

The impact of night shifts on the physical and mental health of resident physicians and nursing graduates in a private health care facility in Cuenca - Ecuador.

El impacto de los turnos nocturnos en la salud física y mental de los médicos residentes y licenciadas de enfermería de una casa de salud privada de Cuenca - Ecuador

Autores:

Chicaíza-Maldonado, Martha Karina
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Médico General
Cuenca – Ecuador



martha.chicaiza.69@est.ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0005-9933-4477>

Tamayo-Calle, Tania Ivonne
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Ing. Industrial, MBA
Docente
Cuenca – Ecuador



ttamayo@ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0002-0989-3987>

Fechas de recepción: 29-AGO-2025 aceptación: 29-SEP-2025 publicación: 30-SEP-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

El presente estudio analiza las repercusiones físicas y psicológicas derivadas de los turnos nocturnos en profesionales de la salud, específicamente médicos residentes y licenciadas en enfermería de una casa de salud privada en Cuenca. Se identifican afectaciones físicas como trastornos sistémicos, hormonales y del sueño, las cuales se asocian con fatiga crónica, disminución del rendimiento y mayor vulnerabilidad a enfermedades ocupacionales. En el ámbito psicológico, se destacan ansiedad, depresión, irritabilidad y cambios en el estado de ánimo, concordando con investigaciones previas en bases como Scielo, UpToDate, Cambridge University Press y ScienceDirect (Ayala, 2019). El estudio también resalta los riesgos de realizar actividades cotidianas bajo privación de sueño, como conducir, manipular equipos médicos o ejecutar procedimientos clínicos de precisión. Estas condiciones aumentan la probabilidad de errores, accidentes laborales y eventos adversos, comprometiendo tanto la seguridad del trabajador como la del paciente. Para contextualizar los hallazgos en el entorno local, se aplicó una encuesta al personal de salud, lo que permitió identificar con claridad las principales afectaciones físicas y psicológicas vinculadas al trabajo nocturno. En conclusión, comprender el impacto de los turnos nocturnos es esencial para la prevención de enfermedades ocupacionales y psicológicas en el personal sanitario. A partir de este conocimiento, se pueden diseñar estrategias integrales de intervención, que incluyan políticas de redistribución de horarios, programas de higiene del sueño, capacitaciones en autocuidado y acompañamiento psicológico. Dichas medidas fortalecerían la cultura de prevención en las instituciones de salud, mejorando el bienestar del personal y la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Palabras clave: Turnos nocturnos; Trastornos musculoesqueléticos; Ansiedad y depresión; Privación de sueño; Personal sanitario

Abstract

This study analyzes the physical and psychological repercussions of night shifts on healthcare professionals, specifically resident doctors and registered nurses at a private healthcare facility in Cuenca. Physical effects such as systemic, hormonal, and sleep disorders are identified, which are associated with chronic fatigue, decreased performance, and increased vulnerability to occupational diseases. Psychologically, anxiety, depression, irritability, and mood swings are highlighted, consistent with previous research in databases such as Scielo, UpToDate, Cambridge University Press, and ScienceDirect (Ayala, 2019). The study also highlights the risks of performing daily activities while sleep deprived, such as driving, handling medical equipment, or performing precision clinical procedures. These conditions increase the likelihood of errors, workplace accidents, and adverse events, compromising both worker and patient safety. To contextualize the findings in the local setting, a survey was conducted among healthcare personnel, which clearly identified the main physical and psychological effects associated with night work. In conclusion, understanding the impact of night shifts is essential for the prevention of occupational and psychological illnesses among healthcare personnel. Based on this knowledge, comprehensive intervention strategies can be designed, including shift redistribution policies, sleep hygiene programs, self-care training, and psychological support. Such measures would strengthen the culture of prevention in healthcare institutions, improving staff well-being and the quality of care provided to patients.

Keywords: Night shifts; Musculoskeletal disorders; Anxiety and depression; Sleep deprivation; Healthcare personnel

Introducción

En la sociedad contemporánea, una parte considerable del tiempo diario se destina al trabajo. Este ya no constituye únicamente una actividad orientada a la obtención de ingresos, sino que representa un componente esencial de la identidad personal (Dejours, 2015). El trabajo permite la integración en el entorno sociocultural, el reconocimiento como sujeto de pleno derecho y el logro de la autonomía a través de la independencia económica (Fernández & Gómez, 2019). Las condiciones en las que se desarrolla una actividad laboral inciden significativamente en la salud mental. Factores como el nivel de control sobre el trabajo, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades del trabajador, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física, influyen de forma determinante en el bienestar psicológico (Karasek & Theorell, 1990; Peiró, 2020). Cuando un empleo cumple con estos elementos, se asocia con mayores niveles de satisfacción y salud mental (Gil-Monte, 2012). En este contexto, el trabajo nocturno implica un riesgo elevado para la estabilidad emocional y el equilibrio integral del individuo, debido al impacto que genera en diversas esferas de la vida personal y profesional (Ayala, 2019).

En relación con las labores en horario nocturno, es fundamental comprender que el sueño es un estado biológico regular, recurrente y fácilmente reversible, caracterizado por una relativa inactividad física y múltiples transformaciones fisiológicas, entre ellas cambios en la respiración, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, la temperatura corporal, la función hormonal y la presión arterial (Carskadon & Dement, 2017). Estas variaciones están reguladas por el reloj biológico o ritmo circadiano, que organiza los ciclos sueño-vigilia en periodos de 24 horas (Czeisler, 2013). A su vez, el sueño presenta un ritmo ultradiano, correspondiente a la sucesión cíclica de sus distintas fases, cuya alteración puede desencadenar trastornos relevantes para la salud (Buysse, 2014). Los trastornos del sueño relacionados con la turnicidad laboral forman parte de las alteraciones del ritmo circadiano y se manifiestan comúnmente como insomnio y somnolencia excesiva durante el día, presentándose con mayor frecuencia en contextos hospitalarios donde la atención continua interrumpe el ciclo sueño-vigilia de forma sistemática (Flo et al., 2019; Moreno, 2020).

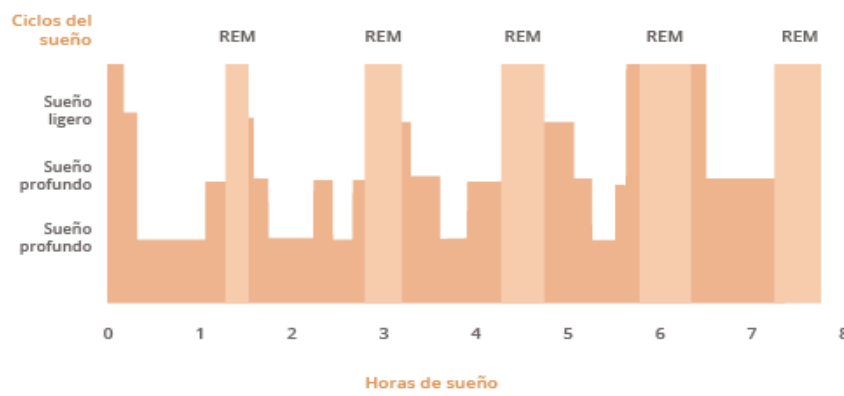
Desde el punto de vista fisiológico, el sueño cumple funciones esenciales en la mayoría de los seres vivos. Investigaciones sobre su fisiología han demostrado que durante este proceso



se desarrollan mecanismos clave como la conservación de energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de toxinas y la activación del sistema inmunológico. Esta actividad biológica se divide tradicionalmente en dos grandes fases que se suceden de forma ordenada: el sueño sin movimientos oculares rápidos (No MOR), compuesto por varias etapas, seguido por el sueño con movimientos oculares rápidos (MOR), tal como se observa en la Figura 1.

Figura 1

Figura 1. Ciclos del sueño



Fuente: (Roda, 2022)

El personal sanitario está expuesto a una elevada presión asistencial, a la turnicidad laboral y a situaciones constantes de estrés, factores que pueden comprometer su salud física y mental, además de incrementar el riesgo de errores médicos. Entre las principales consecuencias de esta exposición prolongada destaca la alteración del sueño, siendo el insomnio uno de los trastornos más frecuentes. Diversos estudios han señalado una relación directa entre el insomnio y la exposición a factores estresantes, tales como crisis económicas, emergencias sanitarias o incluso eventos de gran impacto social como ataques terroristas. En el ámbito hospitalario, esta relación se intensifica debido a la carga emocional y física propia de la atención clínica.

La exposición constante al estrés en el entorno sanitario puede actuar como desencadenante o agravante del insomnio, el cual se ha descrito como una respuesta neurobiológica y fisiológica al estrés crónico. Asimismo, la presencia de insomnio puede contribuir al

desarrollo o agravamiento de cuadros de ansiedad, estableciendo un ciclo negativo que deteriora progresivamente la salud del trabajador. (Véase Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de los trastornos del sueño

DISOMNIAS	PARASOMNIAS	ALT ASOCIADAS A OTRAS ENF	SD PROPUESTOS
1-Intrínsecas - Insomnio psicofisiológico - Mala percepción del sueño - Insomnio idiopático - Narcolepsia - Hipersomnia idiopática - SAOS - MPP - Síndrome de apneas centrales 2-Extrínsecas - Secundario a: altitud, alergia a alimentos, alcohol, fármacos, higiene del sueño, ruido 3-Alt. ritmo circadiano - Jet-lag, ritmo irregular, ciclo corto, ciclo largo, trabajo en turnos	1-Alt. despertar - Despertar confusional - Sonambulismo - Terrores nocturnos 2-Alt. transición vigilia-sueño - Jactatio capitis - Somniloquios - Calambres nocturnos 3-Parasomnias en REM - Parálisis del sueño - Pesadillas - Alt de conducta en REM - Parada sinusal en REM 4-Otras parasomnias - Bruxismo, Enuresis, Disquinesia paroxística nocturna, mioclonus, ronquido primario, hipoventilación congénita	1-Enf. Psiquiátricas - Psicosis, alt pánico, alt ansiedad, alt humor, alcoholismo 2-Enf. Neurológicas - Insomnia fatal familiar - Demencia - Parkinsonismo - Enf degenerativas - Epilepsia, status del sueño - Cefalea relacionada al sueño 3-Enf. Médicas - Isquemia cardíaca nocturna - EPOC - Asma relacionada al sueño - Reflujo gastroesofágico - Úlcera gastroduodenal - Fibromialgia - Enf. del sueño	- Hiperhidrosis del sueño - Sd. de subvigilia - Laringoespasmos - Sueño largo - Sueño corto - Taquipnea - Alucinaciones - Atragantamiento - Alt. en embarazo - Alt. perimenstruales

Fuente: (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007)

La falta de adaptación de los mecanismos fisiológicos de respuesta al estrés favorece el desarrollo de insomnio crónico, condición que afecta negativamente la calidad de vida, la salud mental y el rendimiento ocupacional. Este trastorno se asocia a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca e hipertensión, así como a trastornos metabólicos como la diabetes (Buysse, 2014; Léger et al., 2020). Su detección temprana en el personal sanitario es esencial para preservar su bienestar y reducir riesgos en el ejercicio profesional.

La privación aguda del sueño se produce cuando la persona no duerme lo suficiente o lo hace en horarios desalineados con su ritmo circadiano. Sus síntomas más comunes incluyen somnolencia excesiva, alteraciones cognitivas y aumento del riesgo cardiovascular. El sueño cumple funciones biológicas críticas en la restauración energética, la consolidación de la memoria y el equilibrio fisiológico (Carskadon & Dement, 2017). La OMS (2022) estima que el 40 % de la población mundial presenta dificultades para dormir, lo que convierte a los trastornos del sueño en un problema de salud pública.

Entre las consecuencias más relevantes se encuentra el deterioro de las funciones cognitivas. Profesionales de la salud, transportistas o estudiantes expuestos a jornadas prolongadas experimentan déficits en la atención, la memoria de trabajo y la toma de decisiones (Kaliyaperumal et al., 2017). Este déficit incrementa el riesgo de errores médicos y accidentes, comprometiendo tanto la seguridad personal como la de terceros. La OMS (2022) recomienda un mínimo de 7–8 horas de sueño diario para preservar un rendimiento cognitivo óptimo.

El trabajo nocturno y por turnos implica riesgos adicionales, ya que desorganiza los ritmos circadianos, altera la vida social y familiar y favorece la aparición de enfermedades crónicas. Estudios recientes confirman que la turnicidad está asociada con fatiga crónica, estrés sostenido, trastornos del sueño, problemas cardiovasculares y deterioro de la salud mental (Flo et al., 2019; Moreno, 2020). En el caso del personal sanitario, la exposición prolongada a estas condiciones incrementa la vulnerabilidad, afectando tanto la salud de los trabajadores como la calidad asistencial que brindan. La revisión bibliográfica sobre los efectos de la turnicidad en la salud del personal sanitario constituye una herramienta fundamental para comprender y abordar esta problemática. La acumulación de evidencia científica permite identificar patrones comunes, establecer correlaciones significativas y proponer estrategias de mitigación. Además, proporciona una visión integral de los factores de riesgo vinculados a esta modalidad de trabajo, lo que resulta indispensable para la formulación de políticas institucionales orientadas al cuidado y bienestar del personal. (Véase Figura 2)

Figura 2. Consecuencias por trastorno de sueño



Fuente (Pérez-Ortega et al., 2022)

A nivel internacional, organizaciones como la OIT y la OMS han establecido normas y directrices para reducir riesgos laborales y proteger la salud del personal sanitario. El Convenio sobre el personal de enfermería reconoce la relevancia de este colectivo y garantiza derechos como la no discriminación, la libertad sindical, la negociación colectiva, la protección de la maternidad y la salud ocupacional (OIT, 1977). De igual manera, la Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo señala que los empleadores deben asegurar condiciones seguras y saludables mediante la implementación de medidas preventivas (OIT, 1985).

La organización de los turnos laborales sigue siendo un desafío, especialmente en sectores como el sanitario. Estudios recientes proponen medidas para mitigar la fatiga y la desalineación circadiana, tales como pausas estratégicas, esquemas de turnos flexibles y reducción de la jornada laboral (Costa, 2016). Sin embargo, la turnicidad nocturna genera una alteración del ritmo biológico que provoca insomnio, hipersomnolencia diurna y fatiga crónica. La investigación ha mostrado que los trabajadores nocturnos presentan una reducción significativa del sueño REM (MOR), afectando la restauración física y psicológica (Knutsson, 2003).

En el ámbito sanitario, donde los turnos rotativos son frecuentes, los efectos incluyen ronquidos, pesadillas, apneas, parasomnias y deterioro de la memoria, concentración y capacidad de reacción (Flo et al., 2019). Estas alteraciones comprometen la seguridad del trabajador y del paciente, dado que la fatiga reduce la atención y aumenta los errores. El Trastorno del Trabajo por Turnos (SWD) es una condición reconocida, vinculada con mayor prevalencia de ansiedad, depresión, accidentes automovilísticos y errores médicos (Boivin & Boudreau, 2014). En conclusión, la turnicidad laboral, aunque necesaria en la atención sanitaria, constituye un riesgo significativo para la salud física y mental, lo que refuerza la urgencia de políticas y estrategias preventivas adaptadas a los sistemas hospitalarios.

Finalmente, en el contexto hospitalario, se ha observado un fenómeno paradójico: profesionales sanitarios que presentan niveles elevados tanto de *burnout* como de *work engagement*. Aunque tradicionalmente estas variables se han concebido como opuestas en un mismo continuo, los estudios actuales sugieren que podrían ser dimensiones independientes, aunque inversamente correlacionadas. Esta dualidad refleja la complejidad del trabajo

sanitario y la necesidad de abordajes integrales que consideren no solo la carga laboral, sino también la motivación intrínseca de los profesionales. (Véase Figura 3)

Figura 3. Variables que intervienen en el trabajo a turnos



Fuente: (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), 1999)

El burnout y el work engagement son respuestas psicológicas derivadas de la interacción entre el individuo y las condiciones laborales. El burnout se define como un síndrome de estrés laboral crónico que genera agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach & Leiter, 2016). En contraste, el work engagement se considera un estado positivo de bienestar laboral caracterizado por vigor, dedicación y absorción (Schaufeli et al., 2002).

En el sector sanitario, las enfermeras suelen presentar mayor vulnerabilidad al burnout y menores niveles de engagement, debido a la limitada autonomía y escasas oportunidades de desarrollo profesional en comparación con los médicos (Gómez-Gascón et al., 2013). Entre los médicos, los residentes son especialmente propensos al síndrome de burnout por factores como rotación constante de turnos, carga asistencial elevada, exigencias académicas y falta de autonomía decisional (Dyrbye et al., 2014). Estas condiciones incrementan el desgaste emocional y ponen en riesgo tanto la salud mental de los profesionales como la calidad del servicio prestado.

Definición de variables

Variable dependiente (Y): Afectaciones fisiológicas y psicológicas por falta de sueño. La privación del sueño se asocia con dificultades cognitivas, desregulación emocional y riesgo de depresión o conductas suicidas (Baglioni et al., 2016).

X1: Cantidad y calidad de horas de sueño. La calidad del sueño (profundidad y continuidad) resulta más determinante que la cantidad en la recuperación fisiológica (Buysse, 2014).

X2: Cansancio. Sensación de agotamiento físico o mental asociada a ritmos circadianos alterados (Åkerstedt, 2003).

X3: Estrés. Respuesta fisiológica y psicológica que activa el eje HHA, con repercusiones cardiovasculares y metabólicas (McEwen, 2006).

X4: Falta de interacción familiar y social. El aislamiento reduce el apoyo emocional y aumenta la vulnerabilidad psicológica (House et al., 1988).

X5: Horario laboral. Los turnos nocturnos o prolongados afectan la calidad de vida y los ritmos biológicos (Knutsson, 2003).

X6: Fases del sueño. Tanto REM como No REM son esenciales para la restauración física y cognitiva; su alteración compromete la salud (Carskadon & Dement, 2017).

La revisión bibliográfica es fundamental para identificar vacíos en la evidencia y comprender los mecanismos mediante los cuales la turnicidad laboral afecta la salud física y mental del personal sanitario, aportando sustento teórico y metodológico para investigaciones futuras.

Material y métodos

Este apartado describe el diseño metodológico adoptado para la realización del presente estudio, incluyendo las herramientas de recolección de datos y el análisis de los resultados obtenidos.

La muestra estuvo conformada por un total de 26 profesionales de la salud pertenecientes a una casa de salud privada de la ciudad de Cuenca: 13 licenciadas en Enfermería y 13 médicos residentes, todos ellos sometidos a turnos rotativos. Los médicos residentes realizan turnos de 24 horas, mientras que las licenciadas en enfermería cumplen jornadas alternadas de 12 horas en horario diurno y nocturno. Para la evaluación de la cantidad y calidad del sueño se emplearon dos instrumentos validados internacionalmente: el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), aplicado a los 26 participantes (13 licenciadas y 13 médicos residentes), y la *Epworth Sleepiness Scale* (ESS), respondida por 11 licenciadas y 7 médicos residentes. La diferencia en el número de encuestas válidas de la ESS se debe a errores en el llenado de algunos formularios, lo que obligó a su exclusión del análisis.



El procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS para la elaboración de gráficos y pruebas estadísticas, mientras que Google Forms facilitó la aplicación digital de los cuestionarios y Microsoft Excel permitió organizar y depurar la base de datos obtenida. Se contemplaron análisis comparativos entre variables relacionadas con la calidad y cantidad del sueño y su impacto en distintos ámbitos: desempeño laboral, vida diaria, salud física y salud mental. Para sustentar teóricamente el estudio, se recurrió a literatura científica proveniente de revistas indexadas en bases de datos como *Scopus*, *SciELO*, *Web of Science* y *ScienceDirect*. Asimismo, se utilizó *Google Scholar* como buscador complementario de artículos científicos relevantes (Molinero & Chávez, 2019).

Resultados

Con el objetivo de evaluar el impacto de la calidad del sueño en el personal de salud, se aplicaron dos encuestas estructuradas: el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) y la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE). Estas herramientas permitieron analizar variables como horas de descanso, hábitos de sueño, uso de medicación y somnolencia diurna, procesadas estadísticamente mediante SPSS para identificar patrones y asociaciones con factores individuales y laborales.

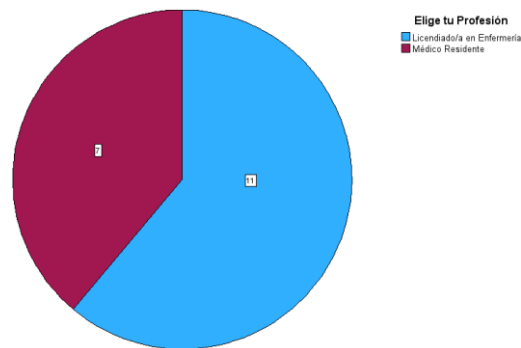
El PSQI fue respondido por 13 licenciadas en enfermería y 13 médicos residentes. Los resultados evidencian que, aunque la mayoría mantiene horarios regulares para iniciar el descanso nocturno, presentan latencia prolongada para conciliar el sueño y una duración menor a la recomendada por organismos internacionales. Se detectaron alteraciones significativas como despertares frecuentes, sensaciones térmicas incómodas, dolores físicos, pesadillas y excesiva somnolencia diurna. La percepción general del sueño fue predominantemente negativa, calificado como “malo” o “bastante malo”. Además, se reportó el uso ocasional de medicación, junto con síntomas emocionales como apatía, irritabilidad y fatiga persistente.

La ESE fue respondida por 18 participantes (11 enfermeras y 7 residentes), tras excluir encuestas incompletas. Esto representa una limitación metodológica, ya que la reducción de la muestra puede afectar la representatividad de los hallazgos. No obstante, los resultados

permiten identificar una alta prevalencia de somnolencia diurna, con implicaciones en el rendimiento laboral y el bienestar general.

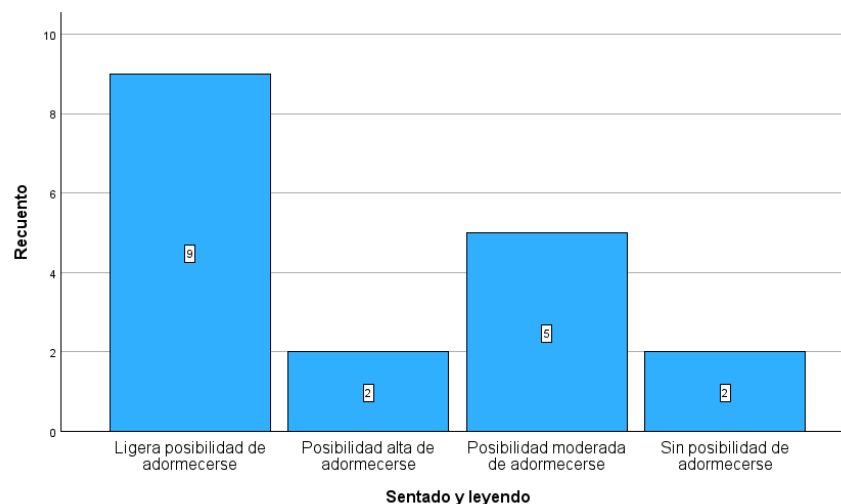
En conjunto, los hallazgos reflejan que los trastornos del sueño en el personal sanitario son frecuentes y repercuten en su salud física, emocional y cognitiva. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias preventivas (higiene del sueño, pausas activas, reestructuración de turnos) e intervenciones clínicas (atención psicológica y manejo farmacológico cuando sea necesario), con el fin de proteger la salud integral y mejorar el desempeño profesional de este grupo.

Figura 4. Distribución de los participantes según profesión



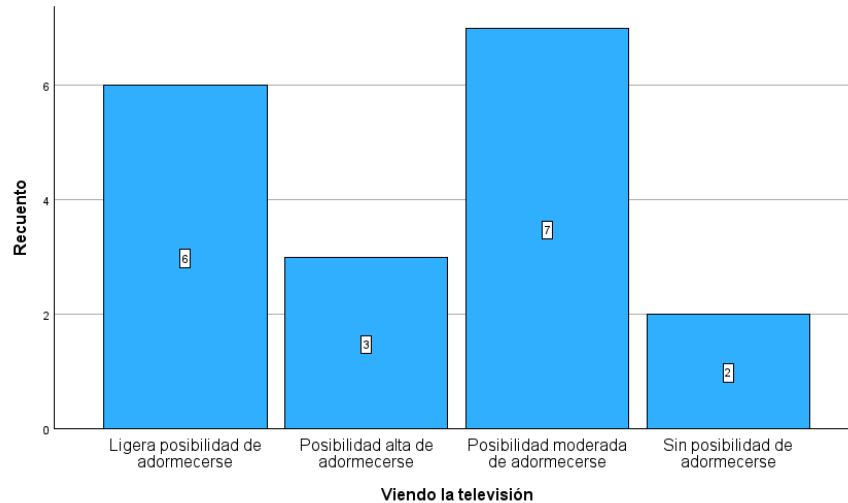
Nota. La figura muestra la proporción de profesionales participantes en el estudio: 11 (61.1%) son Licenciados/as en Enfermería y 7 (38.9%) son Médicos Residentes.

Figura 5. Probabilidad de adormecerse estando sentado y leyendo



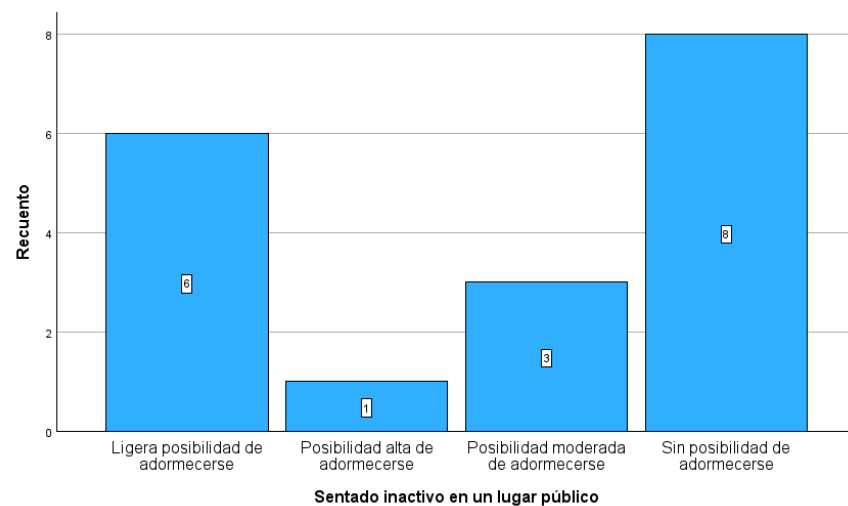
Nota. Probabilidad de adormecerse mientras se está sentado y leyendo. La mayoría de los participantes ($n = 9$) reportó una ligera posibilidad de quedarse dormido durante la lectura en posición sentada. El resto indicó una posibilidad moderada ($n = 5$), alta ($n = 2$) o nula ($n = 2$), evidenciando diferentes niveles de somnolencia diurna pasiva en la muestra ($n = 18$).

Figura 6. Probabilidad de adormecerse mientras se ve televisión



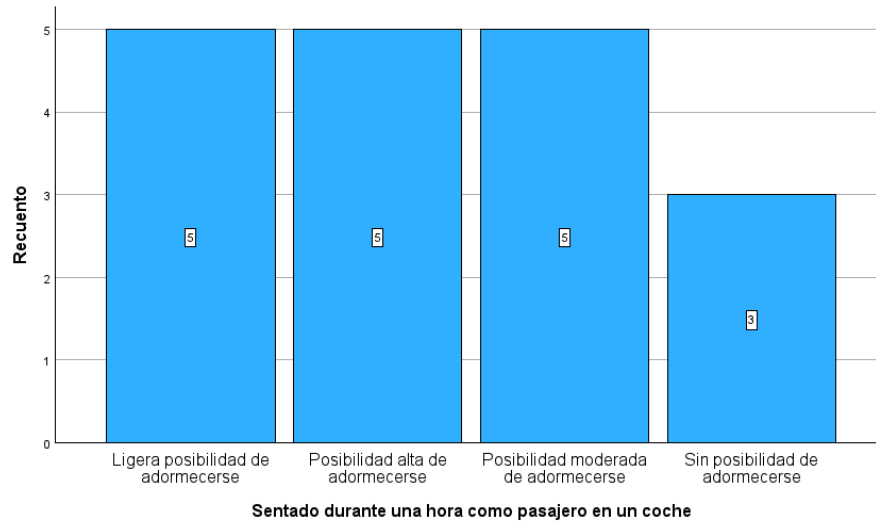
Nota. Probabilidad de adormecerse mientras se ve televisión. Se observó una posibilidad moderada de quedarse dormido frente al televisor en la mayoría de los casos ($n = 7$), seguida por una ligera posibilidad ($n = 6$), una alta posibilidad ($n = 3$) y ninguna posibilidad ($n = 2$). Muestra total: $n = 18$.

Figura7. Probabilidad de adormecerse al estar sentado inactivo en un lugar público



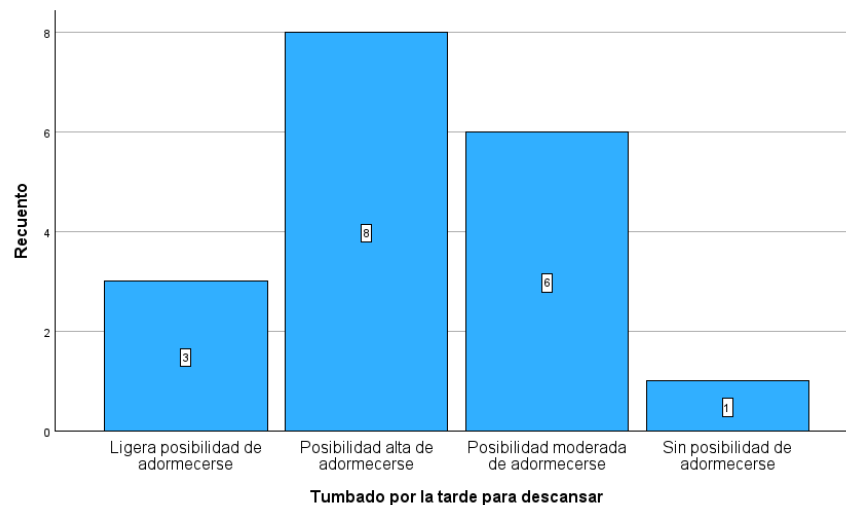
Nota. La mayoría de los participantes reportaron no tener posibilidad de adormecerse ($n = 8$) mientras estaban sentados inactivos en un lugar público. Otros indicaron una ligera posibilidad ($n = 6$), una posibilidad moderada ($n = 3$) o una alta posibilidad ($n = 1$).

Figura 8. Probabilidad de adormecerse al estar sentado durante una hora como pasajero en un coche



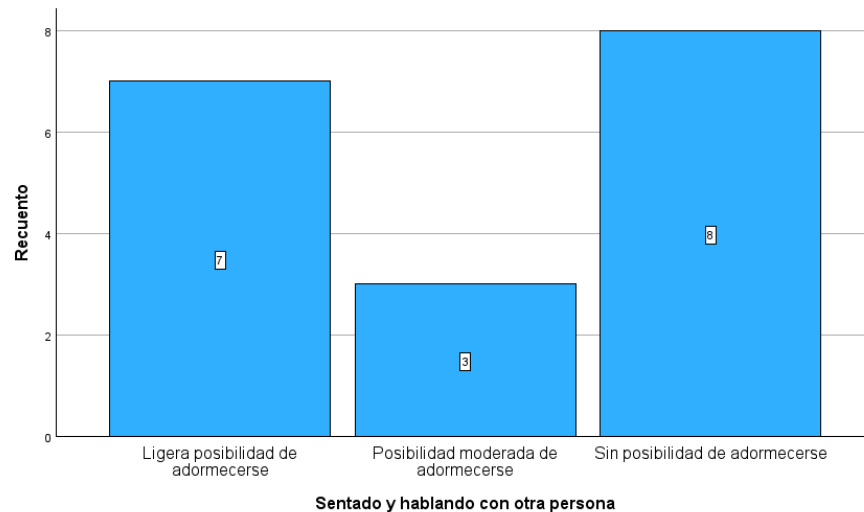
Nota. En esta condición, la mayoría de los participantes reportaron tener alguna posibilidad de adormecerse: ligera ($n = 5$), alta ($n = 5$), o moderada ($n = 5$). Solo tres participantes informaron no tener posibilidad de quedarse dormidos.

Figura 9. Probabilidad de adormecerse tumbado por la tarde para descansar



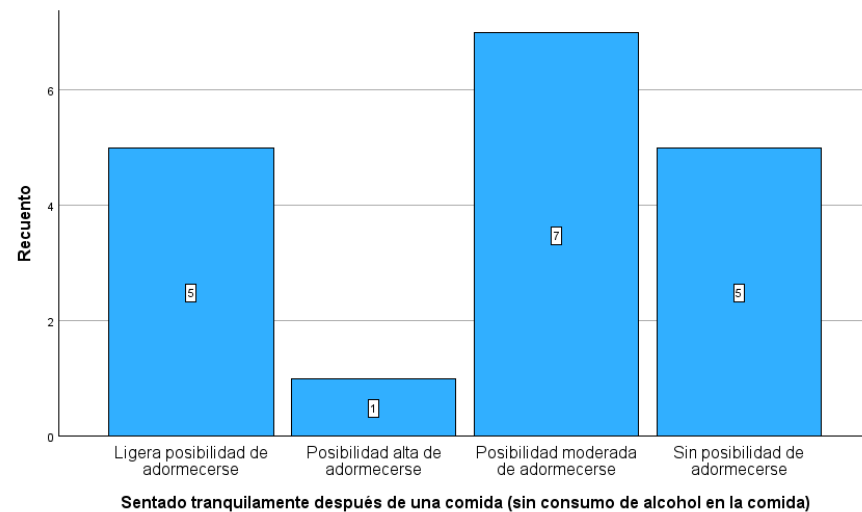
Nota. La mayoría de los participantes reportaron una alta posibilidad de adormecerse ($n = 8$) o posibilidad moderada ($n = 6$) al descansar por la tarde. Solo tres participantes indicaron una ligera posibilidad, y uno manifestó no tener posibilidad de quedarse dormido en esta situación.

Figura 10. Probabilidad de adormecerse mientras se está sentado y hablando con otra persona



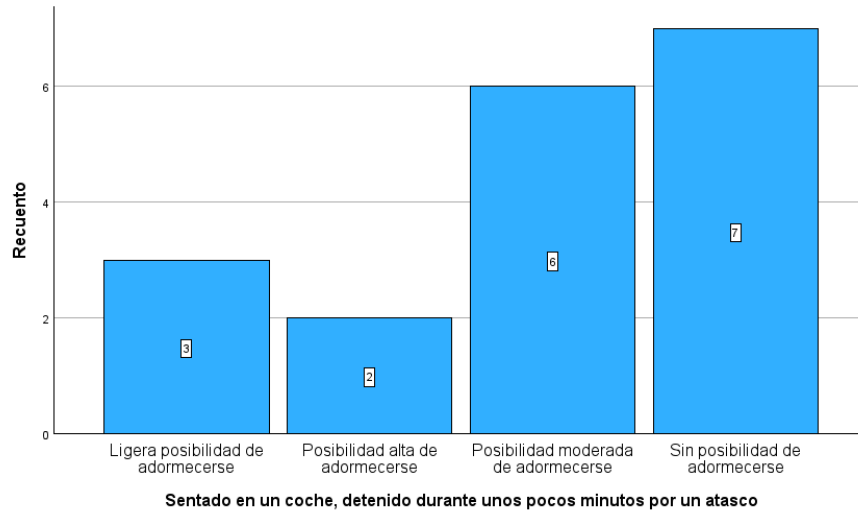
Nota. La mayoría de los participantes indicaron no tener posibilidad de adormecerse ($n = 8$) durante una conversación. Sin embargo, una proporción relevante reportó una ligera posibilidad ($n = 7$) o posibilidad moderada ($n = 3$) de quedarse dormido en esta situación.

Figura 11. Probabilidad de adormecerse al estar sentado tranquilamente después de una comida (sin consumo de alcohol)



Nota. La mayoría de los participantes reportaron una posibilidad moderada de adormecerse ($n = 7$) en esta situación. Otros indicaron una ligera posibilidad ($n = 5$) o ninguna posibilidad ($n = 5$), y solo uno reportó una posibilidad alta de adormecerse ($n = 1$).

Figura 12. Probabilidad de adormecerse al estar sentado en un coche detenido unos minutos por un atasco



Nota. La mayoría de los participantes informaron ninguna posibilidad de adormecerse ($n = 7$), seguidos por quienes reportaron posibilidad moderada de adormecerse ($n = 6$). Un número menor indicó ligera posibilidad ($n = 3$) o alta posibilidad de adormecerse ($n = 2$).

Análisis de los Resultados

Los resultados obtenidos evidencian que una proporción considerable del personal de salud, tanto médicos residentes como licenciadas en enfermería, presenta dificultades relacionadas con la calidad del sueño y una marcada presencia de somnolencia diurna. La mayoría de los encuestados reportó una calidad del sueño percibida como mala o bastante mala, acompañada de despertares frecuentes provocados por molestias físicas o factores ambientales. A pesar de estas alteraciones, el uso de medicación para conciliar el sueño se mantiene en niveles bajos, lo que podría interpretarse como una subutilización de estrategias clínicas para tratar los trastornos del sueño o como una preferencia por evitar tratamientos farmacológicos debido a efectos secundarios, estigmas o falta de orientación médica.

La somnolencia diurna se presenta con mayor frecuencia en situaciones de baja estimulación como leer, ver televisión o viajar como pasajero—, lo cual sugiere una deuda de sueño

acumulada y una posible alteración del ritmo circadiano, particularmente en trabajadores sometidos a esquemas rotativos. Asimismo, se observó que la insuficiencia de sueño afecta negativamente, aunque en grados leves a moderados, la motivación para ejecutar actividades cotidianas, lo cual podría comprometer tanto el desempeño profesional como el estado emocional y la calidad de vida del personal sanitario evaluado.

Estos hallazgos refuerzan la urgencia de implementar estrategias institucionales enfocadas en la higiene del sueño, la gestión del estrés laboral y la revisión de los esquemas de turnicidad. Todo ello con el fin de preservar el bienestar integral, la salud psicosocial y la capacidad funcional del personal que trabaja en entornos hospitalarios altamente exigentes.

Discusión

Los resultados obtenidos mediante el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) revelan una alta prevalencia de alteraciones del sueño en la muestra, principalmente latencia prolongada, despertares nocturnos, somnolencia diurna y percepción negativa del descanso. Aunque la mayoría no reporta uso frecuente de medicación, los síntomas sugieren riesgo de insomnio clínico o trastornos no diagnosticados, especialmente en quienes trabajan con turnos rotativos. Estos hallazgos coinciden con estudios que señalan la influencia del estrés, el dolor físico, los horarios irregulares y factores ambientales en la calidad del sueño (Morin & Benca, 2012; Buysse et al., 1989).

La Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) mostró una prevalencia considerable de somnolencia diurna en médicos residentes y enfermeras. Este hallazgo se alinea con la literatura que asocia jornadas extensas, sobrecarga asistencial y rotación de turnos con un sueño deficiente en el personal sanitario (Flo et al., 2019). La predominancia de una calidad de sueño calificada como mala o bastante mala sugiere un patrón fragmentado, con baja eficiencia recuperativa, lo que compromete la restauración física y cognitiva, incrementa la fatiga y eleva el riesgo de errores clínicos (Lockley et al., 2007).

La somnolencia diurna, frecuente en actividades pasivas, refuerza la hipótesis de descanso insuficiente que afecta tanto la seguridad del personal como la de los pacientes. Aunque el consumo de hipnóticos fue bajo, ello podría reflejar minimización del problema o preferencia por estrategias no farmacológicas, lo que subraya la importancia de intervenciones educativas y psicoeducativas para mejorar la higiene del sueño y el manejo del estrés (Garbarino et al.,

2016). Estos hallazgos muestran que la mala calidad del sueño no solo afecta la salud física y mental, sino también la motivación, el bienestar emocional y la percepción funcional de los trabajadores. Se recomienda implementar políticas institucionales para optimizar los entornos laborales, reducir el impacto de la turnicidad y brindar soporte psicológico y formativo. No obstante, el estudio presenta limitaciones: tamaño muestral reducido, uso de instrumentos autoinformados y exclusión de encuestas incompletas, lo que introduce sesgos de selección. Futuras investigaciones deberían incorporar medidas objetivas como actigrafía o polisomnografía y emplear diseños longitudinales.

Conclusiones

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del *Pittsburgh Sleep Quality Index* y la *Escala de Somnolencia de Epworth* evidencian una alta prevalencia de alteraciones del sueño y somnolencia diurna entre profesionales de la salud que laboran en turnos rotativos, particularmente médicos residentes y licenciadas en enfermería. Las alteraciones más comunes incluyen latencia prolongada para conciliar el sueño, despertares nocturnos frecuentes y una percepción generalizada de sueño de baja calidad.

A pesar de que la mayoría de los participantes no recurre al uso de medicación para dormir, la sintomatología reportada sugiere la posible presencia de trastornos del sueño no diagnosticados. Esta situación representa un riesgo significativo, ya que podría afectar negativamente la recuperación física y cognitiva, reducir el rendimiento profesional y aumentar la probabilidad de errores clínicos, comprometiendo la seguridad tanto del personal como de los pacientes.

Los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar intervenciones no farmacológicas orientadas a la mejora de la higiene del sueño, el manejo del estrés y la educación sobre salud mental, así como de fomentar políticas institucionales que prioricen la salud integral del personal sanitario. La reorganización de los turnos, la promoción de pausas activas, y el fortalecimiento del apoyo psicosocial son estrategias que pueden contribuir de manera significativa al bienestar laboral.

Asimismo, se destaca la importancia de realizar evaluaciones clínicas más rigurosas y objetivas, que incluyan mediciones fisiológicas y análisis longitudinales, para identificar con mayor precisión el impacto real de la turnicidad sobre el sueño. Es fundamental que futuros

estudios contemplen muestras más amplias y representativas, lo que permitirá afinar las estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a esta población vulnerable.

En definitiva, los resultados obtenidos refuerzan la urgencia de que el sistema de salud incorpore programas preventivos y correctivos que prioricen el descanso, la estabilidad emocional y el entorno laboral saludable del personal de salud, pilares esenciales para garantizar una atención segura, humana y de calidad.

Referencias bibliográficas

- Åkerstedt, T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*, 53(2), 89–94. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg048>
- Ayala, J. (2019). *Impacto de los turnos nocturnos en la salud del personal sanitario*. Universidad de Cuenca.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... Riemann, D. (2016). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Boivin, D. B., & Boudreau, P. (2014). Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie Biologie*, 62(5), 292–301. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2014.08.001>
- Buyse, D. J. (2014). Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9–17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal human sleep: An overview. In M. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed., pp. 15–24). Elsevier.
- Costa, G. (2016). Shift work and health: Current problems and preventive actions. *Safety and Health at Work*, 7(2), 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.04.002>
- Czeisler, C. A. (2013). Perspective: Casting light on sleep deficiency. *Nature*, 497(7450), S13. <https://doi.org/10.1038/497S13a>
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Modus Laborandi.

- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J., & Freischlag, J. (2014). Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146(2), 211–217. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310>
- Fernández, R., & Gómez, P. (2019). Trabajo, salud y bienestar psicológico. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 35(3), 183–192. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a20>
- Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Grønli, J., Nordhus, I. H., & Bjorvatn, B. (2019). Shift work disorder in nurses: Assessment, prevalence and related health problems. *PLOS ONE*, 14(4), e0215837. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215837>
- Garbarino, S., Magnavita, N., Guglielmi, O., Maestri, M., Dini, G., Bersi, F., ... Beelke, M. (2016). Insomnia is associated with road accidents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 36–48. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.01.004>
- Gil-Monte, P. R. (2012). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Pirámide.
- Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., & Mingote-Adán, J. C. (2013). Burnout in Spanish general practitioners. *Atención Primaria*, 45(5), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.006>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Kaliyaperumal, D., Elango, Y., Alagesan, M., & Santhanakrishanan, I. (2017). Effects of sleep deprivation on cognitive performance of nurses working in shift. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), CC01–CC03. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26162.10324>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*, 53(2), 103–108. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg048>
- Léger, D., Bayon, V., & Ohayon, M. M. (2020). Insomnia and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109933. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109933>

- Lockley, S. W., Cronin, J. W., Evans, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., ... Czeisler, C. A. (2007). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1829–1837. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041404>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: Stress and health*. Psychology Press.
- McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129–1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
- Moreno, C. (2020). Turnicidad y salud ocupacional en hospitales. *Revista Iberoamericana de Ergonomía*, 16(2), 45–58.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1977). *Convenio sobre el personal de enfermería*, C149. OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1985). *Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo*, R171. OIT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Sleep and health*. OMS.
- Peiró, J. M. (2020). Psicología del trabajo y salud ocupacional: Retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 1–10. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2921>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.