

Siesta durante la guardia nocturna y la recuperación tras el trabajo entre enfermeros de hospitales¹

Thaís Aparecida de Castro Palermo²

Lúcia Rotenberg³

Regina Célia Gollner Zeitoune⁴

Aline Silva-Costa⁵

Ester Paiva Souto⁵

Rosane Härter Griep³

Objetivo: Analizar la asociación entre la duración de la siesta durante la guardia nocturna y la recuperación tras el trabajo entre enfermeros. **Método:** Estudio epidemiológico seccional con 1940 enfermeros de dieciocho hospitales públicos del Municipio de Rio de Janeiro. Fue utilizado cuestionario tipo multidimensional y autollenado con informaciones sobre salud, características sociodemográficas, ocupacionales, comportamientos relacionados a la salud y trabajo doméstico. Fue utilizada la regresión logística múltipla, buscando identificar la asociación ajustada por variables de confusión. **Resultados:** Los análisis brutos mostraron posibilidades 44%, 127% y 66% más elevadas de alta recuperación tras el trabajo, para aquellos que duermen hasta 2 horas, de 2,1 a 3 horas y de 3,1 horas o más, respectivamente, comparados a aquellos que no duermen. Tras el ajuste por variables de confusión, la asociación sigue significativa solamente para el grupo que duerme de 2,1 a 3 horas durante la guardia nocturna (OR=1,79; IC95%=1,33-2,41). **Conclusión:** La asociación entre el tiempo de siesta y la alta recuperación tras el trabajo, confirmada en nuestros resultados, puede componer los estudios con objeto de subsidiar políticas más adecuadas dirigidas a la mejora de las condiciones de trabajo, de vida y salud de los trabajadores, no solamente enfermeros, pero trabajadores nocturnos de manera general.

Descriptorios: Enfermeros; Enfermeras; Trabajo Nocturno; Sueño; Salud Laboral.

1 Artículo parte de la disertación de maestría "Asociación entre la duración de la siesta durante el turno de noche y la recuperación después del trabajo entre las enfermeras de los hospitales públicos más grandes en la ciudad de Río de Janeiro" presentada en la Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3 PhD, Investigadora, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4 PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

5 Estudiante de doctorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondencia:

Thaís Aparecida de Castro Palermo
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery
Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova
CEP: 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: thaisacpalermo@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El trabajo produce esfuerzo que se refleja en síntomas emocionales, cognitivos y de comportamiento, cuya reversión lleva algún tiempo⁽¹⁾. Con tiempo adecuado y posibilidades suficientes de recuperación (durante y después del trabajo), el regreso al trabajo ocurrirá sin los síntomas residuales del esfuerzo previo. Sin embargo, cuando la recuperación es insuficiente y acumulativa, la necesidad de recuperación aumenta, siendo gradualmente sustituida por síntomas más serios relacionados a la fatiga a largo plazo y al adolecer⁽²⁾. La necesidad de recuperación tras el trabajo se caracteriza como una posición intermediaria entre las demandas del trabajo y el estado futuro de salud y está relacionada al estadio inicial del proceso continuo que puede llevar a la fatiga crónica⁽³⁾.

El hospital funciona de manera ininterrumpida, lo que implica esquemas de trabajo en turnos diurnos y nocturnos. Un aspecto esencial de la salud a ser analizado con relación a las personas que trabajan en turnos, especialmente en el turno nocturno, se refiere a la influencia de los horarios de trabajo en la calidad y duración del sueño⁽⁴⁾ y por su vez en la recuperación tras el trabajo⁽⁵⁾. El sueño, en términos de su calidad y duración, varía en los diferentes momentos de las 24 horas. El sueño diurno, usualmente adoptado por trabajadores nocturnos, tiende a tener peor calidad y menor duración⁽⁶⁾ cuando comparado al sueño nocturno.

En esta perspectiva, la reducción en la duración y alteraciones en la calidad del sueño en profesionales enfermeros que trabajan en turnos nocturnos ya fue demostrada en estudios brasileños⁽⁶⁻⁷⁾ e internacionales⁽⁴⁾. La reducción de la duración del sueño y, más severamente, la privación del sueño producen mayores riesgos para heridas y accidentes de trabajo, además de perjuicios a la salud y calidad de vida de estos trabajadores⁽⁷⁾ en función de la mayor somnolencia en el trabajo y reducción del estado de alerta debido al trabajo nocturno⁽⁶⁾.

Una forma de lidiar con esa privación parcial del sueño es hacer siestas durante el trabajo nocturno⁽⁸⁾. Definidos como cualquier período de sueño inferior al 50% de la duración media del sueño nocturno⁽⁹⁾, la siesta durante el turno nocturno está asociada al menor nivel de somnolencia durante el trabajo⁽⁸⁾, mantención del alerta y del desempeño⁽¹⁰⁾ y puede compensar el sueño corto en casa entre los trabajadores nocturnos⁽¹¹⁾.

En un contexto de trabajadores de enfermería, de predominancia femenina, la siesta nocturna puede ser

aun más relevante para trabajadoras con sobrecarga de trabajo doméstico, lo que implica menos tiempo para el sueño diurno durante los días de ocio⁽¹²⁾. Además, los esquemas de turnos de 12 horas seguidos por 36 o 60 horas de descanso⁽¹²⁻¹³⁾, que posibilitan que esos profesionales se dediquen a más de una actividad productiva, y las largas jornadas de trabajo de los profesionales de enfermería brasileños pueden interferir en la disponibilidad de tiempo para sueño⁽¹²⁾.

La importancia de la siesta durante el turno nocturno en la recuperación después del trabajo ya fue demostrada en estudio en el contexto de la enfermería brasileña⁽¹³⁾, que identifico la asociación de la siesta con mejor recuperación, desde que la jornada de trabajo doméstico no ultrapasara las 10 horas semanales. Este estudio visa complementar los estudios acerca de la importancia de la siesta durante el trabajo nocturno en la recuperación después del trabajo con muestra ampliada y considerando una población heterogénea respecto a la variable sexo.

La finalidad de este artículo fue analizar la asociación entre la duración de la siesta durante el turno nocturno y la recuperación después del trabajo entre enfermeros que actúan en los mayores hospitales públicos de Rio de Janeiro.

Método

Descripción del estudio y muestra

Este artículo utiliza datos del Estudio de la Salud de los Enfermeros. Se trata de un estudio de diseño epidemiológico seccional desarrollado en los dieciocho mayores hospitales públicos en la ciudad de Rio de Janeiro, RJ. Los datos fueron recolectados entre 2010 y 2011, a través de la aplicación de un cuestionario estructurado, multidimensional y auto-aplicable. Los dieciocho mayores hospitales de la red pública de la ciudad de Rio de Janeiro, bajo las gestiones federales, estatales y municipales, hicieron parte del estudio. Esos hospitales fueron visitados, siendo programadas reuniones con las jefaturas de enfermería para divulgar el estudio. El rol del nombre y sector de trabajo fue solicitada para el contacto cara a cara. Los cuestionarios fueron entregues a los enfermeros, acompañados de carta de invitación para participar y del Termino de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). Tras firmar el TCLE, el enfermero llenaba y sellaba el cuestionario, que fue entregue a uno de los colaboradores del estudio. Los análisis de los datos fueron desarrollados en el software

SPSS (v.19). Hicieron parte de este artículo datos de 1940 enfermeros (61,4% del total de enfermeros contactados) que actuaban en turnos nocturnos en la atención.

Variable de exposición: el tiempo de siesta durante el turno nocturno

Esta variable fue evaluada a través de la siguiente pregunta: "Con relación al horario para dormir o descansar durante el turno, Ud. diría que en la mayor parte de las ocasiones: "solamente descansa"; "duerme por acerca de ___h___min"; "no duerme ni descansa". La variable fue categorizada en cuatro niveles: (i)"no duerme" (categoría de referencia), (ii)"duerme hasta 2 horas", (iii)"duerme de 2,1 a 3 horas" y (iv)"duerme 3,1 horas o más". Los grupos que relataron que no "duerme, ni descansa" y "solamente descansa" fueron incluidos en la categoría de aquellos que no duermen.

Variable de desenlace: recuperación tras el trabajo

La recuperación tras el trabajo fue evaluada a través de la versión corta de la escala de necesidad de recuperación tras el trabajo (*Need for recovery* - NFR). Este instrumento evalúa los efectos de corto plazo del trabajo inducidos por la fatiga, tales como la falta de atención, irritabilidad, aislamiento social, desempeño reducido y la calidad del tiempo de recuperación tras el trabajo^(1,3). La escala original, compuesta por once ítems, fue adaptada para el portugués brasileño⁽¹⁴⁾. En el presente estudio fue utilizada la escala reducida, propuesta recientemente por el autor de la escala y enviada por comunicación personal. Esta versión abarca seis ítems de la versión original con patrones de respuesta del tipo Likert (1-4), con puntuaciones variando entre "siempre" y "jamás", que incluyen aspectos relacionados a la fatiga tras un día de trabajo. Los ítems fueron agrupados en una puntuación que fue alcanzada mediante la suma de las puntuaciones alcanzadas en el conjunto de los ítems de la escala que vario de 6 a 24. La puntuación fue categorizada en tertiles de recuperación, siendo las puntuaciones de 6-13 consideradas como baja recuperación; las puntuaciones de 14-17 como media recuperación y las puntuaciones de 18-24 como alta recuperación. Tras esta categorización, agrupamos las categorías media y alta, alcanzando al final solamente dos categorías: baja (categoría de referencia) y alta recuperación (agrupando las puntuaciones medio y alto).

Co-variables

Fueron incluidas co-variables sociodemográficas, ocupacionales y relacionadas a los comportamientos de salud: sexo, edad (agrupada en "23 a 35 años", "36 a 45 años" y "46 a 67 años"), situación conyugal (agrupada en "casado", "separado, divorciado o viudo" y "soltero"), renta familiar *per capita* ("hasta R\$ 1.394,83", "de R\$ 1.400,90 a R\$ 2.324,50" y "de R\$ 2.324,83 a R\$ 7.440,00"), presencia de hijos menores de 6 años), carga horaria semanal de trabajo profesional (agrupada en "hasta 30 horas", "de 31 a 60 horas", "superior a 61 horas"), sobrecarga doméstica (agrupada en "baja" y "alta" sobrecarga), tiempo de trabajo nocturno en la enfermería (categorizada en "menos de 1 año", "1 a 5 años", "6 a 10 años", "11 a 20 años" y "21 años o superior"), permisión para dormir durante el turno nocturno, tiempo de siesta, consumo de alcohol (agrupada en "no bebe", "bajo riesgo", "medio riesgo" y "alto riesgo"), quejas de insomnio y actividades físicas.

Análisis estadísticos

El desempeño psicométrico de la versión resumida de la escala de necesidad de recuperación tras el trabajo fue evaluado, ya que se trata de la primera vez que la misma fue utilizada en el contexto brasileño. La estructura dimensional y la evaluación de la consistencia interna fueron llevadas a cabo mediante el análisis factorial exploratorio con el software Mplus - versión 7.1, adoptando la rotación Geomin y estimador robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV), adecuado para variables (ítems) categóricas o ordinales.

Para evaluar la adecuación del modelo fueron utilizados tres índices de ajuste; el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice Tucker-Lewis (TLI) y la raíz del error medio cuadrático de aproximación (RMSEA). El índice de ajuste comparativo y el índice de Tucker-Lewis evalúan el ajuste incremental del modelo comparado con un modelo nulo. Ambos varían de 0 a 1, y valores superiores a 0,90 indican ajuste adecuado⁽¹⁵⁾.

La raíz del error medio cuadrático de aproximación (RMSEA) es un índice de ajuste que evalúa la parcimonia del modelo propuesto con relación al número de coeficientes estimados. Es una medida que intenta corregir la tendencia de la estadística qui-cuadrado a rechazar cualquier modelo especificado con una muestra suficientemente grande. Valores inferiores a 0,06 pueden ser considerados adecuados⁽¹⁵⁾.

La consistencia interna, que indica si los ítems representan un constructo teórico en común, es frecuentemente verificada mediante el coeficiente alfa de Cronbach como una medida de confiabilidad⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en este estudio se decidió utilizar la confiabilidad compuesta, un coeficiente de confiabilidad basado en el modelaje de ecuaciones estructurales, con objeto de superar las limitaciones del alfa de Cronbach que subestima la confiabilidad de la escala, como por ejemplo en situaciones de violación de la premisa de *tau-equivalencia*⁽¹⁵⁾. La confiabilidad compuesta evalúa si los ítems muestran consistencia interna y, para esa medida, valores iguales o mayores que 0,7 son considerados satisfactorios. Se basa en las estimativas de cargas factoriales, variancia y co-variancia de errores de medida.

Fueron efectuados análisis univariados y bivariados para fines de verificación de asociación entre la variable de exposición y la variable de desenlace. Los análisis múltiples, a su vez, fueron efectuados mediante la regresión logística múltiple, buscando identificar la asociación ajustada por variables de confundimiento.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con los procedimientos recomendados por la Resolución 196/96, fue sometido y aprobado por el Comité de Ética de Investigación – CEP Fiocruz bajo nº 472/08 y de los hospitales participantes. Fue autorizado por la jefatura del servicio de enfermería de cada hospital, habiendo sido solicitada a los participantes la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) para participación y divulgación de los resultados, garantizando el anonimato de los sujetos. Los presentes análisis fueron sometidos al Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery/UFRJ, siendo aprobada bajo nº 191.240.

Resultados

Entre los enfermeros evaluados se observó predominancia del sexo femenino (84,7%). Al total, 44,6% tenían 35 años o menos (promedio de edad de 38 años, DE=9,4 años y variación de 23 a 67 años). La mayoría era casada, con renta *per capita* media de R\$ 2.101,41 (DE=R\$ 1.454,21) y 19,1% indicaba tener hijos con edad inferior a 6 años. La carga horaria semanal media de trabajo profesional fue 61 horas semanales (DE=21,7 horas), siendo la mínima 5 horas semanales

y la máxima 132 horas semanales; 46,5% indicaba carga horaria semanal de trabajo profesional mayor o igual a 61 horas. Acerca del 29,5% de los enfermeros mostraron alta sobrecarga doméstica.

Con relación al tiempo de trabajo nocturno en la Enfermería, en promedio, los participantes tenían 9 años (DE=7,8 años), siendo que 44,4% trabajaba desde hace menos de 5 años en el turno nocturno. Casi todos (97,6%) refirieron haber permisión para dormir durante el turno nocturno. Sin embargo, casi la mitad indicó no dormir (46,6%), 26,9% dormía de 2,1 a 3 horas (121 a 180 minutos) y 19,4% dormía hasta 2 horas. La duración media de las siestas durante el turno nocturno fue de 159 minutos, desvío estándar de 47,5 minutos y variación de 60 a 390 minutos.

Acerca del 30% de los participantes mostró medio/alto riesgo respecto al consumo de alcohol, un tercio relató quejas de insomnio y casi 70% indicó no practicar actividades físicas en las dos semanas antes de la recolección de datos, según la Tabla 1.

De acuerdo con el modelo originalmente propuesto, la escala unidimensional mostró cargas de los ítems en el factor variando de 0,578 a 0,924. Los indicadores de ajuste fueron: *Comparative fit index* (CFI)=0,959, *Tucker-Lewis index* (TLI)=0,931 y *Root mean square error of approximation* (RMSEA)=0,223. La confiabilidad compuesta (CC) fue igual a 0,90 y la variancia media extraída (VME) igual a 0,61. La evaluación de los índices de modificación mostró alta correlación entre los ítems 'b' y 'c' y entre los ítems 'e' y 'f'. Los valores del RMSEA fueron, respectivamente, 0,118 (0,108-0,128) y 0,064 (0,054-0,076) tras las especificaciones de las correlaciones entre los ítems 'b' y 'c', y 'e' y 'f', según la Tabla 2 a seguir.

Fue identificada asociación entre la siesta durante el turno nocturno y la recuperación después del trabajo. Frecuencias mayores (82,5%) de alta recuperación tras el trabajo fueron observadas entre aquellos que duermen de 2,1 a 3 horas durante el turno nocturno. El grupo que indicó dormir más que tres horas mostró frecuencia de recuperación inferior (78,6%) al grupo que indicó dormir de 2,1 a 3 horas.

En la Tabla 3 se presentan los análisis brutos y ajustados de la asociación entre la duración de la siesta durante el turno nocturno y la recuperación después del trabajo. Los análisis brutos mostraron posibilidades 44%, 127% y 66% mayores de alta recuperación tras el trabajo para aquellos que duermen hasta 2 horas, de 2,1 a 3 horas y 3,1 horas o más, respectivamente, comparados con aquellos

que no duermen. Después del ajuste por variables sociodemográficas (Modelo 2), comportamientos y problemas relacionados a la salud y trabajo doméstico (Modelo 3), la asociación sigue permanece significativa solamente para el grupo que duerme de 2,1 a 3 horas durante el turno nocturno (OR=1,79;

IC95%=1,33-2,41). Además, se observa un gradiente en las posibilidades entre quien duerme hasta 2 horas y de 2,1 a 3 horas. Sin embargo, no se observa un aumento en las posibilidades de recuperación para quien duerme 3,1 horas o más.

Tabla 1 - Caracterización de los enfermeros que participaron del Estudio de la Salud de los Enfermeros (n=1940). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

VARIABLES	n	%
Sexo		
Femenino	1644	84,7
Masculino	296	15,3
Edad		
De 23 a 35 años	853	44,6
De 36 a 45 años	642	33,5
De 46 a 67 años	419	21,9
Situación Conyugal		
Casado	1091	56,9
Separado, Divorciado y Viudo	343	17,9
Soltero	482	25,2
Renta per capita		
Hasta R\$ 1.394,83	561	32,7
De R\$ 1.400,90 a R\$ 2.324,50	614	35,9
De R\$ 2.324,83 a R\$ 7.440,00	537	31,4
Presencia de hijos menores de 6 años		
Sí	362	19,1
No	1537	80,9
Carga horaria semanal de trabajo profesional		
Hasta 30 horas	160	8,6
31 a 60 horas	838	44,9
61 horas o más	869	46,5
Sobrecarga doméstica		
Baja	1364	70,5
Alta	570	29,5

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

VARIABLES	n	%
Tiempo de trabajo nocturno en la Enfermería		
Menos de 1 año	174	9,2
1 a 5 años	666	35,2
6 a 10 años	449	23,6
11 a 20 años	416	22
21 años o más	189	10
Permision para dormir durante el turno nocturno		
Sí	1869	97,6
No	45	2,4
Durante el horario permitido para dormir		
Duerme	994	53,4
Solamente descansa (no logra dormir)	819	44
No duerme ni descansa	47	2,6
Tiempo de siesta		
No duerme	866	46,6
Duerme hasta 2 horas (120 minutos)	353	19,4
Duerme de 2,1 a 3 horas (126 a 180 minutos)	497	26,9
Duerme 3,1 horas o más (186 minutos o más)	131	7,1
Consumo de alcohol		
No bebe	722	38
Bajo riesgo	549	28,8
Medio riesgo	547	28,7
Alto riesgo	85	4,5
Quejas de insomnio		
Sí	639	33,2
No	1284	66,8
Práctica de actividad física en las últimas 2 semanas		
Sí	584	30,3
No	1344	69,7

Tabla 2 - Análisis factorial confirmatorio de la versión resumida de la escala de necesidad de recuperación tras el trabajo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

VARIABLES	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness
a- Considero difícil relajar al final de un día de trabajo	0,578	0,666	0,626	0,608	0,634	0,598
b- Al final del día de trabajo me siento realmente acabado	0,92	0,153	0,713	0,491	0,736	0,459
c- Debido a mi trabajo al final del día me siento muy cansado	0,924	0,146	0,713	0,492	0,735	0,460
d- Considero difícil fijarme o concentrarme durante mi tiempo ocioso después de un día de trabajo	0,756	0,429	0,820	0,327	0,847	0,283
e- Considero difícil interesarme por otras personas tan pronto que llego del trabajo	0,763	0,418	0,812	0,341	0,748	0,441

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variables	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness
f- Cuando llego en casa tras el trabajo necesito ser dejado en paz durante un tiempo	0,686	0,53	0,731	0,466	0,653	0,573
Correlación entre ítems						
b ßà c			0,770		0,754	
e ßà f			-----		0,363	
Índices de Ajuste						
<i>Comparative fit index</i> (CFI)		0,959		0,990		0,997
<i>Tucker-Lewis index</i> (TLI)		0,931		0,981		0,994
<i>Root mean square error of approximation</i> (RMSEA)		0,223 (0,213; 0,233)		0,118 (0,108; 0,128)		0,064 (0,054; 0,076)
Medidas de Validez Convergente						
Confiabilidad compuesta (CC)		0,90		0,88		0,92
Variancia media extraída		0,61		0,55		0,66

Tabla 3 – Asociación bruta y ajustada entre la duración de la siesta durante el turno nocturno y la recuperación tras el trabajo de los enfermeros que participaron del Estudio de la Salud de los Enfermeros (n=1940). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

Tiempo de siesta	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR bruta	OR ajustada*	OR ajustada†
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
No duerme	1	1	1
Duerme hasta 2 horas	1,44 (1,07-1,93)	1,42 (1,05-1,90)	1,33 (0,98-1,81)
Duerme de 2,1 a 3 horas	2,27 (1,71-3,00)	2,20 (1,65-2,93)	1,79 (1,33-2,41)
Duerme más que 3,1 horas	1,66 (1,06-2,60)	1,91 (1,21-3,02)	1,50 (0,94-2,40)

*Ajustada por sexo, edad, situación conyugal y renta *per capita*.

†También ajustada por consumo de alcohol, quejas de insomnio, actividad física y sobrecarga doméstica.

Discusión

En este estudio, la siesta durante el turno nocturno por un período de 2,1 a 3 horas estuvo asociado a la mayor recuperación tras el trabajo. Las otras clasificaciones de tiempo de siesta no siguieron asociadas tras el ajuste por variables de confundimiento. Resultados semejantes fueron identificados en estudio llevado a cabo con profesionales de enfermería del sexo femenino, pero solamente entre aquellas sometidas a la corta duración de trabajo doméstico⁽¹²⁻¹³⁾.

Los resultados del presente estudio sugieren un posible efecto benéfico de la siesta nocturna por 2 a 3 horas en términos de la recuperación tras el trabajo. Se debe considerar, sin embargo, los aspectos relacionados a la inercia del sueño, sensación de letargia y reducción transitoria del desempeño cognitivo y motor que puede ocurrir al despertar en función del tiempo previo de vigilia, del momento de la siesta y de su duración^(8,16). De hecho, este aspecto merece mayor elaboración,

ya que puede representar un factor limitante de la implementación de esta práctica en el contexto de los cuidados en salud.

En la presente investigación, el tiempo menor que dos horas parece insuficiente para garantizar la recuperación tras el trabajo, posiblemente debido a la alta carga de trabajo a que esos trabajadores están sometidos. Nuestros resultados indicaron una carga semanal media de 61 horas. La carga extensiva de trabajo en el contexto de los trabajadores de enfermería brasileños ha sido demostrada^(13,17), y es mucho más elevada que aquellas observadas entre enfermeros de diversos países europeos⁽¹⁸⁾. Cargas elevadas pueden afectar tanto a la salud de los trabajadores como a la calidad de la atención prestada⁽¹⁹⁾.

No sólo la ocurrencia de la siesta influye en la recuperación después del trabajo, pero también su duración⁽¹³⁾. La duración media de las siestas durante el turno nocturno fue alrededor de 2 horas y media (159 minutos), o sea, más elevada que aquella identificada en

otros estudios^(6,11-12) que identificaron promedios de 120, 138, 141 y 150 minutos, respectivamente. Es posible que la alta carga horaria semanal identificada entre los trabajadores acá estudiados explique parcialmente el mayor tiempo de siesta. Ante la posibilidad de hacer siesta durante el turno nocturno, los profesionales de enfermería se organizan en función de la demanda de trabajo y de la preferencia de cada uno^(12,20). Los horarios de siesta son generalmente organizados por los propios trabajadores, siendo divididos en dos períodos, el primero horario de 00:00h a las 03:00h y el segundo de las 03:00h a las 06:00h^(6,12,20).

Entre los trabajadores que indicaron dormir más de 3 horas, no fueron observadas posibilidades superiores de recuperación cuando comparados a aquellos que no dormían. La gran variabilidad en la duración de las siestas observada en el grupo que dormía por más de 3 horas puede explicar parcialmente estos resultados. Además, este grupo muestra características diferenciadas cuando comparados a los otros grupos. Aunque estrictamente no se trate de una siesta durante el turno nocturno (el tiempo ultrapasa la definición de lo que sea considerado siesta), se decidió mantenerlo en los análisis y evaluarlo en el contexto del estudio, ya que un número considerable de enfermeros mencionó esta condición.

A pesar de que la siesta durante el turno nocturno no sea reglamentada en Brasil, la gran mayoría de los participantes tenían acuerdos tácitos con las respectivas jefaturas, que les permitían hacer siesta/dormir durante el turno nocturno, considerándose esta una práctica común en hospitales públicos brasileños^(6,11-12,20). Se debe subrayar que, a pesar de la permisión para dormir, el 46,6% de los trabajadores mencionó no dormir. Es posible que este hallazgo esté parcialmente relacionado al hecho de que muchos hospitales no disponen de locales adecuados para la siesta nocturna, como mostrado en estudio cualitativo sobre la percepción de los trabajadores de enfermería acerca de las condiciones para dormir o descansar durante el período nocturno. Los autores mostraron que la falta de reglamentación de la siesta fue uno de los cuestionamientos hechos por los trabajadores, que alegaron que, aunque siendo benéfico del punto de vista físico y mental, por no ser formalizado, existían restricciones respecto a la ocurrencia de las siestas⁽²⁰⁾.

La evaluación de la dimensionalidad de la escala indicó la necesidad de re-evaluación de algunos ítems, ya que ajustes adecuados del modelo unidimensional fueron observados solamente cuando se incluyó la correlación entre dos pares de ítems. Es posible que

las preguntas no posean capacidad de discriminación semántica suficiente para captar diferentes aspectos relacionados a la necesidad de recuperación. Pocos estudios evaluaron las propiedades psicométricas de la escala^(1,14) y ningún estudio identificado evaluó la validez dimensional de la escala, de manera a permitir la comparación de los resultados mostrados. Se sugiere que otras evaluaciones que confirmen estos resultados sean elaboradas en otros estudios.

Conclusión

La asociación entre el tiempo de 2,1 a 3 horas de siesta y la alta recuperación tras el trabajo fue confirmada en nuestros resultados. La siesta durante el turno nocturno aumenta la posibilidad de recuperación tras el trabajo. Ante el carácter inevitable de los turnos nocturnos en hospitales, este estudio señala la relevancia de la siesta como estrategia para lidiar con las dificultades inherentes al trabajo nocturno. En este sentido, la principal contribución del estudio a la enfermería se refiere a la gestión del trabajo hospitalario respecto a la salud del trabajador y a la calidad de la atención. El conocimiento de esa realidad contribuirá a la proposición e implantación de estrategias gerenciales que promuevan la revisión de los procesos asistenciales y la reformulación de la política de recursos humanos, que consideren un número adecuado de profesionales de enfermería para evitar perjuicio a los pacientes. Por lo tanto, se espera que esta investigación apoye la planificación de una atención adecuada, además de ayudar otros estudios que buscan subsidiar políticas más adecuadas dirigidas a la mejora de las condiciones de trabajo, de vida y salud de los trabajadores, no sólo de la enfermería, pero trabajadores nocturnos en general.

Referencias

1. van Veldhoven M, Broersen S. Measurement quality and validity of the "need for recovery scale". *Occup Environ Med.* 2003;60(Suppl1):3-9.
2. Sluiter JK, Beek AJ, Frings-Dressen MHV. The influence of work characteristics on the need for recovery and experienced health: a study on coach drivers. *Ergonomics.* 1999;42(4):573-83.
3. Jansen NWH, Kant IJ, van den Brandt PA. Need for recovery in the working population: description and associations with fatigue and psychological distress. *Int J Behav Med.* 2002;9(4):322-40.

4. Zverev YP, Misiri HE. Perceived effects of rotating shift work on nurses sleep quality and duration. *Malawi Med J.* 2009;21(1):19-21.
5. Jansen N, Kant I, van Amelsvoort L, Nijhuis F, van den Brandt P. Need for recovery from work: evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. *Ergonomics.* 2003;46(7):664-80.
6. Borges FNS, Fischer FM, Rotenberg L, Soares NS, Fonseca MB, Smolensky MH, et al. Effects of naps at work on the sleepiness of 12-hour night shift nursing personnel. *Sleep Sci.* 2009;2(1):24-9.
7. Rocha MCP, De Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista Esc Enferm USP.* 2010;44(2):280-6.
8. Fallis WM, McMillan DE, Edwards MP. Napping during night shift: practices, preferences and perceptions of critical care and emergency department nurses. *Crit Care Nurse.* 2011;31(2):1-11.
9. Dinges D, Orne MT, Whitehouse WG, Orne EC. Temporal placement of a nap for alertness: Contributions of circadian phase and prior wakefulness. *Sleep.* 1987;10(4):313-29.
10. Ruggiero JS, Redeker NS. Effects of napping on sleepiness and sleep-related performance deficits in night-shift workers: a systematic review. *Biol Res Nurs.* 2014;16(2):134-42.
11. Ribeiro-Silva F, Rotenberg L, Soares RE, Pessanha J, Ferreira FL, Oliveira P, et al. Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses. *Chronobiol Int.* 2006;23(6):1389-99.
12. Silva-Costa A, Fischer FM, Griep RH, Rotenberg L. Relationship between napping during night shift and household obligations of female nursing personnel. *Int J of Gen Med.* 2013;6:227-31.
13. Silva-Costa A, Rotenberg L, Griep RH, Fischer FM. Relationship between sleeping on the night shift and recovery from work among nursing workers – the influence of domestic work. *J Adv Nurs.* 2011;67(5):365-8.
14. Moriguchi CS, Alem MER, van Veldhoven M, Coury HJCG. Cultural adaptation and psychometric properties of Brazilian Need for Recovery Scale. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):131-9.
15. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research.* New York: The Guilford Press; 2006.
16. Ferrara M, De Gennaro L. The sleep inertia phenomenon during the sleep-wake transition: theoretical and operational issues. *Aviat Space Environ Med.* 2000;71(8):843-8.
17. Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(6):1117-26.
18. Tackenberg P, Hasselhorn HM, Buscher A. *Nursing in Europe In: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe.* 7th ed. Europe: NEXT-Study; 2003;19-27.
19. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' Work Schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nur Res.* 2011;60(1):18-9.
20. Silva-Costa A, Araújo MM, Nagai R, Fischer FM. Environmental and organizational conditions for napping during night work: a qualitative study among nursing professionals. *Sleep Sci.* 2010;3(1):11-5.

Recibido: 22.5.2014

Aceptado: 27.10.2014