

**MARC TENA PEREDA**

**“DIFERENCIAS ENTRE  
TRABAJADORES POR TURNOS EN  
EL SECTOR SERVICIOS EN  
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL  
SÍNDROME BURNOUT”**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por Dr. David Navarro**

**Grado de Psicología**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2023**

## INDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
4. CONTEXTO.....	26
5. OBJETIVOS Y HYPÓTESIS.....	27
6. METODOLOGÍA.....	28
6.1Instrumentos.....	28
6.2Muestra.....	31
6.3Procedimiento.....	32
6.4Análisis estadístico.....	33
7. RESULTADOS.....	33
7.1Variables Sociodemográficas.....	33
7.2Análisis de la puntuación del test y correlaciones.....	34
8. DISCUSIÓN.....	42
9. LIMITACIONES.....	47
10. CONCLUSIONES.....	48
11. BIBLIOGRAFÍA.....	49
12. ANEXO.....	53

## RESUMEN

En el Sector Servicios, el trabajo por turnos especialmente cuando dichos turnos implican trabajar de noche, puede tener un impacto negativo en el bienestar psicológico de los trabajadores. En este sentido, el principal objetivo de la presente investigación es comparar los niveles de ansiedad, depresión y burnout entre trabajadores de tres turnos: diurno de mañana, tarde/noche y noche. Con esta finalidad, se administró a una muestra de 62 trabajadores de una empresa Servicios, así como tres cuestionarios estandarizados: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el cuestionario para la evolución del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS y los resultados indicaron que los trabajadores de los turnos de tarde/noche y noche presentaban niveles más altos de ansiedad y estrés que los trabajadores del turno de mañana. En la variable depresión, a pesar de observarse un efecto significativo del turno, no se han podido localizar las diferencias entre turnos. Estos resultados evidencian la necesidad de implementar en las empresas programas preventivos dirigidos a los trabajadores con turnos rotativos.

**Palabras clave:** Sector Servicios, Trabajo por turnos, Ansiedad, Depresión y Burnout.

## ABSTRACT

In the Services Sector, shift work, especially when such shifts involve working at night, can have a negative impact on the psychological well-being of workers. In this sense, the main objective of this research is to compare the levels of anxiety, depression and burnout among workers on three shifts: morning, afternoon/evening and night shifts. With this purpose, a sample of 62 workers from a Services company was administered, as well as three standardized questionnaires: the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the questionnaire for the evolution burnout syndrome (CESQT). The data were analyzed with the SPSS statistical program and the results indicated that the afternoon/evening and night shift workers had higher levels of anxiety and stress than the morning shift workers. In the depression variable,

despite observing a significant effect of the shift, the differences between shifts could not be located. These results show the need to implement preventive programs in companies aimed at workers with rotating shifts.

**Key words:** Services Sector, Shift Work, Anxiety, Depression and Burnout.

## **INTRODUCCIÓN**

El sector servicios es uno de los sectores que más destaca en nuestro País y en este caso en la comunidad catalana. Este sector que se dedica sobre todo a la atención del usuario, tanto de hombres y mujeres que se dedican a este sector. La hostelería es una rama del sector servicios y que nos representa a nivel turístico tanto como en España como en Cataluña. Las personas que se dedican a este tipo de trabajos están distribuidas por jornadas laborales o por turnos diurnos y nocturnos.

La mayoría de estudios que hay hechos en el sector servicios están enfocados en trabajos diferentes, como la enfermería, la vigilancia. En estas ramas sí que hay estudios en los que se establecen las variables psicológicas como objeto de estudio en el ámbito laboral.

La principal motivación del autor para realizar este trabajo se debe a su experiencia en sector servicios. Durante años ha ejercido trabajos tanto diurnos y nocturnos, viendo como estos turnos distribuidos por jornadas y cambiantes por la rotación, y siendo parte del día a día del trabajador cambios en la persona que los realiza.

En el caso de los estudiantes buscan un trabajo relacionado en el sector servicios para compaginarlo con los estudios, en cambio otras personas se dedican a este sector por que les permite estar trabajando todo el año. La gente que está en este tipo de área tiene diferentes jornadas laborales, en las cuales están divididas mayormente por diurnas y nocturnas, también están divididas por el horario que se establece por la mayoría de empresas. Hay gente que trabaja en este ámbito porque se les recompensa de forma económica, el hecho de trabajar en un tipo de jornada a diferencia de la otra, como es el caso de la nocturna que tiene más beneficios salariales.

Las jornadas laborales están divididas en dos partes diurna y nocturna, también están divididas por contrato de horas. En el contrato por horas se establece también por la antigüedad del trabajador y por el ejercicio que desempeñe en la empresa. En estos casos, se puede ver un trabajo tanto fijo como parcial. El contrato de trabajo de fijo es aquel que se establece entre la empresa y el trabajador a 40 horas semanales, en cambio, el parcial se establece un mínimo de horas o días que pueden ser ampliables según la cantidad de trabajo que haya en la empresa, ya que hará que el trabajador haga más horas semanales.

En el caso de los trabajadores/as del sector servicios, por la experiencia y vivencia de del autor en el trabajo en diferentes turnos. Y trabajando en los dos turnos, es cuando al autor se le ocurrió de analizar cómo afecta el tipo de turno en cada persona, ya que el hecho de trabajar de noche hace que tu ciclo del sueño (ciclo circadiano) cambio porque estas realizando tareas, en vez de estar descansando.

Por lo tanto, sería lógico pensar que las personas que trabajan de noche serán más sensibles a la ansiedad o los estados depresivos, ya que los trabajadores/ras por motivos, el primero por su contrato, jornada laboral, su condición económica, social o por su desempeño de sus funciones, etc. Y el segundo por el hecho de tener un trabajo estable, que les permita subsistir de forma individual o familiar, exponiéndose a cambios drásticos de su rutina y vida.

### **MARCO TEORICO**

El interés por la ansiedad, estrés, depresión y el burnout, en el ámbito laboral ha cobrado importancia en algunas investigaciones, cuyo objetivo ha sido conocer la afectación y las diferentes consecuencias en los profesionales del sector servicios. En general, analizar y evaluar las características de los factores psicosociales de riesgo, propios de los individuos que trabajan por turnos, clasificados en la psicología social y laboral. Este tipo de estudios ha venido tomando importancia desde finales de la década de los 40 principios de los 60, a partir de la segunda guerra mundial se hace el primer estudio sobre los soldados americanos el sentimiento de amenaza y la rotación entre militares, también se observó

la organización dentro de las jerarquías que hay en el ejército (Stouffer et al., 1949). Entre principios y finales de los 60, se publicó un libro organizacional sobre el estrés (French et al., 1962), luego se estudiaron los conflictos entre los trabajadores que hacían que apareciera estrés, el rol del trabajador y la alta presión en trabajo (French et al., 1964). En esta línea los autores demostraron que habían unos factores de riesgo psicosociales que estaban conectados con algunas dificultades de salud, cómo; las quejas cardiovasculares y desordenes psicológicos (Katz y Khan, 1966). A consecuencia de estudios, en Norte América tomo importancia el estudio sobre la salud mental en los trabajadores, en una línea de montaje de una fábrica de coches y se estudió el sentimiento de desamparo en los trabajadores, era el estudio de la salud mental (Kornhauser, 1965). A partir de los setenta, los estudios buscaron demostrar el estrés ocupacional estaba ligado a las enfermedades cardiovasculares (French y Kaplan, 1970). En los años siguientes, ya no se focalizaban en los estresores específicos del puesto ni en rol del empleado, sino más bien se desarrolló un modelo de demandas de control y esquema realizado por Karasek en 1979, analizando las causas psicosociales y la salud en los trabajadores (Karasek et al., 1996). Desde los 80 hasta la actualidad, han ido tomando importancia los estudios del estrés ocupacional, ya que aumento el interés tanto por los científicos como por parte de la Organización de la Salud (O.M.S.). Desde ese momento, la investigación sobre el estrés ocupacional tiene relevancia, hasta tal punto, que se celebró una reunión promovida por la OMS, la comunidad económica Europea, la Oficina Internacional del Trabajo y el Instituto Estadounidense para la Salud y Seguridad Ocupacional (Organización de la Salud, 1991). Posteriormente a la reunión con la OMS, la Directiva Marco de acción de materia de Seguridad, Higiene y Protección de la Salud en el trabajo (1995-2000) de la Unión europea (89/391/CEE) y en nuestro país Ley de prevención de Riesgos laborales (B.O.E. 10-11-1995), destacan los riesgos laborales en contexto laboral. En consecuencia de las pautas, estructuras estudiadas en las empresas en los sectores laborales y de que el estrés es más frecuente entre los trabajadores, se está cambiando el cuidado de la salud del empleado, en que los objetivos de algunos psicólogos y científicos, determinar y analizar los riesgos físicos y psicosociales relacionados con el trabajo. Para así, definir las palabras

“estrés ocupacional” en el mundo laboral, ya que tiene diferentes interpretaciones, como las afectaciones psicosociales en el trabajador/as.

A la hora de poner en contexto el significado de estrés ocupacional, primero hay que diferenciar entre estrés, ansiedad, depresión, estrés laboral y síndrome burnout entre sí y como se interpretan según autores a lo largo de la historia. Por tanto, la importancia de definir los conceptos se atribuye a diferentes autores, que desde un principio quieren separar los conceptos tanto por aportación teórica como la aportación práctica, y que se puede resumir gracias a la interpretación de varios autores (Sierra et al., 2003). El primer término de estrés se conceptualizó, como una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que aparezca, la respuesta podía ser mental o física (Seyle, 1936). Desde un enfoque fisiológico consideró el estrés como una respuesta del cuerpo (Seyle, 1956), en un enfoque psicológico y social, denominan al estrés como externo y focalizado en el estímulo (Holmes y Rache, 1967).

El estrés se determina en el ámbito de la Psicología, lo explican cómo el proceso dividido en tres partes, las demandas y exigencias del entorno que pueden ser internas o externas, las herramientas de la persona y la satisfacción del mismo, desde un enfoque psicosocial (Lazarus, 1966). Luego este autor estipuló según, que el estrés es una amenaza a el entorno y la persona, y cada persona asimila en su medida las demandas del entorno que pueden ser una amenaza para su integridad, si se sobrepasan o igualan las herramientas para afrontar dicha amenaza, con este enfoque decidieron diferenciar entre estrés y ansiedad (Lazarus y Folkman, 1984). Antes de nombrar la ansiedad, Freud definió la angustia como una respuesta emocional ante la pérdida del objeto libidinal, con un enfoque psicoanalista (Sigmund Freud, 1905). Con este enfoque utilizó el término alemán “Angst”, para Freud este concepto lo usó para la causa negativa y una activación física dañina, y en inglés fue traducida como anxiety. El concepto de ansiedad, como concepto introductorio, apareció en 1920 según la RAE, el término proviene del latín anxietas, referido a un estado de agitación, inquietud o zozobra de ánimo, tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988, Bulbena, 1986). La diferencia entre el miedo y la ansiedad, el primero es una alteración que la presencia aparece en estímulos presentes, en cambio, la ansiedad es futuro e

imprevisible (Marks, 1986). La característica más destacada de la ansiedad es su forma de anticiparse, prever el peligro o la amenaza para cada personas con valor funcional (Chorot, 1995).

La activación y la facilitación a la reacción del individuo, es una forma orgánica para responder de manera adaptativa para protegerse y preservar frente el daño de uno desde la infancia (Miguel-tobal, 1996). La ansiedad a diferencia del miedo, como sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras (Cambell, 1986, Thyer, 1987). El carácter de anticipación para prever o señalar el peligro y/o amenaza, como valor funcional importante para facilitar y activar una respuesta individual (Sanderín y chorot, 1995). Desde un punto vista de la personalidad, la alta variabilidad interindividual en la reacción, considerando la ansiedad como rasgo y como factores biológicos comprendidos (Frank, 1969).

La ansiedad se comprende como una fase emocional transitoria variable en cuanto intensidad y duración, vivencia que, por el individuo, como patológica, en una situación en concreto, activación autonómica y somática y percepción consciente de la tensión subjetiva. Las circunstancias percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real (Miguel- Tobal, 1996). La ansiedad se diferencia entre exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales) (Sheenan, 1982). La primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda está ligada a los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. Por tanto, la ansiedad se puede dividir en primaria, que puede derivar en trastorno psíquico u orgánico, la secundaria, acompaña las afecciones primarias psiquiátricas. En el enfoque histórico, a partir de los 60, se pasó de estudiar el trastorno mental a estudiar los estados de ánimo, especialmente la depresión. En los 80 en Norteamérica, fue la época que pasaría a la historia como la década de la ansiedad, esta importancia perdura hasta la actualidad (Husain y Jack Maser, 1985). En esta década, las neurosis de ansiedad se caracterizan como preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y con síntomas somáticos. Puede producirse en cualquier lugar y no está limitada a situaciones u objetos (DSM-II, 1986). La ansiedad viene de la raíz

indogermánica angh y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido es el sentimiento de inquietud, constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias (Lewis, 1980). La ansiedad según Sigmund, se contempla como el resultado de la percepción a nivel consciente e inconsciente, la situación de peligro para el individuo, se enlaza a los estímulos sexuales o agresivos y da lugar anticipación del ego (Freud, 1964). En los cuales desde perspectiva como psicoanalista, definió la ansiedad como desagradable, con elementos subjetivos y fisiológicos desagradables, y así estipulo la ansiedad dividida en tres formas; ansiedad real que es la advertencia para él individuo; la ansiedad neurótica que es una señal de peligro, que su origen hay que buscarlo en impulsos reprimidos de la persona, siendo la base de todas las neurosis, este autor explico la psiconeurosis con una carectirística común la ansiedad. En un primer lugar, la ansiedad era definida como una situación, que ocurre de forma irracional, se produce por un peligro no real ( Mowrer, 1939). A partir de finales de los 50, la ansiedad era vista como aquello que lo impregna todo (Wolpe, 1958). A finales de los 60, se formula una visión tridimensional de la ansiedad, cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental (Lang, 1968). En esta línea, la ansiedad se ve como un patrón de conducta, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica, como internos lo cognitivo y lo externo lo ambiental (Franks, 1969). En los 70, la ansiedad se considera como un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de amenaza (Epstein, 1972). En esta década, empiezan a describir la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre (Marks y Lader, 1973). Y para finales de los 70, en términos de aprendizaje, la ansiedad sería una repuesta condicionada como una respuesta incondicionada, las respuestas de la ansiedad frente a estímulos condicionados superiores y estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). En los 80, Lewis señala que la ansiedad es un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira, emoción desagradable, amenaza orientada al futuro o peligro inminente, peligro no real y sensaciones corporales que causan molestias por episodios de ansiedad ( Lewis, 1980). De un punto de vista biológico, la ansiedad es una estimulación del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas responsables de los

síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyer, 1982). Rachman (1984) define la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional. El autor Spielberg, define el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas. En los 90, la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo sobreañadido a los estados depresivos y los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés et al., 1990). Miguel-Tobal et al.(1990= realizó una revisión de las distintas orientaciones, en los cuales propone que la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuesta, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. En resumen, la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas, cognitivo/ subjetivo, fisiológico/corporal y motor, con independencia entre ellos (Miguel-Tobal et al., 1996). Autores como Beck y Clark (1997), todo y que estudiaron anteriormente es estrés o la ansiedad, elaboraron un modelo de ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos. La ansiedad fóbica se definió como una reacción excesiva o irracional a una situación particular (Asociación Americana Psiquiatría). En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta caracterizada por la tirantez, inquietud y sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, etc.

La ansiedad generalizada, descrita científicamente tanto como el DSM-IV, DSM-V y el CIE-10, en los cuales tiene una visión más actual. La ansiedad generalizada según el DSM-IV, se describe como patológica, formando

parte de un síndrome ansioso o trastorno psiquiátrico, se agrupa dependiendo de sus síntomas en dominios. En primer lugar, se describe el dominio emocional que está relacionado con el nerviosismo, inquietud psíquica, miedo, presentimiento de la nada y disolución del Yo. En segundo lugar, está el dominio cognitivo, preocupaciones excesivas de situaciones del presente o de algo que vaya a ocurrir, anticiparse a las amenazas. En tercer lugar, dominio conductual, inquietud psicomotora, que la persona está más predispuesta a llorar, sentimientos ligados a la impotencia y sentimientos depresivos. En cuarto lugar, la tensión física o motora, la persona se encuentra sobresaltada, tembloroso/a, hay un aumento del tono muscular. Y por último, el dominio somático, que aparece con síntomas cardiocirculatorios, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos, instintivos. En el DSM-V, las características del trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.) un ansiedad y preocupación excesiva acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. El individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con este trastorno suelen tener una preocupación todos los días, en situaciones de su día a día, relacionado con el trabajo, salud, familia, etc. En el caso de los niños con este trastorno, se preocupan por su competencia o desarrollo en su día a día. Las características no patológicas de la ansiedad generalizada, en un primer lugar, afectan al funcionamiento psicosocial, pero las preocupaciones diarias se perciben como más fáciles de conllevar y fáciles de afrontar si hay otras situaciones más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas al trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas, con mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa, es más probable que sus síntomas cumplan con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones las situaciones cotidianas se asocian con menos frecuencia a los síntomas físicos. Las personas con T.A.G., refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales,

o de otras áreas importantes del funcionamiento. Este trastorno acompaña tres de los siguientes síntomas adicionales, inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que los niños solo se requiere un síntoma adicional.

EL estrés se debe diferenciar del trastorno del estrés postraumático i de sus características, que según el DMS-IV, DSM-V y CIE-10. En el manual de DSM-IV, los síntomas característicos que sigue la exposición a situaciones estresantes y extremadamente traumáticas. La persona que sufre este trastorno se ve afectado por peligros real en su vida o por amenazas que dañan su integridad física, el individuo que es testimonio de un hecho donde se producen muertes, heridos, o existen una amenaza para la vida de otras personas, o el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. De forma más actual según el DSM-V, las características esenciales en trastornos de estrés post-traumático (T.E.P.T.), es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Las reacciones emocionales al evento traumático ya no forman parte de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia, ya sea real o no la amenaza. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos LA anhedonia y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos.

La ansiedad y el estrés son afectaciones que hoy en día aparecen más en nuestras vidas, pero la depresión también afecta y causa daños en la persona. En la actualidad, la depresión es una de las enfermedades más comunes entre los humanos, esta enfermedad está cada vez más en auge en nuestra sociedad. La depresión es un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, caracterizado por la tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, concentración. Y es un factor desencadenante de trastornos alimenticios. La depresión, como tal viene de la antigüedad, que recibía el nombre de melancolía. A lo largo de la historia, la depresión

se observó en un sus inicios como un estado mental, corporal y espiritual, se denominaba melancolía (Hipócrates, S. IV a.C). Según los médicos de esa época la melancolía gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), consecuencia de cuatro características naturales (calor, frío, humedad y sequedad). En el siglo XVI el clérigo Robert Burton (1577-1640), cuyo libro *La anatomía de la melancolía* (1621), constituye una de las más importantes contribuciones a la historia de la depresión. En el siglo XVIII, aparece por primera vez la palabra de depresión en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “deprimido en profunda tristeza y melancolía”, seguido por Robert Whytt, en 1764, relaciona la “depresión mental” “con espíritu bajo”, hipocondría y melancolía. En la época moderna, diferentes autores hablaron de los trastornos mentales, sobre todo dando un nuevo curso a clasificación de ellos, como en este caso el padre de la psiquiatría (Phillipe Pinel, 1754). Pinel clasificó los trastornos psíquicos; Melancolía (alteración de la función intelectual), Manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él, Demencia (alteración del pensamiento), e Idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos). En el S.XIX Farlet describe el suicidio como resultado del trastorno mental. En esa misma época, Kraepelin, describe la psicosis maniacodepresiva y define la melancolía involutiva. (Ayuso et al. ,1980). Entre el siglo XIX y XX, Freud (1836-1939), desde su perspectiva psicoanalista, elaboro una teoría que describió una estructura mental y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta, en segundo lugar de una perspectiva conductista John B. Watson, Ivan Pavlov, B. F. Skinner, se centraron en la forma en que influyen el aprendizaje y a adaptación en el desarrollo de la psicopatología. En una época más cercana a la actual, encontramos Beck, que en 1970, identifica la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada. En la actualidad, los trastornos del estado de ánimo son una causa común de absentismo y jubilación por incapacidad laboral, en los próximos años la depresión será una de las enfermedades más importantes (Prieto et al., 2007). Por otra parte, según el DSM IV-TRT, dentro de los trastornos depresivos se encuentra; Transtorno Depresivo Mayor, Trastorno

Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de haber historia previa de episodio maníaco mixto o hipomaníaco, con síntomas físicos como psicológicos que afectan en la vida diaria y en el desempeño del día a día (Pereyra, 2010). La depresión es entendida como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración, etc (Calderón, 1990). En gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto, esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas (Beck, 1979). Este trastorno puede desatar síntomas como: bajo estado de ánimo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar de las cosas, pérdida de apetito, pérdida de sueño, conducta, enlentecida, fatiga y pérdida de energía, baja autoestima y baja concentración/atención (Horwitz et al., 2007) de funciones, creando así una sobrecarga psíquica y emocional que puede tener graves consecuencias en el área cognitiva (Dejours, 1992, Parra, 2001, 2004 y Vezina, 2007 citado por Ansolega y Toro, 2010).

En la actualidad, según el DSM-V, los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que esté triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, igual que la presencia de culpa delirante o casi delirante.

En las últimas décadas numerosos estudios se han interesado por determinar el impacto que el trabajo por turnos rotativos y el trabajo nocturno puede tener en la salud física y psicológica de los trabajadores en comparación con aquellos que tienen horarios más estables o únicamente trabajan de día. En este sentido, a principios del siglo XXI, en un estudio realizado por Fernández y Eva Piñol (2000) para evaluar las consecuencias del horario sobre la salud física y psicológica de los trabajadores/as por turnos, se pusieron de manifiesto las repercusiones negativas para la salud física y mental de los trabajadores, destacándose trastorno del sueño, síndrome de la fatiga crónica, estrés laboral la sintomatología depresiva, así como diversos problemas familiares y sociales. Evidencio que el hecho de rotar por turnos establecidos, afectaba a la calidad y cantidad de sueño, como consecuencia aumentos de la ansiedad y alteraciones en estado de ánimo.

Una evaluación psicológica hecha por Virtanen et al.(2008), comparan tres grupos por horas y por turnos de trabajo. En este estudio se les realizaban una prueba de vocabulario y razonamiento, el hecho de trabajar de 55 horas o más, les afectaba a la calidad del sueño y el rendimiento mental, dando así unas puntuaciones más altas en ansiedad, que los grupos de 35 y 40 horas trabajadas.

En los estudios que evidenciaron que el trabajo por turnos estaba ligado a la ansiedad y la calidad del sueño. Iskra-Golec et al., (1996), detallaron que las enfermeras con turnos de 12 horas o más tenían problemas de ansiedad y emocionales. Ohida en (2001), estudió y mostró diferencias significativas, en las cuales las enfermeras que tenían turno de noche daban puntuaciones más altas en ansiedad. Otro estudio realizado por Juan Carlos Sierra, Carlos Delgado-Domínguez y Hugo Carrertero-Dios en 2008, en participantes del sector servicios mostró mediante el instrumento de índices SCL-90-R estudió la calidad del sueño, que los trabajadores por turnos tenían puntuaciones altas en quejas somáticas, ansiedad y trastornos del ánimo por trastornos del sueño comparación (Sierra et al., 2008) .

Otro estudio relizado Kalmbach et al. (2015), analizaron el trastorno del trabajo por turnos, ansiedad, depresión en la transición a turnos rotativos

en el sueño y turnos asintomatológicos ("S.W.D."). En este estudio mediante el instrumento del de ansiedad de Beck (BAI), estudiaron ansiedad y depresión correlacionada turnos rotativos y el sueño semanal de cada trabajador/a. Analizando así las diferencias significativas entre el tiempo total de sueño, entre semana, fin de semana, latencia de sueño, somnolencia diurna, despertarse después del sueño, vigilia y la calidad del sueño en turnos rotativos. Los resultados que demostraron que efectos directos e indirectos significativos en los que la alta reactividad del sueño aumentaba el riesgo y mayor gravedad de los síntomas de ansiedad. En el cual, la ansiedad demostró ser un predictor significativo similar al de la depresión, en que los problemas del sueño y el trabajo por turnos, aumento significativamente de los síntomas de ansiedad. Las diferencias que se encontraron con un peor calidad de sueño y una mayor somnolencia, problemas con el ritmo circadiano y ansiedad aquellas personas que desarrollaron trastorno debido al desorden en su trabajo (SWD) con efectos perjudiciales en su salud.

El estudio Rincón-Sanabria (2019), que se realizó sobre la turnicidad en la salud de los trabajadores de una empresa de servicios de alimentos. Se hizo una encuesta en trabajadores por turnos y jornada (mañana, tarde, noche), estudiando los efectos físicos y ansiedad en los trabajadores. Los resultados demostraron significativamente diferencias entre los trabajadores de noche y turnos rotativos, en que la ansiedad estaba correlacionada con el cansancio, sueño, alteraciones alimentarias, problemas digestivos y dolores musculares. Los trabajadores de turno nocturno y rotativo afectaban negativamente a los trabajadores, con puntuaciones más altas en ansiedad y problemas digestivos.

La ansiedad y el estrés laboral son problemas que vienen deterioro psicobiológico del trabajo, la sintomatología somática y emocional, puede causar alteraciones gastrointestinales, en el peso, atención y concentración, autoestima, y que estas variables como afectara a las obligaciones a los empleados para desarrollarse en la empresa (Hernández, 2020).

Otro estudio realizado por Díaz- Ramiro et al., (2020), estudio los hábitos de sueño y la salud psicológica de profesionales del sector sanitario y

analizar las diferencias entre estas variables. El estudio se realizó con enfermeras, médicos y auxiliares, los resultados mostraron que la calidad del sueño y la somnolencia diurna son variables más relacionadas a dimensiones de la salud, especialmente a la ansiedad/ insomnio y síntomas somáticos. Así mostraron que los auxiliares tenían puntuaciones más altas en ansiedad debido a los turnos que ejercían y a la peor calidad de sueño, seguido de las enfermeras y los médicos unas puntuaciones más bajas.

El estudio realizado Cuenca et al., (2021), analizó la ansiedad, la depresión, estrés relacionado con el trabajo y la flexibilidad psicológica en enfermeras haciendo un estudio de correlación y comparativo entre estas variables. En lo que respecta a la ansiedad (cuestionario DASS-21, "Depression Anxiety Stress Scales 21") y la correlación con la afectación psicológica en el trabajo, en diferentes áreas de trabajo y por turnos de las enfermeras. Las enfermeras que trabajaban turnos rotatorios obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en ansiedad que las que trabajan en turnos diurnos. Y las enfermeras comunitarias mostraron puntuaciones bajas en la sintomatología de la ansiedad.

Entre los estudios que han encontrado relación del trabajo por turnos con la sintomatología depresiva, podemos destacar el de Alfredsson et al., (1991), donde se obtuvo un nivel significativamente más alto de depresión en los guardias de seguridad con turno permanente de noche en comparación con los que tenían un horario tradicional. En esta misma línea Goodrich y Weaver (1998) plantearon que el trabajo por turnos aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva debido a la combinación de problemas asociados con este tipo de trabajo. En este sentido, la sintomatología depresiva podría estar asociada a los problemas de sueño, como indicaron Ford y Kamerow (1989), en cuyo estudio las personas con insomnio mostraron mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo en comparación con aquellas con un sueño normal. Finalmente Fernández y Eva Piñol (2000), los trabajadores por turnos rotativos y de noche, les aumentaba la probabilidad de desarrollar la depresión si sufrían insomnio a diferencia de los otros grupos de turnos que no son tan vulnerables. El insomnio parece desempeñar un papel importante en esta relación, en el

que sugiere la evidencia entre sintomatología depresiva y la calidad de sueño.

Otro aspecto analizado por Virtanen et al., (2008), se encontró que los trabajadores de por turnos de más de 55 horas, tardaban más en contestar las pruebas de razonamiento y vocabulario, se encontró relación con los turnos de muchas horas con fatiga y de depresión. En los grupos de 35 y 40 horas, no se dieron puntuaciones significativas que correlacionen la sintomatología depresiva con los turnos de trabajo.

Sierra et al., (2008), hicieron un trabajo utilizando cuestionarios PSQI (Pittsburg Sleep Quality Index) y SCL-90-R (Symptom Checklist 90 revised) comparando la calidad del sueño, la sintomatología depresiva, observando las respuestas en trabajadores por turnos y rotativos. Los resultados que los trabajadores por turnos no mostraron puntuaciones significativas en el Índice Sintomático General, aunque se obtuvieron datos que se correlacionaban con la salud mental. Así Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick y Klag (1997) pusieron en manifiesto que las personas con trastornos del sueño crónico con el tiempo podrían desarrollar con el tiempo depresión mayor.

Kalmbach et al., (2015), analizaron el trastorno del trabajo por turnos, la depresión en la transición a turnos rotativos en el sueño ( "Shift work disorder , depression, and anxiety in the transition to rotating shifts: the role of sleep reactivity S.W.D."). Los autores tuvieron en cuenta la reactividad del sueño como factor de riesgo, identificando las covariables relevantes para estimar el riesgo de la aparición del trastorno por turnos con exposición somnolencia y la depresión. En que se diferenciaba entre grupos de trastorno del trabajo; trabajadores turnos o turnos rotativos en el sueño y turnos que son asintomáticos. Los resultados demostraron que la alta reactividad del sueño es una importante vulnerabilidad a los trastornos de los trabajadores por turnos y turnos rotativos, en la que había puntuaciones altas en sintomatología depresiva se asoció a una gravedad elevada de depresión, aunque no se marcará la frecuencia de los turnos rotativos. Los turnos diurnos a diferencias de los otros turnos con y sin

SWD, teniendo en cuenta el sueño como predictor, obtuvieron puntuaciones inferiores ya tenían mejor calidad del sueño.

Un estudio mostro que las situaciones con alto estrés ayudaría a la aparición de un trastorno depresivo correlacionado con una mala calidad de vida (Valderrama,2012). Tellez et al., (2015), hicieron una comparación por turnos, turnos rotativos correlacionado con los trastornos del sueño y la depresión. El análisis se hizo en trabajadores por de rotación semanal de mañana-tarde-noche y trabajadores de turno fijo diurno que fueron emparejados por edad. En cuanto a los resultados de las variables psicológicas se encontraron diferencias entre trabajadores de turno rotatorio y noche con puntuaciones significativas, con presencia de sintomatología depresiva mínima y de insomnio a diferencia de los otros grupos que tienen turnos más convencionales (diurno/mañana y fijo).

La influencia de la turnicidad en el estado físico, Rincón-Sabria (2019), se vio los efectos en los trabajadores de una empresa de servicios de alimentos. Se hizo una encuesta en trabajadores por turnos y jornada (mañana, tarde, noche). Los resultados realizados con SPSS estadísticos entre grupos, que el 60 % de trabajo por turnos afecta a los trabajadores de forma negativa al estado físico. Así mostrando que los turnos de noche y rotativos presentan dificultad en el sueño, alteraciones de tipo nervioso y por consiguiente síntomas de depresión.

Díaz- Ramiro et al.,(2020), el estudió ser realizó con enfermeras, médicos y enfermera auxiliares correlacionado con las dimensiones de la salud psicológica y analizando la depresión entre estos grupos. Los resultados fueron que las enfermeras auxiliares y enfermeras son los grupos que mostraron las puntuaciones más altas en la subescala de depresión. El grupo de médicos puntuo con valores más bajos en todas las variables estudio relacionado con (Ríos et al.,2011). Las enfermeras y auxiliares mostraron un mayor número de síntomas de depresión y somáticos (dolor de cabeza, irritabilidad, fatiga debilidad y acidez estomacal) , relacionado con los turnos de fin de semana y turnos de noche correlacionado con la mala calidad del sueño y somnolencia diurna debido a la jornada laboral. Aunque se obtuvieron resultados significativos, es necesario señalar que los

valores eran muy bajo en depresión y disfunción social. Los resultados verificaron que las enfermeras en relación a los aspectos laborales como la carga del trabajo, turnos rotativos y las jornadas laborales influyen en el estrés laboral y emocional. Esto podía ser explicado por los largos turnos nocturnos y del horario variable de las enfermeras de hospital.

Blanca Cuenca et al.,(2021), en lo que consta este estudio hecho por el cuestionario DASS-21, analizar la depresión en enfermeras que trabajaban en diferentes áreas del hospital, por turnos y turnos rotatorios. Los resultados salieron contradictorios a otros estudios anteriores (Puolakanaho et al.,2020, Meye et al.,2019), las enfermeras de horario diurno que tenían puntuaciones más altas en depresión que en las enfermeras que trabajan por turnos rotativos, largas horas de trabajo y de noche. Los resultados también mostraron que las enfermeras comunitarias reportaron, significativamente los niveles más bajos de depresión, en comparación de las enfermeras hospitalarias y de cuidados intensivos con puntuaciones significativamente mucho más altas.

Por otra parte, el estrés laboral se produce cuando una persona se enfrenta a demandas del entorno laboral que superan sus recursos o habilidades, lo que genera una percepción de no poder responder de manera efectiva. Esta situación provoca una respuesta de estrés en el organismo, que se caracteriza por un aumento significativo en la activación fisiológica y cognitiva, preparándose para una actividad motora intensa, esta intensidad puede tener unas repercusiones negativas en forma de trastornos psicofisiológicos (Labrador y Crespo,1993).

En el ámbito laboral se ha identificado una serie de factores estresantes, entre los que se incluyen el ambiente físico, las demandas de trabajo, los contenidos laborales, el desempeño de roles, las relaciones interpersonales, el desarrollo de la carrera y las tecnologías (Peiro,1992).

Los turnos rotativos en el trabajo están asociados al estrés laboral, ya que implican un constante proceso de adaptación a nuevos horarios, que puede generar estrés crónico y afectar la salud (Costa, 1996; Nicholson y D'Auria, 1999). Los trastornos físicos más comunes en las personas que trabajan en

turnos rotativos son problemas gastrointestinales y cardiovasculares, aunque existe discrepancias en algunos estudios (Jamal y Baba, 1997).

Por tanto, los turnos largos y rotativos en el trabajo que van relacionados con el estrés laboral, las enfermeras que realizan turnos semanales entre 40 a 8 horas y turnos rotatorios incluyendo la noche. Las enfermeras de los grupos de noche y con turnos largos presentaron mayor estrés laboral, que las enfermeras que realizaron jornada diurna y con máximo de 40 horas semanales (Arikan et al., 2007).

En la sanidad se encuentran las trabajadoras como las enfermeras que realizan turnos diurnos, nocturnos y rotativos, ya que tienen intercambios de horarios en su jornada semanal. Estos turnos causan dificultades para tener un buen ritmo circadiano o de sueño, provocando problemas en el funcionamiento psicológico. Así mismo, las enfermeras turno de noche que realizaban un horario rotativo desarrollaron problemas con el sueño y diferencias significativas en niveles de estrés, a las enfermeras que no tenían un turno rotativo o de noche (Ohida et al., 2001). Por otra parte, estudios observaron la correlación entre el sueño y los turnos de trabajo, se observó que las enfermeras por turnos rotatorios y de noche tenían peor calidad de sueño, somnolencia, disfunción diurna, latencia y perturbaciones del sueño, siendo este un predictor de la afección en el estrés laboral. Los resultados arrojaron que la mala calidad del sueño del grupo rotativo y de noche, las enfermeras de horario habitual no tenían deficiencias en el sueño ni sintomatología de estrés (Sierra et al., 2009).

Dada la situación de procesos de estrés en el ámbito laboral, se empieza hablar del síndrome burnout como respuesta a un estrés crónico con causas de agotamiento emocional, despersonalización, disminución del desempeño personal (Gutierrez et al., 2006). Esto haciendo aparecer un dificultades en el bienestar del individuo causando; cansancio emocional, fatiga física, pérdida de interés por la actividad, baja realización laboral y deshumanización (Martínez y Salanova, 2003 et Rodríguez, 2011). Un estudio mostro que las situaciones con una respuesta de estrés elevada a nivel laboral, podría generar problemas físicos, mentales y un bajo rendimiento en el trabajo (Valderrama, 2012).

En los estudios del estrés laboral, se vieron a una asociación débil con la calidad del sueño (Kim y Dimsdale, 2007). Así basándose buscaron la relación entre el estrés laboral, la calidad del sueño en trabajadores de turnos rotativos con puntuaciones altas, en comparación con un horario convencional. En los que los trabajadores que realizaron trabajo por turnos rotatorios eran los más afectados, la relación del estrés con las alteraciones del sueño no dieron puntuaciones significativamente claras entre turnos Tellez et al.,(2015).

Posteriormente, se hicieron estudios que avalaban estas teorías. En estudios que analizaron con instrumentos psicológicos los trastornos de los trabajadores por turnos rotatorios y el papel de la reactividad del sueño. Los autores con un instrumento que midió el insomnio y la respuesta del estrés mediante el FIRST, encontraron los trabajadores obtuvieron puntuaciones altas en estrés del sueño, siendo los trabajadores por turnos rotativos con problemas en la duración, calidad, latencia, conciliación, tiempo de vigilia, somnolencia diurna, estos biomarcadores afectaban al bienestar y rendimiento laboral ( Kalmbach et al.,2015).

En la psicología que estudio el síndrome burnout en enfermeras de hospitales se estudio el estrés laboral y crónico. Los factores más relevantes del síndrome burnout comparado con el malestar psicológico medido con el inventario MBI, los turnos de trabajo estaban divididos en matutinos, vespertino y nocturno. Los resultados más importantes mostraron que las enfermeras presentaban niveles bajos en burnout, pero problemas de salud mental (despersonalización realización personal), especialmente relacionada con el patrón del sueño, con los turnos dobles con turno nocturno (Meléndez et al.,2016).

En relación entre estrés laboral y la calidad del sueño en personal de enfermería, que ejercieron turnos rotativos y nocturnos, se les analizo con el cuestionario de sueño y estrés de Pittsburg. Las enfermeras que presentaron estrés leve y mala calidad del sueño, aunque las puntuaciones no fueron significativas entre turnos (Peña- Rodríguez et al. , 2019).

En la influencia de turnos en la salud de trabajadores de una empresa, se utilizo estadístico SPSS para compara los turnos entre trabajadores de

jornada (mañana, tarde, noche), turno rotativo y turno fijo de noche. El estudio mostro que el trabajo por turnos afecta negativamente en estado físico debido al estrés laboral, así arrollo que los trabajadores nocturnos y rotativos, desarrollaron problemas gastrointestinales y en el apetito (Rincón-Sanabria,2019).

En el ámbito laboral las enfermeras que trabajaron por turnos manifestaron una alta probabilidad de absentismo por enfermedad y estrés y insatisfacción por el trabajo (Ministerio de Trabajo Español, 2010). El estrés afecta a la salud mental y al rendimiento laboral, las enfermeras están expuestas a estresores del trabajo, en el estudio actual se analizó al personal que realiza funciones en distintas áreas del hospital y que tiene diferentes turnos. El estudio es correlaciona comparativo con cuestionarios que mide la prevalencia del estrés, el cuestionario que utilizaron fue el DASS-21. Los resultados evidenciaron que la mayoría de enfermeras trabajaban por turnos rotativos (60 %) y las otras enfermeras restantes trabajaban de turnos diurnos (39%). Por tanto, las enfermeras comunitarias presentaron niveles más bajos en estrés laboral y emocional que las enfermeras de hospital, y las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos, unidades de emergencia y área de cirugía presentaron niveles más altos de estrés emocional y laboral. Y las enfermeras que realizaron los turnos rotativos verificaron prevalencia de niveles más altos en estrés ocupacional que el grupo de sanitarias de turno diurno con puntuaciones más bajas (Cuenca et al., 2021).

En el enfoque de estas investigaciones versa en torno a la ansiedad, depresión y estrés laboral, la importancia de estos temas también va enlazada a la satisfacción y conciliación personal y laboral. En lo que refiere a las condiciones de empleo, se refiere al tipo de contrato fijo o temporal, la estabilidad de entre la empresa y el trabajador, sino la satisfacción y la conciliación como marcador del entorno laboral y la experiencia de los individuos. Así varios autores establecieron que ciertos factores laborales que influyen al trabajo por turnos, en concordancia con el nivel de satisfacción laboral y la salud mental de los trabajadores (Fernández y Garrido, 1999).

La capacidad de conciliar en los horarios de trabajo con las responsabilidades y prioridades personales puede influir en la satisfacción laboral de los empleados. Aquellos que logran un equilibrio satisfactorio pueden experimentar una mayor satisfacción en su trabajo, mientras que aquellos que enfrentan dificultades pueden experimentar menor satisfacción laboral (Fernández y Eva Piñol, 2000).

Para elaborar datos relevantes, se elaboraron estudios para los empleados a nivel individual, social y organizacional. Se hallaron estudios mediante análisis transversales y longitudinales en empresas de los niveles satisfacción laboral a causa del estrés en el trabajo y el desgaste laboral, los resultados mostraron que el desgaste profesional tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para a organización, incluyendo una disminución del rendimiento laboral, problemas de salud física y mental y perdida de motivación y satisfacción (Cheung F. Tang, 2010). En el estudio sobre los hábitos del sueño y la salud psicológica en enfermeras, indicó que las enfermeras que tienen alta probabilidad de ausentismo por enfermedad, y que el estrés y la insatisfacción en el trabajo son las causas (Carrillo-Garcia,2015).

Por tanto, otros autores fue explorar las diferencias en la satisfacción laboral y la calidad de vida entre los trabajadores normales y los trabajadores por turnos. Los resultados arrojaron que aquellos trabajadores que realizaban los turnos fijos y tenían una mejor conciliación del sueño desarrollaron menos estrés, ansiedad y depresión, por consiguiente se sentían más satisfechos se su trabajo si tenían una mejor conciliación personal (Kalmbach et al.,2015).

Los factores laborales como la satisfacción por el trabajo, el rol que se desempeña en la empresa y la antigüedad laboral son indicadores del estrés y burnout (Dermerouti et al, 2001). En el ámbito social se han hecho estudios tanto del estrés como del burnout, en que los trabajadores/as con menores de exclusión utilizan estrategias de afrontamiento. En el que se observó que factores afectan a los niveles de estrés, síndrome burnout correlacionados con variables laborales y socio demográficas. En estos estudios más actuales, mediante el cuestionario "Ad Hoc" que mide las

variables como; sexo, edad, contrato, satisfacción, jornada y salario. Los resultados mostraron, que los trabajadores que obtuvieron puntuaciones altas en ilusión por el trabajo en el CESQT, mostraron niveles altos en satisfacción con el trabajo que realizaban. Al mismo tiempo, las variables físicas y psíquicas correlacionaron con la satisfacción, la jornada laboral, relaciones con sus compañeros y la estabilidad laboral. Así se demostró que la satisfacción en el trabajo era un factor de protección para el estrés y el burnout. Así se mostró que la estabilidad y el tipo de contrato correlacionaba con la satisfacción, el contrato indefinido correlaciona negativamente con la de malestar en el entorno laboral (Navarro et al. , 2018). Influye la jornada, el equipo, el bienestar personal y laboral.

En estudios más actuales, en los cuales se estudio la asociación entre el estrés laboral relacionado con el trabajo y los efectos físicos en trabajadores por turnos. El estudio analizó los factores organizacionales y personales que van ligados estrés en las empresas y la satisfacción que tenían a nivel personal en los empleados. Los resultados mostraron que los trabajadores por turnos que no están empleados regularmente, tenían menor satisfacción laboral sobretodo realizando los turnos largos y de noche (Isaia et al. 2019).

Finalmente en estudios más actuales, autores compararon la salud mental y la ansiedad con la satisfacción dependiendo de sus necesidades personales y laborales. Los resultados de Caballero et al. (2021) arrojaron que si no había enfermedad o trastorno causado por el estrés laboral o cualquier factor que afecte a la salud mental y ayude al mantenimiento del bienestar con una buena sincronía con el entorno, la satisfacción del empleado/a se podría medir con las respuestas que te dé a nivel sentimental, mental y social. Los resultados en enfermeras que realizaron trabajos en diferentes áreas del hospital, en las enfermeras que realizaron trabajos por turnos rotativos y largos tenían una repuestas de estrés más alta, ya que no les permitía tener una conciliación personal y social. Y la satisfacción por el trabajo era mayor en aquellas enfermeras que realizaban turnos diurno y turnos no les afectará en las respuestas emocionales por las constantes rotaciones (Cuenca et al.2021).

En los estudios que se contemplaron las variables psicológicas se compararon con otras variables socio demográficas como la edad. Las características individuales en ámbito laboral como en la edad que repercuten en la tolerancia de los turnos y las características familiares como el estado marital, nivel socioeconómico, trabajo por turnos de la pareja pueden afectar a la adaptación a los turnos laborales. Fernandez-Montalvo (2000), algunos estudios indican que las personas de mayor edad y las mujeres suelen experimentar más problemas a nivel personal y afectaciones debido a los turnos laborales. Miró et al. 2002, relaciono las horas se sueño y vigilia con los contextos culturales y la edad, así cuando mayor fuera la persona más dificultad de recuperación. Virtanen 2008 por su parte, el estudio sacó las conclusiones que las largas horas de trabajo podrían tener un impacto negativo en la cognición durante la mediana edad, ya que los factores de riesgo de la mediana edad están asociados con la demencia posterior. Por lo contrario Kalmbach et al.2015, la exposición al estrés y en la línea de base de la depresión y la ansiedad no predijeron la aparición del trastorno del trabajador por turnos. En la misma línea, Navarro et al. , 2018, encontró que las trabajadoras de más edad se inclinaban hacia la necesidad de una mejor remuneración, así que la evidencia una mayor antigüedad y madurez profesional requiere una compensación salarial. Otro autores Isaia et al. 2019, la edad fue un claro factor contribuyente para analizar los efectos de los turnos en los trabajadores, en la cuales a mayor edad de los individuos mayor afectaciones cardiovasculares y problemas para conciliar el sueño. En cambio, por lo contrario en las enfermeras por turnos se mostro una evidencia negativa con los factores estresante con las trabajadoras en sanidad de más Edad (Cuenca et al.2021).

## **CONTEXTO**

El realizar este estudio, surgió de pensar que, entre los trabajadores de turnos diurnos, turnos de tarde y de noche, debería haber diferencias de ansiedad, depresión y síndrome burnout frente a su jornada laboral, para ello se ha comparado a los trabajadores/as del turno de diurno con un horario fijo con trabajadores/as de turno de tarde y de noche que son

rotativos en una población diana y si existen diferencias serán mayores en los turnos de noche.

### **OBJETIVOS y HIPOTESIS**

El objetivo general del presente TFG es analizar el estado de salud mental de los trabajadores del sector servicios en España y realizar una comparación en función del turno de trabajo (diurno mañana, tarde/noche, noche). Dicho objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el nivel de afectación de ansiedad, depresión y síndrome de burnout en trabajadores del sector servicios.
2. Analizar si existen diferencias en función del turno de trabajo en los niveles de ansiedad experimentados por los trabajadores del sector servicios. Se parte de la hipótesis que los trabajadores del turno diurno mañana presentarán niveles de ansiedad inferiores a los trabajadores de los otros turnos.
3. Analizar si existen diferencias en función del turno de trabajo en los niveles de depresión experimentados por los trabajadores del sector servicios. Se parte de la hipótesis que los trabajadores del turno diurno mañana presentarán niveles de depresión inferiores a los trabajadores de los otros turnos.
4. Analizar si existen diferencias en función del turno de trabajo en los niveles del síndrome burnout experimentados por los trabajadores del sector servicios. Se parte de la hipótesis que los trabajadores del turno diurno mañana presentarán niveles de burnout inferiores a los trabajadores de los otros turnos.
5. Analizar si existen diferencias en función del turno de trabajo en los niveles de satisfacción laboral y conciliación laboral y familiar. Se parte de la hipótesis que los trabajadores del turno diurno mañana presentarán niveles de satisfacción laboral y conciliación laboral y familiar inferiores a los trabajadores de los otros turnos.
6. Determinar la relación entre la edad de los trabajadores del sector Servicios y los niveles de ansiedad, depresión y síndrome de burnout que presentan. Se parte de la hipótesis que los trabajadores de más edad tendrán mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y

burnout en los trabajadores por turnos diurnos tendrán puntuaciones inferiores que los turnos de tarde y noche.

## **METODOLOGIA**

### **INSTRUMENTOS**

La psicología, al ser una ciencia que estudia el comportamiento y el desarrollo de las de las personas en su trabajo, posee unos instrumentos que permiten predecir la ansiedad, la depresión y el síndrome burnout de los individuos, hasta la fecha los medios de que se dispone para tal hecho, son cuestionarios basados en diversos tests y cuestionarios, en la estadística, experiencia y estudios de los psicólogos dentro del mundo laboral.

Por lo tanto, a pesar de que existen varios cuestionarios o tests específicos que analicen la ansiedad, depresión y síndrome del trabajador quemado y que diferencien las sintomatologías de las personas que están en diferentes sectores de trabajo a la población general que trabaja.

En afinada relación a este tipo de test, Aaron T. Beck y Robert A. Steer (1988), ha creado un test el "inventario de Ansiedad de Beck (B.A.I.)". La versión española fue interpretada y descrita por Jesús Sanz; Frédérique Vallar; Elena de la Guía y Ana Hernández en el 2011, el cual ha sido utilizado para la realización de estudio.

Este inventario (B.A.I.) está hecho para medir de manera auto informada para estudiar el grado de ansiedad y los síntomas de la ansiedad menos común con la depresión. Lo que pretende analizar este test es el trastorno de angustia o pánico y la ansiedad generalizada, según los criterios del DSM-III para su diagnóstico en la población sobretodo población clínica.

El BAI es un instrumento que tiene diferentes áreas de aplicación en la psicología como; educativa, neuropsicología, forense y del deporte. El test tiene un formato de tipo likert y con un número de 21 ítems, la administración oral, papel y lápiz. Así proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63 puntos, y los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes; ansiedad muy baja (00-21), ansiedad moderada (22-35), ansiedad severa (más de 36). Los puntos de corte de la versión española son los mismos que los de la versión

original. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "Nada absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podría soportarlo" y la puntuación 3 a "Gravemente, casi no podría soportarlo".

Una vez administrado, su corrección se hace mediante un manual, con un procedimiento de la obtención de puntuaciones directas, sumando las respuestas de la persona evaluada, a cada una de las 21 preguntas. El test tiene un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos, la validez que tiene este test tanto como la versión original como en la versión española, entre 0,41 a 0,58. La mediana de los coeficientes de consistencia es de  $r_{tt} > 0,85$ , en el caso del test original tiene una correlación en el retest del 0,75. En la baremación sobre el manual, solo se perciben la versión española en la población general y en la de estudiantes universitarios.

Con todo lo citado anteriormente, existen test específicos que estudian la diferente sintomatología de la depresión en la población general y con las personas que están activos a nivel profesional.

En consonancia, existe el inventario de depresión de Aaron T. Beck (BDI-II), Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996), la versión española Jesús Sanz y Carmelo Vázquez; el departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España, Frédérique Vallar; Elena de la Guía y Ana Hernández con la adaptación española Pearson Educación en 2011.

Este inventario (BDI-II) se compone de 21 ítems, que son indicativos de síntomas como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamiento o deseos de suicidio, pesimismo. Los síntomas nombrados corresponden al DSM-IV y el CIE-10. El formato de los ítems es de tipo Likert se hace con la obtención de puntuaciones directas.

El procedimiento de corrección mediante manual, las áreas de aplicación que tiene esta herramienta son; la psicología clínica, neuropsicología, psicología forense. La validez de este test se basa en DSM-IV y CIE-10 para la evaluación de la depresión mayor o distimia.

Las puntuaciones están comprendidas entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación más alta). Los puntos de corte que permiten clasificar a los

evaluados esta dividido en cuatro grupos; mínima depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28), depresión grave (29-63). En cada ítem se corresponde una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (sueño) y 18 (apetito), que están relacionados con el sueño y el apetito, divididos en 7 categorías. Si un usuario elige más de ítem, se elige el de la categoría más alta.

La fiabilidad se basa en la consistencia interna, en los coeficientes son superiores a 0'85. En la baremación, dividido en 3 puntos de corte, estos se basan según la muestra y el propósito para que se esté usando el test. Y esta dividido en depresión mínima, leve, moderada o grave. En el manual en si no contiene baremos, sino que las publicaciones españolas tienen baremos en estudiantes y población general española.

El BDI-II se aplica de manera individual o colectiva, y de forma oral o escrita. Este cuestionario tarda en aplicarse de 5 a 10 minutos, pero si tienen una depresión más grave podrían tardar un poco más en realizarlo. Los criterios piden al usuario que conteste en una temporalidad actual o de dos semanas atrás.

Por último, el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), fue creado por Pedro R. Gil-Monte en el 2011. Esta herramienta se realizo para evaluar y medir el síndrome de quemarse por el trabajo. El CESQT es necesario para la población que sufren este síndrome, como observar su estado y prevenir los efectos dañinos que pueden padecer todo tipo de personas y/o empresas en el sector del trabajo.

El cuestionario evalúa las cogniciones, emociones y actitudes que tiene cada persona en relación a su experiencia laboral. El test tiene dos tipos de versiones; la versión que analiza un trabajo con un contacto más directo con las personas (CESQT) y el otro sin un contacto directo con personas (CESQT-DP). Este instrumento tiene diferentes áreas de aplicación en el ámbito de la psicología de trabajo, clínica, forense, salud general y bienestar. Es un test con formato likert con 5 alternativas (0= nunca, 1= raramente, 2= a veces, 3 = frecuentemente, 4= todos los días, muy frecuentemente).

La versión original del test consta de 20 ítems que se distribuye en 4 subescalas; Ilusión por el trabajo (5 ítems, puntuaciones indirectas), Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems) y Culpa (5 ítems) y la versión por desencanto profesional también por 20 ítems y se distribuye con 4 subescalas pero con diferente distribución en las subescalas (Ilusión por el trabajo 5 ítems, Desgaste psíquico 4 ítems, Desencanto profesional 6 ítems y Culpa 5 ítems).

El CESQT tuvo una recogida de datos en diferentes países y por diferentes investigadores. Se analizó la correlación entre las escalas del CESQT y el MBI (Malach Burnout Inventory), estos dos instrumentos tienen constructos similares con una correlación del  $0,48 < r < 0,76$ . Tiene un análisis a nivel de muestra española y una muestra no española dentro del análisis factorial de test.

El cuestionario que el autor de este trabajo utilizó, mediante la administración del programa Microsoft forms con el que se administró los instrumentos estandarizados anteriores. En este instrumento lo primero se realizó, fue un análisis descriptivo en el cual se obtuvieron las frecuencias de las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, turnos de trabajo, etc.) de la muestra para los diferentes grupos.

Una segunda parte este instrumento recogió variables vinculadas a la actividad laboral, el tipo de contrato (fijo o parcial), horas semanales trabajadas, la remuneración salarial, etc. Finalmente, el cuestionario online recogía instrumentos estandarizados para la ansiedad (BAI), la depresión (BDI) y por último para el síndrome del trabajador quemado (CQUEST).

## **MUESTRA**

La muestra de este estudio está compuesta por 62 personas, con edades que van desde los 21 años el más joven hasta los 58 años el más mayor, con edad media de 36,11 años, todos ellos han participado de forma voluntaria. Del total de personas de la que está compuesta la muestra, 41 de estas personas están con un contrato a tiempo fijo, las otras 21 personas restantes están contratadas a tiempo parcial.

Esta muestra, se divide en tres grupos por turnos, en primer lugar, el grupo del turno diurno (mañana) con un total de 18 sujetos, está formado por mujeres y hombres que trabajan en la empresa de 08:00 de la mañana hasta las 16:00 horas. En segundo lugar, el grupo del turno tarde (tarde/noche) con un total de 19 sujetos, formado por mujeres y hombres que trabajan en un turno de 15:00 a las 23:00 horas. Por último, el grupo del turno de noche 25 sujetos, formado por hombres y mujeres, que hace un horario de las 21:00 horas hasta las 05:00 horas de la madrugada.

Así mismo el primer turno de mañanas 18 sujetos, esta compuesto por trabajadores contrato fijo a tiempo completo. El grupo del turno de tarde y de noche esta distribuidos por contratos completos y parciales, tienen turnos rotativos entre grupos. Así como, los trabajadores del horario de mañana tenían un turno fijo, siempre realizando turnos de mañana sin rotaciones. Los grupos de tarde y noche realizaban rotaciones entre sus grupos, así en la muestra se eligió el turno que realizaban con más frecuencia.

## **PROCEDIMIENTO**

La aplicación del cuestionario, se ha llevado a cabo entre los meses de abril, mayo y junio, de forma individual y colectiva en grupos hasta de 3 personas, para los trabajadores del turno de mañana, para el grupo del turno de tarde, el grupo del turno de noche y se realizo vía online a traves con el google forms con el dispositivo movil propio de cada individuo. Los tests se realizaron con todos los trabajadores de la empresa de Tarragona capital y localidad de Tarragona ("Empresa de Tarragona"); en primer lugar; se les informó en qué consistían los test, que erapara un trabajo de fin de grado y que sus datos obtenidos serían confidenciales, una vez informados se les administró los tests de modo voluntario a los que quisieron hacerlo, cumpliendo las normas deontológicas, en todos los lugares donde se realizó el trabajo se firmó el consentimiento informado para la utilización anónima de los resultados. Para la selección de los participantes, en el "Empresa de TARRAGONA", se obtuvo una muestra aleatoria de 62 trabajadores entre los 73 que tiene de plantilla.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico, se ha realizado con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 29. Se ha analizado las puntuaciones totales de los test BAI y BDI, las puntuaciones de las subescalas de CESQT y la puntuación CESQT total diferenciando cada uno de los grupos.

Lo primero que se realizó, fue un análisis descriptivo de las 3 variables psicológicas de interés, acompañados de dos gráficos de barras con los porcentajes de las diferentes categorías del BAI y BDI, junto con la prueba de Normalidad de K-S, puesto que se trabaja con una muestra de más de 50 sujetos.

Para evaluar posibles diferencias en las tres variables psicológicas cuantitativas, en los ítems de satisfacción y conciliación en función del turno de trabajo, así se han extraído las medidas aritméticas y las desviaciones típicas, utilizando para ello el análisis de la varianza ANOVA (robusta de la normalidad) y Welch en función del cumplimiento o no de del supuesto de homoscedasticidad, por haber tres grupos de comparación. De forma complementaria, se ha calculado el tamaño del efecto con el estadístico eta cuadrado y las pruebas post hoc HSD de Tukey o Tamhane.

En el BAI y el BDI, aprovechando la existencia de puntos de corte indicativos de la gravedad de la sintomatología, se han comparado los porcentajes en función del turno con la prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton como la prueba de Chi- Cuadrado dado el incumplimiento de los criterios de la aplicación de la misma ( menos de 5 sujetos por casilla).

Por último, para analizar la relación entre la edad y las variables psicológicas de interés, se ha utilizado se ha utilizado el coeficiente de correlación de la prueba no paramétrica Rho de Spearman, dado que la mayor parte de escalas no han presentado buen ajuste a la Normalidad.

## **RESULTADOS**

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

En los siguientes datos obtenidos por el google forms, podemos observar cuatro variables sociodemográficas que se han utilizado. La variable sexo no

fue equiparada, ya que del grupo de trabajadores/as no esté formado por el mismo porcentaje de hombres que de mujeres. Como pudimos observar, en relación al género de los trabajadores/as dentro de la empresa fue de un 39 hombres (63%) y de 23 mujeres (37%). La segunda variable, estado civil de los empleados y empladas de esta empresa se clasificaron en; casados/das o en pareja ( ), solteros/as (23) y divorciados/as o separados/as (9).

En la tercera variable, sería a nivel educativo, en esta variable pudimos observar que, en los estudios primarios (4) eran pocos los que tenían pocos estudios, como los con formación secundaria (21). Por lo tanto, podemos observar que dentro los empleados tenían una formación mínima e incluso de formación profesional; bachillerato (21), formación profesional (26), universidad (11).

Por último, en los grupos de trabajo habían tipos de contrato dentro del total de empleados eran de un total de 63. Así pues, con el cuestionario online observamos que tipos de contratos eran de dos tipos, el primero completa 41 (66%) y parcial 21 (34%). También se obtuvieron las puntuaciones entre subgrupos de trabajo, el primero turno diurno 18 (30 %), el segundo turno tarde/noche 19 (31%) y el turno nocturno 24 (39 %).

## **ANÁLISIS DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST Y CORRELACIONES**

En la tabla 1, se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de ansiedad (BAI), depresión (BDI) i el síndrome burnout (CESQT) y la prueba de Kolmogorov-Smirnov de ajuste a la normalidad. Los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov indicaron que únicamente las puntuaciones totales de CESQT se ajustaban a la normalidad, el resto de variables presentan distribuciones que no se ajustan a la normalidad.

### **Tabla 1.**

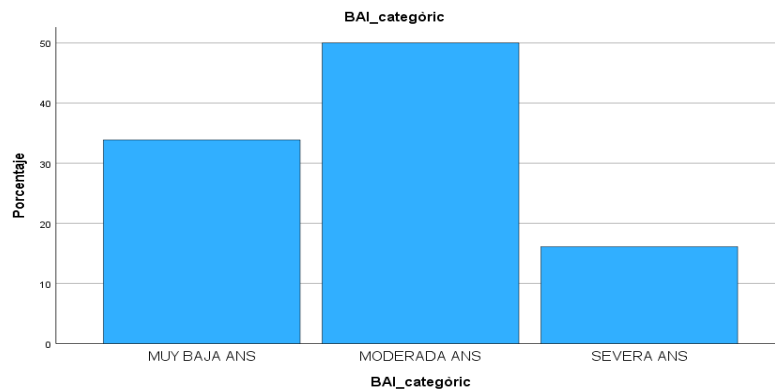
*Estadísticos descriptivos de los cuestionarios de ansiedad (BAI), depresión (BDI) i burnout (CESQT) en función de los tres turnos de trabajo.*

VARIABLES	Mínimo	Máximo	Rango	M	SD	KS	gl	p
BAI	19	58	39	27,41	9,40	,185	62	,000
BDI	0	38	38	8,77	9,93	,241	62	,000
CESQT_Ilusión	0	20	20	7,64	6,11	,135	62	,007
CESQT_Desgaste	0	14	14	3,74	4	,175	62	,000
CESQT_Indolencia	0	19	19	4,34	5,13	,199	62	,000
CESQT_Culpa	0	15	15	2,05	3,29	,267	62	,000
CESQT_Total	0	49	49	20,44	10,07	,081	62	,200

En la figura 1 se presentan los porcentajes de participantes para cada una de las categorías del BAI.

**Figura 1.**

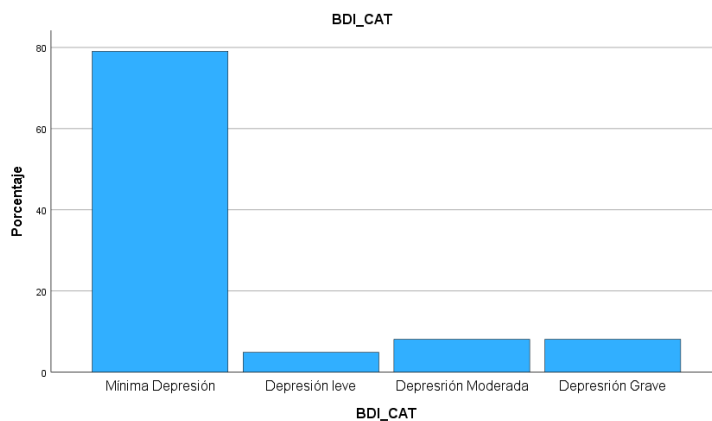
*Diagrama de barras del BDI categórico.*



En la figura 2 se presentan los porcentajes de participantes para cada una de las categorías del BDI.

**Figura 2.**

*Diagrama de barras del BDI categórico.*



En la tabla 2, se presentan los resultados de la prueba ANOVA y la prueba de Welch para evaluar las diferencias en las medias de las variables psicológicas de interés en función del turno.

Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el BAI, se incumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 5,50$ ;  $p = ,006$ ) de manera que se trabajó con la pruebas de Welch, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de ansiedad en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 18 %. En concreto, las pruebas post hoc (Tamhane) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de ansiedad significativamente inferior a los trabajadores de turno de tarde (dif de medias = -6,02;  $p = ,023$ ) y los trabajadores de turno de nocturno (dif de medias = -9,69,  $p = ,001$ ).

Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el BDI, se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 3,12$ ;  $p = ,051$ ) de manera que se trabajó con la pruebas de ANNOVA, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de depresión en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 10 %. Sin embargo, las pruebas post hoc (HSD Tukey) no se han podido identificar diferencias significativas entre las parejas de medias, siendo la comparación entre la media del turno de mañana y el turno de tarde/noche la que ha quedado más cerca de la significación (dif de medias = -7,42;  $p = ,056$ ) de manera que se observó una tendencia a que los trabajadores en turno de mañana mostraran niveles de depresión inferiores a los trabajadores de tarde/noche.

En relación a las puntuaciones totales observadas CESQT Ilusión por el trabajo, se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 0,683$ ;  $p = ,509$ ) de manera que se trabajó con la pruebas de ANNOVA, cuyo resultado indicó que no existían diferencias en los niveles de ilusión por el trabajo en función del turno de trabajo.

En referencia a las a las puntuaciones totales observadas en el CESQT Desgaste, no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 3,862$ ;  $p = ,027$ ), de manera que se trabajó con la prueba de Welch, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de desgaste por el trabajo en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 17

%. En concreto, las pruebas post hoc (Tamhane) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de desgaste significativamente inferior a los trabajadores de turno de tarde (dif de medias= -4,04;  $p=,003$ ) y los trabajadores de turno de nocturno (dif de medias=-3,178;  $p=,006$ ). Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el CESQT Indolencia, no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 11,638$ ;  $p<,001$ ) de manera que se trabajó con la prueba de Welch, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de Indolencia en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 32 %. En concreto, las pruebas post hoc (Tamhane) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de Indolencia significativamente inferior a los trabajadores de turno de tarde (dif de medias= -7,49;  $p<001$ ) y los trabajadores de turno de nocturno (dif de medias=-3,684;  $p<001$ ).

Por lo que se refiere a las puntuaciones totales observadas en el CESQT Culpa, no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 8,118$ ;  $p=,001$ ) de manera que se trabajó con la prueba de Welch, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de culpa en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 14 %. En concreto, las pruebas post hoc (Tamhane) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de Culpa significativamente inferior a los trabajadores de turno de tarde/noche (dif de medias= -3,073;  $p=,023$ ) pero no con los trabajadores de turno de nocturno, donde las diferencias no alcanzaron la significación estadística (dif de medias=-1,228  $p=,196$ ).

Finalmente, por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el CESQT Total, se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = ,894$ ;  $p=,415$ ) de manera que se trabajó con la pruebas de ANOVA, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles del Total del CESQT en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 23 %. En concreto, las pruebas post hoc (HSD Tukey) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de burnout significativamente inferior a los trabajadores de turno de tarde/noche (dif de medias= -11,672;  $p=,001$ ) y los trabajadores de turno de nocturno (dif de medias=-9,017;  $p=,006$ ).

**Tabla 2.**

*Comparación de medias de los niveles de ansiedad (BAI), depresión (BDI) i burnout (CESQT) en función de los tres turnos de trabajo.*

VARIABLES	Grupos	N	M	SD	F ANNOVA/ WELCH	gll	p	Eta cuadrado
BAI	Diurno	18	21,67	5,01	9,13	2	,001**	,18
	Mañana					38,03		
	Tarde /noche	19	27,68	7,67				
	Noche	25	31,36	11,02				
BDI	Diurno	18	4	7,10	3,23	2	,047*	,10
	Mañana					59		
	Tarde /noche	19	11,42	11,07				
	Nocturno	25	10,20	9,91				
CESQT_Ilusión por el trabajo	Diurno	18	8,56	5,97	0,87	2	,425	-
	Mañana					59		
	Tarde /noche	19	8,42	5,32				
	Nocturno	25	6,40	6,76				
CESQT_Desgaste	Diurno	18	1,22	2,18	9,54	2	<,001**	,17
	Mañana					36,80		
	Tarde /noche	19	5,26	4,27				
	Nocturno	25	4,40	4,07				
CESQT_Indolencia	Diurno	18	0,56	1,50	20,27	2	<,001**	,32
	Mañana					32,71		
	Tarde /noche	19	8,05	6,35				
	Nocturno	25	4,24	3,65				
CESQT_Culpa	Diurno	18	6,11	1,38	5,22	2	,011*	,14
	Mañana					34,23		
	Tarde /noche	19	3,68	4,35				
	Nocturno	25	1,84	2,87				
CESQT_Total	Diurno	18	13,22	6,73	8,59	2	,001**	,23
	Mañana					59		
	Tarde /noche	19	24,89	10,31				
	Nocturno	25	22,24	9,38				

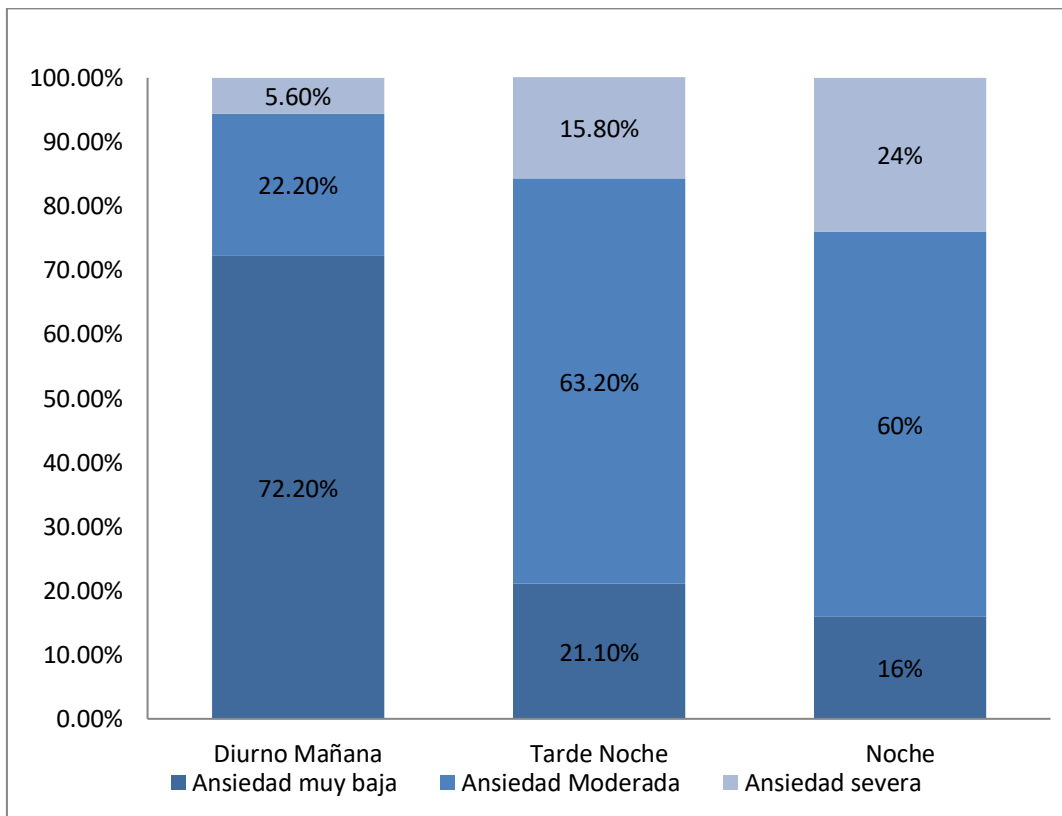
\*significativo al 5% \*\*significativo al 1%

De forma complementaria a los análisis anteriores y aprovechando el hecho de que el BAI y el BDI presentan puntos de corte, se ha llevado a cabo una comparación de la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva de los trabajadores participantes en función de los tres turnos de trabajo.

En la figura 3, se presentan los porcentajes de trabajadores de cada turno que han manifestado diferentes grados de severidad de la sintomatología ansiosa según los puntos de corte del BAI. La prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton indicó que existía una relación significativa entre turno y gravedad de la sintomatología (Estadístico F-F-H=15,79;P=,002), de manera que los trabajadores de tarde/noche y de noche presentaban porcentajes más altos de ansiedad moderada y severa que los trabajadores de turno de mañana.

**Figura 3.**

*Porcentajes de trabajadores de cada turno que presentan niveles de sintomatología ansiosa muy baja, moderada o severa.*

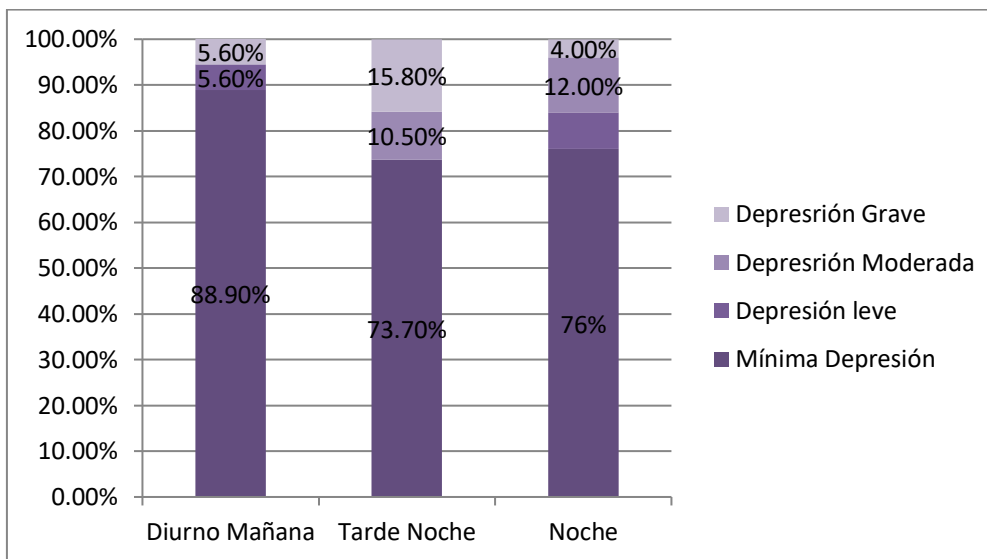


En la figura 4, se presentan los porcentajes de trabajadores de cada turno que han manifestado diferentes grados de severidad de la sintomatología depresiva según los puntos de corte del BDI. La prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton indicó que no existía una relación significativa entre turno y gravedad de la sintomatología (Estadístico F-F-H=5,53 ;P=,464), de hecho,

en la figura 2 se puede que la mayoría de trabajadores (más del 70%) de los tres turnos mostraban niveles mínimos de depresión

**Figura 4.**

*Porcentajes de trabajadores de cada turno que presentan niveles de sintomatología depresiva; mínima depresión, depresión leve, depresión moderada, depresión grave.*



En la tabla 3, se presentan los resultados de la prueba ANOVA y la prueba de Welch para evaluar las diferencias en las medias de las variables de satisfacción y conciliación laboral en función del turno de trabajo .

Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el satisfacción general por el trabajo, no se incumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 3,238$ ;  $p = ,047$ ) de manera que se trabajó con la prueba de Welch, cuyo resultado indicó que no existían diferencias en los niveles de satisfacción general en función del turno de trabajo.

Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el satisfacción con la jornada laboral, no se incumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 7,983$ ;  $p = ,001$ ) de manera que se trabajó con la prueba de Welch, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles de satisfacción con la jornada laboral en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 13 %. En concreto, las pruebas post hoc (Tamhane)

indicaron que los trabajadores de turno de tarde/noche presentaban una media de satisfacción con la jornada laboral significativamente inferior a los trabajadores de turno de diurno (dif de medias= -,781; p=,019).

Finalmente, Por lo que respecta a las puntuaciones totales observadas en el ítem satisfacción con la conciliación laboral y personal, se incumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas ( $F_{(2,59)} = 1,455$ ;  $p = ,242$ ) de manera que se trabajó con la prueba de ANOVA, cuyo resultado indicó que existían diferencias en los niveles satisfacción con la conciliación laboral y personal en función del turno de trabajo, con un tamaño del efecto del 11 %. En concreto, las pruebas post hoc (HSD Tukey) indicaron que los trabajadores de turno de mañana presentaban una media de satisfacción con la conciliación laboral y personal significativamente superior a los los trabajadores de turno de nocturno (dif de medias= ',707,  $p = ,044$ ), mientras que las diferencias respecto a los trabajadores de turno de tarde no alcanzaron la significación (dif de medias=0,667;  $p = ,083$ ).

**Tabla 3.**

*Comparación de medias de los niveles de satisfacción con el trabajo, la jornada y conciliación en función de los tres turnos de trabajo.*

VARIABLES	Grupos	N	M	SD	F ANNOVA/ WELCH	gll	p	Eta cuadrado
<b>Nivel de Satisfacción con tu Trabajo en General</b>	Diurno	18	3,72	,58	,93	2 37,6	,402	-
	Mañana							
	Tarde /noche	19	3,37	,96				
	Noche	25	3,60	,87				
<b>Nivel de Satisfacción con tu jornada laboral actual</b>	Diurno	18	3,83	,51	4,94	2 36,72	,013*	,13
	Mañana							
	Tarde /noche	19	3,05	1,02				
	Nocturno	25	3,44	,82				
<b>Nivel de Satisfacción con la conciliación entre tu vida laboral y personal</b>	Diurno	18	3,67	,686	3,52	2 59	,036*	,11
	Mañana							
	Tarde /noche	19	3,00	,943				
	Nocturno	25	2,96	1,06				

\*significativo al 5% \*\*significativo al 1%

En la tabla 4, se presenta los coeficientes de correlación de Spearman entre la edad y las variables psicológicas de interés. En las puntuaciones que aparecen en la tabla, solamente se observan dos correlaciones que quedarían próximas a ser significativas, que son la correlación con el BDI y con el CESQT en la subescala ilusión por el trabajo.

**Tabla 4.**

*Coeficiente de correlación rho de Spearman entre la edad y las variables psicológicas de interés.*

	BAI	BDI	CESQT_ilusión por el trabajo	CESQT_Desgaste	CESQT_Indolencia	CESQT_Culpa	CESQT_Total
Edad	-,133 (p=,152)	-,188 (p=,072)	-,208 (p=,053)	-,008 (p=,477)	-,081 (p=,267)	-,046 (p=,361)	-,099 (p=,221)

\*significativo al 5% \*\*significativo al 1%

**DISCUSIÓN**

En el presente TFG se han podido estudiar variables clave de la salud mental de los trabajadores del sector servicios (ansiedad, depresión y burnout) en función del turno de trabajo, con el objetivo de determinar el impacto sobre dichas variables del hecho de trabajar en horario nocturno.

En relación con el primer objetivo específico, dirigido a describir el nivel de sintomatología ansiosa, depresiva y de burnout que presentaban los trabajadores, cabe destacar que se ha observado que el 65% de los participantes presentaban niveles entre moderados y severos de sintomatología ansiosa, mientras que en el caso de la sintomatología depresiva una amplia mayoría de participantes (80% aproximadamente) presentaban niveles mínimos. Así pues, podemos concluir que, en el presente estudio, los trabajadores del sector servicios presentaban una mayor severidad sintomatología ansiosa que depresiva.

En relación con el segundo objetivo específico, que pretendía analizar las diferencias en sintomatología ansiosa en función del turno de trabajo, la hipótesis planteada se ha cumplido, ya que los resultados indicaron que los trabajadores de turno diurno mañana presentaban niveles de ansiedad

inferiores a los trabajadores de tarde/noche y noche. Además, cuando se ha analizado la clasificación según los puntos de corte, se ha podido confirmar que los trabajadores de tarde/noche y de noche presentaban porcentajes más altos de ansiedad moderada y severa que los trabajadores de turno de mañana. A la hora de interpretar este resultado y relacionarlo con la literatura previa, cabe destacar que los trabajadores de turno diurno mañana hacen siempre el mismo horario, mientras que los de tarde/noche y noche hacen turnos rotativos. En este sentido Fernández –Montalvo y Echeburúa, (2000), tuvieron en cuenta que los turnos rotativos incrementarían la incidencia de problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión hasta un 20 % respecto a los trabajadores con horarios normales.

Estos resultados irían en la línea de los reportados por Sierra et al. (2008), quienes analizaron participantes del sector servicios y concluyeron que los trabajadores por turnos mostraban puntuaciones más altas en ansiedad y quejas somáticas. También serían coincidentes con los resultados reportados por Meléndez et al. (2015), evaluando al colectivo de enfermeras, donde constataron la presencia de problemas de salud mental, como alteraciones del sueño, síntomas somáticos y ansiedad, debido al trabajo por turnos. Más recientemente, Blanca et al. (2021) trabajando con una muestra de enfermeras, observaron que las enfermeras que trabajaban a turnos presentaban niveles más altos de ansiedad que las que trabajan siempre en turno diurno.

El impacto que el trabajo por turnos parece tener en la ansiedad experimentada por los trabajadores del sector servicios se ha relacionado con la afectación del sueño. Así, por ejemplo, Kalmbach et al. (2015) encontraron que la reactividad al sueño incrementaba la gravedad de los síntomas de ansiedad, favoreciendo la aparición de alteraciones debidas al desorden en el trabajo, que impactaban negativamente en la salud de los trabajadores por turnos. En esta misma línea, Rincón-Sanabria (2019) demostró que la ansiedad estaba correlacionada con el cansancio y el sueño en los trabajadores nocturnos y lo que trabajan por turnos rotativos.

En relación con el tercer objetivo específico, dirigido a analizar las diferencias en sintomatología depresiva en función del turno de trabajo, la hipótesis sólo se ha podido confirmar de manera parcial, puesto que, aunque se ha identificado un efecto significativo del turno en las puntuaciones totales del BDI, las pruebas post hoc no han resultado significativas y únicamente se han obtenido un resultado tendencial en la comparación de los trabajadores de turno diurno mañana y los de turno tarde/noche. Estas dificultades para identificar las comparaciones significativas en las pruebas post hoc podrían deberse, en parte, al reducido tamaño de la muestra de los subgrupos comparados, que limita la potencia de las pruebas estadísticas. Por otra parte, las comparaciones utilizando las categorías según gravedad de la sintomatología depresiva tampoco han permitido obtener diferencias significativas en función del turno, puesto que un elevado porcentaje de participantes se han situado en la categoría depresión mínima.

Estudios previos habían observado que el trabajo por turnos incrementaba los niveles de depresión de los trabajadores. En este sentido, Alfredsson et al. (1991, citado por Fernández- Montalvo y Echeburúa, 2000) reportó que los guardias de seguridad que trabajaban en turno de noche presentaban niveles significativamente más altos de sintomatología depresiva en comparación con sus compañeros que tenían horarios diurnos. Según Goodrich y Weaver (1998, citado por Fernández -Montalvo y Piñol, 2000), el trabajo por turnos incrementaría el riesgo de desarrollar síntomas depresivos debido a la combinación de problemas asociados a esta tipología de trabajo y mostraron que el hecho de rotar por turnos afectaba al sueño, causando insomnio como problemas en el estado anímico.

El impacto sobre el estado de ánimo del trabajo por turnos estaría también relacionado con la duración total de la jornada, como ponen de manifiesto los resultados reportados por Virtanen et al. (2008), quienes indicaron que existían relación con la fatiga y la depresión en trabajadores de turnos de más de 55 horas semanales.

En los resultados obtenidos por Sierra et al. (2008), se evidenció que las personas con trastornos debidos a los turnos de trabajo que podían acabar

desarrollando estrés y afectaciones crónicas en las pautas del sueño, de manera que con el tiempo podían desarrollar sintomatología depresiva y, en algunos casos más graves, incluso depresión mayor. En la misma línea, Díaz-Ramiro et al.(2020), en un estudio donde compararon diferentes profesionales de la salud, constataron que las enfermeras auxiliares seguidas por las enfermeras, obtuvieron puntuaciones más altas en los cuestionarios de sintomatología depresiva. De esta forma, las enfermeras auxiliares tenían más problemas con los síntomas depresivos y en quejas somáticas, pero puntuaciones bajas en la disfunción social que estaba asociada a la depresión. Por el contrario, los resultados de Blanca et al. (2021) fueron en la línea opuesta a los estudios previos, puesto que las enfermeras que realizaban turnos de día presentaban puntuaciones más altas que las enfermeras que realizaban turnos rotativos y nocturnos.

En la misma línea que en la variable ansiedad, en la sintomatología depresiva los trabajadores por turnos también se ha establecido un vínculo con las alteraciones del sueño. En esta línea, Tellez et al. (2015), comparando los turnos rotativos con la sintomatología depresiva, mostraron la presencia de una mínima depresión a la vez que problemas con el sueño en las personas de turnos rotativos, a diferencia de los que hacían jornadas establecidas como horarios fijos. Más recientemente, Rincón-Sanabria (2019) demostró que los turnos de noche y rotativos eran la causa de problemas para conciliar el sueño, de manera que dichos problemas acabarían provocando, a la larga, síntomas depresivos en el grupo de empleados por turnos.

En relación con el cuarto objetivo específico, que pretendía analizar las diferencias en los niveles de síndrome de burnout en función del turno de trabajo, se ha cumplido la hipótesis planteada, ya que los trabajadores de turno diurno mañana obtuvieron una media total en burnout significativamente inferior a la de los trabajadores de turno tarde/noche y a la de los trabajadores de turno de noche. Estas diferencias se han podido observar también en las escalas burnout, excepto en ilusión por el trabajo. Cabe destacar, el estrés en el trabajo se vio asociado a los turnos rotativos, porque a los trabajadores con un cambio constante de los horarios les generó estrés crónico y problemas en la salud Costa et al. (1996). Ohida et

al. (2001) mostró diferencias entre enfermeras que no tenían un horario nocturno, se vio diferencias significativas de estrés en comparación con las enfermeras que ejercían un turno rotativo y de noche. En esta línea Arikan et al.(2007) encontró en las enfermeras que realizaron turnos largos y nocturnos, daños psicológicos por estresores mayores que las enfermeras ejercían un horario diurno y máximo de 40 horas a la semana.

Estudios más recientes han confirmado la problemática del estrés en trabajadores por turnos. Así por ejemplo, Rincón-Sanabria et al. (2019), demostró que los turnos nocturnos y rotativos causaron dificultades en la salud a nivel físico debido al estrés en el trabajo. Cuenca et al. (2021) en estudios más actuales mostraron que las enfermeras que realizaron los turnos diurnos no presentaron estrés, cosa que las enfermeras que trabajaron por turnos rotativos se les encontró niveles de estrés altos sobretodo en las enfermeras sanitarias.

Por lo que respeta al quinto objetivo específico, dirigido a analizar las diferencias en los niveles de satisfacción laboral y conciliación laboral y familiar en función del turno de trabajo, se ha cumplido la hipótesis planteada en la satisfacción con la jornada laboral y la conciliación, donde los trabajadores de turno de tarde/noche y noche obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores que los trabajadores de mañana, pero en caso de la satisfacción general, donde no se observaron diferencias entre turnos. Este resultado confirmaría que la conciliación y la satisfacción laboral de los trabajadores estaría relacionada con el horario que realizan, como habían indicado Fernández et al. (2000).

En otro orden de ideas, Kamblach et al. (2015) demostraron una asociación entre la conciliación y satisfacción con los turnos fijos a diferencia de los turnos rotativos, si los trabajadores tenían un horario que les permitiera la conciliación familiar y personal, estaban más satisfechos en el entorno laboral. Isaia et al. (2019) los resultados constataron que los trabajadores que hacían turno largos y de noche, tenían menor satisfacción en el trabajo que los trabajadores que realizaron turnos diurnos.

De forma más reciente, Cuenca et al. (2021) señalaron que las enfermeras que realizaron turnos diurnos y fijos estaban más satisfechas por poder

conciliar con la familia que las enfermeras que tenía cambios seguidos en los turnos, a quienes tocaba hacer rotaciones y les dificultaban conciliar con la familiar, cosa que perjudicaba su satisfacción laboral y personal.

Finalmente, en referencia al sexto objetivo específico que ha analizado la posible relación de la edad con las variables psicológicas, la hipótesis planteada no se ha cumplido puesto que la variable edad no ha presentado ninguna correlación significativa con la ansiedad, depresión o estrés. Por lo contrario Fernández-Montalvo y Piñol (2000), señalaron mediante estudios que la variables socio demográfica de la edad correlacionaba de manera positiva con las variables psicológicas en el trabajo por turnos, de manera que las personas más mayores o con una determinada carga familiar tenían más sintomatología y les costaba más el trabajo por turnos. En la misma línea Miró et al. (2002), señalaron que a mayor edad de los trabajadores, estos tendrían más dificultades de recuperación, esto se debería a que la conciliación del sueño y la vigilia correlacionado con los contextos culturales y la edad son los causantes de estos problemas en la salud psicológica. Por la línea de los resultados en este trabajo, Kalmbach et al. (2015), no encontraron relación de la aparición de ansiedad, estrés, depresión con la variable de la edad y con los turnos. Aunque Isaia et al. (2019), indicaron que la edad podría comportar más problemas de salud cardiovasculares y con el sueño, pero no encontraron una correlación con el trabajo por turnos. Por último estudios que van en línea de los resultados, Cuenca et al. (2021), más reciente manifestaron que las enfermeras por turnos no obtuvieron puntuaciones significativas con respecto a la edad.

### **LIMITACIONES**

En este estudio, habría que tener en cuenta alguna especificación o limitación que deberíamos valorar al interpretar los resultados obtenidos con lo que las investigaciones futuras serían mucho más eficaces.

La primera limitación es que los cuestionarios utilizados fueron aplicados en una muestra no representativa de la población diana, ya que únicamente han participado en el estudio una parte de los trabajadores de una empresa de Servicios de Catalunya que, además, no se ha escogido de manera aleatori, sino que pertenecen al entorno del investigador. Este sesgo en la

elección de los participantes puede influir en los resultados obtenidos y limita su generalización a la población estudio.

La siguiente limitación, vendría dada por el tamaño de muestra relativamente pequeño de trabajadores que han participado, ya que teniendo en cuenta la necesidad de dividirlos en tres grupos para poder realizar la comparación entre turno, se han obtenido dos grupos con un tamaño inferior a los 20 sujetos, cosa que, desde el punto de vista estadístico, puede implicar una limitación de la potencia de las pruebas para detectar diferencias significativas, como ha ocurrido en el caso de las pruebas post hoc en la variable depresión.

Por último, existe la limitación de posibles sesgos en las respuestas en los cuestionarios, ya que para evitar dar mala imagen de uno mismo en tanto que trabajador/a, a pesar de garantizar el anonimato, algunos participantes ha podido mostrar cierta reactividad al responder, de manera que los trabajadores/as podrían contestar los cuestionarios por deseabilidad social al conocer el investigador que realiza este estudio.

## **CONCLUSIONES**

Por ser de gran importancia la utilización de instrumentos específicos para la valoración de la ansiedad, depresión y el burnout en trabajadores por turnos, el principal objetivo de este estudio era poder diferenciar, utilizando las diferentes puntuaciones de tres cuestionarios estandarizados entre el grupo de trabajo diurno (con horario fijo) y los otros dos grupos (con turnos rotativos), el grupo de tarde/ noche y el grupo que hacía horario de noche. Una vez realizado los análisis comparativos, se ha comprobado que como se predijo el grupo de tarde/noches y noche puntuó más alto. Una vez realizados los análisis comparativos, se ha evidenciado, en la dirección de los que se había predicho, que el grupo de trabajo diurno puntuaría más bajo en problemáticas de salud mental.

Así pues, el presente TFG ha contribuido a evidenciar problemas de ansiedad y estrés de los trabajadores por turnos, poniendo de manifiesto que presentan sintomatología que podría actuar como un factor de riesgo en el desarrollo de problemas importantes, tanto en la esfera psicológica como física. Cabe destacar que la presencia de ansiedad y estrés en los

trabajadores no solo implica un sufrimiento personal y familiar, sino que también tiene repercusiones en la propia empresa, en formas diversas, como reducción de la implicación y la productividad o absentismo, y en la sociedad, con un importante impacto económico en forma de bajas laborales, tratamientos médicos, etc.

En consecuencia, la constatación de los problemas psicológicos que pueden afectar a los trabajadores por turnos, especialmente aquellos que incluyen horarios de trabajo por turnos, pone en manifiesto la necesidad de desarrollar programas preventivos y/o de intervención en las empresas para atender las necesidades de estos trabajadores y evitar que las problemáticas se agregen y cronifiquen y acaben teniendo un fuerte impacto en la vida del trabajador y en la dinámica de la empresa.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Chiang, F. F., Birtch, T. A., & Kwan, H. K. (2010). The moderating roles of job control and work-life balance practices on employee stress in the hotel and catering industry. *International Journal of Hospitality Management*, 29(1), 25-32.
- Chavez, S. M., González, S. H., Velázquez, E. H., Acosta, B. J. L., & Bastián, M. D. C. S. (2016). Síndrome de Burnout y Salud Mental en Enfermeras de un hospital. *NURE Investigación*.
- Cuenca, M. B., Martín, M. B. G., & García, M. J. C. (2021). Anxiety, depression, work-related stress and psychological flexibility in nurses: A correlational-comparative study. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 7(3), 3.
- Díaz Ramiro, E. M., Rubio Valdehita, S., López Núñez, M. I., & Aparicio García, M. E. (2020). Sleep habits as predictors of psychological health in healthcare professionals.
- Fernández Rodríguez, J., & de Estudios, J. (2012). Estrategias de prevención e intervención en el estrés laboral. In *Proceedings of The X Internacional Conference on Occupational Risk Prevention*.

- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide*, 36-37.
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., Cheng, P., Arnedt, J. T., & Drake, C. L. (2015). Shift work disorder, depression, and anxiety in the transition to rotating shifts: the role of sleep reactivity. *Sleep medicine*, 16(12), 1532-1538.
- Lachiner, S. M., & Fernando, H. M. L. (2015). Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica [Internet]*, 119-124.
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45.
- Lecca, L. I., Portoghese, I., Mucci, N., Galletta, M., Meloni, F., Pilia, I., ... & Campagna, M. (2019). Association between work-related stress and QT prolongation in male workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4781.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*, 10(19), 167-177.
- Montalvo, J. F., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5(3), 207-222.
- Okechukwu, C. E., Colaprico, C., Di Mario, S., Oko-Oboh, A. G., Shaholli, D., Manai, M. V., & La Torre, G. (2023, March). The Relationship between Working Night Shifts and Depression among Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 7, p. 937). MDPI.
- Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral* (Vol. 2). Madrid: Eudema.

- Pineda Pizarro, A. J. (2019). Nivel de ansiedad y estrés laboral en trabajadores de vigilancia privada asociados a características laborales. Tacna, 2018.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3).
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2013). Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II"(BDI-II). *Manuscrito bajo revisión editorial*.
- Sanabria, L. A. R. (2019). Influencia de la turnicidad en la salud de los trabajadores de una empresa de servicios de alimentos empresariales. *Revista de Ingenierías Interfaces*, 2(2), 1-20.
- Soria, I. N., Monsalve, B. L., Llopis, J. H., & Fernández, M. R. (2018). Estrés laboral, burnout y estrategias de afrontamiento en trabajadores que intervienen con menores en riesgo de exclusión social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (78), 68-96.
- Sierra, J. C., Delgado-Domínguez, C., & Carretero-Dios, H. (2009). Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 121-130.

- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59
- Stansfeld, S. (2002). Work, personality and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 96-98. doi:10.1192/bjp.181.2.96
- Tellez López, A., Villegas Guinea, D. R., Juárez García, D. M., Segura Herrera, L. G., & Fuentes Aviles, L. (2015). Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno. *Universitas Psychologica*, 14(2), 711-722.
- Vandeputte, M., & de Weerd, A. (2003). Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale. *Sleep medicine*, 4(4), 343-345.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 [Reliability and normative data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory]. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Virtanen, M., Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E., Gimeno, D., Marmot, M. G., Elovainio, M., ... & Kivimäki, M. (2009). Long working hours and cognitive function: the Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology*, 169(5), 596-605.
- Verdejo, M. Z., Blasco, J. M., Molina, A. A., & de la Orden Rivera, M. V. (1996). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: Datos para la reflexión. *Rev Esp Salud Pública*, 70(4).

**ANEXO**

**Identificación** ..... **Fecha** .....

*Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:*

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.3. Inventario de Depresión de Beck  
(Beck Depression Inventory, BDI)

3

*Instrucciones:* Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y elige la afirmación de cada grupo que mejor describe el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Hazlo una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1  No me encuentro triste  
 Me siento triste o melancólico  
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo  
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

---

- 2  No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro  
 Me siento desanimado respecto al futuro  
 No tengo nada que esperar del futuro  
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorarse

---

- 3  No me siento fracasado  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas  
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos  
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

---

- 4  No estoy particularmente descontento  
 No disfruto de las cosas como antes  
 No encuentro satisfacción en nada  
 Me siento descontento de todo

---

- 5  No me siento particularmente culpable  
 Me siento malo o indigno muchas veces  
 Me siento culpable  
 Pienso que soy muy malo e indigno

---

- 6  No me siento decepcionado conmigo mismo  
 Estoy decepcionado conmigo mismo  
 Estoy disgustado conmigo mismo  
 Me odio

---

- 7  No tengo pensamientos de dañarme  
 Creo que estaría mejor muerto  
 Tengo planes precisos para suicidarme  
 Me mataría si tuviera ocasión

---

- 8  No he perdido el interés por los demás  
 Estoy menos interesado en los demás que antes  
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y gimo poco en ellos  
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

---

- 9  Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes  
 Trato de no tener que tomar decisiones  
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
 Ya no puedo tomar decisiones

---

- 10  No creo que mi aspecto haya empeorado  
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo  
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándoseme atractivo  
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

---

- 11  Puedo trabajar igual de bien que antes  
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo  
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa  
 No puedo realizar ningún trabajo

---

- 12  No me canso más que antes  
 Me canso más fácilmente que antes  
 Me canso por cualquier cosa  
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

---

- 13  Mi apetito no es peor de lo normal  
 Mi apetito no es tan bueno como antes  
 Mi apetito es ahora mucho peor  
 He perdido el apetito

5.3. Inventario de Depresión de Beck  
(Beck Depression Inventory, BDI)

11. Irritabilidad	<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrito ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social	<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me interesa por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión	<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal	<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral	<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardó en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 3 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio	<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito	<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso	<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipercuidad	<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido	<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE  
POR EL TRABAJO (CESQT)**

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemente: algunas veces por semana	Muy frecuentemente: todos los días
1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.				0 1	2 3 4
2) No me apetece atender a algunos colaboradores.				0 1	2 3 4
3) Creo que muchos colaboradores son insoportables.				0 1	2 3 4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.				0 1	2 3 4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.				0 1	2 3 4
6) Creo que los familiares de los colaboradores son unos pesados.				0 1	2 3 4
7) Pienso que trato con indiferencia a algunos colaboradores.				0 1	2 3 4
8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.				0 1	2 3 4
9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.				0 1	2 3 4
10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.				0 1	2 3 4
11) Me apetece ser irónico/a con algunos colaboradores.				0 1	2 3 4
12) Me siento agobiado/a por el trabajo.				0 1	2 3 4
13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.				0 1	2 3 4
14) Etiqueto o clasifico a los colaboradores según su comportamiento.				0 1	2 3 4
15) Mi trabajo me resulta gratificante.				0 1	2 3 4
16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.				0 1	2 3 4
17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.				0 1	2 3 4
18) Me siento desgastado/a emocionalmente.				0 1	2 3 4
19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo.				0 1	2 3 4
20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.				0 1	2 3 4