

**TRASTORNOS EMOCIONALES FRECUENTES EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA QUE REALIZA TURNOS NOCTURNOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DE UNA IPS MONTERÍA, 2015.**

**VILMA ROSA GUZMÁN PETRO
PAULA ANDREA HERNÁNDEZ ARGUMEDO**

ASESORA DE CONTENIDO

**LUZ DARY RIPOLL GARCÍA
ENFERMERA MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA
2015**

**TRASTORNOS EMOCIONALES FRECUENTES EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA QUE REALIZA TURNOS NOCTURNOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DE UNA IPS MONTERÍA, 2015.**

**VILMA ROSA GUZMÁN PETRO
PAULA ANDREA HERNÁNDEZ ARGUMEDO**

ASESORA DE CONTENIDO

**LUZ DARY RIPOLL GARCÍA
ENFERMERA MAGISTER EN ENFERMERÍA**

ASESOR METODOLÓGICO

DOCTOR ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo mi crecimiento personal; a mis padres por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por su apoyo incondicional para alcanzar mi superación personal y profesional; a mi esposo esa persona especial gran ejemplo en mi vida, su compañía y su apoyo han sido imprescindibles en el éxito alcanzado. A mis compañeros que siempre estuvieron para darme la mano cuando más los necesite y por último a mis profesores que con su paciencia y apoyo se esforzaron por transmitirme día a día sus conocimientos.

VILMA GUZMÁN

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más; a mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante mi trayecto estudiantil y de mi vida, que gracias a sus consejos y apoyo ha sabido de una u otra manera guiarme e impulsarme para terminar mi carrera profesional; a mi hijo por darme momentos de alegría, por enseñarme lo maravilloso que es vivir intensamente el día a día y saber que no hay prueba difícil la cual no se pueda superar; a Jorge Luis Casarrubia al cual le debo muchas de mis alegrías, por demostrarme que aunque la vida por momentos sea gris, en algún momento saldrá de nuevo el sol. Y por último a mis profesores que a lo largo de mi carrera contribuyeron en mi formación como ser humano.

PAULA HERNÁNDEZ

CONTENIDO

RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVOS

- 1.1. GENERAL
- 1.2. ESPECÍFICOS

2. MARCO REFERENCIAL

- 2.1. MARCO HISTÓRICO
- 2.2. MARCO TEÓRICO
 - 2.2.1. Trastornos emocionales
 - 2.2.2. Tipos de trastornos emocionales
 - 2.2.3. Depresión
 - 2.2.3.1. Tipos de depresión
 - 2.2.4. Ansiedad
 - 2.2.5. Estrés
 - 2.2.6. Turnos nocturnos
- 2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS
- 2.4. MARCO LEGAL
- 2.5. MARCO CONCEPTUAL

3. DISEÑO METODOLÓGICO

- 3.1. TIPO DE ESTUDIO
- 3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO
- 3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO
- 3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS
- 3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
- 3.6. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO
- 3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
- 3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
- 3.9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES (RES. 8430/93, CLASIFICACIÓN RIESGO ÉTICO, CONSENTIMIENTO INFORMADO)

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- 4.1. Aspectos sociodemográficos

- 4.2. Identificación de los trastornos emocionales que se presentan con frecuencia el personal de enfermería.
- 4.3. Relación de los turnos nocturnos y la presencia de trastornos emocionales.

5. CONCLUSIONES

6. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO B. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

ANEXO C. TEST/ ESCALA DASS – 21

RESUMEN

Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en la cual se identifican los trastornos emocionales frecuentes del equipo de enfermería que labora en el servicio de urgencias de una IPS de Montería. Dentro de los trastornos emocionales frecuentes se tuvo en cuenta la depresión, ansiedad y estrés. Se trabajó con una muestra por conveniencia de 34 trabajadores, la cual la integra enfermero/as y auxiliares de enfermería del servicio de urgencia; en la recolección de los datos se utilizó la escala DASS- 21 y una encuesta sociodemográfica.

Los resultados mostraron que el personal de enfermería en su mayoría es de sexo femenino con un 85% de la población seguido con un 15% del género masculino; el rango de edad más predominante está entre los 30–39 años de edad con un porcentaje del 50%; seguido por los que tienen 20-29 años con un 47% y por último los que tiene 40–49 años con un 3% de la población; El estado civil se encuentran un alto porcentaje de solteros, siendo un 41% de la población; seguido de los que están en unión libre con un 38%; un 15% se encuentran casados y un 6% de estos están separados.

A nivel de la clasificación según el grado de formación profesional, el cual se ve relacionado con el desarrollo y realización de las actividades laborales para cada trabajador, se encontró que el 17% de la muestra corresponde sexo masculino con título profesional y un 83% del sexo femenino, el otro 14% de sexo masculino corresponde al nivel técnico y el 86% de sexo femenino; con relación a la antigüedad laboral en su mayoría están entre 2 y 5 años de servicio, que representa un 64%; con un 26% se encuentran los que tienen entre 6 y 10 años y con 10% los que tienen entre 11 y 15 años de servicio.

En la IPS se identificaron según el estudio en su mayoría trastornos emocionales en rango normal, para la depresión con un 76%; la ansiedad con un 50%, y el estrés con un 71%; sin embargo la ansiedad fue el trastorno que más predominio tubo entre el personal de enfermería con un 50% del total de la población; seguido del estrés con un 30% y la depresión en un 24% de todos los encuestados, además se identificó que el personal que realiza 10 o más turnos nocturnos al mes, muestran una mayor afectación que los que realizan una menor cantidad de estos, echo que puede convertirlos en un grupo vulnerable en el ámbito asistencial y con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas a medida que aumente el horario de trabajo nocturno y su antigüedad laboral.

Palabras claves: trastornos emocionales, depresión, ansiedad y estrés personal de enfermería y turnos nocturnos.

ABSTRACT

This research is descriptive, cross-sectional quantitative approach, in which the common emotional disorders nursing staff working in the emergency department of an IPS Monteria are identified. Within the common emotional disorders it took into account depression, anxiety and stress. We worked with a convenience sample of 34 workers, which integrates nurse / as auxiliary and emergency service; in collecting the data DASS- 21 scale and sociodemographic survey was used.

The results showed that the nursing staff is mostly female with 85 % of the population followed with 15% of the male gender ; the predominant age range is between 30-39 years old with a percentage of 50 % ; followed by those aged 20-29 years with 47 % and finally those who have 40-49 years with a 3% of the population; Marital status are in their great majority singles with 41% of the population; followed by those in union with 38% ; 15% are married and 6% of these are separated; A classification level by level of professional training, which is linked to the development and implementation of work activities for each worker , it was found that 17% of the sample is male professional title, like the 83 % in the female , the other 14 % in the male corresponds to the technical level as well as 86% of female gender ; in relation to length they are mostly between 2 and 5 years of service with 64 % ; 26% are children aged between 6 and 10 years with 10 % and those between 11 and 15 years of work in the service. In the IPS were identified according to the study mostly emotional disorders in normal range for depression with 76% ; anxiety with 50 % and 71% stress ; however anxiety disorder pipe was more prevalent among nurses with 50% of the total population; followed stress with 30% and depression in 24% of all respondents also identified that personnel performing 10 or more turns night a month, show greater impairment than those doing fewer of these , cast which can make them a vulnerable group in the health

care setting and with trends to manifest as physical and psychological changes that increase the hours of night work and seniority

Keywords: emotional disorders, stress, anxiety, depression, personal Nursing and night shift.

INTRODUCCIÓN

El trabajo nocturno de los profesionales de enfermería se relaciona estadísticamente con un deterioro en su calidad de vida. Estudios realizados sobre trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que realiza turnos nocturnos, muestran que las personas que trabajan de noche presentan una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, con relación a las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna. Ello puede ser debido a diversas causas, pero, sin duda, una de ellas es “la dificultad de adaptación debida a la alteración de los ritmos circadianos y biológicos del ser humano que siguen unas repeticiones cíclicas, regulares y sociales”¹. Los efectos negativos del turno de noche sobre la salud de las personas se dan a distintos niveles, donde “se ve alterado el equilibrio biológico, por el desfase de los ritmos corporales y por los cambios en los hábitos alimentarios; también se dan perturbaciones en la vida familiar y social”.²

Las actividades de la vida cotidiana, están organizadas acorde a las personas que trabajan en horarios diurnos, estas generalmente “siguen una programación social por bloques temporales: entre medianoche y las seis de la madrugada, la mayoría de las personas duermen. Las tardes, las noches o los fines de semana se emplean para la interacción familiar y social”.³

Se buscó conocer mediante esta investigación, cómo se afecta la vida diaria del personal de enfermería que realizan trabajos en turnos nocturnos, sobre todo en

¹ TUCKER, P. Compressed working weeks, en Conditions of Work and Employment Series No. 12 Prefacio OIT 2006.

² *Ibíd.*

³ CUIXART, Clotilde Nogareda y CUIXART, Silvia Nogareda. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.

su parte emocional, teniendo en cuenta como “el trabajo nocturno involucra mayor riesgo en el bienestar emocional y la estabilidad integral de las personas, especialmente por el impacto que genera en las diversas esferas del individuo”⁴. Dentro de este tema, se contempla el bienestar físico, psicológico y social, de las personas.

Para la profesión de enfermería es fundamental esta investigación ya que nos permitirá la creación de estrategias en salud para el personal de enfermería que labora en los servicios de urgencias. La información se tomó mediante la aplicación de la escala de DASS- 21 y una encuesta sociodemográfica, donde se indagó sobre los factores sociodemográficos y demás criterios que influyen en la depresión, estrés, y ansiedad que afectan la salud de esta población. Por ello es importante tener en consideración las consecuencias que el trabajo nocturno tiene sobre el ámbito personal y del entorno de las enfermeras.

Se toma entonces el concepto de trastornos emocionales, (para este caso la depresión, estrés y ansiedad) como “una situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, y que tienen como característica principal una alteración del humor, desórdenes mentales y afectivos que se describen por grados severos de desorganización de la personalidad y la pérdida de contacto con la realidad.”⁵, situación que llevó a las investigadoras, a buscar si se presentaba algunos de estos trastornos en la vida del personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería), que realizan turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería.

⁴ ELIZONDO, Noé; et al. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *En*: Revista virtual Index de Enfermería. Julio-Septiembre 2013, n°22. [citado 12, noviembre, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132>.

⁵ MORÁN, Roberto E. Educandos Con Desórdenes Emocionales y Conductuales. La Editorial, UPR, 2004.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Identificar los trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que labora en turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS, Montería – 2015.

1.2. ESPECÍFICOS

- 1.2.1.** Caracterizar la población objeto de estudio según aspectos sociodemográficos; sexo, edad, estado civil, nivel de formación profesional y años de experiencia laboral.
- 1.2.2.** Describir los trastornos emocionales frecuentes en el personal que labora en turnos nocturnos.
- 1.2.3.** Determinar la relación de los turnos nocturnos con la presencia de trastornos emocionales en el personal de enfermería del servicio de urgencias.

2. MARCO REFERENCIAL.

2.1. MARCO HISTÓRICO

Las emociones que experimentan los seres humanos, si están expuestos a situaciones externas como lo es trabajar en un ambiente, el cual demanda mucha constancia y disciplina, tal como lo es un servicio de urgencias médicas donde el flujo de pacientes y de situaciones son diversas y que pueden romper con el equilibrio de nuestro estado emocional, el cual gracias a muchos estudios “lo dividen a partir de dos tipos de emociones, las primarias, como son el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, el disgusto y la sorpresa, emociones que van acompañadas de patrones de conducta tales como respuestas faciales, motoras, vocales, endocrinas y autonómicas hasta cierto punto estereotipadas y que son reconocibles por encima de diferencias culturales y raciales en los seres humanos. Se distinguen también otras emociones, como la envidia, la vergüenza, la culpa, la calma, la depresión y muchas más, que se denominan emociones secundarias, con un componente cognitivo más alto y que van además siempre asociadas a las relaciones interpersonales”.⁶

Durante la antigüedad y en la mayoría de las civilizaciones, los trastornos psicológicos eran una condena, porque se les atribuían causas sobrenaturales. El concepto de enfermedad mental es de reciente aparición, pero los de loco, endemoniado o poseído parece que han existido siempre.

⁶ MARTÍNEZ, Carlos Belmonte. Emociones y cerebro. En: Revista de la real academia de ciencias exactas, físicas y naturales. vol. 101, no. 1, p. 59.

En la “Grecia clásica, la locura se consideraba producto de la posesión de espíritus malignos y los médicos-sacerdotes establecían rogativas y ceremoniales al dios Esculapio. Esta concepción de la locura cambió con Hipócrates 460-357 a. C. Este pionero de la medicina señaló que el origen de los trastornos mentales se debía a un desequilibrio de los cuatro humores corporales: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Estableció la primera clasificación psicológica de los temperamentos colérico, sanguíneo, melancólico y flemático, y también las tres categorías de trastorno mental: manía, melancolía e histeria, que perduraron hasta el final de la civilización grecorromana. En Roma, la tradición hipocrática fue defendida por Galeno. Para éste las causas de la locura podían ser orgánicas lesiones, exceso de alcohol, cambios menstruales o mentales miedos, desengaños, angustias”.⁷

En el siglo XVIII, durante la Revolución Francesa, Philippe Pinel⁸ 1745-1826 elaboró una clasificación de los trastornos mentales melancolía, manía, demencia, idiocia, y defendió un tratamiento de la mente que debía seguir los mismos pasos que los tratamientos físicos para el cuerpo. Esta consideración biomédica de la enfermedad mental es defendida hoy por la psiquiatría. El concepto de enfermedad mental sirvió para aceptar que los individuos con trastornos psicológicos no eran brujas o pecadores, sino personas que necesitan tratamiento. Duras críticas ha recibido este concepto por parte de Thomas Szasz en sus obras El mito de la enfermedad mental 1961 y La fabricación de la locura 1971, en donde afirma que “la enfermedad mental es un mito creado por el hombre”⁹.

⁷ Ibíd.

⁸ ALONSO, José Ignacio. Psicología, bachillerato. 4º edición. 2012.

⁹ Ibíd.

Es decir, “las enfermedades cerebrales del afecto aquellas alteraciones psiquiátricas en las que están implicados de manera preeminente los sentimientos de tristeza o felicidad, afectan, en periodos distintos de la vida, a más de un 10% del conjunto de la población¹⁰”. La depresión o la enfermedad a nivel emocional son “cuadros clínicos que reflejan una afectación de los circuitos cerebrales de la emoción. Aunque estos circuitos están originalmente dirigidos a regular la conducta motivacional de los animales, a fin de recompensar aquellas conductas que favorecen la supervivencia y la reproducción, sus alteraciones se exteriorizan en forma de enfermedades del afecto, uno de los problemas de salud más graves que afrontan los hombres y mujeres de los países desarrollados en el mundo de hoy”¹¹.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Trastornos emocionales

A lo largo de la evolución del mundo y el desarrollo mental del ser humano, no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales CIE-10 y DSM-V que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. “El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento,

¹⁰ MARTÍNEZ. Op. cit., p. 68.

¹¹ *Ibíd.*

percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas”¹², atendiendo a diferentes aspectos tales como:

- Duración.
- Coexistencia (mezcla).
- Intensidad.
- Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

Otras literaturas hacen referencia a “los trastornos emocionales como desórdenes mentales y afectivos que se caracterizan por grados severos de desorganización de la personalidad y la pérdida de contacto con la realidad. Esto no afecta la inteligencia de la persona psicótica, sino a su debido uso. Por lo tanto una persona psicótica puede ser muy inteligente, pero la condición morbosa psicótica impide el uso adecuado de su inteligencia”¹³.

2.2.2. Tipos de trastornos emocionales

En el trabajo diario, la enfermería está expuesta a situaciones desagradables y molestas, muchas de las cuales son aún hoy en día temas tabú para la sociedad actual, como pueden ser el sufrimiento y la muerte. Sin embargo de a lo que Smith¹⁴, un enfermero tiene que modificar o suprimir sus propios sentimientos

¹² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. [en línea]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>. [citado 22 de junio de 2015].

¹³ MORÁN, Roberto E. Educandos Con Desórdenes Emocionales y Conductuales. La Editorial, UPR, 2004.

¹⁴ SMITH, R. The emotional labour of Nursing. London: Macmillan. 1992.

para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros, independientemente de lo que él sienta. Es entonces cuando se produce una diferencia entre las emociones sentidas y las expuestas al exterior, lo que implica un gasto extra de fuerza y energía, llamado trabajo emocional, de manera que mientras más intensa sea la emoción a la que se tienen que enfrentar, más duro será el trabajo emocional que se realice.

Es por esto que “la psicopatología describe y explica los fenómenos psíquicos anormales, en los últimos treinta años, las neurosis clásicas de principios del siglo XX: histeria, fobias, obsesiones, sobre las que creció el psicoanálisis, son sustituidas por las patologías de la hiper-expresión y los desórdenes de tipo narcisista, características de las nuevas generaciones video electrónicas”¹⁵. Actualmente tenemos dos sistemas de clasificación para ordenar los comportamientos patológicos.

CIE-10 Clasificación Internacional de las enfermedades, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada en 1990, e incluye una taxonomía de los trastornos emocionales, de la conducta y del desarrollo.

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual) de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana), es una especie de vademécum para uso clínico que aporta datos epidemiológicos y criterios específicos para cada trastorno, y es el más aceptado entre los especialistas.

2.2.3. Depresión

Definida como uno de “los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos

¹⁵ ALONSO, José Ignacio. Psicología, bachillerato. 4º edición. 2012.

síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos¹⁶ (disminución de la libido, anorexia-hiperfagia, etc.)

La prevalencia de la depresión es de las enfermedades psiquiátricas más elevadas. La depresión tiende a ser más frecuente en las personas de mayor edad, en aquellos que padecen enfermedades somáticas crónicas o graves y en las mujeres, en una razón de 2 – 3 mujeres por cada hombre.

Los síntomas y signos clínicos de la depresión pueden ser ordenados de la siguiente manera:

- Alteraciones emocionales: tristeza patológica, angustia, irritabilidad.
- Alteraciones del pensamiento: fallas de concentración y memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante, ideación suicida.
- Alteraciones somáticas: insomnio hipersomnias, anorexia –hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, fatiga, algias.
- Alteraciones de los ritmos vitales: estar peor a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas.
- Alteraciones de la conducta: llanto agitación lenificación aislamiento, mutismo.

En la actualidad tienen gran difusión las definiciones operacionales del sistema de clasificación de las enfermedades utilizado en Estados Unidos, el DMS-IV, que entrega criterios específicos para realizar el diagnóstico de las diversas alteraciones mentales, entre ellas el episodio depresivo.

En forma general, la mayoría de las depresiones evolucionan en fases, es decir tienden a la recuperación, incluso de manera espontánea y lo que hace indispensable el tratamiento es disminuir el periodo de sufrimiento emocional, las

¹⁶ RETAMAL, Pedro. Depresión. Editorial Universitaria. 1998.

consecuencias de la enfermedad y aminorar considerablemente el riesgo de actos suicidas¹⁷.

2.2.3.1. Tipos de depresión

Subtipos mono polar y bipolar

En la actualidad esta distinción es la clasificación más importante. La denominación polaridad alude a la presencia del polo tristeza patológica y de euforia patológica. Cuando la persona en el curso de su vida ha padecido ambas fases, la depresiva y la maniaca, la enfermedad se denomina bipolar, en cambio cuando existe solo el polo o fase depresiva se designa como depresión mono polar, que es la depresión común o habitual.

Subtipos primario y secundario

En los últimos años esta distinción ha perdido significación, la depresión de tipo primario sería aquella que no tiene como posible factor causal ninguna enfermedad somática o psiquiátrica. Los posibles factores causales de una depresión secundaria son las enfermedades orgánicas como hipotiroidismo, cáncer infecciones y también tratamientos farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores entre otros.

Subtipos endógeno y reactivo

Esta clasificación aún conserva su valor, pero la conceptualización pragmática en el ámbito terapéutico de un modelo combinado de sicoterapia y farmacoterapia en

¹⁷ VALLEJO, J.R; GASTÓ, C.F. Trastornos afectivos y depresivos. Barcelona. Editorial Salvat. 1990.p.

la depresión le ha hecho perder más interés. La depresión endógena se distingue por un conjunto de características sintomáticas: insomnio del despertar en las mañanas, lenificación psicomotora, tristeza intensa, pérdida de peso e imposibilidad de reaccionar a los acontecimientos agradables. Tales síntomas predicen buena respuesta a los tratamientos antidepresivos.

Las depresiones reactivas están fuertemente ligadas a las situaciones desencadenantes externas; sin embargo es conocido que las depresiones endógenas también pueden iniciarse en coincidencia con conflictos ambientales tales como duelo, separación, pérdida, fracaso, sobrecarga laboral entre otras. Sus síntomas suelen ser menos intensos, tienden a ser oscilantes según las circunstancias.¹⁸

2.2.4. Ansiedad

Es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes.¹⁹ Por lo tanto, cuando se convierte en problemática por ser desmesurada respecto al estímulo que la genera, por presentarse repetidamente y/o prolongarse en el tiempo se trata enseñando habilidades para reducir esta activación. Además es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad, etc.

¹⁸ *Ibíd.*

¹⁹ LUNA, Miguel. Clínica de la Ansiedad. Psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona. 2002.

Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos, etc. La ansiedad, por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen.

Además en los trastornos de ansiedad hay otra serie de características diferenciales respecto de la depresión. No hay variación a lo largo del día salvo en algunos casos con fuertes componentes anticipatorios, que suelen sentirse peor al despertarse y primeras horas del día, ni en las diferentes estaciones del año. Por otro lado, la ansiedad no implica pérdida de la capacidad de disfrute y obtención de placer, como sucede en la depresión.

Cada uno de los diferentes trastornos de ansiedad²⁰ presenta unas características propias y definitorias que los distinguen de la depresión y de otros trastornos de la ansiedad. De esta manera en “el trastorno obsesivo-compulsivo existen rituales específicos. En el trastorno por estrés postraumático hay re-experimentaciones del trauma flashbacks. El miedo al miedo es propio del trastorno de pánico. Y el temor a hacer el ridículo es característico de la fobia social. El ánimo es una emoción relacionada con el sistema de conservación/regulación de la energía y la motivación. El estado de ánimo deprimido, o depresión, se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciéndose quietud, disminución o lentificación de los movimientos, y una tristeza profunda. Si no es excesiva sirve para dejar que el tiempo cure las heridas, recibir apoyo social que supla las posibles pérdidas, recargar la energía, y facilitar la resolución de los problemas. Pero si persiste en exceso, puede ser que los conflictos existentes

²⁰ WILLIAMS, JB. Clasificación psiquiátrica. En: TRATADO DE PSIQUIATRÍA. vol. 2.

permanezcan irresueltos, se produzca aislamiento social, pérdida del sentido de la existencia, mayor abatimiento y la creencia de que no existe solución para los problemas. La atención y el pensamiento se orientan preferentemente a pérdidas, fallos o degradaciones imaginadas o reales, que generan honda tristeza, culpa inapropiada, disminución de la autoestima y, en algunos casos, ideación suicida²¹.

2.2.5. Estrés

En las décadas transcurridas desde 1936, cuando se introdujo el concepto de estrés, el cual ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología, convirtiéndose en tópico y, al mismo tiempo, paradójicamente, ha continuado generando un enorme volumen de investigación biológica, psicológica y sociológica, así como una producción permanente de literatura popular y de autoayuda.

Por años la idea del estrés fue mirada con escepticismo: atractivo, pero sin mucha sustancia. Cómo podía el estrés, esa respuesta inespecífica, generalizada y estereotipada ante cualquier demanda, según lo postulaba ser causante de enfermedades específicas.

Por otro lado, la observación clínica, desde el siglo dieciocho, con Tomás Sydenham²² ha mostrado que la pérdida de la armonía del organismo debido a fuerzas ambientales perturbadoras, así como la respuesta adaptativa del individuo a tales fuerzas, son capaces de producir cambios patológicos.

²¹ LUNA. Op. cit., pág. 2.

²² HERBERT J. Stress. The brain, and mental illness. BMJ 1997; 315: 530-5.

Paralelamente a la clínica, que ha vinculado el “estrés ambiental al desencadenamiento y evolución de trastornos emocionales, los estudios epidemiológicos y sociales han demostrado reiteradamente que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad debidas tanto a trastornos mentales como a otras causas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencia, cáncer, infecciosas y otras”²³.

La definición posible y exacta sobre lo que es estrés es un asunto muy variado, debido a que algunos autores proponen delimitar más nítidamente estrés, como causa de tensión o exigencia de adaptación. Otros, opinan que el estrés es un proceso, que incluye múltiples componentes y circuitos de retroalimentación. Pero la definición que más llena considerablemente las características de este trastorno emocional y los propósitos de este trabajo de grado es la siguiente:

Conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las

²³ Williams DR, House JS. Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. En: Badura B, Kickbusch I. (Eds.): Health Promotion Research. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series N° 37, 1991, pp. 147-72

expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa²⁴. Desde el punto de vista biológico, el concepto de estrés ha evolucionado desde "un sistema de respuestas inespecíficas" a uno de "monitoreo de claves internas y externas", que resulta crítico para la adaptación del organismo a su ambiente.²⁵

2.2.6. Turnos nocturnos

La dinámica misma de las condiciones de la actividad laboral en muchas ocasiones no distingue siquiera aspectos como las diferencias naturales entre el día y la noche, se estima que cerca del 25% de la población laboral en los países industrializados realizan tareas en horarios rotatorios, incluyendo los turnos nocturnos²⁶. A nivel general se encontró una clasificación de los trabajos más comunes que se extienden a horarios nocturnos en los que se hace necesaria la inclusión de un personal, dentro de estos se tienen:

- Trabajadores de la salud 30%
- Trabajadores de Servicios de Aseo o Construcción 27%
- Operarios, obreros, ensambladores 27%
- Empleados de Precisión y Reparación de áreas Productivas 13%

Los trabajos de turnos nocturnos, lejos de ceñirse a ciertos tipos de actividades tradicionalmente aceptadas, han ido invadiendo cada vez más otros sectores

²⁴ TRUCCO M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Junio, 1998.

²⁵ Pani L, Porcella A, Gessa GL. The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. *Mol Psychiatry* 2000; 5: 14-21

²⁶ CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL Trabajo OIT 76ª Reunión, 1989. Informe V: El trabajo nocturno Ginebra, OIT.

productivos debido en gran parte al aumento de productividad demandada por el mayor consumismo de la sociedad actual.

Según la OIT, en el año 2000 el 20% de los trabajadores de la UE trabajó en un sistema de turnos, afectando a uno de cada cinco trabajadores del sector secundario y a uno de cada seis del sector servicios.

De acuerdo con la directiva del Consejo de la CEE 93/104/CEE sobre descanso, trabajo nocturno y por turnos, se entiende por:

Período nocturno: todo período no inferior a siete horas, definido por la legislación nacional, y que deberá incluir el intervalo comprendido entre las 24 y las 5 horas.

Trabajador nocturno: todo trabajador que realice durante el período nocturno una parte no inferior a tres horas de su tiempo de trabajo diario.

Trabajo por turnos: toda forma de organización del trabajo en equipo por la que los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, y que podrá ser continuo o discontinuo, implicando para los trabajadores la necesidad de realizar un trabajo en distintas horas a lo largo de un periodo dado de días o semanas.

Trabajador por turnos: “todo trabajador cuyo horario de trabajo se ajusta a un régimen de trabajo por turnos”.²⁷

²⁷ CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO OIT. Op. cit., pág. 2

2.2.7. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La DASS 21 es un auto informe cuestionario de 21 ítems diseñada para medir la gravedad de una gama de los síntomas comunes de la depresión y la ansiedad. Al completar la declaración de garantía, el individuo es requerido para indicar la presencia de un síntoma durante la semana anterior. Cada ítem se puntúa de 0 (No se aplicaba a mí en absoluto en la última semana) a 3 (aplicada a mí mucho o la mayor parte del tiempo).

La función esencial de la declaración de garantía es evaluar la gravedad de los síntomas principales de la depresión, la ansiedad y el estrés. En consecuencia, la DASS permite no sólo una forma de medir la gravedad de una los síntomas del paciente, sino un medio por el cual la respuesta del paciente al tratamiento también puede ser medido.

La declaración de garantía y Diagnóstico

Aunque la declaración de garantía puede contribuir al diagnóstico de ansiedad o depresión, que no está diseñado como una herramienta de diagnóstico. De hecho, varios de los síntomas típicos de la depresión como el sueño, el apetito y los trastornos sexuales, no están cubiertos por la declaración de garantía y tendrán que evaluarse de forma independiente. La DASS no pretende reemplazar una entrevista clínica completa.

Anotando la DASS

La escala a la que pertenece cada elemento se indica con las letras D (depresión), A (ansiedad) y S (Estrés). Para cada escala (D, A & S) sumar los puntajes para los artículos identificados. Debido a que la declaración de garantía 21 es un corto. La versión forma de la declaración de garantía (la Forma Larga tiene 42 artículos), la

puntuación final de cada uno de los grupos de artículos (Depresión, Ansiedad y el Estrés) tiene que ser multiplicado por dos (x2).

Interpretación de la DASS

Una vez multiplicado por 2, cada resultado parcial puede ser transferido a la hoja de perfil DASS, permitiendo realizar comparaciones entre las tres escalas y también dando el ranking de percentiles y la gravedad etiquetas.

DASS Gravedad

(No te olvides de multiplicar puntajes sumados por x 2)

Gravedad	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Extremadamente severo	28+	20+	34+

Como se mencionó anteriormente, la declaración de garantía no debe ser utilizada por sí solo para evaluar la presencia o ausencia de depresión o ansiedad. Las puntuaciones altas en la declaración de garantía sin duda alertar al clínico a un alto nivel de angustia en el paciente y esto tendría que estudiar más a fondo en el

proceso de la entrevista. Del mismo modo, puntuaciones bajas en la declaración de garantía no deben ser un sustituto de una entrevista clínica completa. Las puntuaciones altas DASS que no están cambiando, pueden llevar al médico a buscar explicaciones y tal vez aumentar la dosis o cambiar la medicación. Una vez más, la declaración de garantía debe ser interpretada a lo largo de lado la entrevista clínica. Los cambios en las puntuaciones en una sola escala (por ejemplo: depresión), con puntajes consistentemente altos e inmutables en otra escala (ansiedad) puede alertar al clínico a prestar especial atención a la presencia de una coexistencia trastorno de ansiedad que puede necesitar un tratamiento específico en su propio derecho. Del mismo modo, la disminución

Las puntuaciones de depresión junto con las puntuaciones de estrés inmutables pueden alertar al clínico sobre la presencia de algún evento de la vida o el problema, lo que puede necesitar dirigirse directamente.

2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

García, Maldonado y Ramírez²⁸ en su estudio Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública, teniendo con objetivo identificar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la salud; adicionalmente, se analizó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el género y los estados afectivos emocionales; y, si existen asociaciones entre estas sub-escalas. El resultado principal de este trabajo es que la mayoría (>70%) de los participantes de este estudio, tanto hombres como mujeres, posee estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) dentro de un rango normal.

²⁸ GARCÍA blanca; RIVERA Sonia. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería Universidad Autónoma de Baja California, México. 2013 [en línea]. < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a06.pdf> > [citado 22 de septiembre de 2015].

En el estudio prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado²⁹ arrojó como resultado que la depresión se presentó en un 20.3%, de los cuales un 16.1% corresponde a depresión leve, 4.2 % depresión moderada y la ansiedad presentó el 40.7%, de éste el 30.5% tiene ansiedad menor, el 10.2% ansiedad mayor. Concluyendo que la de ansiedad y depresión encontradas en esta investigación, no son de poca importancia, ya que estos trastornos van en aumento y sin un tratamiento adecuado en un futuro serán impedimento para que enfermería desempeñe su rol eficazmente.

Según el estudio realizado por Flórez, Troyo, Valle y Vega³⁰ sobre ansiedad y estrés en la práctica de enfermería, teniendo como resultado las variables que más afectan la práctica profesional de enfermería y provocan manifestaciones de ansiedad y estrés, fueron, el servicio y antigüedad laboral, siendo el turno nocturno, el servicio de pediatría y el personal que contaba con menos de 5 años y más de 20 años de antigüedad laboral los que tuvieron un incremento significativo en estas (estrés y ansiedad).

Según ELIZONDO³¹ en su estudio Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería, donde dice que los profesionales de

²⁹ LERMA, Violeta; ROSALES, Victoria. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. [en línea]. http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2009_supl1.pdf. pág. 5-8 [citado 22 de septiembre de 2015].

³⁰ FLORES María, TROYO Rogelio, VALLE María. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel. Revista electrónica de psicología Iztacala vol.13 n° 1, marzo 2010

³¹ ELIZONDO, Noé; et al. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. En: Revista virtual Index de Enfermería. Julio-Septiembre 2013, n°22. [citado 12, noviembre, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132>.

Enfermería que laboran en unidades de demanda crítica como Emergencias y SAMU poseen una tendencia al desarrollo de estrés, lo que los convierte en un grupo vulnerable en el ámbito asistencial y con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas, condición relacionada en otras unidades con trabajos que demandan mucha tensión, tal y como Unidad de Cuidados Intensivos, y especialmente si se encuentra en turnos nocturnos.

2.4. MARCO LEGAL

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad³²”. En relación con esta definición es importante tener en cuenta que La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o

³² COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. LEY 1616 DE 2013. (21 DE ENERO DE 2013) “LEY ESPERANZA”. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. pág. 1-2.

tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo³³.

La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud³⁴, las Empresas Sociales del Estado declarado en la ley 1122 de 2007.

2.5. MARCO CONCEPTUAL

2.5.1. Trastornos Emocionales

De acuerdo a lo mencionado por MORÁN³⁵, son desórdenes mentales y afectivos que se caracterizan por grados severos de desorganización de la personalidad y la perdida de contacto con la realidad. Esto no afecta la inteligencia de la persona psicótica, sino a su debido uso. Por lo tanto una persona psicótica puede ser muy inteligente, pero la condición morbosa psicótica impide el uso adecuado de su inteligencia.

³³ *Ibíd.*

³⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. LEY 1122 DE 2007. (9 DE ENERO DE 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C. pág. 1-2.

³⁵ MORÁN, Roberto E. Educandos Con Desórdenes Emocionales y Conductuales. La Editorial, UPR, 2004.

2.5.2. Estrés

Según lo mencionado por TRUCCO³⁶ es un conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales que ante situaciones, significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.

2.5.3. Ansiedad

Es un sentimiento intrínseco a la condición humana que consiste en un sufrimiento psicológico que perturba el comportamiento del individuo y puede comprometer su funcionamiento ordenado, repercutiendo física y psíquicamente en el sujeto³⁷.

Según el Diccionario de la Real Academia Española se trata de la emoción universalmente más experimentada y ha recabado especial atención por parte de filósofos, teólogos, poetas, psicólogos u psiquiatras³⁸.

La ansiedad puede ser una situación que lleva al individuo a reaccionar ante una amenaza o miedo determinado para poder adaptarse al nuevo medio, una reacción ante situaciones que nos afectan, en las que tenemos algo que ganar y que perder. Es una respuesta defensiva de nuestro organismo ante una situación que para la persona que la padece, es vivida como peligrosa, ya que provoca un estado transitorio de temor, nerviosismo y activación fisiológica. Hay cierta

³⁶ TRUCCO M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Junio, 1998.

³⁷ Villasana Cunchillos A. Apuntes de Psiquiatría de 3ª de Grado de la Escuela de Enfermería de la UPV de Leioa. 2012.

³⁸ *Ibíd.*

ambigüedad en la definición del término, ya que a menudo se habla indistintamente de ansiedad, miedo, estrés, tensión, angustia, etc.³⁹

2.5.4. Depresión

Es un estado afectivo normal (tristeza) un síntoma, un síndrome y una o varias enfermedades. En las situaciones caracterizadas como síndrome, la depresión presenta alteraciones de humor (irritabilidad, falta de la capacidad de sentir placer, apatía), inclusive, alteraciones cognitivas, psicomotoras y vegetativas (sueño y apetito). Las principales señales y síntomas se caracterizan por: humor depresivo, sensación de tristeza, auto desvalorización y sentimientos de culpa; reducción de la capacidad de experimentar placer en la mayor parte de las actividades, fatiga o sensación de pérdida de energía; y, disminución de la capacidad de pensar, de concentrarse o de tomar decisiones⁴⁰.

2.5.5. Enfermería

La enfermería “abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de

³⁹ Villarroel Baeza JC, Balaguer Fort G, Guillamón Cano N. G. Higiene y prevención de la ansiedad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 2008.

⁴⁰ PORTO, JA. La depresión y la despersonalización: concepto y diagnóstico. Es: BRASILEÑO Journal of Psychiatry. vol. 21.

un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.⁴¹

2.5.6. Salud Mental

Es el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁴².

Por otra parte se concibe al trabajo como “la forma en que el hombre, puede lograr la salvación de su alma, para alcanzar la salvación, el hombre debe dedicar su vida al trabajo fuerte, de esta forma obtendrá aquello que necesita para satisfacer sus necesidades y las de su descendencia.

2.5.7. Turnos Nocturnos

Según la OIT ⁴³ lo designa como todo trabajo que se realice durante un período de por lo menos siete horas consecutivas, que abarque el intervalo comprendido entre medianoche y las cinco de la mañana y que será determinado por la autoridad competente previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores o por medio de convenios colectivos.

⁴¹ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. La definición de enfermería. [En línea]. 2014. Disponible en: < <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>>. citado [28 de marzo de 2015],

⁴² OMS. Preguntas y respuestas en línea. ¿Qué es la salud mental? [En línea]. 2007., Disponible en:< <http://www.who.int/features/qa/62/es/>>. citado [28 de marzo de 2015],

⁴³ CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL Trabajo OIT 76ª Reunión, 1989. Informe V: El trabajo nocturno Ginebra, OIT.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, donde la intención es especificar los trastornos emocionales (depresión, ansiedad, estrés) frecuentes en el personal de enfermería que labora en turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS de Montería.

ESCENARIO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.2.1. Población

El estudio está dirigido al personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) que labora en el servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería.

3.2.2. Muestra

Conformado por 34 funcionarios del servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería, que cumplieron con los criterios de inclusión requeridos en esta investigación. Fue un estudio con enfoque no probabilístico por conveniencia.

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Para este estudio la unidad de análisis fue: Personal de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) que labora en el turno nocturno del servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería.

3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para este proyecto, la obtención de información se llevó a cabo mediante encuesta sociodemográfica y la aplicación del Test - Escala Dass - 21 a la población seleccionada que labora en el turno nocturno en el servicio de urgencias de una IPS de la ciudad de Montería, con la finalidad identificar de los trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería.

3.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La DASS 21 es un auto informe cuestionario de 21 ítems diseñada para medir la gravedad de una gama de los síntomas comunes de la depresión, el estrés y la ansiedad. Al completar la declaración de garantía, el individuo es requerido para indicar la presencia de un síntoma durante la semana anterior. Cada ítem se puntúa de 0(No se aplicaba a mí en absoluto en la última semana) a 3 (aplicada a mí mucho o la mayor parte del tiempo).

3.6. CRITERIOS

3.6.1. DE INCLUSIÓN

Para la participación en el estudio la unidad de análisis debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser funcionario del servicio de urgencias y realizar turnos nocturnos en la IPS escogida para el estudio.
- Participación voluntaria y firma del consentimiento informado.
- Estar laborando como mínimo dos años en el servicio de urgencia.

3.6.2. DE EXCLUSION

- No ser funcionario del servicio de urgencias de una IPS
- No estar participando de forma voluntaria y que no haya firmado el consentimiento informado.
- No Haber laborado como mínimo dos años en el servicio de urgencia.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se ejecutó mediante del programa Microsoft Excel, versión 2013. Los datos fueron analizados utilizando la estadística descriptiva y los resultados por medio de cuadros y gráficas según los objetivos específicos del proyecto.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La investigación según la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación de salud. De acuerdo al capítulo 11 de la anterior resolución, se clasifico como un estudio de “riesgo mínimo”.

Ley 911 de 2004. Capítulo IV. De la responsabilidad del profesional de Enfermería en la investigación y la docencia. Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. A las(o) enfermeras(o) y auxiliares de enfermería, se les dio a conocer los aspectos relacionados con los objetivos del proyecto, la confidencialidad de la información, sobre el uso de los datos de forma anónima, el alcance y beneficios esperados de los resultados, la participación voluntaria, obteniendo su aceptación y se solicitó la firma del consentimiento informado.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio están basados en una muestra de 34 funcionarios de la salud (6 enfermeras/os y 28 auxiliares de enfermería) de una IPS de Montería, a las cuales se les aplicó una escala sociodemográfica y el test DASS-21; el cual evalúa trastornos emocionales como: El estrés, la ansiedad y la depresión, su aplicación se llevó a cabo en el mes de septiembre de 2015. El análisis de los resultados encontrados se presenta de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

4.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las características sociodemográficas aportan a la investigación realizada los pilares para establecer las condiciones de la población objeto de estudio y la relación que tienen con el desarrollo de los trastornos emocionales.

Dentro de las características sociodemográficas de utilidad e interés tomadas para el desarrollo de la presente investigación se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, estado civil, clasificación según el nivel de formación y la antigüedad laboral, siendo esta última característica una de las más importantes puesto que se determinará a partir de allí cuánto afectado a lo largo del tiempo el desarrollo de los trastornos emocionales del personal en general.

Tabla 1. Edad del personal de enfermería.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
20 - 29	16	47%
30 – 39	17	50%
40 - 49	1	3%

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

El personal de enfermería de la IPS (6 enfermeras/os y 28 auxiliares de enfermería), se encuentran en su gran mayoría entre los 30 y 39 años, esta población está representada con un 50% de la población total; seguido de un 47% de los que están entre los 20 y 29 años y un 3% los que se encuentran entre los 40 y 49 años siendo la población menor de este estudio.

Teniendo en cuenta los datos establecidos por García, et al⁴⁴, el cual indica que el género dentro de su investigación, fue establecido de la siguiente manera, con el 86.15% de los empleados eran mujeres y 13.85% hombres; de los correspondientes entre los 23 y 32 años de edad; con respecto al rango etario los objetos de estudios tenían semejanza a pertenecer a una rango dentro de una edad adulto. Lo cual podría estar relacionado con la gran responsabilidad que lleva el cuidado de un paciente.

⁴⁴ GARCÍA-RIVERA, et al. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. En: SUMMA PSICOLÓGICA UST (EN LÍNEA). vol. 11, no. 1, p. 65-72.

Tabla 2. Sexo.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Femenino	29	85%
Masculino	5	15%

Fuente: Encuesta sociodemográfica

Otra de las características sociodemográficas analizadas fue la distinción entre sexos. El personal de enfermería de la IPS, en su gran mayoría son mujeres representado con un 85% de la población; mientras que los hombres son la minoría con un 15% de la población total. En este orden de idea según Quintero ⁴⁵ en su estudio con 130 profesionales de enfermería, la autora atribuye este hecho al ingreso constante y predominante de personal femenino a las facultades de enfermería, aunque cada vez se observa mayor incursión del género masculino en esta rama de la salud. Al respecto Alatorre⁴⁶ expresa que socialmente se estableció que la mujer estaba hecha para el cuidado de niños, de ancianos y del hogar, por lo que se atribuyeron funciones y se institucionalizaron roles para hombres y mujeres, cayendo en un círculo aprendido; condición que permite explicar el por qué para cuidar a otros, responsabilidad que es del personal de enfermería, esperando así que el mayor número de personas sea del sexo femenino.

⁴⁵ Quintero A, Muñoz M. Situación académica y laboral de los profesionales de enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina. 2004:17-24.

⁴⁶ Alatorre E. Deber ser de las mujeres, una ojeada al pasado. Desarrollo Científico de Enfermería. 1996; 4 (7): 23-28.

Tabla 3. Estado civil.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Soltero	14	41%
Unión libre	13	38%
Casado	5	15%
Separado	2	6%

Fuente: Encuesta sociodemográfica

El personal de enfermería de la IPS, se encuentra en estado civil soltero con un 41% de la población; seguido de los que están en unión libre con un 38%; un 15% se encuentran casados y un 6% de estos están separados.

En cuanto al estado civil dentro de la investigación realizada por Chacón et al⁴⁷ se ha encontrado una relación significativa entre las personas solteras y el síndrome de estrés. Según estos las personas solteras presentan mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las personas que tienen una relación estable; de igual manera se plantea que la presencia de hijos es un factor de resistencia al síndrome de estrés asistencial debido a que esto implica una mayor responsabilidad familiar y permite que las personas tengan mayor capacidad de afrontar problemas personales y conflictos emocionales. Por su parte, Monte et al⁴⁸, aclara que no sólo influye el hecho de estar casado, sino el apoyo emocional recibido por parte de los familiares y la calidad de las relaciones conyugales, así como la satisfacción o insatisfacción emocional.

⁴⁷ Chacón, M. & Grau, J. Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Revista Cubana de Oncología, 13, (2).118-125. 1997.

⁴⁸ Monte, P. & Peiró, J. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. México: Síntesis psicológica. 1997.

Tabla 4. Clasificación según sexo y nivel de formación profesional.

CATEGORÍA	MASCULINO		FEMENINO	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Enfermeras/os	1	17%	5	83%
Auxiliar de enfermería	4	14%	24	86%

Fuente: Encuesta sociodemográfica

A nivel de la clasificación según el grado de formación del profesional dentro de la IPS, el cual se ve relacionado con el desarrollo y realización de las actividades laborales para cada trabajador, encontrándose que el 17% de la muestra corresponde género masculino al título profesional al igual que el 83% dentro del género femenino, el otro 14% dentro del género masculino corresponde al nivel técnico al igual que el 86% de género femenino.

Viendo claramente, en el caso concreto de los profesionales de enfermería en Colombia, las consecuencias de la transformación en la política sanitaria se han cristalizado en la emergencia de labores no propias de su perfil que limitan su actuación, por lo tanto, alejándolos del cuidado de los pacientes. Castrillón y colaboradores⁴⁹, al indagar sobre los efectos de la reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica de enfermería encontraron que el cuidado y las actividades asistenciales se delegaron en personal auxiliar y técnico encontrándose en mayoría dentro de cualquier servicio de cuidado al paciente,

⁴⁹ Castrillón MC, Orrego S, Pérez L, Ceballos M. La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de la enfermería en Colombia. En: Guevara E, Mendias E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de recursos humanos. División de sistemas y servicios de salud. Washington: OPS.OMS; 2001. p.87.

surgieron nuevas formas de contratación y niveles educativos, la dependencia jerárquica pasó a manos de profesionales de otras disciplinas y se dio énfasis a las actividades de facturación, hechos que vulneraron la identidad y autonomía profesional para brindar cuidados eficientes y eficaces; de igual manera, concluyeron que estos cambios en la práctica de enfermería se han reflejado en insatisfacción con la institución, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento de la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración.

Tabla 5. Antigüedad laboral.

ANTIGÜEDAD LABORAL EN AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
2- 5	22	64%
6-10	9	26%
11-15	3	10%

Fuente: Encuesta sociodemográfica

El personal de enfermería de la IPS tiene en su mayoría entre 2 y 5 años de estar en el servicio con un 64%; con un 26% se encuentran los que tienen entre 6 y 10 años y con 10% los que tienen entre 11 y 15 años de labor en el servicio.

4.2. Identificación de los trastornos emocionales que se presentan con frecuencia el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencia en turnos nocturnos en una IPS Montería, 2015.

En la población estudiada se evidencio que los trastornos emocionales que se presentan con frecuencia en el personal de enfermería de la IPS son: estrés, ansiedad y depresión. Se especifican a continuación la presencia de estos estados emocionales en la población estudiada.

Tabla 6. Trastornos emocionales frecuentes en el personal que labora en turnos nocturno.

TRASTORNO	NUMERO	PORCENTAJE
Depresión	8	24%
Ansiedad	17	50%
Estrés	10	30%

Fuente: Test escala DASS-21

El personal de enfermería de la IPS, presentó trastornos emocionales evidenciándose que la ansiedad fue el trastorno más frecuente entre estos con un 50% del total de la población; seguido del estrés con un 30% y la depresión en un 24% de todos los encuestados.

En el estudio realizado por Mingote⁵⁰ donde se estima que del 10-12% del personal de salud sanitario, entre ellos enfermería, tiene a lo largo de su carrera profesional algún problema de salud, especialmente ansiedad y depresión con lo

⁵⁰ LERMA, Violeta; ROSALES, Victoria Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. [en línea]. <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2009_supl1.pdf> pág. 5-8 [citado 22 de septiembre de 2015].

que se muestra, situación similar a la observada en el presente estudio en que se encontró que el 50% de las enfermeras tienen ansiedad y el 24% presentan depresión.

Tabla 7. Depresión según el nivel de severidad.

DEPRESIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
Normal	26	76%
Leve	3	9%
Moderado	5	15%
Severo	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Test escala DASS-21

En el personal de enfermería de la IPS, se evidencia que la depresión se encuentra en un rango normal con un 76% de la población estudiada; seguida de un 15% que mostraron nivel moderado y un 9% un nivel leve siendo este el de menor marcación entre ellos.

Encontrando relación en el estudio realizado por De Varga ⁵¹ la prevalencia de depresión encontrada en el personal de enfermería en este estudio fue de 28,4% dentro de un rango leve. El resultado fue consistente con los obtenidos en estudios internacionales que encontraron una prevalencia de 27% de depresión entre los trabajadores de enfermería y ligeramente superior cuando comparados

⁵¹ DE VARGA, D. y DIAS, Ana Paula Vieira. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo. En: REV.LATINO-AM.ENFERMAGEM. vol. 19, no. 5, p. 1114-1121

con los resultados obtenidos en estudio realizado por Franco⁵², en los cuales la prevalencia de depresión fue de 27,9%.

Un factor de predicción de depresión dentro de la investigación referenciada, en los participantes del estudio, fue el trabajo nocturno como lo es el personal evaluado en esta investigación. El trabajo en turnos es una característica del ejercicio de la enfermería, siendo obligatorio, una vez que la asistencia es prestada durante las 24 horas del día, por siete días de la semana ininterrumpidamente. Esa condición obliga a que la asistencia ocurra en la noche, en los finales de semana y feriados, períodos estos utilizados por otros trabajadores para dormir, descansar, gozar del ocio y de la convivencia social y familiar.

El trabajo nocturno es perjudicial a la salud del trabajador, debido a las condiciones críticas de trabajo, desgastantes y exhaustivas que se asocian a las características ya desgastantes del ambiente de cualquier servicio de salud, potencializando sus efectos en la salud mental de los trabajadores de enfermería. El estudio “evaluando la calidad de sueño de los trabajadores de enfermería de UTI”⁵³ verificó que 100% de los enfermeros y 88% de los auxiliares de enfermería investigados presentaban mala calidad de sueño, lo que parece justificar las afirmaciones de especialistas en el asunto de que el gran desafío del trabajador nocturno es, sin duda, adecuar su ritmo de vida a los principios biológicos y a la convivencia social, ya que el desánimo asociado al cansancio hace que desaparezca el interés por la vida social y el ocio. De esa forma, el desánimo constante en consecuencia del trabajo nocturno y la carencia de contacto social y familiar impuestos por el desgaste relacionado al trabajo nocturno pueden llevar a la manifestación de cuadros de depresión en los trabajadores

⁵² FRANCO, Gianfábio Pimentel; de Barros, Alba Lucia Botura Leite y NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. En: REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM. vol. 13, no. 2, p. 139-144

⁵³ DE VARGA. Op. cit., pág. 7.

Tabla 8. Ansiedad según el nivel de severidad.

ANSIEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Normal	17	50%
Leve	5	15%
Moderado	8	23%
Severo	4	12%
Total	34	100%

Fuente: Test escala DASS-21

En el personal de enfermería de la IPS, la ansiedad se vio representada con un 50% de los encuestados en un rango normal; el 23% mostro un nivel moderado; el 15% presento un nivel leve y un 12% los que presentaron en grado severo.

En esta investigación se identificaron los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de la salud. El resultado principal de este trabajo es que la mayoría (>50%) de los participantes de este estudio, tanto hombres como mujeres, posee ansiedad dentro de un rango normal.

Este resultado coincide con la investigación realizada por Lerma-Martínez, Rosales-Arellano y Gallegos-Alvarado⁵⁴ en cuyo reporte la depresión y ansiedad también se manifiestan en rango similares; en contraste con lo que ocurre en trabajos con estudiantes de enfermería en donde fueron encontrados valores más altos, lo cual podría ser aceptable dado que los estudiantes aparte de todas las situaciones que implica estar estudiando, tienen la responsabilidad de atender adecuadamente a los pacientes.

⁵⁴ LERMA, Violeta; ROSALES, Victoria Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. [en línea]. <
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2009_supl1.pdf> pág. 5-8 [citado 22 de septiembre de 2015].

Tabla 9. Estrés según el nivel de severidad.

ESTRÉS	NUMERO	PORCENTAJE
Normal	24	71%
Leve	8	23%
Moderado	2	6%
Severo	0	0%
Total	34	100%

Fuente: Test escala DASS-21

El personal de enfermería de la IPS, mostro un nivel de estrés normal en 71%; en nivel leve un 23% y solo el 6% de los encuestados reflejo un nivel moderado.

En relación con la organización del trabajo, se encontró en la investigación realizada por García⁵⁵ que un 93.8% considera como factor de riesgo la no realización de pausas activas o descansos reglamentarios durante la jornada de trabajo y no disfrutar de descansos los fines de semana. Otros factores de riesgos encontrados fueron la rotación de turnos de trabajo 67.5%, trabajo en turno nocturno 66.3% y jornadas de trabajo prolongadas 56.3%; se encuentra también que Morata⁵⁶ en su estudio realizado en profesionales sanitarios, considera que la no realización de descansos en la jornada laboral y el cumplimiento de estos turnos por sus características de frecuencia, duración y calidad, son negativos para la salud del personal de enfermería, afectan el clima laboral y el tipo de atención que se brinda a las personas que asisten a esta institución ocasionando altos niveles de estrés dentro del personal

⁵⁵ BUSTILLO-GUZMÁN, Martha, et al. Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. En: DUAZARY. vol. 12, no. 1.

⁵⁶ Morata MA, Ferrer V. Interacción entre estrés laboral, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. Mafre Medicina. 2004; 15 (3); 49-58.

4.3 Relación de los turnos nocturnos y la presencia de trastornos emocionales.

Para determinar la relación que tienen los turnos nocturnos en la presencia de trastornos emocionales en el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencia de una IPS, se tuvo en cuenta las noches que realizaban durante un mes y que tanto se veían marcado estos trastornos en cada uno de ello.

Tabla 10. Relación turnos nocturnos, auxiliares de enfermería y horas laboradas en el mes.

8 Turnos nocturnos en el mes	Trastorno	Normal		Leve		Moderado		Severo	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
8 Turnos nocturnos en el mes	Depresión	12	80%			3	20%		
	Ansiedad	10	66%	1	7%	3	20%	1	7%
	Estrés	13	86%	2	14%				
9 Turnos nocturnos en el mes	Depresión	3	75%			1	35%		
	Ansiedad	2	50%			1	25%	1	25%
	Estrés	2	50%	2	50%				
10 Turnos nocturnos en el mes	Depresión	5	56%	3	33%	1	11%		
	Ansiedad	3	34%	2	22%	2	22%	2	22%
	Estrés	5	56%	2	22%	1	11%	1	11%

Encuesta sociodemográfica y test escala DASS-21.

Con relación a la presencia de trastornos emocionales y los turnos nocturnos, se identificó en el personal auxiliar de enfermería que labora en el servicio de urgencia de una IPS de Montería, que de acuerdo al número de turnos que realicen así se va a ver más la afectación de la salud mental, tanto así que las auxiliares (9), que realizan 10 turnos nocturnos al mes muestran un grado mayor de afectación, presentado depresión leve en un 33%; seguido de un 11% en nivel

moderado; la ansiedad en niveles leve, moderado y severo con un 22% para cada uno de ellos y el estrés a nivel leve con un 22%; seguido con un 11% para nivel moderado y severo respectivamente. Seguida de las auxiliares (4) que realizan 9 turnos nocturnos al mes, en las cuales se identificó la depresión en un 35% en nivel moderado; la ansiedad en sus niveles moderado y severo con un 25% en ambos casos y el estrés con un 50% de la población en nivel leve; mientras que las auxiliares (15) que realizan 8 turnos nocturnos al mes mostraron niveles de depresión en un 20% en nivel moderado; la ansiedad en un 20% en nivel moderado, frente a un 7% en los niveles leve y moderado respectivamente.

Situación que semeja con lo dicho por ELIZONDO⁵⁷ en su estudio Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería, donde dice que los profesionales de Enfermería que laboran en unidades de demanda crítica como emergencias poseen una tendencia al desarrollo de estrés, lo que los convierte en un grupo vulnerable en el ámbito asistencial y con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas, condición relacionada en otras unidades con trabajos que demandan mucha tensión, tal y como Unidad de Cuidados Intensivos, y especialmente si se encuentra en turnos nocturnos.

⁵⁷ ELIZONDO, Noé; et al. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. En: Revista virtual Index de Enfermería. Julio-Septiembre 2013, n°22. [citado 12, noviembre, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132>.

Tabla 11. Relación de turnos nocturnos, enfermeros/as y horas laboradas en el mes.

	Trastorno	Normal		Leve		Moderado	
		N°	%	N°	%	N°	%
10 Turnos nocturno en el mes	Depresión	2	100%				
	Ansiedad			1	50%	1	50%
	Estrés			2	100%		
11 Turnos nocturno en el mes	Depresión	4	100%				
	Ansiedad	2	50%	1	25%	1	25%
	Estrés	4	100%				

Encuesta sociodemográfica y test escala DASS-21.

Con relación a la presencia de trastornos emocionales y los turnos nocturnos, se identificó en el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencia de una IPS de Montería, que de acuerdo al número de turnos que realicen así se va a ver más la afectación de la salud mental, tanto así que las/os enfermeros (2), que realizan 10 turnos nocturnos al mes muestran un grado afectación de ansiedad con un 50% en nivel leve y con la misma puntuación para el nivel severo y el estrés en un 100% de la población se encontró en nivel leve; mientras que los que tienen 11 turnos nocturnos al mes solo se ve afectada la ansiedad con un 25% para el nivel leve y el mismo valor para el nivel moderado.

Situación que semeja con lo dicho por ELIZONDO⁵⁸ en su estudio Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería, donde dice que los profesionales de Enfermería que laboran en unidades de demanda crítica como emergencias poseen una tendencia al desarrollo de estrés, lo que los convierte en un grupo vulnerable en el ámbito asistencial y con tendencias a

⁵⁸ Ibíd.

manifestar alteraciones físicas y psicológicas, condición relacionada en otras unidades con trabajos que demandan mucha tensión, tal y como Unidad de Cuidados Intensivos, y especialmente si se encuentra en turnos nocturnos.

5. CONCLUSIONES

Para esta investigación se contó con la participación del personal de enfermería del servicio de urgencia de una IPS de Montería; de lo cual podemos concluir que:

El personal que más predominio tiene es el del sexo femenino con un 85% de la muestra, seguido con un 15% del sexo masculino; el rango de edad más predominante está entre los 30–39 años de edad con un porcentaje del 50%; seguido por los que tienen 20-29 años con un 47% y por último los que tiene 40–49 años con un 3% de la población. Lo que nos indica que la población está comprendida por adultos, lo que relaciona el grado de responsabilidad que conlleva el cuidado del paciente.

En lo que refiere al estado civil el personal de enfermería se encuentra en su gran mayoría solteros con un 41%; situación que según lo investigado propicia a la aparición de estos trastorno, puesto que el acompañamiento de la pareja es un pilar fundamental en cuanto al apoyo para poder sobrellevar los momentos de crisis o sobrecarga emocional.

La ansiedad fue el trastorno que más predominio tubo entre el personal de enfermería con un 50% del total de la población; seguido del estrés con un 30% y la depresión en un 24% de todos los encuestados, sin embargo es de suma importancia la presencia de depresión y estrés puesto que con el aumento de los turnos nocturnos se podrían generar grados severos de estos con mayor repercusión en la salud mental de este personal.

Se identificó que el personal de enfermería que realiza 10 o más turnos nocturnos al mes, muestran una mayor afectación que los que realizan una menor cantidad de estos, echo que puede convertirlos en un grupo vulnerable en el ámbito asistencial y con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas a medida que aumente el horario de trabajo nocturno y laboren en un área que demande mucha tención como el servicio de urgencias.

6. RECOMENDACIONES

Es significativo tener en cuenta que la adecuada organización laboral es una parte importante dentro de las estrategias de intervención que contribuyan a mitigar el impacto del trabajo nocturno en la salud mental de los trabajadores.

Capacitar al personal de enfermería sobre buenas prácticas de descanso y relajación, para mejorar sus horas de descanso, así como una adecuada rotación de los trabajadores para disminuir la continuidad en un horario de noche.

Sugerir la incorporación de más personal de enfermería para disminuir el número de turnos nocturnos y la cantidad de horas laboradas por semana, los cuales son factores principales para desencadenar trastornos emocionales.

De igual manera contemplar programas de evaluación sobre el impacto de los turnos nocturnos en los diversos escenarios laborales (asistencial, comunitario, ocupacional etc.), los cuales procuren el bienestar de la población en general, sin embargo deben enfatizar con más razón el bienestar de los trabajadores que se responsabilizan por brindar atención sanitaria en los diversos niveles de atención pública.

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Resolución 008430 del Ministerio Nacional de Salud)

INVESTIGACIÓN:

Título: “Trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que realiza turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS, Montería, 2015.”

Ciudad fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Paula Andrea Hernández Argumedo y Vilma Rosa Guzmán Petro, estudiantes de la Universidad de Córdoba, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. _____

2. _____

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.

- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad de Córdoba bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.
- Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

C.C. _____ de _____.

ANEXO B. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario recoge información sociodemográfico y laboral. Para completar el cuestionario deberá responder a cada uno de los ítems. Para ello tendrá que seleccionar una única opción en cada ítem, rodeando con un círculo o contestando con una cifra numérica en los casos de los ítems N ° 1, 4, 6 y 7.

1. Edad _____ años.
2. Sexo
 1. Hombre 2. Mujer
3. Estado civil:
 1. casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Separado 5. Unión libre
4. número de hijos. _____.
5. Categoría profesional:
 1. Enfermera/o. 2. Auxiliar de enfermería.
6. Años de experiencia profesional _____ años.
7. Años de experiencia en el área de urgencias. _____ años.
Situación laboral.
 1. Eventual 2. Permanente
8. Horario de trabajo:
 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

ANEXO C. ESCALA DASS-21

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleraré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3

17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

BIBLIOGRAFÍA

- TUCKER, P. Compressed working weeks, en Conditions of Work and Employment Series No. 12 Prefacio OIT 2006.
- CUIXART, Clotilde y CUIXART, Silvia. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos
- RICOY, Josefina Bestard y CHACÓN, Odalys Larduet. Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. En: MEDISAN. vol. 2, no. 2, p. 6-11
- LASSO, Jorge. Introducción a la medicina del sueño. En: CIENC.TRAB. vol. 6, no. 12, p. 53.
- GARCÍA, P. Como impacta el dormir mal. Los riesgos de trabajar con sueño. En: CIENCIA y TRABAJO. vol. 10, no. 29, p. 67.
- ELIZONDO, Noé Alberto Ramírez. Turnos de trabajo en el personal de Enfermería de una unidad de cuidados intensivos. En: ENFERMERÍA EN COSTA RICA. vol. 2, no. 33, p. 74.
- DESCHAMPS, Ámbar, et al. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. En: MEDICINA y SEGURIDAD DEL TRABAJO. vol. 57, no. 224, p. 224.
- CRUZ, Harold Valero y POUTOU, Eduardo Lázaro Caballero. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. En: REVISTA CUBANA DE SALUD y TRABAJO. vol. 5, no. 1, p. 10.
- UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Perfil profesional. [en línea]. Enfermería. <[http://www.unicordoba.edu.co/index.php/perfil-enfermeria.](http://www.unicordoba.edu.co/index.php/perfil-enfermeria)> [citado 30 marzo de 2015].

- MORALES, Elena Miró; Lozano, María del Carmen Cano y CASAL, Gualberto Buela. Sueño y calidad de vida. En: REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA. vol. 14, no. 1, p. 11.
- MARTÍNEZ, Carlos Belmonte. Emociones y cerebro. En: REVISTA DE LA REAL ACADEMIA DE CIENCIAS EXACTAS, FÍSICAS y NATURALES. vol. 101, no. 1, p. 59.
- ALONSO, José Ignacio. Psicología, bachillerato. 4º edición. 2012.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. [en línea]. < <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ab-c-salud-mental.pdf> > [citado 22 de junio de 2015].
- MORÁN, Roberto E. Educandos Con Desórdenes Emocionales y Conductuales. La Editorial, UPR, 2004.
- SMITH, R 1992. The emotional labour of Nursing. London: Macmillan.
- RETAMAL, Pedro. Depresión. Editorial Universitaria, 1998
- LUNA, Miguel. Clínica de la Ansiedad. Psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona. 2002.
- WILLIAMS, JB. Clasificación psiquiátrica. En: TRATADO DE PSIQUIATRÍA. vol. 2.
- Herbert J. Stress. The brain, and mental illness. BMJ 1997; 315: 530-5.
- Williams DR, House JS. Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view. En: Badura B, Kickbusch I. (Eds.): Health Promotion Research. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series N° 37, 1991, pp. 147-72
- Trucco M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. Junio, 1998
- Pani L, Porcella A, Gessa GL. The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. Mol Psychiatry 2000; 5: 14-21

- COLOMBIA Ley 1616 21 de enero de 2003.
- COLOMBIA. Ley 1122 de 2007.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. La definición de enfermería. [Online]. 2014. [citado 2015- 28- 04], Disponible en: < <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas y respuestas en línea. ¿Qué es la salud mental? [Online]. 2007. [citado 2015- 28- 04], Disponible en:< <http://www.who.int/features/qa/62/es/>>.
- ELIZONDO, Noé; et al. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. En: Revista virtual Index de Enfermería. Julio-Septiembre 2013, n°22. [citado 12, noviembre, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132>.