

¿Cambian los hábitos de vida en las enfermeras que se incorporan por primera vez al trabajo en la Comunidad de Madrid?

Do the habits of the nurses change when they start working after graduation?

Gloria Esther Valdés Rico. Enfermera en el Servicio de Neonatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Correspondencia:

Gloria Esther Valdés Rico
C/ Venezuela, 3 4B
28945 Fuenlabrada (Madrid)
gloriaevr@hotmail.com

RESUMEN

En los profesionales de enfermería que comienzan a trabajar por primera vez se dan dos circunstancias que provocan estrés: entorno laboral desconocido y la percepción de incapacidad para afrontar la práctica clínica. Todo ello puede influir en la modificación de sus hábitos de vida, por lo que planteamos una exploración de dicho problema en relación con el consumo de tabaco y el sueño.

Objetivo: Determinar los cambios de hábitos de vida con respecto a las variables tabaco y sueño en aquellas enfermeras que se incorporan por primera vez al trabajo.

Metodología: Estudio observacional analítico de una cohorte de estudiantes de 3er curso de enfermería que terminan su carrera universitaria en Junio de 2006 y ejercen como enfermeras en la Comunidad de Madrid durante al menos dos meses en el período de tiempo comprendido entre el 1 de julio de 2006 y el 30 de septiembre de 2006. **Variables:** Sociodemográficas, ámbito laboral, tiempo trabajado, turnicidad y carga laboral, consumo de tabaco y hábitos de sueño. **Recogida de datos:** Cuestionarios administrados a los alumnos seleccionados de 3er curso de las Escuelas Universitarias de Enfermería elegidas y los mismos sujetos tras su incorporación al mercado laboral. **Análisis de los datos:** Descripción de las características de la muestra y comparación de medias en relación con el consumo de tabaco y las horas de sueño antes y después de la incorporación al mercado laboral.

Palabras clave: Tabaco, sueño, estrés, trabajo, hábitos de vida y enfermería.

ABSTRACT

Nursing professionals who start working after graduation have to face two stressing issues: An unknown work environment and a feeling of incapacity to front the clinical duties. These issues can modify life habits in this population.

Objective: To determine the changes in tobacco and sleep habits in nurses who start working after graduation.

Methodology: Prospective study of a cohort of nursing students who get graduated on June 2006 and work at least 2 months in the Comunidad de Madrid between July 1st and September 30th 2006. **Variables:** Sociodemographics, work environment, period of work, usual shift and work load, consumption of cigarettes and sleep habits. Eligible students will be interviewed prior and after working start. Descriptive statistics of the sample characteristics and a mean comparison regarding cigarettes consume and sleeping time prior and after working start will be performed.

Key words: Tobacco, sleep habits, stress, work, life habits and nursing.

INTRODUCCIÓN

El **estrés** es todo aquello que supone una presión tanto física como psicológica. En 1939, Hans Selye utiliza el término estrés, con la connotación que en la actualidad tiene, refiriéndose a las manifestaciones fisiológicas con las que el organismo busca una adaptación cuando se enfrenta a cualquier agresión externa. La reacción de estrés se desarrolla en tres fases [1]:

- Fase de choque: tiene lugar una serie de respuestas directas e internas del organismo que se producen como defensa al estímulo estresante.

- Fase de defensa o compensación: es un periodo de adaptación al nuevo esquema y favorece la recuperación del equilibrio. Puede ocurrir que esta adaptación sea suficiente como para superar la situación o, por el contrario, se pase a la tercera fase.
- Fase de agotamiento o descompensación: en esta fase, al fracasar las defensas, aparecen los trastornos, por ello se la reconoce como fase de estrés.

Lazarus y Folkman (1986) han desarrollado en sus estudios el estrés, no desde el punto de vista orgánico, sino basado en un modelo psicológico. Estos autores consideran el estrés psicológico como una relación transaccional entre la persona y el entorno que es evaluado por ésta como amenazante o desbordante para sus recursos, y que pone en peligro su bienestar provocando alteraciones fisiológicas, psicológicas y de la conducta. Los acontecimientos del entorno y la capacidad de provocar estrés son considerados como importantes pero mucho más lo es la capacidad de resistencia psicológica o afrontamiento del sujeto para adaptarse y responder a él, reduciendo sus efectos nocivos y perjudiciales [2,3].

Uno de los desencadenantes del estrés laboral son las exigencias del puesto: turnos, nocturnidad, sobrecarga de trabajo y exposición a riesgos [4, 5, 6].

Según diversos estudios sobre profesionales sanitarios, los de enfermería merecen una especial protección frente al estrés debido a la cantidad de estresores que deben afrontar [2, 5, 6, 7]:

- Factores intrínsecos relacionados con el individuo y su entorno más próximo.
- Factores extrínsecos relacionados con el ambiente hospitalario. [2, 8]

Los problemas que conlleva esto son la pérdida de la confianza de uno mismo, de autoestima, sentimiento de incompetencia laboral, fracaso, somatizaciones múltiples (cefaleas, fatiga) y reducción de la toma de decisiones aceptadas [2, 4, 5, 6, 9].

Otros planteamientos consideran como una estrategia negativa de afrontamiento cambios de hábitos tales como aumento de la ingesta y consumo de tabaco, café, alcohol o drogas. [2, 5]

Según los resultados de un estudio comparativo sobre síndrome de *burnout* en Atención Primaria y Atención Especializada en el año 2000 en varias provincias españolas, el nivel del mismo es superior en Atención Especializada, no estando relacionado con las variables sexo, edad y estado civil [10].

El **tabaco** no fue reconocido como droga por la OMS hasta 1974. Asimismo, la American Psychiatric Association lo reconoció oficialmente como tal en 1980 [1].

El consumo de tabaco, por sus repercusiones sanitarias, económicas y sociales, representa un serio problema para la salud pública. Los efectos de la nicotina producen un aumento de la atención, facilita la memoria y disminuye la irritabilidad, provoca un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, una mayor contractilidad, vasoconstricción periférica, un aumento de la glucosa, el cortisol, la vasopresina y los ácidos grasos libres en el plasma, disminuye el apetito y aumenta las secreciones pulmonares.

En los últimos 50 años se ha acumulado una enorme cantidad de evidencias sobre la asociación del consumo de tabaco con un exceso de riesgo de mortalidad por numerosas causas, entre las que se encuentran varios tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y procesos respiratorios crónicos, todos ellos de elevada prevalencia en España [11, 12].

Además, se sabe que la actitud de los profesionales de la salud hacia el tabaquismo es muy importante para combatirlo por la capacidad de éstos de servir como ejemplo a la población y por las actividades preventivas que pueden desarrollar [13].

En los últimos años ha aumentado considerablemente el consumo de cigarrillos por habitante y año en España. Al principio fumaban en mayor porcentaje los hombres que las mujeres, situación que sufrió un cambio progresivo a expensas de la alta prevalencia actual de fumadoras entre las mujeres más jóvenes [1]. La prevalencia del hábito tabáquico no sólo es elevada en la población general, sino que es de destacar especialmente el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios [14]. En 1987, la prevalencia del hábito tabáquico en los profesionales de salud era del 49,2%, mientras que en la población general se situaba en el 38%. Estudios más recientes realizados en Cataluña, Madrid, Guadalajara, Guipúzcoa, Tenerife, Córdoba y Santander, en los que se evaluó la prevalencia del tabaquismo entre el personal sanitario, pusieron de manifiesto que la misma oscilaba entre el 38% y el 42,3%. Se observa que la prevalencia es mayor en el personal de enfermería que en el personal médico o auxiliar de enfermería, y más en las mujeres que en los hombres (sobre todo en las edades comprendidas entre los 24 y 35 años). En función del ámbito laboral, se ha observado que el consumo de tabaco es más elevado en la profesión de enfermería respecto a la médica tanto en atención primaria como en atención especializada, y sobre todo entre las enfermeras más jóvenes (lo que es muy preocupante). Asimismo, son las profesionales de Atención Primaria las que más consideran la importancia de la influencia que tiene sobre los pacientes el hecho de que los profesionales fumen. [13, 15].

Según los datos de tabaco de la Generalitat de Cataluña en un estudio realizado en 1993, el turno de noche es el que más tabaco consume, habiendo un mayor número de mujeres fumadoras que, además, consumen más tabaco que los varones. [16].

El papel modélico de los profesionales sanitarios en relación con el consumo de tabaco está dificultado en España por la elevada tasa de tabaquismo entre las mujeres que, además, constituyen un sector mayoritario y creciente entre los profesionales de la salud, debido a la incorporación masiva de mujeres a la profesión médica y a la mayoría femenina en el ámbito de la enfermería (en 1998 un 83% de los

colegiados de enfermería eran mujeres). Además, el cumplimiento de la legislación sobre tabaco en los centros sanitarios parece muy bajo [13].

En la misma línea de lo ya expuesto, un estudio realizado en la Comunidad de Madrid (CM) en 1999 nos muestra que el 43% del total de las médicas y las enfermeras eran fumadoras, siendo el tabaquismo mayor entre las enfermeras (48%), y entre quienes trabajan en atención especializada (47%). En las médicas era menor el tabaquismo en las edades entre 20 y 30 años (22,88%) y, en las enfermeras, este grupo de edad era el que tenía un mayor porcentaje de fumadoras (52,38%). Eran ex-fumadoras el 18,3% del total de las encuestadas, y el 65% de las que fumaban señalaron que habían intentado dejarlo. La valoración positiva de los motivos para dejar de fumar en el total de las mujeres encuestadas era [17]:

- Proteger su salud: 1202 (97%)
- Aparición de síntomas: 1077 (87%)
- Presión de compañeros/as: 590 (48%)
- No molestar: 1038 (84%)
- Dar un buen ejemplo: 760 (61%)

En otro estudio realizado en el año 2000, en el que el 32% de los médicos y el 46% de las enfermeras fumaban en el momento de la encuesta, la respuesta a la pregunta "si un fumador recibe más beneficios que daños cuando deja de fumar" fue positiva en el 100% de los médicos fumadores y en el 88% de las enfermeras fumadoras. Sólo el 72% de los que dicen controlar su hábito están dispuestos a abandonarlo. En ambos grupos se evidenció una percepción distorsionada del riesgo de fumar.

Al comparar con estudios locales, como los realizados por el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología y la Facultad de Salud Pública en 1990, se observaron resultados similares. La literatura internacional revisada aportó información semejante. La proporción de trabajadores que deseaban dejar de fumar, como en otros estudios revisados, ubica a este grupo en una posición favorable para la intervención y el cambio. [18]

En el sector de la sanidad, la mayor parte de los empleados realiza de una u otra forma **trabajo por turnos**, lo que necesariamente afecta a sus hábitos de sueño.

Un estudio publicado en 1980 concluía que el trabajo nocturno y por turnos afectaba a la salud de los trabajadores sanitarios. En él se citaban los siguientes trastornos: cefaleas, dorsalgias, dolencias gástricas, náuseas, dolores en las piernas, pérdida de apetito, insomnio, sueño agitado, astenias y fatiga general [19,20,21]. Si bien se precisan más estudios de alta calidad científica para sostener la afirmación de que determinados trastornos importantes pueden deberse al trabajo por turnos, la privación del sueño nos causa irritabilidad, nerviosismo, etc. Los turnos rotatorios, en los que la enfermera debe dormir a veces de día y a veces de noche, provocan alteraciones en el ritmo circadiano, lo que provoca fatiga psicológica y crónica, dando lugar a un agotamiento permanente que desemboca en un síndrome psicósomático [22]. La necesidad de encontrar personal durante las vacaciones fuerza a pruebas de configuración en los horarios durante el resto del año. La incompetencia en planificación de turnos origina malos resultados [23].

Parece razonable pensar que los profesionales de enfermería que se incorporan al mercado laboral están particularmente expuestos a estresores tales como el enfrentamiento a un nuevo entorno y la sensación de incapacidad para el correcto afrontamiento de la práctica clínica. Estas circunstancias pueden afectar a los hábitos de vida y, por tanto, nuestra propuesta aquí es estudiar estas posibles modificaciones en relación con las variables tabaco y sueño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez I, Pastor B. Hábitos nocivos: alcoholismo, tabaquismo, Toxicomanías y estrés. *Enfermería integral* 1998; 42: XLIV- XLIX.
2. López Rodrigo M. Estrés de los profesionales de enfermería: ¿Sobre qué o quién repercute? *Revista Rol de Enfermería* 1995; 201: 65-68.
3. Fornés Vives J, Poncell Vicens E, Guaso Sitjar E. Ansiedad-Estrés en enfermería. *Revista Rol de enfermería* 2001; 24 (1): 51-56.
4. Santolalla Arrendó I, Angulo Nalda B. El estrés laboral. *Metas de enfermería* 2001; 34: 42-45.
5. Pla Femenía O, Hernández Jiménez A, Orquín Alexandre J, Sanz de Galdeano Armero F.J. La enfermería y el estrés laboral: amistades peligrosas. *Enfermería integral* 1999; 48: XV- XVIII.
6. Fornés Vives J. Respuesta emocional al estrés laboral. *Rol de Enfermería* 1994; 186: 31-39.
7. Córdoba Bacteria V. Estrés y embarazo. *Mundo Salud*, 4 de Enero de 1996.
8. Cuevas Muñoz P, O´Ferrall González FC, Gavira Fernández C, Crespo Benítez J. Estrés, apoyo social y salud mental en enfermos de un hospital general: resultados de una investigación. *Enfermería científica* 1999; 202-203: 74-76.
9. García Vázquez D, Sánchez Fernández MD, Fernández Verela MM, González García A, Conde Fernández JM. Identificación de estresantes por enfermeras de Atención Especializada. *Enfermería clínica* 2001; 11 (2): 65-71.
10. Artiga Ruiz A. La enfermería ante el síndrome de Burnout: estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Enfermería científica* 2000; 220-221.
11. Robledo de Dios T, Saiz Martínez- Acitores I, Gil López E. Los profesionales sanitarios y el tabaquismo. *Trastornos adictivos* 1999; 1 (2): 117-123.

12. Heras Tébar A. Tabaquismo en enfermería: una revisión epidemiológica. Rol de Enfermería 1997; 232:57-60.
13. Gorbea Ramírez S. Temas de hoy: Diferencias en las actitudes respecto al tabaquismo de más médicas y enfermeras de Atención Primaria y Especializada de la Comunidad de Madrid 2000; 75: 428-432.
14. Arévalo Alonso JM, Baquedano Arriazu FJ. Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital. Revista Española de Salud Pública 1997; 71: 451-462.
15. Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Edición Glosa; 1998.
16. Sancho Herrero N, Zarza Carrejo E. Los sanitarios: ¿viciosos? ¿suicidas? Rol de Enfermería 1983; 57: 16-18.
17. Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Revista Española de Salud Pública 1999, 73 (3): 355-364, 21 REF
18. Varona Pérez P, Fernández Larrea N, Bonet Gorbea M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la salud. Rev Cubana Medicina General Integral 2000; 16 (3).
19. CH N. Trabajar de noche causa trastornos de salud, según un estudio de C.C.O.O. El País, 23 de Agosto de 2001.
20. Crespo Gavira, JM. Seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos y de salud. CEPIS/ OPS 1999; 48 (5).
21. Los trabajadores nocturnos enferman y se divorcian el triple que los de turno de día. El País, 22 Agosto 2001.
22. Cervera Ral P. La alimentación del profesional de enfermería. Revista Rol de Enfermería 1985; 83: 51-55.
23. Castellón F, Ferrer D, Castellón A. Planificación de turnos. Revista Rol de Enfermería 1983; 55: 11-15.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es evaluar cómo cambian los hábitos de vida en las enfermeras que se incorporan por primera vez al trabajo en la CM, y habiendo trabajado entre dos y tres meses desde dicha incorporación.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar si existen cambios significativos en el consumo de tabaco en las enfermeras que se incorporan al mundo laboral.
2. Determinar si existen cambios significativos respecto a las horas de sueño en las enfermeras que se incorporan al mundo laboral.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación: Estudio observacional analítico de una cohorte de estudiantes de 3er curso de enfermería incorporados recientemente al mercado laboral.

Periodo de estudio: Octubre 2005 a Octubre de 2007.

Ámbito de estudio: Escuelas de Enfermería y centros de Atención Primaria y Especializada de la CM

Sujetos de estudio: Profesionales de enfermería que hayan terminado su carrera universitaria en Junio de 2006 y que hayan ejercido como enfermeras durante al menos dos meses de su vida laboral en la CM. Se excluirán del estudio a aquellos estudiantes de enfermería en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Tamaño muestral: Para realizar este estudio recurriremos a las escuelas públicas de Enfermería de la CM que tengan matriculados al menos 60 alumnos en tercer curso. Se ofrecerá a todos ellos (excepto los que cumplan el criterio de exclusión) la posibilidad de participar en el estudio. Teniendo en cuenta el grado de participación y las posibles pérdidas de seguimiento así como el número de sujetos excluidos del análisis por no haber completado 2 meses de trabajo en la CM, contamos con reunir un tamaño muestral a efectos de análisis superior a 100 sujetos.

Variables:

- *Variables independientes:*

* **Fecha de realización del cuestionario**

* **Datos de filiación:** Nombre y apellidos, teléfono de contacto y/o correo electrónico.

* **Fecha de nacimiento**

* **Sexo**

* **Ámbito laboral:** La clasificación realizada teniendo en cuenta el servicio en el que trabaja la mayor parte del tiempo es la siguiente:

- Atención Primaria (SI/NO)
- Atención Especializada (SI/NO)
 - Planta: En este apartado haremos otra clasificación entre plantas médicas y quirúrgicas.
 - Servicios Especiales: Aquí diferenciamos entre UVI, quirófano y urgencias.
 - Servicios Centrales: Laboratorio, rayos, consultas, etc.
 - Corredores de turnos: Son aquellos profesionales que trabajan en distintos sitios cada poco tiempo.
- Servicios de urgencias (SI/NO)

- Otros
- * **Tiempo trabajado** (En meses)
- * **Turnicidad laboral**
 - Turno fijo (SI/NO),
 - Turno rotatorio (mañana o tarde)
 - Incluyendo la noche (SI/NO)
 - Otro tipo de rotación (campo libre).
- * **Horas de trabajo/estudio en la semana previa a la recogida de datos.**
- * **Situación laboral en el momento de la recogida de datos:**
 - Activo
 - Desempleado
 - Otra (Describir)
- * **En el caso de desempleados, fecha de finalización del contrato**

- Variables dependientes:

- * **Tabaco:** Entendemos por fumador a la persona que fuma habitualmente (cada día), en cualquier grado, durante por lo menos seis meses o más. Clasificaremos a los sujetos en relación con su hábito tabáquico de acuerdo a las 4 categorías establecidas por la OMS:
 - Fumador diario
 - Fumador ocasional
 - Ex fumador
 - No fumador

Adicionalmente, vamos a considerar el tipo y el número de cigarrillos que fuma la persona al día en el caso de ser fumador ó en otro período de tiempo en el caso de ser fumador ocasional (Campo libre). En caso de ex-fumadores, recogeremos el tiempo (meses) desde el abandono del hábito tabáquico. Por último, anotaremos el número de cigarrillos que ha fumado en las 48 horas previas a la recogida de datos.

- * **Sueño:** Recogeremos el número de horas que de media durmió el sujeto al día durante la última semana previa y el día anterior a la recogida de datos y la calidad del sueño (dificultad o no para conciliar el sueño). También recogeremos si ha existido consumo de hipnóticos.

Recogida de datos:

En los últimos meses de 2005 se presentará el estudio a los responsables de las Escuelas de Enfermería elegidas. La recogida de datos incluye 2 etapas:

- Primera etapa (Pre-laboral)
En Marzo de 2006 se presentará el estudio a los estudiantes de 3er curso de las Escuelas de Enfermería contactadas y se administrarán los cuestionarios (Anexo I) a los alumnos seleccionados que estén interesados en participar en este proyecto de investigación. Se ha elegido este mes debido a que es un momento del calendario escolar en el que los estudiantes no están sometidos a un estrés sobreañadido que pudiera condicionar la infravaloración del efecto estresante vinculado a la incorporación al mercado laboral.
- Segunda etapa (laboral)
En Octubre de 2006 nos pondremos de nuevo en contacto con los sujetos incluidos en el estudio mediante llamadas telefónicas y/o correo electrónico para volver a realizar la recogida de datos (Anexo II). El cuestionario será remitido por correo postal ó electrónico, acompañado de una carta del investigador recordando la finalidad del estudio y agradeciendo la colaboración en el mismo.

Análisis de datos: De cara al análisis de la información serán excluidos todos los sujetos que no hayan completado 2 meses de trabajo en el período Julio-Octubre de 2005 en la CM, así como aquellos participantes que no hayamos podido localizar después de haber realizado tres intentos a distintas horas del día durante cinco días. Se procederá al análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central acompañadas de su intervalo de confianza (IC) para un error alfa de 0,05 (edad, tiempo trabajado, horas de trabajo/estudio en la semana previa a la recogida de datos, consumo de cigarrillos y horas de sueño). Igualmente se calculará la proporción y su IC para las variables cualitativas (sexo, ámbito laboral, turnicidad, situación laboral, distribución de las horas de sueño y calidad de las mismas). Este análisis se hará tanto para las variables recogidas en la primera como en la segunda etapa de recogida de datos.

Adicionalmente se procederá a la comparación de parámetros pre y post-incorporación al mercado laboral mediante la comparación de medias en el caso de medidas cuantitativas y el test de la chi cuadrado para las variables cualitativas. Concretamente se comparará el consumo de tabaco, las horas de sueño y la calidad del mismo. Asimismo se procederá a este análisis en subgrupos de sujetos en un intento de identificar situaciones de especial riesgo para la modificación vinculada a la incorporación laboral de los hábitos de consumo tabáquico y de sueño (según sexo, ámbito laboral, turnicidad, situación laboral, tiempo trabajado etc). Si procede, se hará un análisis multivariante para identificar las variables más significativas que influyen en los cambios de los citados hábitos de vida. Finalmente se explorará el porcentaje de sujetos excluidos del análisis.

PLAN DE TRABAJO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

Investigador principal (IP)	Presentación y gestión del permiso de los centros educativos candidatos a participar en el estudio	Octubre Noviembre Diciembre	2005
IP/Becario	Pilotaje del cuestionario en un grupo de alumnos de 2º curso y elaboración de la versión definitiva de los cuestionarios	Enero Febrero	
Becario	Distribución de formularios a los alumnos de 3º curso seleccionados de las Escuelas de Enfermería elegidas	Marzo	2006
Becario	Elaboración de una base de datos y tabulación de los datos	Abril Mayo Junio	
IP	Análisis parcial de los resultados	Julio Agosto	
Becario	Distribución de los cuestionarios para la recogida de los datos de la segunda etapa	Septiembre	
Becario	Recepción de los cuestionarios y reclamo de los no retornados	Octubre Noviembre	
Becario	Tabulación de los datos procedentes de la 2ª etapa	Diciembre	
IP	Análisis final y redacción del informe	Enero Febrero Marzo Abril Mayo	
IP		Junio	
IP		Julio	
IP		Agosto	
IP	Divulgación de los resultados de investigación	Septiembre Octubre	2007

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debemos tener en cuenta un posible sesgo de selección relacionado con el hecho de que los participantes del programa difieren de los no participantes en características que el evaluador no puede observar y que afectan la decisión de participar en el programa y los resultados (la capacidad o la motivación, por ejemplo).

Como consecuencia de la duración del estudio, podría haber pérdida de sujetos. Durante el estudio, podrían tener lugar cambios de domicilio y de número de teléfono, cambios en el lugar de trabajo (fuera de la CM), etc.

Finalmente, las condiciones laborales concretas en el momento de la recogida de datos (desempleo, vacaciones etc) podrían artefactar los resultados de la investigación

PRESUPUESTO SOLICITADO

Para llevar a cabo este proyecto es necesaria la colaboración de un becario junto con el investigador principal para que lleve a cabo la distribución de los formularios, la elaboración de una base de datos y la tabulación de los mismos principalmente.

Evidentemente, es imprescindible contar con un ordenador debidamente equipado con un programa de análisis estadístico (junto al material de oficina) ya que se elaborará una base de datos con la información recogida de los cuestionarios para su posterior análisis.

Primera anualidad

Personal: (721,21 euros/mes x6 meses)

1 becario 4327,26

Inventariable:

Ordenador portátil + Software ofimático y de análisis estadístico 3005,06

Fungible:

Material de oficina 800

Subtotal 8132,32

Segunda anualidad

Personal: (721,21 euros/mes x6 meses)

1 becario 4327,26

Fungible:

Material de oficina 800

Logística:

1000

Viajes y dietas:

3000

Subtotal 9127,26

TOTAL 17259,58

ANEXO I

RECOGIDA DE DATOS SOBRE EL ESTILO DE VIDA: Primera etapa

DATOS GENERALES

- Fecha de realización del cuestionario:
- Nombre y apellidos:
- Sexo
 - Masculino
 - Femenino
- Fecha de nacimiento:
- Teléfono:
- Dirección de correo electrónico:

TRABAJO

- Durante la última semana, en promedio, ¿cuántas horas dedicó al estudio (incluidas las horas de clase o de prácticas de enfermería)?
 - Menos de 40 horas
 - 40-50 horas
 - Más de 50 horas

SUEÑO

- Durante la última semana, en promedio, ¿Cuántas horas durmió al día?
 - Menos de 8 horas
 - 8 horas o más de sueño
- ¿Cuántas horas durmió ayer?
 - _____ horas
- Según la siguiente escala, valore la calidad de su sueño
 - Muy mala
 - Mala
 - Moderada
 - Buena
 - Muy buena
- ¿Consume habitualmente hipnóticos para conciliar el sueño?
 - SI
 - NO

TABACO

- Dependiendo del número de cigarrillos que fuma al día, usted se considera:
 - Fumador diario (aunque sólo sea un cigarro) durante 6 meses o más
 - Fumador ocasional
 - Ex fumador (no haber fumado ningún cigarro en los últimos 6 meses)
 - No fumador

- Si usted es ex fumador, ¿Cuántos meses hace que dejó su hábito tabáquico?
 - 6- 9 meses
 - 10-12 meses
 - 13-18 meses
 - 19-24 meses
 - Más de 24 meses

- Consumo actual

Tipo cigarrillos			Frecuencia diaria				
Rubio	Negro	Light	1-4	5-14	15-25	26-35	>35

- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado en los últimos dos días?
 - 1-4 cigarrillos
 - 5-14 cigarrillos
 - 15-25 cigarrillos
 - 26-35 cigarrillos
 - Más de 35 cigarrillos

ANEXO II

RECOGIDA DE DATOS SOBRE EL ESTILO DE VIDA: Segunda etapa

DATOS GENERALES

- Fecha de realización del cuestionario:
- Nombre y apellidos:

TRABAJO

- ¿En qué servicio ha trabajado la mayor parte del tiempo?
 - Atención Primaria
 - Atención Especializada
 - Planta
 - Planta médica
 - Planta quirúrgica
 - Servicios especiales
 - UVI
 - Quirófano
 - Urgencias
 - Servicios centrales
 - Laboratorio
 - Rayos
 - Consultas
 - Otros
 - Corredores de turnos
 - Servicios de urgencias
 - Otros

- ¿Cuántos meses ha trabajado desde el 01/07/06 hasta el 30/09/06?
 - Menos de 2 meses
 - 2 meses o más

- ¿Qué turno laboral más frecuente tenía en su trabajo?
 - Turno fijo
 - Turno rotatorio (mañana o tarde)
 - Incluyendo la noche
 - Otro tipo de rotación (especificar): _____

- Durante la última semana, en promedio, ¿cuántas horas ha trabajado?
 - Menos de 40 horas
 - 40-50 horas
 - Más de 50 horas
- ¿Cuál es su situación laboral actual?
 - Activo
 - Desempleado
 - En este caso, indicar la fecha de finalización del contrato: _____
 - Otra (especificar): _____

SUEÑO

- Durante la última semana, en promedio, ¿Cuántas horas durmió al día?
 - Menos de 8 horas
 - 8 horas o más de sueño
- ¿Cuántas horas durmió ayer? (en el caso de haber tenido turno de noche rotatorio, responderá el número de horas que durmió estando de turno de mañana o de tarde)
 - _____ horas
- Según la siguiente escala, valore la calidad de su sueño
 - Muy mala
 - Mala
 - Moderada
 - Buena
 - Muy buena
- ¿Consume habitualmente hipnóticos para conciliar el sueño?
 - SI
 - NO

TABACO

- Dependiendo del número de cigarrillos que fuma al día, usted se considera:
 - Fumador diario (aunque sólo sea un cigarro) durante 6 meses o más
 - Fumador ocasional
 - Ex fumador (no haber fumado ningún cigarro en los últimos 6 meses)
 - No fumador
- Si usted es ex fumador, ¿Cuántos meses hace que dejó su hábito tabáquico?
 - 6- 9 meses
 - 10-12 meses
 - 13-18 meses
 - 19-24 meses
 - Más de 24 meses

- Consumo actual

Tipo cigarrillos			Frecuencia diaria				
Rubio	Negro	Light	1-4	5-14	15-25	26-35	>35

- ¿Cuántos cigarrillos ha fumado en los últimos dos días?
 - 1-4 cigarrillos
 - 5-14 cigarrillos
 - 15-25 cigarrillos
 - 26-35 cigarrillos
 - Más de 35 cigarrillos