
Gastritis, ulcera	0	0	2	50	2	50	1	25
Hospitalización y tratamientos	0	0	1	25	1	25	1	25
Medicamentos para dormir	0	0	0	0	0	0	1	25
Micciones y evacuaciones	2	50	4	100	1	25	4	100
Perím. torácico (expiración)	0	0	2	50	2	50	2	50
Perím. torácico (inspiración)	1	25	2	50	2	50	2	50
Perímetro torácico general	4	100	0	0	2	50	4	100
Peso alterado	3	75	3	75	1	25	4	100
Presión arterial	4	100	4	100	4	100	4	100
Temperatura corporal	4	100	4	100	4	100	4	100
Tensión premenstrual	2	50	2	50	1	25	3	75

Tabla 6 Total de enfermeras que manifestaron alteraciones psicológicas

GRADO DE ALTERACION	T.N. FIJO		T.N. IRREGU.		T.N. 2da. JOR.		T. MATUTINO	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
Ligero	0	0	1	25	2	50	0	0
Moderado	1	25	0	0	1	25	1	25
Alto	0	0	1	25	0	0	0	0
Severo	3	75	2	50	1	25	0	0

Tabla 7 Total de enfermeras que manifestaron alteraciones psicosomáticas

ALTERACION---GRADO		T.N. FIJO NÚM. %		T.N. IRREGU. NÚM. %		T.N. 2da.JOR. NÚM: %		T. MATUTINO NÚM. %	
Ansiedad	Ligero	3	75	0	0	3	75	3	75
	Moderado	0	0	2	50	0	0	0	0
	Alto	1	25	2	50	1	25	1	25
	Severo	0	0	0	0	0	0	0	0
Depresión	Ligero	0	0	1	25	1	25	1	25
	Moderado	3	75	0	0	2	50	1	25
	Alto	0	0	3	75	1	25	2	50
	Severo	1	25	0	0	0	0	0	0
Idea suicida	Ligero	4	100	4	100	4	100	4	100
Síntomas Somáticos	Ligero	2	50	1	25	2	50	2	50
	Moderado	2	50	1	25	1	25	1	25
	Alto	0	0	1	25	1	25	0	0
	Severo	0	0	1	25	0	0	1	25

5. COMPARATIVOS DETALLADOS DE CADA ALTERACION

Tabla 8 Comparación de las alteraciones físicas, psicológicas y psicosomáticas

ALTERACIONES FISICAS		ALTERACIONES PSICOLOGICAS		ALTERACIONES PSICOSOMATICAS		
Núm. aciertos	Clasificación	Idea Suicida	Depresión	Síntomas Somáticos	Ansiedad	
Turno Nocturno Fijo (sujetos 1,2,3,4,)						
13	Severa	Ligero	Alto	Moderado	Ligero	
6	Severo	Ligero	Moderado	Moderado	Ligero	
14	Moderado	Ligero	Ligero	Ligero	Ligero	
11	Severo	Ligero	Moderado	Ligero	Moderado	
Turno Nocturno Irregular (sujetos 1,2,3,4)						
10	Ligero	Ligero	Alto	Moderado	Ligero	
19	Ligero	Ligero	Ligero	Severo	Alto	
9	Ligero	Ligero	Moderado	Ligero	Ligero	
14	Moderado	Ligero	Alto	Ligero	Ligero	
Turno Nocturno con Doble Jornada Remunerada (sujetos 1,2,3,4,)						
13	Severo	Ligero	Ligero	Ligero	Moderado	
17	Alto	Ligero	Alto	Moderado	Moderado	
12	Severo	Ligero	Alto	Severo	Alto	
10	Ligero	Ligero	Alto	Alto	Alto	
Turno Matutino (sujetos 1,2,3,4,)						
11	Moderado	Ligero	Moderado	Moderado	Ligero	
6	Ligero	Ligero	Moderado	Ligero	Ligero	
14	Ligero	Ligero	Ligero	Ligero	Ligero	
14	Severo	Ligero	Alto	Alto	Alto	

6. COMPARATIVOS GENERALES DE LAS ALTERACIONES

TABLA 9 Comparación de alteraciones Físicas, Psicológicas, Psicósomáticas, Familiares y Sociales

Alteraciones Físicas	Alteraciones Psicológicas	Alteraciones Psicósomáticas	Alteraciones Familiares y Sociales
Turno Nocturno Fijo 44 aciertos totales	75% Severos 25% Moderados	75% Ligeros 25% Moderados	El 50% no hace nada con su estrés, el otro 50% platica, todas desean que llegue el tiempo libre, en cuanto a la familia sus pautas de convivencia son similares, se comunican, se frecuentan y se reúnen, sus aficiones también son similares (distraziones, diversiones, etc.), después de la familia el trabajo es lo mas importante. Socialmente la mayoría dice integrarse fácilmente, sin embargo rara vez tienen actividades sociales aun la salida con amigas. En las tareas del hogar y ocio se organizan. La forma como fueron educadas es buena y no crea conflicto
Turno Nocturno Irregular 52 aciertos totales	75% Ligeros 25% Moderados	50% Ligeros 25% Moderados 25% Severos	Todas tienen diferentes formas de manejar el estrés (platican, lloran, hace ejercicio, nada), también desean que llegue el tiempo libre, sus pautas de convivencia con la familia también son similares (se visitan con cierta frecuencia para festejos), sus aficiones también son similares solo que una enfermera ingiere tranquilizantes, también después de la familia el trabajo es lo mas importante. Algunas dicen integrarse fácilmente a la sociedad otras no; poco frecuente realizan actividades sociales, solo una tiene vida social. El 75% se organiza para tareas de hogar y ocio el 25% no lo hace. La forma como fueron educadas es buena pero si les crea conflicto
Turno Nocturno con Doble Jornada 52 aciertos totales	50% Severos 25% Altos 25% Ligeros	25% Ligeros 25% Moderados 23% Altos 25% Severos	El 50% no hace nada con su estrés, el 25% se distrae y el otro 25% platica. Todas desean que llegue el tiempo de descanso. Para este turno la familia representa lo mas importante con una tendencia marcada a interesarse por su superación profesional. Sus pautas de convivencia con la familia son similares se frecuentan, comunican se reúnen, etc. Dicen integrarse fácilmente a la sociedad, sin embargo no tienen actividades sociales de ninguna índole, las tareas del hogar y el ocio queda definitivamente fuera de su vida. La forma como fueron educadas es buena pero si les crea conflicto

6. ASOCIACION DE SINTOMAS

Tabla 10 Asociación entre Síntomas Neuróticos (puntuación $T > .55$ se considera de grado moderado, $T > .70$ se considera de grado alto) y Ansiedad.

SUJETO	TURNO NOCTURNO FIJO		TURNO NOCTURNO IRREGULAR		TURNO NOCTURNO CON DOBLE JORNADA		TURNO MATUTINO	
	SINTOMA NEUROTICO MMPI-2	ANSIEDAD C.G.S.	SINTOMA NEUROTICO MMPI-2	ANSIEDAD C.G.S.	SINTOMA NEUROTICO MMPI-2	ANSIEDAD C.G.S.	SINTOMA NEUROTICO MMPI-2	ANSIEDAD C.G.S.
1	T.67	Ligero	T.42	Ligero	T.42	Moderado	T.63	Ligero
2	T.62	Ligero	T.49	Alto	T.47	Moderado	T.66	Ligero
3	T.58	Ligero	T.49	Ligero	T.63	Alto	T.42	Ligero
4	T.53	Moderado	T.53	Ligero	T.57	Alto	T.75	Alto

Tabla 11 Asociación entre estrés, hipocondría (puntuación $T > .55$ se considera de grado moderado, $T > .70$ se considera de grado alto) síntomas somáticos, depresión, autoestima, interés y entusiasmo, consumo de drogas y energía

TURNO	SUJEJO	ESTRES	HIPOCONDRIA MMPI-2	SINT. SOMATICOS C.G.S.	DEPRESION MMPI-2 C.G.S.	AUTOESTIMA MMPI-2	INTERES Y ENTUSIASMO	CONSUMO DE DROGAS	ENERGIA
NOCT. FIJO	1	Si	T.74	Moderado	T.82 Alto	Baja	Alta	No	Baja
	2	No	T.80	Moderado	T.62 Moderado	Regular	Alta	No	Regular
	3	Si	T.57	Ligero	T.49 Ligero	Alta	Alta	No	Alta
	4	Si	T.47	Ligero	T.55 Moderado	Regular	Alta	No	Regular
NOCT. IRREGU- LAR	1	Si	T.65	Moderado	T.47 Alto	Alta	Regular	No	Alta
	2	Si	T.65	Severo	T.47 Ligero	Regular	Regular	Si	Alta
	3	Si	T.57	Ligero	T.54 Moderado	Regular	Alta	No	Alta
	4	Si	T.49	Ligero	T.49 Alto	Alta	Alta	No	Alta
NOCT. CON DOBLE JORNADA	1	Si	T.46	Ligero	T.37 Ligero	Alta	Alta	No	Alta
	2	Si	T.62	Moderado	T.63 Alto	Regular	Regular	No	Alta
	3	Si	T.63	Severo	T.57 Alto	Baja	Alta	No	Regular
	4	Si	T.68	Alto	T.42 Alto	Regular	Regular	No	Alta
MATUTI- NO	1	Si	T.67	Moderado	T.66 Moderado	Baja	Baja	No	Regular
	2	No	T.61	Ligero	T.66 Moderado	Baja	Baja	No	Regular

ANALISIS DE RESULTADOS

Es sabido que el trabajo nocturno puede tener efectos adversos para la salud, aun cuando su extensión y gravedad siguen siendo objeto de controversia. Los problemas fisiológicos específicos que cabe imputar a este tipo de trabajo se derivan de que perturba los ritmos biológicos normales, o sea los cambios en las diversas funciones y reacciones del organismo resultantes de la alternancia entre el día y la noche. Esta investigación tuvo como propósito conocer las consecuencias del trabajo nocturno sobre la salud de las enfermeras, en los aspectos físico, psicológico, psicosomático, familiar y social. Para la obtención de los resultados se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS para Windows 95, utilizando las formulas establecidas para Análisis de Varianza y $X^2(J_1)$ cuadrada. Los niveles de significancia fueron tomados del manual para dicho paquete, es decir $\alpha = 0.05$

1. VARIABLES ATRIBUTIVAS

1.1 Edad

La edad de las enfermeras osciló entre 25 y 52 años, con un promedio de 30 años (tabla 1). Se ha señalado en investigaciones anteriores que los efectos negativos del trabajo nocturno en las funciones cognitivas son mayores en los trabajadores maduros que en los jóvenes.

En este estudio solo una enfermera tiene 52 años y esta laborando en el turno matutino, el resto tiene entre 25 y 37 años, lo cual resulta de menor riesgo para quienes laboran en el turno nocturno y aun cuando la enfermera de 37 años labora en el turno nocturno es en forma irregular.

1.2 Escolaridad

El promedio de escolaridad es de técnico en enfermería (tabla 1), es decir la mayoría carece de información especializada para atender pacientes en áreas específicas, lo cual es una fuente productora de estrés, considerando además que las enfermeras del turno nocturno no toman cursos de capacitación omiten adquirir un mayor conocimiento del trabajo que realizan, incrementándose aun mas la fuente productora de estrés.

1.3 Antigüedad

La enfermera a menudo debe responder a situaciones de trabajo impredecibles y actuará ante ellos de acuerdo a la experiencia adquirida.

En este estudio se obtuvo el 12.5% de trabajadores entre 1 y 2 años de antigüedad, sin embargo una de ellas tiene mayor escolaridad pues cuenta con bachillerato, mientras que la otra solo alcanza el nivel de técnico, trabajando con menor experiencia tiene que hacer un esfuerzo mental mayor y por lo tanto se convierte en otra fuente provocadora de estrés.

1.4 Estado civil, número de hijos y categoría

El trabajo de una mujer se incrementa dependiendo de su estado civil y/o el número de hijos procreados, ya que para quienes laboran un turno la jornada de trabajo se duplica, mientras que para quienes laboran dos jornadas el trabajo se triplica, ocasionando mayor estrés y fatiga.

En la presente investigación el 50% son solteras, 37.5% casadas y 12.5% divorciadas, lo cual no implica que todas las solteras estén libres de compromisos, pues un 12.5% aun siendo solteras tienen un primogénito, asimismo las casadas cuentan de uno a cinco hijos y ambas divorciadas tienen dos hijos, si esto se relaciona con la categoría de cada una, la casada y divorciada del turno nocturno irregular así como la soltera y casada del turno nocturno con doble jornada cobran como enfermeras generales con bajos salarios, lo cual explica su búsqueda de un ingreso adicional; para quienes laboran turno nocturno irregular aseguran un pago extra, mientras que las trabajadoras del turno nocturno con doble jornada aseguran un sueldo extra, que les permita solventar sus gastos (tabla 1).

2. GENERALES

Como muestran las tablas 2, 3 y 4 las 16 enfermeras (100%) presentaron alteraciones físicas en ciclos menstruales, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura corporal, obteniéndose niveles de significancia de $P=.000$, lo cual indica una alta prevalencia de estos trastornos. Asimismo 14 de 16 trabajadores (87.5%) presentaron estrés, con nivel de significancia de $P=.000$, observándose también un predominio importante de este factor. De igual forma 12 de 16 enfermeras (75%) padece de agotamiento, alcanzando un nivel de significancia de $P=.000$ mismo que igualmente impera como inconveniente. De la misma manera 11 de 16 trabajadoras del departamento de enfermería (68.7%) mostró alteraciones de peso corporal, micciones y evacuaciones con un nivel de significancia de $P=.004$ y $P=.002$ respectivamente. Igualmente en 10 de 16 enfermeras (62.5%) se encontró alteración en perímetro torácico general con nivel de significancia de $P=.013$. Por su parte la tensión arterial presentó anomalía en 8 de 16 casos (50%) con nivel de significancia de $P=.010$. Por otro lado tanto el perímetro torácico (inspiración), como las cefaleas y las migrañas estuvieron presentes en 7 de 16 casos (43.75%) a niveles de significancia de $P=.013$ y $P=.011$ respectivamente.

Entre otros trastornos de menor magnitud, pero no menos importantes están: perímetro torácico (expiración) en 6 de 16 casos (37.5%) a $P=.011$ niveles de significancia; gastritis y/o úlcera unido con trastornos digestivos con 5 de 16 casos (31.25%) a $P=.120$ y $P=.010$ niveles de significancia. Asimismo con 4 de 16 casos (25%) están: dolores articulares y lumbares a $P=.041$ y $P=.029$ niveles de significancia respectivamente. El dolor muscular, hospitalizaciones y/o tratamientos largos son otros trastornos que enfrentan las enfermeras, ya que 3 de 16 sujetos (18.75%) los padecen con niveles de significancia de $P=.029$ y $P=.036$. Por último 1 de 16 enfermeras (6.25%) padecen crisis hemorroidales, trastornos del apetito a niveles de significancia de $P=.70$ y $P=.095$. El único padecimiento que no estuvo presente fue el dolor en mialgias con 0 casos.

Cabe aclarar que los siguientes resultados no son estadísticamente significativos al intervalo de confianza de 95%, ya que representan un mínimo y/o 0 casos, las alteraciones son: trastornos del apetito, crisis hemorroidales, dolor en mialgias, gastritis y/o úlceras, medicamentos para dormir, alteraciones psicológicas, ansiedad, síntomas somáticos y depresión. Sin embargo al analizarlos separadamente por trastorno algunos logran ser estadísticamente significativos

3. RESULTADOS POR TRASTORNO

3.1 Alteraciones físicas

Las alteraciones físicas con mayor importancia fueron: agotamiento con un 100% en el turno nocturno con doble jornada, asimismo el turno nocturno fijo y el turno matutino alcanzaron el 75% mientras que el turno nocturno irregular el 50%. Los ciclos menstruales se vieron alterados al 100% en los turnos nocturno con doble jornada, matutino y nocturno fijo, mientras que el nocturno irregular obtuvo el 75%. El estrés es otro factor importante, ya que representa el 100% en los turnos nocturno con doble jornada e irregular, de igual forma el turno matutino y el turno nocturno fijo presentaron el 75%, como se puede observar en la tabla 5.

Por otro lado, la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura corporal representan el 100% en todos los turnos. Por su parte la gastritis y úlceras se presentaron en un 50% en los turnos nocturnos con doble jornada y matutino. En el caso de las micciones y evacuaciones los turnos nocturnos con doble jornada y el nocturno irregular presentan el 100%, mientras que en el nocturno fijo se observó un 50%.

En cuanto al perímetro torácico inspiración expiración tuvo un puntaje del 50% en tres de los turnos (nocturno con doble jornada remunerada, matutino y nocturno irregular), el perímetro torácico general puntuó con el 100% en los turnos nocturno fijo e irregular, y el matutino obtuvo el 50%. Las alteraciones de peso estuvieron presentes sobre todo en el nocturno irregular con un 100%, seguido de los turnos nocturno con doble jornada y nocturno fijo con un 75%. Por último la tensión premenstrual estuvo presente con mayor severidad en el nocturno irregular con 75%, nocturno con doble jornada y nocturno fijo con un 50%. (ver tabla 5)

3.2 Alteraciones psicológicas

Para las alteraciones psicológicas fueron consideradas como casos las clasificaciones alta y severa, y para los no casos las clasificaciones ligera y moderada (Tabla 6).

Cabe aclarar que en esta investigación se propuso separar los casos de los no casos, obteniéndose los siguientes resultados:

CASOS

Las alteraciones psicológicas de importancia se observaron en los turnos nocturno fijo y nocturno con doble jornada a un 75% y 50% respectivamente, no obstante el turno matutino presentó un 25%. Por su parte las alteraciones altas con mayor porcentaje estuvieron presentes en nocturno con doble jornada obteniendo el 25%. (ver tabla 6)

NO CASOS

Las alteraciones psicológicas de importancia ligera prevalecieron en los turnos nocturno con doble jornada, matutino y nocturno irregular con 25%, 50% y 75% respectivamente. Las alteraciones moderadas estuvieron presentes solo en los turnos matutino y nocturno irregular con un 25%, mientras que al nocturno fijo se le observó con un 25%. (ver tabla 6)

3.3 Alteraciones psicosomáticas

Las alteraciones psicosomáticas también se clasificaron en alta y severa para casos, mientras que ligera y moderada para no casos, resultando lo siguiente (Tabla 7):

CASOS

El síntoma ansiedad en su clasificación alta se observó con un 50% en el nocturno con doble jornada y 25% en los turnos restantes; asimismo no se presentaron síntomas severos. La depresión clasificada como alta tuvo mayor importancia en el nocturno de doble jornada con un 75%, de igual forma se encontró con un 50% en el nocturno irregular. La clasificación de severa fue obtenida en el nocturno fijo con el 25%. (ver tabla 7)

En ningún turno se presentaron ideas suicidas de importancia alta ni severa. En cuanto a los síntomas somáticos clasificación alta no estuvieron presentes en ningún turno, sin embargo las de clasificación severa prevalecieron en el nocturno con doble jornada y el nocturno irregular con 25%.

NO CASOS

La ansiedad clasificada como ligera se observó en los turnos matutino, nocturno fijo y nocturno irregular con el 75%, mientras que la clasificación de moderada estuvo presente en el nocturno de doble jornada con 50%. Por su parte la depresión ligera prevaleció en los turnos nocturno con doble jornada, matutino y nocturno irregular con 25% y la moderada en el nocturno fijo puntuó 75%, en el turno matutino se observó el 50% y en el nocturno irregular un 25%. Asimismo las ideas suicidas clasificación ligera puntuaron al 100% en todos los turnos. (ver tabla 7)

En cuanto a los síntomas somáticos ligeros los obtuvieron en un 50% el turno matutino, 75% el nocturno fijo, 25% el nocturno con doble jornada y el 50% nocturno irregular. La clasificación de moderada la obtuvieron los turnos nocturno fijo y nocturno irregular con el 50%, de la misma manera el nocturno con doble jornada y el matutino presentaron el 25%.

4. RELACION DE TRASTORNOS Y AREA MAS AFECTADA

Se observó una importante relación entre las alteraciones que indica la prueba física y psíquica con los resultados de la prueba de somatización (ver tabla 8)

Tal es el caso de la enfermera 3 turno nocturno con doble jornada, quien puntúa relativamente alto en alteraciones física y califica con severo en alteraciones psicológicas y psicosomáticas, asimismo la enfermera 4 turno matutino puntuó alto en alteraciones física y psicosomáticas, así como severo en alteraciones psicológicas. De igual forma la enfermera 1 del nocturno fijo puntúa severo en alteraciones psicológicas aun cuando en alteraciones psicosomáticas puntúa moderado.

Ahora bien afirmar específicamente que área se ve mas afectada es difícil, debido a que los efectos no son idénticos para todas las trabajadoras: algunas han sido gravemente afectadas en un área, otras fueron moderadamente alteradas en diferente área y otras se vieron ligeramente afectadas.

En el área física el mayor riesgo se presentó de la siguiente manera:

La presión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria se vieron alteradas en todos los turnos, asimismo el estrés, agotamiento y ciclos menstruales también estuvieron

presentes de manera importante en la investigación; por su parte la prevalencia de otros síntomas como cefaleas, dolores articulares y peso alterado, tensión premenstrual, micciones y evacuaciones, así como algunas alteraciones digestivas solo se observaron en los turnos nocturnos.

Cabe mencionar que de acuerdo a la literatura consultada estos son los signos mas frecuentemente citados, aunados a la alteración del sueño, mismo que esta investigación evaluó con la ingesta de medicamentos para dormir, la cual tuvo una mínima prevalencia.

Por otro lado las alteraciones psicológicas que fueron separadas en casos clasificadas como severas prevalecieron en 6 de las 16 enfermeras (37.5%), mientras que la clasificación alta se presento en 1 de 16 casos (6.25%).

Considerando la edad de estas 6 trabajadoras que oscila entre 25 y 31 años y la antigüedad que va de 1 a 9 años, es probable que algunas de ellas ingresaran a su centro de trabajo con alguna psicopatología incipiente sobre todo quienes tienen poco tiempo de laborar en el hospital, pues difícilmente en las instituciones gubernamentales se aplican amplios exámenes de selección de personal, no obstante las condiciones de trabajo aunadas al turno pueden agravar los problemas emocionales de las empleadas, dando como consecuencia una psicopatología importante.

Cabe mencionar que el trabajo en si no crea los rasgos psicopatológicos, sino la oportunidad para su expresión, dado que todas las enfermeras están en situaciones de trabajo similares, algunas de ellas requerirán un elevado esfuerzo mental y si éste es además prolongado desencadenan las alteraciones físicas que ya de por si se encuentran deterioradas en los turnos nocturnos por la alternancia día-noche.

Esto unido con la angustia que resulta de un conflicto intrapsíquico que depende de la estructura de la personalidad de cada sujeto y su historia pasada, provocan respuestas en el sistema vegetativo que modifican aun mas el estado físico del sujeto; si consideramos al hombre como un ente bio-psico-social, entonces se rompe la salud física, se incrementa el desequilibrio emocional, formándose así un círculo vicioso, sobre todo en aquellas personas con rasgos de personalidad ansiosa, depresiva, con tendencias rígidas y obsesiva, inhibición, falta de seguridad, humor labil, timidez, sensibilidad extrema, vulnerabilidad al estrés y carácter fácil de influir, características que en su mayoría presentan las enfermeras con psicopatología alta y severa de esta investigación.

En los casos de las enfermeras de recién ingreso que comienzan a manifestar sintomatología sobre todo física, no se les puede considerar alteraciones psicósomáticas, sino alteraciones psicofisiológicas que son patrones de respuesta conductuales generales, en cambio los desordenes psicósomáticos se dan en relación con los efectos de activación emocional prolongada, conflicto inconsciente y niveles elevados de reactividad psicofisiológica. Es decir en un inicio el trabajador con poca antigüedad comienza a presentar alteraciones físicas que antes no presentaba, al deteriorarse el organismo comienza un desequilibrio emocional y mas tarde aparecen las alteraciones psicósomáticas, sin olvidar que para que se presenten estas últimas dependerá de los patrones distintivos de personalidad y quizá vulnerabilidad orgánica. Si nunca surgen condiciones externas precipitantes, acaso nunca se desarrolle en una persona la somatización.

Otro aspecto que fortalece las alteraciones físicas es el estrés, el cual es causado por situaciones laborales, sociales, familiares, ambientales, etc. y conflictos psicológicos que desajustan los procesos de homeostásis e imponen nuevas demandas adaptativas al organismo, al estar la trabajadora estresada activa emociones y produce cambios fisiológicos que alteran la salud.

De acuerdo a lo anterior, los resultados sugieren que las únicas enfermeras que están somatizando

son: S1 de los turnos nocturno fijo y matutino, ya que ambas tienen 30 años de edad y una antigüedad de 10 a 13 años, además de presentar alteraciones considerables en las tres áreas. Las enfermeras jóvenes que tienen poco tiempo de laborar pudieran estar produciendo o precipitando trastornos orgánicos debidos a los cambios de vida que provoca el trabajo de un hospital. Esto se observa claramente en la tablas 1 y 6, en donde las enfermeras jóvenes (25 y 26 años) con poca antigüedad (1 y 2 años), han desarrollado todas las alteraciones (física, psicológicas y psicosomáticas), ellas son S2 y S3 del nocturno con doble jornada y S4 turno matutino, no obstante las S2, S3 y S4 del nocturno fijo ; S4 del nocturno irregular y S1 del nocturno con doble jornada, presentan ya desordenes físicos y psicológicos.

Por otro lado, las S1 y S2 nocturno irregular y S4 nocturno con doble jornada, puntuaron alto en alteraciones físicas y psicosomáticas, no así en las psicológicas, lo cual sugiere que estas trabajadoras presenten susceptibilidad somática, es decir personas psicosomáticas son vulnerables orgánicamente (quizá por causas genéticas o constitucionales) a los concomitantes fisiológicos de la activación emocional. Algunos expertos atribuyen la susceptibilidad orgánica al daño hecho en el pasado a órganos específicos, mientras que otros opinan que las experiencias psicológicas adversas tempranas predisponen a esa vulnerabilidad Toro (1986)

Desde el punto de vista psiquiátrico las perturbaciones mentales o factores psicológicos de cualquier tipo, desempeñan el papel principal en la etiología de una enfermedad orgánica generalmente acompañada de daño tisular.Toro (1986)

Sin embargo los resultados de la presente investigación sugieren que el trastorno psicológico no siempre es la causa principal de la somatización a pesar de que juega un papel importante para que se desencadene o para la presencia de daño físico; no obstante, debe quedar claro que existen factores como la susceptibilidad somática que también intervienen en las alteraciones psicosomáticas

5. SONDEO DE ALTERACIONES FAMILIAR Y SOCIAL

En el aspecto familiar y social las alteraciones son pocas, el apego a la familia aun en turnos nocturnos sigue siendo importante, sin olvidar que los efectos de convivencia familiar son mas reducidos, sobre todo con la pareja y los hijos, debido al desfase entre los horarios de trabajo, sobre todo para quienes trabajan turnos nocturno irregular y nocturno con doble jornada. En cuanto a las tareas del hogar y el ocio se organizan para llevarlos a cabo, sin embargo quienes trabajan en el nocturno con doble jornada dejan a un lado todas esas tareas para incluir en su vida laboral la superación personal o la convivencia con los hijos(Tabla 9).

En cuanto a lo social aun cuando la mayoría dice integrarse fácilmente a actividades sociales rara vez o poco frecuente intervienen en dichas actividades por la falta de tiempo y por que a varias de ellas les cuesta trabajo relacionarse social e interpersonalmente de manera profunda(Tabla 9).

Sus aficiones y el tiempo libre lo invierten generalmente en descanso y distracción, es evidente que son pocas las enfermeras que realizan ejercicio deportivo y/o salen de vacaciones, considerando además que para la mayoría, después de la familia, el trabajo o la superación personal es lo mas importante(Tabla 9).

6. COMPARACION DE TODOS LOS TRASTORNOS

En cuanto a la relación que existe de las alteraciones físicas, psicológica psicosomáticas, familiar y social con cada turno nocturno, el más afectado es el turno nocturno con doble jornada remunerada en todas las áreas, siguiéndole el turno nocturno fijo con mayor carga de alteraciones psicológicas y el turno nocturno irregular con mas alteraciones física y psicosomáticas, como se puede observar en la tabla 6.

Ahora bien, comparándolos con el grupo control (turno matutino) no se observan diferencias muy significativas a excepción del turno nocturno con doble jornada, en el cual se presentan alteraciones de consideración en todas las áreas, así como el turno nocturno fijo, en donde la alteración mas sobresaliente fue la psicológica.

CONCLUSIONES

Como fue valorado en el análisis e interpretación de los resultados, se encontró que las frecuencias observadas no difieren de las frecuencias esperadas con el estadístico X^2 (Ji cuadrada), asimismo no hubo diferencias generales significativas entre las medias del estadístico Análisis de Varianza, por lo que se acepta la hipótesis nula, en la cual se menciona que se espera encontrar mayor incidencia de alteraciones físicas, psicológicas y psicosomáticas en los turnos nocturnos comparados con el turno matutino.

El objetivo general por el cual se realizó la hipótesis fue conocer las consecuencias del trabajo nocturno sobre la salud de las enfermeras, identificando cada alteración. Si bien esta asociación no había sido investigada en el ámbito laboral, se ha asociado en los diagnósticos médico-psiquiátrico, en cuanto a la relación entre alteraciones psicológicas y somatización.

Llama la atención que en esta muestra de enfermeras no aparecen alteraciones totales entre los turnos nocturnos y el turno matutino, es decir no se observan sintomatologías simultáneas en las tres áreas, a excepción de la enfermera 3 del turno nocturno con doble jornada.

Cabe mencionar que los turnos nocturnos irregular y con doble jornada presentaron la más alta prevalencia tanto en alteraciones físicas como psicosomáticas.

En adición a lo anterior, Wyatt y Marriott citado en Muchinski (1994) afirman que los trastornos más comunes del trabajo nocturno son: en la vida familiar y social, seguidas de alteraciones del sueño, estado general y del apetito, no obstante en la presente investigación los trastornos más importantes fueron: problemas fisiológicos (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura corporal y ciclos menstruales), en segundo término está el estrés y el agotamiento.

Esto se explica primero por que la enfermera no puede invertir sus biorritmos de tal manera que coincidieran con sus horarios de trabajo aun cuando labore en turno nocturno fijo, ya que tras el reposo semanal, los biorritmos inician su estado normal.

Los biorritmos del trabajo de noche no reaccionan de la misma forma ante los sincronizadores en conflicto. Algunos como la frecuencia cardíaca ceden al entrenamiento horario, otros como los jugos gástricos se sincronizan con el horario de la familia y otros ocupan una posición intermedia. La correlación armoniosa que los unía desaparece Ubeda (1991)

Tal contradicción interfiere con el ciclo ovárico y cansa al organismo, esto aunado a la carga de trabajo y las condiciones laborales fortalecen aun más la aparición del agotamiento y a largo plazo caen en lo patológico, convirtiéndose en fatiga que bien puede llegar al surmenage.

En el caso de las enfermeras el estrés es más acentuado en comparación con otro tipo de actividad laboral, ya que tienen que desempeñar un mayor intercambio de relaciones personales sobre todo con personas que sufren y/o fallecen, carga excesiva de trabajo, situaciones de crisis o urgencia que requieren de actuación inmediata, pobre calidad de vida laboral y sobre todo la exposición al turno nocturno.

En cuanto a las relaciones familiares no se vieron afectadas, debido a que en México existe un gran apego a la familia y a los festejos tradicionales en comparación con países más desarrollados, en cambio los trastornos sociales prevalecieron en todos los turnos nocturnos, ya que ocasionalmente se permiten salidas con amistades, o actividades sociales, por un lado el motivo es que daña su personalidad les cuesta trabajo integrarse socialmente o bien sus relaciones sociales e interpersonales

y su comunicación son superficiales y aun cuando en sus aficiones y descansos incluyen las diversiones y el esparcimiento es poco frecuente, y generalmente es con la familia. Por otro lado, la falta de tiempo es evidente lo cual anula la participación en clubes, asociaciones, grupos deportivos, culturales e incluso asistir al teatro, al cine, ver televisión, etc., todos estos factores afectan la calidad de vida social.

Para Jomal citado en Muchinski (1994) los trabajadores que tienen un turno fijo gozan de mejor salud mental que los trabajadores a relevos, sin embargo los resultados de esta investigación reflejan problemas psicológicos de consideración, ya que en el turno nocturno fijo tuvo la mas importante prevalencia de trastornos con clasificación severa, asimismo en el turno nocturno con doble jornada, donde las enfermeras también laboran de noche permanentemente y se complementa con otra actividad remunerada por el día, en este turno también se presentaron trastornos psicológicos importantes que van de alto a severo, en cambio el turno nocturno irregular no presento alteraciones considerables.

Lo anterior es debido a que la fatiga excesiva engendrada por el trabajo nocturno fijo conduce a una morbilidad nerviosa también excesiva, por que el factor patógeno fundamental no es la alternancia de los horarios, si no el trabajo nocturno en si, concluyendo que tales afecciones son mas comunes entre los que laboran de noche permanentemente que entre los que solo lo hacen en forma alternada irregular. Carpentier (1977)

El trabajo nocturno en cualquier modalidad provoca siempre una fatiga excesiva y en ocasiones enfermedades psicofisiológicas de diversa índole. La carga mental de la ocupación y el envejecimiento de las trabajadoras constituyen en este contexto factores agravantes, que a su vez conducen a tasas mas elevadas de enfermedades. Considerando además que las enfermeras están expuestas a un estrés constante y prolongado que al ser recurrente refuerza la fatiga y por ende se incrementan las mencionadas enfermedades psicofisiológicas.

Por otro lado, están los conflictos específicos de atributos de la personalidad que unidos con todo lo anterior dan como resultado las alteraciones psicósomáticas, tal es el caso de la enfermera 3 del turno nocturno con doble jornada, quien resulto ser la mas alterada en los aspectos psicológicos y psicósomáticos y en menos grado pero no menos importante las alteraciones físicas.

En el caso de la enfermera 4 del turno matutino es posible que además de haber ingresado con una psicopatología incipiente, el trabajo en el hospital incremento su ansiedad al grado de ser crónica y después de un año de antigüedad esté somatizando, en este caso únicamente se pueden atenuar sus alteraciones modificando su estructura de personalidad con ayuda profesional.

DISCUSION

Para Carpentier (1977) y Ramos (1988), los ritmos biológicos del trabajador nocturno se desestabilizan al invertirse los ritmos fisiológicos, como la temperatura corporal y la presión sanguínea, las cuales se elevan. Esto fue corroborado por los resultados de la presente investigación pues en el 100% de las enfermeras la temperatura corporal y la presión arterial se vieron incrementadas.

Así mismo, dichos autores mencionan que el corazón late rítmicamente unas 70 veces por segundo durante la noche y de igual forma tanto la frecuencia cardíaca como la frecuencia respiratoria se intensificaron en el horario nocturno, no así el perímetro torácico (espiración), pues el 50% de la muestra total presentó modificaciones durante la noche. En cuanto al perímetro torácico (inspiración), el 50% de la muestra total presentó alteraciones, a excepción del turno nocturno fijo quienes solo lo presentaron el 25%. En el perímetro torácico general tanto el turno matutino como el turno nocturno fijo el 100% de las enfermeras mostró perturbación, mientras que el turno nocturno con doble jornada manifestó cambios en el 50% de la muestra y el turno nocturno irregular evidenció 0%.

Por su parte Wisner (1987) indica que la función renal se ve alterada, ya que normalmente en la noche se reduce el volumen de orina, pero para los trabajadores nocturnos se incrementa, esto mismo sucedió con el 100% de enfermeras del turno nocturno irregular y turno nocturno con doble jornada, para el turno nocturno fijo solo se vio alterada en el 50% de la muestra.

Niedhammer (1994) y Carpentier (1977) mencionan que al alterarse los ritmos biológicos a su vez se trastornan las fases vigilia sueño. Para corroborar esta teoría se les preguntó a las enfermeras si era necesario para ellas ingerir medicamentos para dormir y solo una persona que labora en el turno matutino ingiere un depresor. Por lo tanto se puede inferir que al no tomar nada para conciliar el sueño el agotamiento se acentúa sobre todo en el turno nocturno irregular, ya que el 100% de las enfermeras que laboran en él presentaron agotamiento, igualmente el 75% lo evidencian en el turno nocturno fijo y el turno nocturno con doble jornada, y a pesar de que el turno matutino no labora en la noche presenta agotamiento en un 50%.

Según Carpentier (1977), las alteraciones digestivas más frecuentes del turno nocturno son : Dispepsia, estreñimiento acompañado a veces de crisis hemorroidales y úlceras digestivas, no obstante en las muestras de la presente investigación los desordenes más notables por orden de aparición son: agruras, acidez estomacal, distensión y regreso de comida, cabe aclarar que no se presentaron problemas del apetito ni crisis hemorroidales de manera importante, sin embargo, la gastritis y/o úlcera estuvieron presentes en el 50% de la muestra del turno nocturno con doble jornada y turno matutino.

Otro interés de la investigación fue indagar sobre el incremento de peso corporal en las enfermeras, observándose tal situación en la muestra total del turno nocturno irregular, quienes reportaron tener entre 3 y 13 años de antigüedad, de igual forma en el turno nocturno fijo 3 de 4 enfermeras aumentaron de peso teniendo entre 4 y 10 años de estar trabajando de noche en el hospital, en cuanto al turno nocturno con doble jornada fue el más evidente, pues el personal de enfermería presenta entre 1 año 5 meses y 7 años de antigüedad, lo cual confirma lo expuesto por Carpentier (1977) y Wisner (1987), quienes confirman que el peso corporal se incrementa en el curso de los 2 o 3 primeros años de trabajo nocturno.

Por otro lado, el ciclo menstrual también se ve afectado como Carpentier (1977) lo ha expuesto, pues todos los turnos nocturnos presentaron alteración en un 100%, con tensión premenstrual en el turno

nocturno fijo y el turno nocturno con doble jornada en un 50%.

Indagar sobre la hospitalización y tratamientos largos, estuvo encaminado a averiguar si los trabajadores nocturnos reducen sus reacciones inmunológicas contra las infecciones y agresiones, como lo menciona Ramos (1988) y Wisner (1991), los resultados arrojados muestran que el 25% de sujetos del turno nocturno irregular y turno nocturno con doble jornada han requerido largos tratamientos y/u hospitalización, mientras que el turno nocturno fijo resulto con el 0%

Por otra parte la presencia del estrés es evidente, ya que en el turno nocturno irregular lo perciben el 100% de las enfermeras, en los turnos nocturno fijo y con doble jornada esta presente en el 75%, y aun cuando del turno matutino resulta el 100%, se corrobora la teoría de Wisner (1991), pues menciona que las condiciones laborales incrementan el estrés, ya que el organismo se ve amenazado de una o de otra manera y se altera fisiológicamente, debido a la activación de una serie de centros nerviosos, mismos que al activarse dan como sintomatología cefaleas, dolor articular o dolor muscular, de todos estos desordenes el más importante es la cefalea con un 50% en los turnos nocturno irregular, fijo y turno matutino, cabe señalar que aun cuando los dolores articulares y musculares no fueron de considerable importancia, pudieran estar relacionados con el dolor lumbar por cargas pesadas, como pacientes, o por la falta de capacitación para la adecuada posición de estiba de soluciones.

En la presente muestra uno de los trastornos mas evidentes fue la fatiga, ya que la mayoría de las enfermeras evidencio tenerla, cabe aclarar que en la segunda fase, que es la de febrilidad, surgen enfermedades de tipo psicosomático como gastritis, úlceras gástricas e hipertensión arterial (Petrescu 1980); esto unido con las alteraciones digestivas propias del trabajo nocturno y además encontradas por los resultados de las alteraciones físicas acentúa aun mas el problema.

En la tercera fase de fatiga el sujeto presenta graves problemas de salud, lo cual al asociarlos con los datos arrojados, sugieren que la enfermera 2 del turno nocturno irregular presenta desordenes orgánicos específicos, ya que puntúa moderado en la escala 1 del MMPI-2, cabe aclarar que al relacionar estos resultados con los síntomas somáticos se confirma el problema, pues presenta un grado severo en este rubro.

Por otro lado la enfermera 2 del turno nocturno con doble jornada ocupa el segundo lugar en importancia de trastornos físicos, puntuando en el MMPI-2 como moderado y de igual forma se puede interpretar como presencia de desordenes orgánicos específicos, solo que en síntomas somáticos presenta un grado moderado.

El grado de neurosis presente en las enfermeras que laboran turno nocturno es difícil de explicar, pues por un lado bien pudieron haber ingresado con rasgos neuróticos incipientes que se fueron incrementando con la actividad nocturna, o bien haberla adquirido a través del trabajo, sin embargo por medio del MMPI-2 se exploró la presencia de sintomatología neurótica.

En la tabla número 10 se puede observar claramente la presencia de enfermeras con síntomas neuróticos, por ejemplo el turno nocturno fijo prevalece con el 75%, seguido del turno nocturno con doble jornada donde presenta el 50%, el turno nocturno irregular no muestra rasgos neuróticos, mientras que el turno matutino, a pesar de no alterar sus horarios, el 75% de las enfermeras manifiestan dichos síntomas, lo cual indica que ingresaron con neurosis incipiente.

La angustia según Horney (1989) juega un papel importante en la aparición de la neurosis que a su vez se manifiesta con síntomas de ansiedad difusa bajo la forma de accesos ansiosos. No obstante hay neuróticos que solo se percatan de que sufren otras perturbaciones pero no se perciben angustiados.

Al asociar lo antes escrito con los resultados arrojados por el Cuestionario General de Salud se deduce que los síntomas ansiosos más significativos se manifestaron en el turno nocturno con doble jornada, ya que prevalecieron con el 50% de grado moderado y 50% de grado alto, de igual forma se presentó con el 25% de grado alto en el turno nocturno irregular y 25% en grado moderado en el turno nocturno fijo, sin olvidar al turno matutino en donde prevaleció con el 25% de grado alto.

Ahora bien, relacionando la ansiedad con la neurosis los casos más sobresalientes son en el turno nocturno con doble jornada y el turno matutino, pues las enfermeras con grados altos de ansiedad también puntuaron de moderado a alto en el MMPI-2 con síntomas neuróticos, lo cual confirma lo expuesto por Horney (1989). Retomando lo indicado por esta autora también se encontraron enfermeras que muestran síntomas neuróticos sin que se perciban ansiosas, tal es el caso del 75% de enfermeras del turno nocturno fijo y el 100% del turno nocturno irregular.

No obstante el 50% de sujeto del turno nocturno con doble jornada no muestra síntomas neuróticos y si se perciben ansiosas con grado moderado, debido tal vez a situaciones de trabajo psíquicamente más peligrosas, mismas que combinan una fuerte carga de trabajo con una elevada carga de angustia como lo indica Daniellow (1986) y Fontana (1992).

En cuanto a la depresión y retomando de nuevo a Daniellow (1986) y Fontana (1992) quienes afirman que la depresión puede estar mezclada con las condiciones laborales y las exigencias del puesto, sobre todo en situaciones de contacto con el público, es conveniente recordar que el trabajo de las enfermeras es totalmente con público y sobre todo con público enfermo o accidentado, motivo por el cual se esperaba una alta prevalencia depresiva, encontrándose 50% en los turnos nocturnos fijo, con doble jornada y turno matutino, siendo el más significativo el del sujeto 1 del turno nocturno fijo (ver tabla 11).

Aun cuando la literatura no menciona ninguna relación entre el turno nocturno y la depresión, es conveniente resaltar que en los turnos nocturnos fijo y con doble jornada los porcentajes son considerables, por lo que se sugeriría investigar más a fondo.

Retomando la afirmación de Pérez (1990) quien dice que una de las actividades más estresantes son los servicios de salud, por el contacto directo que tiene el personal con personas que sufren. Cabe aclarar que la sintomatología del estrés no se podría comprobar directamente a través del MMPI-2, no obstante se consideraron los puntajes altos de algunos efectos emocionales y conductuales como hipocondría, depresión, pérdida de la autoestima, disminución de los intereses y entusiasmo, aumento de consumo de drogas y descenso de los niveles de energía, esto con el fin de asociar el estrés con las alteraciones de la personalidad. Como se puede observar en la tabla número 11, el 87% de la muestra total se percibe estresada, esto relacionado con la escala 1 del MMPI-2 en donde la escala de hipocondría puntúa de moderado a alto, lo manifiesta el 56%, lo cual al ser comparado con los síntomas somáticos del Cuestionario General de Salud se corrobora tal alteración que va de moderada a severa.

Así mismo la depresión prevaleció en el 68% de la muestra total, puntuando también de moderado a alto en dicha escala, y que de igual forma se corrobora con el área de depresión del Cuestionario General de Salud y se reafirma la alteración con grados de moderado a severo.

En cuanto a la pérdida de la autoestima, se tomó el apoyo de varias escalas del MMPI-2, ya que dependiendo de la puntuación obtenida por cada sujeto se indica el nivel de autoestima, de la muestra total el 31.25% presenta un nivel bajo, el 43.75% una categoría regular y el 25% alta. Con relación al interés y entusiasmo de alguna manera se puede evaluar a través de dicha prueba, resultando lo siguiente: de las 16 enfermeras 9 presentaron una alta calidad en este rubro, 4 con nivel regular y 3

con bajo. Por otra parte el aumento de consumo de drogas se corroboró con la pregunta directa que se aplicó en el Cuestionario de Alteraciones Físicas del Trabajo Nocturno, resultando solo la enfermera 2 del turno nocturno irregular con ingesta de un depresor (Diacepam).

Por último la calidad de la energía se pudo categorizar también por medio del MMPI-2 encontrando que 9 de ellas mantienen una buena energía, 6 con regular y 1 con baja.

Concluyendo se puede deducir, que la percepción del estrés en cada persona es diferente, en algunos casos probablemente tuvo una asociación directa en cuanto a los efectos emocionales y conductuales, como es el caso de la sujeto 1 del turno nocturno fijo, sujetos 1 y 2 del turno nocturno irregular, sujetos 2, 3, y 4 del turno nocturno con doble jornada; así como sujetos 1 y 4 del turno matutino en quienes se asocia el estrés con la hipocondría, depresión, regular o baja autoestima, nivel regular de energía y en el caso del sujeto 2 del turno nocturno irregular con consumo de droga. Ahora bien, en el resto de las enfermeras que perciben el estrés y no presentan hipocondría pero si presentan depresión de moderada a alta y en su mayoría con regular calidad de autoestima y aun cuando en intereses y entusiasmo alcancen de regular a alto y el nivel de energía sea alto no deja de tener prevalencia de relación.(ver tabla 11)

Por otro lado, se presentaron los casos del sujeto 2 del turno nocturno irregular y sujeto 2 del turno matutino quienes no se perciben estresados, sin embargo puntúa alto en hipocondriasis, moderado en depresión de las escalas del MMPI-2 y moderado tanto en síntomas somáticos como en depresión del Cuestionario General de Salud, aunado a la regular calidad de autoestima y energía. La sujeto 2 del turno matutino puntúa moderado en hipocondría sin presentar problemas depresivos en MMPI-2, con grado ligero en síntomas somáticos y moderado en depresión en Cuestionario General de Salud, baja autoestima e interés y entusiasmo con regular energía.

Ahora bien la somatización ha sido íntimamente relacionada con el estrés, ya que cuando los aspectos fisiológicos y psicológicos se ven afectados por el estrés se trastorna el equilibrio homeostático, sobre todo cuando concierne a niveles mas elevados de integración sensorial y cognitiva, la perturbación repercute entonces al sistema de relación del sujeto con su entorno Gelder (1994)

Según Pérez (1990) y Amir(1997) el entorno juega un papel importante, en este caso cuando el ambiente laboral se torna inseguro, ruidoso, con poca ventilación e iluminación y con hacinamiento, aunado a las demandas del puesto, sobre todo cuando demanda habilidades extras del sujeto o bien cuando la labor es extenuante desencadena mayor carga de estrés, cabe aclarar que en el caso de la presente investigación las condiciones laborales efectivamente desencadenan estrés de manera importante, ya que de por si la labor de la enfermera es insegura al exponerse a diversos riesgos aunados a las condiciones laborales negativas que son de consideración, por ejemplo de los factores que mencionan Pérez (1990) y Amir (1997) que intervienen es el hacinamiento que es evidente en la sala de terapia intensiva y en la sala de medicina interna. La iluminación es de baja magnitud o nula en la sala de terapia intensiva.

Así mismo existen problemas de ventilación en la sala de choque y en la sala de medicina interna; en cuanto a la inseguridad ante un incendio es considerable, ya que el equipo contraincendio esta obstruido, e igualmente existen carencias en las instalaciones sanitarias de todo tipo, así como el inadecuado manejo de medicamentos por parte del personal, falta de utilización de batas y uniformes de cirugía, etc.

Por último, el personal de las tres salas recorridas esta expuesto a ruido, a quejas de pacientes, aparatos musicales y murmullos, así como al calor por falta de una adecuada ventilación en la sala de medicina interna.

Se puede considerar que al estar expuesto el personal a todas estas condiciones diariamente desencadenan estrés crónico y unido con el trabajo nocturno agrava la problemática, por lo tanto se puede concluir que al mezclarse todos los factores ya mencionados como la depresión, ansiedad, fatiga, estrés, etc. están indicando en algunas enfermeras rasgos prominentes psicofisiológicos y en otras rasgos de somatización con mayor número de respuestas por impulso emocional y no por cognición, como lo menciona Sutker (1993) y Gelder (1994).

RECOMENDACIONES

Con el objeto de mejorar la calidad de vida laboral del sistema de trabajo de las enfermeras se sugieren las siguientes recomendaciones:

Aun cuando la semana laboral de horarios flexibles (4/40) esta siendo aplicada a los turnos nocturnos en el hospital, los resultados han sido poco esperanzadores en cuanto a la salud de las trabajadoras, ya que este horario permite que tengan otra actividad por el día y se incrementen los daños a la salud, una alternativa sería incrementar los salarios de tal manera que no se vieran obligadas a buscar una doble remuneración. Por otro lado se había considerado que el turno nocturno fijo eliminaba el problema de ajuste circadiano, pues no hay cambio de turno, no obstante se ha observado que las alteraciones psicológicas mas severas fueron precisamente en el turno nocturno fijo, por lo cual se sugiere alternar turnos rotativos, en donde ellas eligieran el turno siempre que fuera posible, o bien proponer a las trabajadoras con mayor antigüedad la opción de cambiar de turno o las rotaran con sistemas de noche-tarde-mañana o mañana-tarde-noche, considerando la preferencias y características individuales, cabe aclarar que de acuerdo a investigaciones de Wikinson (1992), es aconsejable que la rotación sea prolongada, ya que esto permite mayor tiempo de descanso, o bien aplicar una rotación semanal, en virtud de que a pesar de que se reduce el tiempo de descanso aun así es mayor que en la rápida rotación de turnos. Dicho autor propone evitar una rápida rotación sobre todo cuando la actividad laboral es de tipo perceptivo visual, puesto que implica más actividad cognitiva basada en la memoria.

Por otra parte invitarlas a participar en la elaboración de nuevos planes y disfrutar de cierta flexibilidad para cambiar de un turno a otro. Cabe aclarar que es importante tomar en cuenta la salud y edad de las enfermeras, así como la aplicación de exámenes médicos, psicológicos y psicosomáticos periódicos a fin de evaluar los daños a la salud.

Asimismo orientarlas sobre su régimen alimenticio, el uso de estimulantes o tranquilizantes y otras cuestiones relacionadas con la salud. Es igualmente importante fijar pausas adecuadas para las comidas con instalación de comedores u otros servicios de comidas y bebidas calientes y no solo un lunch empaquetado con comida que no nutre, de igual forma fijar pausas de descanso con camas confortables y un ambiente de tranquilidad evitando colchonetas en un cuarto de bodega.

También es importante proporcionar otros servicios de bienestar, como lugares de esparcimiento durante las pausas de descanso, equipo recreativo, asistentes sociales, servicio psicológico, etc.

Facilitar información y asesoramiento con respecto a sus hábitos alimenticios, necesidades de descanso, prevención de los trastornos comunes a la salud, sobre todo a quienes trabajan de noche adiestrarlas sobre condiciones que faciliten el sueño y reduzcan el estrés y la fatiga, como técnicas de relajación muscular y profunda, meditación, desensibilización, así mismo es importante incluir entrenamiento asertivo, solución de conflictos, habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, establecimiento de objetivos y prioridades, entrenamiento en habilidades interpersonales, manejo del tiempo, psicoterapia y si fuese necesario tratamiento psicológico y farmacológico, etc.

No menos importante es la promoción de ejercicio físico racional que ayude a relajar el organismo, dirigido a las personas con una sola jornada, ya que de lo contrario provocaría mayor fatiga.

Por otro lado, el incremento de vacaciones pagadas aportaría beneficios a las enfermeras en cuestión de fatiga, es decir en lugar de dos períodos al año se propone aumentar a tres, en donde al menos un período sea elegido por ellas de acuerdo a sus necesidades. También sería conveniente que en base a la edad, antigüedad y las evaluaciones médico-psicológicas, se limitara el trabajo nocturno, a fin de

evitar la acumulación de una fatiga residual y una disminución de la tolerancia, asimismo se sugiere llevar a cabo una adecuada selección de personal en base a su tipo de personalidad, historia emocional y características psicológicas sobre todo para el turno nocturno, asignando a las mas jóvenes a la noche, a las mayores al trabajo por turnos y a quienes se acerquen a la edad de adulta mayor queden permanentemente de día, con sobresueldos para quienes laboren por la noche, ya sea en forma fija o alternada. En el perfil del puesto considerar enfermeras preferentemente solteras o casadas con no mas de un hijo, ya que el salario que ofrece el hospital no cubre la subsistencia de una trabajadora con mayores cargos familiares.

Asimismo aumentar el personal de cada turno con el objeto de que el sistema sea mas flexible, mas frecuentes los fines de semana libres y mayor la libertad de elección de los días de descanso compensatorio

Por otro lado, se recomienda que en el momento de seleccionar al personal, se ponga especial atención a los antecedentes físicos de los aspirantes, tales como trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño, dificultad con la visión nocturna u otros trastornos crónicos que podrían ser afectados por el trabajo nocturno.

De igual forma, llevar a cabo un sondeo prediciendo que personas son adecuadas para el trabajo en diferentes turnos en base a : salud y funcionamiento en el trabajo, calidad y cantidad de sueño, así como ambiente en el que se propicie el mismo, antecedentes de fatiga y estrés, enfermedades gastrointestinales, uso de medicamentos, consumo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas, igualmente indagar sobre la frecuencia de accidentes dentro y fuera del lugar de trabajo, por último averiguar sobre los probables problemas laborales, sociales y familiares.

En cuanto al perfil de personalidad se sugiere seleccionar al personal que presente, al menos en parte, las siguientes características: Socialmente adaptada, que manifieste poco o ningún interés especial acerca del cuerpo o de la salud, emocionalmente abierta y equilibrada, así como realista y con capacidad de "insight", conforme consigo misma, estable, activa, entusiasta, responsable, empática, y de trato fácil, precavida y flexible, así como presentar tolerancia al estrés y a la fatiga.

BIBLIOGRAFIA

- Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J-psichosom-res*, 1997; 42(6):607-13
- Appelberg K, Romanov K, Heikkila K, Honkasalo ML, Koskenvuo M. Interpersonal conflict as a predictor of work disability: a follow up study of 15,348 Finnish employees. *J-Psychosom-Res*; 1996;44(2):157-67
- Ayelsonn G, Ahlberg G Jr, Bodin L. Shiftwork nitrous oxide exposure and spontaneous abortion among Swedish midwives. *Occup-Environ-med* 1996;53(6):374-8
- Budnick LD, Lerman SE, Nicolich MJ. An evaluation of scheduled bright light and darkness on rotating shiftworkers: trial and limitations. *Am-J-Ind-Med*, 1995; 27(6):771-82
- Carpentier J, Cazamin P. El trabajo nocturno. Suiza. Ed. Organizacion Internacional del trabajo, 1977:1-6, 35
- Clerc JM. Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Ginebra: O.I.T., 1991:136-138
- Conditions of work digest. De. International Labour office. 1995; 14:71-187(ojo revisar)
- Courney JG, Longnecker MP, Petters RK. Psychosocial aspects of work and the risk of colon cancer. *Epidemiology* 1996; 7(2): 175-81
- Crawford SL, Motorola, Mesa AZ. Job stress and occupational health nursing: Modeling health affirming choices. *Usa-Aaohn J*, 1993; 41(11):522-528
- Daniellou F. La conduite de processus chimiques presence et pression du danger, en: Dejours C, Veil C, Wisner A. *Psychopatologie du travail, Entreprise moderne D'edition*, Paris 1985; 35-41
- Daniellou F, L'operateur, la vanne, l'ecran. *Anact*, Paris 1986; 29-42
- Davidhizar R, Shearer R. Dilemma for the nurse manager: the stress of caring "to much". *Today's-or-nurse* 1995; 17(2):36-8
- De la Fuente Muñoz Ramon. *Psicología médica*. 18a. reimpression. México:Fondo de cultura económica, 1978: 157-161
- Diez Benavides Mariano. De la emoción a la lesión. México: Trillas, 1976:5-836
- Eastman CI, Liu L, Fog LF. Circadian rhythm adaptation to simulated night shift work: effects of nocturnal bright-light duration. *Sleep*, 1995; 18(6):399-407
- Fontana David. Control del estrés, México: El manual moderno, 1992: 11-15
- Friedmann Gregorio, Naville Pierre. Tratado de sociología del trabajo. México: Fondo de cultura económico, 1978:13-20
- Galin Pedro. Condiciones de trabajo por turnos en la industria Peruana. 2da. de. Peru: O.I.T., 1982:2
- Gayosso Islas Evila, et.al. Riesgos de trabajo de la enfermera gestante. México. Tesis UNAM; ENEO, 1992.5-7
- Gelder Michael, Gath Dennis, Mayou Richard. *Concise Oxford Textbook of psychiatry*. Gran Bretaña, De. Oxford University < Press.; 1994:85-93, 91-97, 183-190, 217-227
- Horney D. La personalidad neurótica de nuestro tiempo. México. Paidós. 1989:29-72
- Jeammet PH, Reynaud M, Consoli S. *Manual de psicología médica*. España: Masson, 1989: 137-152
- Kawachi Y, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Speizer FE, Hennekens Ch. Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*, 1995;92(11):3178-82
- Kogi K. Je. Thurman. Trends in approaches to night and shiftwork and new international standards. *Ergonomics*. 1993; 36(1-3):3-13
- Ladow Joseph. *Medicina Laboral*. De. El manual Moderno. México, 1993.
- Leese G, Chattington P, Fraser W, Vura J, Edwards R, Williams G. Short-term night shift working mimics the pituitary-adrenocortical dysfunction in chronic fatigue syndrome. *J-clin-Endocrinol-Metab* 1996; 81(5): 1867-70
- Lennernas M, Hambræus L, Akerstedt T. Shift related dietary intake in day and shift workers.

- Appetite 1995; 25(3):253-65
- Levy RL, Cain KC, Jarret M, Heikemper MM. The relationship between daily life stress and gastrointestinal symptoms in woman with irritable bowel syndrome. *J-Behav Med* 1997; 20 (2) 1977-93
- Marc Maurice. *Shift work*: Geneva. Ed. International Labour Office. 1975: 92-146
- Martínez Pina Angel. *Patología psicósomática en la clínica médica y psicológica*. México: científico médico. 1973:5,61
- Meijan Theo, Van Der Meer Oebele, Van Darmolen Max. The after-effects of night work on short-term memory performance. *Ergonomics* 1993; 36(1-3):37-42
- Motohashi Y, Takano T. Sleep habits and psychosomatic health complaints of female workers in a megacity in Japan. *J-Biosoc-Sci* 1995; 27(4): 467-72
- Muchinsky Paul M. *Psicología aplicada al trabajo*. Bilbao. Desclee de Brouwer. 1994:611-624
- Niedhammer Mr Isabelle, Lert Ph D France, Marne Marie Jose, RN. Effect of shift work on sleep among french nurses. *NOM*. 1994; 6:667-674
- Niedhammer Y, Lert F, Marne MJ. Psychotropic drug use and shift work among french nurses (1980-1990). *Psychol-Med*, 1995; 25(2):329-338
- Nogareda Cuixart Clotilde, Nogareda Cuixart Silvia. Valoración de la carga mental en el servicio de urgencias de un hospital. *Salud y Trabajo*, 1990; 82:11-13
- Nursing*, 1994;4:1
- Nursing*, 1994;5:1
- Nursing*, 1996;4:1
- Parmeggiani Luigi. Night work. *Encyclopoedia of occupational health and safety*. 1991; 2:1441-42, 1480-82, 1052-55
- Pérez Toledo Miguel A.. *Stress: vida o muerte, como controlarlo*. 2da. México: Ed. Carisma, 1990: 27-32
- Petrescu Leonid. *El surmenaje*. Barcelona. Herder, 1980;93-100
- Quiroz García Alicia. *Oligofrenia y Agresividad*. México. Tesis de maestría; 1956:21-36
- Ramos Gil Javier. *Los ritmos biológicos y su influencia en el hombre*. *Salud y trabajo*. 1988; 68:14-19
- Rüssel Arnulf. *Psicología del trabajo*. España. Morata. 1976:164-169
- Sarason Irwin G. *Psicología anormal*. México. Trillas. 1978:250
- SPSS para windows 95. *Guía práctica para el análisis e interpretación de datos*, México. 1998.
- Sternberg H, Rosenthal T, Shamiss A, Green M. Altered circadian rhythm of blood pressure in shift workers. *J-Hum-Hypertens* 1995; 9(5):349-53
- Sutker Patricia B. y Adams Henry E. *Comprehensive of psychopathology*. 2da. Estados Unidos. De. Plenum Press.: 1993:183-190
- Suzuki M, Kashiwagi T, Oka M, Vechi M, Osei Hyiaman D, Yanaka T, Saga R. A study of the path diagram of the relationship between life style, mental health and psychosocial factors of nurses working at hospitals in Japan. *Kango-Kenkyu* 1997; 30(2):59-6
- Toro G. Ricardo, Yepes Luis E. *Psiquiatría*. Colombia. CIB1986:460
- Totterdell P, Spelten E, Pokiski J. The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle. *J-Adv-Nurs* 1995, 21(5):996-1005
- Tov N, Rubin AH, Lavie P. Effects of workland on residents sleep duration: Objective documentation. *Isr-J-Med-Sci* 1995; 31(7):417-23
- Ubeda Asensio Ramon. *Trabajos a turnos y ritmos biológicos*. *Salud y trabajo*, 1991; 83:12-17
- Wederburn alexander A.I. How fast should the night shift rotate. A rejoinder. *Ergonomics*, 1992; 35 (12):1447-1451
- Weich S, Lewis G, Mann A. Effect of early life experiences and personality on the reporting of psychosocial distress in general practice. A preliminary investigation. *Br.J-Psychiatry* 1996; 168-(1):116-20
- Wilkinson R.T. How fast should the night shift rotation. *Ergonomics*, 1992;35(12)1425-1446
- Wisner A. *Neurophysiologie du travail*. Paris De. CNAM 1987. Lecc. 30

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA - 2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley



Cuadernillo de aplicación

Revisión elaborada por el Comité
de Reestandarización del MMPI designado
por la Universidad de Minnesota

Traducido y adaptado al español por:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Dra. Isabel Reyes-Lagunes
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma
de México

James N. Butcher
U. Minnesota

W. Grant Dahlstrom
U. of North Carolina

John R. Graham
U. Kent State

Auke Tellegen
U. Minnesota

Responsable editorial por El Manual Moderno:

Lic. Lorena Blanca

Egresada de

Facultad de Estudios Profesionales-Zaragoza
Universidad Nacional Autónoma de México

Beverly Kaemmer
Coordinadora editorial
U. Minnesota Press



© 1942, 1943 (renovado 1970), 1983 University of Minnesota
© 1994 Universidad Nacional Autónoma de México

D.R. Prohibida su reproducción.
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo - 06100, México, D.F.

MMPI-2

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA-2

En este cuadernillo le presentamos una serie de enunciados o proposiciones numeradas, acerca de lo que la gente piensa o le gusta. Lea cada una de ellas y decida si es verdadera o falsa en referencia a usted.

No escriba en este cuadernillo. Anote sus contestaciones en la hoja de respuestas correspondiente.

Si un enunciado, aplicado a su situación personal, es en la mayoría de los casos verdadero, rellene el círculo marcado con la letra V (verdadero), tal como se muestra en el ejemplo A, que está a la derecha de esta hoja. Si un enunciado, aplicado a su situación personal, es en la mayoría de los casos falso, rellene el círculo marcado con la letra F (falso), tal como está en el ejemplo B. Por favor, no marque verdadero y falso al mismo tiempo en ninguna de las preguntas. Si la frase no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de respuestas. Sin embargo, trate de dar una respuesta a cada una de las frases.

Ejemplo: Sección de respuestas marcadas correctamente.

A.	<input checked="" type="radio"/>	F.
B.	V.	<input checked="" type="radio"/>

Recuerde que debe dar su opinión acerca de sí mismo. Procure ser lo más sincero posible.

Al marcar sus contestaciones en la hoja de respuestas, asegúrese de que el número del enunciado concuerde con el número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera modificar.

Recuerde, trate de dar respuesta a cada uno de los enunciados. Trabaje rápido pero con cuidado.

NO MARQUE ESTE CUADERNILLO

Ahora, abra su cuadernillo y empiece.

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Despierto descansado(a) y fresco(a) casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Mi padre es un hombre bueno, o (si su padre ha fallecido) fue un hombre bueno.
7. Me gusta leer los artículos sobre crímenes en los periódicos.
8. Por lo general tengo las manos y los pies lo suficientemente calientes.
9. Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés.
10. Actualmente estoy tan capacitado(a) para trabajar como siempre lo he estado.
11. Siento un nudo en la garganta casi todo el tiempo.
12. Mi vida sexual es satisfactoria.
13. La gente debería tratar de comprender sus sueños y guiarse por ellos o considerarlos como advertencias.
14. Me gustan las novelas de detectives o de misterio.
15. Trabajo bajo una gran presión.
16. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas.
17. Estoy seguro(a) que la vida es injusta conmigo.
18. Sufro ataques de náusea y de vómito.
19. Al iniciar un nuevo empleo me gusta saber con qué personas es importante ser amable.
20. Muy raras veces padezco estreñimiento.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. Nadie parece comprenderme.
23. A veces me dan ataques de risa o de llanto, que no puedo controlar.
24. En ocasiones los espíritus malignos se posesionan de mí.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Cuando estoy en problemas creo que lo mejor es quedarme callado(a).
27. Por principio, cuando alguien me hace algún mal siento que, de ser posible, debería pagarle con la misma moneda.
28. Padezco acidez estomacal varias veces a la semana.
29. En ocasiones siento deseos de maldecir.
30. Tengo pesadillas varias veces a la semana.
31. Tengo dificultades para concentrarme en una tarea o trabajo.
32. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
33. Raras veces me preocupo por mi salud.
34. Nunca he tenido dificultades a causa de mi conducta sexual.
35. Cuando era más joven, a veces robé algunas cosas.
36. Casi siempre tengo tos.
37. A veces siento ganas de destrozar las cosas.

4 • *Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 [MMPI-2]*

38. He tenido periodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada, porque no tenía la energía suficiente para empezar.
39. Mi sueño es irregular e intranquilo.
40. A menudo me parece que me duele toda la cabeza.
41. No siempre digo la verdad.
42. Si la gente no hubiera querido perjudicarme, hubiera tenido más éxito en la vida.
43. Soy más sensato ahora que nunca.
44. Una vez a la semana o más a menudo, sin causa aparente, de repente siento calor en todo el cuerpo.
45. Estoy tan sano como la mayoría de mis amigos.
46. Prefiero hacerme el desentendido cuando veo a amigos de la escuela o a personas conocidas que no he visto por mucho tiempo, a no ser que ellas me hablen primero.
47. Casi nunca me ha dolido el corazón o el pecho.
48. Casi siempre preferiría soñar despierto en lugar de hacer otra cosa.
49. Soy una persona muy sociable.
50. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de personas que sabían menos que yo.
51. No leo diariamente todos los artículos editoriales del periódico.
52. No he llevado una vida correcta.
53. Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
54. A mi familia no le gusta el trabajo que escogí o la ocupación que pienso escoger para trabajar el resto de mi vida.
55. Algunas veces me empeño tanto en algo que las personas pierden la paciencia conmigo.
56. Quisiera poder ser tan feliz como parecen serlo otras personas.
57. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
58. Creo que mucha gente exagera sus desgracias para que los demás se compadezcan de ellos y les ayuden.
59. Sufro de malestares en la boca del estómago, varios días a la semana o más frecuentemente.
60. Cuando estoy con gente me molesta oír cosas muy extrañas.
61. Soy una persona importante.
62. A menudo he deseado ser mujer, (o si usted es mujer) nunca he lamentado ser mujer.
63. Las personas no lastiman mis sentimientos con facilidad.
64. Me gusta leer novelas de amor.
65. La mayor parte del tiempo me siento triste.
66. Sería mejor que se desecharan casi todas las leyes.
67. Me gusta la poesía.
68. A veces molesto a los animales.
69. Creo que me gustaría trabajar como guardabosques.
70. Pierdo fácilmente las discusiones.
71. En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.

Pase a la página siguiente

72. A veces mi alma abandona mi cuerpo.
73. Definitivamente no tengo confianza en mí mismo.
74. Me gustaría ser florista.
75. Generalmente siento que la vida vale la pena.
76. Cuesta mucho trabajo convencer a la mayoría de la gente de la verdad.
77. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
78. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
79. No me molesta que se burlen de mí.
80. Me gustaría ser enfermera (enfermero).
81. Creo que la mayoría de la gente mentiría para salir adelante.
82. Hago muchas cosas de las que luego me arrepiento. (Me arrepiento más, o más frecuentemente que otras personas, de las cosas que hago.)
83. Tengo pocos disgustos con miembros de mi familia.
84. Cuando joven me suspendieron de la escuela una o más veces por mala conducta.
85. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
86. Me gusta ir a fiestas y reuniones animadas y alegres.
87. Me he enfrentado a problemas con tantas posibilidades de solución que no he podido llegar a una decisión.
88. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
89. Los conflictos más graves que tengo son conmigo mismo.
90. Quiero a mi padre, (o si su padre ha fallecido) quise a mi padre.
91. Casi nunca tengo calambres o contracciones musculares.
92. No parece importarme lo que me pase.
93. Algunas veces, cuando no me siento bien, soy irritable.
94. Muchas veces tengo la sensación de haber hecho algo malo o diabólico.
95. Casi siempre estoy feliz.
96. A mi alrededor veo cosas, animales o personas que otros no ven.
97. Me parece tener la cabeza o la nariz congestionadas la mayor parte del tiempo.
98. Algunas personas son tan mandonas que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen la razón.
99. Alguien me tiene mala voluntad.
100. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
101. A menudo siento como si tuviera una banda que me apretara la cabeza.
102. Algunas veces me enojo.
103. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
104. La mayor parte de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
105. En la escuela algunas veces me llevaron ante el director por mala conducta.

106. Mi manera de hablar es la misma de siempre (ni más rápida, ni más lenta, ni balbuceante, ni ronca).
107. Mis modales en la mesa no son tan buenos en casa como cuando salgo a comer con otras personas.
108. Cualquiera persona que sea capaz y esté dispuesta a trabajar duro tiene buenas posibilidades de éxito.
109. Me parece que soy tan listo(a) y capaz como la mayoría de los que me rodean.
110. La mayoría de la gente usaría medios discutibles con tal de obtener lo que quiere.
111. Tengo muchos problemas estomacales.
112. Me gusta el arte dramático.
113. Sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
114. Algunas veces me siento tan asustado(a) por las cosas personales de otros, como calzado, guantes, etcétera, que me gustaría tocarlos o robarlos aunque no me sirvan.
115. Cuando veo sangre no me asusto ni me enfermo.
116. Con frecuencia no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado(a).
117. Nunca he vomitado ni escupido sangre.
118. No me preocupa contraer enfermedades.
119. Me gusta recoger flores o cultivar plantas dentro de mi casa.
120. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo justo.
121. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
122. A veces mis pensamientos han pasado por mi mente con tanta rapidez que no he podido expresarlos en palabras.
123. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro(a) de no ser descubierto(a), probablemente lo haría.
124. A menudo me pregunto cuál será la verdadera intención de las personas que hacen algo bueno por mí.
125. Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la de la mayoría de las personas que conozco.
126. Creo en el cumplimiento de la ley.
127. La crítica o el regaño me hieren profundamente.
128. Me gusta cocinar.
129. Mi conducta depende principalmente del comportamiento de las personas que me rodean.
130. Definitivamente, a veces me siento un inútil.
131. Cuando niño(a) pertenecía a un grupo de amigos que procurábamos ser leales en cualquier problema.
132. Creo que existe otra vida después de ésta.
133. Me gustaría ser soldado.
134. A veces siento el deseo de empezar una pelea a golpes con alguna persona.
135. Muchas veces he perdido oportunidades por no haberme decidido a tiempo.
136. Me impacienta que la gente me pida consejos o me interrumpa cuando estoy trabajando en algo importante.
137. Acostumbraba llevar un diario sobre mi vida.

Pase a la página siguiente

138. Creo que están conspirando contra mí.
139. Prefiero ganar que perder en un juego.
140. Casi todas las noches me quedo dormido(a) sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
141. Durante los últimos años he gozado de buena salud la mayor parte del tiempo.
142. Nunca he tenido un ataque de convulsiones.
143. No subo ni bajo de peso.
144. Creo que me están siguiendo.
145. Siento que frecuentemente he sido castigado(a) sin motivo.
146. Llora fácilmente.
147. No entiendo lo que leo tan bien como antes.
148. Nunca en mi vida me he sentido mejor que ahora.
149. A veces la parte superior de mi cabeza está muy sensible.
150. Algunas veces siento que debería herirme o lastimar a otros.
151. Me molesta que alguien me engañe tan hábilmente que tenga que admitir que fui burlado(a).
152. No me canso con facilidad.
153. Me gusta conocer a gente importante porque eso me hace sentir importante.
154. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
155. No me preocuparía si alguno de mis familiares tuviera problemas con la ley.
156. Sólo estoy contento cuando paseo o viajo sin un plan definido.
157. No me importa lo que otros piensen de mí.
158. Me siento incómodo(a) cuando tengo que hacer payasadas en una reunión, aun cuando los demás estén haciendo lo mismo.
159. Nunca me he desmayado.
160. Me gustaba la escuela.
161. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido(a).
162. Alguien ha intentado envenenarme.
163. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
164. Nunca o casi nunca tengo mareos.
165. Mi memoria parece estar en buenas condiciones.
166. Me preocupan las cuestiones sexuales.
167. Me cuesta trabajo entablar una conversación con alguien que acabo de conocer.
168. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.
169. Cuando me aburro me gusta provocar algo emocionante o divertido.
170. Tengo miedo de perder el juicio.
171. Estoy en contra de dar dinero a los pordioseros.
172. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
173. Puedo leer durante mucho tiempo sin que se me cansen los ojos.
174. Me gusta leer o estudiar acerca de las cosas en las que estoy trabajando.

Pase a la página siguiente

175. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
176. Muy pocas veces me duele la cabeza.
177. Mis manos no se han entorpecido ni perdido habilidad.
178. Algunas veces cuando me apeno empiezo a sudar, cosa que me molesta muchísimo.
179. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
180. Algo anda mal en mi mente.
181. No me dan accesos de alergia o de asma.
182. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar el habla o los movimientos, pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
183. No me agradan todas las personas que conozco.
184. Muy pocas veces sueño despierto(a).
185. Desearía no ser tan úmido(a).
186. No tengo miedo de manejar dinero.
187. Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro.
188. Disfruto de distintas clases de juegos y diversiones.
189. Me gusta coquetear.
190. Mi familia me trata más como un(a) niño(a) que como un adulto.
191. Me gustaría ser periodista.
192. Mi madre es una buena mujer, (o si su madre ha fallecido) mi madre era una buena mujer.
193. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las rayas en las banquetas.
194. Nunca he tenido erupciones (ronchas, salpullido, etcétera) que me preocuparan.
195. En comparación con otros hogares, hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia.
196. Frecuentemente me encuentro preocupado(a) por algo.
197. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
198. Frecuentemente oigo voces sin saber de dónde vienen.
199. Me gusta la ciencia.
200. No se me dificulta pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
201. Me gusta mucho cazar.
202. A menudo mis padres se oponían a la clase de gente que frecuentaba.
203. En ocasiones me gusta el chisme.
204. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
205. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan o irritan mucho.
206. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
207. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
208. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me falta la respiración.
209. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
210. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.

Pase a la página siguiente

211. Se me inculcó un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con mucho cuidado.
212. Algunas veces he sido un obstáculo para personas que querían hacer algo, no porque eso fuera importante, sino por cuestión de principios.
213. Me enojo con facilidad, pero se me pasa pronto.
214. He sido bastante independiente y liberado(a) de la disciplina familiar.
215. Me preocupo mucho.
216. Alguien ha estado intentando robarme.
217. Casi todos mis parientes están de acuerdo conmigo.
218. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado(a) mucho tiempo.
219. He tenido decepciones amorosas.
220. Nunca me preocupa mi apariencia física.
221. Sueño frecuentemente cosas que es mejor mantener en secreto.
222. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre el sexo.
223. No creo ser más nervioso(a) que la mayoría de las personas.
224. Padezco poca o ninguna clase de dolores.
225. Mi forma de hacer las cosas tiende a ser malinterpretada por otros.
226. Algunas veces sin razón, aun cuando las cosas van mal, me siento muy alegre, como si estuviera en "la cima del mundo".
227. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
228. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos e ideas.
229. He tenido momentos en los que mi mente se ha quedado en blanco y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
230. Puedo ser amistoso(a) con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
231. Me gusta estar en un grupo en el que se hacen bromas los unos a los otros.
232. En las elecciones, algunas veces voto por candidatos que casi no conozco.
233. Se me dificulta comenzar a hacer las cosas.
234. Creo que estoy condenado(a).
235. Fui una persona lenta para aprender en la escuela.
236. Si fuera artista me gustaría dibujar flores.
237. No me molesta no ser mejor parecido(a).
238. Sudó con facilidad aun en días frescos.
239. Tengo entera confianza en mí mismo.
240. A veces me ha sido imposible evitar robar o llevarme algo de una tienda.
241. Es más seguro no confiar en nadie.
242. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy agitado(a).
243. Cuando estoy con un grupo de personas se me dificulta pensar en temas apropiados para platicar o conversar.
244. Cuando me siento triste, casi siempre algo emocionante me saca de ese estado.

Pase a la página siguiente

245. Cuando salgo de casa no me preocupo por cerrar bien las ventanas y la puerta con llave.
246. Creo que mis pecados son imperdonables.
247. Se me adormecen una o varias partes de la piel.
248. No culpo a la persona que se aprovecha de otra, si esta última se expone a que ocurra tal cosa.
249. Mi vista está tan bien ahora como lo ha estado por años.
250. A veces me divierte tanto la astucia de algún criminal, que he deseado que se salga con la suya.
251. Con frecuencia me ha parecido que algún extraño me miraba críticamente.
252. Todo me sabe igual.
253. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
254. La mayoría de las personas hace amistades porque los amigos les pueden resultar útiles en algún momento.
255. Casi nunca noto que me zumben o silben los oídos.
256. De vez en cuando siento odio hacia los miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
257. Si fuera reportero(a) me gustaría mucho escribir notas deportivas.
258. Puedo dormir durante el día pero no durante la noche.
259. Estoy seguro(a) de que la gente habla de mí.
260. A veces me río de los chistes obscenos.
261. Tengo muy pocos temores en comparación con los de mis amigos.
262. No me sentiría apenado(a) si ante un grupo de personas, tuviera que iniciar una discusión u opinar acerca de algo que conozco bien.
263. Siempre me molesta que la justicia deje libre a un criminal debido a las maniobras de un abogado astuto.
264. He bebido alcohol con exceso.
265. Por lo general no le hablo a la gente, hasta que ellos me hablan.
266. Nunca he tenido problemas con la ley.
267. Tengo periodos en que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
268. Quisiera que no me perturbaran pensamientos sexuales.
269. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en lo que acuerden.
270. No me molesta mucho ver sufrir a los animales.
271. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
272. Nunca en mi vida me gustó jugar con muñecas.
273. A menudo la vida me resulta difícil.
274. Soy tan susceptible respecto a algunos temas que ni siquiera puedo hablar de ellos.
275. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.

Pase a la página siguiente

276. Quiero a mi madre, (o si su madre ha fallecido) quise a mi madre.
277. Aun cuando estoy acompañado(a) me siento solo(a) la mayor parte del tiempo.
278. Recibo toda la comprensión que debiera recibir.
279. Me niego a participar en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
280. Creo que hago amistades tan fácilmente como cualquiera.
281. No me gusta tener gente a mi alrededor.
282. Me han dicho que camino cuando estoy dormido(a).
283. La persona que causa tentación dejando propiedades de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
284. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
285. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
286. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
287. Muchos de mis sueños están relacionados con el sexo.
288. Mis padres y familiares me encuentran más fallas de las que debieran.
289. Me avergüenzo muy fácilmente.
290. El dinero y los negocios me preocupan.
291. Nunca he estado enamorado(a) de alguien.
292. Algunos de mis familiares han hecho ciertas cosas que me han asustado.
293. Casi nunca sueño.
294. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
295. Nunca he sufrido parálisis o alguna debilidad fuera de lo común en alguno de mis músculos.
296. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado(a).
297. Mi padre o mi madre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían la razón.
298. A veces percibo olores raros.
299. No me puedo concentrar en una sola cosa.
300. Tengo motivos para sentirme celoso(a) de uno o más miembros de mi familia.
301. Casi todo el tiempo me siento preocupado(a) por algo o por alguien.
302. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
303. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto(a).
304. Algunas veces me siento tan inquieto(a) que me es difícil quedarme dormido(a).
305. Sin duda he tenido más cosas de qué preocuparme de las que me corresponderían.
306. A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno.
307. A veces me molesta oír tan bien.
308. Se me olvida muy pronto lo que me dicen.

Pase a la página siguiente

309. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
310. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
311. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
312. La única parte interesante del periódico son las caricaturas de la sección cómica.
313. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia, como la cantidad de focos en los anuncios luminosos y cosas por el estilo.
314. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
315. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amigables de lo que esperaba.
316. Tengo pensamientos extraños y poco comunes.
317. Me pongo nervioso(a) y preocupado(a) cuando tengo que salir de casa para hacer un viaje corto.
318. Por lo general espero tener éxito en lo que hago.
319. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo(a).
320. He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño.
321. No temo entrar solo(a) a un salón donde hay gente reunida platicando.
322. Tengo miedo de usar cuchillos o cualquier otra cosa filosa o puntiaguda.
323. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
324. Puedo atemorizar fácilmente a la gente y a veces lo hago para divertirme.
325. Es más difícil para mí concentrarme de lo que parece ser para otras personas.
326. En varias ocasiones he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
327. A menudo me vienen a la mente malas palabras, palabras horribles y me es imposible libramme de ellas.
328. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
329. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
330. A veces me siento lleno(a) de energía.
331. Tengo la tendencia a tomar las cosas muy en serio.
332. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
333. La gente dice cosas ofensivas y vulgares acerca de mí.
334. Me siento incómodo(a) cuando estoy en lugares cerrados.
335. Generalmente no me preocupo mucho de cómo soy y de cómo hago las cosas.
336. Alguien controla mi mente.
337. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo(a) o con una sola persona en vez de reunirme con el grupo.
338. La gente me desilusiona con frecuencia.
339. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas.

Pase a la página siguiente

340. Me gusta muchísimo ir a bailes.
341. Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más lentamente que de costumbre.
342. A menudo platico con extraños en trenes, autobuses, etcétera.
343. Me gustan los niños.
344. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
345. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
346. Con frecuencia he conocido a personas supuestamente expertas y que no resultaron mejores que yo.
347. Me siento un(a) fracasado(a) cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
348. Pienso frecuentemente: "quisiera volver a ser niño(a)".
349. Nunca me siento más contento(a) que cuando estoy solo(a).
350. Si me dieran la oportunidad sería un(a) buen(a) líder.
351. Me siento incómodo(a) con los chistes obscenos.
352. Las personas generalmente exigen más respeto para sus propios derechos, que el que están dispuestas a conceder a los demás.
353. Me gustan las reuniones sociales sólo por estar con la gente.
354. Procuo recordar anécdotas interesantes para contárselas después a otras personas.
355. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me obligaba a hacer cosas hipnotizándome.
356. Cuando inicio una tarea me es difícil hacerla a un lado, aunque sea por un momento.
357. Con frecuencia no me entero de los chismes y habladurías de mi grupo.
358. A menudo me he encontrado personas que envidian mis buenas ideas, sólo porque a ellas no se les ocurrieron primero.
359. Disfruto con el alboroto de una multitud.
360. No me molesta conocer a personas extrañas.
361. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
362. Recuerdo haberme fingido enfermo(a) para evitar algo.
363. Mis preocupaciones parecen desaparecer cuando estoy con un grupo de amigos(as) animados(as).
364. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
365. Me gusta hacerle saber a la gente mi punto de vista sobre las cosas.
366. He tenido épocas en las que me sentía tan lleno(a) de energía que en ocasiones, hasta por varios días, no necesitaba dormir.
367. Siempre que me es posible evito estar entre mucha gente.
368. Me atemorizo ante las crisis o dificultades.
369. Tiendo a dejar de hacer algo que quiero, si otros creen que eso no vale la pena.

Pase a la página siguiente



Hoja de respuestas para calificación manual



NOMBRE _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES

No maltrate ni doble esta hoja. Marque con lápiz del No. 2 o 2½. No use pluma ni marcador. Marque su respuesta llenando completamente el círculo que corresponde.

MARQUE ASÍ: ○

No marque así:

EN CASO DE ERROR, BORRE COMPLETAMENTE.

Número de identificación

Carrera/Ocupación

Semestre

Edad

Sexo

Masculino

Femenino

Estado Civil

Soltero

Casado

Unión libre

Divorciado

Separado

Viudo

Escolaridad

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Profesional

Posgrado

A

B

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196

CUESTIONARIO DE ALTERACIONES FÍSICAS DEL TRABAJO NOCTURNO

Nombre	Edad	Sexo
Escolaridad		
	Noche	Día
Presión arterial	_____	_____
Temperatura	_____	_____
Frecuencia cardíaca	_____	_____
Frecuencia respiratoria	_____	_____
Perímetro torácico: a) En reposo	_____	_____
b) Inspiración	_____	_____
c) Espiración	_____	_____

A continuación encontrará una serie de preguntas con el objeto de determinar su salud física, marque con una cruz, o bien con el número correspondiente, la respuesta correcta, de acuerdo a su sintomatología, por favor sea lo más sincera posible.

- | | | |
|---|-----|-----|
| | SI | NO |
| 1. Existe alguna diferencia entre el número de evacuaciones y micciones durante el día que durante la noche, como (1) cantidad, (2) consistencia, (3) frecuencia, (4) otros | () | () |

Si es así, explique

- | | | |
|---|-----|-----|
| 2. Ha notado si después de ingerir sus alimentos presenta: (1) agruras, (2) acidez estomacal, (3) dolor de estomago, (4) regresa la comida, (5) otros | () | () |
|---|-----|-----|

Si su respuesta es afirmativa en cualquier caso, especifique

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| 3. Presenta problemas en su apetito | () | () |
|-------------------------------------|-----|-----|

De que manera

- | | | |
|--|-----|-----|
| 4. Su peso se ha visto alterado durante los últimos 5 años | () | () |
|--|-----|-----|

Por cuantos Kgrs.

- | | | |
|---|-----|-----|
| 5. Sus ciclos menstruales se han presentado con regularidad | () | () |
|---|-----|-----|

Si su respuesta es negativa, explique

- | | | |
|--|-----|-----|
| 6. Padece usted de tensión premestruaI o dolor pélvico | () | () |
|--|-----|-----|

Si es así, como lo maneja

7. En los últimos 5 años ha presentado problemas de salud que ameritarán hospitalización o largos tratamientos

Cuales y por cuanto tiempo

8. Padece usted: (1) gastritis, (2) ulcera gastroduodenal, (3) colitis espástica
(4) colitis ulcerosa

Hace cuanto tiempo

9. Padece usted crisis hemorroidales

Con que frecuencia

10. Ingiere algún medicamento para mantenerse despierto o bien para dormir

Cual y con que frecuencia

11. Padece usted cefalea o migrañas

Si es así, como lo maneja

12. Se ha presentado dolores articulares como: (1) codos, (2) rodillas, (3) nudillos,
(4) otros

En donde se localizan y con que frecuencia

13. Ha presentado usted dolores lumbares

Hace cuanto tiempo y con que frecuencia

14. Siente usted dolor en los músculos de la nuca

Que tan frecuentes son y como los mitiga

15. Ha notado dolor en mialgias

Con que frecuencia

16. A pesar de haber dormido se siente usted agotada

Como lo maneja

17. Se estresa usted

Con que frecuencia y como lo maneja

ENTREVISTA DIRIGIDA PARA VALORACION FAMILIAR Y SOCIAL

Nombre

Edad

Sexo

Escolaridad

- 1.- En general ¿como se comporta su familia como unidad?
- 2.- Cuando sus familiares necesitan ayuda o consejo ¿a quien se dirigen?
- 3.- ¿Como maneja su familia el estrés?
- 4.- ¿Como adopta las decisiones su familia? ¿quien tiene la última palabra?
- 5.- ¿Que ocurre si alguien no esta de acuerdo?
- 6.- Cuando alguien se pone enfermo ¿quien le cuida?
- 7.- ¿Cual es su papel en su familia; ¿se encuentra cómoda en ese papel? ¿por que?
- 8.- ¿Con que valores sociales se identifica?
- 9.- ¿Cual de ellos son importante para usted ahora?
- 10.- ¿Cuales son las tradiciones de su familia (por ejem. reuniones, celebraciones, el cabeza de familia comidas, actividades religiosas, prácticas de cuidado de la salud. etc.?)
- 11.- En cuales de ellas participa?
- 12.- ¿,Que hace su familia para divertirse?
- 13.- ¿Que piensa sobre el tiempo libre? (por ejem. lo odia, esta deseando que llegue, etc.)
- 14.- ¿Cuales son sus aficiones? ¿,y las de otros miembros de su familia?
- 15.- ¿Que intereses tiene aparte de su familia?
- 16.- ¿Cual fue la última vez que usted y su familia se reunieron en una actividad de tiempo libre'?
- 17.- ¿Que es lo mas importante de su vida? ¿y lo menos?
- 18.- ¿Como lo incorpora a su vida'?
- 19.- ¿Que opina sobre la moral con la que creció?
- 20.- ¿Le crea algún conflicto con su familia? si lo crea, ¿que tipo de conflicto?
- 21.- ¿Como se integra en la sociedad?
- 22.- ¿,Ayudaría a alguien al que no conociera? ¿por que'? ¿y a alguien que conozca?
- 23.- ¿Aceptaría ayuda de alguien al que no conozca? ¿y de alguien al que conozca? ¿por que?
- 24.- ¿Cuales son las personas mas importantes en su vida?
- 25.- ¿A quien siente mas cerca'? ¿,por que'?
- 26.- ¿Con que frecuencia sale con sus amigas (os)?
- 27.- ¿Con que frecuencia realiza actividades sociales?
- 28.- ¿Con quien se comunica mas fácilmente
- 29.- ¿Que áreas de su vida tiene dificultad de compartir con otros?
- 30.- ¿Como equilibra el trabajo, las tareas del hogar y el ocio?
- 31.- ¿Como se relaciona con otras personas?
- 32.- ¿Cual es su estado civil?
- 33.- ¿Cuantos hijos tiene y cuales son sus edades?
- 34.- ¿Cuántas personas dependen de usted económicamente?



INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS Y SOCIALES
INVESTIGACIONES EN SERVICIOS DE SALUD
CENTRO DE DOCUMENTACION EN SALUD MENTAL

Folio

Fecha

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD
(CGS - 28)

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado de salud en general. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con padecimientos comunes.

Es importante que conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere mas adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció éstas molestias antes de éste tiempo no las tome en cuenta.

(1) (2) (3) (4)

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
6. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	

(1)

(2)

(3)

(4)

7. ¿Al despertar se siente cansado?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
8. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aún para comer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
10. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
11. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
13. ¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
14. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
15. ¿Se tarda mas tiempo en hacer las cosas?	Menos que antes	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
16. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
17. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más útil que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
19. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes

(1)

(2)

(3)

(4)

20. ¿Disfruta de sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
21. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más capaz que antes	Igual que antes	Menos capaz que antes	Mucho menos capaz que antes	
22. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
23. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
24. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
25. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
26. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí	
27. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí	

Suma de las
columnas 3 y 4

--	--