

Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios

Eva Mª Díaz-Ramiro*, Susana Rubio-Valdehita, Mª Inmaculada López-Núñez y Marta Evelia Aparicio-García

Universidad Complutense de Madrid (España).

Resumen: El objetivo de la investigación fue estudiar los hábitos de sueño y la salud psicológica de profesionales del sector sanitario, así como analizar las relaciones entre ambas variables. La muestra contó con 511 trabajadores de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. La salud psicológica fue evaluada con el Cuestionario GHQ-28; los hábitos de sueño a través del Cuestionario CHAS, además, se recogieron datos sociodemográficos como edad, sexo, puesto de trabajo, categoría profesional. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en síntomas somáticos, salud psicológica y estabilidad en hábitos de sueño. Los análisis de regresión indicaron que calidad del sueño y somnolencia diurna son las variables más relacionadas con las dimensiones de salud, especialmente con la ansiedad/insomnio y síntomas somáticos. Estos los resultados ponen de manifiesto las diferencias entre hábitos de sueño y salud percibida en personal de enfermería y facultativos. En conclusión, la población sanitaria presenta mayor prevalencia en malestar psicológico, peor calidad de sueño e inestabilidad en las horas de sueño. Deterioro del sueño, somnolencia y síntomas somáticos son más frecuentes en personal de enfermería que en el resto de profesionales sanitarios.

Palabras clave: profesionales sanitarios; hábitos de sueño; salud psicológica; categoría profesional.

Title: Sleep habits as predictors of psychological health in healthcare professionals.

Abstract: The aim was to study the sleep habits and the psychological health of professionals in the health sector, as well as to analyse the relationships between both variables. The sample consisted of 511 workers from public hospitals in the Community of Madrid. Psychological health was evaluated using the GHQ-28 Questionnaire; and sleep habits with the CHAS Questionnaire. In addition, sociodemographic information was collected, such as age, sex, job position and professional category. The results showed statistically significant differences in somatic symptoms, psychological health and stability in sleep habits. Regression analysis indicated that sleep quality and daytime sleepiness are the variables most related to health dimensions, especially with anxiety/insomnia and somatic symptoms. These results reveal the differences between sleep habits and perceived health in nursing staff and doctors. Finally, healthcare workers present a higher prevalence of psychological distress, poor sleep quality and instability in sleep hours. Sleep impairment, somnolence and somatic symptoms are more frequent in nursing staff than in other healthcare professionals.

Keywords: healthcare professionals; sleep habits; psychological health; professional category.

Introducción

Según la Organización Internacional del Trabajo (ILO, 2012) los hábitos de sueño, así como la privación crónica y los trastornos del sueño muestran un claro impacto sobre la salud, la productividad y la seguridad de los trabajadores. En las últimas décadas ha crecido el interés por el estudio de los hábitos de sueño y su relación con la salud de los trabajadores, ya que influyen negativamente en la calidad de vida de las personas que los padecen (Juárez y Cárdenas, 2006), asociándose con un elevado número de accidentes laborales y de tráfico, déficits en el rendimiento y presencia de múltiples patologías tanto físicas como psicológicas (Vicente-Herrero, Torres, Ramírez, Terradillos y López-González, 2014).

La población trabajadora del sector sanitario presenta una variedad de problemas de salud como trastornos digestivos y alimenticios (Bonet-Porqueras et al., 2009), problemas cardíacos (Hernández-Vargas, Juárez García, Hernández-Mendoza y Ramírez-Paez, 2005), envejecimiento prematuro, enfermedades inmunológicas, trastornos psicológicos (Esteve, Larraz y Jimenez, 2006), problemas con la vida familiar y social, insatisfacción en la crianza de los hijos, deterioro de las relaciones sociales, problemas reproductivos (Strazdins, Clements, Korda, Broom y D'Souza, 2006), y problemas laborales, como estrés (Aguado, Bátiz y Quintana, 2013), ansiedad y depresión (Gómez-Martínez, Ballester-Arnal, Gil-Julia y Abizanda-Campos, 2015), síndrome de burnout (Gar-

cía-Rodríguez, Gutierrez-Bedmar, Bellón-Saameño, Muñoz y Fernández-Crehuert, 2015; Albendín et al., 2016), accidentabilidad (Fernandez-Montalvo y Piñol, 2000) y absentismo (Aranda, Barraza, Romero, Quiñonez, Ceniceros, González y Esparza, 2015).

Respecto al sueño, los trabajadores del sector sanitario son un colectivo con alta prevalencia de trastornos como insomnio (Rodríguez-Muñoz, Moreno-Jiménez, Fernández-Mendoza, Olavarrieta-Bernardino, Cruz-Troca y Vela-Bueno, 2008), apnea (Vicente-Herrero et al., 2014) y déficit crónico de sueño (Rodrigo, 2011).

La influencia de los hábitos de sueño, entendidos como calidad, cantidad y rutinas de sueño, sobre la salud y el bienestar individual es especialmente relevante en el caso de los trabajadores del sector sanitario, ya que suelen estar sujetos a sistemas de guardias con largas jornadas y a turnos rotatorios de trabajo (Díaz-Campo et al., 2008; Mañas y López, 2016). En este sentido, se ha encontrado que la calidad del sueño autoevaluada por los trabajadores, está altamente relacionada con salud percibida, estado de ánimo, síntomas cognitivos, depresión, ajuste y bienestar psicológico, rendimiento y satisfacción laboral (Cano-Lozano, Miró, Fernández-Espinosa y Buela-Casal, 2003). Incluso, se considera que las quejas sobre una mala calidad de sueño pueden utilizarse como indicador en la evaluación de la calidad de vida (Bazazan, Dianat, Mombeini, Aynehchi, y Jafarabadi, 2019; Grimaldo, Alexander y Bossio, 2015; García, Menéndez y Ryan, 2005). Las rutinas de sueño son otro aspecto a considerar en profesionales sanitarios, precisamente por ser un colectivo con diferencias importantes en la estabilidad de las horas de sueño intrasujeto. Los resultados indican que los trabajadores a turnos, con mayor estabilidad en las horas de sueño a lo largo de las

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Eva Mª Díaz-Ramiro. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas 2223. Pozuelo de Alarcón. Madrid (España). E-mail: ediazram@ucm.es

(Artículo recibido: 21-11-2018, revisado: 27-5-2019, aceptado: 2-7-2019)

diferentes jornadas, muestran menos errores en tareas de memoria, así como una mejor salud general (Deschamps, Olivares, de la Rosa y Asunsola, 2011; Panczyk, Woynarowska-Soldan, Żmuda-Trzebiatowska, y Gotlib, 2018). Por otra parte, la cantidad de sueño objetiva, es decir, el número de horas diarias dedicada al sueño, se ha relacionado con longevidad, tanto en patrones de sueño largos (más de 8 horas) como en patrones de sueño cortos (menos de 6 horas de sueño al día) (Kojima, et al., 2000). Las investigaciones indican que, tanto patrones largos como cortos, son factores de riesgo de cáncer, derrames cerebrales y enfermedades coronarias, desarrollo de diabetes, alteraciones en el funcionamiento físico, depresión, ansiedad, abuso de drogas, alcohol o nicotina, incremento en la tasa de accidentabilidad, inestabilidad emocional y trastornos psiquiátricos (Buela-Casal, Miró, Iañez y Catena, 2007).

Todos los problemas descritos, tanto en la salud como en el sueño, presentes en la población trabajadora del sector sanitario, nos lleva a plantear como objetivo de este estudio, evaluar los hábitos de sueño (distribución de las horas de sueño, calidad de sueño y somnolencia diurna) de una muestra de profesionales sanitarios y su relación con el estado de salud psicológica percibida, así como estudiar si existen diferencias en ambas variables entre tres grupos profesionales (facultativos especialistas, enfermeros y auxiliares de enfermería).

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 511 trabajadores (facultativos especialistas, personal de enfermería y auxiliares de enfermería), los participantes fueron obtenidos a través de una muestreo por conveniencia y desarrollaban su actividad en distintos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Como criterio de inclusión se consideró que fueran trabajadores con un mínimo de 6 meses en el mismo centro de trabajo. El criterio de exclusión considerado fue la ausencia de tareas asistenciales, de manera que el personal sanitario con puesto directivos no formó parte de la muestra.

De la muestra total el 77.7% eran mujeres y 22.3% hombres. El rango de edad de los participantes estaba entre 21 y 65 años con una media de edad de 40.92 ($DT = 9.23$). Según los puestos de trabajo desempeñados, 36.8% eran facultativos especialistas, 40.3% personal de enfermería y 22.9% auxiliares de enfermería.

Instrumentos

Para evaluar la salud percibida se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), en su adaptación al español (Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986). Está formado por 28 ítems agrupados en 4 escalas de 7 ítems cada una. Estas escalas son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. La fiabilidad del ins-

trumento es muy alta: $\alpha = 0.97$ para la escala total, y entre 0.91 y 0.97 para las subescalas (Godoy, Godoy, López y Sánchez, 2002). El rango de puntuaciones de cada escala varía de 0 a 21 y para la total de 0 a 84, en esta última se consideró como punto de corte puntuaciones a partir de 24 como indicador de percepción de estar enfermo (Sterling, 2011).

Los hábitos de sueño fueron evaluados a través del Cuestionario de Hábitos de Sueño (CHAS) (Díaz y Rubio, 2013). El cuestionario consta de 30 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 = totalmente desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Evalúa tres parámetros comportamentales del sueño: calidad del sueño, estabilidad en los hábitos de sueño y somnolencia diurna. Su consistencia interna es adecuada con alpha de Cronbach entre 0.71 y 0.78.

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo en 3 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, en una sala acondicionada para la aplicación de las pruebas y en horario de trabajo, generalmente durante la primera hora de la jornada laboral. La aplicación de las pruebas se realizó durante distintos días dependiendo de los distintos servicios de los hospitales (quirófanos, urgencias, laboratorio, diagnóstico, unidad de cuidados intensivos y las distintas especialidades hospitalarias). La duración de las sesiones de evaluación fue aproximadamente de 30 minutos. Todos ellos participaron de forma voluntaria y anónima en la investigación y firmaron un consentimiento informado. Para asegurar el anonimato de las respuestas, se asignó de manera aleatoria un código a cada uno de los participantes. Las sesiones de recogida duraron de marzo a diciembre del año 2017.

Análisis de datos

El análisis estadístico se dividió en tres partes. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo, donde se calculó la media, la desviación típica de las variables evaluadas a través de los cuestionarios GHQ-28 y CHAS en cada uno de los grupos profesionales estudiados (facultativo especialista, personal de enfermería, auxiliar de enfermería). Además, se obtuvieron los valores de prevalencia para cada medida en los tres grupos profesionales considerados y se calculó el estadístico chi-cuadrado para analizar las relaciones entre la prevalencia y el grupo. Posteriormente, para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los distintos puestos de trabajo en las variables de salud percibida y hábitos de sueño, se realizó un ANOVA mediante el estadístico F (Fisher-Snedecor). El nivel de significación asumido para todos los contrastes fue de .05. Por último, para evaluar la relación entre los hábitos de sueño y la salud, se realizó un análisis de regresión lineal stepwise, tomando como variables predictoras los hábitos de sueño y cada una de las medidas de salud como variable dependiente. Se consideraron significativos valores de $p < .05$. Se verificaron los supuestos de normalidad de los errores, igualdad de varianzas en la distribución condicional de los errores e independencia lineal de

los predictores. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 22.0.

Resultados

La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de las respuestas en GHQ-28 (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión y la puntuación total en salud percibida) y en CHAS (calidad de sueño, estabilidad en hábitos de sueño y somnolencia) para los tres grupos profesionales evaluados, así como el porcentaje de participantes con altos indicadores de mala salud y de hábitos de sueño inadecuados (prevalencia) y el correspondiente valor y significación de chi-cuadrado. Los resultados del ANOVA mostraron diferencias estadísticamente significativas en las variables síntomas somáticos ($F(2, 510) = 6.58, p = .002$), medida global de salud percibida ($F(2, 510) = 4.42, p = .013$) y estabilidad en los hábitos de sueño ($F(2, 510) = 4.44, p = .012$). En el resto de variables analizadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Datos descriptivos de las puntuaciones en las escalas GHQ-28 y CHAS y datos de prevalencia (% de participantes con altos indicadores de mala salud y de hábitos de sueño inadecuados)

Variable	Puesto	N	Media	Desviación típica	Prevalencia (%)	Chi cuadrado (Sig.)
Síntomas somáticos	Facultativo	188	4.69	3.47	2.66	57.45
	Enfermería	206	5.96	3.85	4.85	(.036)
	Auxiliar	117	5.88	3.94	3.42	
	Total	511	5.47	3.77	3.72	
Ansiedad insomnio	Facultativo	188	5.07	4.17	3.72	40.27
	Enfermería	206	5.81	4.48	5.34	(.287)
	Auxiliar	117	5.65	4.22	5.98	
	Total	511	5.50	4.31	4.89	
Disfunción social	Facultativo	188	6.86	2.01	1.06	40.50
	Enfermería	206	7.30	2.32	1.94	(.205)
	Auxiliar	117	7.02	2.53	4.27	
	Total	511	7.07	2.27	2.15	
Depresión	Facultativo	188	.79	1.70	0.00	29.92
	Enfermería	206	1.32	2.78	0.49	(.767)
	Auxiliar	117	1.25	2.99	1.71	
	Total	511	1.11	2.50	0.59	
GHQ total	Facultativo	188	17.40	9.16	20.21	134.63
	Enfermería	206	20.37	10.93	29.61	(.017)
	Auxiliar	117	19.79	10.71	30.77	
	Total	511	19.15	10.33	26.42	
Calidad del sueño	Facultativo	188	18.46	7.71	39.36	23.21
	Enfermería	206	17.88	7.52	45.63	(.108)
	Auxiliar	117	16.48	7.04	52.14	
	Total	511	17.77	7.51	44.81	
Estabilidad en los hábitos de sueño	Facultativo	188	11.95	6.90	17.02	15.16
	Enfermería	206	11.71	6.48	16.99	(.513)
	Auxiliar	117	13.91	6.73	8.53	
	Total	511	12.30	6.74	15.07	
Somnolencia	Facultativo	188	21.71	6.73	32.45	24.50
	Enfermería	206	22.92	6.58	38.83	(.079)
	Auxiliar	117	22.45	6.43	43.59	
	Total	511	22.37	6.61	37.57	

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos del análisis de regresión lineal *stepwise*. La calidad y la estabilidad del sue-

ño son, en general, las más relacionadas con las variables de salud.

Tabla 2. Análisis de Regresión lineal *stepwise* hábitos de sueño y salud percibida.

Variable dependiente	Predictores seleccionados	Beta	t	Sig.	R cuadrado
Síntomas somáticos	Calidad del sueño	-.28	-6.91	.000	0.18
	Estabilidad en los hábitos de sueño	-.07	-1.71	.086	
	Somnolencia	.26	6.59	.000	
Ansiedad insomnio	Calidad del sueño	-.35	-8.90	.000	0.21
	Estabilidad en los hábitos de sueño	-.08	-2.13	.033	
	Somnolencia	.19	4.53	.000	
Disfunción social	Calidad del sueño	-.20	-4.86	.000	0.07
	Estabilidad en los hábitos de sueño	-.14	-3.30	.001	
	Somnolencia	.05	1.20	.231	
Depresión	Calidad del sueño	-.20	-4.68	.000	0.07
	Estabilidad en los hábitos de sueño	-.02	-.41	.682	
	Somnolencia	.12	2.94	.003	
GHQ Total	Calidad del sueño	-.34	-8.63	.000	0.22
	Estabilidad en los hábitos de sueño	-.10	-2.32	.021	
	Somnolencia	.22	5.06	.000	

Discusión

Uno de los objetivos de esta investigación es estudiar la salud psicológica y los hábitos de sueño de una muestra de trabajadores sanitarios de la sanidad pública. La prevalencia de la salud psíquica obtenida en este estudio muestra que el 26.4% tienen alta percepción de estar enfermo, con una puntuación media de 19.15. Estos datos son superiores a los obtenidos en estudios previos con profesionales del sector sanitario (Sánchez-Uriz, Gamo, Godoy, Igual y Romero, 2006; Ibañez, Vilaregur y Abio, 2004) y guardan bastante similitud a los encontrados por Lomeña et al. (1991) y Ríos et al. (2008). Por grupos profesionales, la mayor prevalencia de malestar percibido la obtienen los auxiliares de enfermería, el personal de enfermería obtuvo un porcentaje ligeramente más bajo, mientras que el personal médico tuvo valores considerablemente más bajos, resultados que van en la misma línea a los obtenidos por Sánchez-Uriz et al. (2006) con los mismos grupos profesionales. En el análisis por dimensiones de salud psicológica, el personal de enfermería es el colectivo que mostró mayores puntuaciones en las cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión). El grupo de facultativos obtuvo valores inferiores en todas las variables indicadoras de salud subjetiva. Estos datos coinciden con estudios previos realizados en hospitales de la comunidad murciana (Ríos, Godoy y Sánchez-Meca, 2011) y en hospitales de La Habana (Román, 2003), donde el personal de enfermería manifestaba un mayor número de síntomas somáticos como cefaleas, irritabilidad, fatiga, debilidad y acidez o ardor estomacal. Los resultados de nuestro

estudio indican que, en general, el personal de enfermería es el grupo con mayor estrés psicológico, dato que confirma resultados previos en dicho colectivo y que posiblemente esté relacionado con aspectos concretos del puesto de trabajo, como es el tener que realizar turnos de noche y fines de semana con mayor frecuencia que los facultativos, así como mostrar una alta carga mental de trabajo en tareas encaminadas a la atención al paciente (Rubio-Valdehita y Rodrigo-Tapias, 2017).

Respecto a los hábitos de sueño, los resultados ponen de manifiesto que un alto porcentaje de la muestra analizada (44.8%) manifestaba tener mala calidad de sueño, además el 37.6% indicaba presentar somnolencia diurna a lo largo de su jornada. Estos datos son superiores a los encontrados tanto en estudios con población trabajadora en el área de la salud, que encuentran una prevalencia de 22.8%, como en estudios realizados con población trabajadora de otros sectores profesionales (Díaz-Campo et al., 2008). Nuestros resultados muestran diferencias, aunque no estadísticamente significativas, en la valoración de la calidad del sueño entre los grupos, con una prevalencia en baja calidad del sueño más alta para los auxiliares, seguidos del personal de enfermería y por último los facultativos. Estos datos podrían indicar que el trabajo nocturno estaría afectando a la mala calidad del sueño. Respecto a la inestabilidad en las horas de sueño (diferencias entre las horas de sueño en las distintas jornadas laborales), los datos muestran que el grupo de médicos presenta mayor inestabilidad, a diferencia de los auxiliares de enfermería, estas diferencias pueden ser explicadas a que el personal facultativo realiza guardias a diferencia del grupo de auxiliares que no está sometidos a sistema de guardias, estos resultados confirman los estudios previos de Díaz-Campo (2008) en los que las guardias no parecen asociarse ni a peor calidad del sueño ni a mayor somnolencia diurna, pero sí podría relacionarse con una peor calidad asistencial y un aumento de los riesgos.

Según nuestros resultados, el grupo que muestra peor salud psicológica percibida y peores hábitos de sueño es el personal de enfermería. Desde el punto de vista de la prevención de accidentes laborales relacionados con los hábitos de sueño, es importante destacar que la somnolencia diurna condiciona la velocidad de procesamiento de la información, aumenta la latencia de respuesta y provoca descensos en la memoria y en la capacidad de concentración. Un meta-análisis (Uehli et al., 2014) basado en 27 estudios observacionales estimó que la mala calidad de sueño, un tiempo corto de horas de sueño y la somnolencia diurna excesiva aumentaban el riesgo de accidentes de trabajo hasta en un 62%.

Al comparar la salud percibida y los hábitos de sueño en función del puesto de trabajo, los resultados indican que la variable síntomas somáticos, la salud global percibida y la estabilidad en las horas de sueño difieren de forma estadísticamente significativa, siendo el personal de enfermería el que presenta mayor número de síntomas somáticos, peor salud percibida y mayor inestabilidad en las horas de sueño. Estos resultados coinciden con los de estudios previos que com-

paran diferentes niveles profesionales en atención primaria, los cuales muestran que el personal de enfermería tenía mayores puntuaciones en trastornos psicossomáticos, gastrointestinales, cardiovasculares y lesiones musculoesqueléticas (Sanchez-Uriz et al., 2006; Ibañez et al., 2004). La Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo del año 2010 indica que el personal de enfermería presenta una alta probabilidad de absentismo laboral por enfermedad y que las causas son el estrés y la insatisfacción laboral. En este sentido, Carrillo-García et al. (2015) encuentran que el puesto de enfermero/a es el que describe mayor insatisfacción con el trabajo respecto al resto de colectivos profesionales en el sector sanitario. Es posible que estas diferencias encontradas para el puesto de enfermería se deban a una mayor sobrecarga emocional causada por el mayor contacto directo con el dolor y el malestar del paciente, mayor carga de trabajo, más ambigüedad en las tareas y peores condiciones laborales y sociales.

Las relaciones entre sueño y salud han sido analizadas en estudios previos, pero especialmente en muestras clínicas. Todos ellos revelan relaciones entre aspectos concretos del sueño, como calidad y cantidad de sueño, así como la influencia de los cambios en el sueño sobre la salud (privación de sueño por diversos motivos) (Becker, Cusick, Sidol, Epstein, y Tamm, 2018). En nuestro estudio, los análisis de regresión pusieron de manifiesto que la calidad del sueño y la somnolencia diurna son las variables más relacionadas con las dimensiones de salud, especialmente con la ansiedad/insomnio y con síntomas somáticos. En este sentido, peores hábitos de sueño se asocian a una menor salud. La estabilidad de los hábitos de sueño sólo resultó significativa en su asociación con la disfunción social. Aunque se obtuvieron resultados significativos, es preciso señalar que los valores de R cuadrado fueron muy bajos, en el caso de depresión y de disfunción social, y moderados en el caso de salud global, síntomas somáticos y ansiedad/insomnio (no llegaron al 0.25), lo cual tiene sentido si tenemos en cuenta que en nuestro caso la variabilidad de las medidas de salud fue baja, ya que se empleó una muestra de trabajadores activos carentes de patologías. Cabe esperar que, como se ha puesto de manifiesto en otros estudios previos con muestras clínicas, las relaciones sean más elevadas cuando el estado de salud de los participantes sea más heterogéneo.

Como conclusión, este estudio pone de manifiesto las diferencias entre hábitos de sueño y salud percibida en personal de enfermería y facultativos. La población sanitaria presenta mayor prevalencia en malestar subjetivo, peor calidad de sueño e inestabilidad en las horas de sueño. El deterioro del sueño y la somnolencia son más frecuentes en el personal de enfermería que en otros grupos de trabajadores de la salud, confirmando los resultados previos. A partir de estos resultados, surge la necesidad de desarrollar estrategias de intervención y control de ansiedad en dicho colectivo, así como programas de atención al personal de enfermería desde los servicios de prevención de riesgos laborales, siguiendo la recomendación de la OMS (2000) de la necesidad de “cuidar a los cuidadores”.

El presente trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar al intentar explicar los mecanismos que definen dicha relación, al ser estudios correlacionales no se evalúa hasta qué punto son los hábitos de sueño los que afectan directamente a la salud o si por el contrario los cambios en los hábitos de sueño (como peor calidad, trastornos o somno-

lencia diurna) son manifestaciones de la propia enfermedad física o psicológica. En investigaciones futuras, sería conveniente realizar un análisis multifactorial más amplio, así como un estudio longitudinal que permita establecer relaciones de causalidad.

Referencias

- Aguado, J.I., Bátiz, A. & Quintana, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab*, 59, 259-275.
- Albendín, L., Gómez, J.L., Cañadas-de la Fuente, G.A., Cañadas, G.R., San Luis, C. & Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
- Aranda, C., Barraza, J. H., Romero, J. J., Quiñonez, L. A., Cenicerros, A.P., González, G. & Esparza, J. A. (2015). Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). *Salud Uninorte*, vol. 31, (2), 245-254. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>
- Bazazan, A., Dianat, I., Mombeini, Z., Aynehchi, A., & Jafarabadi, M. A. (2019). Fatigue as a mediator of the relationship between quality of life and mental health problems in hospital nurses. *Accident Analysis & Prevention*, 126, 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.01.042>
- Becker, S. P., Cusick, C. N., Sidól, C. A., Epstein, J. N., & Tamm, L. (2018). The impact of comorbid mental health symptoms and sex on sleep functioning in children with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 27(3), 353-365. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1055-2>
- Bonet-Porqueras, R., Moliné, A., Olona, M., Gil, E., Bonet, P., Les Morells, E., Iza, M. & Bonet, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19, 76-82.
- Buela-Casal, G., Miró, E., Iañez, M.A. & Catena, A. (2007). Relation between habitual sleep duration and depressed mood state: Somatic versus cognitive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 615-631.
- Cano-Lozano, M.C., Miró, E., Fernández-Espinosa, L. & Buela-Casal, G. (2003). Efectos terapéuticos de la privación de sueño en la depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 541-563.
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M.E., Gómez-García, C.I. & Meseguer-de-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31 (2), 645-650. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>
- Deschamps, A., Olivares, S., De la Rosa, K. & Asunsola, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab*, 57, 224-2241.
- Díaz, E. & Rubio, S. (2013). Desarrollo de un instrumento de medida de hábitos de sueño. Un estudio con jóvenes universitarios carentes de patologías. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 36 (2), 29-48.
- Díaz-Campo, Y., Díaz-Campo, C., Puerma, C., Viedma, M.N., Aulet, A., Lázaro, E. & Fernández, O.M. (2008). La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de Castilla-La Mancha. *Revista Clínica Medicina Familiar*, 2 (4), 156-161.
- Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (2010). Ministerio de Trabajo e Inmigración Subdirección General de Estadística. Gobierno de España.
- Esteve, M., Larraz, C. & Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 2, 77-83. <https://doi.org/10.1157/13085357>
- Fernández-Montalvo, J. & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 207-222.
- García, B., Menéndez, M. & Ryan, M. (2005). Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes en España. *Archivos de Medicina*, 1(1), 2-15.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J.A., Muñoz-Bravo, C. & Fernández-Crehuet, J. (2015). Entorno psicosocial y estrés en sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
- Godoy, D., Godoy, J.F., López, F. & Sánchez, M.B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 49-71.
- Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., Gil-Julia, B. & Abizanda-Campos, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, 31(2), 743-750. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
- Grimaldo, M., Alexander, M. & Bossio, R. (2015). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (1), 50-57.
- Hernández-Vargas, C.I., Juárez-García, A., Hernández-Mendoza, E. & Ramírez-Páez, J.A. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS*, 13 (3) 125-131.
- Ibañez, N., Vilaregur, A. & Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14(3), 142-151.
- ILO, International Labour Organization. (2012). The effects of working time on productivity and firm performance: a research synthesis paper. *Conditions of work and employment series*, 33. Geneva.
- Juárez, F. & Cárdenas, S. (2006). Percepción en salud en guardas de seguridad que trabajan en turnos irregulares. *Terapia Psicológica*, 24,(2), 131-138.
- Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., & cols. (2000). Sleep patterns and total mortality: A 12-year follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10, 87-93.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lomeña, J.A., Martínez, C., Negrillo, M. & Naranjo de la Cruz, A. (1991). Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Atención Primaria*, 8, 31-8.
- Mañas, C.M. & López, M.P. (2016). Análisis de la calidad de sueño en una muestra de trabajadores del sector público. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6 (1), 4-11.
- OMS. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance.
- Panczyk, M., Woynarowska-Soldan, M., Żmuda-Trzebiatowska, H., & Gotlib, J. (2018). Health-enhancing behaviours of nurses in Poland and their association with shift work and age. *Collegian*, 25(3), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2017.07.001>
- Ríos, M.I., Godoy, C. & Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Ríos, M.I., Peñalver, F. & Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-78.
- Rodrigo, S. (2011). Calidad del sueño en personal de enfermería. *Reduca: Enfermería, Fisioterapia y Podología*, 3, 1-24.
- Rodríguez-Muñoz, A., Moreno-Jiménez, B., Fernández-Mendoza, J.J., Olavarrieta-Bernardino, S., Cruz-Troca, J.J. & Vela-Bueno, A. (2008). Insomnio y calidad del sueño en médicos de atención primaria: una perspectiva de género. *Revista Neurología*, 47(3), 119-123.
- Román J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-10.
- Rubio-Saavedra, S. & Rodrigo-Tapias, I. (2017). Fuentes de carga mental en una muestra de enfermeros y técnicos auxiliares de enfermería de Madrid (España). *Rev Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 43(1), 177-185. https://doi.org/10.21865/RIDEP43_177
- Sánchez-Uriz, M.A., Gamo, M.F., Godoy, F.J., Igual, J. & Romero, A. (2006). ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario?. *Rev Calidad Asistencial*, 21(4), 194-8.
- Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). *Journal of Physiotherapy*, 57, 259. [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1)
- Strazdins, L., Clements, M.S., Korda, R.J., Broom, D.H. & D'Souza, R.M. (2006). Unsocial work? Nonstandard work schedules, family relationships, and children's well-being. *Journal of Marriage and Family*, 68, 394-410. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00260.x>
- Uehli, K., Mehta, A.J., Miedinger, D., Hug, K., Schindler, C., Holsboer, E. et al. (2014). Sleep problems and work injuries: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 18(1), 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.01.004>
- Vicente-Herrero, M.T., Torres, J.I., Ramirez, M.V., Terradillos, M.J. & López-González, A.A. (2014). Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), 63-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.06.001>