



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA**

Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería

**FACTORES RELACIONADOS CON FATIGA Y BURNOUT EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA PRESENCIA DE EXCESO DE TRABAJO**

FREDY ANDRES SEGUEL PALMA

Concepción – Chile

2014

Profesor guía: Dra. Sandra Verónica Valenzuela Suazo

Dpto. de Enfermería. Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

© 2013 Fredy Andrés Seguel Palma

Ninguna parte de esta tesis puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito del autor.



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina

Profesor Guía:

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Comisión evaluadora:



Dra. Tatiana Paravic Klijn

Dra. Gabriela Nazar Carter

Directora Programa:

Doctorado

Dra. Tatiana Paravic Klijn



A mis hijas Leyla y Javiera, mi sustento en los momentos de estrés, y especialmente a Ingrid, mi esposa, quien con amor y paciencia mantuvo la unidad del núcleo familiar.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por las bendiciones que en todo momento me regala.

A mi familia por apoyar con amor, paciencia y tolerancia el transcurso de este Doctorado, soporte fundamental para el logro de los objetivos.

A mis padres por inculcarme el espíritu de superación en todo momento a pesar de las dificultades que se presenten en el camino.

A la Dra. Sandra Valenzuela Suazo, por su guía incondicional basada en experiencia, sólidos conocimientos y solidaridad, que motivaron en todo momento el trabajo en el Doctorado y el desarrollo de la investigación.

Al Dr. Omar Alexandre Barriga, por la entrega como docente y guía en la adquisición de conocimientos de investigación y estadísticos indispensables para desarrollar el proceso de trabajo de tesis.

A los docentes del Doctorado en enfermería, quienes con su calidad y calidez, mostraban empatía no sólo en lo académico sino que también en el ámbito personal.

A mis compañeras de Doctorado Varinia y Maritza con quienes integramos un equipo de trabajo sólido para lograr las metas especialmente los primeros años de estudio.

A las secretarias del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción, quienes mediante su trabajo eficiente y solidario hicieron muy grato el desarrollo de las actividades en el Doctorado.

A la Universidad Austral de Chile que me brindó la oportunidad de desarrollar este postgrado a tiempo completo, especialmente a las colegas María Julia Calvo y María Cristina Torres, encargadas del proyecto MECESUP que me entregó el financiamiento.

Al profesor Aldo Vera Calzaretta, por su amabilidad en la entrega de los instrumentos que permitieron elaborar el cuestionario de investigación.

A las enfermeras encargadas de la gestión del cuidado en los diferentes establecimientos hospitalarios y de atención primaria, quienes apoyaron la presente investigación a través de sus sabios consejos y ayuda incondicional.

A los directivos de los Servicios de Salud, de la Dirección y Departamento de Salud Municipal y de los diferentes Centros Asistenciales que autorizaron la aplicación del instrumento.

A los trabajadores de enfermería; Enfermeras, Técnicos y Auxiliares Paramédicos que invirtieron parte de su valioso tiempo en contestar el cuestionario.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	I
INDICE DE TABLAS	IV
INDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XV
1.INTRODUCCIÓN.....	1
2.FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
3.MARCO CONCEPTUAL.....	8
3.1.Trabajo	8
3.2.Exceso de trabajo.....	13
3.3.Fatiga	14
3.4.Factores psicosociales del trabajo	18
3.5.Estrés.	21
3.6.Carga mental.....	23
3.7.Síndrome de Burnout	24
3.8.Trabajo y Enfermería	32
4.MARCO EMPÍRICO.....	38
4.1.Fatiga	42
4.2.Síndrome de Burnout	44
5.OBJETO DE ESTUDIO	49
6.OBJETIVOS	51
6.1.General:	51
6.2.Específicos:	51
7. HIPÓTESIS.....	53
7.1.General	53
7.2.Específicas	53
8. METODOLOGÍA.....	64
8.1.Tipo de estudio.....	64
8.2.Universo.....	64
8.3.Unidad de análisis.....	64

8.4.Muestra.....	64
8.5.Criterios de exclusión de la muestra	65
8.6.Variables.....	66
8.7.Lugar de realización del estudio	72
8.8.Obtención de los datos.....	72
8.9.Validez y confiabilidad del instrumento.....	74
8.10.Análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos	74
8.11.Aplicación del instrumento	76
8.12.Plan de análisis.....	76
8.13.Determinación de la variable activa de comparación exceso de trabajo.....	79
9.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	81
9.1.Valor	81
9.2.Validez científica.....	82
9.3.Selección equitativa de sujetos.....	83
9.4.Proporción favorable de riesgo-beneficio.....	83
9.5.Evaluación independiente	83
9.6.Consentimiento informado	84
9.7.Respeto a los sujetos inscritos.....	84
10.RESULTADOS	85
10.1.Descripción de la muestra según establecimiento hospitalario	85
10.2.Personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios	102
10.3.Prueba de hipótesis personal de enfermería sin exceso de trabajo centros hospitalarios.....	108
10.4.Prueba de hipótesis personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios.....	124
10.5.Descripción de la muestra de los Centros de Salud Familiar según ciudad....	139
10.6.Exceso de trabajo en los centros de salud familiar	151
10.7.Prueba de hipótesis en personal de enfermería sin exceso de trabajo de los CESFAM de Valdivia y Concepción	159

10.8.Prueba de Hipótesis en personal de enfermería con exceso de trabajo en los Centros de Salud Familiar.....	173
10.9.Comparación entre hospitales y Centros de Salud Familiar	182
10.10. Resumen de los resultados	186
11.DISCUSIÓN.....	197
11.1.Fatiga en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo	198
11.2.Síndrome de Burnout en Personal de enfermería con y sin exceso de trabajo	205
12.CONCLUSIONES	217
13.SUGERENCIAS	219
14.FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES EN EL DESARROLLO DE LA TESIS.....	225
15.BIBLIOGRAFÍA	227
16.ANEXO 1: DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN.....	245
17.ANEXO 2: FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	248
18.ANEXO 3: CUESTIONARIO ELABORADO PARA LA INVESTIGACIÓN.....	249
19.ANEXO 4: DOCUMENTOS EMITIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	261

INDICE DE TABLAS

1: población y muestra proporcional del personal de enfermería	65
2: distribución general de la muestra según establecimiento	65
3: análisis estadístico	78
4: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro hospitalario y variables sociodemográficas categóricas.	86
5: Promedio y desviación estándar de variables sociodemográficas continuas según establecimiento hospitalario.....	87
6: Distribución numérica y porcentual de la muestra según establecimiento hospitalario y patología crónica.....	88
7: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro asistencial y variables laborales categóricas	89
8: Promedio y desviación estándar de variables laborales continuas Según establecimiento hospitalario.....	90
9: Promedio y desviación estándar de la escala influencia trabajo/familia según establecimiento hospitalario.....	90
10: Promedio y desviación estándar de la escala y sub-escalas de Fatiga según servicios del Hospital Base Valdivia.....	96
11: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas de fatiga según servicios del Hospital Clínico Regional de Concepción.....	97
12: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey según servicios del Hospital Base Valdivia.	101
13: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey según servicios del Hospital Clínico Regional Concepción.	102
14: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro hospitalario y presencia de exceso de trabajo.....	103
15: Promedio y desviación estándar de variables continuas según presencia de exceso de trabajo.....	104
16: Distribución numérica y porcentual de la muestra hospitalaria según presencia de exceso de trabajo y variables categóricas.	104

17: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga general según variables categóricas	109
18: Correlaciones del puntaje de la escala fatiga y variables numéricas	110
19: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga física según variables categóricas	111
20: Correlaciones del puntaje de la escala fatiga física y variables numéricas	112
21: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según estudios fuera horario trabajo.....	113
22: Correlaciones del puntaje de la sub-escala fatiga cognitiva y variables numéricas	114
23: Promedio y desviación estándar de la escala Burnout general según variables categóricas.	116
24: Correlaciones significativas entre la escala general del síndrome de Burnout y variables continuas.	117
25: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas.....	118
26: Correlaciones significativas entre la sub-escala desgaste emocional y variables continuas.....	119
27: Promedio y desviación estándar de la sub-escala Cinismo según compartir las labores del hogar.....	120
28: Correlaciones significativas entre el puntaje Cinismo y escala engagement	120
29: Correlaciones significativas entre sub-escala eficacia profesional y variables continuas.....	121
30: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga según variables categóricas...	125
31: Correlaciones significativas entre la escala fatiga y variables numéricas.....	126
32: Promedio y desviación estandar de la sub-escala fatiga física según variables categóricas	127
33: Correlaciones significativas entre la sub-escala fatiga física y variables numéricas.	128
34: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según variable categórica condiciones de trabajo.	129

35: correlaciones significativas entre la escala fatiga cognitiva y variables numéricas	130
36: Promedio y desviación estándar de la escala Burnout general según variables categorías	132
37: Correlaciones significativas entre la escala Burnout general y variables continuas.	133
38: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas.....	134
39: Correlaciones significativas de variables continuas y sub-escala desgaste emocional	135
40: Promedios y desviación estándar de la sub-escala cinismo según condiciones laborales.....	135
41: Correlaciones significativas entre la sub-escala cinismo y variables continuas ...	136
42: Promedio y desviación estándar de la sub-escala eficacia profesional según variables categóricas.....	137
43: Correlaciones significativas entre variables numéricas y sub-escala eficacia profesional.	138
44: Promedio y desviación estándar de las variables numéricas según ciudad de ubicación de los Centros de Salud Familiar.	141
45: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los centros de salud familiar según ciudad de ubicación y patología crónica	141
46: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los centros de salud familiar según ciudad de ubicación y variables sociodemográficas categóricas.....	142
47: Promedio y desviación estándar de las variables laborales según ciudad de ubicación de los Centros de Salud Familiar.	144
48: Distribución numérica y porcentual de la muestra según lugar de ubicación de los centros asistenciales y variables laborales categóricas.	144
49: Promedios y desviación estándar de la escala influencia trabajo/familia y familia/trabajo según lugar de ubicación de los centros asistenciales.	145
50: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los CESFAM según presencia de exceso de trabajo y ciudad.	152

51: Distribución numérica y porcentual de la muestra CESFAM según variables categóricas y presencia de exceso de trabajo.....	153
52: Promedio y desviación estándar de las horas dedicadas al estudio del personal de enfermería de los CESFAM según presencia de exceso de trabajo	153
53: Promedio y desviación estándar de la escala Fatiga de la ciudad de Valdivia según CESFAM.....	155
54: Promedio y desviación estándar de la escala Fatiga de la ciudad de Concepción según CESFAM.....	156
55: Promedio y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey en la ciudad de Valdivia.....	158
56: Promedio y desviación estándar de la escala Maslach Burnout Inventory General Survey en la ciudad de Concepción.....	159
57: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga según variables categóricas.	160
58: Correlaciones significativas entre escala fatiga y variables numéricas.....	161
59: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga física según variables categóricas.	162
60: Correlaciones significativas entre escala fatiga física y variables numéricas.....	163
61: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga cognitiva según variables categóricas.	164
62: Correlaciones significativas entre escala fatiga cognitiva y variables numéricas	165
63: Promedios y desviación estándar de la escala Burnout según variables categóricas.	167
64: Correlaciones significativas entre escala Burnout y variables continuas	168
65: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas.....	169
66: Correlaciones significativas entre sub- escala desgaste emocional y variables numéricas.....	169
67: Promedios y desviación estándar de la sub-escala cinismo según variables categóricas.	171
68: Correlaciones significativas entre sub-escala cinismo y variables numéricas.....	171

69: Promedio y desviación estándar sub-escala desgaste emocional según condiciones laborales.....	173
70: Correlaciones significativas entre escala fatiga y variables continuas	174
71: Correlaciones significativas entre escala fatiga física y variables continuas	175
72: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según tipo de familia.	176
73: Correlaciones significativas entre escala fatiga cognitiva y variables continuas .	176
74: Correlaciones significativas entre escala Burnout general y variables numéricas	178
75: Correlaciones significativas entre sub-escala desgaste emocional y variables numéricas.....	179
76: Promedio y desviación estándar de la sub-escala cinismo según variables categóricas.	180
77: Correlaciones significativas entre sub-escala cinismo y variables numéricas	180
78: Promedio y desviación estándar de la sub-escala eficacia profesional según lugar de ubicación CESFAM	181
79: Correlación significativa entre sub-escala eficacia profesional y sub-escala vigor	181
80: Distribución numérica y porcentual de la muestra según la presencia de exceso de trabajo y el establecimiento.....	182
81: Distribución numérica y porcentual de la muestra según escala de fatiga, exceso de trabajo y centro asistencial.	183
82: distribución numérica y porcentual de la muestra según exceso de trabajo, escala Burnout general y establecimientos de salud	184
83: Comparación de factores asociados al síndrome de Burnout según centro asistencial.....	185
84: Comparación de factores asociados a la fatiga según centro asistencial.....	185
85: Comparación de factores predictores del síndrome de Burnout en personal de enfermería con y sin exceso de trabajo según establecimiento.	186
86: Comparación de factores predictores de la fatiga en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo según establecimiento.....	186

INDICE DE FIGURAS

1. Factores que intervienen en la vida del trabajador de enfermería.....	50
2. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y escala engagement general	91
3. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala vigor....	92
4. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala dedicación.....	92
5. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala absorción.	93
6. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y escala fatiga general.	94
7. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala fatiga física.....	94
8. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala fatiga cognitiva.	95
9. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y escala Burnout general.	98
10. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala desgaste emocional.....	99
11. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala cinismo.	99
12. Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala eficacia profesional.....	100
13. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central de la escala fatiga general según exceso de trabajo.	105
14. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala fatiga física según exceso de trabajo.	105
15. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala fatiga cognitiva según exceso de trabajo	106
16. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central escala Burnout general según exceso de trabajo.	106

17. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala desgaste emocional según exceso de trabajo.	107
18. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala cinismo según presencia de exceso de trabajo	107
19. Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala eficacia profesional según presencia de exceso de trabajo.	108
20. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según escala engagement general y ciudad.	146
21. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según sub-escala vigor y ciudad.	146
22. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según sub-escala dedicación y ciudad.	147
23. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según ciudad y sub-escala absorción.	147
24. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según escala fatiga y ciudad. ..	148
25. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según sub-escala fatiga física y ciudad.	148
26. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según sub-escala fatiga cognitiva y ciudad.	149
27. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según escala Burnout y ciudad.	150
28. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según dimensión desgaste emocional y ciudad.	150
29. Distribución porcentual de la muestra CESFAM según dimensión cinismo y ciudad.	151
30. Distribución porcentual muestra CESFAM según dimensión eficacia profesional y ciudad.	151
31. Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central de la escala fatiga general según presencia de exceso de trabajo.....	154
32. Distribución porcentual muestra CESFAM y medidas de tendencia central de la sub-escala fatiga física según presencia de exceso de trabajo.	154

33. Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala fatiga cognitiva según presencia de exceso de trabajo	155
34. Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central escala Burnout general según presencia de exceso de trabajo	156
35. Distribución porcentual muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala desgaste emocional Según presencia de exceso de trabajo	157
36. Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala cinismo según presencia de exceso de trabajo.....	157
37. Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala eficacia profesional según presencia de exceso de trabajo.....	158
38. Factores específicos que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.	187
39. Factores concordantes que influyen en la fatiga del personal de enfermería de los centros hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.....	188
40. Factores específicos que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.....	189
41. Factores concordantes que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.....	190
42. Esquema modelos regresión lineal escala fatiga en el personal de enfermería de los centros asistenciales.....	191
43. Factores específicos que influyen en el síndrome de Burnout en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.	192
44. Factores concordantes que influyen en el síndrome de Burnout en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo	193
45. Factores específicos que influyen en el síndrome de Burnout en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo	194

46. Factores concordantes que influyen en el síndrome de Burnout en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo 194

47. Esquema modelos regresión lineal escala Burnout en el personal de enfermería de los centros asistenciales 196



RESUMEN

El trabajador de enfermería está expuesto a altas cargas asociadas a su labor. Esto hace que muchos de ellos experimenten síndrome de Burnout y fatiga tanto física como mental. Las esferas personal y familiar pueden potenciar o alivianar la carga laboral aumentando o disminuyendo el desgaste y la pérdida de las capacidades y habilidades para desarrollar el trabajo. El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia que tienen los factores personales, familiares y laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout del personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de Hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las ciudades de Valdivia y Concepción en el periodo 2012 – 2013. Corresponde a un estudio descriptivo, transversal, correlacional, comparativo y explicativo en una muestra de 421 trabajadores de enfermería. Para obtener los datos, se elaboró un instrumento que constó de preguntas biosociodemográficas, familiares y laborales, la escala Check List Individual Strength (CIS) y la escala Maslach Burnout Inventory General Survey. El exceso de trabajo se estableció mediante las variables: horas trabajadas reales, horas de trabajo por contrato y presencia de otro trabajo remunerado. El instrumento fue aprobado por expertos de la Universidad de Concepción, Comités de Ética, directivos y el consentimiento informado y voluntario de los participantes. Además, se realizó prueba piloto.

El 75,4% de los centros hospitalarios presento exceso de trabajo y en los CESFAM el 37,8%. En los CESFAM, en la variable dependiente fatiga y sus dimensiones, destacan los mayores porcentajes de fatiga alta en la escala general en ambas categorías, con exceso y sin exceso de trabajo. En la fatiga física y cognitiva predomina la fatiga elevada en las personas sin exceso de trabajo. El Burnout presenta comportamiento similar en ambos grupos. En el cinismo el mayor porcentaje se encuentra en la clasificación media; en la sub-escala desgaste emocional, en clasificación baja; y en la sub-escala eficacia profesional, en clasificación alta.

Los CESFAM, presentan mayor porcentaje de fatiga alta en relación a los hospitales de alta complejidad. Destaca en la fatiga física y cognitiva los CESFAM sin exceso de trabajo, con mayor porcentaje de fatiga alta en relación a los hospitales con y sin exceso de trabajo, y los centros de salud familiar con exceso de trabajo. En la escala de Burnout se destaca, en

la sub-escala cinismo, que los porcentajes se concentran en la clasificación media, resaltando los CESFAM sin exceso de trabajo (63%). Los modelos de regresión muestran, en el grupo con exceso de trabajo de los centros hospitalarios, que los factores predictores de la fatiga son: el vigor, las patologías crónicas y la influencia del trabajo en la familia, y en el sin exceso de trabajo; la recreación/descanso un día no laboral y el vigor.

En los CESFAM con exceso de trabajo los factores predictivos son: la influencia del trabajo en la familia y las horas que duerme en un día laboral, mientras que en el personal sin exceso de trabajo, lo explican la influencia del trabajo en la familia y el vigor. En el caso del síndrome de Burnout, en el personal sin exceso de trabajo en los centros hospitalarios, los factores que lo predicen son: el vigor, la recreación en un día laboral, la realización de horas extras voluntarias, el número de hijos y la dedicación, mientras que en el personal con exceso de trabajo el Burnout se predice por el vigor, la recreación en un día laboral, la dedicación y la influencia del trabajo en la familia. En los CESFAM, el Burnout en el personal de enfermería sin exceso de trabajo se predice por: la influencia del trabajo en la familia, la presencia de hijos y el consumo de medicamentos, y en el personal con exceso de trabajo sólo la influencia del trabajo en la familia.

Por consiguiente, los factores que influyen en los síndromes estudiados abarcan las tres esferas del trabajador: personal, familiar y laboral, manifestando comportamientos específicos, esto indica que el trabajador es un ser integral, de tal manera que es necesario tomar en cuenta estas tres áreas al momento de abordar la fatiga y el síndrome de Burnout con diferencias específicas entre el personal que presenta exceso de trabajo y los que no, desarrollando estrategias adecuadas de acuerdo a las características propias del trabajador y tipo de centro asistencial (Hospital o CeSFam).

Investigar en este ámbito es muy importante para enfermería, ya que es una gran fuerza laboral que mantiene el funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo, por lo tanto, debe trabajar en condiciones óptimas para mejorar la calidad de atención.

Palabras claves: enfermería, fatiga, agotamiento profesional,

ABSTRACT

The nursing workers are exposed to high loads associated with their work, that makes many of them to experience Burnout syndrome and physical and mental fatigue. The personal and family spheres can maximize or ease the workload by increasing or decreasing the wear and loss of skills and abilities to do the job. The objective of this research was to determine the influence of personal, family and work factors in the intensity of fatigue and Burnout syndrome in nursing workers with and without overworking in highly complex Hospitals and Family Health Centers (CESFAM) of the cities of Valdivia and Concepción in the period 2012-2013. A descriptive, cross-sectional, correlational, comparative and explanatory study in a sample of 421 nursing workers. For data collection was prepared an instrument of biosociodemographic questions, the scale Check List Individual Strength (CIS) and scale Maslach Burnout Inventory General Survey. The instrument was approved by experts from the University of Concepción, Ethics Committees, managers and voluntary informed consent of the participants. In addition, pilot test was conducted.

In hospitals 75.4 % have overworked and Family Health Centers 37.8%. In the Family Health Centers, the high fatigue has highest percentages and found in the general scale, in both categories, with excess and without work excess. In the physical fatigue and cognitive fatigue predominates high fatigue in people without work excess. The dependent variable Burnout presents similar behavior in both groups; with and without work excess. In cynicism the highest proportion is the medium classification, on the emotional exhaustion subscale in low ranking, in the professional efficacy subscale in high classification.

Family Health Centers with and without overwork have higher percentage of high fatigue in relation to the high complexity hospitals. Stress in the physical and cognitive fatigue the CESFAM without work excess manifesting greater than the percentage of high fatigue in relation to hospitals with and without work excess and family health centers with work excess. The scale overall Burnout show percentages with similar distribution in medium classification, in cynicism subscale, the percentages also focus on the medium classification of the scale, highlighting high percentage in CESFAM without work excess (63%).

Regression models show in staff nurses with work excess by hospitals that predictors of fatigue are: vigor, chronic diseases and influence of labor in the family, and in the staff without work excess: recreation and relaxation a non-working day and vigor. In the Family Health Centers with excess work, predictors are: the influence of labor in the family, and sleeping hours in working day, while in the staff without work excess is explained for the influence of family in work and vigor. In the staff without work excess in hospitals, the Burnout is explained for the factors: vigor , recreation in working day, performing voluntary overtime, the number of children and dedication , while that the staff with work excess; by vigor , recreation in working day, dedication and influence of labor in the family. In the Family Health Centers , Burnout in staff nurses without work excess are predicted by the influence of labor in the family , the presence of children and consumption of drugs, and the staff with work excess only for the influence of labor in the family.

Consequently, The factors influencing syndromes encompass three areas of the studied worker: personal, family and work, stating specific behaviors, this indicates that the worker is an integral being, so it is necessary to take into account these three areas when address fatigue and Burnout with some differences between staff with overworked and without overworked, developing adequate strategies according to the characteristics of the worker and type of health facility (Hospital or CESFAM). Research in this area is very important to nursing because it is a large labor force that maintains the functioning of health systems in the world, therefore, must work in optimal conditions to improve the quality of care.

Key words: nursing, fatigue, Burnout professional

1. INTRODUCCIÓN

La globalización, el desarrollo tecnológico y las nuevas estrategias de división de los procesos productivos, han provocado aumento en la eficiencia, acumulación de capitales y extensión de influencia de las empresas, esto ha exigido que los trabajadores se capaciten en áreas específicas acrecentando la competencia y presión laboral. Por otro lado, el consumismo y el deseo de un mejor estándar de vida, en lo personal y familiar, influyen en la realización de extensión horaria o la búsqueda de otro trabajo para complementar la renta. El cambio en la vida de las personas ha sido drástico de la mano del desarrollo laboral, sobre todo, cuando se plantea la sobrecarga horaria y de actividades, con la consecuente aparición de síndromes que menoscaban la salud del trabajador, como lo es la fatiga y el síndrome de Burnout, y que afectan no solo al desempeño laboral, sino que también, la vida personal y familiar (1-6).

Las actividades desarrolladas requieren mayor concentración, de una presencia de 24 horas al día, haciéndose fatigosas con niveles de atención extremos, debido a las características del trabajo y la demanda del usuario por una alta calidad. Esto se traduce en una elevada demanda psicológica, que junto a un bajo control de la tarea y apoyo social laboral escaso, produce estrés en el trabajador. Este estrés se puede traducir en repercusiones fisiológicas, como el incremento de la presión sanguínea sistólica y tono vagal disminuido; conductuales, como actos antisociales y agresivos, tendencias a los accidentes, errores o consumo de drogas lícitas e ilícitas (7).

El trabajo presenta fundamentalmente dos dimensiones; una objetiva, al determinar que este corresponde a todo lo que hace el ser humano; y otra subjetiva, derivada de la inteligencia que permite a la persona decidir en pos de lograr su realización personal y del entorno que lo rodea, lo que además, le agrega una dimensión ética. Sin embargo, los movimientos economicistas y materialistas que rigen el sistema mercantil de la sociedad, dan mayor importancia a la dimensión objetiva en desmedro de la subjetiva, por lo que el ser humano se transforma en un sujeto del trabajo. Como fenómeno social, el trabajo es parte de la supervivencia del ser humano e innato a su naturaleza, involucra ciertas motivaciones: salir de la pobreza, mejorar el estándar de vida, adquisición de bienes materiales, satisfacción personal, salir del endeudamiento, etc. (8) Esto ha llevado a las personas a trabajar más,

aumentando sus horarios. Esta sobrecarga horaria determina dos grupos importantes de trabajadores; los que presentan exceso de trabajo y los que no, que pueden tener diferente comportamiento en cuanto a los factores que influyen, tanto en la fatiga como en el síndrome de Burnout.

La fatiga está asociada a sobrecarga física y psicológica, constituye un síntoma muy común para los trabajadores y las personas en general, tanto así, que resulta un concepto muy difícil de definir e influenciado por múltiples factores; desde la sobrecarga laboral, personal o familiar hasta patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares (9). El estrés laboral se traduce en el síndrome de Burnout producido por las exigencias del trabajo, que sin duda repercute en el bienestar y salud laboral, factor fundamental al momento de evaluar la eficacia de una organización; se manifiesta con síntomas de bajos niveles de realización personal, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (10;11). Pero, los trabajadores, no solo se desarrollan en la vida laboral, sino que también, pertenecen a una familia y presentan características personales que determinan su comportamiento, lo que contribuye positiva o negativamente a la producción de estas anomalías.

El personal de enfermería presenta importantes características que se conjugan en su labor, prestar atención a los seres humanos sanos o enfermos, a la familia o la comunidad; desempeñando actividades para promover, mantener o recuperar la salud. Actúa interactuando con los demás trabajadores insertos en el sistema de cuidados en salud, con asociaciones e interrelaciones en el proceso de vida y de muerte, el enfrentamiento al dolor, al fallecimiento, la desesperanza, la enfermedad, la exigencia, el compromiso físico y emocional, la falta de recursos materiales y humanos, lo inadecuado de las instalaciones, la improvisación, la burocracia, la carga horaria y el poder, sufriendo altos niveles de estrés lo que puede desencadenar en fatiga y síndrome de Burnout. Caracterizan también el escenario en enfermería, la estrecha relación que logran con el paciente que significa muchas veces una carga emocional importante, la necesidad de improvisación que surge de la carencia de recursos tanto materiales como humanos y la obligatoriedad de turnos laborales, con horarios extendidos, que en reiteradas ocasiones se hacen interminables debido a la necesidad de asumir replazos. (12).

Los trabajadores de enfermería están expuestos, tal como otros trabajadores, al aumento de su carga horaria y a factores relacionados con: riesgos físicos, iluminación y Ruido; químicos, contacto con ortoformaldehído, diversos medicamentos y detergentes; Biológicos, atención a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, contaminación con material corto-punzante y falta de elementos de protección personal; ergonómicos, ambiente físico inadecuado, riesgo de accidentes, estantes muy altos, mucho tiempo de pie, insuficientes recursos humanos, sobrecarga de trabajo y posturas corporales inadecuadas; y psicosociales, agresiones, falta de seguridad y ambiente estresante (12) que pueden llevar al deterioro de la salud, provocando principalmente problemas musculoesqueléticos (13;14), fatiga (15) y síndrome de Burnout (16). Por otro lado, son importantes también las características personales y familiares como: edad, género, patologías concomitantes (12;17) y familia; en esta última, la compatibilidad con el trabajo ha resultado un dilema especialmente en el rubro de salud (18). Estos factores, en los diversos estudios, muestran tendencias específicas que pudieran marcar alguna diferencia en cuanto al comportamiento en la presencia de diversos problemas de salud del trabajador, entre ellos la fatiga y el síndrome de Burnout (12;17).

El género, como fenómeno social, ha marcado la evolución de la enfermería profesional bajo el alero del patriarcado, el machismo y el poder de parte del hombre hacia la mujer, existiendo desigualdad de salario, de responsabilidades y sobretodo de trabajo en el hogar, es lo que ha dejado como legado la historia de la humanidad y donde la mujer ha ganado terreno con esfuerzo, pero sin llegar aún a la plena igualdad, esto acrecienta la sobrecarga (19).

En este sentido, los trabajadores presentan estas dos esferas sociales (trabajo y familia) como las más importantes y entre estas fluyen sus relaciones, tiempo y energía, la no mantención del equilibrio puede acarrear conflictos que repercuten en su salud, con alto riesgo de producir fatiga en la persona. Las diferentes investigaciones han estudiado la influencia de la familia desde diversos puntos de vista; observando el desempeño en el trabajo, el involucramiento con el trabajo, la satisfacción laboral, el ausentismo y los comportamientos relacionados con la búsqueda de empleo. El conflicto se produce por múltiples factores, entre ellos, la presencia de dos salarios, aumento de los padres solteros y

aumento de las expectativas de vida que determina la necesidad de hacerse cargo de los adultos mayores de la familia (18).

Pero no todo es negativo, puesto que la mayor satisfacción descrita por estos trabajadores es la de mantener la calidad de vida de los pacientes y percibir su agradecimiento, esto los motiva para seguir trabajando (20).

El modelo de autogestión desarrollado en la actualidad en Chile, exige optimizar la calidad de atención de los hospitales y centros de atención primaria, lo que involucra fundamentalmente el mejoramiento de las condiciones en las cuales los trabajadores realizan sus labores, y tomar en cuenta los factores que conforman la persona que desempeña dicha labor para que no sufra fatiga o síndrome de Burnout. Muchos estudios muestran que el personal de salud está sobrellevando una carga de trabajo importante que implica gran inversión personal y de tiempo, dejando de lado aspectos fundamentales en la vida personal y familiar en búsqueda de entregar atención de calidad a otras personas (16;21-25).

A raíz de este exceso de trabajo, comprendido como la sobrecarga en las horas laborales que puede marcar diferencias entre los que las presentan y los que no, es que esta investigación pretende responder a las preguntas ¿los factores que más influyen en la intensidad de la fatiga y el síndrome de Burnout son diferentes para el personal de enfermería con exceso de trabajo en relación a los que no lo presentan?, ¿es sólo el ámbito laboral incluyendo el exceso de trabajo o, éste es potenciado, además, por otros factores como algunos personales y familiares?

2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La fatiga y síndrome de Burnout son dos estados que afectan al trabajador de enfermería, provocando efectos importantes en su desempeño, que sin duda, repercuten en la calidad de atención a los pacientes. En su producción intervienen, junto con los factores laborales que han sido estudiados ampliamente; factores como la familia, con sus diferentes transiciones vitales, vivencias, cambios y conflictos, que influyen en las personas provocando angustia y preocupación. Convergen en esta conjunción, factores importantes como la necesidad de mejorar los estándares de vida, dar educación a los hijos o enfrentar la vejez de los abuelos, por lo tanto, hoy esta necesidad económica está siendo solventada con la obtención de dos salarios (horas extraordinarias en la misma o en otras instituciones), sin embargo, con inequidad en compartir las labores del hogar respecto del género, lo que significa una sobrecarga en el género femenino. Finalmente, características personales como la edad, enfermedades concomitantes, consumo de sustancias, horas de sueño, entre otras, son factores implicados que pueden influir en el ámbito laboral. En muchos estudios se habla de la carga de trabajo como factor fundamental para la producción de estos síndromes, sin embargo, no se hace una comparación entre los que presentan tal carga y los que no, de tal manera de descubrir si aquellos que no presentan tal carga los desarrollan, y que factores diferentes pudieran influenciar su presencia en relación a los que sí tienen la carga de trabajo, en este sentido, el investigador tomó la decisión de hacer esta división, con el fin de probar que existen diferencias en cuanto al comportamiento de la fatiga y síndrome de Burnout, y a los factores personales, familiares y laborales influyentes en los trabajadores de enfermería aportando al conocimiento del área de salud ocupacional.

Bajo este contexto, este estudio exploró todos estos aspectos para elaborar modelos que permitieron identificar la contribución real y determinante de los factores familiares, personales y del trabajo en la percepción de fatiga y desarrollo del síndrome de Burnout en el personal con exceso de trabajo (sobrecarga horaria) y sin exceso de trabajo, tanto en centros hospitalarios de alta complejidad como Centros de Salud Familiar. Por lo tanto, este estudio podría aportar información relevante para detectar grupos en riesgo dentro de estos dos sistemas de trabajo, previniendo la aparición de patologías que causen ausentismo de

los trabajadores, que a su vez producen un aumento en los costos para la persona, para la empresa de servicios, para la calidad de atención y finalmente para el desarrollo del país.

Por otro lado, será un aporte a la disciplina de enfermería, al entregar información relevante para la generación de conocimientos específicos que permitan guiar los cuidados al usuario interno de los centros de salud. Es importante tener un marco disciplinar para brindar una atención eficaz, eficiente, oportuna, ética y de calidad a los pacientes, pero para ello, es necesario extender el cuidado a los profesionales y técnicos en enfermería con el propósito de promover estados de salud óptimos enfocados a mantener la calidad de vida laboral. Son pocos los desarrollos teóricos en enfermería que se preocupen del cuidado de las personas que imparten el cuidado a los demás.

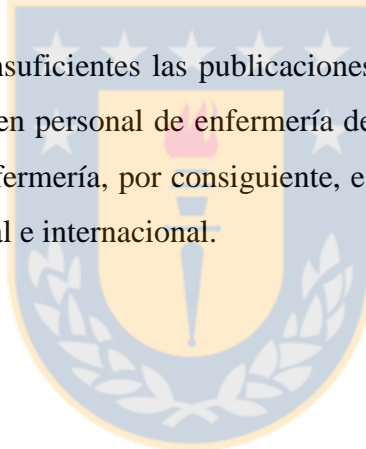
Los hospitales de alta complejidad y centros de atención primaria de las ciudades de Concepción y Valdivia, son grandes complejos de concentración de trabajadores de enfermería, que aumentan las horas de trabajo para responder a intereses personales y sociales, a la alta demanda de atención y a las exigencias del medio laboral, enfrentándose día a día a la posibilidad de desarrollar estos síndromes, en consecuencia, es necesario conocer en qué condiciones se encuentran para lograr tal mejoramiento en la calidad de atención.

En este estudio, la extensión horaria es catalogada como exceso de trabajo o trabajo expandido de acuerdo a definiciones teóricas y es un factor fundamental en la división de los trabajadores en dos grupos importantes; los que presentan exceso y los que no, de tal manera, de objetivar el fenómeno y marcar una diferencia con otros estudios que hablan de la sobrecarga laboral, sin embargo, que no determinan lo que sucede en el grupo que no presenta tal atributo, pero que igualmente, puede evidenciar fatiga o síndrome de Burnout, estableciendo diferencias y similitudes en cuanto a la influencia de factores familiares, personales y laborales.

La mayoría de los estudios revisados han sido enfocados principalmente en profesionales de enfermería de la atención hospitalaria de alto impacto, como lo son los servicios de Urgencia y Unidades de Terapia Intensiva, lo que da a entender, que existe cierta tendencia sistemática a pensar que sólo estas áreas presentan problemas y no la atención de Centros

de Salud Familiar o comunitaria, por lo tanto, se espera que esta investigación sea una contribución al conocimiento al realizarse en estas dos áreas. Los resultados obtenidos pretenden contribuir al desarrollo de estrategias que permitan la prevención y detección de este tipo de afecciones, con el objetivo de realizar o guiar intervenciones en la institución de salud, mejorando las condiciones de trabajo y la salud de los funcionarios, disminuyendo el ausentismo y aumentando el sentido de pertenencia a la empresa, de tal manera, de fortalecer y optimizar la gestión de recursos humanos, lo que repercutirá indudablemente en la autogestión del centro de salud, y por consiguiente, en la calidad de las prestaciones a los usuarios con satisfacción tanto en el cliente interno como en el cliente externo. Desde este punto de vista, existe un beneficio importante para los usuarios de la atención de salud al enfrentarse a personal que se siente bien, empatiza con sus problemas y los acompaña en el proceso de recobrar la salud o de enfrentar la enfermedad o muerte.

Por otro lado, en Chile, son insuficientes las publicaciones en revistas indexadas sobre el síndrome de Burnout y fatiga en personal de enfermería de Hospitales o Centros de Salud Familiar desde la óptica de enfermería, por consiguiente, este estudio será un aporte a este conocimiento regional, nacional e internacional.



3. MARCO CONCEPTUAL

3.1.Trabajo

El trabajo es inherente a la naturaleza humana, es la expresión nuclear de la relación espontánea entre la persona y el entorno, es la forma a través de la cual se ha construido la sociedad, es el componente básico en la habitual vida contemporánea. En la vida cotidiana, es una herramienta para la satisfacción de las necesidades al relacionar todas las esferas del ser con el quehacer. En este desarrollo laboral se demuestran las capacidades del ser humano y la construcción de la sociedad (26).

En el trabajo confluyen el poder sentir, pensar y crear estrategias mediante la movilización de inteligencias y capacidades, como la habilidad para emplear el conocimiento, métodos y recursos determinados, enfoques científicos para corregir inconvenientes inherentes a las funciones del cargo, capacidad de discernimiento, la motivación para la comprensión del desarrollo tecnológico, capacidad para trabajar en equipo, habilidad de comunicación y liderazgo, lograr un conocimiento global de la organización, de sus complejidades e integración de las diversas partes que la conforman (27).

Como primera aproximación para el trabajador, la actividad laboral, consiste en una relación contractual en torno a funciones y a un salario definido, luego se transforma en un modo de inserción social que es subjetivamente motivador si la persona está calificada y a gusto; pero destructivo cuando las actividades son monótonas o desprovistas de sentido, lo que provoca sufrimiento (28).

El trabajo ha pasado a ser una de las instituciones más importantes, sino la fundamental para los individuos en la pos-modernidad, por un lado, ha sido influenciado por la competencia que ha establecido el mercado entre las diferentes empresas, provocando en muchas ocasiones situaciones de “vicio laboral” para los trabajadores en torno al mantenimiento de la actividad productiva, con bajas remuneraciones; pero con exceso de trabajo. Por otro, el estándar de vida que está buscando la persona para sí o para su familia en torno al constructo consumista (alto endeudamiento) y la alta demanda de los usuarios, ha motivado cambios estructurales y administrativos en el sistema, dando paso al

surgimiento de extensiones horarias en el trabajo, que muchas veces no son pagadas, y a una multiplicidad de empleos formales e informales.

Hay factores formales e informales que intervienen en el comportamiento organizacional, como la flexibilidad en el horario de trabajo, reconocimiento de los logros alcanzados por cada trabajador y apoyo personal-familiar; estrategias que al ser tomadas en cuenta, fomentan el sentimiento de preocupación de la empresa en el ser humano trabajador, como integrante de una familia, grupo de amigos o de la sociedad (29); sin embargo, cuando estas estrategias son superficiales, enmascaran la sobrecarga, ya que, realmente no se cambian los procesos productivos que causan problemas en los trabajadores. No basta con la integración discursiva de la familia o la apreciación aparente de la integralidad del trabajador sin que, además, se produzcan modificaciones y cambios concretos en la manera en que se desarrolla la vida laboral, puesto que en la realidad se despliega una sobrecarga de trabajo permisiva que limita las capacidades del trabajador provocando frustración.

De acuerdo con Jacob (2), el significado del trabajo para el ser humano ha cambiado a lo largo de la historia, basado en el sentido religioso, cultural y las revoluciones de la civilización. Desde el punto de vista religioso, la Biblia en su descripción del Génesis, muestra al trabajo en una faceta castigadora; el ser humano está condenado a trabajar producto del pecado original, permaneciendo este pensamiento hasta el siglo XVI. En la edad media, el trabajo es un castigo, se sigue construyendo este concepto a partir de las creencias cristianas y divide a la sociedad feudal en: los que rezan, los que luchan y los que trabajan como la clase más baja. Posteriormente, con la Reforma, se transforma la concepción del trabajo al adquirir importancia como profesión y vocación. Se estima que la religión y el trabajo están íntimamente ligados. El trabajo está al servicio de Dios. Es más importante dar trabajo que limosnas y cualquier actividad es legítima con el fin de obtener bienes que luego deben ser invertidos; el trabajo es un deber. Por otro lado, en el descubrimiento del nuevo mundo, se menospreciaron las actividades que realizaban los aborígenes. Estos, eran catalogados por los conquistadores como perezosos y que les gustaba el ocio al no cultivar la tierra. La caza o la pesca, necesidad de sobrevivencia para los aborígenes, los aristócratas las practicaban como pasatiempo, por lo tanto, no era una actividad laboral legítima. No hubo comprensión en que los pueblos originarios se

estructuraban en sociedades muy distintas, lejos de la distribución jerárquica evidenciada en el viejo mundo (2).

Desde el punto de vista legal, en esta época, las propiedades territoriales no se poseían cazando, recogiendo leña o sacando agua, sino que mediante el cultivo de la tierra y la demarcación de límites. Más aún, cuando se alteraba la composición de la naturaleza, integrando en ella elementos personales, dejaba de ser un elemento común para el ser humano y pasaba a ser posesión de aquel que efectuó tal modificación; por lo tanto, la propiedad se funda en la capacidad de trabajo del ser humano. Posteriormente, en Europa a partir del siglo XVIII donde los conceptos se alejan de lo religioso, el trabajo se justifica por su contribución social; desde aquí en adelante, se le atribuyen valores importantes que son reforzados por las corrientes de pensamiento socialistas (2).

Desde entonces, existe un llamado constante a la humanización y a dar un sentido social a las actividades económicas, dando participación y dignidad al ser humano (30-32). En la actualidad, se habla de la responsabilidad social empresarial (RSE), término que no es nuevo, surge alrededor de los años 20, como una forma de compensar las desigualdades que se producían en la sociedad por el desarrollo económico de la época; y correspondían a prácticas filantrópicas o de voluntariado desarrolladas por la burguesía. En los años 50, se dan los primeros pasos para desarrollar el concepto de responsabilidad social propiamente tal, pues existía la idea de que las empresas que tenían el poder e influenciaban la vida de los demás ciudadanos, debían cumplir con ciertos requisitos que permitieran la sustentabilidad. Ya en los años 70, es definida la RSE como: “conducir los negocios de acuerdo con los deseos de ellos, que generalmente serán deseos de hacer tanto dinero como fuera posible atendiéndose a las reglas básicas de la sociedad, tanto las incorporadas en la ley como las incorporadas en las costumbres éticas”. En la década del 80, se da un sentido beneficioso a las prácticas de responsabilidad social, ya que es una oportunidad para la empresa de generar ganancias. En la década del 90, surgen conceptos propios; como la ética en los negocios, ciudadanía corporativa y grupos de interés. Finalmente, en la década del 2000, resalta el concepto de la ética en la RSE que convive con la libertad regida por la responsabilidad (libertad responsable) (33).

A pesar de esta concepción idealista del desarrollo empresarial, el paradigma económico se ha perpetuado junto a la inequidad; por lo tanto, el tema fundamental es lograr el equilibrio entre la productividad, enriquecimiento y poder del directorio o dueños de la empresa y la sustentabilidad de esta, inmersa en el medio ambiente biológico, social y laboral (30). No se mejora la productividad explotando a los trabajadores, pues estos se desgastan; y a largo plazo implica mayor inversión en remplazos por ausentismos debido a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, o interviniendo el ambiente que conlleva a la destrucción paulatina de los ecosistemas produciendo daño a la sociedad, repercutiendo sin duda, en el trabajador. La responsabilidad social empresarial es un tema que muchas empresas han dejado en el olvido o toman como un requisito a cumplir para la legislación, siendo sus acciones muy superficiales; sin embargo, los beneficios pueden ser importantes para la reputación de esta, produciendo pertenencia de los empleados, adherencia de sus clientes y confianza de los inversionistas (34).

Otro concepto desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo es el de “trabajo decente”, que surge como consecuencia de las grandes crisis económicas y la globalización, que han provocado un empobrecimiento de la fuerza laboral a nivel mundial. En el año 2008, los trabajadores pobres y con bajas remuneraciones aumentaron, producto de la desaceleración de la economía provocada por la masificación de los créditos de diferente índole, produciendo además, la disminución en la calidad de las condiciones laborales de aquellos trabajadores que se encontraban en trabajos estables. El concepto de trabajo decente es utilizado a nivel mundial y nace bajo la necesidad de un cambio de paradigma en el comportamiento económico-social-laboral, debido a las circunstancias de libre mercado que han promovido el aumento en las brechas entre las clases sociales. Los gobiernos han desarrollado estrategias políticas y económicas que de algún modo han permitido sobrellevar esta situación (35); sin embargo, el fenómeno lejos de solucionarse, ha aumentado la desigualdad, injusticia e inequidad y el subempleo, favoreciendo un modelo que estimula a trabajar en dos o más instituciones.

La OIT, a través de sus mandantes (gobiernos, organizaciones de trabajadores y empleadores), define trabajo decente para poder orientar los esfuerzos hacia este principio fundamental. “El trabajo decente significa contar con oportunidades de un trabajo que sea

productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato” “El trabajo decente es esencial para el bienestar de las personas. Además, de generar un ingreso, el trabajo facilita el progreso social y económico, y fortalece a las personas, a sus familias y comunidades”, propuesta que concuerda con la teoría del desarrollo humano donde está inscrito el índice de desarrollo humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (36).

La globalización expande los mercados de las naciones hasta crear una comunidad económica internacional, atrayendo oportunidades de desarrollo y crecimiento monetario y mercantil; pero con incertidumbre e inseguridad en la economía mundial, fomentando la competencia y la flexibilidad en el empleo, llegando, en aquellas regiones donde las estadísticas ocupacionales son altas, a remplazar el desempleo por trabajos de baja calidad y con remuneraciones indignas al amparo del subempleo y donde, normalmente, son ocupados por mujeres. El problema ha resurgido en áreas de Asia Oriental, América Latina o los países africanos, donde se hace más grave o sencillamente no tiene solución a corto o mediano plazo (36).

La OIT ha desarrollado cuatro objetivos estratégicos que permiten emplazar las actividades programáticas de los diferentes gobiernos hacia el mejoramiento de la calidad de vida de trabajadores y trabajadoras. El primero es la creación de trabajo; permitido por una economía que posibilite la iniciativa de los empresarios en invertir, crear puestos de trabajo, utilizar las capacidades de los trabajadores y el desarrollo de estilos de vidas sostenibles. El segundo objetivo es garantizar los derechos de todos los trabajadores, especialmente los más desprotegidos, con la creación de un marco legal que no esté en contra de sus intereses. Tercero, es extender la protección social, garantizando que mujeres y hombres gocen de condiciones de trabajo seguras con tiempo libre y descanso adecuado, involucrando valores familiares y sociales que resguarden la integridad de los ingresos y la asistencia en salud. Finalmente, promover el diálogo social con el involucramiento comprometido de trabajadores y empleadores, que permitan plantear sus puntos de vista en pos de mejorar la

productividad de la empresa y crear una sociedad justa (36). El punto central es lograr que los trabajadores se sientan a gusto con las labores que realizan; inmersos en un ambiente laboral sin riesgos que, junto con entregarle responsabilidades y obligaciones, les proporcione dignidad y justicia social, resguardando su propia integridad y también la de su grupo familiar.

Sin embargo, en la práctica, el trabajo involucra riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos, los que se especifican en una serie de factores: iluminación, temperatura, ruido, radiaciones ionizantes y no ionizantes, productos químicos peligrosos, plaguicidas, elementos corto-punzantes, cargas pesadas, rayos ultravioletas, alteraciones en el orden, higiene y seguridad, presiones hipobáricas e hiperbáricas, gases peligrosos, artículos inflamables, trabajo repetitivo, sistema de turnos nocturnos, oficinas mal diseñadas, vibraciones, etc. (25;37), que no se han controlado totalmente y que traen consecuencias negativas para el individuo, la institución, el país y la sociedad.

3.2.Exceso de trabajo

El exceso de trabajo, la sobrecarga laboral o trabajo expandido, se pueden explicar desde dos puntos de vista; por una parte, la labor realizada sobrepasa la capacidad del individuo para sobreponerse, que al generar mayor exigencia corporal (mental y física) se producen daños orgánicos y mentales que acarrear consecuencias para el individuo, la familia, la empresa y la sociedad (38). Por otra parte, se relaciona con la voluntad de aumentar la carga horaria, ya sea por el trabajador o el empleador en busca de la realización de tareas específicas encomendadas, transformándose en jornadas laborales dobles o triples, en ambientes de trabajos iguales o diferentes, con el consiguiente sacrificio de horarios de comida, recreación, descanso, sueño y de contacto con las redes sociales (familia y amigos), este último punto de vista se transforma en variable activa en esta tesis para determinar dos grupos importantes; con exceso de trabajo y sin exceso de trabajo (39).

Es evidente que las labores inherentes a los cargos o funciones que desarrollan las personas en el ámbito del trabajo no son las que provocan daños en la salud de los trabajadores, sino que las condiciones que están asociadas a ello; tanto físicas, relacionadas con las características ambientales de los puestos de trabajo; psicológicas, determinadas

principalmente por el stress generado por la demanda laboral, las características de personalidad o la situación vivencial presente; y los aspectos sociales, caracterizados por las relaciones que se establecen entre los diferentes trabajadores y la relación existente entre el lugar de trabajo y la familia (40), en el caso de enfermería, también existe el compromiso empático con una persona que requiere de su cuidado, que presenta quebrantada su vida producto de un proceso de enfermedad, y que depende, física y emocionalmente, de la labor que este trabajador realiza.

La sobrecarga de trabajo acarrea ciertas patologías que presentan gran impacto en salud pública por el nivel de ausentismo laboral que producen, como son las enfermedades músculo-esqueléticas de ciertos segmentos musculares, producto de agentes de influencia directa, como las posturas inadecuadas, sobreesfuerzos, movimientos a repetición, manipulación de peso excesivo, vibraciones, presión, etc., e indirectas, como la luminosidad, el ambiente térmico, el ruido, el ordenamiento, presencia de agentes tóxicos o irritantes, etc. (23). Los estudios (41) lo ratifican y relacionan, además, la presión psicológica como factor para el agravamiento de estas patologías. Estos aspectos se conjugan provocando Disturbios Osteoarticulares Relacionados con el Trabajo (DORT) como lumbalgia, tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano, esguinces, entre otras; pero, previo a la patología, la respuesta inmediata es la fatiga.

3.3.Fatiga

La fatiga es un concepto en salud considerado, por algunos autores, como aún no desarrollado, por existir literatura insuficiente, presentar definición compleja por su multidimensionalidad conceptual y tener un carácter subjetivo, que depende de la percepción del individuo, no necesariamente relacionada a ejercicio físico excesivo(9). Desde la antigüedad, es asociada a repercusiones tanto físicas como psicológicas y las palabras astenia, adinamia, letargia, somnolencia y falta de motivación se utilizan como sinónimos (9).

La definición de este término ha sido siempre compleja, ya que es una acepción muy común. En el caso de la fatiga muscular, puede ser definida como: “la imposibilidad de generar una fuerza requerida o esperada, producida o no por un ejercicio precedente. Así

quedarían obviados el nivel de fuerza y la periodicidad de la misma, así como, el tipo de contracción muscular y el alcance de la misma” (42).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en el año 1988, introdujo la fatiga como diagnóstico de enfermería, entregando la siguiente definición: “sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual” (43;44) sus características definitorias son: la incapacidad de reponer energía, aumento de las necesidades de reposo, cansancio, incapacidad de mantener las rutinas habituales, aumento de las dolencias físicas, necesidad percibida de energía adicional para realizar tareas de rutina, somnolencia, concentración comprometida, sentimiento de culpa por no cumplir con sus responsabilidades, falta de energía o incapacidad de mantener el nivel habitual de actividad física (31), verbalización de una constante y opresiva falta de energía, desempeño disminuido, desinterés respecto del ambiente que los rodea, introspección y libido disminuida (43).

Otra definición indica que corresponde a: “un estado funcional de significación protectora, transitoria y reversible, expresión de una respuesta homeostática, a través de la cual se impone de manera ineludible la necesidad de cesar o, cuando menos, reducir la magnitud del esfuerzo o la potencia del trabajo que se está efectuando” (42). Desde esta perspectiva sería un mecanismo de defensa del organismo frente al esfuerzo intenso y prolongado que solicita al cuerpo imperiosamente el descanso, ya que existe una caída en el rendimiento y sentimiento de fatiga (45).

La fatiga, según Barbado, se clasifica de acuerdo a la temporalidad en aguda y crónica, marcando diferencias importantes en el daño que genera a la salud de los trabajadores. La fatiga de carácter agudo, se manifiesta por síntomas ocasionales que se inician rápidamente y duran poco, el descanso ayuda a reponer la energía permitiendo que la persona regrese a sus actividades normales. Por otro lado, el síndrome de fatiga crónica es un cuadro que provoca cansancio extremo, que permanece en el tiempo y que imposibilita a la persona para desarrollar sus actividades (46). Su sintomatología se relaciona con afecciones físicas, mentales y emocionales; implica cansancio diario que no desaparece cuando se descansa.

De acuerdo al sistema biológico afectado, se clasifica en física o muscular y mental; la primera, se relaciona con la imposibilidad de mantener un esfuerzo muscular; y la segunda, mucho más difícil de diagnosticar, está definida “como la presencia desagradable de asociaciones o recuerdos que distraen al individuo, de dificultades para concentrarse y en general de falta de rendimiento del pensamiento”, su principal sintomatología está relacionada con irritabilidad, ansiedad y cefalea (45).

Otra clasificación aceptada es la de Garrosa E. et al, que identifica tres conceptos referentes a la fatiga laboral; fatiga fisiológica, relacionada con la reducción de la capacidad física del trabajador; fatiga objetiva, entendida como la disminución del rendimiento en el trabajo; y fatiga subjetiva, vinculada con los sentimientos o percepción del cansancio de acuerdo a la experiencia personal. Desde el punto de vista de las manifestaciones, estas se pueden clasificar en: fisiológicas, como la disminución de glucosa en la sangre o la acumulación de ácido láctico en el tejido muscular; conductuales, como el bostezo que se relaciona con el deterioro del nivel de rendimiento; y subjetivas, como el disconfort o dolor, dificultad para mantener los ojos abiertos o mantenerse despierto, pérdida de la concentración, dificultad en la toma de decisiones y lentitud en el pensamiento (47).

La sensación de fatiga difiere en cada persona y está relacionada, también, con la satisfacción respecto de las actividades que se realizan y la pertenencia a la empresa, siendo causa fundamental de muchos accidentes en el trabajo (42). En el ámbito del trabajo en salud, se agrega el factor de invertir energía en establecer relaciones efectivas con individuos que presentan necesidades insatisfechas, expresadas en enfermedades que requieren esfuerzos de atención importantes de los equipos, las enfermeras y su personal. A ello se suma, el trabajar en sistemas que implican romper con el ciclo natural metabólico de sueño-vigilia debido a la necesidad de mantener la atención las 24 hrs. (48). Se ha demostrado que realizar turnos de noche produce fatiga elevando los niveles de intolerancia al trabajo (49).

Las situaciones de acoso moral (mobbing, síndrome de Burnout y estrés laboral), pueden desencadenar en fatiga laboral, que al ser detectada a tiempo, puede recuperarse con tratamiento y apoyo psicológico adecuado; pero si no es así, la persona puede desarrollar síndrome de fatiga crónica, que permanece en el tiempo y es de difícil recuperación (45).

La edad, enfermedades concomitantes crónicas y el exceso de trabajo, son otros de los factores de riesgo que potencian la influencia del trabajo sobre la persona produciendo sobrecarga y fatiga (48;49).

En la legislación chilena (decreto N° 3500) se puede asociar la producción de fatiga, por un lado, al concepto de trabajo pesado que es definido como “aquellos cuya realización acelera el desgaste físico, intelectual o psíquico en la mayoría de quienes lo realizan, provocando un envejecimiento precoz, aun cuando ellos no generen una enfermedad profesional” (50), lo que da pie a que la persona, luego de la evaluación respectiva, pueda retirarse de su trabajo y obtener una pensión anticipada. Los requisitos que la ley establece para determinar este tipo de trabajo son: superar el 40% de la capacidad aeróbica o el 40% de la carga cardiovascular. Por otro lado, se puede asociar al concepto de trabajo repetitivo, el cual, es definido, según la legislación chilena, como aquellas operaciones que exigen efectuar el mismo patrón de movimiento más del 50% del tiempo del ciclo trabajo, y que la duración media de cada ciclo sea inferior a 30 segundos; cualquiera de estas dos deben cumplirse. La fatiga laboral habitual no cumple con estos estándares, puesto que en trabajos que no son pesados ni repetitivos el trabajador puede estar cansado y con fatiga tanto física como mental (50).

En resumen, el exceso de trabajo es fundamental dentro de esta investigación, pues determina una condición que divide a los trabajadores en dos grupos en relación a las horas trabajadas, de tal manera, que aquellos que laboren por sobre las 44 horas de trabajo por contrato, constituirán trabajadores con exceso de trabajo. Esto, se puede traducir en una carga tanto física como mental; la primera relacionada con la cantidad de trabajo que la persona debe realizar implicando un esfuerzo físico importante; y la segunda, con el nivel de esfuerzo mental e intelectual que debe utilizar el trabajador para desarrollar sus labores, el cual será tratado más adelante en esta revisión bibliográfica. La consecuencia inmediata es la fatiga aguda, en la cual hay que realizar una distinción entre fatiga general, fatiga laboral y fatiga mental. La primera puede ser producida por diversos factores, no solo los laborales y que tienen que ver con la vida personal y familiar; la segunda, está relacionada esencialmente con el trabajo; y la última, es la disminución temporal de las funcionalidad mental y física que dice relación con la intensidad, duración y distribución transitoria de la

carga mental donde el único modo de recuperación es el descanso y no el cambio de tarea. En este sentido, el instrumento a utilizar validado en Chile mide tanto la percepción de fatiga física como cognitiva, por lo tanto, fueron elegidas estas dos tipos de fatiga para ser medidas. Por su parte, la fatiga crónica es un estado que involucra procesos patológicos que no serán abordados en esta investigación.

3.4. Factores psicosociales del trabajo

El área psicosocial forma parte de un ámbito de estudio actualmente en auge, en ella se pueden identificar tanto características positivas como también negativas; las primeras permiten el desarrollo de la persona y del trabajador, sin embargo, las segundas (sobrecarga de trabajo, exceso de carga mental, realización de tareas repetitivas y de muy corta duración, entre otras.), provocan consecuencias que es necesario detectar anticipadamente, pudiendo conducir al stress crónico y al desgaste o fatiga (51).

Los riesgos psicosociales laborales son definidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como: “interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte; y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”, por lo tanto, los factores psicosociales emanan del contenido de la tarea (tipo, variedad, carga, tiempos, autonomía, etc.), de la organización del trabajo (relaciones interpersonales, desarrollo profesional, clima, cultura), de las características del trabajador (competencias, capacidades, necesidades, expectativas, personalidad, actitud en el trabajo) y medio ambiente familiar y social (factores culturales y sociales externos al trabajo). Las relaciones se generan con fluidez en todos estos ámbitos interactuando, de tal manera, que el individuo no se puede clasificar en uno u otro, puesto que es indivisible la interacción entre las características personales, las interacciones sociofamiliares y el desempeño en el trabajo (52).

En el momento en que los factores organizacionales y psicosociales de las empresas y organizaciones acarrear como consecuencia, a la situación antes descrita, inadaptación, alta tensión y respuestas sicofisiológicas al estrés, pasan a ser factores de riesgo (53). Sin

embargo, hay que realizar una diferenciación entre factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales. Determinan tres niveles dentro de la organización; el primero, lo constituyen los factores psicosociales, que son características generales de la organización como la tecnología; estos pueden producir influencias negativas o positivas, provocando respuestas adaptativas específicas en los trabajadores. Se les denomina factores organizacionales psicosociales (54).

En el segundo nivel, se encuentran los factores psicosociales de riesgo. Cuando los factores organizacionales no se desarrollan de manera correcta, constituyen elementos de sobrecarga que provocan disfunción en los procesos de trabajo; esto repercute en los trabajadores provocando respuestas de estrés, afectando negativamente su salud (54).

En general, los factores psicosociales de riesgo se pueden clasificar en dos grandes áreas el ambiente o “entorno objetivo” (dimensión colectiva) y las condiciones subjetivas (dimensión individual). Los primeros se subdividen en tres aspectos; relativos al ambiente físico o material de trabajo, a la organización y al contenido de la tarea; y el segundo en dos, las características de la persona y la dimensión relativa a las relaciones interpersonales (54).

El ambiente físico incluye factores como la iluminación, ruido, ambiente térmico, espacio de trabajo. Los aspectos de la organización del trabajo incluyen: el modelo de relaciones laborales de una empresa y la cultura de gestión de los recursos humanos, dentro del cual, contempla los estilos de mando y dirección, el papel en la organización de cada individuo, la comunicación, y las relaciones interpersonales con los compañeros, con terceros o personas externas. En el contenido de la tarea (condiciones y sistemas de trabajo) se incluyen la carga de trabajo, el margen de autonomía o control del trabajador, la presión del tiempo de trabajo (ritmos de trabajo), la monotonía/repetitividad, trabajo a turnos y nocturno, y las conductas violentas y/o abusivas (54).

La dimensión individual o factores subjetivos, abarcan las características de personalidad de cada uno de los trabajadores; variables individuales de carácter personal (edad, sexo, formación), la experiencia vital, y trayectoria personal y profesional de cada trabajador; así como también, expectativas individuales, estados biológicos, hábitos de consumo y estilos

de vida, y las responsabilidades familiares. Finalmente, en la dimensión social se incluyen: el ambiente social y la carga familiar (54).

En el último nivel, se encuentran los riesgos psicosociales, son los elementos que presentan una alta probabilidad de afectar al trabajador y a la organización, pueden estar asociados a los factores psicosociales de riesgo, pero no son consecuencia estrictamente de ellos; sino que surgen derivado de una situación y contingencia acaecida en el trabajo, se pueden distinguir: el estrés, la violencia, el acoso laboral, el acoso sexual, la inseguridad contractual, el Burnout, el conflicto trabajo/familia y el trabajo emocional (53).

Los factores de riesgo psicosocial presentan las siguientes características: se extienden en el espacio y en el tiempo, dificultan su objetivación, afectan a los otros riesgos, tienen escasa cobertura legal, están moderados por otros factores y su intervención es difícil. Estos afectan los derechos del trabajador, influyen en su salud mental y presentan, además, efectos globales en la salud general (55).

Los factores psicosociales de riesgo pueden ser propicios para la aparición de los riesgos psicosociales; es así como la presencia de un clima laboral autoritario o sin consideración, puede ser contribuyente para la aparición de riesgos psicosociales como el abuso o la violencia; en consecuencia, la prevención comienza con los factores psicosociales de riesgo. (56)

Serán más propensos a sufrir riesgos psicosociales, las personas que se caracterizan por presentar una comunicación interpersonal deficiente, o no cuentan con las habilidades necesarias para entablar sus ideas o reclamar sus derechos en forma adecuada; con autoestima baja, personal y profesional. Trabajadores exigentes consigo mismos, cuya prioridad es no cometer errores o caer en contradicciones frente a los colegas o jefes, con procesos patológicos ansiosos en tratamiento como respuesta a características estresantes de los lugares de trabajo, que no han sido superados o que se reactivan producto de las condiciones laborales; y las personas con enfermedades introvertidas y ansiosas, que necesitan siempre estar dependientes de otras personas para la toma las decisiones (55).

En la actualidad, los factores de riesgo psicosocial, son temas que están en la palestra de la contingencia laboral, derivado de la realidad en que se desarrolla el trabajo, haciéndose

cada día más relevantes, especialmente en forma mediática; entre ellos, la violencia y el acoso laboral han sido temas recurrentes, por otro lado, el impacto que han causado es de connotación social, pues han llevado, incluso, a suicidios o a traumas importantes (56).

Los factores de riesgo psicosocial acarrear, indiscutiblemente, problemas para la salud de los trabajadores; que van desde problemas fisiológicos producto de la somatización, como hipertensión arterial, palpitaciones, cansancio, tensión muscular, trastornos del sueño; psicosomáticos, patologías de músculos, tendones y articulaciones, úlceras gástricas o duodenales, diarrea o estreñimiento crónicos; problemas psicológicos, como ansiedad, irritabilidad, preocupaciones, insatisfacción, desánimo, baja concentración, disminución de la memoria, irritabilidad, uso indiscriminado de medicamentos; complicaciones conductuales, como comportamientos obsesivos compulsivos, disminución de la productividad en el trabajo, ausentismo, consumo de drogas lícitas e ilícitas y precariedad en entablar relaciones sociales llegando a disminuir significativamente las redes de apoyo (52); en la empresa la demanda intelectual aumenta el riesgo de accidentes laborales (57). No obstante, cualquier actividad, incluso de carácter físico, puede causar stress mental; por lo tanto, diversos estímulos externos pueden implicar tal efecto, provocando tensión al ser humano que puede llegar al Burnout (58).

3.5.Estrés.

El factor de riesgo psicosocial estrés, se ha estudiado desde hace mucho tiempo, ya en 1911 Walter Canon, emplea por primera vez tal acepción, ya que descubre accidentalmente la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina, desarrollando posteriormente el concepto de la reacción de lucha o huida que caracteriza la respuesta de todo organismo que percibe alguna situación como peligrosa. Desarrolla su teoría homeostática (59).

El estrés, es explicado bajo diferentes teorías y puntos de vista. Desde el punto de vista de la respuesta, Hans Selye (1948) la define como “la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él”, catalogando como estrés a la respuesta del individuo y no al estímulo. Este científico describió el síndrome general de adaptación desencadenado cuando el estímulo estresante persiste, este síndrome es definido como “la suma de todas

las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistemática del estrés”. Presenta tres etapas; la primera, reacción de alarma donde la respuesta del organismo se produce con gran intensidad, con aumento de la secreción de corticoides, con hemoconcentración e hipocloremia. La segunda; fase o estadio de resistencia, se produce una adaptación del organismo al estresor con una mejoría y desaparición de los síntomas; y finalmente en la etapa de agotamiento, la persistencia de la exposición al agente estresor provoca reaparición de los síntomas de alarma, lo puede significar la muerte del organismo (59)

Estos primeros autores (Canon y Selye), desarrollaron modelos teóricos para explicar, principalmente, la reacción aguda e inevitable en situaciones de amenaza para la supervivencia biológica.

Desde el punto de vista del estímulo (Holmes y Rahe, 1967), el estrés se localiza fuera del individuo donde el strain (efecto producido por el estrés) es propio de la persona. Los modelos planteados son una analogía del modelo de ingeniería basado en la ley de elasticidad de Hooke: “El estrés (la carga o demanda que se ejerce sobre el metal), produce deformación (distorsión) del metal (strain). Si el strain, producido por el estrés, cae dentro de los límites de elasticidad del metal; cuando el estrés desaparece, el material retorna a su estado original; pero si sobrepasa esos límites, los daños son permanentes” (60).

Finalmente, se encuentran las teorías basadas en la interacción o transaccionales (Lazarus y Folkman, 1986), que explican que la persona y el ambiente se encuentran constantemente relacionados en forma dinámica y recíproca. Cada persona evalúa y determina si el estímulo del entorno es un factor estresante, y reacciona de acuerdo a ello (60).

En el ámbito laboral, se han desarrollado modelos explicativos del estrés relacionado con la carga de trabajo, donde los estresores son crónicos y generalmente no significan una amenaza a la vida, y que surgen de decisiones complejas dentro de la organización, como lo es el modelo de demandas/control. Este modelo fue desarrollado por Karasek y theorell, y Johnson y Johansson en los años 90, se basa en las demandas psicológicas del trabajo y las capacidades del trabajador en conjunto con el control del trabajo. Este modelo, tiene un valor predictivo en cuanto al riesgo de enfermar debido al estrés. Las reacciones más

negativas se deben a las altas exigencias psicológicas y la baja latitud en la toma de decisiones (control del trabajo). Cuando el trabajador presenta control elevado en el trabajo y las demandas psicológicas también son elevadas, pero no causan sobreesfuerzo en el trabajador, se produce un comportamiento de crecimiento y aprendizaje. El trabajador que presenta la suficiente latitud de toma de decisiones, elige como afrontar el nuevo estresor; este comportamiento, al ser eficaz, es incorporado al repertorio de estrategias y utilizado en situaciones similares; por lo tanto, aprende. Por el contrario, aquellas situaciones de escasa exigencia y escaso control provocan un ambiente de trabajo desmotivador, que conllevan a un aprendizaje negativo, e incluso, a las pérdidas de las habilidades que el individuo poseía anteriormente (61).

Otro modelo explicativo de la producción del estrés asociado a la carga de trabajo, es el modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa desarrollado en Alemania por Johannes Siegrist en el año 1996, este describe que la situación estresante se genera cuando existe un desequilibrio entre el alto esfuerzo invertido por el trabajador, y la baja recompensa o retribución por el trabajo realizado. El componente esfuerzo incluye dos dimensiones; intrínseca, que implica involucrarse excesivamente en el trabajo; y la extrínseca, que comprenden las demandas y obligaciones laborales. En cuanto al componente recompensa, implica tres “trasmisores” aceptados socialmente: salarios y beneficios justos, estima y reconocimiento en el trabajo, y promoción laboral y seguridad en el empleo. Este modelo tiene gran utilidad en la actualidad debido a las características que presentan los puestos de trabajo desarrollados bajo la influencia de la globalización; de gran exigencia, baja recompensa y alta inestabilidad laboral (62).

3.6.Carga mental

La definición de carga mental involucra poseer la habilidad de procesar la información al efectuar una tarea, conjugando un conjunto de constituyentes estructurales y energéticos. El primero, implica operaciones específicas de procesamiento de información como es la memoria de trabajo; y en el segundo, involucra la capacidad de atención finita y unidimensional, pero depositada en diferentes tareas. Por lo tanto, la carga mental implica la movilización de recursos para lograr satisfacer la demanda de las tareas que se imponen en el trabajo, los que al ser superados, pueden reorientarse y adaptarse, o simplemente, la

persona se resiente. La habilidad de trabajo mental está conformada por componentes esenciales para manejar la información, características cognitivas que aseguran la transmisión de esta, como son la memoria y atención; la subjetividad en la recepción de la información donde las emociones juegan un papel fundamental, y la disponibilidad para transformarla en acciones concretas que presentarán repercusión en la vida laboral, donde la motivación y el esfuerzo son factores fundamentales (63).

El tema de la fatiga mental se ha transformado en un tópico recurrente en áreas de la salud y psicosocial, ya que desemboca en síndromes crónicos que plantean verdaderos comportamientos endémicos, como lo son los trastornos psicológicos y el Burnout, paralelos a enfermedades como las respiratorias, cardiovasculares y cáncer. La complicación principal es la multidimensionalidad de su definición y la multiplicidad de factores que intervienen, y que hace difícil clasificar su ocurrencia como laboral o no. Involucra aspectos como el estrés, la demanda del trabajo, conflicto en las funciones, soporte social, baja actividad física y problemas nutricionales, ya sea bajo peso o sobrepeso en mujeres y hombres (64).

En estos momentos, es un gran tema de estudio debido a la importancia que implica su presencia para el desarrollo de la productividad de las empresas, mejoramiento de la calidad de vida de las personas asociada al trabajo, y en definitiva el desarrollo del país. Hoy se tienen controlados de alguna forma los riesgos tangibles (físicos, químicos, biológicos) que influyen en la génesis de diversas patologías o síndromes laborales físicos, sin embargo, la carga mental, los factores que influyen en ella, y las repercusiones psicológicas como el síndrome de Burnout, necesitan ser investigados profundamente en toda su multidimensionalidad para encontrar las estrategias adecuadas de mitigación y control (10).

3.7. Síndrome de Burnout

Entre los factores de riesgo psicosocial se encuentra el síndrome de Burnout, también llamado síndrome del quemarse por el trabajo (denominación en español), presenta varias características asociadas, principalmente, al stress laboral producido por las exigencias del trabajo. Nació como concepto en Estados Unidos a mediados de la década del 70, con el objetivo de explicar el deterioro de las prestaciones de cuidado en las empresas de servicio,

donde los trabajadores están en contacto directo con usuarios (10;11). Fue acuñado por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger, quien observó cambios propios y de otros profesionales, como disminución del idealismo y de la simpatía hacia los pacientes; característica fundamental de profesionales volcados a desarrollar sus actividades en torno a otras personas (65).

La definición, catalogada como más acertada, por abarcar con mayor precisión la esfera laboral, es la establecida por Farber: “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia entre los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto-concepto profesional, actitudes de rechazo ante el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima”(66).

Quiceno JM., lo define como: “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psico-fisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales” (52); sin embargo, el desarrollo más importante en torno al concepto, y desde el cual se han derivado otras investigaciones, es la acepción elaborada por Maslach y Jackson, quienes indican que el Burnout es “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y escasa realización profesional, que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas; este síndrome puede llevar a un deterioro en la calidad de la asistencia y/o de los servicios proporcionados. Es importante su relación con disfunciones laborales, tales como la rotación y el ausentismo; y con disfunciones personales, tales como cansancio físico, insomnio, aumento del consumo de alcohol y drogas, problemas familiares y de pareja. En definitiva, el síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés crónico” (67).

La literatura describe modelos teóricos que explican la génesis del síndrome de Burnout. Relacionan las variables implicadas, marcando la diferencia en el tipo de componente que proponen y las estrategias que los individuos manejan para enfrentarlo. “La teoría socio-cognitiva del yo”, da gran importancia a las “variables del Self” para explicar el fenómeno.

La auto-eficacia, autoconfianza y auto-concepto, cobran un papel decisivo; las capacidades de cognición intervienen en las acciones y están determinadas por los efectos de éstas, y las consecuencias desarrolladas en los demás. La convicción está en la creencia en las capacidades de la persona para desarrollar el trabajo. Esta será pieza clave para el logro de los objetivos y la superación de las dificultades que se presenten; de no existir tal confianza en sí mismo, se presenta un obstáculo difícil de flanquear, declinando los sentimientos de auto-eficacia y nace el síndrome de Burnout (68).

Por su parte, la “teoría del intercambio social” postula la búsqueda de reciprocidad y lucro al establecer relaciones interpersonales. Los trabajadores de la salud generan relaciones de reciprocidad con los pacientes, sus compañeros de trabajo y la institución, de tal manera, que si perciben mayor entrega personal que la retribución que reciben, pecuniaria o no, se produce un desgaste que los lleva a la producción del síndrome de Burnout (68).

La “teoría organizacional”, analiza el sistema institucional deteriorado donde se desarrollan las actividades, de roles poco definidos y de estructura organizacional desmembrada. En este sentido, es importante el detrimento del comportamiento organizacional para el desarrollo del síndrome de Burnout (68).

La causalidad del síndrome se desarrolla bajo una multiplicidad de factores, dentro de los cuales se mencionan: el estrés, aburrimiento, desarrollo de la carrera profesional deficiente, condiciones económicas precarias, sobrecarga de trabajo y falta de motivación, orientación profesional precaria y aislamiento (65).

Ciertas características de la persona y psicopatologías están asociadas a su generación; como la depresión, la ansiedad, el locus de control, la conducta tipo A (extremadamente competitiva, impacientes, híperexigentes y perfeccionistas) y las personas con mayor empatía con el sufrimiento y compromiso emocional (65;68). Las estrategias de afrontamiento de las exigencias laborales son diferentes para las personas que desarrollan el síndrome y para las que no; de todas maneras, los cambios cognitivos realizados para hacer frente a las demandas estresantes son considerados factores protectores (65;68).

Otros factores personales estudiados, que colaboran en su aparición son; el sexo, el cual no presenta resultados concluyentes, ya que, se ha mostrado que los hombres puntúan de cierta

forma y las mujeres de otra, lo que ha llevado a la propuesta de que esta variable presenta un carácter más bien moderador, sin embargo, la asociación con otros factores en materia de género que determinan discrepancias entre hombres y mujeres en temas de trabajo formal e informal como el compartir las labores en el hogar, pueden marcar diferencias (68). La edad, sitúa la producción del síndrome alrededor de los 40 años y es inversamente proporcional, a excepción de la escala de agotamiento emocional. El estado civil, ha resultado de mayor padecimiento de Burnout tanto para el grupo de casados como para los separados y divorciados, en los diferentes estudios (68).

La familia es un factor protector, ya que, proporciona elementos de armonía para enfrentar situaciones conflictivas que se presenten en la vida laboral (52). Sin embargo, transiciones en el ciclo vital, que marcan transformaciones importantes; como el fallecimiento de familiares, matrimonios, separaciones, nacimiento de hijos, etc., repercuten en el desempeño laboral (65).

En los profesionales sanitarios, los estresores específicos identificados que actúan en la producción del síndrome, se relacionan con el exceso de estimulación aversiva por confrontar constantemente el sufrimiento y la muerte de los pacientes, junto con el dolor que presenta la familia al perder un ser querido, contacto continuo con pacientes que necesitan cierto grado de compromiso para establecer la relación de ayuda, elevada demanda asistencial, falta de capacitación en el control de las emociones en el personal, pacientes y familiares, turnos de trabajo (especialmente de noche), definición de roles deficiente, roces en el equipo de trabajo y la burocratización de las instituciones de salud (65;68).

Las variables organizacionales identificadas están relacionadas con: “el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución del trabajo, el apoyo social, la ambigüedad del rol y la falta de reciprocidad”. En el caso de las enfermeras el nivel de autonomía y definición del rol se deben considerar, pues, presentan límites difusos en relación a las labores que realizan los demás funcionarios y profesionales, lo que dificulta el reconocimiento social (65;68). Otro factor identificado se posiciona en la esfera social-laboral, la competencia por llegar a ser el mejor en el ámbito profesional, con un alto

estatus y a cualquier costo, repercute negativamente en la persona (66), generando elevado estrés.

Los síntomas principales del síndrome de Burnout son: un bajo nivel de realización personal, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. El primero, se relaciona con la tendencia a evaluarse negativamente afectando la realización en el trabajo; en el segundo aspecto, los trabajadores expresan que ya no pueden dar más de sí por el trabajo emocional que implica enfrentarse a las demás personas; finalmente el último aspecto, tiene que ver con el desarrollo de comportamientos que no corresponden a cómo era la persona (cinismo) debido a una coraza emocional (10). Estos síntomas se expresan en forma paulatina, siendo su aparición insidiosa; proceso cíclico que puede mostrarse en varias ocasiones a lo largo de un periodo de tiempo, de esta manera, el individuo exhibirá los tres componentes durante su vida laboral en reiterados momentos, ya sea en el mismo trabajo o en otro. Surge cuando al individuo se le agotan las estrategias de afrontamiento para contrarrestar el estrés crónico, y es considerado como un paso intermedio hacia las consecuencias de este. Dentro de las ocupaciones que presentan mayor prevalencia de este síndrome se encuentran las enfermeras, médicos y profesores, los cuales manejan una estrecha relación con personas (69). Los trabajadores de enfermería lo viven diariamente con despersonalización hacia los pacientes, sentimientos de culpa y baja auto-estimación, ya que, están inmersos en un sistema que presenta características burocráticas profesionalizadas (10), con exigencias importantes en la atención de los pacientes. Los síntomas específicos, de acuerdo al grado de desarrollo del síndrome, se clasifican en leves: quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana; Moderados: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo; graves: enlentecimiento, automedicación, ausentismo, aversión y abuso de drogas lícitas e ilícitas; y finalmente, extremos: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios (65).

El equipo de salud, al estar expuesto continuamente a estresores crónicos, pueden presentar consecuencias que repercuten en la salud física con enfermedades cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, migrañas, enfermedades gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas, menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculoesqueléticos. En la salud psicológica, se presenta ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, disminución en la

autoestima, en la motivación, la satisfacción laboral y la concentración, distanciamiento emocional, frustración profesional y sentimientos de abandono del trabajo. Así mismo, en el ámbito laboral, se observa ausentismo, consumo abusivo de drogas, conductas violentas, aumento de los comportamientos riesgosos, desórdenes alimentarios, baja en la productividad y menoscabo en la calidad de los servicios prestados a los pacientes (68).

Es necesario resaltar que existen medidas de prevención para este síndrome, descritas en la literatura, se mencionan técnicas para la reducción del estrés como el bío-feedback, la reestructuración cognitiva, capacitación en: asertividad, aptitudes de afrontamiento y técnicas de autocontrol, para enfrentar los conflictos producto de las acciones conductuales, reconocimiento de los síntomas de estrés y las fuentes de origen, sin embargo, estas solo pueden aliviar el cansancio emocional, no así los otros componentes del síndrome de Burnout (68). Por otro lado, se mencionan en la literatura, medidas preventivas como: “proceso personal de adaptación de expectativas a la vida cotidiana, formación en las emociones; equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo; fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes y objetivos comunes, limitar a un máximo la agenda asistencial; tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos en promedio como mínimo, minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales, de capacitación y mejorando la remuneración, formación continua y permanente ajustada a la jornada laboral, coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes y objetivos compartidos; finalmente, diálogo efectivo con las gerencias (65).

Desde el punto de vista legal, la ley chilena no establece específicamente el síndrome de Burnout como enfermedad profesional. Solamente aparecen las “neurosis profesionales que pueden adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como: trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, depresión reactiva, trastorno de somatización y por dolor crónico”. Los trabajos que están expuestos son “todos los que expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa a efecto”, Estas patologías están catalogadas como incapacitantes en forma temporal durante el periodo de diagnóstico y tratamiento inicial de la enfermedad. La invalidez se produce en la fase crónica e irreversible de la enfermedad; cuando la incapacidad, fundamentalmente para el trabajo

específico, alcanza entre un 40% y un 65%, o si incapacita para cualquier trabajo en porcentajes comprendidos entre un 70% a un 90 %. Para llegar a su diagnóstico, es necesario un estudio acabado de las circunstancias en las cuales se produjo la enfermedad profesional, independientemente si está expuesto en el momento de este estudio. Para ello, cualquier trabajador puede pedir, al organismo administrador, se le realicen los exámenes necesarios, esto será comunicado a los afectados y la resolución definitiva debe tener la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, previo informe de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, en un plazo de tres meses. Lo esencial para el inicio del estudio es el diagnóstico médico (70).

Dentro de esta investigación, se decidió incluir el engagement como polo opuesto al Burnout, ya que conjuntamente con el desgaste profesional y la fatiga, existen grados de motivación y compromiso para el desarrollo del trabajo, que también se ven reflejados en el comportamiento laboral, de esta manera, el estudio pretende acercarse a la integralidad de la dimensión laboral de la persona. El engagement marca una postura positiva frente a las demandas laborales y el estrés. Su estudio nace en la década de los noventa de la mano de la psicología ocupacional positivista (POP), como una forma de cubrir todo el continuo relacionado con el síndrome de Burnout, entendiendo que no basta que los empleados se encuentren sanos, sino que, además, involucrados en el trabajo, de tal manera, que realicen sus actividades laborales con agrado y comprometidos (71). La POP, tiene por objeto de estudio el funcionamiento óptimo e integral del trabajador y del equipo de trabajo dentro de una organización, potenciando la calidad de vida laboral y organizacional. Pretende dar respuesta, en cuanto al engagement en el trabajo, en todos los niveles de la organización; individual, de equipo y organizacional, tomando en cuenta la motivación positiva respecto de las competencias, el equilibrio entre trabajo y familia, la satisfacción y la felicidad en el trabajo, describiendo el papel que cumple la organización en el bienestar psicológico y de crecimiento de los trabajadores (72).

El engagement es definido como: “el estado positivo de la mente, realizador y relacionado al trabajo que es caracterizado por vigor, dedicación y absorción. El engagement se refiere a un estado persistente y afectivo cognitivo que no tiene el foco en un objeto, evento, individuo o comportamiento específico” (73). El vigor es entendido como la voluntad

enérgica de no sentirse agotado continuamente a pesar de las exigencias laborales; la dedicación son los sentimientos de entusiasmo, significancia, inspiración y orgullo en el trabajo; y finalmente, la absorción es un estado que persiste en el tiempo que presenta la característica fundamental de ser placentero y de inmersión en el trabajo, donde la noción del tiempo es irrelevante. Las dos primeras dimensiones son consideradas directamente opuestas al agotamiento y deshumanización de la escala del síndrome de Burnout, sin embargo, la dimensión absorción no es catalogada así en relación a la ineficacia profesional, debido a que son dos términos o conceptos que presentan acepciones diferentes y se deben tratar como tal (74).

El engagement no debe ser confundido con la adicción al trabajo, pues ésta presenta características diferentes; el adicto al trabajo realiza sus actividades laborales a pesar de tener la posibilidad de no hacerlo, no tiene la voluntad de desconectarse del trabajo, siempre piensa en el trabajo a pesar de estar en su tiempo libre y se obsesiona con este. Son trabajadores compulsivos y ponen en riesgo su salud, reducen su felicidad y deterioran las relaciones interpersonales; en cambio el trabajador con engagement, trabaja duro pues le gusta y no por un impulso interior, se involucra en lo que hace y se siente feliz al estar concentrado en su trabajo, no tiene compulsividad ni adicción (71).

Existen factores facilitadores del desarrollo del engagement en el trabajador, considerados como recursos para enfrentar la demanda de trabajo, con la consiguiente disminución del riesgo de padecer síndrome de Burnout; entre los recursos laborales se encuentra el apoyo social de los compañeros de trabajo, Coaching, la retroalimentación, la variedad de las tareas, la responsabilidad y la autonomía laboral, y entre los recursos personales están la autoeficacia, la autoestima basada en la organización, el optimismo y la resiliencia, los cuales aumentan la motivación; y por consiguiente, la proactividad. Por otro lado, el trabajador con elevado engagement experimenta con frecuencia emociones positivas como la felicidad, la alegría y el entusiasmo, poseen mejor estado de salud, son capaces de crear sus propios recursos laborales y personales, y contagian su estado a los demás trabajadores (75).

En enfermería es fundamental trabajar el engagement, ya que, es un grupo importante de trabajadores del área de salud que presenta alta demanda por su escasez, y al ser

intervenidos permitirían la optimización de los costos de las prestaciones en salud, creando un entorno que promueva la atención segura y de calidad. Los estudios muestran que para que el engagement sea elevado en estos trabajadores es importante trabajar la autonomía y la confianza. La primera es la motivación intrínseca de la enfermera, basada en los lineamientos que las teorías, modelos y evidencia científica le entregan para la toma de decisiones, lo que permite una atención de calidad; y la segunda es la voluntad de ser vulnerable al otro, pues, el otro es competente, confiable, abierto y considerado; es fundamental para el comportamiento ético de la enfermera. El engagement requiere la creación de una cultura de confianza en todos los niveles de la organización (76).

3.8.Trabajo y Enfermería

El personal de enfermería constituye más de la mitad del equipo sanitario, se desempeña en múltiples actividades (26;77-80) tanto en áreas intrahospitalarias como extra hospitalarias o comunitarias, y dentro de ellas, en los ámbitos: asistencial, gestión, educación e investigación. El cuidado directo de la persona con necesidad de atención es su principal prioridad, involucrándose no solo con el paciente sino, además, con la familia y comunidad, el compromiso es tal que implica estrecha relación asociando tiempo, energía y sentimientos. Es catalogada como la cuarta profesión más estresante puesto que, también, busca constantemente el reconocimiento social (81).

El personal de enfermería está en constante presión de trabajo, sobre todo en los servicios críticos como las unidades de cuidado intensivo; enfrentada al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia; sumado a ello, el trabajo en turnos rotativos y la falta de trabajadores que puedan abarcar a cabalidad los requerimientos de la población y de las instituciones empleadoras, haciendo que doble su jornada de trabajo (82;83). En estas unidades críticas es necesario adoptar estilos de liderazgo de acuerdo a las condiciones que la situación plantea, la carga de trabajo, las capacidades y habilidades propias, y del personal a cargo. En este sentido, influye la relación del comportamiento del líder en la tarea, su comportamiento en la relación con sus subalternos y la madurez de estos (84), por lo tanto, le exige estar continuamente conectado a las situaciones acaecidas en los diferentes servicios, aumentando la necesidad de atención y concentración.

En los centros asistenciales, enfermería es un capital de trabajo que si se daña, por el cansancio emocional que traen sus labores, provoca detrimento en la calidad de atención, asociado al desbalance entre lo que da y lo que recibe; sentimientos generados específicamente en el desequilibrio de las interrelaciones con colegas, la organización, los pacientes y la potencial carga de trabajo (85). Realiza su labor en un ambiente donde son preponderantes los riesgos biológicos, definido como la capacidad de infectarse con un patógeno en la actividad laboral; este contagio puede ser aéreo, sanguíneo, oral o de contacto. Entonces, son factores de riesgo importantes los fluidos corporales, como la sangre, secreciones orgánicas con sangre visible como pus, vómito, orina, y/o los provenientes de cavidades que son estériles como el Líquido Céfalorraquídeo (77;86). Los accidentes cortopunzantes con material contaminado, el contacto con portadores de enfermedades infectocontagiosas y la falta de elementos de protección personal, son realidades que los afectan diariamente (12). Por otro lado, la cercanía al dolor, sufrimiento y muerte, generan exigencias de esfuerzo físico y mental para los trabajadores, que conllevan repercusiones en la calidad de vida (82).

Los turnos nocturnos repercuten indudablemente en la vida social del personal de enfermería, ya que los individuos, por lo general, no coinciden en la rutina diaria con las personas de su entorno más cercano; vale decir, familia y amigos. Presentan tal cansancio que solo quieren descansar en sus ratos libres, por ende se resiente la vida familiar y las redes de apoyo social, pues, en las festividades no logran participar por estar trabajando (12;87).

Para comprender la situación de género en torno al trabajo, relacionado con la importancia del estudio de los factores familiares, es necesario analizar el constructo de género desarrollado por la sociedad en el que se desenvuelve enfermería y que atribuye el cuidado específicamente a la mujer (88).

Durante la historia y relacionado con el contexto cultural, la mujer ha ocupado un lugar inferior al de los hombres bajo el alero del patriarcado, basados en aspectos biológicos; sometiendo el rol femenino al desarrollo reproductivo, las mujeres engendran y crían, por lo tanto, están más cercanas a la naturaleza, al cuidado y al cultivo, mientras que los hombres fecundan, son proveedores, cazan el alimento y son independientes. Aspectos

económicos; donde el trabajo doméstico no es valorado al no ser remunerado. Mayoritariamente los hombres son los principales proveedores de dinero y ejercen poder sobre la mujer, lo cual en cierta medida, es revertido con la integración de la mujer al trabajo, dándose situaciones donde el poder es mayor en la mujer cuando posee un puesto mejor pagado. A aspectos sociales; donde la identificación con el sexo es definida como una acepción fundamentalmente relacional, como aquel vacío llenado exclusivamente por lo opuesto a femineidad o masculinidad y los modelos proporcionados por la madre y por el padre marcan los caminos a seguir (89). De acuerdo a estos modelos, los hombres imitan los siguientes comportamientos: ira, fuerza, resistencia, sacrificio físico, poseer dinero, poder, poligamia, ser activo, jefe de hogar, proveedor, responsable, autónomo, no rebajarse, no tener miedo, ser creadores, ser destructores y fundamentalmente ser de la calle y del trabajo (90;91). En cambio la mujer imita: el cuidado, la expresión de los sentimientos y el sacrificio personal al satisfacer necesidades de otros (92;93). Ambos son educados de esta forma por generaciones, no solo por los padres sino que también por las instituciones (94).

Los grupos originarios en el mundo presentaban organizaciones sociales similares. En muchas culturas las mujeres solo se dedicaban al cuidado de los hijos y los quehaceres de del hogar, los hombres eran los proveedores, pero la importancia que presentaba la labor de la mujer era mucho mayor (95;96).

Otro aspecto significativo es la influencia de la religión y mitología en la formación de este comportamiento. En la Biblia, en el relato del Génesis, la mujer le da de comer del fruto prohibido al hombre, por lo tanto, es catalogada como la culpable de la expulsión del paraíso, creando un odio encubierto hacia el género femenino. En la mitología, de acuerdo a los relatos griegos, muchos de los dioses eran despiadados y provocaban abusos importantes hacia las mujeres; como por ejemplo Zeus, dios del Olimpo, violó y abusó procreando hijos sin demostrar preocupación por ellos, símbolo hegemónico del patriarcado (90).

A pesar de la concepción respecto al lugar que ocupa la mujer en la sociedad, hay factores que han desencadenado su mayor posicionamiento, es el caso de los movimientos de emancipación y de cambio social: feminismo, revolución homosexual y gay, derecho a sufragio, la sociedad de libre mercado y globalización que repercuten en la economía

familiar y los conflictos bélicos. En este sentido, el hombre ha perdido terreno (97) y la mujer se ha empoderado del logro de la igualdad de género, por lo tanto, se está planteando a partir de los “Men’s Studies” de los años 70 en los países anglosajones, un análisis crítico del género ligado a las universidades (89;98-100).

Otra contribución importante ha sido poner en el tapete temas trascendentes a favor del cambio, como la consideración de que el mundo interior de los hombres es normal y que se debe expresar, la conversación honesta sobre la vida sexual de pareja e individual donde se tocan temas como el SIDA, la liberación gay y la sexualización ambigua de los hombres en los anuncios y la cultura publicitaria, la inclusión del tema de masculinidad en los medios escritos y audiovisuales, el reconocimiento de la existencia del maltrato infantil y abuso sexual infantil en relación con la lucha de poder, la violencia y la masculinidad, los cambios en el servicio militar obligatorio, la inclusión en este de las mujeres y la supresión, en teoría, de los castigos corporales (101).

Pero, la igualdad de género no se ha logrado a cabalidad, la imagen del nuevo hombre es más bien publicitario y ficticio, solo existen acercamientos que darán fruto a largo plazo (102-104).

La incorporación de la mujer al trabajo ha marcado el desarrollo de la igualdad de género. Esta aumentó sostenidamente desde la segunda mitad del siglo XX (105), generada por razones fundamentales como causas bélicas, la necesidad e iniciativa de poder conquistar esta área, la baja en el poder adquisitivo de los hombres debido a la disminución en las remuneraciones o aumento en los estándares de vida, el acceso a la educación superior, la postergación de la procreación y de la constitución de la familia (106;107).

Sin embargo, las mujeres se concentran en rubros diferentes a los de los hombres (segregación horizontal), como prolongación del rol que les ha heredado el patriarcado de cuidado de las familias, por lo tanto, ocupan labores como auxiliar, administrativa o de servicios, incluyendo el cuidado de la salud en el caso del personal de enfermería. En cuanto al sueldo, por ejemplo en la Unión Europea, los hombres ganan un 15% más por hora de trabajo que la mujer y en el sector privado es de un 19%, siendo mayores las diferencias en las personas que presentan más estudios. Los hombres ocupan los puestos de

poder debido a la presencia del “techo de vidrio” que limita el crecimiento de la mujer (108).

Las mujeres han ganado bastante terreno en los ámbitos educacional y de trabajo (109), ya que antiguamente esto era anecdótico, sin embargo, el problema fundamental para la mujer, y particularmente para el personal de enfermería, radica en compatibilizar el trabajo y la familia sin que esta se convierta en un factor de sobrecarga (110;111).

Dentro de las estrategias para sobrellevar el trabajo y la familia se encuentran la contratación a tiempo parcial, que en el año 2001 en la Unión Europea alcanzaba un 33% para la mujer y solo un 6% para el hombre. Ésta marcada diferencia representa, además, la tendencia de la estructura funcional determinada por el patriarcado imperante (112-114) y somete a carreras como enfermería a ser consideradas exclusivamente femeninas.

El informe de flexibilidad laboral elaborado por el Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo realizado el año 2004, evidencia que en Chile efectivamente los hombres, en el ámbito remunerado, trabajan más horas que las mujeres. Estas presentan mayor dispersión y variabilidad, entran y salen más frecuentemente de este ámbito y sus tasas de desempleo son más altas, lo que se ve acrecentado por la flexibilidad laboral (109). Por otro lado, se esgrime la posibilidad de que las mujeres prefieren menor cantidad de horas de trabajo, debido a que necesitan un alto nivel de organización y coordinación con las labores del hogar, por consiguiente, quitan horas al sueño y descanso para lograr la compatibilidad (109). Sin embargo, en Chile las mujeres han ganado bastante terreno y se espera que para el año 2020 la fuerza de trabajo esté compuesta en un 45% por ellas (115).

Para el varón, la familia comprende un refugio donde se busca el descanso y muchas veces la recreación, un apoyo frente a esa vida pública que presenta prioridad, por consiguiente, el compartir las tareas de la casa aún está subvalorado, y aquellos que lo ejecutan son colaboradores, a riesgo de entrar en conflicto si no se valora la escasa labor que se dignan a realizar (102). En este sentido, a juicio del autor de este estudio, no está la voluntad para el cambio, existiendo gran repercusión de la familia en la trabajadora no así en el trabajador, lo que se puede ver reflejado en el área de enfermería.

En resumen, la fatiga y el Burnout son dos síndromes que afectan en forma sustancial a los trabajadores. Por una parte, la fatiga tanto física como cognitiva o mental, es un término muy común dentro de los trabajadores, presenta multidimensionalidad en su causalidad, difícil definición y que, a pesar de su manifestación, se ignora al momento de realizar estrategias de mitigación. Está demostrado, por las diferentes investigaciones, que es un tema muy recurrente en los trabajadores de enfermería.

El síndrome Burnout, como factor de riesgo psicosocial, es muy importante en estos momentos, debido al comportamiento del mundo laboral asociado a la globalización con características como la competitividad, individualismo, bajo reconocimiento, escasa retribución e inestabilidad laboral. Esto genera situaciones de estrés crónico que provoca desgaste en el trabajador y agotamiento. En el polo opuesto está la motivación que el trabajador pueda tener en la tarea, catalogado como engagement; y que conjuntamente es medido en esta investigación, de tal manera que si la intensidad del síndrome de burnout es alta el engagement debería ser de intensidad baja, por otra parte, si están relacionados estadísticamente, puede plantear una estrategia importante para mejorar la calidad de vida laboral del trabajador, en torno a la mejora de las habilidades personales para enfrentar las situaciones de estrés, desarrollando mayor engagement.

El exceso de trabajo es importante en esta investigación, ya que clasifica a dos grupos diferenciados por una característica: sobrepasar o no las horas de trabajo establecidas en el contrato, ya sea en forma remunerada como no remunerada. Esta variable activa es interesante de comparar en relación a los factores familiares, laborales o personales que influyen en la intensidad de la fatiga y el síndrome de Burnout, pudiendo presentar en lo particular diferencias en uno u otro grupo, partiendo de la premisa de que los trabajadores, independientemente de la cantidad de horas trabajadas, presentan ciertos niveles de Burnout y fatiga. Otra clasificación importante, presentada en este estudio, es la relacionada con el grado de complejidad de la atención de acuerdo al tipo de centro asistencial, pudiendo encontrarse diferencias en cuanto al comportamiento de los síndromes y de las variables que influyen en estos, en presencia o no de exceso de trabajo. Los estudios muestran menor cantidad de estudios para los centros de atención primaria en relación a los hospitales de alta complejidad.

4. MARCO EMPÍRICO

Para la elaboración del marco empírico se revisaron las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, ISI Web of Knowledge, LILACS, BIREME, CUIDEN e Index con las palabras claves: Burnout, enfermería, personal de enfermería, fatiga, fatiga mental, carga de trabajo e impacto psicosocial.

La carga de trabajo, tanto física como mental, ha sido estudiada como causa de accidentes del trabajo, síndrome de Burnout y fatiga en los trabajadores. Ya en 1968, Kalsbeek, establecía algunas relaciones entre las mediciones de la carga mental de trabajo y cambios fisiológicos en el ser humano como el ritmo cardiaco (116). De acuerdo a la realidad española, las principales causas de los accidentes del trabajo se relacionan con riesgos como falta de atención y descuidos de parte de los trabajadores (45%), tareas aceleradas (19,4%) y el cansancio (17,8%). Los trabajadores expuestos a sobrecarga expresan mayor respuesta psicósomática que aquellos que no lo están; el 22,5% indica que su estado de salud se ve afectado con síntomas como dolor de espalda, dolor de cuello y el estrés. El cansancio, las alteraciones del sueño y cefaleas alcanzan un 34,3%; los problemas de sueño, un 8,7% y los problemas de ansiedad derivadas del trabajo un 7,8%. Los rubros de educación, salud y administración pública, presentaron los mayores índices de problemas psicológicos, mostrando síntomas evidentes de fatiga y estrés (51).

El exceso de horas de trabajo es un factor determinante en la carga, reportándose incluso, consecuencias físicas, así lo demuestra el estudio realizado por Yang en trabajadores de California, en estos, a medida que se presentaba un aumento en las horas laborales las personas evidenciaban mayor probabilidad de desarrollar, por ejemplo, hipertensión arterial (117).

Compartir las labores en el hogar con la pareja, puede constituir un factor de sobrecarga cuando existe desequilibrio, que en estos momentos favorece al varón, publicaciones muestran algunos ejemplos de esta inequidad, en España en el periodo 1993-2001 el varón aumentó sus actividades en el trabajo doméstico en un 35%, en cambio las mujeres lo disminuyeron solo en un 5%, asociado al nivel educacional y tener empleo. En este último año, la dedicación de las mujeres al trabajo doméstico (7,22 hrs. diarias) duplicaba a la de

los hombres (3,1 hrs. diarias), sin embargo, el trabajo reproductivo sigue en predominio de la mujer (118).

La violencia en el trabajo es una problemática importante que aumenta la carga laboral, que se debe mencionar, pero que no se abordará en este estudio; investigaciones como la de Camerino, muestran que factores adversos, relativos al trabajo, se asocian significativamente a una alta frecuencia de distintos tipos de violencia, interacciones importantes entre factores psicosociales y violencia (119). En enfermería; Sánchez, ha demostrado que los profesionales expresan percibir violencia manifestada en un 94.3% como violencia psicológica con expresiones como: la degradación, negación y aterrorización de parte de los médicos y familiares de pacientes (120).

Gil, establece razones fundadas por las cuales es importante estudiar los factores psicosociales. Se asocian fuertemente a la sobrecarga en el trabajo, la producción de accidentes y a la génesis del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Se estima que la población expuesta a estos riesgos va a ir en aumento, ya que el desarrollo de la sociedad está pidiendo cada vez más la flexibilidad de aptitudes y roles, mayor compromiso en el trabajo, sacrificando la familia y aceptando mayores responsabilidades, unido al comportamiento del mercado laboral de contratos temporales, subcontratación e inestabilidad (51).

En enfermería, la carga de trabajo ha sido evaluada en diferentes servicios (77;79;121;122). Para Maguela, esta profesión comprende la actividad de cuidar, que involucra entender al ser humano como persona holística; se desempeña con autonomía en la protección, promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad. En este sentido, la enfermera/o para entregar el cuidado debe tener una amplia concepción de vida, pues su meta principal es el ser humano integral, por lo tanto, existe una estrecha relación entre trabajo y trabajador, enfrentando sentimientos complejos (78); en su estudio demuestra que los profesionales de enfermería experimentan stress, cansancio, agotamiento y frustración, pues intervienen factores como el acúmulo de funciones, actividades asistenciales burocráticas y la falta de tiempo para desarrollarlas.

Costa, en su estudio sobre demandas de atención en el trabajo de enfermería en hospitales, concluyó que las mayores demandas de atención se relacionan con: vivenciar el sufrimiento del paciente, tomar decisiones al instante, proporcionar cuidado a familias con requerimientos emocionales, falta de tiempo para dar soporte emocional al paciente y orientación familiar; existiendo diferencias significativas en la edad, estado civil, carga horaria semanal, calificación profesional y turnos de trabajo (123). El estudio realizado por Andrade, mostró una alta carga de trabajo en enfermeras de la unidad de terapia intensiva, medido con el instrumento Nursing Activities Score (NAS), evidenciando asociación importante con la cantidad de horas que la enfermera pasaba con el paciente; Pazeto, concuerda con que la carga de trabajo se relaciona significativamente con la gravedad de la enfermedad, la supervivencia y el tiempo de permanencia de los pacientes en este tipo de servicio (76;124); igualmente, evidenció que aquellos pacientes que permanecen más horas en la unidad y presentan mayor gravedad, necesitan mayor dedicación, por lo tanto, mayor demanda de atención con carga de trabajo aumentada (124).

En cuanto a la carga de trabajo y el ausentismo laboral, Rauhala, con datos recolectados mediante el sistema de clasificación de pacientes RAFAELA en hospitales de Qualisan Oy, Helsinki y Finlandia, mostró que aquellas enfermeras que presentaron cargas de trabajo 30% por sobre lo óptimo, evidenciaron más de 12 días de ausencia por enfermedad persona/año, lo que implicó, que la sobrecarga de trabajo pudo contribuir significativamente a la salud ocupacional, a problemas entre los empleados y condujo a una considerable carga económica para los empleadores (125).

Existe una relación estrecha entre el profesional de enfermería y los auxiliares de enfermería y paramédicos, donde los primeros delegan funciones en los segundos, debido a que muchas veces dedican gran parte de sus quehaceres a labores administrativas y de gestión más que asistenciales; lo que demuestra el estudio realizado por Gutiérrez, donde debido al escenario político social y de sobrecarga de trabajo, el profesional de enfermería tuvo que delegar muchas funciones en el personal auxiliar y paramédico (126).

Enfermería se enfrenta diariamente a factores estresores como son el sufrimiento, la enfermedad, la desesperanza y muerte, por lo tanto, constituye sobrecarga. Se muestra en contacto directo con el paciente; siendo intermediario entre este, la familia y el médico, se

suman las características propias de la organización; como la falta de reconocimiento, la desigualdad y la sobrecarga de trabajo, produciendo consecuencias en desmedro de la salud del trabajador (127). Barcellos, ha identificado a los riesgos psicosociales como los factores más importantes para el desarrollo de trastornos en el trabajador en unidades de urgencia y emergencia en Brasil, traduciéndose en alteraciones de salud como dolores, cansancio mental, stress, disturbios del sueño, alteraciones cardiovasculares y procesos infecciosos, llegando a la conclusión que estos servicios presentan un trabajo altamente exigente (12). Por otro lado, son los que realizan mayor cantidad de trabajo físico que involucra movimientos repetitivos, largos periodos de tiempo de pie y carga física excesiva, lo demuestra el estudio realizado por Valecillo en un hospital militar, en el cual, el personal de enfermería evidencia patologías musculo-esqueléticas como dolor de cuello, espalda superior e inferior (14). Da Rosa, mostró en un estudio con personal de enfermería de un hospital, trastornos en cuello, hombro, región lumbar asociados a la demanda física, demanda psicosocial y acondicionamiento físico precario (13). Sin embargo, los trabajadores pueden tener enfermedades concomitantes no necesariamente producidas por el trabajo, pero que la sobrecarga la puede agravar. Assailvi, evidenció que los valores de prevalencia de enfermedades no laborales son muy cercanos a los pacientes que presentan patología crónica, relacionado con la presencia de problemas de salud y con la actividad laboral, siendo inversamente proporcional a la calidad de vida (24).

El personal de enfermería presenta una alta exposición a fluidos corporales que pueden acarrear enfermedades tan graves como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así lo demuestra el estudio realizado por Warley, en el que el porcentaje de trabajadores que alguna vez estuvo expuesto a fluidos corporales de alto riesgo alcanzó al 65% en las unidades críticas y a un 40% en los otros servicios, el 76% refirió contar con los elementos de protección suficientes para desempeñar el trabajo y el 56% indicó haber recibido una capacitación formal (128).

Desde el punto de vista ergonómico, se han encontrado deficiencias en el trabajo hospitalario en relación a la organización del trabajo, división de tareas, falta de lineamientos políticos avocados a la capacitación profesional y técnica, seguridad en el

trabajo, promoción de la salud de los trabajadores, adecuación de materiales y equipamiento; esto se evidencia claramente en el estudio realizado por Del Valle (25).

En atención primaria o básica el comportamiento de la relación laboral se presenta en forma diferente y existen pocos estudios al respecto en comparación con el nivel hospitalario. Los turnos se plantean para suplir trabajos durante el día y solo algunas personas realizan trabajos cubriendo las 24 horas. Sin embargo, estudios como el de Scherlowski, muestran insatisfacción importante de parte de los trabajadores en temas como la relación con los jefes, con los compañeros, en los horarios y percepción de bajo control en la tarea, con la disminución de la oportunidad en la participación de la toma de decisiones, lo que repercute además, en el trato que se le da al paciente (129).

En enfermería, uno de los temas trascendentales es el género, ya que es una labor catalogada como predominantemente femenina, debe cargar con el estigma de la conjunción de dos tipos de exceso de trabajo; el remunerado en el ámbito asistencial y las labores de la casa, que muy pocas veces son compartidas con la pareja por la cultura patriarcal machista de los constructos sociales que han perdurado desde la antigüedad, lo que se ve demostrado en diversas investigaciones (48;65).

Los trabajadores de enfermería desarrollan fatiga y síndrome de Burnout por consecuencia de su trabajo, lo que acarrea ausentismo por licencias y finalmente, déficit de recursos que repercuten en la calidad de la atención y el funcionamiento óptimo de la institución (80).

4.1.Fatiga

La fatiga ha sido estudiada, aunque en menor medida que el síndrome de Burnout, en diferentes rubros. Hay estudios sobre factores influyentes, Garrosa en su estudio sobre “carga mental y fatiga laboral: relación, fuentes, facilitadores y consecuencias asociadas”, estableció entre los factores la infra-carga y sobrecarga mental, la carga física, privación del sueño, condiciones psicosociales en el trabajo y la susceptibilidad de los sujetos (47). Por otro lado, Dawson estableció modelos cuantitativos de la fatiga, relacionada con el trabajo, específicamente en aquellos trabajadores que realizan turnos de noche con franca privación del sueño, constituyendo un factor a considerar para disminuir la fatiga y mejorar el rendimiento de la empresa (127).

Vera, investigó la relación entre el mal agudo de montaña y la fatiga (física y cognitiva) en trabajadores de la minería en Chile, descubriendo que la prevalencia de fatiga fue de un 41.7%; que existían asociaciones significativas entre esta y el mal agudo de montaña, y factores psicosociales y laborales (130).

Estrada, estudia la fatiga física en costureras hogareñas en la ciudad de Mochis Sinaloa, evidenciando que se presenta en el sexto día de trabajo junto con otros trastornos, como el dolor de espalda y cuello. En este sentido, se evidencia una mala organización entre el trabajo y las horas de descanso, ya que, las actividades de costurera y del hogar provocaban estrés (42). Tovalín, al estudiar la fatiga, alteraciones cognitivas y motrices en dos grupo de trabajadores industriales en relación a los turnos rotativos de trabajo, concluyó que aquellos que realizaban algún sistema de turno presentaban mayor grado de fatiga y alteraciones de la memoria visual y motricidad fina (49).

En enfermería, Báez estudió la fatiga física en enfermeras que laboran en el área de emergencia y determinó que existía mayor fatiga en las enfermeras que realizaban turnos nocturnos, especialmente, en el último día laboral y a partir del cuarto día de trabajo. Por otro lado, este agotamiento se asociaba a la edad de las enfermeras, estado civil y número de hijos, pues debían continuar con las labores del hogar y atender las necesidades del grupo familiar (48).

La continua necesidad de adaptación e improvisación de materiales y equipos para mantener la atención, en condiciones laborales pobres, provoca consecuencias importantes en la salud física y psicológica del personal de enfermería en Brasil, evidenciado en el estudio realizado por Oliveira, con signos en los participantes de miedo, ansiedad, estrés, enojo, dolor de piernas, espalda, cefalea y fatiga (131).

Palucci, estudia la fatiga mental en enfermeras que realizaban turnos en instituciones hospitalarias, demostrando que este sistema de trabajo es totalmente perjudicial, presentando síntomas de fatiga mental (embotamiento y trastornos del sueño), en este sentido, las personas que laboraban en los turnos de noche presentaban mayor fatiga (132).

González, evalúa la carga mental y fatiga física en servicios especiales de enfermería, encontrando que los servicios de hemodiálisis y unidad de cuidados intensivos (UCI)

pediátricos, presentan menor carga mental y fatiga, contrariamente a los servicios de urgencias extra-hospitalarias, seguido de los servicios de urgencias generales, reanimación, urgencias pediátricas y UCI adulto. El tipo de servicio, el nivel profesional y la duración de la jornada laboral se han asociado a la carga mental, mientras que la edad al grado de fatiga mostrado (17).

Rella, muestra que los estudiantes de enfermería de los últimos años están sufriendo de fatiga adaptativa producto de la sobrecarga en sus actividades académicas, presentan niveles importantes de fatiga y pobre recuperación, de manera que al final de los cursos, sobre el 20% de los egresados reportan stress y fatiga, evidenciando el comienzo del síndrome de Burnout (133).

4.2.Síndrome de Burnout

El Burnout, también ha sido estudiado en los rubros de mayor riesgo. Ortega, muestra en su investigación en España, diversas poblaciones de trabajadores que han sido objeto de estudio del síndrome de Burnout; entre ellos se encuentran: auxiliares de clínica, cirujanos dentistas, cuidadores de pacientes geriátricos, deportistas, docentes, médicos de atención especializada, médicos de atención primaria y especial, monitores de educación especial, profesionales de enfermería, profesionales de salud mental, psicólogos, trabajadores de centros ocupacionales, trabajadores sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios (68).

En los trabajadores industriales, Ahola, describe que el síndrome de Burnout es un riesgo para la sobrevida, especialmente en trabajos que son extenuantes, ya que aumentan los niveles de depresión y pudiera tener relación con la producción de enfermedades cardiovasculares (134).

En el profesorado, Ranchal, identifica una prevalencia del síndrome de Burnout de 4.8%. No se obtuvieron diferencias significativas por sexo; pero sí, al comparar el índice de masa corporal (IMC). Al realizar pruebas de regresión, solo la edad resulta significativa como factor predictor del Burnout (135). En profesores de escuelas municipales, Vidal, determinó que el 33.6% presentó desgaste emocional, 8.3% alto nivel de despersonalización y en un 43.4% bajo nivel de realización profesional. Variables como la estabilidad en el trabajo, se

relacionan significativamente con las tres áreas de medición del síndrome. La edad y el tiempo de servicio, solo con la despersonalización. Otras variables como: el total de horas de trabajo, acreditar que el trabajo interfiere en la vida personal, desinterés por la profesión, pensar en mudarse de profesión y asegurar que la profesión lo está estresando, se relacionan significativamente con el área de desgaste emocional y realización profesional (136).

Carlotto, mediante regresión múltiple, determinó los factores predictores de Burnout en profesores universitarios, donde en el desgaste emocional las principales variables predictoras, dentro del modelo, fueron la satisfacción con el crecimiento en el trabajo y el potencial motivacional del cargo. En la despersonalización, las variables predictoras, fueron la satisfacción con el crecimiento profesional, la variedad de habilidades y la satisfacción intrínseca con el trabajo. Finalmente, para la baja realización profesional, fueron la satisfacción con el crecimiento profesional y el contacto social (137). Restrepo, mostró en docentes de Medellín que el 23.4% ha manifestado síntomas de Burnout y el 23.4% ha presentado riesgo de padecerlo. En ambos predominó el agotamiento emocional y la despersonalización (138).

El perfil de riesgo de sufrir síndrome de Burnout en el personal sanitario, según Atance, es la mujer de más de 44 años, sin pareja estable, mayor de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 años en el lugar de trabajo, de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a quienes dedica más del 70% de la jornada laboral y está entre 36 a 40 horas semanales de trabajo (139).

En cambio Moreira describe, en el personal de enfermería en Brasil, que el perfil de los trabajadores que sufren de Burnout es: técnicos en enfermería, del género femenino, de edades comprendidas entre los 26 y 35 años, casadas, sin hijos y con 5 o más años en la profesión. Los servicios con mayor porcentaje de Burnout en el personal fueron: sectores agrupados del hospital, UCI adulto y UCI neonatal (140).

Las variables personales incluidas en los diferentes estudios, según la investigación de Ortega son: la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y psicopatológicas, y las estrategias de afrontamiento. En el sexo, los estudios dan puntuaciones altas tanto para las mujeres como para los hombres, sin embargo, en la

escala de despersonalización presentan mayores valores los hombres. Con respecto a la edad, los valores se sitúan entre los 40 a 45 años, concluyendo que a medida que aumenta la edad disminuye el Burnout, a excepción de la escala de agotamiento emocional donde la relación es positiva. La aparición más frecuente del síndrome se sitúa entre los 5 a 10 años de antigüedad en el trabajo. La personalidad y psicopatologías se asocian a un mayor número de quejas físicas, y las estrategias de afrontamiento dependen de la persona (68).

El estado civil, aunque no es concluyente, es un factor a considerar en médicos y personal paramédico para sufrir de síndrome de Burnout. Según Pereda, las personas casadas presentaron mayor riesgo de sufrir síndrome de Burnout en todas las escalas a diferencia de otros estudios que evidencian lo contrario, por otro lado, trabajar en turnos vespertinos y en la consulta externa se asociaron con una mayor propensión (141).

Román, al estudiar el personal sanitario, específicamente médicos y enfermeras/os de hospitales (nivel secundario) y consultorios (nivel primario), determinó que el síndrome de Burnout es superior a un 30% en la población total y a un 20% en todos los subgrupos, clasificados por sexo, profesión y género. En los profesionales médicos, la prevalencia fue mayor en el primer nivel predominantemente en las mujeres, siendo la prevalencia en la población total de médicos de un 35%. En los enfermeros, la prevalencia fue de 23.7%, donde hubo predominancia en los hombres de atención primaria. En este sentido, el perfil de mayor riesgo se centra en los médicos de atención primaria. Por último, se encuentra una relación significativa entre el bajo reconocimiento profesional y las manifestaciones de este síndrome (142). De acuerdo a los puntajes obtenidos por personal de enfermería del hospital de alta complejidad de Nuestra Señora de la Concepción, en las diferentes escalas del instrumento, de Souza, estableció que más del 30% obtuvo un puntaje medio alto en la escala de cansancio emocional, superior al 70% en la escala de despersonalización y más de un 40% obtuvo un puntaje medio bajo en la escala de realización personal. Con una prevalencia resultante de 35,7% (143).

Alarcón, ha demostrado mediante Meta-análisis, que la personalidad es un factor importante a estudiar en la producción del síndrome y no solo los factores externos, en este sentido, se determinó que la autoestima, autoeficacia, extroversión, la conciencia, simpatía,

afectividad positiva, afectividad negativa, optimismo, personalidad proactiva y la resistencia presentaron una relación significativa (144).

En enfermería, los estudios indican diversos comportamientos. Imai, evidencia que el síndrome de Burnout en enfermeras de salud pública que desarrollan su trabajo en los cuidados en salud mental, es significativamente mayor para las enfermeras comunitarias en el área psiquiátrica que las que se desarrollan en otras áreas (69).

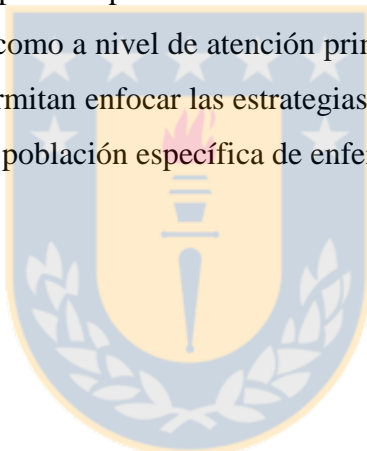
En las sub-escalas del cuestionario aplicado a un grupo de enfermeras/os mexicanas, Martínez, ha determinado que las enfermeras casadas presentaron diferencias mayores que las solteras en la sub-escala realización personal y en el puntaje total del instrumento. En el caso de la escala de despersonalización, los enfermeros casados presentaban puntuaciones mayores que los solteros. Tener una relación de pareja difícil o indiferente es un factor determinante en la producción de puntajes altos; por otra parte, el apoyo familiar, es decir, percepción de pareja buena o excelente o no tener pareja, se mostraron como factores protectores en la producción del síndrome (11).

El estrés, es un predictor importante del síndrome de Burnout, evidenciado por Garrosa en enfermeras de hospitales generales en Madrid (145). Por su parte Lang, al comparar enfermeras civiles y militares, determina que estas últimas presentan mayores niveles de Burnout en las áreas de desgaste emocional y despersonalización; la edad no se asoció con Burnout (146). Jourdaín, ha demostrado que las demandas en el trabajo son los determinantes más importantes en el desgaste emocional, mientras que los recursos que la persona presenta para enfrentarlo, predicen la despersonalización. El agotamiento y despersonalización, están vinculados a problemas psicosomáticos que junto al compromiso profesional, están ligados a la intención de abandonar la profesión de enfermería (147). Patrick, estudió a las enfermeras miembros de la Federación Australiana de Enfermería en Victoria, y demostró que presentaron bajos niveles de despersonalización y una mayor realización personal que otros estamentos médicos. Incremento en la edad y menores horas de trabajo, estaban asociadas a bajos niveles de agotamiento y despersonalización. El trabajar horas extras, se asoció positivamente con el agotamiento emocional, sin embargo, los que las realizaron voluntariamente no presentaban diferencias importantes de los que no

realizaban horas extras. Por otro lado, el sentirse presionado a trabajar horas extras se asoció positivamente con el agotamiento emocional y despersonalización (148).

Las enfermeras; entre el personal de salud, según la revisión de literatura de Bernardi, son las que corren mayor riesgo de sufrir este síndrome, especialmente las enfermeras oncológicas o las que trabajan con pacientes con SIDA. Por otro lado, existen desacuerdos respecto al sexo y la edad (149).

De acuerdo a los antecedentes antes mencionados y a juicio del autor de esta investigación, es necesario estudiar la fatiga y el síndrome de burnout, como problemas de salud insidiosos y consecuencias de la carga de trabajo u origen de otras patologías laborales, que marcan el quehacer diario del personal de enfermería, involucrando factores familiares y personales. Por otro lado, comparar el personal de enfermería con exceso de trabajo y sin este, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria de salud, puede establecer diferencias sustanciales que permitan enfocar las estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida laboral de cada población específica de enfermería.



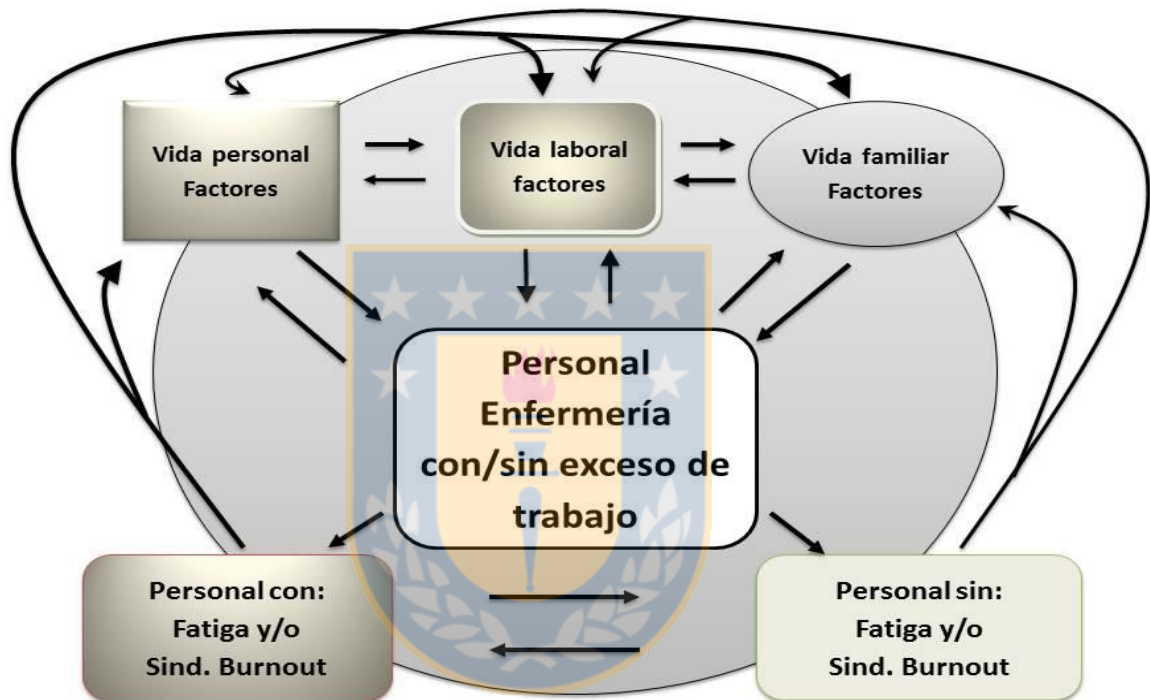
5. OBJETO DE ESTUDIO

Bajo este escenario, se crea un modelo complejo que afecta al personal de enfermería (**fig.1**). Como eje central y parte fundamental de la vida se encuentra el trabajo, con características propias y exigencias que pueden llegar al exceso, sobrepasando las habilidades del individuo, y que se relacionan con el ambiente físico, social y organizacional (exceso de horas de trabajo, turnos de noche, falta de recursos humanos y materiales, distribución del trabajo, demanda asistencial, relaciones laborales, etc.), por lo tanto, conviven trabajadores con y sin sobrecarga. En este estudio, se consideró el exceso de trabajo, como las horas trabajadas por sobre las horas estipuladas en el contrato de trabajo (44 hrs.), dividiendo a la muestra en dos grupos que presentan ciertos niveles de fatiga y síndrome de Burnout, cuyo comportamiento puede ser influenciado por factores de la propia labor, y/o por factores familiares y/o personales, presentando diferencia entre ellos.

Como consecuencia de esta sobrecarga o exceso, se vislumbra la fatiga y evidentemente el Síndrome de Burnout, con diferente intensidad. Sin embargo, no se concibe un ser humano separado de las demás esferas de la vida (personal y familiar), que como se evidenció anteriormente se influyen entre sí, en consecuencia no se puede garantizar que solo el trabajo o los factores laborales provocan estas afecciones, sino que alguna participación tienen los factores característicos de la vida familiar y personal. La familia con sus diferentes etapas, problemas, alegrías e integrantes; y la persona con patologías, género, motivaciones, constructos y diferentes realidades, son factores que hay que tomar en cuenta para realizar un estudio acabado al respecto. Por otro lado, son aspectos que se retroalimentan entre si y que fluyen traspasando las fronteras de límites racionales, impuestos por la propia persona. En este sentido, se forma un círculo vicioso, ya que la persona fatigada y enferma es un miembro disfuncional de una familia que entra al ciclo de crisis, que es sobrellevado, siempre y cuando, esta haya estado sólidamente constituida; de lo contrario, aumenta la disfunción pudiendo llegar al quiebre. En otro sentido, el trabajador la mayoría de las veces, presenta factores personales asociados como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, hábitos poco saludables o dependencias (tabaco y alcohol), que se ven agravados. Se transforma entonces en un círculo que no permite salida sin la

ayuda de las redes de apoyo, entre ellas, la institución donde trabaja. Este contexto se ve empeorado por pertenecer al género femenino, significando un deterioro sustancial en las familias, por ser quienes llevan la responsabilidad del cuidado en el hogar a consecuencia de la socialización de género.

Figura 1: Factores que intervienen en la vida del trabajador de enfermería



6. OBJETIVOS

6.1.General:

Describir la influencia que tienen los factores personales, familiares y laborales en la intensidad de fatiga y síndrome de Burnout del personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de Hospitales de alta complejidad y Centro de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción en el periodo 2012 – 2013.

6.2.Específicos:

- Describir las características socio-demográficas del personal de enfermería de los hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.
- Comparar las características de presentación de la fatiga y el síndrome de Burnout de acuerdo al servicio y centro asistencial.
- Comparar las características del comportamiento de la fatiga y síndrome de Burnout del personal de enfermería entre hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar.
- Describir la influencia de los factores familiares en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios y de los Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.
- Describir la influencia de los factores personales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios y de los Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.
- Describir la influencia de factores laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios y de los Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.
- Modelar la influencia de factores personales familiares y laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería con y sin exceso de

trabajo de los centros hospitalarios y de los Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.



7. HIPÓTESIS

7.1.General

- Factores familiares, personales y laborales potencian la intensidad de fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería con exceso de trabajo de hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.
- Factores familiares, personales y laborales potencian la intensidad de fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.

7.2.Específicas

7.2.1. Hipótesis personal de enfermería sin exceso de trabajo centros hospitalarios de alta complejidad de Concepción y Valdivia

A. Fatiga

a) General

1. Presentar hijos implica mayor fatiga para el trabajador de enfermería.
2. La patología crónica dislipidemia, influye en la intensidad de la fatiga en el personal de enfermería.
3. Los trabajadores de enfermería en condiciones de trabajo no adecuadas, presentan mayor fatiga que los que desempeñan sus labores en buenas condiciones.
4. Al aumentar el tiempo de recreación en un día laboral, disminuye la fatiga del personal de enfermería.
5. Al aumentar el tiempo de recreación y descanso un día no laboral, disminuye la fatiga en el trabajador de enfermería.
6. A mayor influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, aumenta la fatiga en el trabajador de enfermería.
7. Mientras más engagement (vigor, dedicación y absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es la fatiga.
8. Mientras mayor cantidad de hijos presenta el trabajador de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.

b) Fatiga Física

1. Presentar hijos significa para el trabajador de enfermería, mayor fatiga física.
2. El presentar la patología crónica dislipidemia, influye en la intensidad de fatiga física en el personal de enfermería.
3. Mientras más tiempo dedica el personal de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es la fatiga física que experimentará.
4. Cuando el personal de enfermería dedica más tiempo a la recreación y descanso un día no laboral, disminuye la fatiga física.
5. A medida que aumenta la influencia de la familia en el trabajo o del trabajo en la familia, aumenta la fatiga física en el personal de enfermería.
6. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es la fatiga física que experimentará.

c) Fatiga cognitiva.

1. El personal de enfermería que realiza estudios fuera del horario de trabajo, presenta mayor fatiga física.
2. A medida que aumenta el número de hijos en el personal de enfermería, aumenta la fatiga cognitiva.
3. A medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación un día laboral, disminuye la fatiga cognitiva.
4. Cuando el trabajador de enfermería aumenta sus horas de recreación y descanso en un día no laboral, disminuye la fatiga cognitiva.
5. Cuando existe mayor influencia de la familia en el trabajo, mayor es la fatiga cognitiva experimentada por el trabajador de enfermería.
6. Cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), disminuye la fatiga cognitiva.

B. Síndrome de Burnout

a) General

1. Los trabajadores de enfermería que comparten las labores del hogar en forma igualitaria con su pareja, presentan menor Burnout que aquellos que no lo hacen.
2. Los trabajadores de enfermería con riesgo de presentar problemas debido al consumo de alcohol, tienen mayor Burnout en relación a los que no presentan riesgo.
3. Mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es el Burnout.
4. Mientras más tiempo el trabajador de enfermería dedica a la recreación y descanso en un día no laboral, menor el Burnout.
5. A mayor influencia del trabajo en la familia, aumenta el síndrome de Burnout en el personal de enfermería.
6. A medida que el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación y absorción), el Burnout es menor.

b) Desgaste emocional

1. El personal de enfermería con riesgo de presentar problemas debido al consumo excesivo de alcohol, presenta mayor desgaste emocional.
2. El personal de enfermería que indica que las horas extras son voluntarias, presenta menor desgaste emocional.
3. El personal de enfermería que trabaja en condiciones no adecuadas, presenta mayor desgaste emocional.
4. A medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación en un día laboral, menor es el desgaste emocional.
5. A medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación y descanso en un día no laboral, menor es el desgaste emocional.
6. Mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia del personal de enfermería, mayor es el desgaste emocional.
7. A medida que el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación y absorción), el desgaste emocional es menor.

c) Cinismo

1. Compartir las labores del hogar en forma igualitaria, disminuye el cinismo en el trabajador de enfermería.
2. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor cinismo.

d) Eficacia profesional

1. Mientras más hijos presenta el trabajador de enfermería, menor eficacia profesional.
2. Cuando la influencia de la familia en el trabajo aumenta, la eficacia profesional disminuye en el trabajador de enfermería.
3. Cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), la eficacia profesional aumenta.

7.2.2. Hipótesis personal de enfermería con exceso de trabajo de centros hospitalarios de alta complejidad de Concepción y Valdivia

A. Fatiga

a) Fatiga general

1. Cuando las condiciones laborales son adecuadas, la fatiga disminuye en el personal de enfermería.
2. Mientras más tiempo dedica el personal de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es la fatiga.
3. Mientras más patologías presenta el personal de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.
4. Mientras más influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga experimentada por el trabajador de enfermería.
5. Mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, menor fatiga.

b) Fatiga Física

1. El personal de enfermería que presenta patología crónica refiere mayor fatiga física en relación a los que no lo presentan.
2. El personal de enfermería que presenta patología crónica clasificada como “otra” evidencia mayor fatiga física.
3. El personal de enfermería que labora en condiciones malas presenta mayor fatiga física que los que trabajan en mejores condiciones.
4. Mientras más tiempo invierte el trabajador de enfermería en la recreación en un día laboral, menor es la fatiga física.
5. Cuando el personal de enfermería presenta mayor número de patologías crónicas, mayor es la fatiga física que experimentará.
6. Mientras mayor engagement (vigor, dedicación y absorción) presenta el personal de enfermería, menor es la fatiga física.

c) Fatiga Cognitiva

1. El personal de enfermería que trabaja en malas condiciones laborales, presenta mayor fatiga cognitiva.
2. El personal de enfermería que invierte mayor cantidad de tiempo en la recreación un día laboral, presenta menor fatiga cognitiva.
3. A medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia en el trabajador de enfermería, aumenta también la fatiga cognitiva.
4. Cuando el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), menor es la fatiga cognitiva experimentada.

B. Síndrome de Burnout

a) General

1. La patología crónica asma influye en la intensidad del Burnout en el trabajador de enfermería.
2. Los trabajadores de enfermería que laboran en malas condiciones laborales, presentan mayor Burnout que aquellos que presentan condiciones adecuadas.

3. Cuando el trabajador de enfermería presenta mayor edad, más es el Burnout que experimenta.
4. Mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor Burnout presentará.
5. Mientras más influencia existe del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el Burnout.
6. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es el Burnout que experimentará.

b) Desgaste emocional

1. La profesión influye en el desgaste emocional del trabajador de enfermería
2. El personal de enfermería que indica que las horas extras son voluntarias, presentan menor desgaste emocional.
3. Los trabajadores de enfermería que realizan sus labores en malas condiciones, presentan mayor desgaste emocional.
4. A mayor influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el desgaste emocional.
5. Cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), experimenta menor desgaste emocional.

c) Cinismo

1. El personal de enfermería que labora en malas condiciones de trabajo presenta mayor cinismo que los que se encuentran en condiciones adecuadas.
2. Cuando los hijos del personal de enfermería son mayores, el cinismo es menor.
3. Mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es el cinismo.
4. Mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el cinismo en el trabajador de enfermería.
5. Cuando el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), menor es el cinismo.

d) Eficacia profesional

1. El tipo de turno que realiza el personal de enfermería influye en la eficacia profesional.
2. La exigencia laboral influye en la eficacia profesional de los trabajadores de enfermería.
3. Los trabajadores de enfermería que presentan índice de masa corporal mayor, presentan menor eficacia profesional.
4. Cuanto más el trabajador de enfermería duerme en un día de descanso, más eficacia profesional presentará.
5. Mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presente el trabajador de enfermería, mayor es la eficacia profesional.

7.2.3. Hipótesis en personal de enfermería sin exceso de trabajo de los CESFAM de Valdivia y Concepción

A. Fatiga

a) General

1. Cuando las condiciones laborales son malas, existe mayor fatiga en el personal de enfermería.
2. Las condiciones de trabajo influyen en el desarrollo de la fatiga del personal de enfermería.
3. El número de medicamentos influye en la fatiga del trabajador de enfermería.
4. A medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia, aumenta la fatiga en el personal de enfermería.
5. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presente el trabajador de enfermería, menor la fatiga que experimentará.

b) Fatiga Física

1. Presentar hijos influye en la presencia de fatiga en el personal de enfermería.
2. Aquellos trabajadores de enfermería que laboran en condiciones consideradas como deficientes presentan mayor fatiga física.

3. Las exigencias en el trabajo influyen en la fatiga física que presenta el trabajador de enfermería.
4. Cuando el personal de enfermería consume mayor cantidad de medicamentos la fatiga física aumenta.
5. Mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia mayor es la fatiga física experimentada por el personal de enfermería.
6. A medida que el trabajador de enfermería aumenta el engagement (vigor, dedicación, absorción) disminuye la fatiga experimentada.

c) Fatiga Cognitiva

1. El personal de enfermería que presenta patologías crónicas, evidencia mayor fatiga cognitiva.
2. Los trabajadores de enfermería que presentan otra patología crónica, evidencian mayor fatiga cognitiva.
3. El personal de enfermería que realiza turnos rotativos, presenta mayor fatiga cognitiva.
4. El trabajador de enfermería que realiza sus actividades en condiciones malas, presenta mayor fatiga cognitiva.
5. Cuando el personal de enfermería presenta una fuerte influencia del trabajo en la familia, la fatiga cognitiva es mayor.
6. A mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, menor es la fatiga cognitiva experimentada.

B. Síndrome de Burnout

a) General

1. El personal de enfermería que presenta hijos tendrá mayor Burnout en relación a los que no.
2. Cuando el trabajador de enfermería labora en condiciones inadecuadas, presenta mayor Burnout.
3. Las exigencias laborales influyen en el síndrome de Burnout que pueda presentar el trabajador de enfermería.

4. Cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta, también aumenta el Burnout en el trabajador de enfermería.
5. El consumo de medicamentos influye en el síndrome de Burnout.
6. A medida que aumenta el engagement (Vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, disminuye el Burnout.

b) Desgaste emocional

1. El personal de enfermería que presenta patologías crónicas evidencia mayor desgaste emocional.
2. El desgaste emocional es mayor en las personas que consumen medicamentos en relación a las que no lo hacen.
3. Las exigencias en el trabajo influyen en el desgaste emocional que presenta el personal de enfermería.
4. A mayor influencia del trabajo en la familia en el trabajador de enfermería, mayor es el desgaste emocional.
5. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es el desgaste emocional.

c) Cinismo

1. La ciudad donde realiza su trabajo el personal de enfermería influye en la presencia del cinismo.
2. La presencia de hijos influye en el grado de cinismo que presenta el personal de enfermería.
3. Los trabajadores de enfermería que laboran en condiciones de trabajo regulares y malas, presentan mayor cinismo que los que trabajan en condiciones adecuadas.
4. El número de medicamentos influye en el cinismo presentado por el trabajador de enfermería.
5. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) experimenta el trabajador de enfermería, menor cinismo.

7.2.4. Hipótesis en personal de enfermería con exceso de trabajo en los Centros de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción.

A. Fatiga

a) General

1. El tipo de familia influye en la fatiga que experimenta el trabajador de enfermería.
2. Mientras más hijos presenta el trabajador de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.
3. Mientras mayor sea la influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga que experimentará el trabajador de enfermería.
4. Cuando el trabajador invierte mayor cantidad de horas en dormir en un día laboral, menor es la fatiga que experimentará.
5. Mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el personal de enfermería, menor es la fatiga

b) Fatiga Física

1. Mientras mayor cantidad de hijos presenta el personal de enfermería, mayor es la fatiga física.
2. Mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga física que experimenta el trabajador de enfermería.
3. Mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) existe en el trabajador de enfermería, menor es la fatiga física.

c) Fatiga Cognitiva

1. El tipo de familia a la que pertenece el personal de enfermería influye en la fatiga cognitiva experimentada.
2. A medida que aumenta la influencia de la familia sobre el trabajo o del trabajo en la familia, la fatiga cognitiva también aumenta.
3. Cuando el personal de enfermería presenta engagement elevado (vigor, dedicación, absorción), menor es la fatiga cognitiva que experimentará.

B. Síndrome de Burnout

a) General

1. Mientras más horas el trabajador invierte en dormir en un día laboral, menor síndrome de Burnout experimentará.
2. Cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta, el Burnout en el trabajador de enfermería también aumenta.
3. Cuando el personal de enfermería experimenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), el síndrome de Burnout disminuye.

b) Desgaste emocional

1. Mientras más horas duerme el trabajador de enfermería un día laboral, menor es el desgaste emocional.
2. A mayor influencia del trabajo en la familia, mayor es el desgaste emocional del trabajador de enfermería.
3. Cuando el personal de enfermería experimenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), el desgaste emocional disminuye.

c) Cinismo

1. El consumo de medicamentos influye en la presencia de cinismo del trabajador de enfermería.
2. Cuando las condiciones de trabajo en las cuales se desempeña el personal de enfermería son regulares y malas, existe mayor Cinismo.
3. Mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es el cinismo que experimentará.

d) Eficacia profesional

1. A medida que aumenta el vigor del trabajador, aumenta la eficacia profesional.
2. El lugar donde están ubicados los CESFAM influye en la eficacia profesional.

8. METODOLOGÍA

8.1. Tipo de estudio

Cuantitativo, observacional, transversal, de correlación, explicativo y comparativo.

8.2. Universo

Personal de Enfermería que labora en Hospitales de alta complejidad (hospitales) y Centros de salud Familiar. La población total correspondió a 1836 funcionarios de enfermería; en la ciudad de Concepción la población fue de 1210 personas: 286 enfermeras y 720 técnicos paramédicos del Hospital Base Concepción, y 35 enfermeras y 169 técnicos paramédicos de los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de concepción. En la ciudad de Valdivia la población fue de 615 personas: 119 enfermeras y 406 técnicos paramédicos del hospital base Valdivia, y 25 enfermeras y 65 técnicos paramédicos de los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Valdivia. Información obtenida del Departamento de Gestión del Cuidado del hospital base de Valdivia, del Departamento de Salud Municipal de Valdivia, de la Dirección de Recursos Humanos del hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción y del Departamento de Remuneraciones de la Dirección de Salud Municipal de Concepción.

8.3. Unidad de análisis

Enfermera y Técnico Paramédico del hospital base Concepción, Enfermera y Técnico Paramédico de los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Concepción, Enfermera y Técnico Paramédico del hospital base Valdivia, y Enfermera y Técnico Paramédico de los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Valdivia.

8.4. Muestra

La muestra fue probabilística por estratos proporcionales, en relación a la unidad de análisis. La muestra general, de acuerdo a centro asistencial, se calculó con un error máximo de un 5%, un nivel de confianza del 95% y una prevalencia del síndrome de Burnout de 36% (138) (**tabla 1**).

Tabla 1: población y muestra proporcional del personal de enfermería

CENTRO ASISTENCIAL	POBLACIÓN		MUESTRA PROPORCIONAL			
	ENF	TEC. P.	ENF.		TEC. PAR.	
			N°	%	N°	%
Hospital Base Concepción	286	720	59	20.6	111	15.42
CeSFam Concepción	35	169	12	34.3	36	21.3
Hospital base Valdivia	119	406	42	35.3	124	30.5
CeSFam Valdivia	25	65	10	40	19	29.2
Total	465	1360	123	26.5	290	21.3

*Existieron 8 casos que no declararon su profesión

Por otro lado, comprendió a 421 funcionarios, de los cuales 172 pertenecían al hospital base Valdivia (HBV), 171 al Hospital Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción (HGGB), 29 personas pertenecían a los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Valdivia (CESFAMV) y 49 a los Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Concepción (CESFAMC) (tabla 2).

Tabla 2: distribución general de la muestra según establecimiento

Establecimiento	N°	%
HBV	172	40,9
HGGB	171	40,6
CESFAMV	29	6,9
CESFAMC	49	11,6
Total	421	100

8.5. Criterios de exclusión de la muestra

Personal de enfermería que presenten:

- Menos de 2 años de experiencia laboral.
- Jornada parcial en el centro de salud donde se esté realizando el estudio.
- Contrato a honorarios o de remplazo.

8.6. Variables

Las variables dependientes para este estudio son Fatiga y síndrome de Burnout, y las variables independientes son los factores personales, familiares, laborales y exceso de trabajo.

8.6.1. Definición de variables

8.6.1.1. Variables dependientes

Variable	Nominal	Operacional
Síndrome de Burnout	Estado de agotamiento crónico emocional, físico y mental grave que afecta a la persona trabajadora, provocando agotamiento, despersonalización y sentimiento de bajo logro.	Esta variable se midió por medio del instrumento Maslach Burnout Inventory General Survey que posee 3 conceptos: Eficacia Profesional, Agotamiento y Cinismo. En proceso de validación en Chile.
Fatiga	Sensación de cansancio y que bajo estas condiciones el sujeto ya no tiene deseo alguno para seguir desarrollando el esfuerzo físico o mental requerido por la actividad	Esta variable se midió por medio del instrumento "Check List Individual Strength" Validado en Chile.

8.6.1.2. Variables independientes

8.6.1.2.1. Variables personales

Variable	Nominal	Operacional
Edad	Años cumplidos al momento de la administración del instrumento.	Esta variable se midió mediante una pregunta abierta. <ul style="list-style-type: none">• Edad: _____(años)

		cumplidos)
Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, FENOTIPO y GENOTIPO, que diferencian al organismo del hombre y de la mujer.	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas a marcar. <ul style="list-style-type: none"> • Hombre:_____ • Mujer:_____
Estado Nutricional	Estado del cuerpo en relación al consumo y utilización de nutrientes. Condiciones corporales que resultan de la ingestión, absorción, utilización de alimentos y de factores patológicos significativos.	Esta variable se midió mediante el índice de masa corporal (IMC) IMC: $\frac{\text{Peso (Kg.)}}{(\text{talla (ms)})^2}$
Tiempo libre y de recreación	Horas dedicadas a realizar actividades ajenas al ámbito laboral y que permiten la distracción o relajación.	Esta variable se midió mediante una pregunta abierta. Tiempo que dedica usted a realizar actividades ajenas al trabajo:_____
Horas de sueño	Cantidad de horas que la persona duerme.	Esta variable se midió mediante una pregunta abierta. ¿Cuántas Horas Duerme al Día?: _____
Patologías crónicas concomitantes	Enfermedades crónicas con las que el entrevistado tiene que convivir.	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas. Usted presenta alguna de las siguientes patologías crónicas (puede marcar más de una alternativa): <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Dislipidemia

		<p>4. Epilepsia</p> <p>5. Lupus</p> <p>6. Asma</p> <p>Otra: _____</p>
Consumo excesivo de alcohol	Corresponde al consumo de alcohol a tal punto que produce conflictos personales, familiares y sociales.	Esta variable se midió mediante el test de EBBA que presenta siete preguntas con respuesta dicotómica (si, no), si dos o más respuestas son si, hay problemas.
Consumo de Tabaco	Fumador de uno o más cigarrillos en el día, semana o mes.	<p>Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada.</p> <p>Usted fuma:</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>Cuántos cigarrillos:</p> <p>Día _____</p> <p>Mes _____</p> <p>Semana: _____</p>
Consumo de medicamentos	Ingesta de medicamentos al momento de la aplicación del cuestionario, ya sea por automedicación o indicación médica.	<p>Esta variable se midió mediante una pregunta cerrada.</p> <p>¿Usted consume, en estos momentos, algún medicamento?</p> <p>1. Si: ____</p> <p>2. No: ____ ¿Cuál?:__</p>
Consumo de drogas.	Uso de drogas al momento de la aplicación del cuestionario.	<p>Esta variable se medirá mediante una pregunta cerrada.</p> <p>¿Usted consume, en estos momentos, alguna droga?</p> <p>1. Si: ____</p> <p>2. No: ____ ¿Cuál?:__</p>

8.6.1.2.2. Variables familiares

Nº de hijos	Cantidad de hijos que presenta la persona al momento de la entrevista.	Esta variable se midió mediante una pregunta Abierta. Nº de hijos: _____
Edad de los hijos	Años que presentan los hijos al momento de realizar la entrevista	Esta variable se midió mediante una pregunta abierta. Edad de los hijos: _____, _____,_____
Situación de pareja	Estado de relación de convivencia afectiva formal e informal.	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas: Situación de pareja (elijá una alternativa): 1. Con pareja con convivencia 2. Con pareja sin convivencia 3. Sin pareja
Compartir las labores del hogar	Proceso de distribución de tareas, en el cual, se distribuyen las labores del hogar en forma equitativa con la pareja u otro miembro de la familia.	Esta variable se midió mediante dos preguntas cerradas: Usted comparte las labores del hogar: 1. Si:____ 2. No:____ Con quién: _____
Tipo de familia	Conformación de la familia de acuerdo al tipo y número de integrantes.	Esta variable se midió mediante la siguiente pregunta: ¿Con quién vive? De acuerdo a ello se determinará el tipo de familia.

Conflicto trabajo-familia	Conflictos que se suscitan en la relación trabajo-familia/familia – trabajo.	Esta variable se midió mediante la “Escala conflicto trabajo-familia”.
---------------------------	--	--

8.6.1.2.3. Variables laborales

Turnos rotativos	Trabajo organizado, de tal manera, que grupos o equipos de trabajadores se suceden en un mismo local de trabajo, cumpliendo cada trabajador un turno, que permite a la empresa funcionar más tiempo que la duración semanal, dándole continuidad al cuidado por las 24 horas del día.	Esta variable se midió mediante dos preguntas: ¿Usted realiza turnos rotativos? (implican trabajo de noche) 1. Si: _____ 2. No: _____ ¿Cuál? _____
Servicio donde se desempeña	Servicio dentro de la institución en el cual realiza sus actividades	Esta variable se midió mediante una pregunta abierta. ¿Cuál es su lugar de trabajo? _____
Percepción de condiciones laborales.	Opinión subjetiva del trabajador respecto de sus condiciones laborales.	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas. Las condiciones en las cuales trabaja son: 1. Malas 2. Regulares 3. Buenas 4. óptimas
Percepción de exigencias en el trabajo.	Opinión subjetiva del trabajador respecto de las exigencias existentes en su trabajo.	Esta variable se midió mediante una pregunta con alternativas. El trabajo que usted realiza es: 1. Poco exigente 2. Regularmente exigente

		<p>3. Medianamente exigentes</p> <p>4. Exigentes</p> <p>5. Muy exigentes</p>
Percepción del engagement en el trabajo	Opinión del engagement como un estado afectivo positivo de la mente, realizador y relacionado al trabajo que es caracterizado por vigor, dedicación y absorción.	Esta variable se midió mediante el instrumento “Encuesta de engagement y trabajo (UWES)” que consta de 17 preguntas tipo Likert, con respuestas que van desde nunca (Pje.0) hasta siempre (Pje.6)

8.6.1.2.4. Variables laborales que determinan el exceso de trabajo

Jornada laboral contratada	Horas de trabajo establecido en el contrato del trabajador.	<p>Esta variable se midió mediante una pregunta abierta.</p> <p>¿Cuántas horas trabaja a la semana por contrato?: _____</p>
Jornada laboral real	Horas de trabajo que el trabajador realmente utiliza para desarrollar las actividades laborales.	<p>Esta variable se midió mediante una pregunta abierta.</p> <p>¿Cuántas horas reales Trabaja a la semana?: _____</p>
Horas extras trabajadas remuneradas	Horas trabajadas remuneradas fuera del horario laboral, con el mismo empleador.	<p>Esta variable se midió con la siguiente pregunta:</p> <p>Si trabaja horas extras, ¿estas son remuneradas?:</p> <p>1. Si: _____</p> <p>2. No: _____</p>
Otro vínculo laboral	Relación laboral establecida con otra institución o la misma, complementaria con el trabajo que realiza en el establecimiento.	<p>Esta variable se midió con una pregunta cerrada:</p> <p>¿Usted realiza otro trabajo remunerado en otra institución o en la misma?</p>

		1. Si:____ 2. No:____ ¿Cuántas horas?_____
--	--	--

8.7.Lugar de realización del estudio

Este estudio se desarrolló, en el periodo 2012 y 2013, en centros de alta complejidad y de salud familiar de dos ciudades representativas del sur de Chile: Valdivia y Concepción, seleccionadas por el investigador por ser su lugar de residencia y de estudios doctorales correspondientemente. La tesis será presentada a los diferentes centros hospitalarios y de Salud Familiar, al Servicio de Salud y Departamentos de Salud Municipal al finalizar la redacción de los resultados.

8.8.Obtención de los datos

Para la obtención de los datos, el investigador elaboró un instrumento que consta de cuatro apartados, el primero compuesto por preguntas para determinar factores personales relacionados con la demografía, con el descanso y con la situación de salud; factores familiares relacionado a los hijos, la pareja y a la familia; factores laborales y de exceso de trabajo que tienen que ver con la modalidad de trabajo y la intensidad en el trabajo. El segundo, está conformado por el cuestionario de “Engagement en el trabajo”, el tercero por la “Escala de fatiga física y cognitiva” y el cuarto por el “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Los instrumentos se detallan a continuación.

8.8.1. Escala conflicto trabajo – familia

La variable independiente conflicto Trabajo – familia/ familia – Trabajo, se evaluó mediante el cuestionario “conflicto trabajo familia” versión en español, validado por Blanch en 212 mujeres y 156 hombres que desempeñaban sus labores en el rubro de servicios (administración y gerencia, personal técnico y educación) en España año 2009 (150). Este instrumento fue desarrollado en los estudios llevados a cabo por: Gutek et al, 1991; Frone et al, 1992; Carson & Perrewé, 1999; y en español por Martínez-Pérez y Osca,

2001. La escala de conflicto trabajo familia obtuvo un alfa de Cronbach de 0.83 y la escala de conflicto familia trabajo alcanzó un alfa de Cronbach de 0.75.

8.8.2. Escala “Engagement” y trabajo (UWES)

La variable independiente “Engagement” en el trabajo se midió mediante el cuestionario “Encuesta de Engagement y trabajo (UWES)”. Respecto del comportamiento en validez y confiabilidad del instrumento, todas las sub-escalas han presentado alta confiabilidad con un alfa de Cronbach que va desde 0.82 a 0.92 (69), por lo tanto, presenta muy buena consistencia interna y una validez de constructo importante, pues los ítems se correlacionan muy bien con cada factor, por otro lado, las tres dimensiones están bastante correlacionadas con valores que superan el valor 0.65. Se han descrito estudios de validación en Holanda, España, Portugal, Australia, Francia y Alemania, entre otros, y en grupos ocupacionales como trabajadores del ejército de salvación, trabajadores manuales, trabajadores de un hospital psiquiátrico, funcionarios públicos, médicos, enfermeras, trabajadores de una facultad, paramédicos, etc.(74).

8.8.3. Escala Fatiga Física y Cognitiva (CIS)

Para medir la variable dependiente fatiga se utilizó el cuestionario: “Check List Individual Strength”, validado en Chile en el año 2008. Este mide tanto la percepción de fatiga física como cognitiva. En cuanto a la validez del instrumento en sus dos sub-escalas, estudios han comparado los resultados con los de otros instrumentos ya validados (las escalas de síntomas depresivos de Alvarado y cols., y Cohen y cols.), obteniendo altas correlaciones de la fatiga física y cognitiva con estrés y depresión (130). Las dos sub-escalas presentan alfas de Cronbach de 0,85 para la escala de percepción fatiga física y de 0,78 para la escala de percepción fatiga cognitiva, lo que demuestra una confiabilidad adecuada (130).

8.8.4. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El síndrome de Burnout se midió mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory General Survey (146), que en su versión para Chile está en proceso de validación. Respecto de la validez y confiabilidad, los estudios internacionales muestran que el instrumento es apropiado, con un alfa e Cronbach superior a 0.8 y una correspondencia de

los ítems a cada factor superior a 0.5. Sin embargo, al no estar validado en Chile paralelamente se realizará un estudio de validación con la muestra de esta investigación (151-153).

8.9.Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento se sometió a la aprobación de expertos del Departamento de Enfermería, de la unidad Ergonomía, y del Departamento de Sociología de la Universidad de Concepción. Se realizó una prueba piloto del instrumento con 30 funcionarios, 12 enfermeras y 18 Técnicos Paramédicos del hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de la ciudad de Temuco, para determinar el tiempo de respuesta, la pertinencia del cuestionario y la claridad de las preguntas.

8.10.Análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos

Las escalas utilizadas en el cuestionario fueron analizadas obteniendo el alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad, y se sometieron a un análisis factorial para establecer su validez de constructo.

La escala de conflicto trabajo familia presentó buena confiabilidad, alfa de Cronbach de 0,78. Al realizar el KMO y prueba de Bartlett, evidenció lo aceptable de realizar el análisis factorial (KMO=0,75 $p=0,000$). Este mostró, mediante la técnica de componentes principales, que las correlaciones de todas las preguntas eran adecuadas para un solo componente ($r>0,4$), por lo tanto, se puede analizar como una sola escala. La extracción de componentes, mostró la formación de dos con un porcentaje de 62,9% de explicación de la varianza, este resultado se repite al realizar la rotación Varimax, donde las primeras cuatro preguntas presentaron mayor correlación al componente uno, que corresponde a la influencia del trabajo en la familia, y las siguientes al componente dos, que tiene relación con la influencia de la familia en el trabajo, concordando con lo establecido en la literatura.

La escala engagement presentó muy buena confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,89. La prueba de KMO y de Bartlett mostró lo adecuado de hacer el análisis factorial (KMO=0,93 $p=0,000$). En este análisis de componentes principales, todas las preguntas presentaron correlación adecuada para un solo componentes ($r>0,4$), por lo tanto, se puede

aplicar como una sola escala. En la extracción se obtuvieron tres componentes, con una explicación de la varianza de 57,4%, con la rotación Várimax las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 correlacionan con el primer componente, las preguntas 6, 12 con el tercer componente y las preguntas 13, 14, 15, 16, 17 con el segundo componente. El primer componente dice relación con la energía y dedicación, el segundo con la dedicación y el tercer componente con la absorción. Esto difiere con la literatura en la distribución de las preguntas.

La escala fatiga presentó una confiabilidad muy buena, con una alfa de Cronbach de 0,9. Las pruebas de KMO y de Bartlett mostraron lo adecuado de realizar un análisis factorial (KMO=0,90 p=0,000). En este análisis de componentes principales, todas las preguntas presentaron una correlación adecuada para un solo componente ($r > 0,4$) por lo tanto, se puede tomar como un solo instrumento. Los componentes resultantes fueron 3 que explican el 62,03% de la varianza; al analizar la rotación Varimax, las preguntas 2, 6, 7, 8, 11, 13, 14 corresponden al primer componente, las preguntas 1, 3, 10, 12, 16 al segundo componente y las preguntas 4, 5, 9, 15 al tercer componente. En el primero, se mezcla tanto el cansancio físico como mental; en el segundo, se le da más énfasis a la fatiga física; y en el último componente, al estado positivo tanto mental como físico del trabajador. Esto muestra diferencias con la literatura; ya que esta evidencia sólo dos dimensiones, Fatiga cognitiva y física.

La escala Maslach Burnout Inventory General Survey, presentó una confiabilidad aceptable con un alfa de Cronbach de 0,79. Las pruebas KMO y Bartlett mostraron un resultado que avala la realización del análisis factorial (KMO=0,85 p=0,000). En este análisis de componentes principales, solo una pregunta está por debajo del valor aceptable de correlación para un solo componente ($r=0,319$), esta es la número 13 (solo quiero hacer mi trabajo sin ser molestado), al ser eliminada y realizar nuevamente el análisis factorial, no mejora mayormente el porcentaje de explicación de la varianza (61,3% a 64%), por otro lado, no existe sustento teórico suficiente como para ser eliminada del instrumento. Los componentes extraídos fueron tres que explican el 61,3% de la varianza, donde las preguntas pertenecientes al primer componente son la 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9; las pertenecientes al segundo componente son la 5, 7, 10, 11, 12, 16; y las correspondientes al tercer

componente son la pregunta 13, 14, 15. El primer componente abarca preguntas que tienen que ver con el desgaste emocional y cinismo, el segundo con la eficacia profesional y el tercero con el cinismo.

8.11. Aplicación del instrumento

La aplicación del instrumento se realizó previa autorización del Director del establecimiento y Jefe del servicio, en el horario que de común acuerdo se estimó conveniente.

Para seleccionar la muestra, a cada persona de la población identificada por el nombre en las listas proporcionadas por los diferentes establecimientos, se le asignó un número correlativo de acuerdo al servicio y el establecimiento en el que trabajaba, esta información fue manejada solo por el tesista. Mediante el programa Stats TM versión 2.0, se determinaron los números aleatorios participantes de la muestra.

El cuestionario se introdujo en un sobre sellado y el consentimiento informado se adjuntó fuera, siendo transportado hasta el sitio donde el participante del estudio realizaba sus actividades laborales (identificado mediante el número aleatorio asignado a su Nombre). Al momento de entregar el instrumento, se le pidió al participante firmar el consentimiento informado manifestando su respuesta positiva o negativa a su participación. Por falta de tiempo en los servicios, se les pidió que contestara en otro instante o en su casa para luego ser retirado de acuerdo a la fecha acordada. La aplicación del instrumento; en el hospital de Valdivia fue realizada por tesistas de enfermería capacitados; en el hospital de Concepción, por el tesista en compañía de la enfermera Subdirectora de gestión del cuidado (quien actuó como ministro de fe); y los Centros de Salud Familiar de Concepción y Valdivia, por el propio investigador.

8.12. Plan de análisis

El tratamiento estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15. Las variables dependientes fueron tratadas como variables continuas. Las variables continuas, tanto dependientes como independientes, fueron evaluadas para establecer si se distribuían

con normalidad para aplicar pruebas paramétricas, de no ser así se intentaron normalizar, de lo contrario se aplicó pruebas no paramétricas.

Dentro de las pruebas paramétricas que se utilizaron, se encuentran: para dos variables numéricas la prueba de correlación de Pearson. Para la asociación de una variable categórica de dos categorías y variable continua se utilizó la T de Student y si la primera presentaba más de una categoría, ANOVA.

Las pruebas no paramétricas que se emplearon son: la correlación de Spearman, U de Mann-Whitney para una variable de dos categorías y una variable continua. Para una variable de más de dos categorías y variable continua la técnica de Kruskal Wallis.

Para establecer la influencia de los factores familiares, personales y laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería, con y sin exceso de trabajo, se utilizó la regresión lineal múltiple, generando a lo menos 4 modelos predictivos con una variable activa de comparación como lo es el exceso de trabajo y el tipo de centro de salud donde desarrolla su trabajo (hospitalario o CESFAM). Previamente, se analizaron los supuestos necesarios para aplicar esta técnica: distribución normal de las variables, especificidad del modelo referido al respaldo teórico, multicolinealidad y representación funcional de las variables independientes, la homoscedasticidad de los residuos en el modelo y, finalmente, la presencia de datos influyentes (**Tabla 3**).

Tabla 3: análisis estadístico

Listado de variables		Nivel de medición	Pruebas estadísticas	
Dependientes	Fatiga	Continua	Sd. Burnout	Fatiga
	Síndrome de Burnout	Continua		Continua
Independientes	Nº de hijos	Discreta	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Presencia de hijos	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Edad de los hijos	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Situación de pareja	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis
	Compartir las labores del hogar	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Tipo de familia	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis
	Conflicto trabajo/familia	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Edad	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Sexo	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Estado nutricional (IMC)	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Tiempo libre y de recreación	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Horas de sueño	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
	Presencia de patologías crónicas	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Patologías crónicas	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis
	Consumo de medicamentos	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Consumo de alcohol	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Riesgo Beber Problema	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Consumo de drogas	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Turnos rotativos	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
	Servicio donde se desempeña	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis
Percepción de condiciones laborales.	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis	
Percepción de exigencias en el trabajo.	Nominal	ANOVA o Kruskal Wallis	ANOVA o Kruskal Wallis	
engagement	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman	

Jornada laboral contratada	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
Jornada laboral real	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman
Otro vínculo laboral	Nominal	T de Student o U de Mann-Whitney	T de Student o U de Mann-Whitney
Horas trabajada con el otro vínculo laboral	Continua	Corr. De Pearson y regres o spearman	Corr. De Pearson y regres o spearman

8.13. Determinación de la variable activa de comparación exceso de trabajo

Para la determinación del exceso de trabajo se utilizó la definición citada en el artículo “Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud” por María Lucia do Carmo Cruz Robazzi, Enfermera del trabajo, Doctora en enfermería, profesora titular de la escuela de enfermería de Riberáo Preto, Brasil, quien textualmente expresa: “El trabajo en exceso o sobrecarga de trabajo, también llamado trabajo expandido, puede ser entendido como la situación en que el trabajador aumenta por voluntad propia o por determinación del empleador la carga horaria, trabajando horas más allá de lo habitual. Significa la expansión de la carga horaria de trabajo, lo que puede ocurrir, por ejemplo, en las jornadas laborales dobles o triples realizadas en ambientes de trabajo iguales, similares o diferentes entre sí”

En este sentido, la muestra se clasificó en aquellos trabajadores que presentaban exceso de trabajo y los que no, de acuerdo a tres variables estudiadas:

- Horas trabajadas reales
- Horas de trabajo por contrato
- Realización de otro trabajo remunerado.

Estas permitieron visualizar la presencia del aumento de la carga horaria por sobre las 44 horas semanales establecidas en el contrato de trabajo, construyendo una variable categórica de dos categorías: los trabajadores que presentan exceso de trabajo (horas de trabajo sobre las 44 hrs.) y los que no presentan exceso de trabajo (horas de trabajo menor o igual a 44 hrs.) y clasificar de acuerdo a esta condición a los trabajadores de la muestra para hacer las comparaciones y pruebas estadísticas de las variables dependientes, fatiga laboral y Síndrome de Bunout. Esta variable representa a una variable activa, creada por el investigador, que permite hacer comparaciones entro dos grupos claramente definidos.

Al realizar el análisis de las variables se determinó que la mayoría de ellas, comparadas por estamento, no presentaron diferencias significativas, por lo tanto, no serán descritas en esta investigación de acuerdo a este criterio y se englobarán los dos estamentos en el concepto de “personal de Enfermería” o “trabajadores de enfermería”, además, se realizará una descripción general de acuerdo al tipo de centro asistencial y ubicación geográfica.



9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se consideró los siete requisitos éticos de acuerdo a Ezequiel Emanuel y el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS):

9.1. Valor

El personal de enfermería trabaja diariamente tomando decisiones importantes para el paciente, la institución y la sociedad, gestionando el cuidado, lo que implica una serie de responsabilidades que provocan sobrecarga laboral o exceso de trabajo. De alguna forma esto repercute en la realización de las labores y en el desgaste que la persona trabajadora presenta a largo plazo, que impacta no solo en la esfera laboral sino que más aún en lo personal y familiar, presentando incluso trastornos en el comportamiento que le impiden relacionarse en forma óptima.

Existen dos ámbitos bastante amplios de acción de enfermería, uno que es el área hospitalaria y otro el de atención primaria o comunitaria, que ofrecen distintas características en cuanto a las labores realizadas, sin embargo, presentan un factor común que es el trato directo con personas y que plantea desafíos diferentes. Por un lado, se tiene un paciente institucionalizado y muy dependiente del equipo de salud y, por otro, aquella persona que consulta por problemas ambulatorios; entonces, los contextos son diferentes y las estructuras sociales que intervienen también se comportan de esta forma. Por otro lado, los trabajadores presentan vida personal y familiar que implica características propias.

Esta investigación plantea una orientación diferente a los estudios realizados. El exceso de trabajo existe o no en la vida de los funcionarios, pero los factores personales y familiares siempre están presentes. De alguna u otra forma, son características fundamentales en el trabajador, por lo tanto, esta investigación está orientada a evaluar la influencia de éstos en la intensidad de la fatiga y Síndrome de Burnout del personal de enfermería con y sin exceso de trabajo. Es un tema que presenta gran impacto social debido a que estos trabajadores laboran directamente con el paciente y en un área tan amplia como lo es el cuidado, en consecuencia sus acciones repercuten directamente en la población.

Existen instrumentos de medición, para estos objetivos, validados en Chile como: lo es el “Check List Individual Strength” para medir fatiga física y cognitiva, y el instrumento en

proceso de validación “Maslach Burnout Inventory” para evaluar el síndrome de Burnout, por otro lado, si bien existen algunos estudios en otros rubros de trabajo, los realizados en el sector salud son todavía insuficientes, y sobre todo, en relación a las características particulares que ofrece el ámbito de acción de enfermería en Chile, que aparte de desarrollar sus labores, asume tareas delegadas que muchas veces escapan a las funciones propias.

Este estudio, además, contribuiría a desarrollar modelos predictivos que permitirían identificar claramente el valor que presentan los factores familiares, personales y laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout, asociado al exceso de trabajo del personal de enfermería para ser incluidos en las estrategias de prevención y evidenciar con propiedad la visión holística del ser humano, sin separar las esferas familiar-personal-laboral, fundiéndose en un solo término: “Calidad de vida laboral”, donde la salud familiar y personal (autocuidado) con sus factores intervinientes, ajenos al ámbito laboral, influyen directamente en el comportamiento circunstancial del trabajador en la vida y la empresa, y que por lo tanto, se deben tomar en cuenta para mejorar la productividad, el desarrollo del país y de la sociedad. De acuerdo a ello, se podrán diseñar estrategias de intervención que permitan modificar los riesgos, previniendo el desgaste, la desmotivación, el ausentismo laboral, la disminución de la calidad de los servicios y aumentando la productividad y prestigio de la institución en el contexto social en el que se desarrolla.

9.2. Validez científica

La investigación planteada fue factible de realizar utilizando los instrumentos adecuados de investigación. El diseño propuesto del estudio cuantitativo, observacional, transversal, de correlación, explicativo y comparativo, permite establecer claramente la relación de los diferentes factores que intervienen en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout. Por otro lado, el cuestionario estuvo compuesto por un instrumento validado en Chile y los otros validados paralelamente, igualmente fueron sometidos a la evaluación de expertos, y se realizó una prueba piloto con una población de similares características del Hospital Regional de Temuco. El muestreo de la población fue en forma aleatoria, probabilística, por estratos de acuerdo a los diferentes estamentos, servicios y centros asistenciales. Los sujetos de estudio fueron reclutados bajo completa voluntad, firmando un consentimiento

informado y asegurando total confidencialidad. En todo momento se contó con la asesoría de expertos metodológicos para el análisis de la trayectoria investigativa.

9.3. Selección equitativa de sujetos

Cada sujeto de estudio tuvo las mismas probabilidades de ser seleccionado en la muestra, cumpliendo con los criterios de exclusión, por otro lado, el diseño del estudio permitió la inclusión igualitaria de hombres y mujeres de acuerdo a las proporciones que guardan en la realidad, la metodología fue pertinente para obtener los resultados necesarios que respalden o rechacen las hipótesis de estudio. Finalmente, dependió de cada persona su participación en el estudio, a pesar de presentarse la posibilidad y cumplir con los requisitos de inclusión.

9.4. Proporción favorable de riesgo-beneficio

El principal riesgo de esta investigación es la detección de fatiga importante y/o síndrome de Burnout severo y no tener una planificación que permita enfrentar la situación o hacer las coordinaciones pertinentes para que los trabajadores gocen de alternativas de solución, con un tratamiento adecuado.

Desde este punto de vista, los casos que se detecten de fatiga y síndrome de Burnout serán informados a la dirección del establecimiento para activar el procedimiento de derivación oportuno a la mutualidad correspondiente administradora del seguro ley 16744, obteniendo los beneficios correspondientes a este seguro.

9.5. Evaluación independiente

Este estudio de investigación fue sometido a la aprobación por la comisión del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, además contó con el apoyo de expertos metodológicos y temáticos de las disciplinas de enfermería, sociología y ergonomía. Por otro lado, fue evaluado por los comités de éticas de la Facultad de Medicina de las Universidades de Concepción, de los Servicios de Salud de Concepción y Valdivia y de los Deptos. de Salud Municipal de Valdivia y Concepción. El instrumento de recolección de información fue sometido a una prueba piloto en un hospital de similares características, para evaluar su pertinencia.

9.6.Consentimiento informado

El estudio contempló la firma del consentimiento informado elaborado exclusivamente para este proyecto con todos los antecedentes necesarios, dejando en claro la voluntad de la participación, el respeto por la persona sujeto de estudio, y la necesidad de utilizar los datos en publicaciones sin dar a conocer la identidad de los participantes.

9.7.Respeto a los sujetos inscritos

Los participantes del estudio fueron libres de cambiar de opinión y abandonar voluntariamente la investigación en cualquier momento, sin entrar en conflicto con el investigador o dar explicación alguna, por otro lado, recibieron toda retroalimentación que emanaba del proyecto a través correo, oficios u ordinarios, y finalmente, los resultados, tanto los elaborados preliminarmente como finales, serán expuestos a las autoridades involucradas en su patrocinio, junto con las publicaciones en revistas indexadas.

Tuvieron derecho en todo momento a solicitar información confidencial respecto de los resultados, mediante conducto regular o entrevista directa con el investigador principal, para ello, contaron con los datos de contacto como el correo electrónico, teléfono de oficina y celular. Por otro lado, en caso de solicitarlo recibirán copia digital o escrita de los resultados del estudio de acuerdo a los intereses personales de cada participante.

10. RESULTADOS

Primeramente, se realizó una descripción de la muestra de los centros hospitalarios de alta complejidad, comparando los datos entre Concepción y Valdivia, luego se estableció la presencia o no de exceso de trabajo, y finalmente, se clasificó la muestra en los trabajadores que presentan exceso de trabajo y los que no, lo que fue la base para desarrollar las pruebas de hipótesis y los modelos de regresión lineal. Este mismo esquema de trabajo, se replicó para la muestra de los centros de salud familiar, realizando la descripción de la muestra y comparando entre las ciudades de Valdivia y Concepción, luego se determinaron los grupos con exceso de trabajo y sin exceso de trabajo, y posteriormente se procedió a realizar las pruebas de hipótesis y modelos de regresión. Luego se compararon los resultados entre los centros hospitalarios y los Centros de Salud Familiar. Al final de los resultados se hace un resumen con esquemas ilustrativos de lo encontrado en el estudio.

10.1. Descripción de la muestra según establecimiento hospitalario

En ambos centros hospitalarios la muestra se caracterizó por pertenecer, en su mayoría, al estamento técnicos/auxiliares paramédicos, predominio del sexo femenino, con edad promedio menor ($U=11280$ $p=0,007$) en el hospital de Concepción en comparación con el Hospital Base Valdivia. En ambos establecimientos presentaron promedios de índice de masa corporal (IMC) situados en sobrepeso, donde la clasificación predominante fue sobrepeso y obesidad con mayor porcentaje para el hospital de Valdivia. La gran mayoría presentaba pareja, ya sea puertas adentro o puertas afuera; derivado de ello, más de un 60% refiere compartir las labores del hogar en forma igualitaria con su pareja. Gran parte de la muestra pertenece a una familia nuclear, ya sea, mono parental o biparental, refiriendo que reciben alguna ayuda para realizar las labores del hogar. Mayor ($\chi^2=8,17$ $p=0,004$) cantidad de personas en el hospital de Valdivia tienen hijos en relación al hospital de Concepción, el número promedio fue de 2 hijos ($DS=1$), mínimo 1 y máximo 5 hijos por familia, el promedio de edad de estos fue de 14 años ($DS=10,25$) para la muestra de Concepción, y de 15,76 años ($DS=9,69$) para la muestra de Valdivia. Gran porcentaje no presenta patologías crónicas y los que sí, alcanzan un porcentaje mayor al 40%. Las patologías predominantes fueron: otra patología, hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia. En relación a esto, más del 40% consume medicamentos ($X=2$, $DS=1$ aproximado), con un máximo de 5

medicamentos diferentes para el hospital de Valdivia y 7 para Concepción. Mayor porcentaje ($\chi^2=7,59$ $p=0,023$) de personas en el hospital de Valdivia consume cigarrillos en relación a Concepción, ya sea, ocasionalmente o habitualmente, con un promedio de 5 cigarrillos diarios y un máximo que supera los 15 cigarrillos diarios. Gran porcentaje en los establecimientos consume alcohol, ya sea habitualmente u ocasionalmente, con porcentajes de riesgo de presentar problemas derivados de ello, de 10,2% en Concepción y 2,6% en Valdivia (tabla 4, tabla 5, tabla 6).

Tabla 4: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro hospitalario y variables sociodemográficas categóricas.

	Sexo	Establecimiento				Total		Significancia
		HBV		HGGBC		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Sexo	Masculino	25	14,71	21	12,28	46	13,49	$\chi^2=0,43$ $p=0,512$
	Femenino	145	85,29	150	87,72	295	86,51	
	Total	170	100	171	100	341	100	
IMC	Bajo peso	1	0,72	1	0,71	2	0,72	$\chi^2=8,08$ $p=0,044$
	Normal	45	32,61	69	49,29	114	41,01	
	Sobrepeso	62	44,93	46	32,86	108	38,85	
	Obesidad	30	21,74	24	17,14	54	19,42	
	Total	138	100	140	100	278	100	
Pareja	Con convivencia	102	60,71	86	50,89	188	55,79	$\chi^2=3,87$ $p=0,144$
	Sin Convivencia	23	13,69	34	20,12	57	16,91	
	Sin pareja	43	25,60	49	28,99	92	27,30	
	Total	168	100	169	100	337	100	
Comparte Labores Hogar	Si	73	65,77	64	64,65	137	65,24	$\chi^2=0,029$ $p=0,865$
	No	38	34,23	35	35,35	73	34,76	
	Total	111	100	99	100	210	100	
Vive en	FN. Biparental	80	49,69	87	52,41	167	51,07	$\chi^2=2,58$ $p=0,461$
	FN. Monopar.	27	16,77	30	18,07	57	17,43	
	F extendida	37	22,98	27	16,27	64	19,57	
	Otros	17	10,56	22	13,25	39	11,93	
	Total	161	100	166	100	327	100	
Labores del hogar	Sola	32	19,28	45	27,11	77	23,19	$\chi^2=2,86$ $p=0,091$
	Con ayuda	134	80,72	121	72,89	255	76,81	
	Total	166	100	166	100	332	100	
Hijos	Si	133	78,70	110	64,71	243	71,68	$\chi^2=8,17$

	No	36	21,30	60	35,29	96	28,32	p=0,004
	Total	169	100	170	100	339	100	
Patologías crónicas	Si	72	43,64	70	42,17	142	42,90	x ² =0,07 p=0,787
	No	93	56,36	96	57,83	189	57,10	
	Total	165	100	166	100	331	100	
Consumo Medicamentos	Si	73	42,94	74	44,58	147	43,75	x ² =0,09 p=0,762
	No	97	57,06	92	55,42	189	56,25	
	Total	170	100	166	100	336	100	
Consumo Cigarrillos	Si	69	40,83	50	29,41	119	35,10	x ² =4,85 p=0,028
	No	100	59,17	120	70,59	220	64,90	
	Total	169	100	170	100	339	100	
Consumo Alcohol	Si, habitual	11	6,51	10	5,85	21	6,18	x ² =5,09 p=0,078
	Si, ocasional	102	60,36	84	49,12	186	54,71	
	No	56	33,14	77	45,03	133	39,12	
	Total	169	100	171	100	340	100	
Riesgo consumo alcohol	Sin riesgo	74	97,37	53	89,83	127	94,07	x ² =3,39 f=0,071
	Con riesgo	2	2,63	6	10,17	8	5,93	
	Total	76	100	59	100	135	100	

Tabla 5: Promedio y desviación estándar de variables sociodemográficas continuas según establecimiento hospitalario

Variable	HBV		HGGBC		Significancia
	X	DS	X	DS	
Edad	42,25	11,33	38,94	10,84	U=11281 p=0,007
IMC	27,19	4,42	25,89	4,16	U=7846 p=0,007
N° hijos	2,02	0,97	1,88	0,89	U=6792 p=0,308
Edad Hijos	15,76	10,25	14,01	9,70	U=6033 p=0,221
Tiempo Recreación día Laboral	1,52	1,41	1,32	1,23	U=11008 p=0,136
Tiempo descanso día Laboral	2,89	2,78	2,85	2,96	U=11028 p=0,430
Tiempo Recreación y descanso día no laboral	6,08	5,21	6,24	4,89	U=10188 p=0,584
Tiempo que duerme día laboral	6,15	2,02	6,48	1,49	U=11546 p=0,684
Tempo que duerme día no laboral	8,13	2,28	8,58	1,96	U=10768 p=0,049
N° Medicamentos	1,83	1,35	1,75	1,21	U=2189 p=0,660
N° Cigarrillos Día	4,50	3,57	4,80	3,72	U=872 p=0,446
N° Cigarrillos Semana	27,13	24,14	27,58	26,21	U=1405 p=0,935
N° Cigarrillos Mes	107,54	96,88	108,49	104,78	U=1520 p=0,818

Tabla 6: Distribución numérica y porcentual de la muestra según establecimiento hospitalario y patología crónica.

Patología	HBV		HGGBC		Significancia
	N°	%	N°	%	
HTA	22	13,30	17	10,20	$\chi^2=0,76$ p=0,383
DM	10	6,10	5	3,00	$\chi^2=1,78$ p=0,182
Dislipidemia	11	6,70	17	10,20	$\chi^2=1,37$ p=0,243
Lupus	3	1,80	1	0,60	$\chi^2=1,03$ f=0,311
Asma	5	3,00	9	5,40	$\chi^2=1,17$ p=0,28
Otra	41	24,80	34	20,50	$\chi^2=0,90$ p=0,343

La mayoría realiza turnos rotativos, que implican trabajo nocturno, donde el turno predominante es el cuarto, con mayor porcentaje en el hospital de Concepción. El tiempo de recreación y descanso un día laboral bordeó 1 hora y 3 horas correspondientemente en ambos establecimientos, y el tiempo de recreación/descanso un día no laboral se situó alrededor de las 6 hrs. Los trabajadores en los dos centros dormían en promedio 6 hrs. aproximadamente un día laboral, y un día no laboral entre 8 a 9 hrs., siendo este tiempo mayor para el hospital de Concepción ($U=10768$ p=0,049). Los trabajadores refieren laborar mayor cantidad de horas reales promedio en el hospital de Valdivia ($U=7449$ p=0,002) en relación al hospital de Concepción. Por otro lado, más del 80% de la muestra refirió que las horas extras trabajadas eran remuneradas, con mayor porcentaje ($\chi^2=7,704$ p=0,006) en el Hospital Base Valdivia y alrededor del 51% indicó que las horas extras eran voluntarias, con mayor ($\chi^2=11,72$ p=0,003) porcentaje, también, en este establecimiento. Bajo el 20%, en ambos centros, realizan otro trabajo remunerado, con un promedio de 12 hrs., y menos de un 10% estudia fuera del horario de trabajo. Gran parte indica que las condiciones de trabajo son regulares a buenas y el trabajo es exigente a muy exigente (tabla 7, tabla 8).

Tabla 7: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro asistencial y variables laborales categóricas

Realización de turnos		Título				Total		Significancia
		HBV		HGGBC		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Realización turnos	Si	120	71,01	103	63,19	223	67,17	$x^2=2,29$ p=0,130
	No	49	28,99	60	36,81	109	32,83	
	Total	169	100,00	163	100,00	332	100,00	
Tipo de Turno	4° turno	67	84,81	55	94,83	11	44,00	$x^2=3,44$ f=0,054
	3° Turno	12	15,19	3	5,17	14	56,00	
	Total	79	100,00	58	100,00	25	100,00	
Hrs. Extras Remuneradas	Si	152	94,41	136	85,00	288	89,72	$x^2=7,7$ p=0,006
	No	9	5,59	24	15,00	33	10,28	
	Total	161	100,00	160	100,00	321	100,00	
Hrs. extras Voluntarias	Si	80	50,96	52	33,12	132	42,04	$x^2=10,25$ p=0,001
	No	77	49,04	105	66,88	182	57,96	
	Total	157	100,00	157	100,00	314	100,00	
Otro trabajo Remunerado	Si	32	19,75	24	14,37	56	17,02	$x^2=1,69$ p=0,194
	No	130	80,25	143	85,63	273	82,98	
	Total	162	100,00	167	100,00	329	100,00	
Estudios	Si	16	9,88	14	8,43	30	9,15	$x^2=0,21$ p=0,650
	No	146	90,12	152	91,57	298	90,85	
	Total	162	100,00	166	100,00	328	100,00	
Condiciones Trabajo	Malas	4	2,40	10	5,88	14	4,15	$x^2=4,98$ p=0,174
	Regulares	53	31,74	62	36,47	115	34,12	
	Buenas	99	59,28	92	54,12	191	56,68	
	Óptimas	11	6,59	6	3,53	17	5,04	
	Total	167	100,00	170	100,00	337	100,00	
Exigencias trabajo	Regular	2	1,19	2	1,17	4	1,18	$x^2=1,59$ p=0,662
	Medianas	12	7,14	7	4,09	19	5,60	
	Exigente	92	54,76	94	54,97	186	54,87	
	Muy exigentes	62	36,90	68	39,77	130	38,35	
	Total	168	100,00	171	100,00	339	100,00	

Tabla 8: Promedio y desviación estándar de variables laborales continuas según establecimiento hospitalario

Variable	HBV		HGGBC		Significancia
	X	DS	X	DS	
Hrs. Reales de trabajo Semana	53,01	10,46	50,51	8,87	U=7449 p=0,002
Hrs. Otro Trabajo Remunerado	12,20	8,25	11,73	6,26	U=320 p=0,939
Hrs. Estudio Fuera Horario Trabajo	9,21	6,87	13,08	8,73	U=77 p=0,742

La influencia del trabajo en la familia es mayor que la influencia de la familia sobre el trabajo, en ambos establecimientos, con promedios que bordean los 18 puntos para la primera y 7 puntos para la segunda escala, esta diferencia es estadísticamente significativa. (Tabla 9)

Tabla 9: Promedios y desviación estándar de la escala influencia trabajo/familia según establecimiento hospitalario.

Influencia Trabajo y Familia	HBV		HGGBC	
	X	DS	X	DS
Influencia del trabajo en la familia	18,32	6,23	17,40	6,07
Influencia de la familia en el trabajo	7,74	4,30	7,12	3,98
Significancia	p=0,000		p=0,000	

La escala de engagement general, muestra un promedio de puntuación para el hospital de Concepción de 81,54 pts. (DS=12,57), con un mínimo de 36 pts. y un máximo de 102 pts., y para el hospital de Valdivia fue de 80,27 pts. (DS=13,74), con un mínimo de 33 pts. e igual puntaje máximo que el hospital de Concepción (102 pts.). De acuerdo a la clasificación, los trabajadores de estos establecimientos se sitúan en engagement medio y alto (Figura 2).

En la sub-escala vigor, el puntaje promedio fue de 28,94 pts. (DS=4,86), con un máximo de 36 pts. para el hospital de Concepción, y en el hospital de Valdivia se obtuvo un promedio de 28,49 pts. (DS=5,06), con un máximo de 36 pts., el puntaje mínimo es igual para los dos establecimientos, 14 pts. De acuerdo a esta escala, la muestra hospitalaria se ubica en la clasificación de medio y alto (Figura 3).

En la sub-escala dedicación el promedio de puntuación fue de 26,10 pts. (DS=4,13), con un mínimo de 9 pts. y un máximo de 30 pts. para el hospital de Concepción, y un promedio de 25,81 pts. (DS=4,22) para Valdivia, con un máximo de 25 pts. y un mínimo igual al de Concepción, de acuerdo a la clasificación, las personas se concentran en alto y muy alto con igual porcentaje para ambos establecimientos (**figura 4**).

En la sub-escala absorción, el puntaje promedio llegó a los 26,50 pts. (DS=5,72) con un mínimo de 6 pts. y un máximo de 36 pts. para Concepción; y de 25,97 pts. (DS=6,21), con un mínimo de 10 pts. y un máximo igual al establecimiento anterior, para Valdivia. La clasificación ubica a gran parte de la muestra en muy bajo, bajo y medio (**figura 5**). La diferencia en los promedios de la escala entre establecimientos no son estadísticamente significativos.

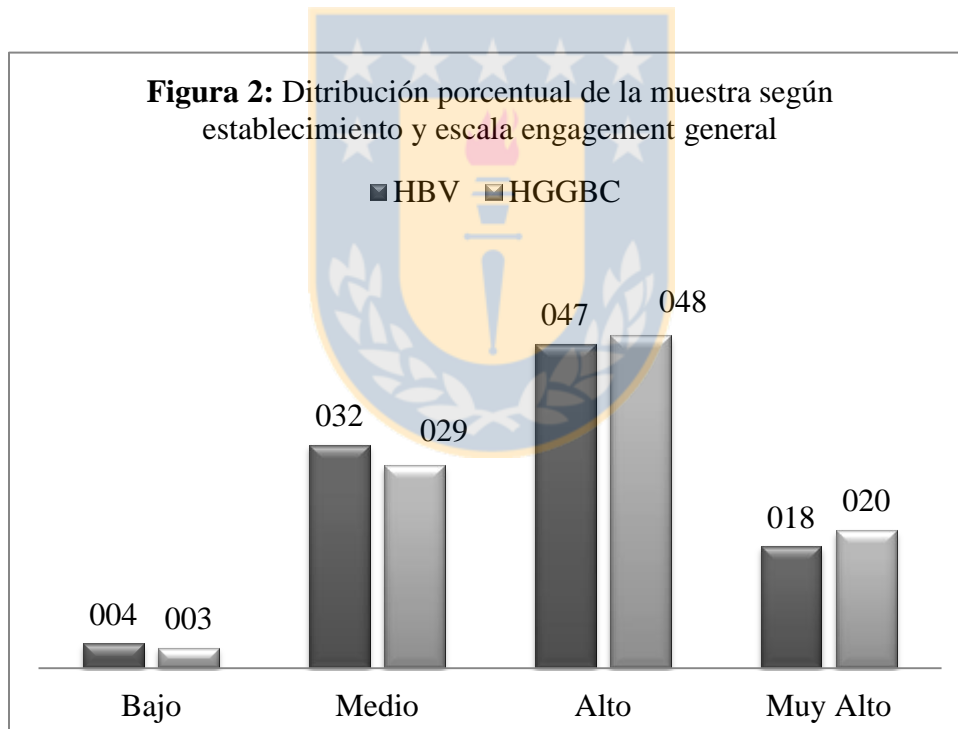


Figura 3: Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala vigor

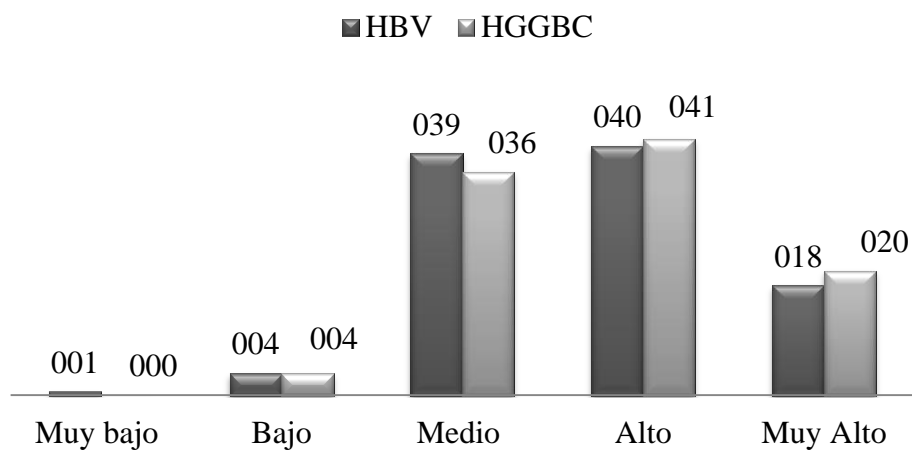
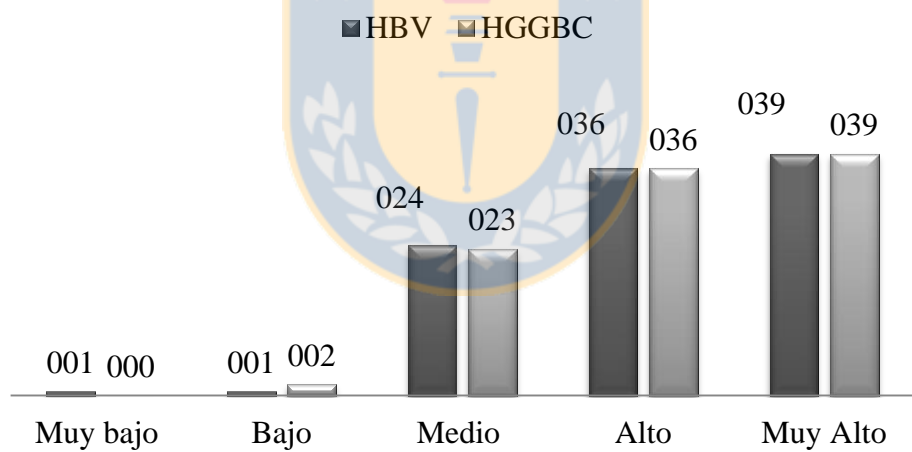
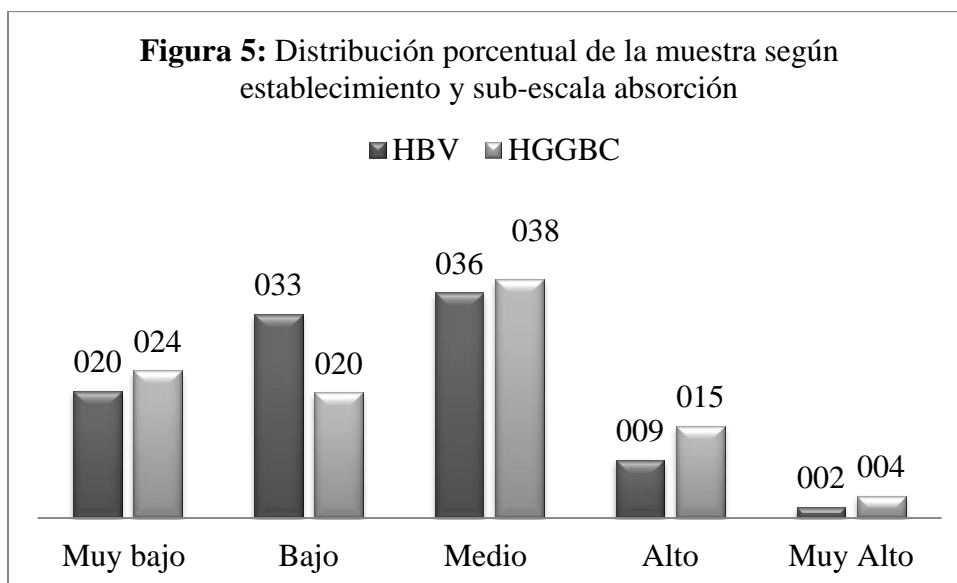


Figura 4: Distribución porcentual de la muestra según Establecimiento y sub-escala dedicación

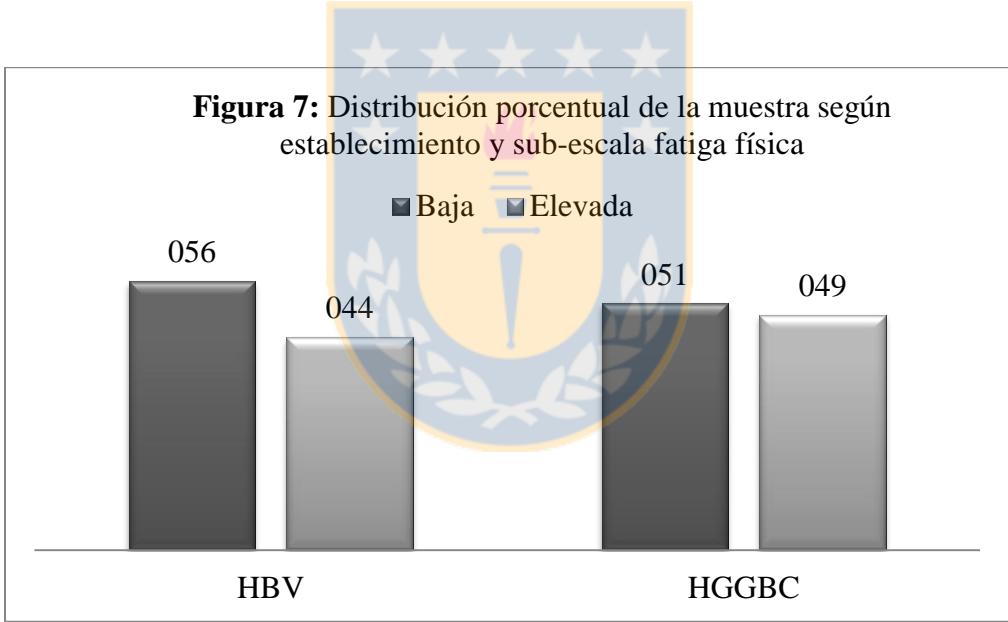
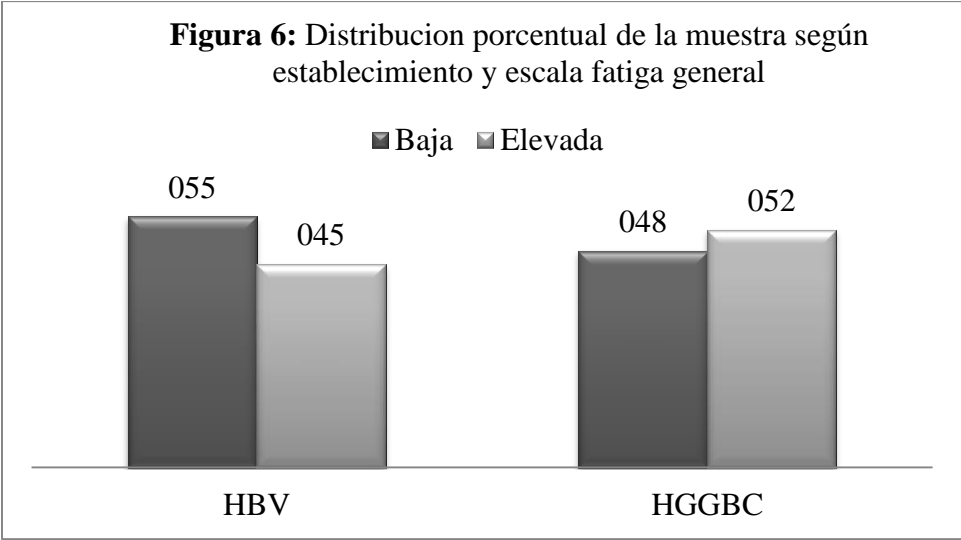


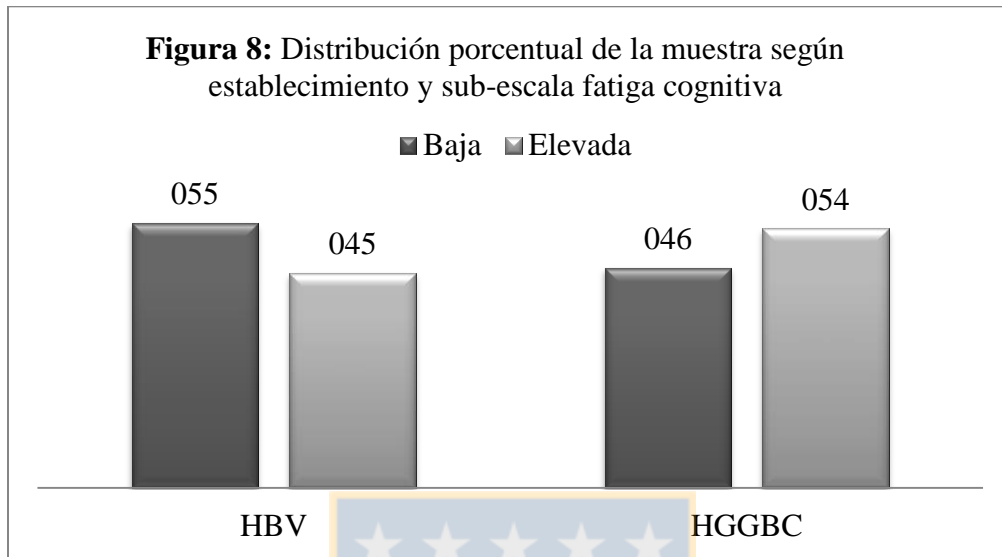


La escala de fatiga general, muestra un puntaje promedio de 48,61 pts. (DS=20,24), con un mínimo de 15 pts. y un máximo de 96 pts. para el hospital de Concepción, y de 40,08 pts. promedio (DS=18,35) para el hospital de Valdivia, con un máximo de 99 pts. y un mínimo igual al establecimiento anterior. De acuerdo a la clasificación, el 52,4% de la muestra de Concepción y 44,8% de Valdivia presenta fatiga elevada (**figura 6**).

En cuanto a la sub-escala fatiga física, el promedio de puntuación fue 28,26 pts. (DS=12,42) para el hospital de Concepción y de 27,19 pts. (DS=11,13) para el hospital de Valdivia, con un mínimo de 8 pts. y un máximo de 56 pts. para ambos establecimientos, donde la clasificación sitúa a las personas en fatiga física baja (**figura 7**).

Por otro lado, la sub-escala fatiga cognitiva presenta un promedio de puntuación de 20,35 pts. (DS=9,47), con un mínimo de 7 pts. y un máximo de 47 pts. para Concepción. Para Valdivia, el promedio fue de 18,89 pts. (DS=8,66), con un máximo de 43 pts. y un mínimo igual al establecimiento anterior. En este caso, la clasificación ubica a la muestra en elevada fatiga cognitiva en Concepción, con un 54,1; y baja fatiga cognitiva en Valdivia, 55,23% (**figura 8**). La diferencia en los promedios de la escala general y sub-escalas, entre establecimientos, no resultó estadísticamente significativa.





En el Hospital Base Valdivia, los servicios que presentaron mayor puntaje promedio en la escala fatiga general y en las sub-escalas fatiga física y cognitiva, fueron los servicios de Diálisis y Medicina Pediátrica, en la última sub-escala se agregó, además, el servicio de Pensionado. Sin embargo, los que obtuvieron mayores puntajes absolutos en la escala general de fatiga fue Medicina Pediátrica, y en la sub-escala fatiga física y cognitiva fueron los servicios de Medicina Adulto y Medicina Pediátrica (**tabla 10**).

Tabla 10: Promedio y desviación estándar de la escala y sub-escalas de Fatiga según Servicios del Hospital Base Valdivia

Servicio	Fatiga General				Fatiga Física				Fatiga Cognitiva			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Med. Pediatr.	58,82	25,84	99	24	33,91	13,03	56	16	24,91	13,25	43	8
Neonatología	40,25	17,23	53	15	22,5	10,38	30	8	17,75	7,37	23	7
Medicina Ad.	48,8	22,56	96	16	28,61	13,43	56	9	20,22	10,12	42	7
Neurología	48,25	19,21	74	15	30,63	12,36	48	8	17,63	7,85	28	7
Psiquiatría	30	2,65	32	27	18,33	4,04	22	14	11,67	2,31	13	9
Cirugía adulto	47,86	16,96	81	20	29,79	11,88	54	11	18,07	6,07	28	8
Cirugía Infantil	33,17	19,16	61	15	19,17	11,05	33	8	14	8,37	28	7
Traumatología	44,3	13,72	58	19	25,5	8,89	34	10	18,83	6,05	28	9
Urología	61,5	7,78	67	56	33,5	13,44	43	24	28	5,66	32	24
Otorrino	44,75	21,55	67	17	26,25	13,94	43	9	18,5	8,66	27	8
UCI Adulto	37,2	9,78	51	24	21,8	9,34	38	15	15,4	4,93	20	8
UCI Pediátrica	48,75	16,47	63	18	28,5	10,56	39	11	20,25	7,05	29	7
Oncología	43,3	14,25	78	23	25,8	10,34	45	14	17,5	7,95	33	7
Pensionado	56,8	8,61	71	47	32,17	8,98	44	23	24,67	6,47	31	13
CAE/CAA	46,87	19,14	82	17	28,87	11,01	45	10	18	9,73	37	7
Urgencia	38,57	11,24	54	17	22,29	6,38	33	10	16,29	6,33	28	7
Pabellón	45,61	17,97	77	17	27,04	10,91	51	10	18,57	8,33	33	7
Esterilización	38,14	16,34	63	18	22	9,09	35	10	16,14	8,53	28	7
Diálisis	62,33	14,95	84	46	34,33	9,31	49	20	28	7,92	35	14

En el Hospital Clínico Regional de Concepción, en la escala de fatiga general, los servicios que obtuvieron mayor puntaje promedio fueron Esterilización, Medicina Pediátrica, Medicina Adulto; en la sub-escala fatiga física, Neurocirugía y Esterilización; y en la sub-escala fatiga cognitiva, Psiquiatría, Medicina Adulto y Esterilización. Por otro lado, los resultados absolutos muestran mayores puntajes en la escala general para los servicios de Cirugía Adulto, Centro de Atención Ambulatoria y Urgencias; en la sub-escala Fatiga física, UCI adulto, Pensionado y Urgencia; y en la sub-escala fatiga cognitiva, el Centro de Atención Ambulatoria, Cirugía Adulto y Urgencia (**tabla 11**).

Tabla 11: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas de fatiga según servicios del Hospital Clínico Regional de Concepción

Servicio	Fatiga General				Fatiga Física				Fatiga Cognitiva			
	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min
Med Pediátrica	55,71	20,8	89	35	31,7	13,37	51	11	24	9,71	38	14
Neonatología	48,57	14,31	75	34	28,14	8,95	41	15	20,43	6,9	34	11
Medicina Adulto	54,2	20,25	84	21	31,6	12	51	14	22,6	9,07	38	7
Neurología	52,5	19,09	66	39	32,5	2,12	34	31	20	16,97	38	8
Psiquiatría	48,33	20,69	69	15	25,2	11,66	30	38	23,1	9,57	31	7
Cirugía adulto	53,07	16,57	93	35	32,3	9,93	5	16	20,73	9,53	43	10
Cirugía Infantil	52,29	17,23	68	24	30,29	11,43	46	17	22	7,48	30	7
Urología	47,5	13,28	59	36	22,5	9,88	32	13	25	3,65	29	21
Otorrino	39	21,9	58	15	19,33	12,66	33	8	19,67	11,01	27	7
UCI Adulto	41,67	25,76	83	15	25,78	16,7	54	8	15,89	9,71	29	7
UCI Pediátrica	37,17	23,44	69	15	23	16,28	47	8	14,17	7,86	22	7
Oncología	48,56	20,25	72	22	28,11	11,76	44	13	20,44	9,18	34	8
Pensionado	65	9,54	75	56	42	13,11	56	30	23	3,61	26	19
CAE/CAA	49,44	26,31	96	16	28,75	13,98	52	8	20,69	13,29	47	7
Urgencia	42,55	25,16	94	15	23,56	15,2	56	8	19	10,36	38	7
Pabellón	43,61	18,75	72	15	24,4	11,41	44	8	19,17	8,87	34	7
Esterilización	57,25	27,35	87	21	34,5	15,52	50	14	22,75	12,34	37	7
Diálisis	56	19,13	72	26	33	13,11	46	14	23	7,87	32	12
UCI Quirúrgica	27,5	13,7	48	20	14	2	17	13	13,5	11,7	31	7
Uti Neuroquirúrgica	51	14,31	68	33	31,75	5,4	36	24	19,25	11,64	36	9
Neurocirugía	54,33	23,16	80	35	33,67	15,31	51	22	20,67	8,02	29	13
Quemados	44,75	5,91	53	39	26,5	6,76	13	16	18,25	4,72	25	15
Unidad Coronaria	43,5	13,44	53	34	22,5	2,12	21	21	21	11,31	29	13

En la escala Maslach Burnout Inventory General Survey (MBIGS) general, el promedio de puntuación fue de 50,28 pts. (DS=12,94), con un mínimo de 2 pts. y un máximo de 90 pts. para el hospital de Concepción, y de 49,25 pts. promedio (DS=11,19) para el hospital de Valdivia, con un mínimo igual al establecimiento anterior y un máximo de 84 pts. En términos porcentuales en este caso la muestra evidencia clasificación media para Burnout (figura 9).

En la sub-escala desgaste emocional, el promedio de puntuación fue de 10,97 pts. (DS=7,42), con un mínimo de 0 pts. y un máximo de 28 pts. para Concepción, y un

promedio de 10,25 pts. (DS=6,49) para Valdivia, con un máximo de 30 pts. y un mínimo igual al establecimiento anterior, la clasificación concentra, porcentualmente, a gran parte de la muestra hospitalaria en clasificación baja y media (**figura 10**).

En la sub-escala Cinismo el promedio de puntuación fue de 13,17 pts. (DS=5,98) para Concepción y de 13,15 pts. (DS=5,98) para Valdivia, con un mínimo de 0 pts. y un máximo de 34 pts. en ambos establecimientos. En este caso, el mayor porcentaje de la muestra se concentra en clasificación baja y media en ambos centros hospitalarios (**figura 11**).

Finalmente, en la sub-escala eficacia profesional, el promedio de puntuación fue de 26,29 pts. (DS=4,78), con un mínimo de 0 pts. y un máximo de 30 pts. para el hospital de Concepción, y de 25,85 pts. promedio (DS=4,90), con un mínimo de 2 pts. y un máximo igual al establecimiento anterior, para el hospital de Valdivia. El mayor porcentaje de la población se concentra en clasificación alta (**figura 12**).

Las diferencias en promedios de la escala general y sub-escalas, entre establecimientos hospitalarios, no resultaron estadísticamente significativas.

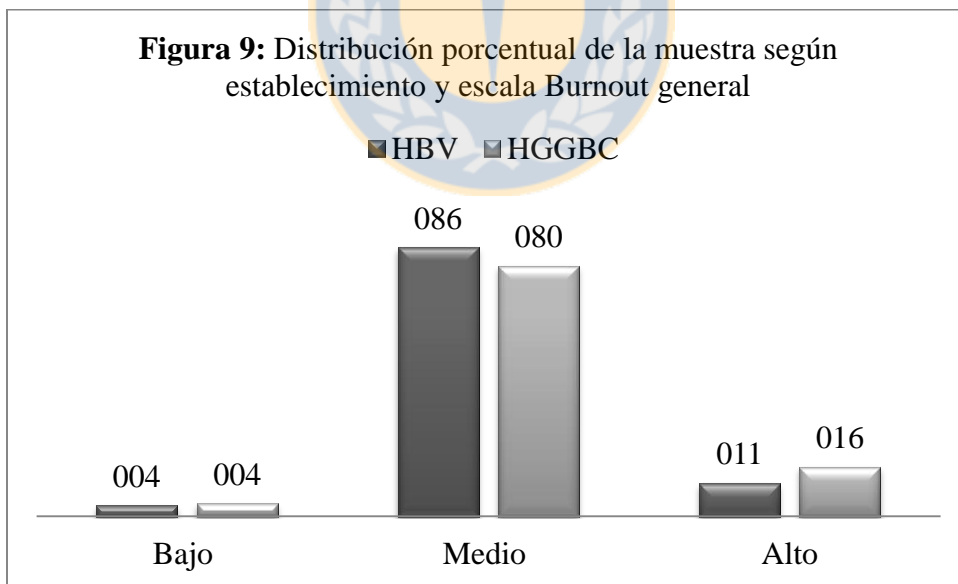


Figura 10: Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala desgaste emocional

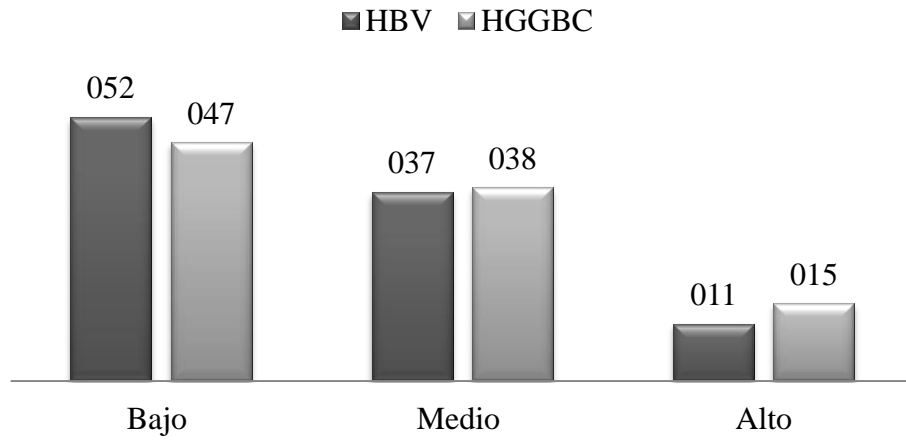
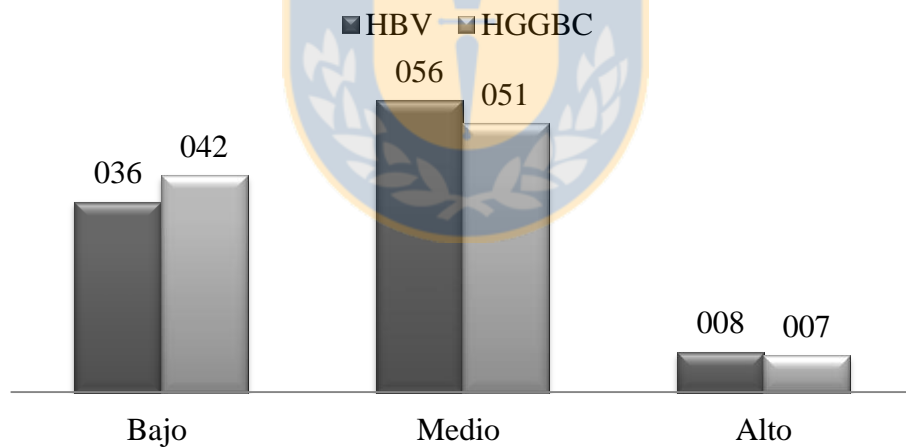
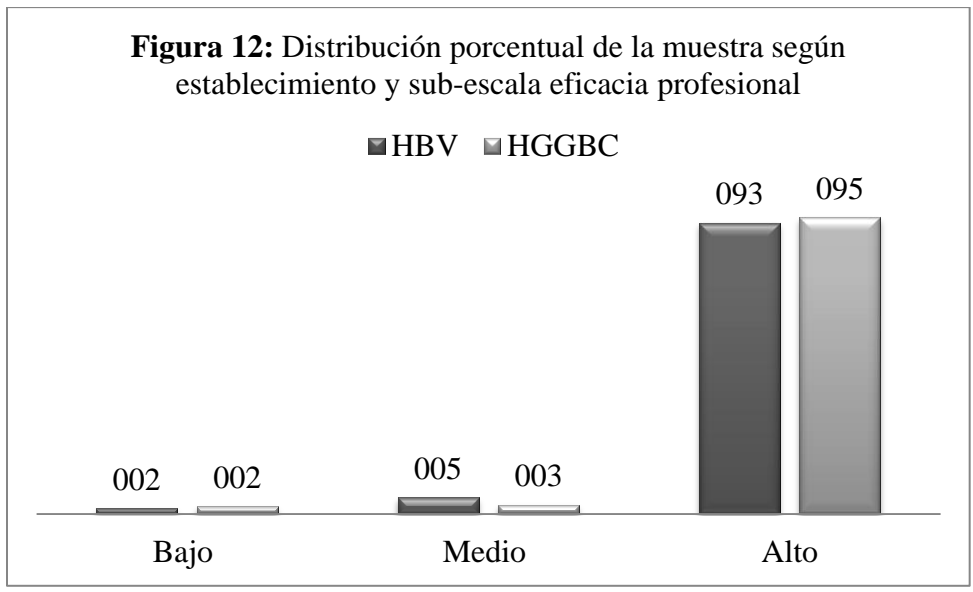


Figura 11: Distribución porcentual de la muestra según establecimiento y sub-escala cinismo





En relación al servicio, aquellos que presentaron mayor puntaje promedio en la escala de Burnout general fueron; en el hospital base Valdivia, los servicios de Urología, Diálisis, Medicina Adulto y el Centro de Atención de Especialidades; en la sub-escala desgaste emocional, los servicios de Medicina Pediátrica y Medicina Adulto; en la sub-escala Cinismo, los servicios de Diálisis, Oncología, Medicina Adulto y Centro de Atención de Especialidades; y finalmente, en la sub-escala eficacia profesional, los servicios de Pabellón, Centro de Atención de Especialidades y UCI Pediátrica. En cuanto a los valores absolutos en la escala general, los mayores puntajes fueron obtenidos en los servicios de Cirugía Infantil y Urgencia; en la sub-escala desgaste emocional, en el servicio de Medicina Adulto; en la sub-escala cinismo, los servicios de Cirugía Infantil y Urgencia; y en la sub-escala eficacia profesional, los menores puntajes fueron en Medicina adulto, Urgencia y Esterilización (**tabla 12**).

Tabla 12: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey según servicios del Hospital Base Valdivia.

Servicio	Síndrome de Burnout				Desgaste Emocional				Cinismo				Eficacia Profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Med Pediátrica	50,3	13,82	76	29	11,7	6,41	24	1	12,5	7,95	26	1	26,1	4,04	30	18
Neonatología	43,25	5,5	48	38	7,5	4,36	11	2	10,5	6,75	18	3	25,25	3,2	30	23
Medicina Adulto	52,2	8,91	7	41	12,28	8,58	30	1	14,5	5,54	25	8	25,4	5,83	30	9
Neurología	45,5	13,3	64	24	8,88	7,66	22	0	12,63	6,8	23	6	24	4,75	30	18
Psiquiatría	42,33	8,08	51	35	7	6,93	15	3	9,67	2,08	12	8	25,67	2,89	29	24
Cirugía adulto	47,46	9,73	64	25	10,46	6,36	23	3	13,08	6,16	26	5	23,9	5,96	30	12
Cirugía Infantil	50,5	19,19	84	28	11	8,32	22	3	13	11,3	34	0	26,5	3,3	30	22
Traumatología	48,33	6,98	55	39	11,5	4,59	16	5	8,83	4,71	15	3	28	1,67	30	25
Urología	59,5	23,33	76	43	16	14,14	26	6	19	9,89	26	12	24,5	0,71	25	24
Otorrino	42	8,76	54	33	6,5	4,79	12	2	12	5,72	19	6	23,5	5	29	17
UCI Adulto	48	9,48	61	39	9,4	7,27	20	4	12,2	4,92	20	8	26,4	3,91	30	21
UCI Pediátrica	49,87	8,98	66	39	9,5	8,18	24	0	13,38	4,37	20	7	27	2,93	30	22
Oncología	50,8	10,12	67	39	9,9	5,78	23	4	14,9	6,52	29	7	26	3,37	30	20
Pensionado	47,8	9,77	61	31	10,83	5,27	18	5	14,17	3,37	19	12	22,83	6,71	30	14
CAE/CAA	53	9,13	76	36	10,87	5,74	22	4	14,33	5,97	26	6	27,8	3,14	30	20
Urgencia	47	15,023	83	12	9,21	5,24	22	2	11,86	7,17	33	0	25,93	7,35	30	3
Pabellón	51,87	8,36	44	42	10,87	5,95	25	0	13,78	4,17	22	7	27,22	2,83	30	21
Esterilización	39,29	17,11	53	2	4,86	3,63	11	0	10,14	5,52	15	0	24,29	9,96	30	2
Diálisis	53,67	10,4	66	41	14	6,32	21	5	15,83	6,11	26	7	23,83	4,92	30	19

En el Hospital Clínico Regional de Concepción, en la escala Burnout general, los servicios con mayor puntaje promedio fueron: Pensionado, Medicina Adulto, Diálisis, Neurología; en la sub-escala desgaste emocional, Pensionado Cirugía infantil y Diálisis; en la sub-escala cinismo, Pensionado, Medicina Adulto, Centro a de atención Ambulatoria, Neurcirugía, UTI Neuroquirúrgica; y finalmente, en la sub-escala eficacia profesional, el servicio de UCI Quirúrgica, Oncología y Medicina Pediátrica. En cuanto a los puntajes absolutos, en la escala general, los servicios que presentaron mayor puntuación fueron Esterilización y UCI adulto; en la sub-escala desgaste emocional, los servicios de Medicina Adulto y Urgencia; en la sub-escala cinismo, el servicio de Esterilización; y en la sub-escala eficacia profesional, los servicios de Esterilización y Psiquiatría (**tabla 13**).

Tabla 13: Promedios y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey según servicios del Hospital Clínico Regional Concepción.

Servicio	Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción															
	Burnout General				Desgaste Emocional				Cinismo				Eficacia Profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Med Pediátrica	53	14	73	38	12,42	8,06	21	1	12,57	9,14	28	5	28	2	30	25
Neonatología	46,1	15,24	73	32	9,57	8,64	25	1	10,57	6,68	23	6	26	2,77	30	22
Medicina Adulto	56,1	1,37	76	42	13,53	7,27	28	2	15,73	4,1	21	10	26,8	3,71	30	17
Neurología	58	4,24	61	55	13,5	0,71	14	13	19	11,31	27	11	25,5	6,36	30	21
Psiquiatría	45,33	17,81	70	21	10,33	8,28	22	0	12	6,44	24	6	23	8,66	30	3
Cirugía adulto	51,67	8,12	64	36	12,47	4,44	20	6	13,4	5,39	25	7	25,8	4,53	30	16
Cirugía Infantil	50,43	18,15	73	15	14,14	7,6	26	3	13,29	7,93	23	0	23	8,08	30	8
Urología	50,25	8,26	56	38	11,25	7,46	20	2	12,5	4,65	17	6	26,5	3,42	30	22
Otorrino	46	3,456	50	44	5,67	3,51	9	2	12,67	5,03	18	8	27,67	4,04	30	23
UCI Adulto	48,56	12,78	79	37	9,22	8,56	27	0	12	5,79	23	5	27,3	3,39	30	19
UCI Pediátrica	51,5	14,1	76	39	10,5	9,35	27	2	14,5	7,4	26	7	26,5	2,95	30	23
Oncología	50,44	8,4	68	42	10,67	5,92	18	1	11,33	5,5	25	7	28,4	1,88	30	26
Pensionado	57,3	16,04	74	42	14,33	5,51	20	9	18,33	11,06	30	8	24,67	0,58	25	24
CAE/CAA	52,69	14,48	77	30	10,13	9,07	26	0	14,75	6,68	26	6	27,81	2,56	30	21
Urgencia	42,9	16,54	62	2	8,9	8,39	28	2	9,6	4,84	17	0	27,1	3,72	30	20
Pabellón	48,28	9,39	67	33	9,11	7,39	22	0	12,1	4,4	22	6	27,06	3,51	30	18
Esterilización	48,25	32,93	90	12	10,25	12,97	27	0	16	12,33	34	6	22	14,67	30	0
Diálisis	56,6	10,21	71	44	16,4	7,7	26	8	13,8	5,26	23	10	26,4	2,97	30	22
UCI Quirúrgica	46,25	6,95	51	36	5,75	5,43	13	0	11,75	2,87	14	8	28,75	1,5	30	27
UTI Neuroquirúrgica	51,75	9,74	66	44	11,75	5,38	19	6	14,5	3,79	20	12	25,5	1,73	27	23
Neurocirugía	49,67	7,23	58	45	10,33	6,81	18	5	14,67	4,73	20	11	24,67	4,51	29	20
Quemados	49,5	8,58	57	39	10	1,41	12	9	13	6,22	20	6	26,5	1,91	28	24
Unidad Coronaria	44	7,07	49	39	6,5	4,95	10	3	10	2,83	12	8	27,5	0,71	28	27

10.2. Personal de enfermería con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios

En los centros hospitalarios el 75,4 % refiere presentar exceso de trabajo, lo que está asociado al establecimiento, siendo mayor en el hospital base Valdivia (**Tabla 14**)

Tabla 14: Distribución numérica y porcentual de la muestra según centro hospitalario y presencia de exceso de trabajo.

Establecimiento	Sin exceso de trabajo		Con exceso de trabajo		Total		Significancia
	N°	%	N°	%	N°	%	
HBV	28	18,67	122	81,33	150	100	$\chi^2=5,65$ p=0,017
HGGB	46	30,46	105	69,54	151	100	
Total	74	24,58	227	75,42	301	100	

Aquellos que presentan exceso de trabajo, evidencian un promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) significativamente ($P=0,008$) mayor (**tabla 15**). La situación de pareja está asociado ($P=0,000$) al exceso de trabajo, donde las personas con pareja con convivencia (80,8%) y sin pareja (78,8%), presentan mayor porcentaje que aquellas que tienen pareja sin convivencia (52%), por otro lado, aquellos que comparten las labores del hogar (81,6%) en forma igualitaria, presentan significativamente ($P= 0,004$) mayor exceso de trabajo en relación a los que no (62,5%). Realizar turnos rotativos, claramente marca una diferencia significativa (0,000) en relación a las personas que no lo hacen, mostrando para los primeros mayor porcentaje. En cuanto a las horas extras remuneradas, aquellos que refirieron que efectivamente recibían incentivo monetario por ello, presentaron mayor exceso de trabajo en forma significativa ($P=0,004$), el realizar otro trabajo remunerado, en la misma u otra institución, fue un factor significativo ($P=0,044$) a favor de los que presentaron este mayor exceso, ya que evidencian mayor porcentaje. El porcentaje de los trabajadores que presentaban dedicación alta/muy alta (78,6%), es significativamente mayor ($P=0,026$) en relación a los que tenían baja/media dedicación (65,8%), relacionado con el exceso de trabajo (tabla 10). Claramente, el exceso de trabajo, es un factor importante en relación a la influencia del trabajo en la familia, donde aquellos que lo presentaron evidenciaron ($P=0,001$) mayor puntaje promedio en esta sub-escala (**tabla 15 y 16**).

Tabla 15: Promedio y desviación estándar de variables continuas según presencia de exceso de trabajo.

Variable	Sin exceso de trabajo		con exceso de trabajo		Significancia
	X	DS	X	DS	
Índice Masa Corporal	25,26	4,06	26,97	4,49	t=2,67 p=0,008
Inf.Trab.Fam.	15,85	6,27	18,78	5,82	t=3,67 p=0,000

Tabla 16: Distribución numérica y porcentual de la muestra hospitalaria según presencia de exceso de trabajo y variables categóricas.

Variable	Exceso de trabajo				Total		Significancia	
	Sin		Con		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Situación Pareja	Pareja con convivencia	32	19,16	135	80,84	167	100	$x^2=17,92$ p=0,000
	Pareja puertas afuera	24	48	26	52	50	100	
	Sin pareja	17	21,25	63	78,75	80	100	
	Total	73	24,58	224	75,42	297	100	
Comparte labores hogar	Si	23	18,4	102	81,6	125	100	$x^2=8,27$ p=0,004
	No	24	37,5	40	62,5	64	100	
	Total	47	24,87	142	75,13	189	100	
Realización turnos	Si	32	16,58	161	83,42	193	100	$x^2=19,49$ p=0,000
	No	41	39,81	62	60,2	103	100	
	Total	73	24,66	223	75,33	296	100	
Horas extras remuneradas	Si	49	19,52	202	80,48	251	100	$x^2=8,08$ p=0,060
	No	13	41,94	18	58,1	31	100	
	Total	62	21,99	220	78,01	282	100	
Otro trabajo remunerado	Si	7	13,21	46	86,79	53	100	$x^2=4,06$ p=0,044
	No	62	26,27	174	73,73	236	100	
	Total	69	23,88	220	76,12	289	100	
Engagement sub-escala Dedicación	Bajo/medio	26	34,21	50	65,79	76	100	$x^2=4,99$ p=0,026
	Alto/muy alto	48	21,43	176	78,57	224	100	
	Total	74	24,67	226	75,33	300	100	

Respecto de las escalas, los resultados generales del cuestionario de fatiga y las sub-escalas, no están asociados al exceso de trabajo y la distribución muestra tanto porcentajes como promedios similares o con baja diferencia para ambos grupos, lo mismo sucede en el caso de la escala MBIGS y sus tres dimensiones. A pesar de ello, los factores que influyen en la

producción de estas variables dependientes, pueden ser diferentes para ambos grupos, siendo necesario establecer modelos que permitan mostrar este comportamiento. Por otro lado, al no estar asociada la variable exceso de trabajo a la fatiga o al Burnout, indica que existen otros factores que pueden influenciar el comportamiento de estas variables (**Figura 14 - 20**).

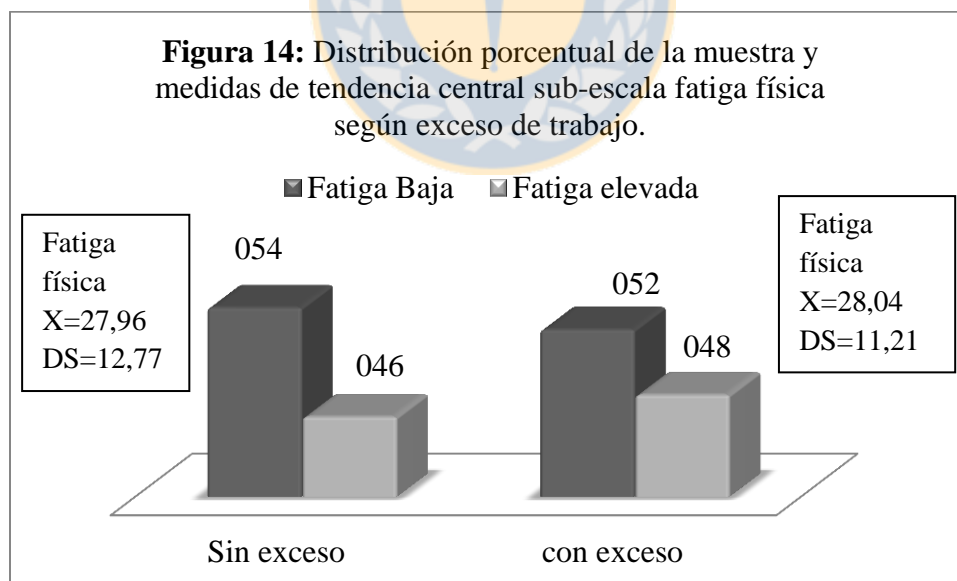
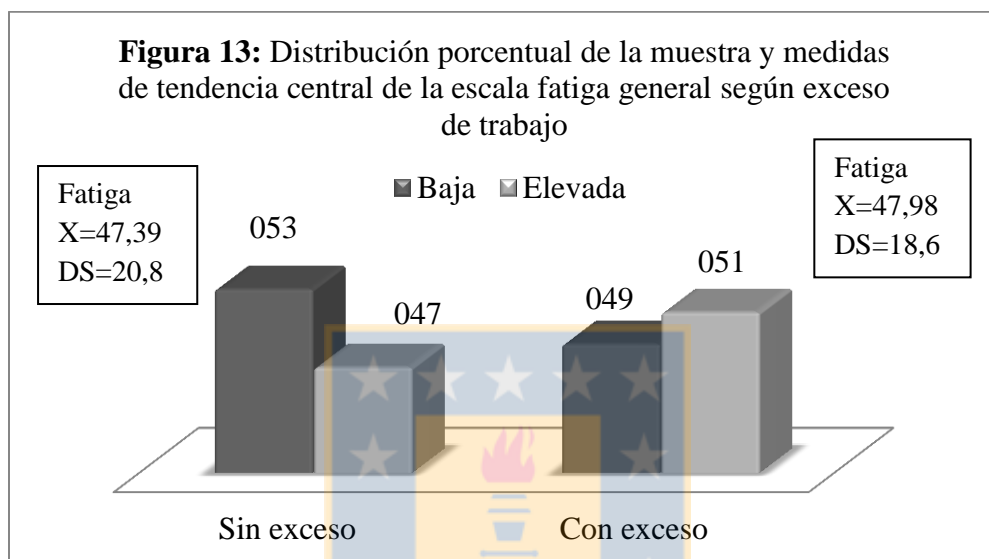


Figura 15: Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala fatiga cognitiva según exceso de trabajo

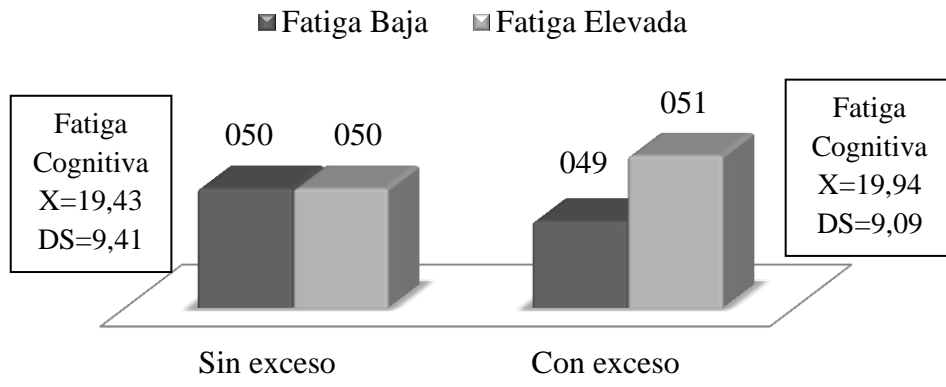


Figura 16: Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central de la escala Burnout general según exceso de trabajo

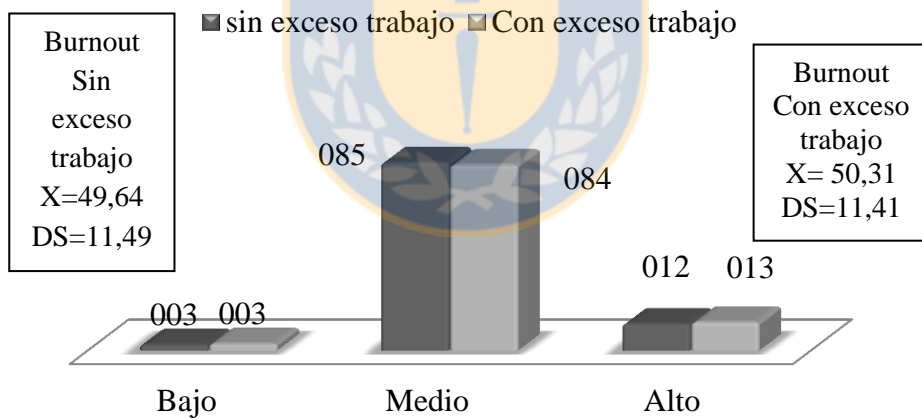


Figura 17: Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala desgaste emocional según exceso de trabajo

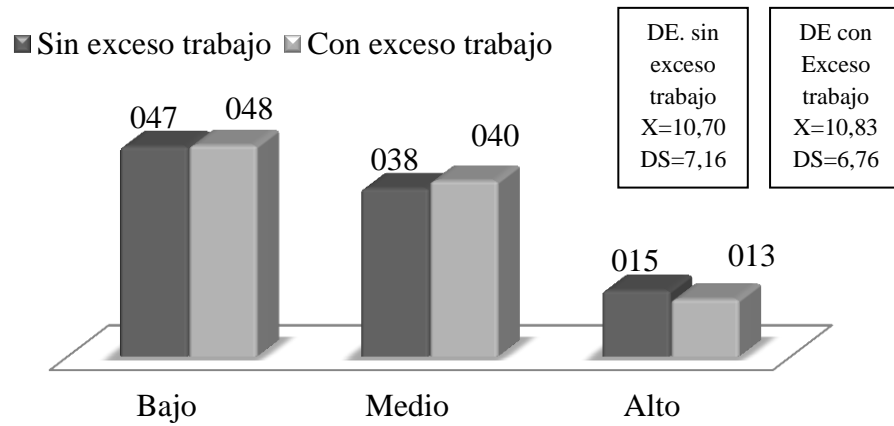
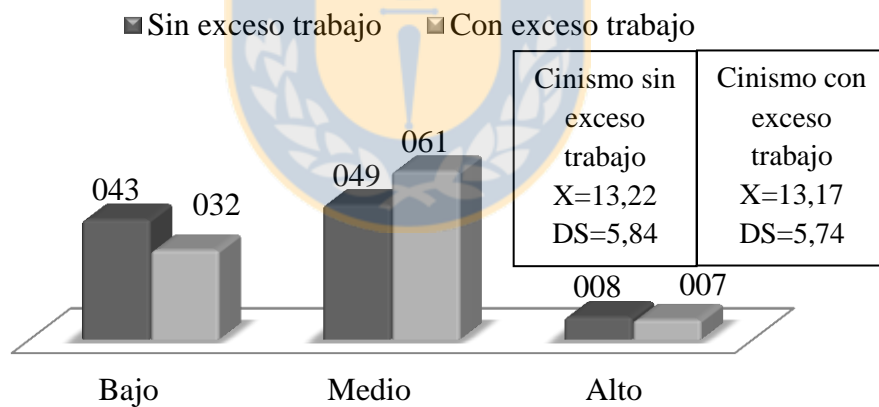
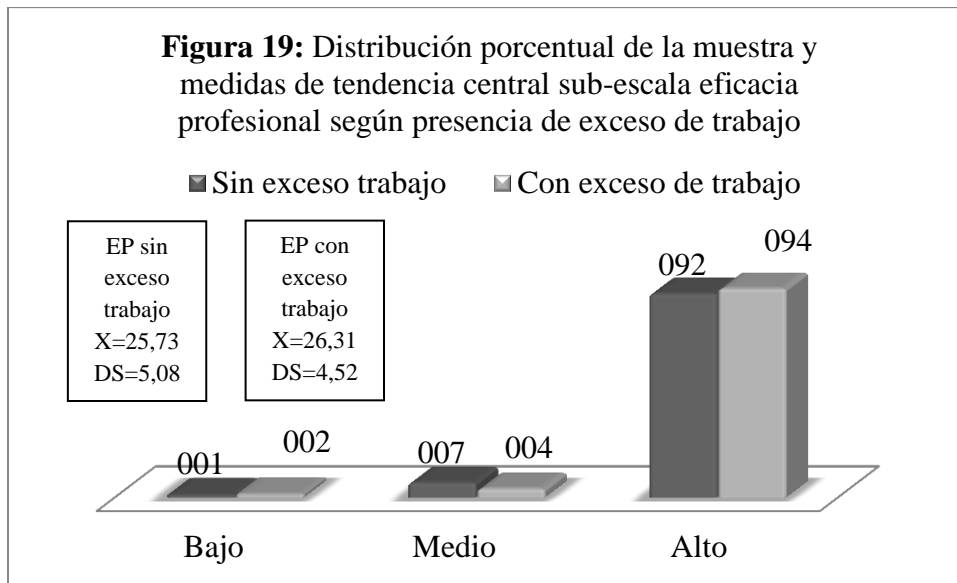


Figura 18: Distribución porcentual de la muestra y medidas de tendencia central sub-escala cinismo según presencia de exceso de trabajo





10.3. Prueba de hipótesis personal de enfermería sin exceso de trabajo centros hospitalarios.

10.3.1. Prueba de hipótesis variable dependiente fatiga

a) Escala fatiga general

Hipótesis 1: presentar hijos implica mayor fatiga para el trabajador de enfermería.

De acuerdo a los resultados esta hipótesis es apoyada, debido a que los trabajadores que presentan hijos tienen un promedio significativamente mayor en la escala de fatiga general en relación con aquellos que no los presentan (**tabla 17**).

Hipótesis 2: la patología crónica dislipidemia influye en la intensidad de la fatiga en el personal de enfermería.

De acuerdo a los resultados esta hipótesis es apoyada, sin embargo, muestra un comportamiento paradójico, pues se espera que a medida que las personas presentan esta enfermedad crónica la fatiga aumente, sin embargo en este estudio la fatiga es mayor para los que no presentan dislipidemia (**tabla 17**).

Hipótesis 3: los trabajadores de enfermería, en condiciones de trabajo no adecuadas, presentan mayor fatiga que los que desempeñan sus labores en buenas condiciones.

En este caso se apoya la hipótesis, ya que los resultados muestran que los trabajadores con condiciones regulares presentan mayor puntaje promedio en la escala de fatiga en relación a los que presentan condiciones buenas y óptimas, por otro lado, los que perciben las condiciones como malas presentan un puntaje promedio menor en relación a las condiciones regulares y buenas, lo que resulta paradójico (**tabla 17**).

Tabla 17: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga general según variables categóricas

Variable		Escala Fatiga		Significancia
		X	DS	
Presencia de hijos	Con hijos	50,59	21,15	t=2,23 p=0,029
	Sin hijos	38,75	17,65	
Dislipidemia	Con	28,4	9,76	t=2,11 p=0,039
	Sin	48,4	20,97	
	Malas	41	32,53	
Condiciones trabajo	Regulares	53,42	17,03	F=3,14 p=0,031
	Buenas	46,74	21,77	
	Óptimas	27,43	14,62	

Hipótesis 4: al aumentar el tiempo de recreación en un día laboral, disminuye la fatiga del personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada debido a que los resultados muestran correlación significativa e inversamente proporcional, de tal manera que a medida que aumenta las horas dedicadas a la recreación en un día laboral disminuye la fatiga (**tabla 18**).

Hipótesis 5: al aumentar el tiempo de recreación y descanso un día no laboral, disminuye la fatiga en el trabajador de enfermería.

Al igual que la hipótesis anterior, las horas que el trabajador dedica a la recreación y descanso un día no laboral, influyen en la disminución de la fatiga, demostrado por la correlación negativa que muestran estas variables, por lo tanto, esta hipótesis es apoyada (**tabla 18**).

Hipótesis 6: a mayor influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, aumenta la fatiga en el trabajador de enfermería.

La influencia del trabajo en la familia y de la familia en el trabajo se correlacionan positivamente con la fatiga, por lo tanto, el trabajo y la familia son factores importantes al momento de presentar este cuadro, ya que al aumentar su influencia aumenta la fatiga, en consecuencia, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 18**).

Hipótesis 7: mientras más engagement (vigor, dedicación y absorción) el trabajador de enfermería presenta, menor es la fatiga.

Esta hipótesis es apoyada, debido a que las correlaciones muestran significancia estadística en forma inversamente proporcional, de tal manera, que al aumentar el engagement y cualquiera de sus dimensiones, disminuye la fatiga en el trabajador (**tabla 18**).

Hipótesis 8: mientras mayor cantidad de hijos presenta el trabajador de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.

Los resultados muestran una correlación positiva estadísticamente significativa, que indica que a medida que aumenta el número de hijos, aumenta la fatiga en el trabajador de enfermería, por lo tanto la hipótesis es apoyada (**tabla 18**).

Tabla 18: Correlaciones del puntaje entre la escala fatiga y variables numéricas

Variables	Fatiga Significancia	
Hrs Rec. Día Laboral	Rho=-0,323	p=0,008
Hras R. D. Día No Lab.	r=-0,411	p=0,001
Inf. Trab. Fam.	r=0,270	p=0,021
Inf. Fam. Trab.	Rho=0,400	p=0,000
Engagement	r=-0,420	p=0,000
Vigor	r=-0,520	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,437	p=0,000
Absorción	r=-0,270	p=0,020
N° hijos	r=0,271	p=0,048

b) Sub-escala fatiga física

Hipótesis 1: presentar hijos, significa para el trabajador de enfermería mayor fatiga física.

En base a los resultados obtenidos, estadísticamente significativos, se apoya la hipótesis, ya que muestran que los trabajadores de enfermería que presentan hijos, evidencian un promedio mayor en la escala de fatiga física que aquellos que no los tienen (**tabla 19**).

Hipótesis 2: el presentar la patología crónica dislipidemia influye en la intensidad de fatiga física en el personal de enfermería.

La hipótesis planteada es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos que presentan un comportamiento particular, en este caso las personas que no presentaron dislipidemia evidenciaron mayor fatiga física (**tabla 19**).

Tabla 19: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga física según variables categóricas

Variable	Sub-escala Fatiga Física		Significancia
	X	DS	
Presencia de hijos	Con hijos	29,89	t=2,19 p=0,032
	Sin hijos	22,75	
Dislipidemia	Con	15,6	t=2,24 p=0,028
	Sin	28,59	

Hipótesis 3: mientras más tiempo dedica el personal de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es la fatiga física que experimentará.

Los resultados muestran una correlación negativa estadísticamente significativa, por lo que se apoya la hipótesis planteada, pues, indica que al producirse un aumento en las horas de recreación en un día laboral disminuye la fatiga física (**tabla 20**).

Hipótesis 4: cuando el personal de enfermería dedica más tiempo a la recreación y descanso un día no laboral, disminuye la fatiga física.

Esta hipótesis es apoyada, debido a que los resultados muestran una correlación significativa negativa, que hacen referencia a lo inversamente proporcional de la relación,

de tal manera que cuando aumenta las horas de recreación y descanso un día no laboral disminuye la fatiga física (**tabla 20**).

Hipótesis 5: a medida que aumenta la influencia de la familia en el trabajo o del trabajo en la familia, aumenta la fatiga física en el personal de enfermería.

Los resultados, estadísticamente significativos, muestran que al aumentar la influencia de la familia en el trabajo o del trabajo en la familia aumenta la fatiga física, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 20**).

Hipótesis 6: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es la fatiga física que experimentará.

Esta hipótesis es apoyada, sólo para la escala general y para las sub-escalas vigor y dedicación, ya que resultaron estadísticamente significativas con correlaciones negativas, de tal forma, que a medida que aumenta el engagement general o estas dos dimensiones disminuye la fatiga (**tabla 20**).

Tabla 20: Correlaciones del puntaje de la escala fatiga física y variables numéricas

Variables	Fatiga Física Significancia	
Hrs Rec. Día Laboral	Rho=-0,247	p=0,044
Hras R. D. Día No Lab.	r=-0,390	p=0,002
Inf. Trab. Fam.	r=0,292	p=0,012
Inf. Fam. Trab.	Rho=0,341	p=0,003
Engagement	r=-0,388	p=0,001
Vigor	r=-0,481	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,399	p=0,000

c) Sub-escala fatiga cognitiva

Hipótesis 1: el personal de enfermería que realiza estudios fuera del horario de trabajo, presenta mayor fatiga cognitiva.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos que indican que las personas que estudian fuera de su horario de trabajo presentan mayor promedio en la sub-escala de fatiga cognitiva en relación a los que no lo hacen (**tabla 21**).

Tabla 21: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según estudios fuera horario trabajo.

Variable		Sub-escala Fatiga Cognitiva		Significancia
		X	DS	
Estudios fuera horario trabajo	Si	27	7,48	t=2,21
	No	18,34	9,3	p=0,031

Hipótesis 2: a medida que aumenta el número de hijos en el personal de enfermería, aumenta la fatiga cognitiva.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, que indican que al aumentar el número de hijos aumenta la fatiga cognitiva, ya que presenta correlación positiva (**tabla 22**).

Hipótesis 3: a medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación un día laboral, disminuye la fatiga cognitiva.

Los resultados estadísticamente significativos con correlación negativa, indican que la fatiga cognitiva disminuye cuando el trabajador de enfermería aumenta sus horas de descanso un día laboral, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 22**).

Hipótesis 4: cuando el trabajador de enfermería aumenta sus horas de recreación y descanso en un día no laboral, disminuye la fatiga cognitiva.

La hipótesis planteada es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos con correlación negativa, que plantean la disminución de la fatiga cognitiva a medida que se aumentan las horas de recreación y descanso en un día no laboral (**tabla 22**).

Hipótesis 5: cuando existe mayor influencia de la familia en el trabajo, mayor es la fatiga cognitiva experimentada por el trabajador de enfermería.

Los resultados muestran ser estadísticamente significativos con correlación positiva, de tal manera, que a medida que aumenta la influencia de la familia en el trabajo, aumenta también, la fatiga cognitiva en el trabajador, por lo tanto la hipótesis es apoyada (**tabla 22**).

Hipótesis 6: cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), disminuye la fatiga cognitiva.

Los resultados estadísticamente significativos y con correlación negativa indican que cuando el trabajador experimenta mayor engagement general y en sus tres dimensiones la fatiga cognitiva disminuye, por lo tanto esta hipótesis es apoyada (**tabla 22**).

Tabla 22: Correlaciones del puntaje de la sub-escala fatiga cognitiva y variables numéricas

Variables	Fatiga Significancia	
N° Hijos	r=-0,303	p=0,026
Hras R. Día Lab.	Rho=-0,340	p=0,005
Hras R. D. Día No Lab.	r=-0,387	p=0,002
Inf. Fam. Trab.	Rho=0,412	p=0,000
Engagement	r=-0,403	p=0,000
Vigor	r=-0,497	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,423	p=0,000
Absorción	r=-0,256	p=0,028

10.3.2. Modelo de regresión lineal variable dependiente fatiga en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de centros hospitalarios.

Las variables que predicen la fatiga dentro de esta muestra, luego de corroborar los supuestos de la regresión lineal y descartar los valores influyentes, son el vigor y el tiempo de recreación y descanso un día no laboral, estas dos variables independientes predicen el 64% de la variabilidad de la fatiga tanto física como cognitiva, con un valor de significancia del modelo de $P=0,000$ y significancias para cada variable de $p=0,000$.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,809(a)	,654	,640	12,83027	2,174

a Variables predictoras: (Constante), Vigor, Tiempo que dedica recreación y descanso día no laboral

b Variable dependiente: fatiga

Coeficientes(a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta				B.	Error tip.
(Constante)	130,840	9,531			13,728	0,000		
Rec. Des. día no laboral	-1,615	,346	-,389		-4,664	0,000	0,976	1,024
Vigor	-2,623	,335	-,652		-7,818	0,000	0,976	1,024

a Variable dependiente: Fatiga

De acuerdo a lo estipulado por el modelo, si aumenta en una hora el tiempo de recreación y descanso un día no laboral la fatiga disminuye en 1,6 puntos promedio en la escala, por otro lado, si aumenta el vigor en un punto la fatiga disminuye en 2,6 puntos promedio de la escala. La ecuación de la regresión lineal es representada de la siguiente manera:

- **Fatiga**= 130,8 -1,61 TRDdNLab – 2,62 Vigor

Cabe destacar que las demás variables no aportaban mayor explicación al modelo desarrollado, disminuyendo el porcentaje de explicación de la varianza de la escala de fatiga.

10.3.3. Prueba de hipótesis variable dependiente síndrome de Burnout

a) Escala Burnout general

Hipótesis 1: los trabajadores de enfermería que comparten las labores del hogar en forma igualitaria con su pareja, presentan menor Burnout que aquellos que no lo hacen.

Esta hipótesis es apoyada, pues, los resultados muestran significativamente mayor puntaje promedio en la escala de Burnout para aquellas personas que comparten las labores del hogar en relación a los que no lo hacen (**tabla 23**).

Hipótesis 2: los trabajadores de enfermería con riesgo de presentar problemas debido al consumo de alcohol, tienen mayor Burnout en relación a los que no presentan riesgo.

Esta hipótesis es apoyada, debido a que los resultados indican que el puntaje promedio en la escala de Burnout es significativamente mayor para las personas con riesgo en relación a los que no lo tienen (**tabla 23**).

Tabla 23: Promedio y desviación estándar de la escala Burnout general según variables categóricas.

Variable		Escala Burnout general		Significancia
		X	DS	
Comparte labores hogar igualitaria	Si	46,39	12,01	t=2,25
	No	54,05	11,3	p=0,029
EBBA	Con riesgo	63	8,49	t=2,21
	Sin riesgo	48,05	8,59	p=0,038

Hipótesis 3: mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es el Burnout.

Esta hipótesis es apoyada, ya que, los resultados muestran con correlaciones estadísticamente significativas y negativas, que a medida que aumentan las horas de recreación un día no laboral el Burnout disminuye (**tabla 24**).

Hipótesis 4: mientras más tiempo el trabajador de enfermería dedica a la recreación y descanso en un día no laboral, menor el Burnout.

Los resultados estadísticos significativos, con correlación negativa, muestran que el Burnout disminuye en esta muestra cuando el trabajador de enfermería dedica mayor tiempo a la recreación y descanso un día no laboral, por lo tanto la hipótesis es apoyada (**tabla 24**).

Hipótesis 5: a mayor influencia del trabajo en la familia, aumenta el síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada en base a la correlación positiva de las variables y la significancia estadística, demostrando que cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta, el síndrome de Burnout también aumenta (**tabla 24**).

Hipótesis 6: a medida que el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación y absorción), el Burnout es menor.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos y las correlaciones negativas, solamente para la escala general de engagement y las dimensiones de vigor y dedicación, ya que en el caso de la dimensión absorción no existe significancia estadística (**tabla 24**).

Tabla 24: Correlaciones significativas entre la escala general del síndrome de Burnout y variables continuas.

Variables	Escala Burnout general	
	Rho	Significancia
Hrs Rec. Día Laboral	Rho=-0,241	p=0,049
Hrs R. D. Día No Lab.	r=-0,301	p=0,017
Inf. Trab. Fam.	r=-0,330	p=0,004
Engagement	r=-0,287	p=0,013
Vigor	r=-0,364	p=0,001
Dedicación	Rho=-0,292	p=0,012

b) Sub-escala desgaste emocional

Hipótesis 1: el personal de enfermería con riesgo de presentar problemas debido al consumo excesivo de alcohol, presenta mayor desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada, ya que los resultados muestran significancia estadística, de tal manera que los trabajadores de enfermería que presentan riesgo, tienen un promedio de puntuación en la sub-escala de desgaste emocional mayor a los que no lo presentan (**tabla 25**).

Hipótesis 2: el personal de enfermería que indica que las horas extras son voluntarias, presentan menor desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada, ya que las pruebas estadísticas muestran significancia, indicando que el personal de enfermería, que refieren que las horas extras son voluntarias, presenta un promedio en la sub-escala de desgaste emocional menor a las que expresaron lo contrario (**tabla 25**).

Hipótesis 3: el personal de enfermería que trabaja en condiciones no adecuadas, presenta mayor desgaste emocional.

La hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos, demostrando que aquellos trabajadores de enfermería que perciben las condiciones laborales buenas y óptimas, evidencian un puntaje promedio en la sub-escala desgaste emocional significativamente menor a los que las perciben como malas y regulares (**tabla 25**).

Tabla 25: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas

Variable		Desgaste emocional		Significancia
		X	DS	
EBBA	Con riesgo	21,5	2,12	t=2,31
	Sin riesgo	10	6,86	p=0,031
Hrs. extras voluntarias	Si	7,68	6,64	t=2,61
	No	12,32	6,63	p=0,012
Condiciones de trabajo	Malas/regulares	13,27	7,01	t=2,34
	Buenas/óptimas	9,24	7,03	p=0,022

Hipótesis 4: a medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación en un día laboral, menor es el desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, con correlación negativa, que indican que a medida que el trabajador de enfermería aumenta el número de horas de recreación un día laboral, disminuye el desgaste emocional (**tabla 26**).

Hipótesis 5: a medida que el personal de enfermería invierte mayor tiempo en la recreación y descanso en un día no laboral, menor es el desgaste emocional.

La hipótesis es apoyada, ya que, las variables presentan significancia estadística con correlación negativa, mostrando que los trabajadores de enfermería que invierten mayor tiempo en la recreación y descanso en un día no laboral, presentan menos desgaste emocional (**tabla 26**).

Hipótesis 6: mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia del personal de enfermería, mayor es el desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, con correlación positiva, que muestran que frente al aumento de la influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, aumenta el desgaste emocional (**tabla 26**).

Hipótesis 7: a medida que el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación y absorción), el desgaste emocional será menor.

Esta hipótesis es apoyada, ya que se demostró estadísticamente que si el trabajador de enfermería aumenta el engagement, involucrando las diferentes dimensiones, el desgaste emocional disminuye (**tabla 26**).

Tabla 26: Correlaciones significativas entre la sub-escala desgaste emocional y variables continuas.

Variables	Desgaste emocional Significancia	
Hrs Rec. Día Laboral	Rho=-0,298	p=0,014
Hras R. D. Día No Lab.	r=-0,360	p=0,004
Inf. Trab. Fam.	r=0,345	p=0,003
Engagement	r=-0,408	p=0,000
Vigor	r=-0,515	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,366	p=0,001
Absorción	r=-0,267	p=0,021

c) Sub-escala cinismo

Hipótesis 1: compartir las labores del hogar en forma igualitaria, disminuye el cinismo en el trabajador de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada, ya que los resultados estadísticos significativos muestran que aquellos que comparten las labores del hogar en forma igualitaria con su pareja, evidencian un puntaje promedio en la sub-escala desgaste emocional significativamente menor en relación a aquellos que no lo hacen (**tabla 27**).

Tabla 27: Promedio y desviación estándar de la sub-escala Cinismo según compartir las labores del hogar.

Variable	Comparte labores hogar igualitariamente				Significancia
	SI		NO		
	X	DS	X	DS	
Cinismo	11,48	4,58	14,96	6,21	t=-2,18 p=0,035

Hipótesis 2: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor cinismo.

En base a los resultados estadísticos significativos, con correlación negativa, se apoya la hipótesis que indica que cuando el trabajador presenta mayor engagement el cinismo disminuye, a excepción de la sub-escala absorción que no presenta significancia estadística (**tabla 28**).

Tabla 28: Correlaciones significativas entre el puntaje Cinismo y escala engagement.

Variable	Engagement Genral Significancia	Vigor Significancia	Dedicación Significancia
Cinismo	r=-0,327 p=0,005	r=-0,338 p=0,003	Rho=-0,386 p=0,001

d) Sub-escala eficacia profesional

Para establecer las correlaciones se normalizó la variable eficacia profesional elevándola al cubo.

Hipótesis 1: mientras más hijos presenta el trabajador de enfermería, menor eficacia profesional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, de acuerdo a ello, la correlación muestran un comportamiento inversamente proporcional, ya que, a medida que aumenta el número de hijos la eficacia profesional disminuye (**tabla 29**).

Hipótesis 2: cuando la influencia de la familia en el trabajo aumenta, la eficacia profesional disminuye en el trabajador de enfermería.

De acuerdo a los resultados que presentan significancia estadística, con correlación positiva, se apoya la hipótesis, pues se muestra que a medida que aumenta la influencia de la familia en el trabajo, disminuye la eficacia profesional (**tabla 29**).

Hipótesis 3: cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), la eficacia profesional aumenta.

Esta hipótesis es apoyada por los resultados estadísticos significativos, con correlación positiva, que muestran que efectivamente al aumentar el engagement, involucrando sus tres dimensiones, aumenta la eficacia profesional en el trabajador de enfermería (**tabla 29**).

Tabla 29: Correlaciones significativas entre sub-escala eficacia profesional y variables continuas.

Variables	Eficacia Profesional³ Significancia	
N° de hijos	r=-0,386	p=0,004
Inf. Fam. Trab	Rho=-0,391	p=0,001
Engagement	r= 0,415	p=0,000
Vigor	r= 0,424	p=0,000
Dedicación	Rho= 0,535	p=0,001
Absorción	r= 0,258	p=0,026

10.3.4. Modelo de regresión lineal variable dependiente síndrome de Burnout en personal de enfermería sin exceso de trabajo de centros hospitalarios

En la escala general, no fue posible construir un modelo de regresión debido a que las correlaciones que existen son débiles y explican solo el 30% de la variabilidad de la misma. Por esta razón, se buscó un modelo predictivo en cada una de las dimensiones.

a) Sub-escala desgaste emocional

Al construir el modelo de regresión, fue necesario normalizar la variable recreación en un día laboral mediante el logaritmo base 10, la que a pesar de estar correlacionada en forma débil, aporta al modelo de regresión de forma importante, por otro lado, se descartaron los casos que correspondían a datos influyentes. En este modelo, las variables que predicen el desgaste emocional explican la varianza en un 77,5% con una significancia de $P=0,000$.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,892(a)	,796	,775	3,31947	1,804

a Variables predictoras: (Constante), horas extras voluntarias, LogB10TRdLab, resultVigorTot

b Variable dependiente: Desgaste emocional

Coefficientes (a)

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.	B	Error típ.
(Constante)	37,309	3,028		12,321	,000		
Vigor	-,901	,113	-,726	-7,976	,000	,847	1,180
LogB10TRdíaLab	-5,428	2,305	-,207	-2,355	,025	,912	1,097
Horas extras voluntarias	-2,858	1,376	-,190	-2,077	,047	,835	1,198

a Variable dependiente: Desgaste emocional

El modelo muestra que cuando el puntaje vigor aumenta en un punto, la escala de desgaste emocional disminuye en 0,9 pts. promedio, por otro lado, al aumentar el tiempo que dedica

a la recreación un día laboral en una hora el desgaste emocional disminuye en 5,43 puntos porcentuales. La ecuación del modelo se expresa de la siguiente manera

- **Desgaste emocional:** $37,31 - 0,901\text{Vigor} - 5,43\log\text{B10TRdLab} - 2,858 \text{H.Ext.Vol.}$

Finalmente, se ingresó la variable categórica horas extras voluntarias como variable Dummy, la que aportó en el modelo, tomando como punto de referencia los trabajadores que indicaban realizar horas extras voluntarias, los que según el modelo presentan una intersección 5 unidades más bajas en relación a los que refieren que las horas extras no son voluntarias.

- $D E_{\text{Horas extras voluntarias}}: 37,31 - 0,901\text{Vigor} - 5,43\log\text{B10TRdLab}$
- $D E_{\text{Horas extras No voluntarias}}: 42,31 - 0,901\text{Vigor} - 5,43\log\text{B10TRdLab}$

b) Sub-escala cinismo

No se logró realizar un modelo de regresión lineal suficientemente robusto, debido a que la única variable que se incorporaba en el modelo fue la sub-escala Vigor, la que explica solamente el 31% de la varianza de la escala Cinismo, luego de comprobar los supuestos de la regresión lineal y descartar los valores influyentes.

c) Sub-escala eficacia profesional

Al efectuar el modelo de regresión, se normalizó la variable Dedicación elevándola al cuadrado y se mantuvo la normalización de la variable dependiente eficacia profesional al cubo, luego se analizaron los supuestos de la regresión lineal y se descartaron los valores influyentes. Las variables que aportan a la predicción del modelo es el número de hijos y la dedicación, las que explican el 70,3% de la variabilidad de la eficacia profesional con una significancia de $p=0,000$.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,849(a)	,720	,706	4096,06488	2,352

a Variables predictoras: (Constante), Dedicación², N° de hijos

b Variable dependiente: Eficacia profesional³

Coefficientes (a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta				B	Error típ.
(Constante)	10509,700	2833,790			3,709	,001		
N° de hijos	-4111,170	975,413	-,362		4,215	,000	,973	1,027
Dedicacion ²	23,362	2,824	,711		8,273	,000	,973	1,027

a Variable dependiente: eficacia profesional³

La ecuación del modelo de regresión lineal se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Eficacia profesional}^3: 10509,7 - 4111,17 \text{ N}^\circ \text{ hijos} + 23,362 \text{ dedicación}^2$$

Esta ecuación indica que cuando el número de hijos aumenta en uno, la eficacia profesional elevada al cubo, aumenta en 4111,17 puntos promedio en la escala, lo que significa al hacer la transformación matemática equivale a 16 pts. promedio, por otro lado, al aumentar la dedicación al cuadrado en un punto, la eficacia profesional cubica aumenta en 23,362 puntos promedio, lo que equivale a 2,9 puntos promedio al realizar la transformación matemática.

10.4. Prueba de hipótesis personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios

10.4.1. Variable dependiente fatiga

a) Escala fatiga general

Hipótesis 1: cuando las condiciones laborales son adecuadas, la fatiga disminuye en el personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada, pues los resultados estadísticos significativos muestran que los promedios de fatiga, cuando las condiciones laborales son percibidas por el trabajador de enfermería como malas, son altos; y cuando las condiciones laborales son óptimas, son bajos (**tabla 30**).

Tabla 30: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga según variables categóricas

Variable	Escala fatiga		Significancia
	X	DS	
Condiciones Laborales	Malas	68,5	16,58
	Regulares	48,29	17,23
	Buenas	47,31	18,89
	Óptimas	33,37	16,04

Hipótesis 2: mientras más tiempo dedica el personal de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es la fatiga.

Esta hipótesis es apoyada, ya que correlaciona significativamente y negativamente la fatiga con el tiempo de recreación en un día laboral, mostrando un comportamiento inversamente proporcional, por lo tanto, a mayor tiempo de recreación menor fatiga sentirá el trabajador de enfermería (**tabla 31**).

Hipótesis 3: mientras más patologías presenta el personal de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.

El número de patologías crónicas, también, es un factor que correlaciona significativamente en forma directamente proporcional, en este sentido, se apoya la hipótesis que indica que mientras más patologías crónicas tenga el trabajador de enfermería, mayor será su fatiga (**tabla 31**).

Hipótesis 4: mientras más influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga experimentada por el trabajador de enfermería.

La influencia del trabajo sobre la familia es un factor importante al momento de manifestar la fatiga, ya que a medida que aumenta el primero también aumenta la fatiga, evidenciado

por la correlación positiva y la significancia estadística, desde este punto de vista se apoya la hipótesis planteada (**tabla 31**).

Hipótesis 5: mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, menor fatiga.

El resultado de la escala engagement, junto con sus diferentes sub escalas, correlacionan significativamente en forma negativa, mostrando que a medida que el trabajador presenta mayor vigor, dedicación y absorción menor es la fatiga que percibe, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 31**).

Tabla 31: Correlaciones significativas entre la escala fatiga y variables numéricas

Variables	Escala Fatiga	
	Significancia	
Hrs. Rec. Día Lab.	r=-0,238	p=0,000
N° Patologías	Rho=-0,242	p=0,013
Inf. Trab. Fam.	r=-0,445	p=0,000
Engagement	r=-0,388	p=0,000
Vigor	r=-0,444	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,435	p=0,000
Absorción	r=-0,199	p=0,003

b) Sub-escala fatiga física

Hipótesis 1: el personal de enfermería que presenta patología crónica refiere mayor fatiga física en relación a los que no lo presentan.

La hipótesis planteada es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, que muestran que aquellas personas que presentan patologías crónicas, tienen mayor promedio en la escala de fatiga física que las que no refieren sufrir patologías crónicas (**tabla 32**).

Hipótesis 2: el personal de enfermería que presenta patología crónica clasificada como “otra”, evidencia mayor fatiga física.

Esta hipótesis es apoyada en virtud de los resultados estadísticamente significativos, que dan cuenta de que los trabajadores que presentan otra patología, muestran mayor puntaje promedio en la sub-escala de fatiga física (**tabla 32**).

Hipótesis 3: el personal de enfermería que labora en condiciones malas, presenta mayor fatiga física que los que trabajan en mejores condiciones.

Los resultados muestran que es significativa la diferencia de los promedios entre las diferentes clasificaciones de condiciones de trabajo, presentando la clasificación mala un puntaje en la sub-escala de fatiga física mayor, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 32**).

Tabla 32: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga física según variables

Variable	Sub-escala Fatiga Física		Significancia
	X	DS	
Patología crónica	Si	29,71	t=2,01 p=0,045
	No	26,68	
Otra patología crónica	Si	30,88	t=2,235 p=0,026
	No	27,09	
Condiciones de trabajo	Malas	41	F=5,54 p=0,001
	Regulares	28,71	
	Buenas	27,31	
	Óptimas	19,88	

Hipótesis 4: mientras más tiempo invierte el trabajador de enfermería en la recreación en un día laboral, menor es la fatiga física.

Los resultados, estadísticamente significativos que correlacionan negativamente, apoyan la hipótesis planteada, ya que a medida que aumenta el tiempo de recreación un día laboral disminuye la fatiga física (**tabla 33**).

Hipótesis 5: cuando el personal de enfermería presenta mayor número de patologías crónicas, mayor es la fatiga física que experimentará.

Los resultados muestran en forma significativa, con correlación positiva, que a medida que el número de patologías crónicas aumenta, se eleva la fatiga física en el trabajador de enfermería, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 33**).

Hipótesis 6: mientras mayor engagement (vigor, dedicación y absorción) presenta el personal de enfermería, menor es la fatiga física.

Los resultados estadísticamente significativos que correlacionan negativamente, muestran que al aumentar el engagement en el trabajador involucrando sus tres dimensiones, disminuye la fatiga física, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 33**).

Tabla 33: Correlaciones significativas entre la sub-escala fatiga física y variables numéricas.

Variables	Escala Fatiga Significancia	
Hrs. Rec. Día Lab.	r=-0,250	p=0,000
N° Patologías	Rho=-0,257	p=0,008
Hrs. Reales Trabajo	Rho=-0,189	p=0,005
Inf. Trab. Fam.	r=-0,444	p=0,000
Engagement	r=-0,393	p=0,000
Vigor	r=-0,432	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,432	p=0,000
Absorción	r=-0,217	p=0,001

c) Sub-escala fatiga cognitiva

Hipótesis 1: el personal de enfermería que trabaja en condiciones malas, presenta mayor fatiga cognitiva.

En base a los resultados estadísticamente significativos, se apoya la hipótesis que indica que los trabajadores de enfermería que clasifican sus condiciones laborales como malas, presentan mayor promedio en la sub-escala fatiga cognitiva en relación a las demás clasificaciones (**tabla 34**).

Tabla 34: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según variable categórica condiciones de trabajo.

Variable	Sub-escala Fatiga Física		Significancia
	X	DS	
Condiciones de trabajo	Malas	27,5	9,29
	Regulares	19,59	8,30
	Buenas	20	9,40
	Óptimas	13,5	7,09

Hipótesis 2: el personal de enfermería que invierte mayor cantidad de tiempo en la recreación un día laboral, presenta menor fatiga cognitiva.

Los resultados estadísticamente significativos con correlación negativa, muestran que al aumentar la cantidad de horas de recreación un día laboral, disminuye la fatiga cognitiva en el trabajador de enfermería, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 35**).

Hipótesis 3: a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia en el trabajador de enfermería, aumenta también la fatiga cognitiva.

La hipótesis planteada es apoyada, debido a que los resultados estadísticamente significativos y con correlación positiva, muestran que a medida que la influencia del trabajo en la familia aumenta la fatiga cognitiva también lo hace (**tabla 35**).

Hipótesis 4: cuando el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), menor es la fatiga cognitiva experimentada.

Los resultados estadísticamente significativos, con correlación negativa, muestran que cuando el trabajador presenta mayor engagement, junto con sus tres dimensiones, disminuye la fatiga cognitiva, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 35**).

Tabla 35: Correlaciones significativas entre la escala fatiga cognitiva y variables numéricas

Variables	Escala Fatiga	
	Significancia	
Hrs. Rec. Día Lab.	r=-0,181	p=0,007
Inf. Trab. Fam.	r=-0,363	p=0,000
Engagement	r=-0,311	p=0,000
Vigor	r=-0,377	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,351	p=0,000
Absorción	r=-0,139	p=0,037

10.4.2. Modelo de regresión lineal variable dependiente fatiga en personal de enfermería con exceso de trabajo de centros hospitalarios

Al realizar la regresión lineal, las variables que resultaron predictoras explican el 65,7% de la variabilidad de la fatiga en los trabajadores de enfermería, con una significancia de $p=0,000$, para ello, se normalizó la variable N° de patologías, utilizando el logaritmo natural y se evaluaron los supuestos de la regresión lineal.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,818(a)	,669	,657	10,12872	1,714

a Variables predictoras: (Constante), Vigor, Influencia trabajo familia, LnN° patologías crónicas.

b Variable dependiente: fatiga

Coefficientes(a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.	B	Error típ.
(Constante)	59,802	8,874		6,739	,000		
LnN°PatCro	12,760	2,850	,293	4,477	,000	,953	1,049
Inf.Trab.Fam.	1,542	,196	,515	7,889	,000	,959	1,043
Vigor	-1,475	,245	-,398	-6,011	,000	,930	1,075

a Variable dependiente: Fatiga

De esta manera, al aumentar en 1 punto la influencia del trabajo en la familia, la fatiga aumenta en 1,54 puntos promedio en la escala, por otra parte, al aumentar el vigor en 1 punto, la fatiga disminuye en 1,5 puntos de la escala, y finalmente, al aumentar el número de patologías crónicas en 1, la fatiga aumenta en 1,5 puntos porcentuales. La ecuación de regresión se establece de la siguiente forma:

$$\text{Fatiga: } 59,80 - 1,48 \text{ Vigor} + 12,76 \text{LnN}^\circ \text{PatCrón.} + 1,54 \text{InfTrabFam}$$

10.4.3. Variable dependiente síndrome de Burnout

a) Escala Burnout general

Hipótesis 1: la patología crónica asma influye en la intensidad del Burnout en el trabajador de enfermería.

El síndrome de Burnout está asociado a la presencia de la patología crónica asma, por lo tanto, se apoya esta hipótesis; sin embargo, muestra un comportamiento paradójico, ya que, aquellos que presentan tal enfermedad evidencian una puntuación promedio menor en relación a los que no (**tabla 36**).

Hipótesis 2: los trabajadores de enfermería que laboran en malas condiciones laborales, presentan mayor Burnout que aquellos que presentan condiciones adecuadas.

Las condiciones laborales muestran una asociación significativa con el Burnout. Aquellos que refieren una condición mala presentan mayor puntaje promedio que aquellos que declaran condiciones regulares, buenas u óptimas, y el comportamiento va en descenso si se acerca a esta última clasificación, apoyando la hipótesis planteada (**tabla 36**).

Tabla 36: Promedio y desviación estandar de la escala Burnout general según variables categóricas

Variable		Burnout general		Significancia
		X	DS	
Presencia asma	Si	43,85	8,1	t=2,16
	No	50,89	11,59	p=0,032
	Malas	61,75	13,92	
Condiciones Laborales	Regulares	52,91	10,11	F=5,87
	Buenas	46,38	11,41	p=0,001
	Óptimas	46,38	11,27	

Hipótesis 3: cuando el trabajador de enfermería presenta mayor edad, más es el Burnout que experimenta.

La variable edad correlaciona negativamente con el Burnout en los trabajadores de enfermería con exceso de trabajo, apoyando la hipótesis de que a mayor edad menor es el síndrome (tabla 37).

Hipótesis 4: mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor Burnout presentará.

El tiempo que el trabajador de enfermería dedica a la recreación durante un día laboral evidencia correlación inversamente proporcional, mostrando que a medida que aumenta el tiempo invertido en esta actividad disminuye el síndrome, por consiguiente es apoyada esta hipótesis (tabla 37).

Hipótesis 5: mientras más influencia existe del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el Burnout.

Tanto la influencia que presenta el trabajo en la familia como la familia en el trabajo, muestra correlación proporcional, por lo tanto se apoya la hipótesis, de tal manera que si aumenta cualquiera de las dos influencias aumenta el síndrome, presentando la primera una correlación más fuerte (tabla 37).

Hipótesis 6: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería menor es el Burnout que experimentará.

En este caso, sólo es apoyada la hipótesis para el engagement general y las dimensiones vigor y dedicación. En este sentido, a medida que el trabajador de enfermería evidencie mayor vigor y dedicación tendrá menor Burnout (**tabla 37**).

Tabla 37: Correlaciones significativas entre la escala Burnout general y variables continuas.

Variables	Burnout General Significancia	
Edad	r=-0,138	p=0,042
Hrs. Rec. Día Lab.	r=-0,225	p=0,001
Inf. Trab. Fam.	r=0,442	p=0,000
Inf. Fam. Trab	Rho=0,152	p=0,023
Engagement	r=-0,281	p=0,000
Vigor	r=-0,370	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,319	p=0,000

b) Sub-escala desgaste emocional

Hipótesis 1: la profesión influye en el desgaste emocional del trabajador de enfermería

El desgaste emocional está asociado a la profesión que tiene el trabajador de enfermería, de tal manera que la enfermera presenta puntaje en la escala promedio significativamente mayor que el técnico/auxiliar paramédico, por lo tanto, se apoya esta hipótesis (**tabla 38**).

Hipótesis 2: el personal de enfermería que indica que las horas extras son voluntarias, presenta menor desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada, ya que en aquellos que indican que las horas extras no son voluntarias, el puntaje promedio es significativamente mayor que los que refieren que sí lo son (**tabla 38**).

Hipótesis 3: los trabajadores de enfermería que realizan sus labores en malas condiciones, presentan mayor desgaste emocional.

Las condiciones laborales son un factor también asociado significativamente al desgaste emocional, ya que los trabajadores que refirieron que las condiciones son malas, el promedio de puntaje en la escala es mayor en relación con el resto de las clasificaciones, y este comportamiento se replica a medida que se revisan las demás (**tabla 38**).

Tabla 38: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas.

Variable		Desgaste emocional		Significancia
		X	DS	
Profesión	Enfermeras	12,22	6,49	t=2,07
	Tec/Aux param	10,23	6,82	p=0,039
Hrs. Extras Voluntarias	Si	9,69	6,28	t=2,20
	No	11,72	6,92	p=0,029
Condiciones Laborales	Malas	19,13	6,88	
	Regulares	11,84	7,07	F=19,71
	Buenas	9,99	6,23	p=0,000
	Óptimas	6,87	6,08	

Hipótesis 4: a mayor influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el desgaste emocional.

La influencia trabajo/familia y familia/trabajo muestran también una correlación positiva, a medida que aumenta cualquiera de las dos influencias, aumenta el desgaste en los trabajadores, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 39**).

Hipótesis 5: cuando el personal de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), experimenta menor desgaste emocional.

En base a los resultados estadísticos significativos se demuestra que a medida que el personal de enfermería presenta alto engagement, tomando en cuenta sus tres dimensiones, disminuye el desgaste emocional, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 39**).

Tabla 39: Correlaciones significativas de variables continuas y sub-escala desgaste emocional

Variables	Desgaste Emocional	
	Significancia	
Inf. Trab. Fam.	r=0,447	p=0,000
Inf. Fam. Trab	Rho=0,137	p=0,040
Engagement	r=-0,403	p=0,000
Vigor	r=-0,370	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,319	p=0,000
Absorción	r=-0,208	p=0,002

c) Sub-escala cinismo

Hipótesis 1: el personal de enfermería que labora en malas condiciones de trabajo, presenta mayor cinismo que los que se encuentran en condiciones adecuadas.

La sub-dimensión cinismo está asociada a las condiciones de trabajo, mostrando que aquellos que perciben las condiciones de trabajo como malas, tienen un puntaje mayor respecto de las demás clasificaciones, con un comportamiento decreciente a medida que se sube en la escala de cinismo, por lo tanto, esta hipótesis es apoyada (**tabla 40**).

Tabla 40: Promedios y desviación estándar de la sub-escala cinismo según condiciones laborales

Variable	Condiciones Laborales								Significancia
	Malas		Regulares		Buenas		Óptimas		
	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	
Cinismo	18,37	8,60	14,25	5,67	12,17	5,39	13,75	5,34	F=4,64 p=0,004

Hipótesis 2: cuando los hijos del personal de enfermería son mayores, el cinismo es menor.

Esta dimensión del Burnout correlaciona con el promedio de edad de los hijos, mostrando que a medida que aumenta la edad de los hijos disminuye el cinismo, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 41**).

Hipótesis 3: mientras más tiempo dedica el trabajador de enfermería a la recreación en un día laboral, menor es el cinismo.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, ya que a medida que aumentan las horas de recreación disminuye el síndrome en el trabajador de enfermería (**tabla 41**).

Hipótesis 4: mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia o de la familia en el trabajo, mayor es el cinismo en el trabajador de enfermería.

La influencia del trabajo en familia y de la familia en el trabajo muestra un comportamiento directamente proporcional, al aumentar estas influencias aumenta el cinismo, por lo que se apoya la hipótesis planteada (**tabla 41**).

Hipótesis 5: cuando el trabajador de enfermería presenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), menor es el cinismo.

El engagement, junto con sus tres dimensiones, correlaciona en forma inversamente proporcional con la sub-escala cinismo, a medida que aumenta el vigor, la dedicación y la absorción disminuye el cinismo, por lo que se apoya la hipótesis planteada (**tabla 41**).

Tabla 41: Correlaciones significativas entre la sub-escala cinismo y variables continuas

Variables	Cinismo	
	Significancia	
X edad hijos	Rho=-0,1	p=0,033
Hrs. Rec. Día Lab.	r=-0,197	p=0,004
Inf. Trab. Fam.	r=0,339	p=0,000
Inf. Fam. Trab	Rho=0,150	p=0,024
Engagement	r=-0,339	p=0,000
Vigor	r=-0,358	p=0,000
Dedicación	Rho=-0,365	p=0,000
Absorción	r=-0,166	p=0,002

d) Sub-escala eficacia profesional

Hipótesis 1: el tipo de turno que realiza el personal de enfermería influye en la eficacia profesional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, que muestran en los trabajadores que realizan cuarto turno mayor eficacia profesional que los que se desempeñan en tercer turno (**tabla 42**).

Hipótesis 2: la exigencia laboral influye en la eficacia profesional de los trabajadores de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, sin embargo, presentan un comportamiento paradójico, pues, a medida que aumenta la exigencia percibida en el trabajo aumenta la eficacia profesional (**tabla 42**).

Tabla 42: Promedio y desviación estándar de la sub-escala eficacia profesional según variables categóricas

Variable	Eficacia profesional		Significancia
	X	DS	
Tipo de turno	Cuarto turno	26,61	U=287,5 p=0,017
	Tercer turno	23,73	
Exigencias laborales	Exigencia regular	23	X ² =17,99 p=0,000
	Mediana	25,53	
	Exigente	25,75	
	Muy exigente	27,18	

Hipótesis 3: los trabajadores de enfermería que presentan índice de masa corporal mayor, presentan menor eficacia profesional.

El índice de masa corporal correlaciona en forma inversamente proporcional, de tal manera que a medida que aumenta este índice, disminuye la eficacia profesional en los trabajadores de enfermería, por lo tanto la hipótesis es apoyada (**tabla 43**).

Hipótesis 4: cuanto más el trabajador de enfermería duerme en un día de descanso, más eficacia profesional presentará.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, ya que, a medida que aumenta el tiempo que duerme el trabajador de enfermería un día no laboral, aumenta la eficacia profesional (**tabla 43**).

Hipótesis 5: mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presente el trabajador de enfermería, mayor es la eficacia profesional.

El engagement, junto con sus diferentes dimensiones, muestra una relación directamente proporcional evidenciando lo que la literatura describe, ya que, a mayor engagement mayor eficacia profesional, por lo tanto se apoya la hipótesis (**tabla 43**).

Tabla 43: Correlaciones significativas entre variables numéricas y sub-escala eficacia profesional.

Variable	Eficacia profesional Significancia	
IMC	Rho=-0,179	p=0,016
Hrs. Duerme Día No Lab.	Rho=-0,168	p=0,014
Engagement	Rho= 0,373	p=0,000
Vigor	Rho= 0,287	p=0,000
Dedicación	Rho= 0,399	p=0,000
Absorción	Rho= 0,333	p=0,000

10.4.4. Modelo de regresión lineal variable dependiente síndrome de Burnout en personal de enfermería con exceso de trabajo de centros hospitalarios

Al realizar la regresión lineal se obtuvo un modelo significativo $p=0,000$ que explica el 50,3% de la variabilidad de la escala general del Burnout, luego de probar los supuestos de la regresión lineal y descartar los valores influyentes.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,717(a)	,515	,503	6,95798	2,092

a Variables predictoras: (Constante), Dedicación², Tiempo que dedica a la recreación durante un día laboral, Inf.Trab.Fam, Vigor.

b Variable dependiente: Burnout

Coefficientes(a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.	B	Error típ.
(Constante)	65,163	4,360		14,947	,000		
Hrs.Rec. día laboral	-1,895	,504	-,205	-3,760	,000	,945	1,058
Inf.Trab.Fam	,759	,098	,428	7,759	,000	,923	1,084
Vigor	-,506	,156	-,230	-3,255	,001	,561	1,784
Dedicación ²	-,016	,004	-,256	-3,640	,000	,569	1,758

a Variable dependiente: Burnout

La ecuación de regresión el modelo se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Burnout}_{\text{General}} = 65,16 - 1,89\text{TRDLab} + 0,76\text{InfTrabFam} - 0,506\text{Vigor} - 0,016\text{Dedic}^2$$

El modelo muestra que si aumenta la influencia del trabajo en la familia en 1 punto, el Burnout aumenta en 0,76 puntos promedio; si aumenta el vigor en 1 punto, el Burnout disminuye en 0,506 puntos promedio; si disminuye el tiempo que dedica a la recreación en un día laboral en 1 hora, el Burnout aumenta en 1,89 puntos promedio; y finalmente, si disminuye la dedicación en 1 punto, el Burnout aumenta en 0.13 puntos promedio.

10.5. Descripción de la muestra de los Centros de Salud Familiar según ciudad

El 65,5% del personal de enfermería de los Centros de Salud Familiar de Valdivia y el 75% en Concepción pertenecían al estamento de Técnicos Paramédicos, presentaron un promedio de edad de 39,66 años (DS=11,93) en Valdivia y de 44,24 años (DS=10,31) en Concepción, el 93,1% en Valdivia y 89,8% en Concepción eran del sexo femenino, más del 40% de la muestra en ambas ciudades se encontraba en sobrepeso, de acuerdo a la clasificación IMC (44% Valdivia, 40,5% Concepción), lo que está representado, además,

por el promedio que se sitúa alrededor de los 27 pts. en ambos lugares. Alrededor del 74% en ambas ciudades refirieron estar en pareja, compartiendo en forma igualitaria las labores en el hogar en un 71,4% en Valdivia y en un 50% en Concepción, vivían en familia nuclear biparental (Valdivia 41,4%, Concepción 45,7%) y extendida (Valdivia 24,1%, Concepción 30,4%) donde más del 70% en ambas ciudades recibía ayuda para realizar las labores del hogar. El 72,4% en Valdivia y el 81,3% en Concepción tenía hijos, con un promedio que bordea los 2 hijos ($DS=0,9$ aproximadamente) y una edad promedio de estos, para Valdivia de 14,18 años ($DS=9,52$) y 17,37 años ($DS=8,97$) para Concepción.

Más de un 40%, en los establecimientos de Valdivia y Concepción, presentaron patologías crónicas, donde el 14,6% y el 6,3% de la muestra en Concepción presentó hipertensión arterial y diabetes correspondientemente, y el 6,1% presentó diabetes en Valdivia. El 13,8% en Valdivia y 8,3% en Concepción presentó dislipidemia, solo el 3,4% en Valdivia presentó epilepsia, finalmente el 3,4% en Valdivia y el 6,3% en Concepción refirió asma.

El 51,7% en Valdivia y el 44,7% en Concepción consumía algún tipo de medicamento, donde el consumo en el primer lugar es cercano a 1 en promedio ($DS=0,46$), y en el segundo, es en promedio 2 ($DS=1$); esto es estadísticamente significativo. Se evidencia, significativamente ($p=0,004$), que es mayor el porcentaje de personas que fuman en Concepción (40,4%) que en Valdivia (10,3%), sin embargo, el consumo diario bordea los 5 cigarrillos en ambos lugares, por otro lado, el 75,9% en Valdivia y el 60,4% en Concepción Consumen alcohol, a pesar de ello, solo una persona (5,3%) en Concepción presenta riesgo de problemas debido al consumo excesivo. El promedio de horas que dedicaban a la recreación un día laboral bordea 1 hr. en ambas ciudades, por otro lado, son significativamente ($p=0,011$) mayores las horas promedio dedicadas al descanso en Valdivia ($X=2,54$ hrs., $DS=2,16$) que en Concepción ($X=1,40$ hrs., $DS=1,59$). En ambos lugares el tiempo dedicado a la recreación y descanso en un día no laboral alcanza alrededor de las 9 hrs. en promedio. Por otro lado, las horas promedio que dedicaban a dormir un día de trabajo bordea las 6 hrs. y un día no laboral las 9 hrs. (**tabla 44 – 46**).

Tabla 44: Promedio y desviación estándar de las variables numéricas según ciudad de ubicación de los Centros de Salud Familiar.

Variable	CESFAM V		CESFAMC		Significancia
	X	DS	X	DS	
Edad	39,65	11,93	44,24	10,31	t=1,76 p=0,083
IMC	27,32	3,97	26,72	4,49	t=0,54 p=0,590
N° hijos	2,14	0,96	1,89	0,91	t=0,98 p=0,334
Edad Hijos	14,18	9,52	17,37	8,97	t=1,27 p=0,209
Tiempo Recreación día Laboral	1,32	0,87	1,23	1,03	t=0,38 p=0,708
Tiempo descanso día Laboral	2,54	2,16	1,40	1,59	U=370,5 p= 0,011
Tiempo Rec. y desc. día no laboral	5,96	3,80	5,99	4,10	U=546,5 p=0,930
Tiempo que duerme día laboral	6,84	1,17	6,59	1,26	t=0,95 p=0,389
Tempo que duerme día no laboral	9,68	2,13	9,07	1,88	U=461 p=0,206
N° Patologías	1,14	0,36	1,71	1	U=95 p=0,083
N° Medicamentos	1,27	0,46	2,00	1,00	U=80,5 p=0,030
N° Cigarrillos Día	5,50	6,36	5,25	4,03	U=11 p=0,923
N° Cigarrillos Semana	38,50	44,55	29,33	27,74	U=12,5 p=0,721
N° Cigarrillos Mes	109,33	147,86	99,11	109,08	U=25 p=0,887

Tabla 45: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los Centros de Salud Familiar según ciudad de ubicación y patología crónica

Patología	CESFAM V		CESFAM C		Significancia
	N°	%	N°	%	
HTA	0	0,00	7	14,60	$\chi^2=4,65$ fp=0,031
DM	0	6,10	3	6,30	$\chi^2=1,89$ fp=0,236
Dislipidemia	4	13,80	4	8,30	$\chi^2=0,58$ fp=0,346
Epilepsia	1	3,40	0	0,00	$\chi^2=1,68$ fp=0,377
Asma	1	3,40	3	6,30	$\chi^2=0,29$ fp=0,514
Otra	9	31,00	13	27,10	$\chi^2=0,14$ p=0,71

Tabla 46: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los Centros de Salud Familiar según ciudad de ubicación y variables sociodemográficas categóricas.

Variable	Establecimiento				Total		Significancia	
	CESFAM Valdivia		CESFAM Concepción		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Estamento	Enfermera	10	34,5	12	25	22	28,6	$\chi^2=1,10$ p=0,58
	Tec/Aux. param.	19	65,5	36	75	95	71,4	
	Total	29	100	48	100	77	100	
Sexo	Masculino	2	6,90	5	10,20	7	8,97	$\chi^2=0,24$ fp=0,479
	Femenino	27	93,10	44	89,80	71	91,03	
	Total	29	100	49	100	78	100	
Clasificación IMC	bajo peso/normal	8	32,00	14	37,84	22	35,48	$\chi^2=0,92$ p=0,894
	Sobrepeso	11	44,00	15	40,54	26	41,94	
	Obesidad	6	24,00	8	21,62	14	22,58	
	Total	25	100,00	37	100,00	62	100	
Situación de pareja	Con pareja PAd	17	58,62	29	59,18	46	58,97	$\chi^2=0,15$ P=0,930
	Con pareja PAF	5	17,24	7	14,29	12	15,38	
	Sin pareja	7	24,14	13	26,53	20	25,64	
	Total	29	100	49	100	78	100	
Comparte labores hogar	Si	15	71,43	15	50,00	30	58,82	$\chi^2=0,13$ P=0,126
	No	6	28,57	15	50,00	21	41,18	
	Total	21	100	30	100	51	100	
Con quien vive	FN Biparental	12	41,38	21	45,65	33	44,00	$\chi^2=1,50$ P=0,682
	FN Monoparent.	6	20,69	5	10,87	11	14,67	
	Fam. extendida	7	24,14	14	30,43	21	28,00	
	Sola o amigos	4	13,79	6	13,04	10	13,33	
	Total	29	100	46	100	75	100	
Labores Hogar	Sola	6	21,43	12	25,53	18	24,00	$\chi^2=0,16$ P=0,687
	Con ayuda	22	78,57	35	74,47	57	76,00	
	Total	28	100	47	100	75	100	
Hijos	Si	21	72,41	39	81,25	60	77,92	$\chi^2=0,82$ P=0,004
	No	8	27,59	9	18,75	17	22,08	
	Total	29	100	48	100	77	100	
patologías crónicas	Si	13	44,83	20	41,67	33	42,86	$\chi^2=0,07$ P=0,786
	No	16	55,17	28	58,33	44	57,14	
	Total	29	100	48	100	77	100	

Consumo medicamentos	Si	15	51,72	21	44,68	36	47,37	$x^2=0,36$ $P=0,550$
	No	14	48,28	26	55,32	40	52,63	
	Total	29	100	47	100	76	100	
Consumo cigarrillos	Si	3	10,34	19	40,43	22	28,95	$x^2=7,89$ $fp=0,004$
	No	26	89,66	28	59,57	54	71,05	
	Total	29	100	47	100	76	100	
Consumo Alcohol	Si	22	75,86	29	60,42	51	66,23	$x^2=1,93$ $P=0,165$
	No	7	24,14	19	39,58	26	33,77	
	Total	29	100	48	100	77	100	
Riesgo EBBA	Sin riesgo	20	100,00	18	94,74	38	97,44	$x^2=1,08$ $fp=0,487$
	Con riesgo	0	0,00	1	5,26	1	2,56	
	Total	20	100	19	100	39	100	

En promedio los establecimientos en Valdivia ($X=51,8$ hrs., $DS=7,78$) refirieron significativamente ($p=0,000$) mayor cantidad de horas de trabajo que en Concepción ($X=44,97$ hrs., $DS=2,62$). Mayor porcentaje de trabajadores de enfermería en Valdivia (24,1%) que en Concepción (4,2%), refirió realizar turnos rotativos que implican trabajar en forma continuada con turnos de relevos hasta las 24 hrs., lo que es estadísticamente significativo ($p=0,012$). Significativamente ($p=0,007$) mayor porcentaje refirió en Valdivia (81,5%) que las horas extras trabajadas eran remuneradas en relación a Concepción (48,6%), por otro lado, el 84,6% en Valdivia y el 67,6% en Concepción indican que estas horas extras son voluntarias. Significativamente (0,002) mayor porcentaje de trabajadores en Valdivia (58,6%) que en Concepción (21,6%) realizan otro trabajo remunerado, invirtiendo 10,98 hrs. ($DS=6,57$) en promedio a la semana en la primera ciudad y 5,94 hrs. ($DS=4,46$) promedio en la segunda ciudad, por otro lado, el 8,5% en Concepción y el 20,7% en Valdivia realiza algún tipo de perfeccionamiento o estudia alguna carrera fuera del horario de trabajo, invirtiendo alrededor de 10 hrs. promedio a la semana en ambas ciudades. El 65,5% en Valdivia y el 56,3% en Concepción indican que las condiciones de trabajo son buenas y óptimas. En cuanto a las exigencias en el trabajo, claramente ($p=0,025$) el mayor porcentaje en ambas ciudades se concentra en percibir que su trabajo es exigente y muy exigente, donde Valdivia (96,4%) presenta mayor porcentaje que Concepción (77,6%) (tablas 47 y 48).

Tabla 47: Promedio y desviación estándar de las variables laborales según ciudad de ubicación de los Centros de Salud Familiar.

Variable	HBV		HGGBC		Significancia
	X	DS	X	DS	
Hrs. Reales de trabajo Semana	51,80	7,78	44,97	2,62	U=263 p=0,000
Hrs. Otro Trabajo Remunerado	10,98	6,57	5,94	4,46	t=2,03 p=0,055
Hrs. Estudio Fuera Horario Trabajo	9,66	7,06	10,00	2,83	U=10,5 p=0,762

Tabla 48: Distribución numérica y porcentual de la muestra según lugar de ubicación de los centros asistenciales y variables laborales categóricas.

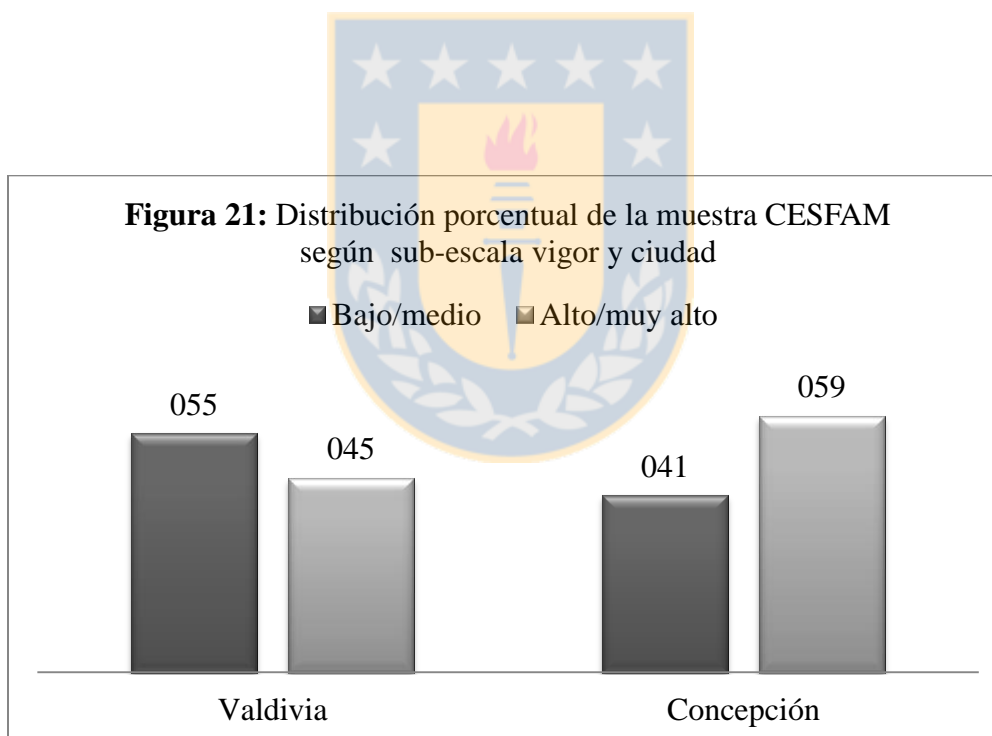
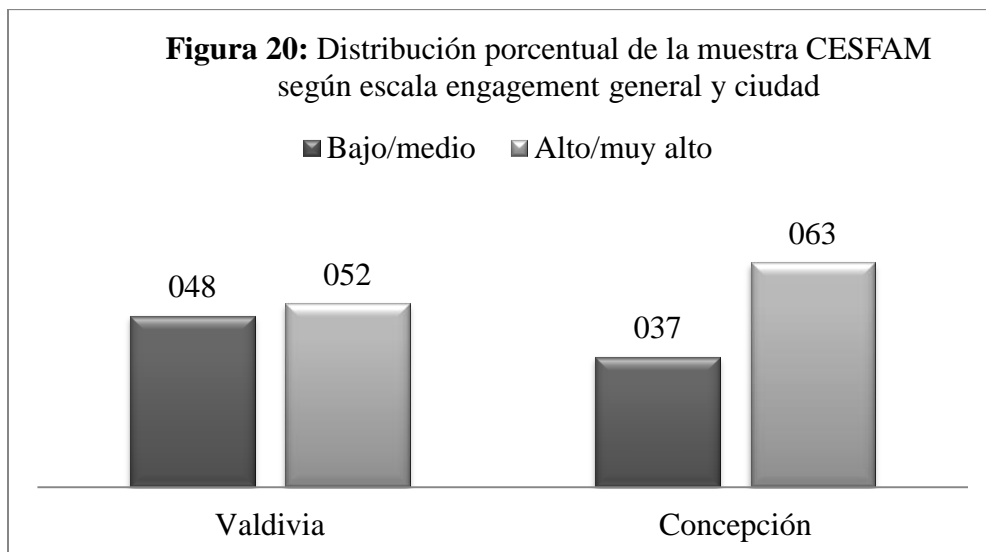
Variable		Establecimiento				Total		Significancia
		CESFAM Valdivia		CESFAM Concepción		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Turnos	Si	7	24,14	2	4,17	9	11,69	$x^2=6,99$ fp=0,012
	No	22	75,86	46	95,83	68	88,31	
	Total	29	100	48	100	77	100	
Horas extras remuneradas	Si	22	81,48	18	48,65	40	62,50	$x^2=7,17$ P=0,007
	No	5	18,52	19	51,35	24	37,50	
	Total	27	100	37	100	64	100	
Horas extras Voluntarias	Si	22	84,62	23	67,65	45	75,00	$x^2=2,62$ fp=0,114
	No	4	15,38	11	32,35	15	25,00	
	Total	26	100	34	100	60	100	
Otro trabajo remunerado	Si	17	58,62	8	21,62	25	37,88	$x^2=9,46$ P=0,002
	No	12	41,38	29	78,38	41	62,12	
	Total	29	100	37	100	66	100	
Perfeccionamiento, curso, carrera	Si	6	20,69	4	8,51	10	13,16	$x^2=2,33$ fp=0,121
	No	23	79,31	43	91,49	66	86,84	
	Total	29	100	47	100	76	100	
Condiciones de trabajo	Malas/Regulares	10	34,48	21	43,75	31	40,26	$x^2=0,65$ P=0,422
	Buenas/Optimas	19	65,52	27	56,25	46	59,74	
	Total	29	100	48	100	77	100	
Exigencias del trabajo	Bajas	1	3,57	11	22,45	12	15,58	$x^2=4,83$ fp=0,025
	Altas	27	96,43	38	77,55	65	84,42	
	Total	28	100	49	100	77	100	

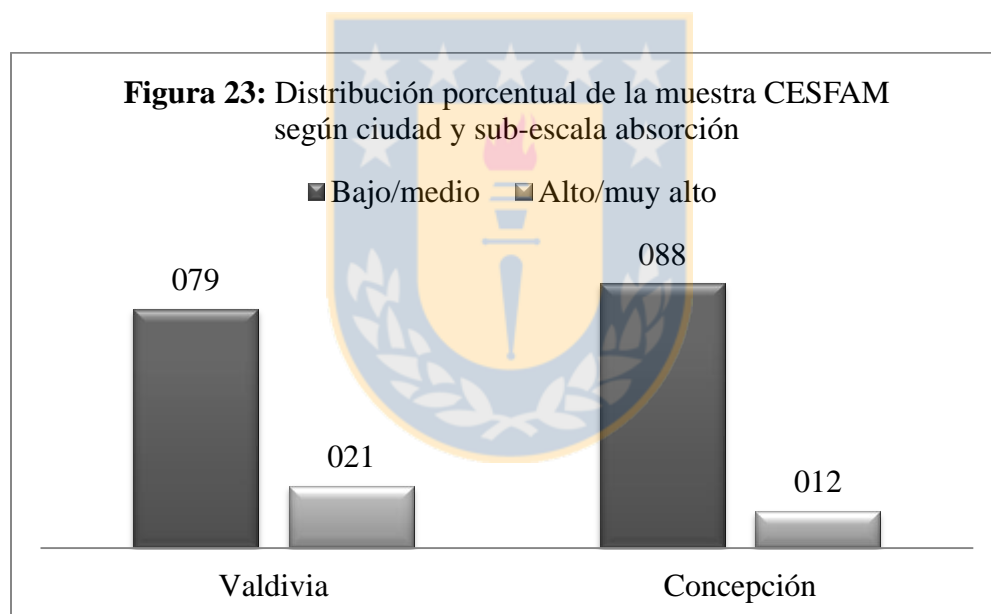
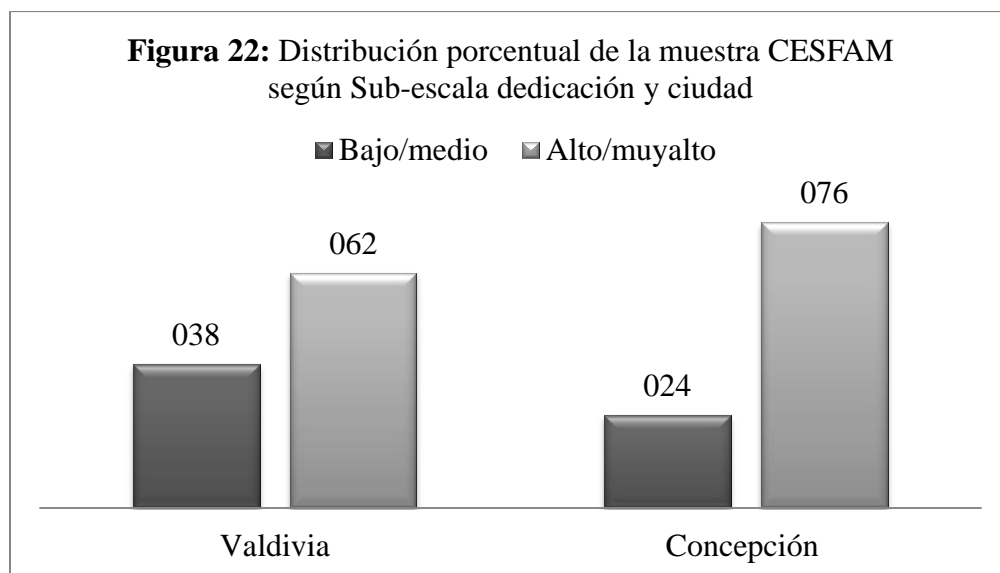
Respecto de las escalas incluidas en el instrumento, la influencia del trabajo en la familia muestra promedio de puntaje significativamente superior ($p=0,032$) en Los CESFAM de Valdivia ($X=16,76$ pts., $DS=7$) respecto de los de Concepción ($X=13,16$ pts., $DS=5,23$), en cambio, la influencia familia y trabajo muestra valores similares en ambos lugares (**tabla 49**).

Tabla 49: Promedios y desviación estándar de la escala influencia trabajo/familia y familia/trabajo según lugar de ubicación de los centros asistenciales.

Escala	CESFAMV		CESFAMC		Significancia
	X	DS	X	DS	
Influencia trabajo-familia	16,76	7	13,16	5,23	$p=0,032$
Influencia familia-trabajo	6,28	3,81	6,55	3,65	$p=0,419$

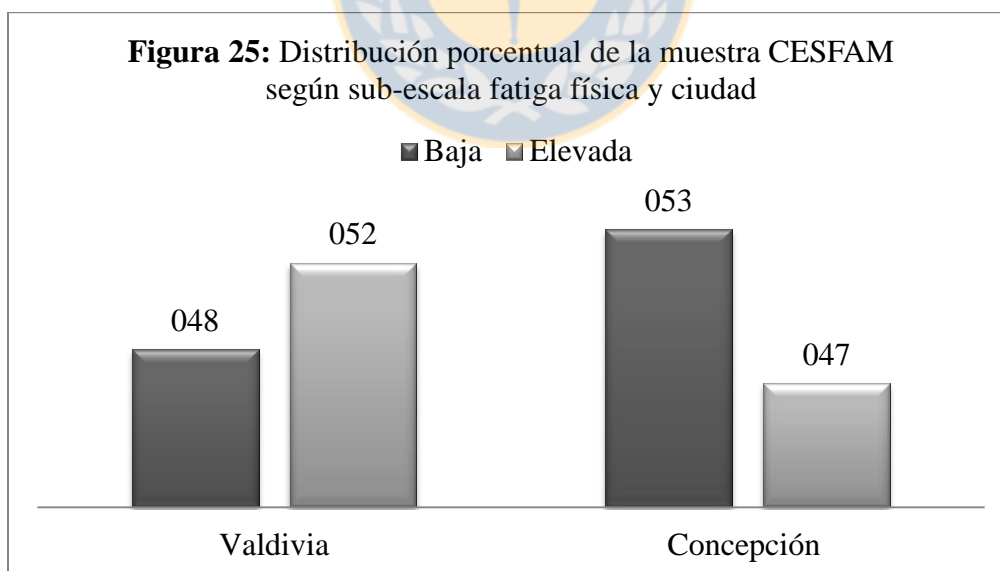
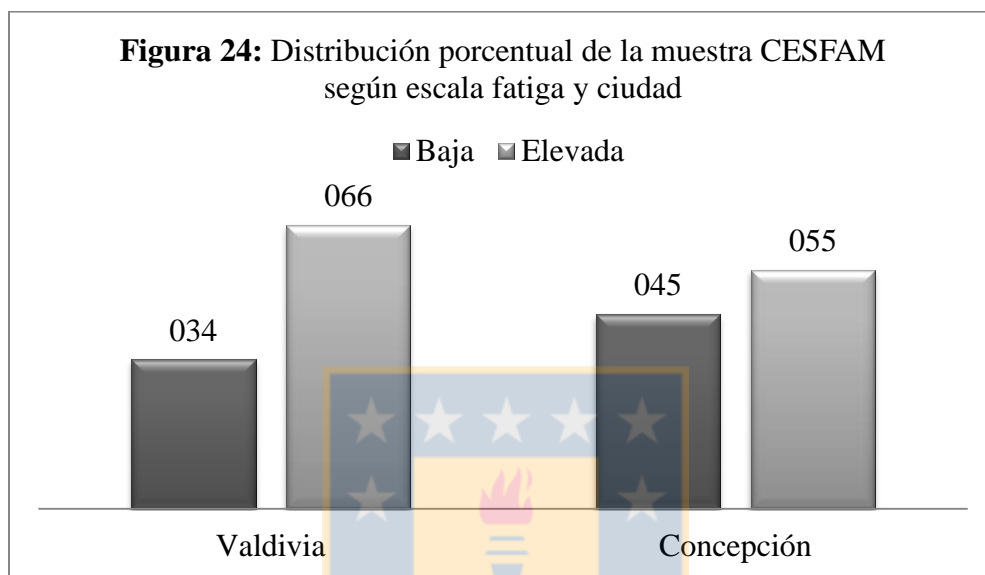
En la escala de engagement general, más del 50% en ambas ciudades muestran clasificación alta y muy alta (Valdivia 51,7%, Concepción 63,3%), con un promedio de puntaje de 75,48 pts. ($DS=17,86$) para Valdivia y de 80,55 pts. ($DS=15,62$) para Concepción. En la sub-escala Vigor, un 44,8% en Valdivia y un 59,2% en Concepción presentan clasificación alta y muy alta, con promedios de puntaje superiores a los 25 pts. para ambos lugares. En la sub-escala dedicación, en ambos lugares, el porcentaje de trabajadores con clasificación alta y muy alta supera el 60% (Valdivia 62,1%, Concepción 75,5%), con puntajes promedio superiores a 20 pts. (Valdivia $X=23,72$ pts., $DS=6,55$. Concepción $X=25,63$ pts. $DS=4,66$), finalmente, en la sub-escala absorción más del 75% en ambas ciudades presenta clasificación baja y media, con un puntaje promedio de 25,28 pts. ($DS=6,86$) para Valdivia y de 26,37 pts. ($DS=7,25$) para Concepción (**figura 20 – 23**).

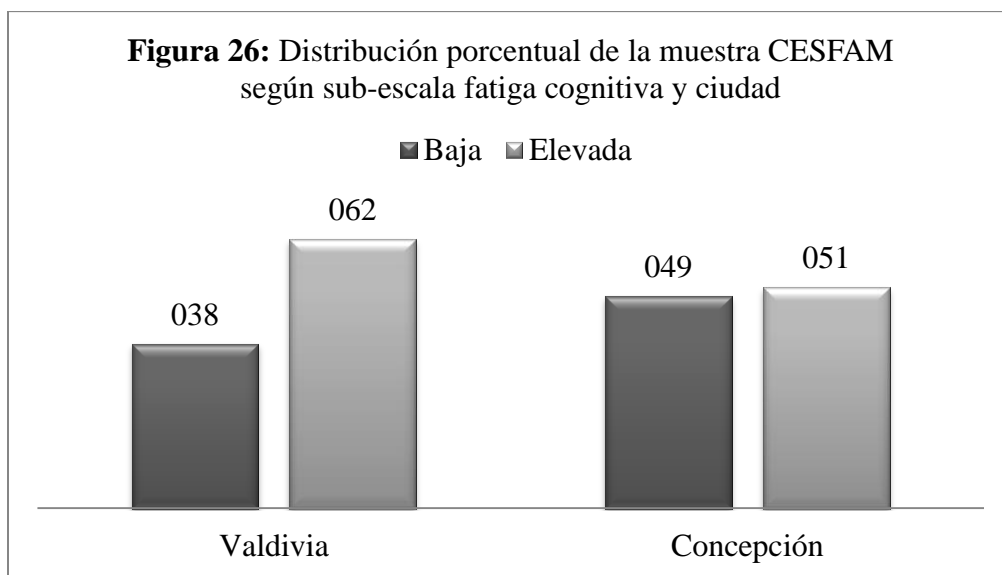




En cuanto a la escala de fatiga general, el 65,5% en Valdivia y el 55,1% en Concepción presentaron fatiga alta, con un promedio de 53,24 pts. (DS=20,47) para la primera y de 48,45 (DS=18,90) pts. para la segunda. En la sub-escala fatiga física, Valdivia (51,7%) presentó mayor porcentaje en fatiga alta y Concepción (53,1%) en baja, con promedios de puntuación que no presentó diferencias significativas (Valdivia $X=30$ DS=11,54; Concepción $X=28,96$ DS=11,83). Por último, en la sub-escala fatiga cognitiva 62,1% y

51% presentaron clasificación alta en Valdivia y Concepción correspondientemente, con un promedio de puntuación que no presentó significancia a pesar de la diferencia que se plantea a favor de los Cesfam de Valdivia ($X=23,24$ pts. $DS=10,21$. Concepción $X=19,49$ pts. $DS=8,53$) (figura 24 – 26).





En la escala MBIGS general, más del 80% en ambos lugares presentaron una clasificación de Burnout medio con un promedio de 49,34 pts. (DS=11,89) para Valdivia y de 48,31 pts. (DS=13,22) para Concepción. En la sub-escala desgaste emocional más del 85% en ambos lugares presentaron clasificación baja y media, con un promedio de puntuación de 10,66 pts. (DS=7,57) para Valdivia y de 8,88 pts. (DS=7,16) para Concepción. En la sub-escala cinismo más del 90% de las personas en ambas ciudades se clasificaron como bajo y medio, con un promedio de puntaje 13,6 pts. (DS=5,49) para Valdivia y de 12,84 pts. (DS=5,76) para Concepción. Finalmente, en la sub-escala eficacia profesional, el porcentaje de personas superó el 95% clasificada en alta, con un promedio de puntuación significativamente ($p=0,038$) mayor para Concepción (26, 6 pts., DS=5,27) en relación a Valdivia (X=26,59 pts. DS=5,01) (**figuras 27 – 30**)

Figura 27: Distribución porcentual de la muestra CESFAM según escala Burnout y ciudad

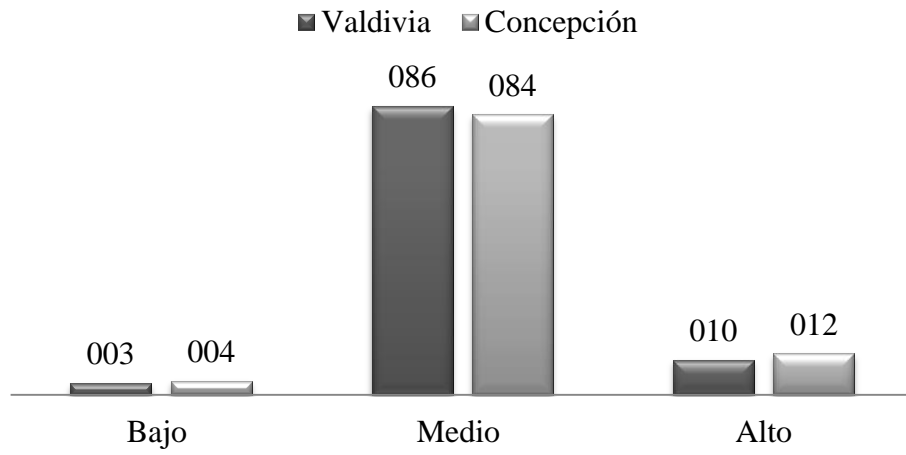
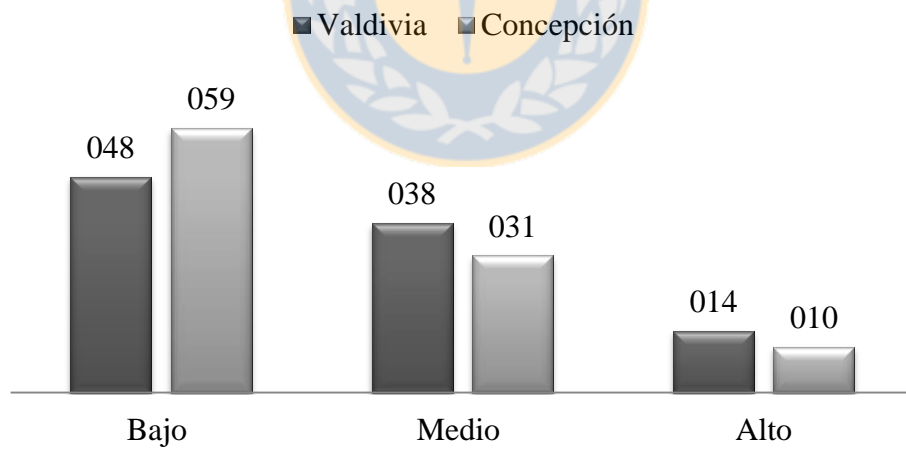
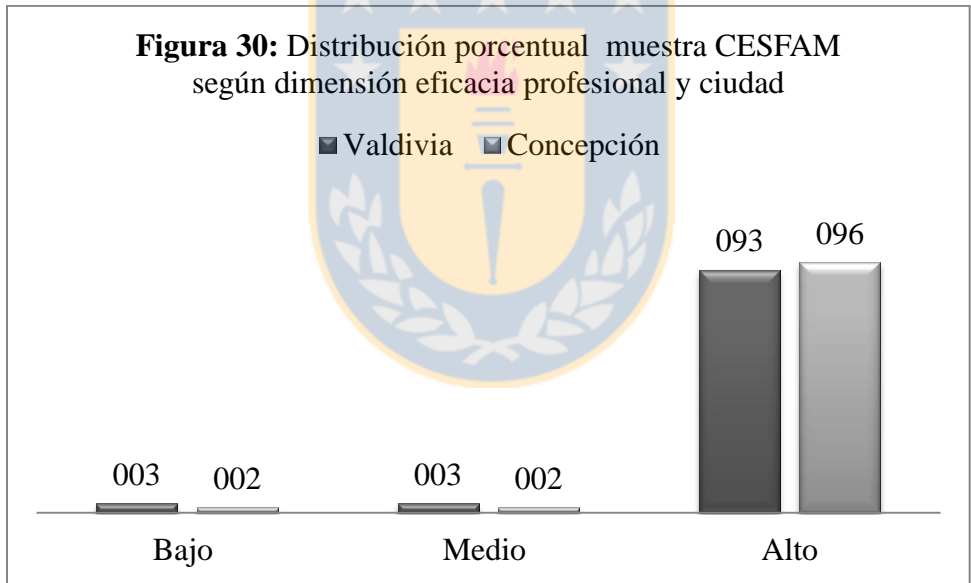
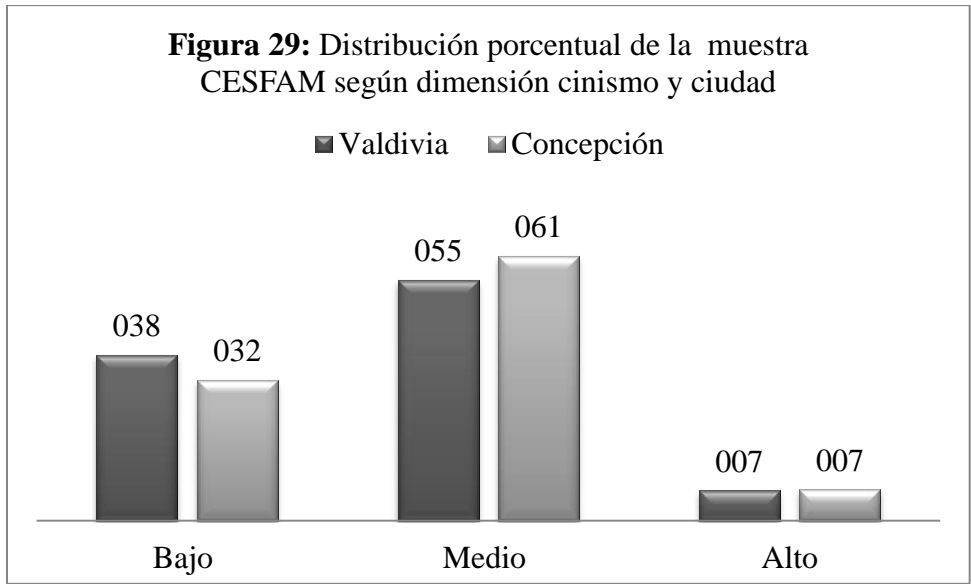


Figura 28: Distribución porcentual de la muestra CESFAM según dimensión desgaste emocional y ciudad





10.6.Exceso de trabajo en los centros de salud familiar

El personal de enfermería de los Centros de Salud Familiar refiere presentar en un 37,8% exceso de trabajo, el que está asociado al lugar donde se encuentran ubicados, con mayor concentración en los CESFAM de la ciudad de Valdivia (**tabla 50**).

Tabla 50: Distribución numérica y porcentual de la muestra de los CESFAM según presencia de exceso de trabajo y ciudad.

Establecimiento	Sin exceso Trabajo		Con exceso trabajo		Total		Significancia
	N°	%	N°	%	N°	%	
VALDIVIA	10	35,71	18	64,29	28	100	X ² =13,39 p=0,000
CONCEPCION	36	78,26	10	21,74	46	100	
Total	46	62,16	28	37,84	74	100	

El estamento enfermera presenta, significativamente, mayor porcentaje de exceso de trabajo que los técnicos paramédicos ($p=0,031$), al igual que las personas con dislipidemia ($p=0,007$), los que manifiestan realizar horas extras voluntarias ($p=0,020$) y los que realizan otro trabajo remunerado ($p=0,000$); en cambio, los que presentan clasificación media baja en la sub-escala absorción del engagement y exceso de trabajo, solo alcanzan el 42,86% ($p=0,023$) (**tabla 51**).

La única variable numérica que influye, indica que aquellos trabajadores que presentan exceso de trabajo evidencian, significativamente ($p=0,032$), menor promedio de horas dedicadas al estudio fuera del horario de trabajo en relación a aquellos que no lo presentan (**tabla 52**), de tal manera, que la carga de trabajo es tan grande que les es difícil dedicar mayor cantidad de horas a su desarrollo profesional, además, pueden intervenir otros factores como el entorno familiar y personal que escapan al análisis de esta investigación.

Tabla 51: Distribución numérica y porcentual de la muestra CESFAM según variables categóricas y presencia de exceso de trabajo.

Variable		Exceso de trabajo				Total		Significancia
		No		Si		N°	%	
		N°	%	N°	%			
Estamento	Enfermeras	9	42,86	12	57,14	21	100,00	$\chi^2=4,65$ fp=0,031
	Tec/aux par.	37	69,81	16	30,19	53	100,00	
	Total	46	62,16	28	37,84	74	100,00	
Dislipidemia	Si	1	14,29	6	85,71	7	100,00	$\chi^2=7,34$ fp=0,011
	No	44	66,67	22	33,33	66	100,00	
	Total	45	61,64	28	38,36	73	100,00	
Horas extras Voluntarias	Si	19	45,24	23	54,76	42	100,00	$\chi^2=5,38$ fp=0,020
	No	12	80,00	3	20,00	15	100,00	
	Total	31	54,39	26	45,61	57	100,00	
Otro trabajo remunerado	Si	6	26,09	17	73,91	23	100,00	$\chi^2=17,73$ P=0,000
	No	32	80,00	8	20,00	40	100,00	
	Total	38	60,32	25	39,68	63	100,00	
sub-escala Absorción	bajo/medio	36	57,14	27	42,86	63	100,00	$\chi^2=4,54$ fp=0,30
	Alto/Muy alto	10	90,91	1	9,09	11	100,00	
	Total	46	62,16	28	37,84	74	100,00	

Tabla 52: Promedio y desviación estandar de las horas dedicadas al estudio del personal de enfermería de los CESFAM según presencia de exceso de trabajo

Variable	Sin exceso trabajo		Con exceso trabajo		Significancia P
	X	DS	X	DS	
Hrs. Estudio Fuera Horario Trabajo	13,20	5,40	5,50	2,89	U=1 p=0,032

En general, la variable dependiente fatiga y sus dimensiones, aunque presentan diferencias porcentuales, estas no son significativas, solamente se destacan las mayores proporciones de fatiga alta en la escala general en ambas categorías, con exceso y sin exceso de trabajo, por otro lado, en la fatiga física predomina la fatiga elevada en las personas sin exceso de trabajo al igual que en la fatiga cognitiva, finalmente, los promedios de esta escala en relación a la presencia del exceso de trabajo, no presenta diferencias estadísticamente significativas y más aún los valores son muy similares (**figura 31 - 33**)

Figura 31: Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central de la escala fatiga general según presencia de exceso de trabajo.

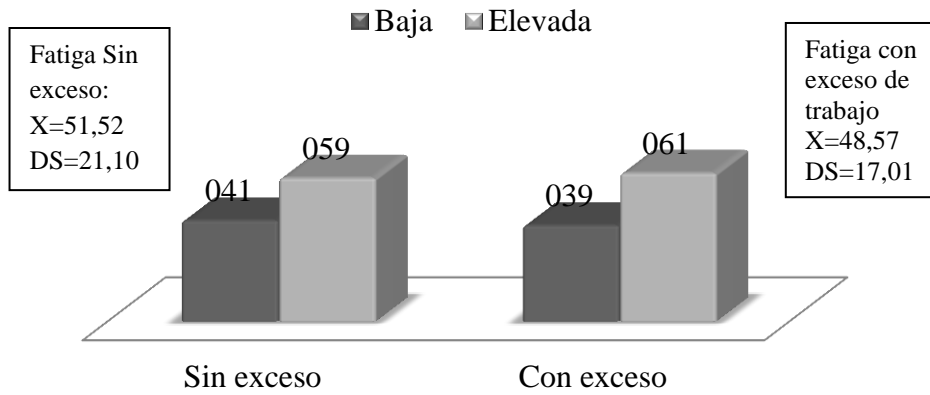
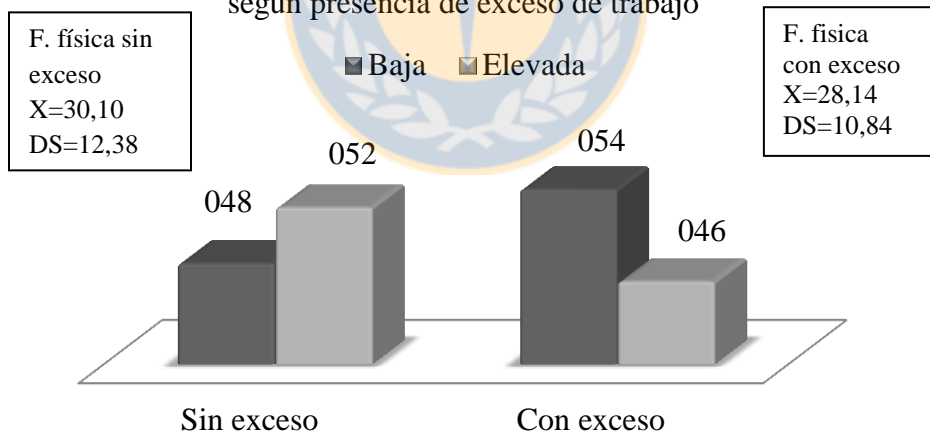
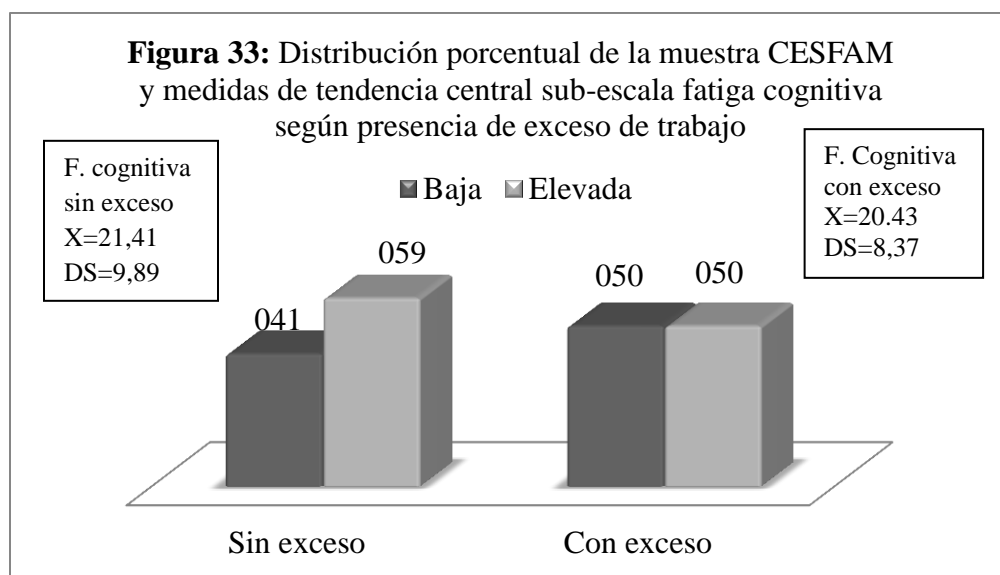


Figura 32: Distribución porcentual muestra CESFAM y medidas de tendencia central de la sub-escala fatiga física según presencia de exceso de trabajo





En la ciudad de Valdivia, el establecimiento que presentó mayor puntaje promedio en la escala fatiga general, sub-escala fatiga física y fatiga cognitiva, fue el CESFAM Angachilla y en la ciudad de Concepción en la escala fatiga general el CESFAM Santa Sabina; en la sub-escala fatiga física los CESFAM Santa Sabina, Lorenzo Arenas, Tucapel y O'Higgins; y en la sub-escala fatiga cognitiva los CESFAM Santa Sabina y Pedro de Valdivia. Por otro lado, respecto de los valores absolutos en la ciudad de Valdivia el establecimiento que presentó mayor puntaje en la escala general de fatiga y en sus sub-escalas, fue el CESFAM Dr. Sabat. En la ciudad de Concepción el CESFAM Lorenzo Arenas presentó el mayor puntaje en las escalas de fatiga (**tabla 53 y 54**)

Tabla 53: Promedio y desviación estándar de la escala Fatiga de la ciudad de Valdivia según CESFAM

CESFAM	Fatiga General				Fatiga Física				Fatiga Cognitiva			
	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min
Niebla	40,33	12,66	54	29	24,67	4,62	30	22	15,67	8,5	24	7
Dr. Sabat	54,42	26,86	105	17	30,33	15,09	56	9	24,08	12,69	49	8
Angachilla	57,57	17,61	83	33	31,57	11,56	49	18	26	7,44	34	15
Las Ánimas	52,43	12,65	65	29	30,14	6,74	40	20	22,29	8,8	33	9

Tabla 54: Promedio y desviación estándar de la escala Fatiga de la ciudad de Concepción según CESFAM

CESFAM	Fatiga				Fatiga Física				Fatiga Cognitiva			
	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min	X	DS	Max	Min
Tucapel	48,1	15,48	68	24	29,27	11,39	50	16	18,8	6,16	29	8
Juan Soto Fernandez	40,75	12,95	60	32	27	8,4	38	18	13,75	6,02	22	8
Santa Sabina	54,8	8,76	65	44	30,4	5,98	37	23	24,4	5,32	28	15
Pedro de Valdivia	48,9	18,77	77	17	27,44	11,66	44	8	21,4	8,26	33	9
O'Higgins	47,7	24,32	85	21	29,1	14,17	49	14	18,6	11,24	36	7
Lorenzo Arenas	49,1	24,39	94	15	29,9	15,31	56	8	19,2	10,05	38	7

La variable dependiente Burnout, presenta comportamiento similar al utilizar la presencia de exceso de trabajo como variable de comparación. En los valores generales y en las dimensiones, tanto el exceso de trabajo como el no exceso, se concentran en ciertas categorías de la escala general y de las sub-escalas; en el cinismo el mayor porcentaje se encuentra en la clasificación media; en la sub-escala desgaste emocional en clasificación baja y en la sub-escala eficacia profesional en clasificación alta, con porcentajes muy similares, lo que no muestra tendencias estadísticamente significativas, por otro lado, los promedios de la escala y sub-escalas no muestran diferencias significativas y los resultados presentan valores parecidos (figura 34 – 37).

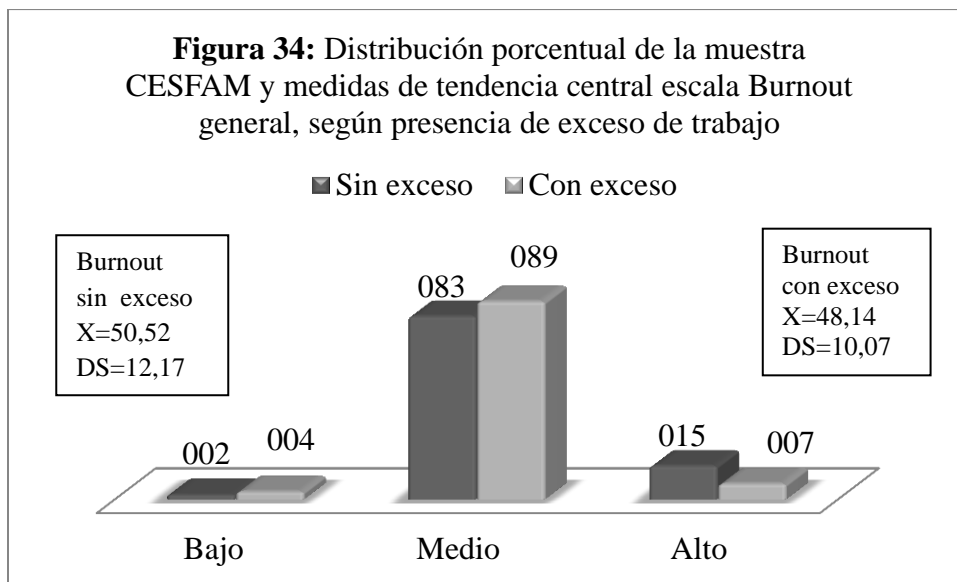


Figura 35: Distribución porcentual muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala desgaste emocional según presencia de exceso de trabajo

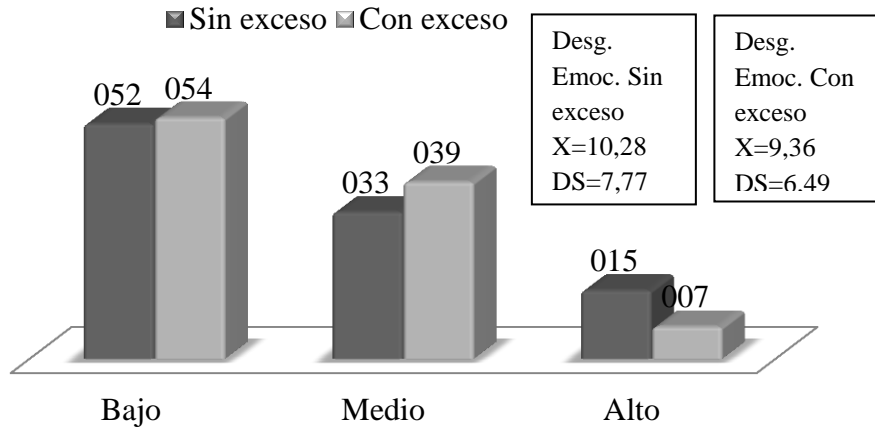
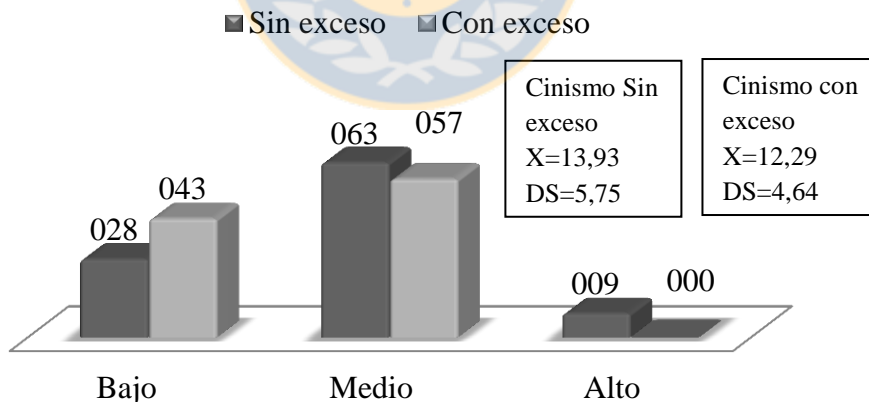
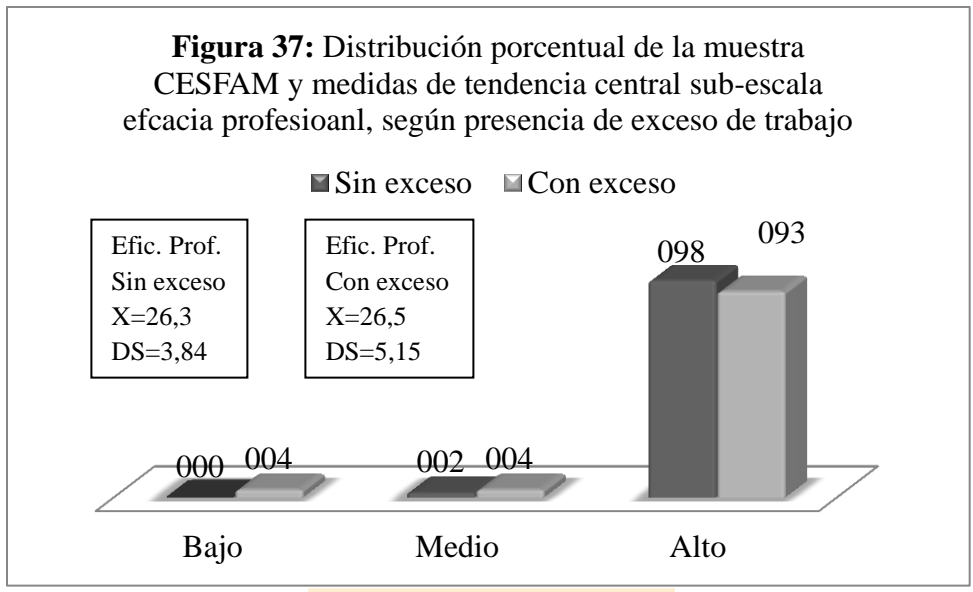


Figura 36: Distribución porcentual de la muestra CESFAM y medidas de tendencia central sub-escala cinismo según presencia de exceso de trabajo





En relación al establecimiento, en la ciudad de Valdivia, el centro de salud familiar que presentó mayor puntaje promedio en la escala Burnout general y sub-escalas desgaste emocional fue el CESFAM Dr. Sabat, en la sub-escala cinismo fue el CESFAM Niebla y en la sub-escala eficacia profesional los FESFAM Dr. Sabat, Angachilla y Las Ánimas. En cuanto a los puntajes crudos en la escala general y las sub-escalas desgaste emocional y cinismo la mayor puntuación la obtuvo el CESFAM Dr. Sabat, en tanto que en la sub-escala eficacia profesional destacan con el menor puntaje los CESFAM de Niebla, Sabat y Angachilla (**tabla 55**)

Tabla 55: Promedio y desviación estándar de la escala y sub-escalas Maslach Burnout Inventory General Survey en la ciudad de Valdivia

CESFAM	Burnout General				Desgaste Emocional				Cinismo				Eficacia Profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	M	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Niebla	48	13,11	60	34	9	7	14	1	15,67	8,33	25	9	23,3	2,08	25	21
Dr. Sabat	51,58	17,18	78	16	14	9,91	27	1	12,5	6,71	26	5	25,08	6,65	30	6
Angachilla	48,43	5,35	53	41	8,43	4,58	15	2	14,29	4,68	22	8	25,71	3,35	30	21
Las Ánimas	47	3,79	55	43	7,85	3,44	13	4	14	2,77	18	11	25,1	4,63	30	16

En la ciudad de Concepción, el establecimiento que presentó mayor puntaje promedio en la escala Burnout General, fue el CESFAM Lorenzo Arenas; en la sub-escala desgaste

emocional, los CESFAM Lorenzo Arenas y Santa Sabina; en la sub-escala cinismo, los CESFAM Lorenzo Arenas y Tucapel; finalmente en la sub-escala eficacia profesional, los CESFAM Juan Soto Fernandez, Tucapel, Pedro de Valdivia y Lorenzo Arenas. En relación al puntaje absoluto, el CESFAM Lorenzo Arenas obtuvo el mayor puntaje en la escala general y sub-escalas desgaste emocional y eficacia profesional, por otro lado, en la sub-escala eficacia profesional el establecimiento que obtuvo el menor puntaje fue el CESFAM Pedro de Valdivia (**tabla 56**).

Tabla 56: Promedio y desviación estándar de la escala Maslach Burnout Inventory General Survey en la ciudad de Concepción

CESFAM	Burnout				Desgaste Emocional				Cinismo				Eficacia Profesional			
	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi	X	DS	Ma	Mi
Tucapel	51	7,94	62	40	8,72	5,71	19	1	15,09	4,76	23	10	27,18	2,6	30	21
Juan Soto Fernandez	41	6,48	47	34	5,5	4,04	9	2	7,25	0,96	8	6	28,25	2,87	30	24
Santa Sabina	47,4	10,33	58	31	10	5,74	17	2	11,6	4,98	19	5	25,8	1,79	28	24
Pedro de Valdivia	47,78	11,54	65	32	8,56	8,44	23	0	12,11	4,81	18	6	27,1	3,44	30	20
O'Higgins	42,8	17,66	67	0	7,7	7,06	23	0	11	4,81	18	0	24,1	10,43	30	0
Lorenzo Arenas	54,7	16,05	76	34	11,3	9,48	26	1	15,7	7,89	29	6	27,7	2,54	30	24

10.7. Prueba de hipótesis en personal de enfermería sin exceso de trabajo de los CESFAM de Valdivia y Concepción

10.7.1. Variable Dependiente Fatiga

a) Escala fatiga general

Hipótesis 1: cuando las condiciones laborales son malas, existe mayor fatiga en el personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada, ya que los resultados muestran que los trabajadores de enfermería que perciben las condiciones laborales como malas y regulares presentan un puntaje promedio mayor que los que las catalogan como buenas y óptimas (**tabla 57**).

Hipótesis 2: las condiciones de trabajo influyen en el desarrollo de la fatiga del personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos, sin embargo, existe un comportamiento específico, los puntajes promedio se ubican en los extremos de la escala (regularmente exigente y Muy exigentes), y son menores en las clasificaciones Medianamente exigente y exigente, lo que tiene relación con los extremos de la carga de trabajo que pueden afectar al trabajador de enfermería (**tabla 57**).

Tabla 57: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga según variables categóricas.

Variable		Escala fatiga		Significancia
		X	DS	
Condiciones de trabajo	Malas/regulares	58,95	21,58	t=2,18 p=0,035
	Buenas/óptimas	45,81	19,23	
	Exigencia regular	67,33	6,66	
Exigencias laborales	Mediana exigencia	57,75	17,84	F=4,23 p=0,000
	Exigente	43,32	18,25	
	Muy Exigente	65,1	23,36	

Hipótesis 3: el número de medicamentos influye en la fatiga del trabajador de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada a raíz de los resultados estadísticos significativos, sin embargo, presentan un comportamiento singular por la correlación negativa que presenta, ya que según estos a medida que los trabajadores de enfermería consumen mayor cantidad de medicamentos la fatiga disminuye (**tabla 58**).

Hipótesis 4: a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia aumenta la fatiga en el personal de enfermería.

Se apoya esta hipótesis, ya que los resultados demuestran por su significancia estadística y el valor positivo de la correlación, que mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia mayor es la fatiga experimentada por el trabajador de enfermería (**tabla 58**).

Hipótesis 5: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presente el trabajador de enfermería, menor la fatiga que experimentará.

Esta hipótesis es apoyada, sólo para una de las sub-escalas del engagement, el vigor, ya que para las demás y la escala general, no existieron correlaciones estadísticamente

significativas. La correlación de la fatiga con vigor indica que a medida que aumenta el vigor del trabajador de enfermería disminuye la fatiga (**tabla 58**).

Tabla 58: Correlaciones significativas entre escala fatiga y variables numéricas

Variable	Escala Fatiga	
	Rho	Significancia
N° de Medicamentos	Rho=-0,497	p=0,022
Inf. Trab. Fam.	r=0,494	p=0,000
Vigor	r=-0,455	p=0,018

b) Sub-escala fatiga física

Hipótesis 1: presentar hijos influye en la presencia de fatiga en el personal de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, pero que indican un comportamiento de la variable que marca una contradicción, en este caso, las personas que presentan hijos tienen menor promedio en la escala de fatiga física en relación a los que no los tienen (**tabla 59**).

Hipótesis 2: aquellos trabajadores de enfermería que laboran en condiciones consideradas como deficientes, presentan mayor fatiga física.

Los resultados muestran que el personal de enfermería que considera las condiciones en las que trabaja como malas y regulares, presentan significativamente mayor promedio en la escala de fatiga física, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 59**).

Hipótesis 3: las exigencias en el trabajo influyen en la fatiga física que presenta el trabajador de enfermería.

Los resultados estadísticos muestran que aquellos trabajadores de enfermería que consideran su trabajo como regularmente exigente y muy exigente, presentan significativamente mayor promedio que las demás categorías, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 59**).

Tabla 59: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga física según variables categóricas.

Variable	Escala fatiga		Significancia	
	X	DS		
Hijos	Si	28,16	12,33	t=-2,09
	No	37,1	10,31	p=0,042
Condiciones de trabajo	Malas/regulares	34,4	12,7	t=-2,14
	Buenas/óptimas	26,81	11,28	p=0,038
	Exigencia regular	41,3	6,51	
Exigencias laborales	Mediana exigencia	35,75	8,42	F=5,55
	Exigente	24,79	11,16	p=0,003
	Muy Exigente	38,2	11,27	

Hipótesis 4: cuando el personal de enfermería consume mayor cantidad de medicamentos la fatiga física aumenta.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, que evidencian que a medida que el trabajador de enfermería aumenta el número de medicamentos consumido, aumenta la fatiga física experimentada (**tabla 60**).

Hipótesis 5: mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga física experimentada por el personal de enfermería.

Los resultados muestran una correlación entre estas dos variables en forma positiva y significativa, evidenciando que a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia también aumenta la fatiga física, por lo tanto, se apoya esta hipótesis (**tabla 60**).

Hipótesis 6: a medida que el trabajador de enfermería aumenta el engagement (vigor, dedicación, absorción), disminuye la fatiga experimentada.

En base a los resultados estadísticamente significativos con correlaciones negativas que indican que a medida que aumenta el engagement general y sus dimensiones vigor y dedicación disminuye la fatiga, se apoya la hipótesis sólo para estas tres variables (**tabla 60**).

Tabla 60: Correlaciones significativas entre escala fatiga física y variables numéricas

Variable	Sub-escala Fatiga física	
	Significancia	
Nº de Medicamentos	Rho=-0,577	p=0,006
Inf. Trab. Fam.	r=0,503	p=0,000
Engagement	r=-0,406	p=0,005
Vigor	r=-0,471	p=0,001
Dedicación	Rho=-0,420	p=0,004

c) Sub-escala fatiga cognitiva

Hipótesis 1: el personal de enfermería que presenta patologías crónicas evidencia mayor fatiga cognitiva.

Los resultados muestran diferencias significativas entre los promedios de la sub-escala fatiga cognitiva en las personas que presentan y no presentan enfermedades crónicas, de tal manera, que el mayor puntaje es para los trabajadores de enfermería que presentan patologías, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 61**).

Hipótesis 2: los trabajadores de enfermería que presentan otra patología crónica, evidencian mayor fatiga cognitiva.

Se apoya la hipótesis planteada en base a los resultados estadísticamente significativos que muestran mayor promedio de fatiga cognitiva para las personas que presentan otra patología crónica (**tabla 61**).

Hipótesis 3: el personal de enfermería que realiza turnos rotativos, presenta mayor fatiga cognitiva.

Los resultados estadísticos muestran que el personal de enfermería que realizan turnos presentan, significativamente, mayor promedio en la escala de fatiga cognitiva en relación a los trabajadores de enfermería que no realizan turnos, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 61**).

Hipótesis 4: el trabajador de enfermería que realiza sus actividades en condiciones malas, presenta mayor fatiga cognitiva.

Los resultados muestran que los trabajadores de enfermería que consideran las condiciones de trabajo malas, presentan mayor fatiga que aquellos que manifiestan trabajar en condiciones regulares, buenas y óptimas, por consiguiente se apoya la hipótesis planteada (tabla 61).

Tabla 61: Promedio y desviación estándar de la escala fatiga cognitiva según variables categóricas.

Variable		Fatiga cognitiva		Significancia
		X	DS	
Presencia de patología crónica	Si	25,12	10,89	t=2,08
	No	18,96	8,77	p=0,043
Otra patología crónica	Si	26,83	11,95	t=2,36
	No	19,27	8,48	p=0,023
Condiciones laborales	Malas	38,5	14,85	
	Regulares	23	8,53	F=3,022
	Buenas	19,09	9,11	p=0,040
	Óptimas	18,33	13,05	

Hipótesis 5: cuando el personal de enfermería presenta una fuerte influencia del trabajo en la familia, la fatiga cognitiva es mayor.

En base a los resultados estadísticamente significativos que muestran correlaciones positivas, evidenciando que a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia es mayor la fatiga en el trabajador de enfermería, se apoya la hipótesis planteada (tabla 62).

Hipótesis 6: a mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, menor es la fatiga cognitiva experimentada.

Los resultados muestran correlaciones negativas significativas, sólo para la sub-escala vigor, evidenciando que a medida que el trabajador muestra mayor vigor la fatiga cognitiva disminuye, por lo tanto, se apoya la hipótesis para esta dimensión (tabla 62).

Tabla 62: Correlaciones significativas entre escala fatiga cognitiva y variables numéricas

Variable	Sub-escala Fatiga Cognitiva	
	Significancia	
Inf. Trab. Fam.	r=0,424	p=0,003
Vigor	r=-0,380	p=0,009

10.7.2. Modelo de regresión lineal variable dependiente fatiga en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar.

Al realizar la regresión lineal se obtiene un modelo significativo ($p=0,000$) que explica el 54,3% de la varianza de la fatiga

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,751(a)	,564	,543	13,40730	1,798

a Variables predictoras: (Constante), Inf.trab.fam, Vigor

b Variable dependiente: Fatiga

Coefficientes (a)

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.				B	Error típ.
(Constante)	78,895	11,090		7,114	,000		
Vigor	-1,763	,328	-,557	-5,368	,000	,988	1,012
Inf.trab.fam	1,504	,349	,447	4,305	,000	,988	1,012

a Variable dependiente: Fatiga

De acuerdo a la ecuación de la recta el modelo se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Fatiga: } 78,89 - 1,76\text{Vigor} + 1,5\text{Inf.Trab.Fam}$$

Este modelo expresa que al aumentar el vigor en un punto la fatiga baja en promedio 1,76 puntos controlado por la variable influencia trabajo familia; y en el caso de la influencia del trabajo en la familia al aumentar la puntuación en uno, la fatiga aumenta en promedio 1,5 pts. controlado por la variable vigor.

10.7.3. Variable dependiente síndrome de Burnout

a) Escala Burnout general

Hipótesis 1: el personal de enfermería que presenta hijos tendrá mayor Burnout en relación a los que no.

El síndrome de Burnout está asociado a la presencia de hijos, de tal manera que las personas que presentan hijos tienen un puntaje promedio mayor que aquellos que no los presentan, por lo tanto, se apoya la hipótesis (**tabla 63**).

Hipótesis 2: cuando el trabajador de enfermería labora en condiciones inadecuadas, presenta mayor Burnout.

Las condiciones laborales se asocian a este síndrome mostrando que las personas que indican que las condiciones laborales son regulares a malas, en promedio el puntaje en la escala es mayor que aquellos que refieren condiciones buenas y óptimas, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 63**).

Hipótesis 3: las exigencias laborales influyen en el síndrome de Burnout que pueda presentar el trabajador de enfermería.

Los resultados muestran que aquellos trabajadores de enfermería que describen que su trabajo es regularmente exigente y muy exigente, presentan mayor promedio de puntaje; en cambio, aquellos que refieren que el trabajo es Medianamente exigente y exigente el puntaje es menor, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 63**).

Tabla 63: Promedios y desviación estándar de la escala Burnout según variables categóricas.

Variable		Escala Burnout		Significancia
		X	DS	
Hijos	Si	55,1	13,67	t=2,31 p=0,027
	No	47	9,09	
Condiciones de trabajo	Malas/Regulares	54,95	12,61	t=2,26 p=0,029
	Buenas/Óptimas	47,12	10,86	
Exigencias laborales	Exigencia regular	66,33	10,59	F=7,25 p=0,001
	Mediana exigencia	43,75	6,55	
	Exigente	46,39	10,48	
	Muy exigente	60	10,73	

Hipótesis 4: cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta, también aumenta el Burnout en el trabajador de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada, debido a que la correlación presenta significancia estadística que indica que a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia, aumenta el síndrome de Burnout (**tabla 64**).

Hipótesis 5: el consumo de medicamentos influye en el síndrome de Burnout.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, sin embargo el comportamiento es paradójico, ya que los datos indican que a medida que aumenta el número de medicamentos consumidos disminuye el Burnout en el personal de enfermería (**tabla 64**).

Hipótesis 6: a medida que aumenta el engagement (Vigor, dedicación, absorción) en el trabajador de enfermería, disminuye el Burnout.

La escala general, la sub-escala dedicación y absorción no presentan correlaciones estadísticamente significativas, sin embargo, en el caso de vigor presenta correlación negativa y con significancia estadística, por lo tanto, se apoya la hipótesis específica para esta dimensión que indica que a medida que el trabajador de enfermería presenta mayor vigor disminuye el Burnout (**tabla 64**).

Tabla 64: Correlaciones significativas entre escala Burnout y variables continuas

Variable	Escala Burnout	
	Significancia	
Inf. Trab. Fam.	$r=-0,463$	$p=0,001$
Nº Medicamentos	$Rho=-0,490$	$p=0,024$
Vigor	$r=-0,455$	$p=0,018$

b) Sub-escala desgaste emocional

Hipótesis 1: el personal de enfermería que presenta patologías crónicas evidencia mayor desgaste emocional.

De acuerdo a los resultados obtenidos, aquellos trabajadores de enfermería que presentan patologías crónicas evidencian un puntaje en la escala significativamente mayor, por lo tanto se apoya la hipótesis (**tabla 65**).

Hipótesis 2: el desgaste emocional es mayor en las personas que consumen medicamentos en relación a las que no lo hacen.

Los resultados estadísticos muestran que en las personas que consumen medicamentos el desgaste emocional es mayor, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 65**).

Hipótesis 3: las exigencias en el trabajo influyen en el desgaste emocional que presenta el personal de enfermería.

De acuerdo a los resultados, los promedios de puntajes más altos se encuentran en los extremos de las clasificaciones regularmente exigente y muy exigente, en comparación con las clasificaciones medias donde los puntajes son bajos, de tal manera que una exigencia baja y extrema en esta población provocan desgaste emocional, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 65**).

Tabla 65: Promedio y desviación estándar de la sub-escala desgaste emocional según variables categóricas.

	Variable	Desgaste emocional		Significancia
		X	DS	
Patologías crónicas	Si	13,65	8,75	t=2,23 p=0,031
	No	8,57	6,48	
Consumo medicamentos	Si	13,23	8,74	t=2,29 p=0,028
	No	8,14	5,63	
Exigencias laborales	Exigencia regular	18,66	6,66	F=7,24 p=0,001
	Mediana exigencia	6,75	3,59	
	Exigente	7,43	6,18	
	Muy exigente	17	8,26	

Hipótesis 4: a mayor influencia del trabajo en la familia en el trabajador de enfermería mayor es el desgaste emocional.

El desgaste emocional correlaciona con la influencia del trabajo en la familia en forma directamente proporcional, en este sentido, a medida que la influencia del trabajo en la familia crece aumenta el desgaste emocional en las personas, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 66**).

Hipótesis 5: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es el desgaste emocional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, sólo para la escala general del síndrome y para la sub-escala vigor que evidencian que con el aumento de cualquiera de las dos variables disminuye el desgaste emocional (**tabla 66**).

Tabla 66: Correlaciones significativas entre sub-escala desgaste emocional y variables numéricas.

Variables	Desgaste Emocional	
	Significancia	
Inf. Trab. Fam.	r=-0,455	p=0,002
Engagement	r=0,305	p=0,039
Vigor	r=0,393	p=0,007

c) Sub-escala cinismo

Hipótesis 1: la ciudad donde realiza su trabajo el personal de enfermería influye en la presencia del cinismo.

Los trabajadores de enfermería que pertenecen a los centros que se encuentran en la ciudad de Valdivia, presentan puntajes, en el cinismo, significativamente mayores en comparación con aquellos que trabajan en la ciudad de Concepción, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 67**).

Hipótesis 2: la presencia de hijos influye en el grado de cinismo que presenta el personal de enfermería.

Los resultados apoyan la hipótesis planteada, sin embargo, el comportamiento es paradójico, ya que las personas que tienen hijos muestran un puntaje promedio menor en relación a los que no los tienen (**tabla 67**).

Hipótesis 3: los trabajadores de enfermería que laboran en condiciones de trabajo regulares y malas, presentan mayor cinismo que los que trabajan en condiciones adecuadas.

Los resultados muestran que aquellos trabajadores de enfermería que perciben que las condiciones laborales son regulares y malas, presentan mayor promedio en relación a los que las consideran buenas y óptimas, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 67**).

Tabla 67: Promedios y desviación estándar de la sub-escala cinismo según variables categóricas.

Variable	Cinismo		Significancia	
	X	DS		
Ciudad	Valdivia	17,3	5,64	t=2,18 p=0,035
	Concepción	13	5,5	
Hijos	Si	13,23	8,74	t=2,29 p=0,028
	No	8,14	5,63	
Condiciones trabajo	Malas/regulares	16,6	6,42	t=2,99 p=0,005
	Buenas/óptimas	11,88	4,26	

Hipótesis 4: el número de medicamentos influye en el cinismo presentado por el trabajador de enfermería.

El cinismo está correlacionado con el número de medicamentos en forma inversamente proporcional, de tal manera que a medida que aumenta el número de medicamentos que consume el trabajador de enfermería disminuye el cinismo, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 68**).

Hipótesis 5: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) experimenta el trabajador, menor cinismo.

El engagement general y las sub-escalas vigor y dedicación, muestra un comportamiento inversamente proporcional, de tal manera que al aumentar el vigor y la dedicación, disminuye el cinismo en el trabajador, por lo tanto, esta hipótesis es apoyada para estas escalas (**tabla 68**).

Tabla 68: Correlaciones significativas entre sub-escala cinismo y variables numéricas.

Variables	Cinismo	
	Significancia	
N° Medicamentos	Rho=-0,492	p=0,024
Engagement	r=-0,347	p=0,018
Vigor	r=-0,422	p=0,004
Dedicación	r=-0,361	p=0,014

d) Sub-escala eficacia profesional

La sub-escala eficacia profesional no presenta correlación o asociación con alguna variable, por lo tanto, no se describirá en estos resultados para el personal de enfermería sin exceso de trabajo.

10.7.4. Modelo de regresión lineal variable dependiente síndrome de Burnout en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar.

Al realizar la regresión lineal, el modelo logró explicar el 64,1% de la varianza de la escala general del Burnout con una significancia $P=0,000$, luego de comprobar los supuestos de la regresión lineal y descartar los valores influyentes.

Resumen del modelo(b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,826(a)	,682	,641	6,77292	2,186

a Variables predictoras: (Constante), si consume med., Vigor, Inf.trab.fam, Con hijos

b Variable dependiente: resultMBITot

Coefficientes(a)

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados Beta	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.				B	Error típ.
(Constante)	74,080	7,142		10,372	,000		
Inf.Trab.Fam.	,775	,251	,354	3,090	,004	,781	1,281
Vigor	-1,003	,214	-,511	-4,685	,000	,861	1,161
Con hijos	-11,293	3,541	-,378	-3,189	,003	,732	1,366
Si consume med	6,134	2,635	,275	2,328	,027	,736	1,358

a Variable dependiente: Burnout

De acuerdo a la ecuación de la recta, el modelo se expresa de la siguiente manera:

$$\text{MBI: } 74,1 + 0,78\text{InfTrabFam} - 1\text{Vigor} - 11,29 \text{ Con hijos} + 6,13 \text{ Si Consum. Med.}$$

Cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta en un punto, el Burnout aumenta en promedio 0,78 puntos, por el contrario, cuando el vigor del trabajador aumenta en un punto en términos de escala, el Burnout disminuye en promedio un punto. Las últimas dos variables son dummy, vale decir, que las personas que tienen hijos presentan valores de Burnout 11,29 puntos más bajos que aquellas que no lo tienen y las personas que consumen medicamentos presentan 6,13 puntos más altos que las personas que no consumen fármacos. En este sentido las últimas dos variables se representan de la siguiente manera:

- MBI_{general con hijos}: 62,81 pts.
- MBI_{general sin hijos}: 74,1 pts.
- MBI_{general con medicamentos}: 80,23 pts.
- MBI_{general sin medicamentos}: 74,1 pts.

10.8. Prueba de Hipótesis en personal de enfermería con exceso de trabajo en los Centros de Salud Familiar.

10.8.1. Variable dependiente fatiga

a) Escala de fatiga general

Hipótesis 1: el tipo de familia influye en la fatiga que experimenta el trabajador de enfermería.

Claramente el promedio es mayor para los que están inmersos en una familia nuclear monoparental en relación a los demás tipos de convivencia, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 69**).

Tabla 69: Promedio y desviación estándar sub-escala desgaste emocional según condiciones laborales.

Variable	Tipo de familia								Significancia
	Biparental		Monoparental		Extendida		Sola/con amigos		
	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	
Fatiga	43,38	18,62	65,8	10,57	51,67	13,54	39,25	4,11	F=3,21 p=0,041

Hipótesis 2: mientras más hijos presenta el trabajador de enfermería, mayor es la fatiga experimentada.

El número de hijos se correlaciona de forma directamente proporcional, vale decir, que a medida que se incrementa esta variable aumenta la fatiga de acuerdo a los resultados estadísticamente significativos, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 70**).

Hipótesis 3: mientras mayor sea la influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga que experimentará el trabajador de enfermería.

En base a los resultados obtenidos, estadísticamente significativos con correlación positiva se apoya la hipótesis planteada, ya que a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia aumenta la fatiga en el trabajador (**tabla 70**).

Hipótesis 4: cuando el trabajador invierte mayor cantidad de horas en dormir en un día laboral, menor es la fatiga que experimentará.

De acuerdo a los resultados obtenidos, estadísticamente significativos con correlación negativa, se apoya la hipótesis planteada, ya que indican que cuando las horas de dormir aumentan un día laboral menor es la fatiga experimentada por el trabajador de enfermería, (**tabla 70**).

Hipótesis 5: mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el personal de enfermería menor es la fatiga

Esta hipótesis sólo se puede apoyar para la sub-escala Vigor, pues obtuvo resultados estadísticamente significativos con correlación negativa, que indican que cuando el trabajador aumenta su vigor en el trabajo disminuye la fatiga (**tabla 70**).

Tabla 70: Correlaciones significativas entre escala fatiga y variables continuas

Variables	Fatiga	
	Significancia	
N° hijos	r=-0,488	p=0,021
Inf. Trab. Fam.	r=-0,699	p=0,000
Hrs. Duerme Día Laboral	r=-0,403	p=0,037
Vigor	Rho=-0,609	p=0,001

b) Sub-escala fatiga física

Hipótesis 1: mientras mayor cantidad de hijos presenta el personal de enfermería, mayor es la fatiga física.

Los resultados estadísticos muestran correlaciones significativas y positivas entre las variables número de hijos y fatiga física, evidenciando que a medida que aumenta el número de hijos aumenta la fatiga física, por lo tanto, se apoya esta hipótesis (**tabla 71**).

Hipótesis 2: mientras mayor es la influencia del trabajo en la familia, mayor es la fatiga física que experimenta el trabajador de enfermería.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos que evidencian que a medida que aumenta la influencia del trabajo en la familia aumenta la fatiga física (**tabla 71**).

Hipótesis 3: mientras más engagement (vigor, dedicación, absorción) existe en el trabajador de enfermería, menor es la fatiga física.

Los resultados muestran que la relación entre las variables es negativa y estadísticamente significativa sólo para la sub-dimensión vigor, lo que indica que cuando el trabajador de enfermería imprime mayor vigor en la tarea disminuye la fatiga física (**tabla 71**).

Tabla 71: Correlaciones significativas entre escala fatiga física y variables continuas

Variables	Sub-escala Fatiga Física Significancia	
N° hijos	r=-0,526	p=0,012
Inf. Trab. Fam.	r=-0,663	p=0,000
Vigor	Rho=-0,628	p=0,000

c) Sub-escala fatiga cognitiva

Hipótesis 1: el tipo de familia a la que pertenece el personal de enfermería influye en la fatiga cognitiva experimentada.

Los resultados muestran que aquellas personas que son parte de una familia monoparental, presentan significativamente mayor promedio en la escala de fatiga cognitiva en relación a las demás clasificaciones, lo que permite apoyar la hipótesis planteada (**tabla 72**).

Tabla 72: Promedio y desviación estándar de la sub-escala fatiga cognitiva según tipo de familia.

Variable	Sub-escala fatiga cognitiva		Significancia
	X	DS	
Tipo familia	Biparental	17,62	7,62
	Monoparental	31	5,29
	Extendida	21,67	7,23
	Sola/amigos	14,5	1,73

Hipótesis 2: a medida que aumenta la influencia de la familia sobre el trabajo o del trabajo en la familia la fatiga cognitiva también aumenta.

Los resultados estadísticamente significativos correlacionados positivamente, indican que cuando aumenta la influencia tanto de la familia en el trabajo como del trabajo en la familia aumenta la fatiga cognitiva (**tabla 73**).

Hipótesis 3: cuando el personal de enfermería presenta engagement elevado (vigor, dedicación, absorción) menor es la fatiga cognitiva que experimentará.

Los resultados muestran sólo significancia estadística y correlación negativa para la sub-escala vigor, de tal manera que a medida que aumenta el vigor en el trabajador de enfermería disminuye la fatiga cognitiva, por lo tanto, se apoya la hipótesis para esta variable específica (**tabla 73**).

Tabla 73: Correlaciones significativas entre escala fatiga cognitiva y variables continuas

Variables	Sub-escala Fatiga Cognitiva	
	Significancia	
Inf. Fam. Trab.	Rho=-0,460	p=0,014
Inf. Trab. Fam.	r=-0,563	p=0,002
Vigor	Rho=-0,413	p=0,029

10.8.2. Modelo de regresión lineal variable dependiente fatiga en el personal de enfermería con exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar.

Al realizar la regresión lineal, las variables incluidas alcanzan a explicar el 61,4% de la variabilidad de la fatiga con una significancia $P=0,000$, luego de comprobar los supuestos de la regresión lineal y descartar los valores influyentes.

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,804(a)	,646	,614	11,00447	2,073

a Variables predictoras: (Constante), Hrs. duerme día laboral, Inf. Trab. Fam.

b Variable dependiente: Fatiga

Coefficientes(a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta	B			Error típ.	
(Constante)	54,684	16,237			3,368	,003		
Inf. Trab. Fam	1,760	,354	,658		4,972	,000	,920	1,087
Hrs. duerme día laboral	-4,921	2,086	-,312		-2,359	,028	,920	1,087

a Variable dependiente: fatiga

De acuerdo a la ecuación de la recta el modelo se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Fatiga: } 54,68 + 1,76 \text{ Inf. Trab. Fam} - 4,92 \text{ Hrs. Dormir Dia Trab}$$

El modelo explica que cuando aumenta la influencia del trabajo en la familia en un punto la fatiga se incrementa en 1,76 puntos promedio, por otro lado, si aumentan las horas que el trabajador duerme en un día de trabajo en una hora la fatiga disminuye en 4,43 puntos promedio.

10.8.3. Variable dependiente síndrome de Burnout

a) Escala Burnout general

Hipótesis 2: mientras más horas el trabajador invierte en dormir en un día laboral, menor síndrome de Burnout experimentará.

De acuerdo a los resultados obtenidos estadísticamente significativos con correlación negativa, se apoya la hipótesis planteada, indicando que cuando el trabajador de enfermería invierte mayor cantidad de horas en dormir en un día laboral, menor es el Burnout que experimentará (**tabla 74**).

Hipótesis 3: cuando la influencia del trabajo en la familia aumenta, el Burnout en el trabajador de enfermería también aumenta.

La variable influencia del trabajo en la familia indica un comportamiento directamente proporcional, ya que al aumentar la influencia del trabajo en la familia mayor es el síndrome, por lo tanto, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 74**).

Hipótesis 4: cuando el personal de enfermería experimenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) el síndrome de Burnout disminuye.

Los resultados muestran significancia sólo para la sub-escala vigor, que indica que cuando aumenta esta variable en el trabajador disminuye el síndrome de Burnout, por lo tanto, se apoya la hipótesis solo para esta sub-dimensión (**tabla 74**).

Tabla 74: Correlaciones significativas entre escala Burnout general y variables numéricas

Variable	Burnout Significancia	
Hrs. Duerme Día Laboral	r=-0,609	p=0,001
Inf. Trab. Fam.	r=-0,500	p=0,000
Vigor	Rho=-0,619	p=0,000

b) Sub-escala desgaste emocional

Hipótesis 1: mientras más horas duerme el trabajador de enfermería un día laboral menor es el desgaste emocional.

En base a los resultados estadísticamente significativos con correlación negativa, que indican que cuando el trabajador de enfermería duerme mayor cantidad de horas menor es el desgaste emocional, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 75**).

Hipótesis 2: a mayor influencia del trabajo en la familia, mayor es el desgaste emocional del trabajador de enfermería.

En base a los resultados obtenidos estadísticamente significativos con correlación positiva, que indican que mientras mayor influencia del trabajo en la familia el desgaste emocional también aumenta, se apoya la hipótesis planteada (**tabla 75**).

Hipótesis 3: cuando el personal de enfermería experimenta mayor engagement (vigor, dedicación, absorción), el desgaste emocional disminuye.

Los resultados muestran significancia sólo para la sub-escala vigor, que indica que cuando aumenta esta variable en el trabajador disminuye el desgaste emocional, por lo tanto, se apoya la hipótesis solo para esta sub-dimensión (**tabla 75**).

Tabla 75: Correlaciones significativas entre sub-escala desgaste emocional y variables numéricas.

Variable	Desgaste emocional	Significancia
Hrs. Duerme Día Laboral	Rho=-0,397	p=0,041
Inf. Trab. Fam.	r=-0,745	p=0,000
Vigor	Rho=-0,569	p=0,002

c) Sub-escala cinismo

Hipótesis 1: el consumo de medicamentos influye en la presencia de cinismo del trabajador de enfermería.

Esta hipótesis se apoya en base a los resultados estadísticamente significativos que muestran un comportamiento particular, aquellos trabajadores de enfermería que no consumen medicamentos, presentan mayor promedio en la escala cinismo en relación a los que si lo hacen (**tabla 76**).

Hipótesis 2: cuando las condiciones de trabajo en las cuales se desempeña el personal de enfermería son regulares y malas, existe mayor Cinismo.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticos significativos, de tal manera que aquellas personas que perciben las condiciones laborales como malas y regulares presentan mayor puntaje promedio de cinismo que las que indican que dichas condiciones son buenas y óptimas (**tabla 76**).

Tabla 76: Promedio y desviación estándar de la sub-escala cinismo según variables categóricas.

Variable	Cinismo		Significancia	
	X	DS		
Consumo medicamentos	Si	10,08	3,63	t=2,35
	No	13,94	4,73	p=0,027
Condiciones laborales	Malas/regulares	14,18	4,26	t=2,30
	Buenas/óptimas	10,89	4,34	p=0,030

Hipótesis 3: mientras mayor engagement (vigor, dedicación, absorción) presenta el trabajador de enfermería, menor es el cinismo que experimentará.

En base a los resultados estadísticamente significativos se apoya la hipótesis para el engagement general y para las sub-escalas vigor y dedicación, ya que no hubo correlación con la sub-escala absorción, de esta manera, el comportamiento es inversamente proporcional, en la medida que el trabajador aumenta el vigor y la dedicación en el trabajo disminuirá el cinismo (**tabla 77**).

Tabla 77: Correlaciones significativas entre sub-escala cinismo y variables numéricas

Variables	Cinismo	
	r	p
Engagement	r=-0,492	p=0,008
Vigor	Rho=-0,598	p=0,001
Dedicación	r=-0,504	p=0,006

d) sub-escala eficacia profesional

Hipótesis 1: el lugar donde están ubicados los CESFAM influye en la eficacia profesional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, de tal manera, que los trabajadores que laboran en la ciudad de Concepción, muestran un promedio mayor de eficacia profesional en relación a los que trabajan en Valdivia (**tabla 78**)

Tabla 78: Promedio y desviación estándar de la sub-escala eficacia profesional según lugar de ubicación CESFAM

Variable	Lugar Ubicación CESFAM				Significancia
	Valdivia		Concepción		
	X	DS	X	DS	
Eficacia Profesional	25,28	5,94	28,7	2,16	U=43,5 p=0,024

Hipótesis 2: a medida que aumenta el vigor del trabajador, aumenta la eficacia profesional.

Esta hipótesis es apoyada en base a los resultados estadísticamente significativos, mostrando que al aumentar el vigor en el trabajador de enfermería aumenta la eficacia profesional (**tabla 79**).

Tabla 79: Correlación significativa entre sub-escala eficacia profesional y sub-escala vigor

Variable	Eficacia profesional Significancia	
Vigor	Rho= 0,478	p=0,010

10.8.4. Modelo de regresión lineal variable dependiente Síndrome de Burnout en personal de enfermería con exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar.

Al realizar la regresión lineal solo una variable predice el 73,3% de la variabilidad del síndrome con una significancia de $P=0,000$:

Resumen del modelo (b)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	,863(a)	,744	,733	4,18488	2,060

a Variables predictoras: (Constante), Inf. Trab. Fam.

b Variable dependiente: Burnout

Coefficientes(a)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.				B	Error típ.
(Constante)	32,082	2,246		14,282	,000		
Inf.Trab.Fam	1,026	,128	,863	8,003	,000	1,000	1,000

a Variable dependiente: Burnout

De acuerdo a la ecuación se expresa de la siguiente manera:

$$\text{Síndrome Burnout: } 32,08 + 1,03\text{InfTrabFam}$$

La ecuación explica que cuando la influencia del trabajo sobre la familia aumenta en 1 punto el síndrome de Burnout aumenta en 1,03 puntos promedio.

10.9. Comparación entre hospitales y Centros de Salud Familiar

Los resultados muestran claramente que el exceso de trabajo presenta mayor porcentaje en los recintos hospitalarios (75,4%) en relación a los centros de salud familiar (37,8%), lo que es estadísticamente significativo ($p=0.000$) en cuanto al comportamiento de los síndromes estudiados.

Tabla 80: Distribución numérica y porcentual de la muestra según la presencia de exceso de trabajo y el establecimiento.

Establecimiento	Sin exceso de trabajo		Con exceso de trabajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hospitales	74	24,58	227	75,42	301	100
CESFAM	46	62,16	28	37,84	74	100
Total	120	32	255	68	375	100

$$x^2=38,545 \text{ p}=0,000$$

Los Centros de Salud Familiar, con y sin exceso de trabajo, presentan mayor porcentaje de fatiga alta en relación a los hospitales de alta complejidad. Destaca en la fatiga física y cognitiva los CESFAM sin exceso de trabajo, que manifiestan mayor porcentaje de fatiga alta en relación a los hospitales con y sin exceso de trabajo, y los centros de salud familiar con exceso de trabajo los que presentan porcentajes similares.

Tabla 81: Distribución numérica y porcentual de la muestra según escala de fatiga, exceso de trabajo y centro asistencial.

Escalas		Sin exceso de trabajo				Con exceso de trabajo			
		Hospitales		CESFAM		Hospitales		CESFAM	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Fatiga General	Baja	39	52,7	19	41,3	111	48,9	11	39,29
	Alta	35	47,3	27	58,7	116	51,1	17	60,71
	Total	74	100	46	100	227	100	28	100
Fatiga Física	Baja	40	54,05	22	47,83	119	52,4	15	53,57
	Alta	34	45,95	24	52,17	108	47,6	13	46,43
	Total	74	100	46	100	227	100	28	100
Fatiga Cognitiva	Baja	37	50	19	41,3	111	48,9	14	50
	Alta	37	50	27	58,7	116	51,1	14	50
	Total	74	100	46	100	227	100	28	100

En la escala de Burnout general, los porcentajes muestran una distribución similar para los establecimientos, clasificación media, destacando los CESFAM con exceso de trabajo con un 89,3%. Por su parte, en la sub-escala desgaste emocional, los porcentajes son mayores en el nivel de clasificación baja, destacando los centros de salud familiar con (53,6%) y sin exceso de trabajo (52,2%).

En la sub-escala cinismo, también los porcentajes se concentran en la clasificación media de la escala, destacando mayor porcentaje para los CESFAM sin exceso de trabajo con un 63%.

Finalmente, en la sub-escala eficacia profesional, más del 90% de los encuestados se concentran en la clasificación alta, independientemente de la clasificación de exceso de trabajo o del tipo de establecimiento.

Tabla 82: distribución numérica y porcentual de la muestra según exceso de trabajo, escala Burnout general y establecimientos de salud

Escala		Sin exceso de trabajo				Con exceso de trabajo			
		Hospitales		CESFAM		Hospitales		CESFAM	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Burnout General	Bajo	2	2,703	1	2,174	7	3,111	1	3,571
	Medio	63	85,14	38	82,61	189	84	25	89,29
	Alto	9	12,16	7	15,22	29	12,89	2	7,143
	Total	74	100	46	100	225	100	28	100
Desgaste emocional	Bajo	35	47,3	24	52,17	123,3	104	107	47,56
	Medio	28	37,84	15	32,61	106,9	89,13	89	39,56
	Alto	11	14,86	7	15,22	39,52	31,87	29	12,89
	Total	74	100	46	100	269,7	225	225	100
Cinismo	Bajo	32	43,24	13	28,26	86	38,22	12	42,86
	Medio	36	48,65	29	63,04	126	56	16	57,14
	Alto	6	8,108	4	8,696	13	5,778	0	0
	Total	74	100	46	100	225	100	28	100
Eficacia Profesional	Bajo	1	1,351	0	0	4	1,778	1	3,571
	Medio	5	6,757	1	2,174	9	4	1	3,571
	Alto	68	91,89	45	97,83	212	94,22	26	92,86
	Total	74	100	46	100	225	100	28	100

Al hacer una comparación referente a los factores que influyen en la fatiga y síndrome de Burnout de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo, se muestra claramente los factores específicos que influyen tanto entre el personal de enfermería con exceso de trabajo como sin exceso de trabajo de los hospitales de alta complejidad y los centros de salud familiar, destaca que existen mayor cantidad de factores para los hospitales, abarcando las tres áreas estudiadas: personal, familiar y laboral. Los modelos de regresión muestran igual comportamiento (**tablas 83 - 86**).

Tabla 83: Comparación de factores asociados al síndrome de Burnout según centro asistencial

Síndrome de Burnout	
CESFAM con exceso de trabajo.	Hospitales con exceso de trabajo.
Presencia de hijos Exigencia laboral N° de medicamentos Presencia de patología crónica	Promedio edad de los hijos Exigencia laboral Profesión Asma Tipo de turno Edad IMC Horas duerme un día no laboral
CESFAM sin exceso de trabajo	Hospitales sin exceso de trabajo
Horas duerme un día laboral	Riesgo OH Recreación y descanso día no laboral N° de hijos Compartir labores del hogar igualmente
Factores que confluyen	Factores que confluyen
Condiciones laborales Influencia del trabajo en la familia Engagement Consumo de medicamentos Ciudad de ubicación de los establecimientos	Condiciones laborales Influencia del trabajo en la familia Engagement Influencia de la familia en el trabajo Horas extras voluntarias Horas de recreación día laboral

Tabla 84: Comparación de factores asociados a la fatiga según centro asistencial

Fatiga	
CESFAM con exceso de trabajo	Hospitales con exceso de trabajo
Tipo de familia N° de hijos Horas duerme día de trabajo Influencia de la familia en el trabajo	Patología crónica Otra patología crónica N° de patologías crónicas
CESFAM sin exceso de trabajo	Hospitales sin exceso de trabajo
Presencia de hijos Presencia de patología crónica Otra patología crónica N° medicamentos Exigencias laborales Condiciones laborales	Presencia de hijos N° de hijos Presencia de Dislipidemia Influencia de la familia en el trabajo Recreación y descanso un día no laboral Estudios fuera del horario de trabajo
Factores que confluyen	Factores que confluyen
Influencia del trabajo en la familia Engagement	Influencia del trabajo en la familia Engagement

	Condiciones laborales Recreación día laboral
--	---

Tabla 85: Comparación de factores predictores del síndrome de Burnout en personal de enfermería con y sin exceso de trabajo según establecimiento.

Modelos de regresión Síndrome de Burnout	
CESFAM con exceso de trabajo.	Hospitales con exceso de trabajo.
Influencia del trabajo en la familia	Sub-dimensión del engagement vigor Recreación en un día laboral Sub-dimensión del engagement dedicación Influencia del trabajo en la familia
CESFAM sin exceso de trabajo	Hospitales sin exceso de trabajo
Consumo de medicamentos Presencia de hijos Influencia del trabajo en la familia Sub-dimensión del engagement vigor	Sub-dimensión del engagement vigor Recreación en un día laboral Horas extras voluntarias N° de hijos Sub-dimensión del engagement dedicación

Tabla 86: Comparación de factores predictores de la fatiga en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo según establecimiento

Modelos de regresión Fatiga	
CESFAM con exceso de trabajo.	Hospitales con exceso de trabajo.
Influencia del trabajo en la familia Horas que duerme en un día laboral	Sub-dimensión del engagement vigor N° de patologías crónicas
CESFAM sin exceso de trabajo	Hospitales sin exceso de trabajo
Influencia del trabajo en la familia Sub-dimensión del engagement vigor	Recreación y descanso un día no laboral Sub-dimensión del engagement vigor Influencia del trabajo en la familia

10.10. Resumen de los resultados

Queda en evidencia para el personal de enfermería de los centros hospitalarios sin exceso de trabajo de esta investigación, que los factores personales influyentes en la fatiga fueron: la patología crónica dislipidemia, la recreación y descanso tanto en un día laboral como no laboral, y el estudiar otra carrera fuera del horario de trabajo. De los factores familiares identificados; el tener hijos, el número de hijos, y la influencia de la familia en el trabajo, fueron variables importantes, y de los factores laborales; la influencia del trabajo en la

familia, las condiciones de trabajo, el engagement general y sus tres dimensiones, resultaron influyentes (**figura 38**)

En las personas que presentaron exceso de trabajo, hay factores concordantes con el personal de enfermería sin esta característica, como son las condiciones laborales, el tiempo de recreación en un día laboral, la influencia del trabajo en la familia y el engagement, incluida sus dimensiones, por otro lado, existen otros factores del ámbito personal como la presencia y número de patologías crónicas, y la clasificación de otra patología, que no se encuentran en el primer grupo y que influyeron en el comportamiento de la fatiga (**figura 38 y 39**).

Figura 38: Factores específicos que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.

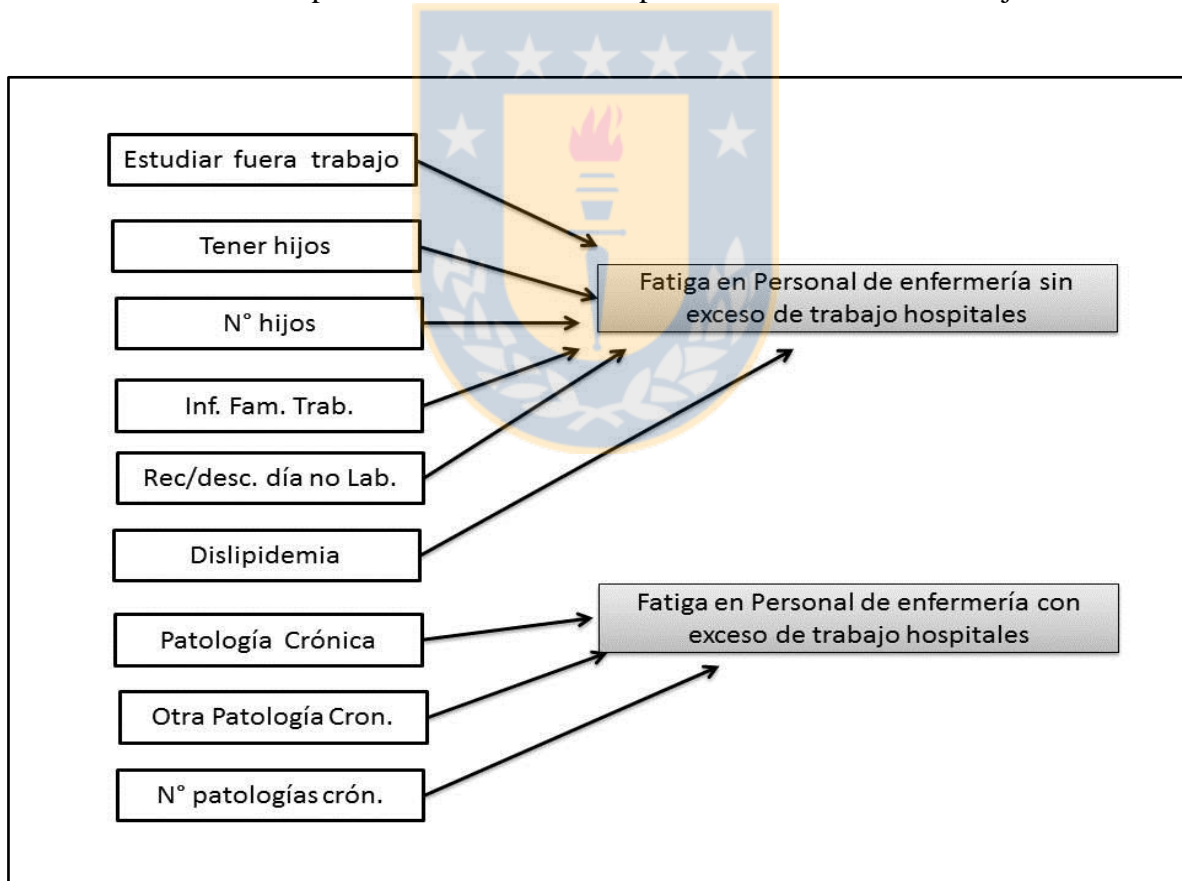
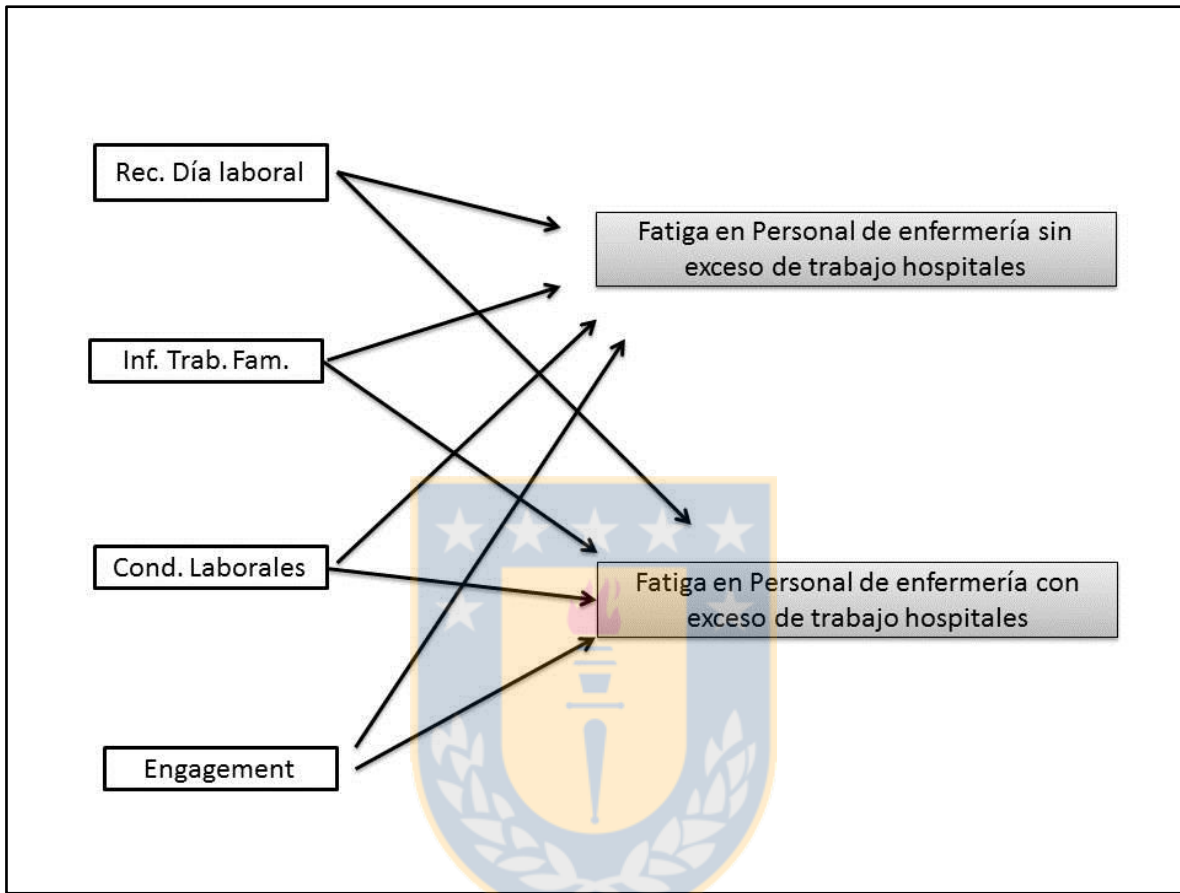


Figura 39: Factores concordantes que influyen en la fatiga del personal de enfermería de los centros hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo



En cuanto a los centros de salud familiar, en el personal de enfermería sin exceso de trabajo, el factor familiar que influye en la fatiga es: el tener hijos; los factores personales, la presencia de patologías; dentro de las cuales, otra patología se incorpora como asociada y el número de medicamentos consumidos diariamente, en cuanto a las variables laborales; las que influyen son las condiciones laborales, la exigencia del trabajo, la influencia del trabajo en la familia y el engagement junto a sus tres dimensiones. En cambio, en el personal de enfermería con exceso de trabajo, se incorpora el tipo de familia, el número de hijos y la influencia de la familia sobre el trabajo como factores familiares, y las horas que el trabajador de enfermería duerme en un día laboral, como factor personal coincidiendo en

las variables influencia del trabajo en la familia y el vigor sub-dimensión del engagement (Figura 40 y 41).

Figura 40: Factores específicos que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo

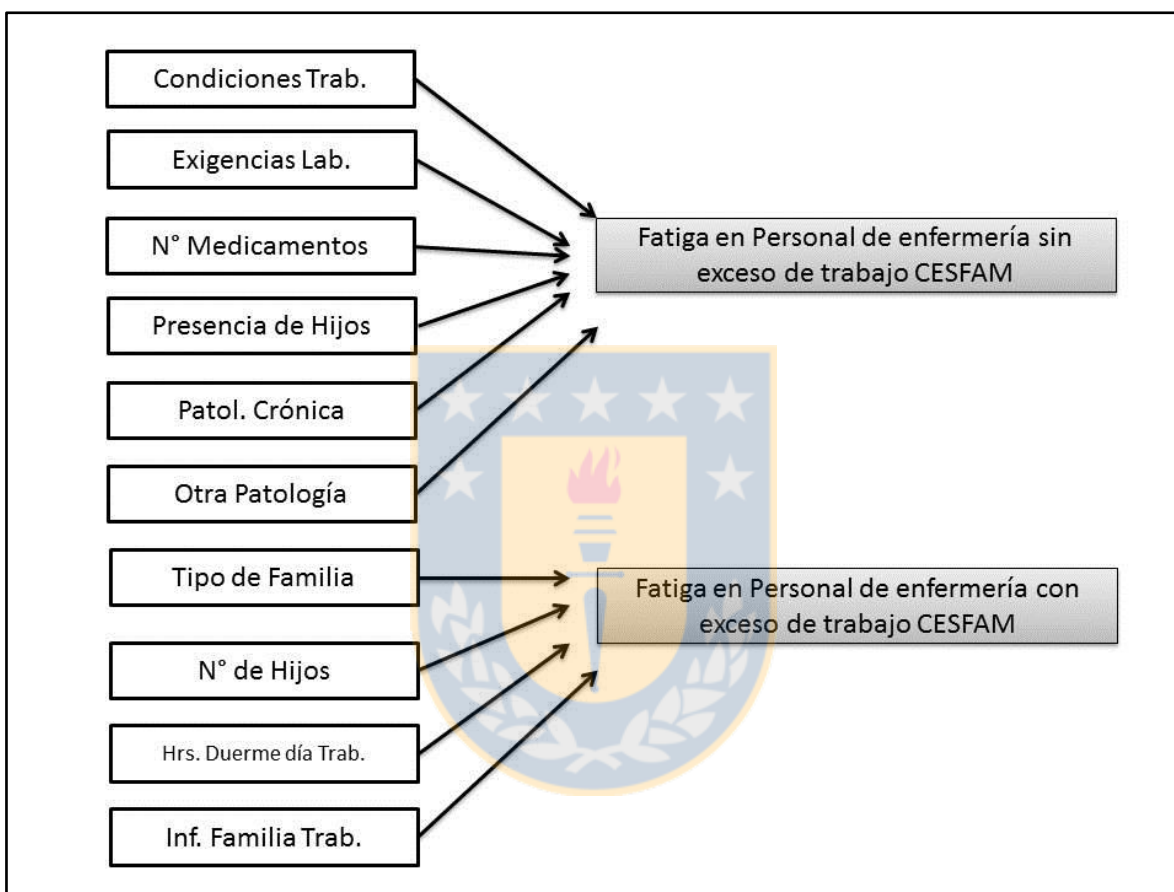
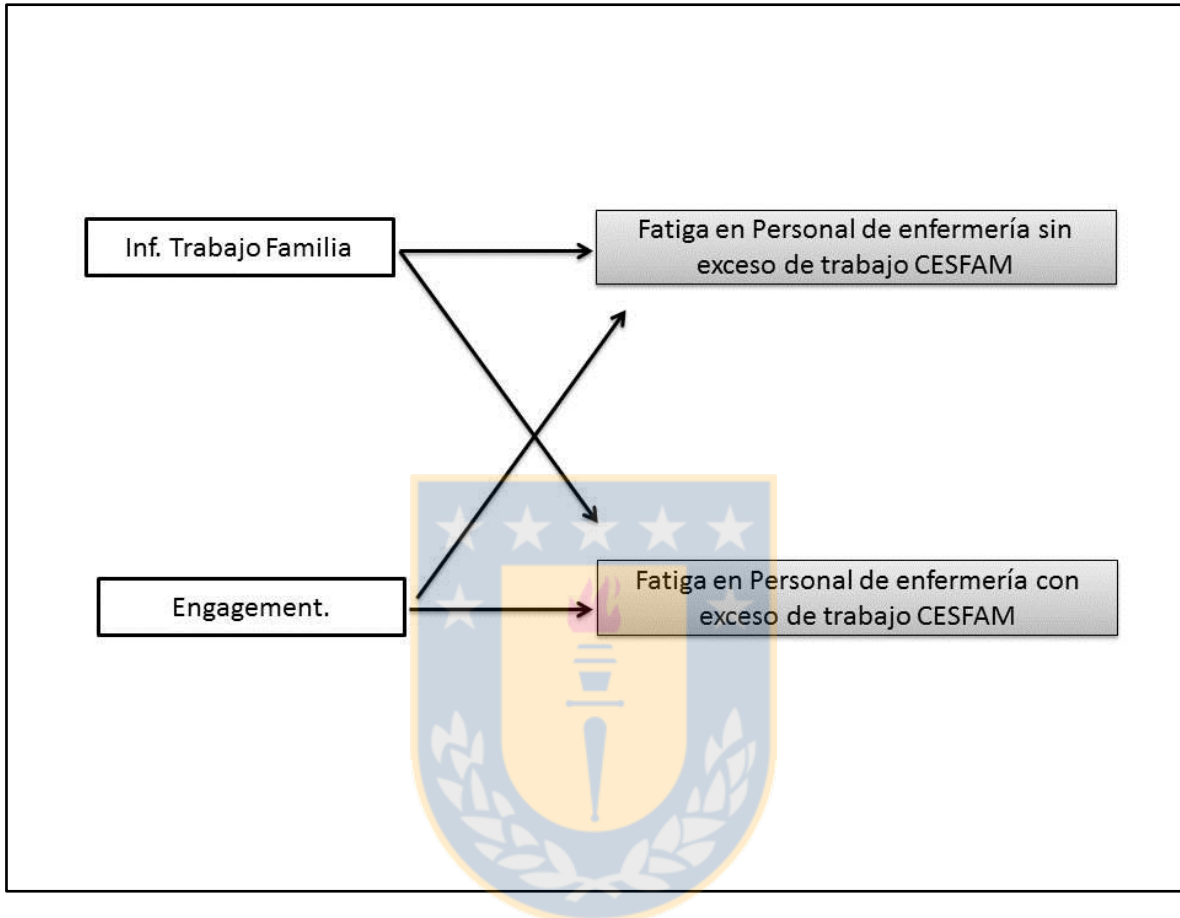


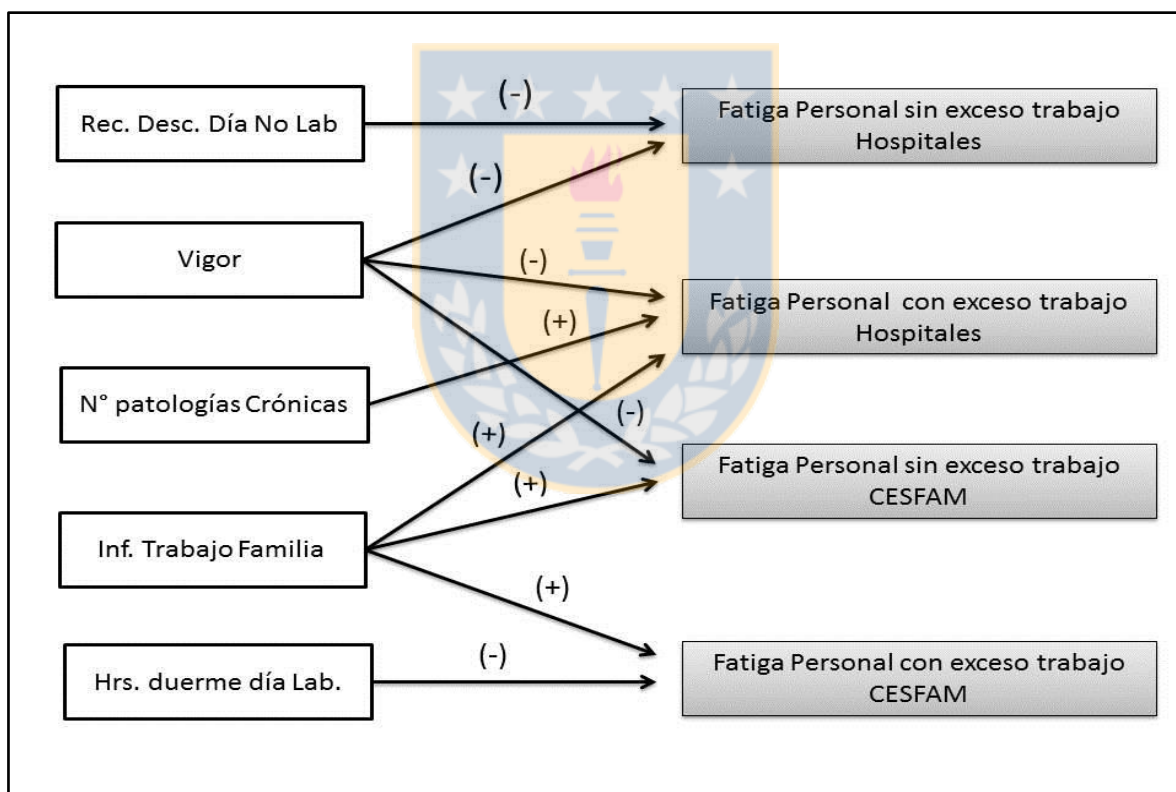
Figura 41: Factores concordantes que influyen en la fatiga en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo



A pesar de las asociaciones y correlaciones, antes mencionadas, solo algunas variables predicen la fatiga en el personal de enfermería de los diferentes centros asistenciales, y que marcan ciertas diferencias en relación a la presencia o no de exceso de trabajo. El predominio de las variables laborales en la predicción de la fatiga en el trabajador de enfermería, es evidente con las variables vigor e influencia del trabajo en la familia, independientemente de la presencia del exceso de trabajo o del tipo de centro asistencial, luego la presencia de variables personales como lo son: la recreación y descanso día no laboral, el N° de patologías crónicas y las horas que duerme el trabajador un día laboral, afectan en forma específica a las situaciones de exceso o no exceso de trabajo (**figura 42**).

En los centros hospitalarios, en el personal de enfermería que no presenta exceso de trabajo, el ámbito personal y laboral, cobran relevancia de igual manera en términos cuantitativos, la recreación/descanso y el vigor en realizar las actividades, son importantes para disminuir la fatiga en el trabajador, en cambio en el personal con exceso de trabajo afectan mayor cantidad de variables laborales (vigor e influencia del trabajo en la familia) que personales (N° patologías crónicas), el aumento del vigor, la disminución de la influencia del trabajo en la familia y el mantenimiento y control de la salud son factores a considerar al momento de disminuir la fatiga en el trabajador (**figura 42**).

Figura 42: Esquema modelos regresión lineal escala fatiga en el personal de enfermería de los centros asistenciales.



Las variables que están asociadas y correlacionadas con el síndrome de Burnout en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios son: en el ámbito personal, el riesgo de presentar problemas por el consumo excesivo de alcohol, la recreación y descanso en un día laboral y no laboral; en el ámbito familiar, el número de

hijos y el compartir las labores del hogar en forma igualitaria, y finalmente, en el ámbito laboral, las horas extras voluntarias, las condiciones de trabajo, la influencia trabajo familia y el engagement (**figura 43**).

En cambio, en el personal con exceso de trabajo las variables que se incorporan; en el ámbito personal son: el título profesional, la edad, el asma, las horas que duerme la persona un día de descanso, el IMC, coincidiendo en cuanto al tiempo de recreación un día laboral. En el ámbito familiar, coinciden en la influencia de la familia en el trabajo y se incorpora el promedio de edad de los hijos, finalmente en el ámbito laboral se incorpora las exigencias en el trabajo y el tipo de turno coincidiendo con las condiciones laborales, la influencia del trabajo en la familia, las horas extras voluntarias y el engagement (**figura 43 y 44**).

Figura 43: Factores específicos que influyen en el síndrome de Bunout en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo.

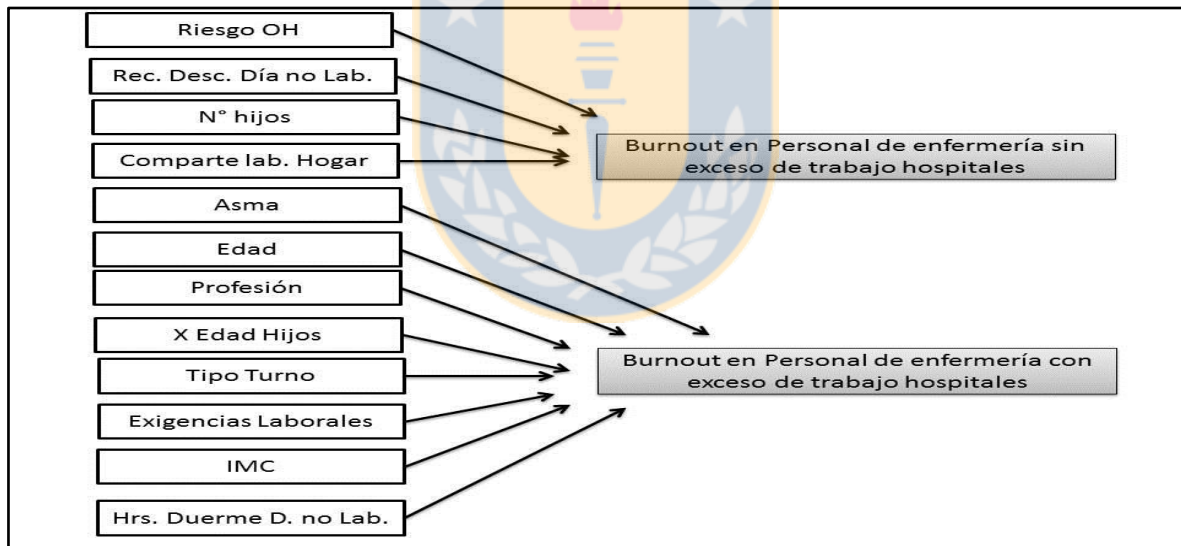
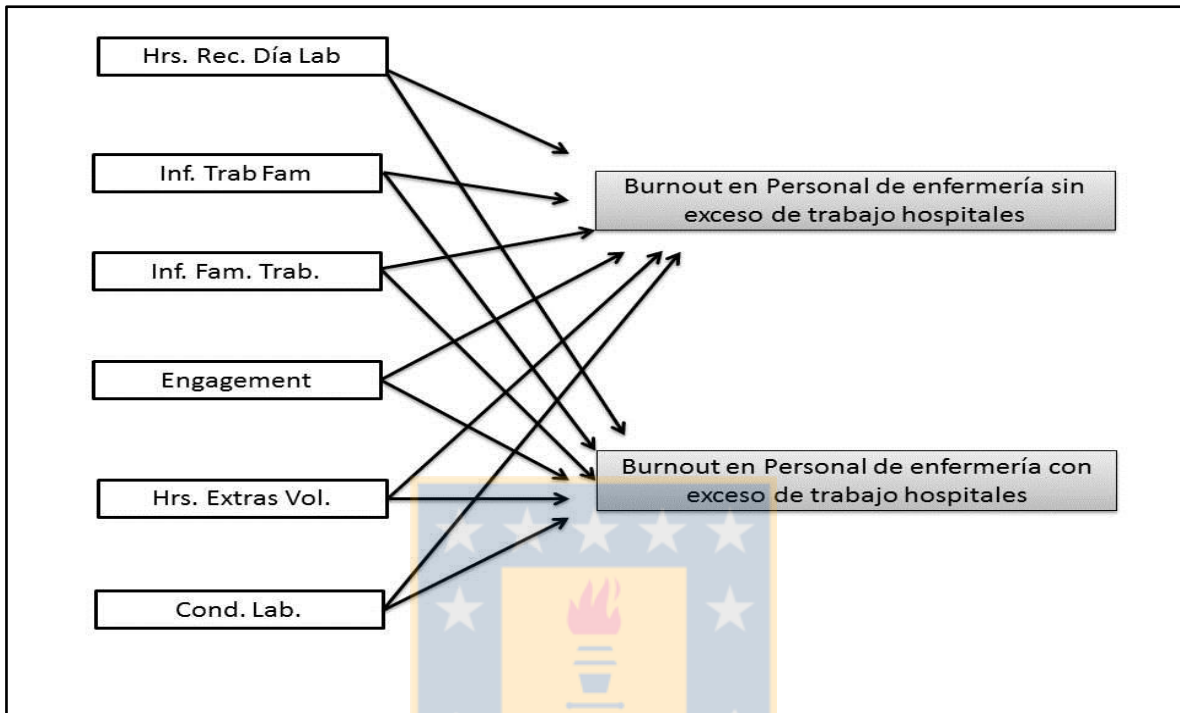


Figura 44: Factores concordantes que influyen en el síndrome de Burnout en personal de enfermería de Centros Hospitalarios de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo



En los centros de salud familiar, en el personal sin exceso de trabajo, las variables que se asocian y correlacionan con el síndrome de Burnout son; en el ámbito personal, el consumo y número de medicamentos, la presencia de patologías crónicas y el establecimiento, en el ámbito familiar; el tener hijos; y en el ámbito laboral, las condiciones laborales, las exigencias del trabajo, la influencia trabajo familia y el engagement. En el personal con exceso de trabajo se incorpora las horas que duerme el trabajador en un día laboral, coincidiendo con el consumo de medicamentos y el establecimiento; el ámbito familiar no tiene variables que se asocien o correlacionen, y finalmente, en el ámbito laboral coinciden en la influencia del trabajo en la familia, las condiciones laborales y el engagement (**figura 45 y 46**).

Figura 45: Factores específicos que influyen en el síndrome de Bunout en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo

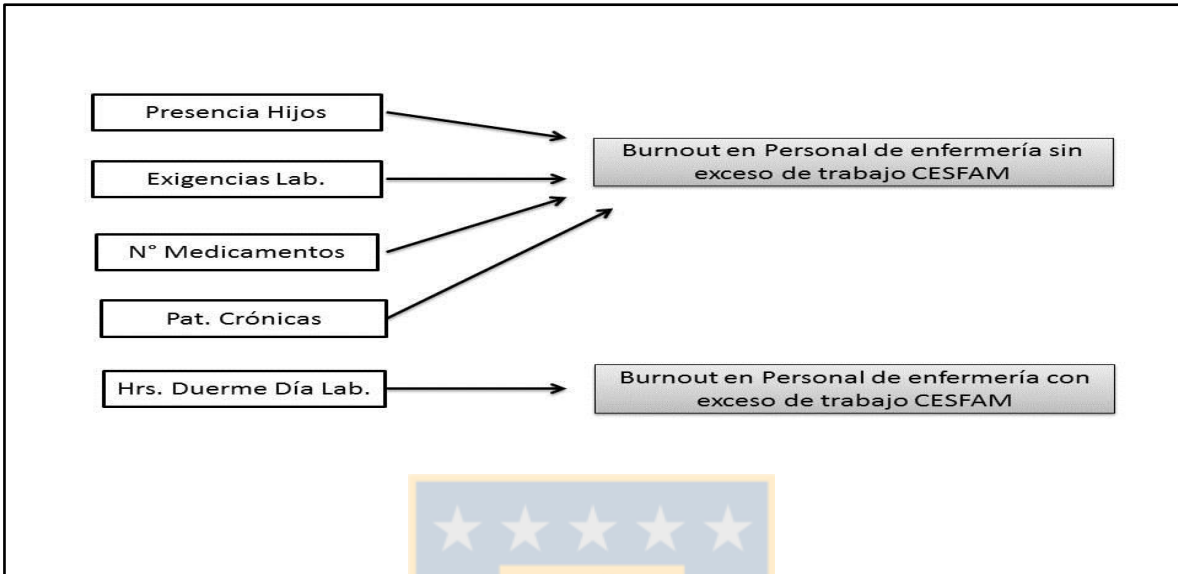
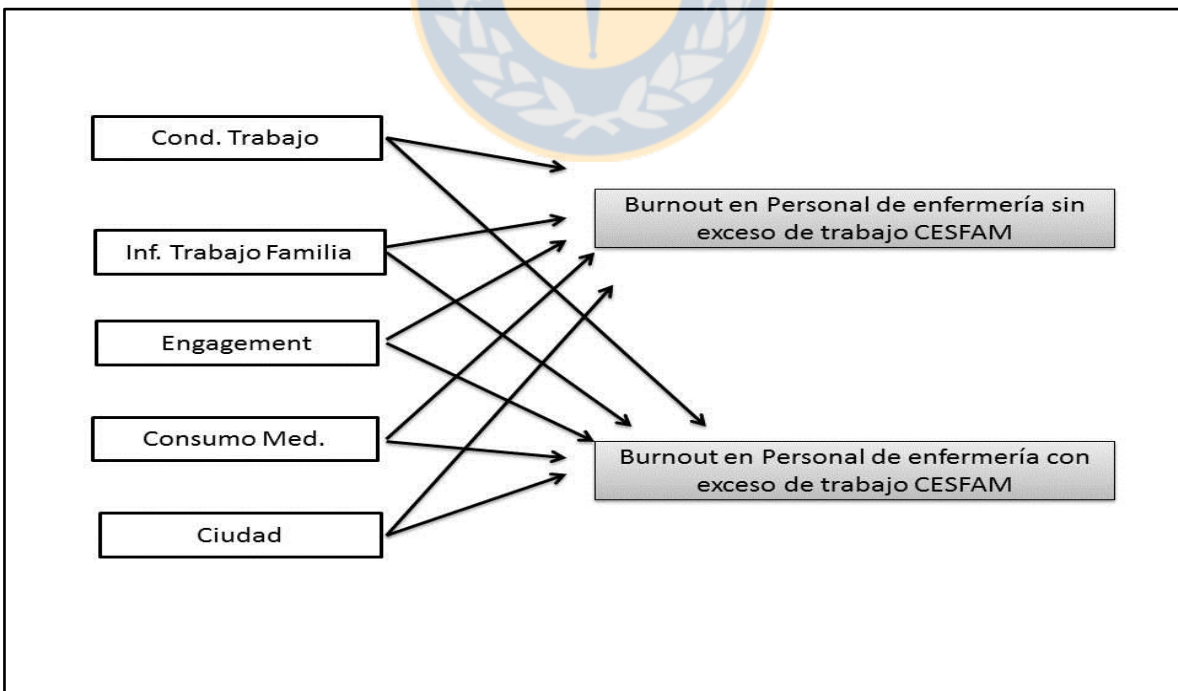


Figura 46: Factores concordantes que influyen en el síndrome de Bunout en personal de enfermería de Centros de Salud Familiar de acuerdo a la presencia de exceso de trabajo

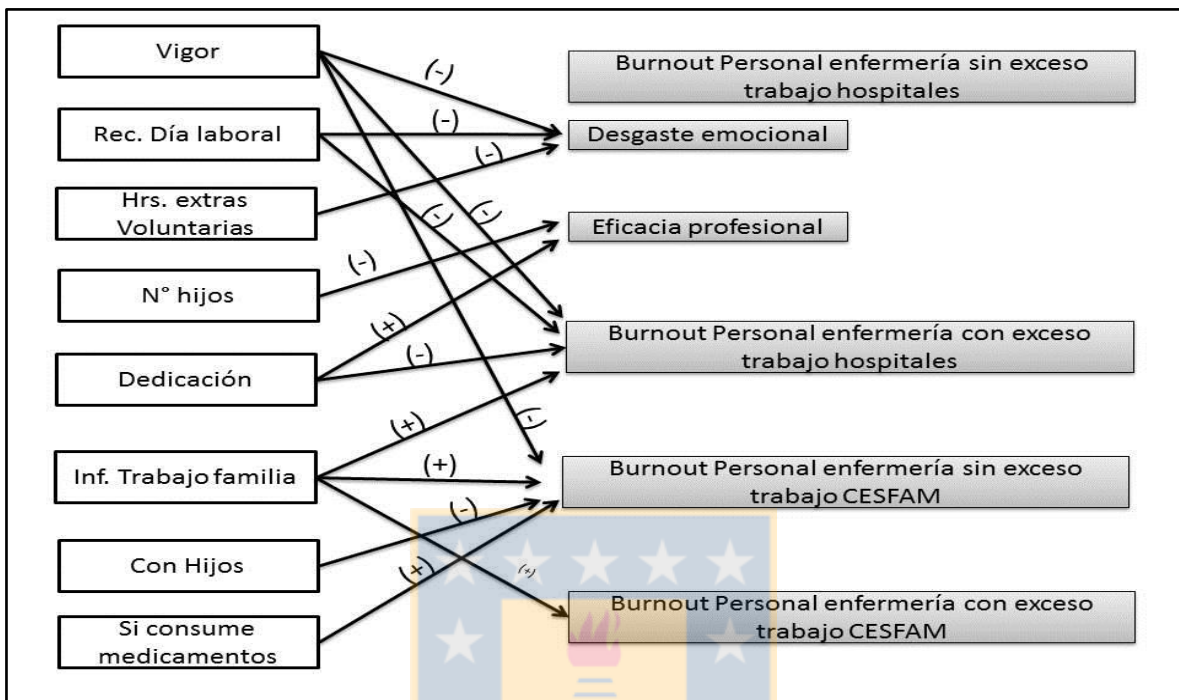


A pesar de las asociaciones y correlaciones entre la variable dependiente y las independientes, sólo algunas de ellas predicen el Burnout en forma significativa. Claramente el ámbito laboral es lo que predomina tanto en el personal de enfermería con exceso de trabajo como sin exceso de trabajo con las variables vigor, dedicación, influencia del trabajo en la familia y horas extras voluntarias, en las demás variables que abarcan el ámbito personal y familiar, que afectan en forma específica, destacan las horas de recreación en un día laboral, afectando en los centros hospitalarios independientemente de la presencia del exceso de trabajo (**figura 47**)

La diferencia en el personal de los centros hospitalarios es que, en presencia del exceso de trabajo, solo afectan al síndrome de Burnout variables personales (Recreación día laboral) y laborales (Vigor, dedicación e influencia del trabajo en la familia), en cambio en el trabajador de enfermería sin exceso de trabajo las variables predictoras abarcan los tres ámbitos; personal (recreación día laboral), familiar (N° de hijos) y laboral (vigor, dedicación y horas extras voluntarias) (**figura 47**)

En los centros de salud familiar, en el personal sin exceso de trabajo, a parte de la esfera laboral (influencia del trabajo en la familia), adquieren importancia el ámbito familiar (presencia de hijos) y personal (consumo de medicamentos), en cambio en los trabajadores de enfermería con exceso de trabajo solo la esfera laboral cobra importancia al momento de predecir el síndrome de Burnout (**figura 47**).

Figura 47: Esquema modelos regresión lineal escala Burnout en el personal de enfermería de los centros asistenciales.



11. DISCUSIÓN

La discusión se realizará comparando la clasificación de fatiga y síndrome de Burnout calculadas de manera general y los resultados obtenidos de las asociaciones, correlaciones y modelos de regresión del personal de enfermería con exceso de trabajo y sin exceso de trabajo, por un lado, en los centros Hospital Base Valdivia y Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción, y por otro, en los Centros de Salud Familiar de Concepción y Valdivia.

Si bien es cierto, en este estudio se comprobó que el exceso de trabajo no estaba asociado a las variables dependientes a pesar de su alto porcentaje (75,4% hospitales y 36,8% CESFAM), resulta interesante, como variable activa de comparación, determinar factores que influyen la fatiga y el síndrome de Burnout en ambos grupos y establecer las diferencias. La literatura demuestra que este factor es importante para la fatiga (154) y el síndrome de Burnout (136) basado en las horas que invierte el trabajador en realizar sus actividades excediendo lo establecido en el contrato de trabajo (155). Es una realidad relacionada con el estándar y calidad de vida que el personal de enfermería quiere para su entorno familiar, ya que la paga en el horario normal no es suficiente, y con la exigencia del sistema de trabajo que requiere continuación del cuidado 24 hrs. al día, mediante la realización de turnos, esto fue demostrado en el estudio realizado por Barcellos en trabajadores de enfermería de unidades de emergencia y urgencia, cuyo promedio de horas de trabajo fue de 58 hrs. con un mínimo de 44 hrs. y un máximo de 136 hrs.(12), y por Pedroza en personal de enfermería de urgencia, quien determinó que gran parte de la muestra trabajaba más de 60 hrs. a la semana (156). Por otro lado, esto trae consecuencias, es lo establecido por Geiger, con fuertes asociaciones entre síntomas depresivos y el tiempo de trabajo; describe que el personal de enfermería de asistencia al hogar, trabajaba por largos periodos de tiempo en turnos, debido a que en horario normal la paga y los beneficios eran bajos, muchos de estos turnos eran desarrollados en tiempos de falta de recursos humanos, sacrificando horarios familiares o de esparcimiento social (16). También, puede acarrear dolencias físicas y trastornos psicológicos; en cuanto a los primeros Gurgueira identificó en técnicos y auxiliares de enfermería que los dolores de manos y puños se presentaban en el personal que evidenciaban mayor número de horas de trabajo semanales (157), en el segundo aspecto Cruz Robazzi, encontró que el personal de

enfermería eran los más estudiados en las diferentes investigaciones al presentar exceso de carga horaria y, como consecuencia de ello, sufrían alteraciones o agravios a la salud psíquica (38). Sin embargo, la presente investigación es limitada debido a que se prestó atención a factores que pudieran ser riesgo para la producción de fatiga y no a las consecuencias de que estos riesgos presentaban, se da cabida entonces para ser abordadas en próximas investigaciones.

11.1. Fatiga en el personal de enfermería con y sin exceso de trabajo

En este estudio, gran porcentaje de la muestra mostró elevada fatiga en ambos centros hospitalarios y los Centros de salud familiar, considerando también, sus dos sub-dimensiones, esto concuerda con lo encontrado por Vera en población de las minas, donde la muestra mostraba más de un 40% fatiga alta, asociado a factores propios de la ocupación, sin embargo, con diferente sistema de clasificación (130), por otro lado, María de Carbahlo Farías demostró que más del 60% del personal de enfermería de la unidad de emergencia presentó fatiga asociado al estrés (158), y María Elena Palucci evidenció que más del 50% de las enfermeras de unidades médicas, quirúrgicas y ginecológicas percibían su trabajo como fatigante asociado a los sistemas de turnos realizados (132). En las unidades de tratamiento intensivos Nery descubrió que en un 75% los enfermeros presentaron fatiga manifestada por disconfort músculo esquelético asociado a las actividades laborales(159), por lo tanto, la realidad es que el personal de enfermería está fatigado y hay factores que influyen directa o indirectamente. No se encontraron estudios específicos en atención primaria o en Centros de Salud Familiar que describieran la problemática de la fatiga en el equipo de salud, específicamente en el personal de enfermería, lo que da cuenta de lo escaso de las investigaciones al respecto.

El presente estudio descubrió, en el Hospital Base Valdivia, que el servicio con mayor promedio en la escala fatiga general y las dos sub-escalas fue Diálisis. En el hospital de Concepción, en la escala general y la sub-escala fatiga física, el servicio con mayor puntaje promedio fue Esterilización, y en la sub-escala fatiga cognitiva los mayores promedios los obtuvieron Psiquiatría y Diálisis. No se encontraron estudios generales que permitieran evidenciar la fatiga en los diferentes servicios de un hospital y específicamente en personal de enfermería, sólo se encontraron estudios en servicios específicos (158;159).

La literatura no muestra estudios que asocien la fatiga laboral y las enfermedades crónicas. La presencia de patologías crónicas y la clasificación otra patología, se asocian al personal de enfermería de los hospitales con exceso de trabajo y al personal de los Centros de Salud Familiar sin exceso de trabajo; y el número de patologías crónicas solo al personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios. La combinación del exceso de trabajo y las enfermedades concomitantes crónicas, constituyen un ambiente potenciador de la fatiga del trabajador de enfermería de los centros hospitalarios, lo que no está presente en los centros de salud familiar. Se describe en la población general que las personas presentan síntomas de fatiga frente a algunas enfermedades específicas como el asma o las enfermedades crónicas (160), de esto se desprende que probablemente los trabajadores con enfermedades crónicas pudieran evidenciar fatiga asociada a su patología de base y agravada por las condiciones en las que trabaja, sin embargo, el presente estudio no puede asegurar con certeza que la persona con patología crónica realmente está compensada, vale decir consume sus medicamentos, se controla regularmente y los indicadores tanto directos como indirectos están dentro de rangos normales, de esta manera, se podría descartar la fatiga propia del proceso patológico que pudiera potenciar la fatiga laboral identificada con el cuestionario. Lo que sí está claro, es que el personal de enfermería presenta patologías crónicas y están fatigados, sin embargo, no se lleva control alguno al respecto o se le pregunta al trabajador su situación de salud antes y durante su vida laboral, por otro lado, existen otras variables intervinientes que no fueron incluidas en este estudio.

El número de medicamentos consumidos a raíz de las enfermedades crónicas u otros estados patológicos, influyen en la fatiga del personal de enfermería sin exceso de trabajo de los centros de salud familiar. No se encontró estudios en el personal de enfermería que asociaran estas variables, si en otros rubros. Neisa (161) en conductores de carga pesada de una empresa transportista muestra, en su descripción de la literatura que respalda la pregunta de investigación, que el consumo de medicamentos es uno de los factores importantes para la producción de accidentes e incidentes en las actividades laborales en este rubro y que la fatiga es consecuencia en estos trabajadores de la falta de sueño, el exceso de trabajo y este consumo.

La dislipidemia se asocia al personal de enfermería sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios, este es un factor de riesgo substancial para el desarrollo de enfermedades crónicas cardiovasculares, no presenta síntomas aparentes a no ser que los niveles sanguíneos estén muy elevados y, en este caso, la literatura científica muestra la fatiga como uno de los indicios de la enfermedad, manifestados por los pacientes (162;163), sin embargo, no se encontraron estudios específicos de asociación con la fatiga laboral en el trabajador de enfermería. López, en su estudio en el equipo de enfermería portador de hipertensión arterial, muestra una prevalencia de dislipidemia del 24,6% (164), en cambio, en este estudio las proporciones varían de un 7% a un 10% en los centros hospitalarios y de 8 a 13% en los centros de salud familiar, lo que también está muy por debajo de las prevalencias nacionales que muestran alrededor de un 40% de la población(165), sin embargo, las limitaciones para el desarrollo de la investigación advierten una sub-notificación, ya que no existen exámenes de laboratorio que abalen su presencia, solo el relato del trabajador, por lo tanto, pueden haber personas con colesterol y triglicéridos elevados, no diagnosticado y sin tratamiento. Por otro lado, la enfermedad controlada con medicamentos muestra menor promedio de fatiga, lo que indica que es favorable mantener niveles sanguíneos en límites normales, a pesar de ello, es necesario indagar en profundidad mediante nuevos estudios para evidenciar la presencia de dislipidemia no controlada y respaldada por indicadores sanguíneos, en aquellos trabajadores que no reportan la enfermedad y que para esta investigación pudieran presentar fatiga laboral elevada.

El descanso y la recreación en un día laboral y no laboral es factor fundamental, no sólo para disminuir la fatiga sino que también para la disminución del stress provocado por el trabajo, es así que este estudio, que muestra asociaciones en cuanto al descanso en un día laboral en ambos grupos (con exceso y sin exceso de trabajo) y en cuanto a la recreación y descanso en día no laboral solo para el personal sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios, concuerda con lo establecido en diferentes investigaciones (166) donde el ocio y las actividades recreativas son un momento esencial para recobrar las fuerzas necesarias en pos de continuar con la rutina diaria de trabajo. Rosa, menciona que el ocio implica dos funciones fundamentales; en primer lugar el descanso, la relajación y la recuperación que es necesaria e imperativa, pues el organismo lo requiere, luego de la tensión tanto física como mental de las actividades laborales rutinarias; y en segundo lugar,

de divertimento, recreación y entretenimiento, de tal manera que el trabajador de enfermería opta en forma voluntaria y de acuerdo a sus intereses personales, en realizar alguna actividad de forma solitaria o acompañado de personas significativas en su vida, por lo tanto, también permite la recuperación de energías (167).

Otras variables específicas que influyen la fatiga en los Centros de Salud Familiar sin exceso de trabajo, son las horas que el trabajador duerme al día un día laboral, lo que dice relación con la cantidad de tiempo que dedica el personal de enfermería al descanso reparador para reponer energías y permitir al siguiente día realizar las actividades, estudios indican que la duración es uno de los parámetros importantes relacionados con la mortalidad asociado con el riesgo de padecer depresión y enfermedades cardiovasculares (168;169). La gran mayoría de las investigaciones están orientadas a los trastornos y la calidad del sueño en personal hospitalario que realizan turnos en comparación con los que no lo hacen, y en el caso de atención primaria en relación a las largas jornadas de trabajo que el equipo de salud realiza. El estudio efectuado por Soares, en trabajadores de enfermería, evidenció que las personas que realizaban turnos nocturnos presentaron mejor calidad del sueño que los que efectuaban solo trabajo diurno, ya que en los días libres dedicaban tiempo a dormir (170). Díaz en su estudio en profesionales sanitarios de atención primaria determinó una alta prevalencia de trastornos del sueño asociado a las largas jornadas laborales, como consecuencia de ello, presentaban somnolencia y cansancio que los llevaba a cometer errores en su actuar (171). Brown indica en su estudio, que las altas exigencias laborales y problemas en la programación de las actividades provocan un impacto negativo en los patrones de sueño de las enfermeras (172). Por lo tanto, se evidencia un impacto tanto de la falta de tiempo para dormir al dedicar horas a realizar otras actividades fuera de horario de trabajo, lo que afecta al trabajador en sus actividades laborales, sus relaciones sociales y el compartir en familia; como también, las actividades laborales afectan al trabajador en su tiempo y calidad del sueño.

Las personas que estudian fuera de horario de trabajo se exponen a mayores cargas físicas y más aún mentales, pues, deben conciliar las exigencias del trabajo con las de la carrera o postgrado. De esta manera, los trabajadores de enfermería de los centros hospitalarios en la presente investigación que no presentan exceso de trabajo pero que estudian fuera de

horario laboral, exhiben mayor fatiga principalmente cognitiva, lo que puede traducirse en el estado de somnolencia continuo que muchas veces provoca disminución en la calidad de las acciones que los trabajadores de enfermería deben desarrollar en su puesto laboral, falta de concentración y dificultad en el aprendizaje. Fontana, muestra que la fatiga es una consecuencia importante de esta combinación al no tener el tiempo suficiente para dormir sobre todo cuando se compagina con turnos que implica trabajar de noche (173). Esto claramente puede repercutir en la salud de las personas potenciando la fatiga laboral.

En este estudio las correlaciones muestran la importancia de la influencia del trabajo y la familia, donde la multiplicidad de roles que la persona debe cumplir para poder lograr el equilibrio entre las actividades laborales y familiares produce excesiva carga de trabajo, esto ocurre frecuentemente en el personal de enfermería por ser en mayor porcentaje mujeres. A pesar que las correlaciones son significativas en ambos sentidos resalta la mayor trascendencia que le da el individuo a la influencia del trabajo en la familia, afectando al personal de enfermería de los centros hospitalarios y Centros de Salud Familiar con exceso de trabajo y sin exceso de trabajo, en cambio la influencia de la familia en el trabajo repercute solamente en el personal de enfermería de los hospitales sin exceso de trabajo y en las personas de los Centros de Salud Familiar con exceso de trabajo, en el primer caso las actividades laborales que se realizan con alta demanda y asociada también a un sistema de turnos provocan disminución de la dedicación a las labores familiares produciendo en la enfermera, probablemente, mayor culpabilidad por la postergación del rol materno, este resultado concuerda con lo establecido en los estudios de Spíndola en enfermería o de Otárola en cajas de compensaciones (18;112). Por otro lado, claramente en el grupo de enfermería de los centros hospitalarios sin exceso de trabajo resulta coherente que la familia se sitúe en una posición cercana a la problemática laboral influyendo en el trabajador, ya que pasa más tiempo con ella, pero, en el caso de los Centros de Salud Familiar con exceso de trabajo el factor familiar constituye una manera de potenciar la carga laboral debido a que se suma además la carga horaria, por lo tanto, es difícil compatibilizar ambas situaciones.

El tipo de familia afecta al personal de enfermería sin exceso de trabajo de los centros de salud familiar, sin embargo, no se encontraron estudios al respecto. La familia es un pilar

fundamental en la vida de las personas. En este estudio, la familia monoparental presentó mayor fatiga que las otras clasificaciones, de tal manera que la sobrecarga de trabajo aumenta cuando las labores familiares son asumidas solamente por una persona. Como se dijo anteriormente, la gran mayoría de los estudios están enfocados al conflicto que se produce entre el trabajo y la familia donde la mayor influencia se evidencia desde el trabajo, buscando el equilibrio entre las dos áreas de la vida, así lo muestra Lagerstrom en su estudio cualitativo, en el que las enfermeras plantean como principales categorías el rol de la familia, las condiciones de trabajo, la búsqueda de apoyo, percepción de insatisfacción y las amenazas para la salud percibidas. A estas les preocupaba, primordialmente, presentar las capacidades necesarias para mantener el equilibrio entre la vida laboral y la familiar (174).

Los hijos, a pesar de ser una parte fundamental de la familia y esperados con ansias por la pareja, en este estudio, constituyen un factor asociado a la fatiga del trabajador de enfermería. El número de hijos y su presencia están asociados a las personas sin exceso de trabajo en los hospitales y en los centros de salud familiar, el primero, se asocia al personal de enfermería con exceso de trabajo y el segundo al personal sin exceso de trabajo. Investigaciones como la de Báez en enfermería y Estrada en costureras hogareñas, indican que la prolongación del cuidado al hogar como madres, resulta ser una carga adicional para la producción de fatiga (42;48), en el ámbito de la salud mental; Noriega establece que tanto la presencia como el número de hijos son variables que aumentan la carga para las trabajadoras de la salud, propiciando el desarrollo de trastornos mentales (22). De Oliveira, mostró, en el equipo de enfermería, que el mantener la atención dividida entre las labores del trabajo y el cuidado en la casa, puede afectar el desempeño cognitivo del trabajador (175).

Ampliamente dos Santos, en su trabajo de revisión bibliográfica, evidencia como algunos estudios han demostrado que el exponerse a ciertas condiciones en el trabajo promueven la fatiga, no solo en enfermería sino que también en otras profesiones, en este sentido, son descritos factores como las largas horas laborales, exceso de ruidos, iluminación inadecuada, tareas en tiempo corto, altas responsabilidades, etc. (176). Por su parte Estryon demostró que la baja satisfacción y el apoyo social laboral inadecuado en relación al trabajo

en equipo, el cambio de personal, las interrupciones en las actividades laborales y exceso de compromisos, presentan mayor impacto para la salud en comparación con los horarios de trabajo y la influencia del trabajo y la familia (177). Los trabajadores de enfermería de los centros hospitalarios con/sin exceso de trabajo y de los Centros de Salud Familiar sin exceso de trabajo de este estudio, también evidencian que las condiciones laborales inadecuadas promueven la producción de la fatiga propiciando la presencia de ambientes no gratos para el desarrollo de la vida laboral, sin embargo, una limitante fue no definir qué condiciones presentaban mayor significancia para las personas de tal manera de poder identificarlas específicamente para su futuro abordaje y manejo.

En cuanto a las exigencias laborales, que en este estudio afectan sólo al personal de enfermería de los Centros de Salud Familiar sin exceso de trabajo, la distribución de los promedios de fatiga de acuerdo a la clasificación de exigencia, muestra que la infra y sobrecarga produce mayor fatiga, los estudios hablan que una sobrecarga o mayor exigencia en el trabajo puede producir problemas en el trabajador, por lo tanto, estas deben estar equilibradas de acuerdo a las aptitudes y tiempo que tiene el trabajador dentro de su jornada. Andrade (76) evidencia que enfermería en la unidad de cuidado intensivo presentó alta carga de trabajo asociado al tiempo de permanencia y gravedad de los pacientes en la unidad. Por su parte, Costa (123) determinó, en enfermeras de unidades de hospitalización, emergencias y cuidados intensivos; que las exigencias laborales estaban asociadas a la edad, la calificación profesional, estado civil, turnos de trabajo y número de horas de trabajo a la semana, y Rauhala (125) evidenció en enfermeras que la carga de trabajo que supera en un 15% a lo óptimo o más, puede aumentar el riesgo de ausentismo por enfermedad. La gran mayoría de los estudios de carga de trabajo, según lo estipulado por Barker, se han desarrollado en unidades críticas y que es necesario en enfermería realizar mayor cantidad de estudios en otros ambientes laborales (154).

El engagement que implica vigor, absorción y dedicación al trabajo, en este estudio, está correlacionado negativamente con la fatiga en los diferentes centros hospitalarios y Centros de Salud Familiar con y sin exceso de trabajo, de modo que esta disminuye si el personal de enfermería presenta un alto engagement, por lo tanto, este estado del trabajador es una pieza fundamental para la disminución de la fatiga laboral en cualquier ambiente. Al

respecto, no se encontraron estudios específicos relacionando estas dos variables, sin embargo, por la definición establecida en la literatura y al igual que con el síndrome de Burnout, se deduce su comportamiento antagónico al estado de cansancio o somnolencia que puede presentar el trabajador luego de una extenuante jornada laboral. Si el trabajador muestra alto grado de vitalidad, se esfuerza en el trabajo por alcanzar las metas y objetivos planteados y si le gusta lo que hace, la percepción de fatiga será menor (178).

Eriksen, en su estudio prospectivo en auxiliares de enfermería, evidenció que aquellos trabajadores que no presentaron fatiga persistente al inicio del estudio, aumentaron el riesgo de sufrirla, asociada a la gran demanda de trabajo. El fumar en exceso, ser soltero y presentar enfermedades crónicas estaba asociado, en este sentido, se ve una predominancia de variables personales influyentes en la fatiga, lo que no está de acuerdo con el presente estudio (179). En cambio se concuerda con Yamazaki, quien estudió a trabajadores en Japón, e indica que la fatiga identificada mediante el concepto de vitalidad del cuestionario SF-36 fue precedida principalmente por variables laborales como son el aumento de las horas extraordinarias y el cambio a un trabajo que requiere mayor ejercicio físico (180). Por su parte, Høgh establece en su estudio en trabajadores daneses, que la violencia en el trabajo es un factor predictor de la fatiga a lo largo del tiempo, independientemente de las demás variables como el género, la edad, el apoyo social, el conflicto interpersonal, la relación con personas externas, fatiga al inicio del estudio y la clase social (181).

11.2. Síndrome de Burnout en Personal de enfermería con y sin exceso de trabajo

En la muestra de los centros hospitalarios y de los Centros de Salud Familiar, tanto con exceso de trabajo como sin exceso de trabajo, el Burnout llega a más de un 80% en su intensidad media. En la sub-escala desgaste emocional y cinismo predomina el Burnout bajo y medio, y en la escala eficacia profesional la clasificación alta. En el caso de los Centros de Salud Familiar el predominio en el desgaste emocional es bajo; en el cinismo, medio; y en la eficacia profesional, al igual que el grupo anterior, es alto. En el caso de esta última sub-escala (eficacia profesional), es necesario mencionar que denota que el Burnout es muy bajo, ya que las personas refieren alto manejo y confianza en las actividades laborales que realizan o son encomendadas, sin embargo, tomando en cuenta las otras dos

sub-escalas y el resultado del cuestionario general se muestra una prevalencia del síndrome considerable en la muestra estudiada. Gran parte del personal de enfermería de los establecimientos de salud de este estudio presentan algún nivel de Burnout. Esto discrepa con el estudio realizado por Román en profesionales de la salud de atención primaria y secundaria que muestra prevalencias más bajas, donde los enfermeros del primer nivel presentaron una prevalencia del 27% y los del segundo nivel de 20% (182). Por otro lado, Hernández en su estudio en trabajadores del sector salud muestra niveles por sobre un 30% en las clasificaciones de la sub-escala desgaste emocional; en la sub-escala despersonalización, sobre un 40% en niveles bajos, 19,6% en niveles medios y sobre un 30% en niveles altos; y en la sub-escala realización personal presenta sobre un 30% en todos los niveles (183). Por su parte, Álvarez en su estudio en trabajadores de atención primaria muestra sobre un 60% clasificación alta en agotamiento emocional, un 80% en despersonalización y más de un 90% en grado bajo de logros personales, en consecuencia, un Burnout elevado (184). En este sentido la prevalencia del síndrome de Burnout es variada dependiendo de los establecimientos involucrados ya sean hospitalarios o de atención primaria.

El servicio con mayor puntaje promedio en la escala general en el hospital de Valdivia fue Urología; en la sub-escala desgaste emocional, Medicina adulto; en la sub-escala cinismo, Diálisis; y finalmente en la sub-escala eficacia profesional el menor promedio lo obtuvo el servicio de Pensionado. En el Hospital de Concepción destaca el servicio de Pensionado en la escala general y en las sub-escalas desgaste emocional y cinismo; y en la sub-escala eficacia profesional el que obtuvo el menor puntaje promedio fue Esterilización. Esto discrepa con lo estipulado por Órdenes en el estudio realizado en trabajadores del hospital Roberto del Río en Chile que indica que los tres servicios que presentaron mayor Burnout fueron Cirugía, Medicina y Lactantes (185), por otro lado, concuerda con lo estipulado por Ávila en profesionales de la salud donde el mayor porcentaje de Burnout la obtuvieron los servicios de hospitalización, no así el servicio de Urgencia, Cirugía, UCI adulto y niño (186). Sin embargo, gran parte de los estudios se han realizado en los servicios críticos (187;188) por la complejidad de los pacientes en cuanto a la patología, tratamiento y tecnología sugiriendo mayor carga laboral y por consiguiente mayor Burnout, dejando de lado aquellos servicios que pueden presentar menor complejidad pero el trabajo es más

rutinario y monótono, otros estudios han encontrado que no existe relación entre el servicio donde trabaja el funcionario respecto del síndrome (189).

En este estudio las enfermeras presentaron significativamente mayor promedio de Burnout en la sub-dimensión desgaste emocional en relación a los técnicos paramédicos, sin embargo, los estudios muestran resultados diversos que no permiten concluir que el título presentado por el trabajador sea un factor importante a la hora de definir mayor influencia en el Burnout, todo apunta a la carga, condiciones y exigencias del trabajo. Albaladejo, evidenció que las enfermeras presentaban asociación con el Burnout, pero en las sub-dimensiones despersonalización y realización profesional, siendo estas mayor y menor respectivamente que los técnicos/auxiliares paramédicos (21). Por el contrario, Cogollo, en personal de enfermería de servicios de urgencia, indica que el desgaste era independiente del nivel de formación, explicado por el servicio en el cual se realizó el estudio, donde las demandas laborales afectaban por igual a todo el equipo de enfermería (190). En este sentido, la demanda asistencial y la definición de funciones cobran un papel fundamental al momento de establecer la carga de trabajo para cada estamento.

La edad es un factor que en este estudio correlaciona negativamente con el Burnout en el personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios, el personal mientras más edad tiene presenta menor Burnout, este resultado no concuerda con Albaladejo quien no encontró relación entre esta variable y el síndrome, sin embargo, afirma que otros estudios indican que a menor edad menor experiencia del trabajador, por lo tanto, no presentan las capacidades suficientes para el manejo del Burnout (21), por su parte, Kowalski, indica que la edad correlaciona estrechamente con la experiencia que presenta el trabajador y que le entrega la seguridad necesaria para desarrollar las actividades, desde este punto de vista, representa una herramienta de manejo de los niveles de estrés laboral (191). De acuerdo a ello, en los trabajadores de este estudio que presentan exceso de trabajo, la mayor experiencia les ayuda a sobrellevar esta carga y disminuir la posibilidad de desarrollar Burnout.

El índice de masa corporal (IMC) también está asociado al Burnout en su sub-dimensión eficacia profesional en las personas con exceso de trabajo de los centros hospitalarios, de tal manera que el personal con mayor eficacia profesional presenta menor IMC. El

presentar obesidad implica una disminución en la capacidad física para desarrollar las actividades laborales, estudios han evidenciado que enfermería presenta estilos de vida poco saludables que se suman al alto estrés que genera el trabajo potenciándose entre sí, es lo descrito por Espinoza en su estudio en profesionales de enfermería (192). Sin embargo, existen estudios en la población general, que no evidencian que el presentar obesidad sea un factor predictivo de la presencia del síndrome de Burnout, como lo estipulado por Armon, quien indica que a pesar de la asociación existente no se comprueba que la obesidad sea una factor de predicción (193) lo que está de acuerdo con el presente estudio, ya que no obtiene los requisitos suficientes para ser incorporada como variable que predice el Burnout.

La patología crónica asma se asocia al Burnout en el personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios. En este sentido, la literatura muestra que hay síntomas asociados a cuadros crónicos como la hipertensión arterial y el asma, mencionando entre ellos la fatiga pudiendo potenciar el desgaste en el trabajador y sumar situaciones de estrés, es lo descrito por Gallegos en su revisión de estudios (194). También, Ortega y Bianchini en su revisión del tema en personal sanitario indican que esta patología crónica puede ser una consecuencia del síndrome de Burnout extremo (68;195). Por lo tanto, se muestran dos situaciones que hay que tener en cuenta al momento de evaluar la fatiga, primero que este estudio identificó el asma como enfermedad concomitante del trabajador y que pudiera potenciar el síndrome de Burnout demostrado por los resultados obtenidos, pero por otra, el estrés continuo y elevado, producido por situaciones laborales demandantes, puede provocar agravamiento o inicio de esta patología.

Las personas en riesgo de presentar problemas debido al consumo excesivo de alcohol muestran mayor Burnout en el caso del personal sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios, los estudios evidencian que el Burnout puede llevar a un consumo excesivo de alcohol y drogas (196;197). El consumo de alcohol, es una consecuencia del estrés extremo sobrellevado por las personas en el trabajo, de tal manera que resulta ser una herramienta para liberar tensiones de una jornada laboral extenuante. Chipas estudió a enfermeras de anestesia y descubrió que una de las formas para sobrellevar el estrés fue el consumo de alcohol (198). Por otro lado Atance, indica que en el personal sanitario una de las

consecuencias del síndrome de Burnout es el consumo tóxico de alcohol (199). Por lo tanto, el consumo de alcohol en exceso plantea una relación consecuente, aumenta el estrés en el trabajo y debido a esto aumenta el consumo de alcohol.

El espacio dedicado al descanso, ocio y relajación es importante para la disminución del Burnout en el personal de enfermería. En este estudio, el tiempo de recreación y descanso, tanto un día laboral como no laboral, afecta en gran medida en los centros hospitalarios al personal con y sin exceso de trabajo, lo que está de acuerdo con lo expuesto por Álvarez en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel, este indica que la persona al no poder tomar fines de semana o días de descanso al mes se desgasta y eleva su grado de estrés relacionándose directamente con el Burnout especialmente en el desgaste emocional (200). Por otra parte, el periodo que el trabajador invierte en dormir genera la recuperación necesaria para realizar las labores durante el día, este estudio lo demuestra con la correlación negativa con el síndrome de Burnout en el personal de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalario y de salud familiar, lo que está de acuerdo con lo establecido por Soderstrom en su estudio prospectivo a dos años, concluyó que la falta de sueño es el principal factor que predice el desarrollo del Burnout, controlado por las exigencias del trabajo y los pensamientos sobre el trabajo en los ratos de ocio (201). Por otra parte, Ekstedt evidenció una estrecha relación entre el síndrome y la fisiología del sueño, al mejorar el primero también mejoraba la calidad del sueño y que otros estudios indicaban que el insomnio constituiría uno de los factores predictores del Burnout (202). Por lo tanto, puede tener comportamiento en ambas direcciones. En enfermeras que realizan turnos, Demir determinó que aquellas con mala calidad del sueño presentaron mayores niveles de Burnout (203).

El tema de género es un factor importante donde confluyen una serie de variables, entre ellas, la prolongación de las actividades de cuidado a la familia o simplemente la realización de las labores del hogar sin tener la ayuda necesaria, lo que se suma a la sobrecarga laboral, este estudio comprueba que las personas que no comparten las labores en el hogar en forma igualitaria con su pareja, presentan significativamente mayor promedio en la sub-dimensión cinismo, en los centros hospitalarios sin exceso de trabajo. Otra variable es la influencia de la familia en el trabajo, la que se plantea como un punto

asociado tanto en el personal con exceso de trabajo como sin este, sólo en los centros hospitalarios, en el primer grupo tiene relación con la sub-dimensión eficacia profesional y en los segundos con el Burnout total y las sub-dimensiones Cinismo y desgaste emocional. Jiménez en su estudio en trabajadores Chilenos, refiere que la familia también puede ser un factor que genere sobrecarga en el trabajador relacionado con las transiciones vitales, el nacimiento de un hijo, la enfermedad y la muerte (204). Apoyando este postulado, Bekker establece que las enfermeras presentan mayor desgaste emocional relacionado con la multiplicidad de roles que significa el cuidado de los hijos, las tareas del hogar y las actividades laborales, lo que se traduce en mayor ausentismo en relación a los hombres (205), sin embargo, en este estudio esta influencia presenta menor fuerza que la influencia del trabajo en la familia, como se discutió anteriormente en relación a la fatiga laboral. Este hallazgo concuerda con lo establecido por Otárola, quien investigó el conflicto tanto del trabajo en la familia como de la familia en el trabajo en población que se desempeñaba en dos cajas de compensación que sufrían de estrés, comprobando que la influencia del trabajo en la familia era mayor (18). En la presente investigación, la mayor trascendencia del trabajo en la familia se evidencia en la correlación con los diferentes centros asistenciales, independientemente de la presencia del exceso de trabajo, avalada también por estudios que la muestran como factor predictor del síndrome de Burnout, es lo estipulado por Tone en su trabajo de investigación a personas en diferentes ocupaciones, entre ellos enfermería (206), por otra parte, Spíndola en su estudio cualitativo en enfermeras hospitalarias, muestra el sentimiento de culpabilidad que experimentan al no poder asumir a cabalidad los roles maternales y de cuidado con la familia debido a las actividades laborales, lo que produce sobrecarga y Burnout (112). Claramente, la familia no es un factor trascendente para los trabajadores al momento de evaluar la influencia de esta en relación a la esfera laboral.

A pesar de lo anterior, los hijos en este estudio, son un factor asociado al síndrome de Burnout, en este caso la variable número de hijos correlaciona en forma negativa con la eficacia profesional en el personal sin exceso de trabajo, el promedio de edad de los hijos correlaciona negativamente con el cinismo en el personal con exceso de trabajo, en los centros hospitalarios, y el tener hijos se asocia al cinismo a favor de los que los presentan en los trabajadores de enfermería sin exceso de trabajo de los centros de salud familiar. Las dos primeras variables dan cuenta que la sobrecarga aumenta cuando los hijos son

pequeños y su cantidad es mayor, sin embargo, en la última variable presentar hijos disminuye el cinismo en el trabajador insinuándose como un factor protector en esta sub-dimensión. Esta última aseveración no concuerda con lo estipulado por Grau en su estudio en el personal sanitario, puesto que entre las variables se incluyó el tener hijos, y de acuerdo a los resultados las personas que los presentaban los niveles de Burnout eran más altos (199). En el estudio realizado por Atance en personal sanitario el número de hijos no resultó significativo para la producción del Burnout (139), sin embargo Maslach en su estudio en personal de servicio, determinó que los empleados con hijos presentaron clasificaciones más bajas en los tres aspectos del Burnout y esto no tenía diferencias entre los sexos, la interpretación para este comportamiento estaba centrada en la mayor edad y madurez de los padres en su desarrollo psicológico, teniendo un estilo de vida más estable y una perspectiva de esta diferente (208).

Los factores laborales se han estudiado ampliamente. En esta investigación, las condiciones de trabajo se asocian al Burnout en su sub-dimensión desgaste emocional en el personal sin exceso de trabajo, y al Burnout general, junto a su dimensión desgaste emocional, en el personal con exceso de trabajo de los centros hospitalarios. En los Centros de Salud Familiar se asocia al Burnout general y al cinismo en el personal sin exceso de trabajo y en los trabajadores con exceso de trabajo sólo al cinismo, las horas extras voluntarias se asocian al desgaste emocional en el personal con y sin exceso de trabajo de los centros hospitalarios. Las exigencias laborales están asociadas a la eficacia profesional en el personal de enfermería con exceso de trabajo de hospitales; y al Burnout general y desgaste emocional en el personal de enfermería sin exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar. El tipo de turno es otra variable que afecta solamente a los trabajadores de enfermería con exceso de trabajo de los centros hospitalarios en la eficacia profesional, siendo mejor la rotativa de cuarto turno. Poghosyan, en su estudio en enfermería, describe que el Burnout está estrechamente relacionado con la escasez de personal y el ambiente pobre en materiales en los que se trabaja, por lo tanto, las condiciones de trabajo precarias (209), Imai, indica en su estudio en enfermeras, que las elevadas exigencias, el trabajo de emergencia sobre el horario normal y el bajo control de la tarea, son factores que contribuyen a la aparición del Burnout (69), por otro lado, Quiróz evidencio en su estudio que la gran mayoría de las enfermeras y médicos de la muestra referían para prevenir el

Burnout en los trabajadores y mejorar la motivación es necesario tomar en cuenta, entre otros factores, las condiciones de trabajo en cuanto a comodidad y avances tecnológicos, la oportunidad de capacitación, la remuneración y las bonificaciones (210). En cuanto a los turnos de trabajo, Melita en su estudio en enfermeras de la octava región determinó que aquellas que realizaban cuarto turno modificado presentaban mayor promedio en Burnout en relación a los que efectuaban tercer turno o trabajo diurno ya que el primero significaba mayor horas de trabajo (187). Por su parte Verdugo en 22 profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel, determinó que el trabajar de noche constituye un factor de riesgo para la aparición del síndrome de Burnout (200). Claramente, las condiciones laborales son un factor que afecta transversalmente a los trabajadores con algunas diferencias debido a los sistemas de trabajo, es una necesidad sentida lograr resolver los problemas planteados para lograr mejorar la calidad de vida laboral.

El engagement general y sus diferentes dimensiones correlacionan con el Burnout tanto en los Centros de Salud Familiar como en los centros hospitalarios, en el personal con y sin exceso de trabajo, en este sentido, se comprueba la tesis de antagonismo entre estas dos variables. El trabajador al presentar mayor vigor, dedicación y absorción, su nivel de Burnout disminuye. En forma general, se muestra correlación negativa del desgaste emocional y cinismo con vigor, dedicación y absorción, y correlación positiva del engagement (vigor dedicación y absorción) con la eficacia profesional.

De manera específica, en el caso de los centros hospitalarios prácticamente todas las categorías del Burnout están correlacionadas con el engagement independientemente de la presencia de exceso de trabajo, pero en el caso de los Centros de Salud Familiar sin exceso de trabajo el Burnout general y el desgaste emocional sólo correlacionan con el vigor, por su parte, el cinismo correlaciona con el engagement general, el vigor y la dedicación. En cambio en los que presentan exceso de trabajo el Burnout general, el desgaste emocional y la eficacia profesional correlacionan sólo con vigor y el cinismo correlaciona con el engagement general, vigor y dedicación. No se encontraron correlaciones directas de acuerdo a los trabajos teóricos, que estipulen que para cada dimensión del engagement existe su opuesto en el Burnout, sino que más bien relaciones específicas que planteaban ciertas diferencias de acuerdo al exceso de trabajo. Por otro lado, no se encontraron

estudios concretos en enfermería que den cuenta de las relaciones establecidas entre engagement y Burnout, sólo algunas investigaciones realizadas en estudiantes donde el instrumento engagement está creado para tal población, y lo establecido en población general por los estudios de validación y correlación estipulados en el manual de su aplicación. Esto es concordante con Manzano quien plantea relaciones específicas en su estudio en estudiantes universitarios, en este caso, la dedicación, absorción y vigor se mostraron correlacionadas en forma negativa con el cinismo, con mayor fuerza la relación cinismo-dedicación (178). Por su parte Schaufeli presenta en su estudio, también en estudiantes, correlaciones significativas entre las diferentes dimensiones del engagement y las del síndrome de Burnout (73). Claramente se expresa en el manual de aplicación del UWES elaborado por la unidad de psicología en salud ocupacional de la universidad Utrecht, de acuerdo al resultado de los diferentes estudios de validación y correlación con el instrumento para medir Burnout en distintos países, que todas las correlaciones entre los cuestionarios eran negativas y, particularmente, la eficacia profesional estaba fuertemente relacionada con las tres escalas del Burnout, la dedicación con la deshumanización (cinismo), pero la relación entre el vigor y el agotamiento era baja (74). Las poblaciones pueden presentar resultados diferentes en cuanto a las correlaciones entre el Burnout y el engagement, de tal manera que no necesariamente es un opuesto de directa relación entre sus dimensiones.

Claramente el exceso de trabajo es mayor en los centros hospitalarios en cuanto a porcentaje, sin embargo, no hay que desconocer que en los Centros de Salud Familiar también existe y que se debe abordar. En el caso del síndrome de Burnout en los centros hospitalarios los factores que influyen son mayores en cantidad que los que fueron identificados en los Centros de Salud Familiar. A pesar de ello, en ambos establecimientos predominan los factores laborales y familiares. En cuanto a los modelos de regresión para el síndrome de Burnout en los CESFAM predominan los factores familiares y laborales, y en los centros hospitalarios los factores laborales y personales. En el caso de la fatiga el número de factores es similar para los Centros de Salud Familiar que para los centros hospitalarios, con predominio de las tres áreas para los primeros y de los factores personales para los centros hospitalarios. En cambio, en los modelos de regresión, los

factores predictivos abarcan las esferas laborales y personales, tanto para los Centros de Salud Familiar como para los hospitales de alta complejidad.

En este estudio, no se determinó la relación existente entre el exceso de trabajo y las diferentes variables personales, laborales y familiares en cuanto a aplicación de técnicas estadísticas para establecer el sentido y tipo de influencias, lo que constituye una limitante para explicar las diferencias encontradas.

Existen estudios que determinan variables laborales como predictoras del Burnout y otros que identifican además variables personales. França en su estudio en enfermeros de urgencia pre-hospitalaria determinó que más bien variables organizacionales del trabajo predicen el síndrome de Burnout y no las labores realizadas o características sociodemográficas, y que algunas de estas últimas como la edad, el sexo, educación, presencia de hijos y el tipo de personalidad son variables facilitadoras o inhibidoras de la acción de los factores estresores (211). Por su parte, Engelbrecht, indica en el estudio que realizó en enfermeras que trabajaban en servicios que entregan y no entregan tratamiento retroviral, que el Burnout estaba explicado por variables laborales como la disponibilidad de recursos, la carga y conflicto en el trabajo (212). Otro estudio realizado por Kemal concluyó que existen variables personales que predicen el estrés en el trabajo y el síndrome de Burnout. La variable personal edad junto con el sufrimiento debido a problemas para dormir, fueron descritos como predictores para las tres dimensiones del síndrome. Los problemas de salud derivados del trabajo y el nivel educacional explicaron el desgaste emocional y, finalmente, hacer turnos nocturnos, trabajar en servicios agitados y la insatisfacción con el sueldo anual, predecían el estrés relacionado con el trabajo y la satisfacción laboral (213). Queiros muestra en su estudio en enfermeras de cuatro hospitales de Porto, que los factores que predicen el Burnout son: factores personales como la edad, género y personalidad resistente; y factores laborales como los años trabajando, varios trabajos remunerados, estar en puestos jerárquicos, satisfacción en el trabajo e influencia del trabajo en la familia (214).

El exceso de trabajo claramente marca diferencias, en los centros hospitalarios en relación al síndrome de Burnout, el personal de enfermería con exceso de trabajo presenta mayor cantidad de factores influyentes y asociados donde los factores laborales predominan en

relación a los factores personales o familiares. En cambio, en el personal de enfermería que no presenta exceso de trabajo, los factores influyentes o asociados son menores en cantidad y predominan factores personales/familiares por sobre los laborales, esto puede estar relacionado con la cantidad de horas que pasa el trabajador con exceso de trabajo en su lugar de trabajo que determina mayor influencia de estos factores, por lo tanto, están más expuestos al ambiente laboral que aquellos que cumplen el horario estipulado en el contrato de trabajo, por otro lado, presenta mayores exigencias laborales y mayor influencia del tipo de turno.

En los Centros de Salud Familiar ocurre similar comportamiento en cuanto a la cantidad de factores que influyen en el síndrome de Burnout. En el personal de enfermería con exceso de trabajo la cantidad de factores es mayor, predominando tanto factores personales/familiares como laborales. En el personal de enfermería sin exceso de trabajo predomina el ámbito laboral sobre lo personal, y lo familiar está ausente. En este sentido no se muestra un patrón determinado en cuanto al predominio del ámbito laboral, si en cuanto a la cantidad de factores influyentes.

En la fatiga en los Centros Hospitalarios ocurre lo contrario, relacionado con la cantidad de factores que influyen o se asocian, en este caso, los factores son mayores en cantidad en el personal de enfermería sin exceso de trabajo, predominando los factores personales/familiares por sobre los laborales. En el personal con exceso de trabajo, junto con presentar menor cantidad de factores influyentes o asociados a la fatiga, predominan fundamentalmente los factores personales por sobre los laborales, y están ausentes los familiares.

En los Centros de Salud Familiar los factores asociados o influyentes son mayores en cantidad en el personal de enfermería sin exceso de trabajo, con predominio tanto de factores personales/familiares como laborales. En el personal de enfermería con exceso de trabajo predomina principalmente los factores familiares/personales por sobre los laborales. Se esperaría que las personas con exceso de trabajo presenten mayor cantidad de factores influyentes en la fatiga en relación al ámbito laboral, sin embargo, este estudio muestra que la variación se presenta en la cantidad de factores a favor de los trabajadores sin exceso de trabajo, esto se puede deber más que a las horas de trabajo al carácter multidimensional de

la fatiga, de tal manera que en los trabajadores con exceso y sin exceso de trabajo los factores corresponden a elementos cotidianos sociales predominantes, y que se complementan con algunos factores laborales para su producción, de esta forma los trabajadores pueden estar afectados más por características personales/familiares que laborales, confundiendo la fatiga laboral con la cotidiana.



12. CONCLUSIONES

Claramente los factores que influyen en la producción de fatiga se distribuyen en los diferentes ámbitos de la vida del individuo; familiar, personal y laboral. Estos están presentes en mayor o menor medida en el personal de enfermería dependiendo de la presencia o no de exceso de trabajo o del tipo de centro asistencial, con algunas particularidades que se relacionan con variables específicas. Sin embargo, cobran mayor relevancia al momento de predecir la fatiga en el personal de enfermería las variables laborales, tanto en los Centros de Salud Familiar como en los centros hospitalarios, esto se complementa con variables que tienen que ver con el descanso, recreación y enfermedades concomitantes crónicas.

En el caso del síndrome de Burnout, también predominan las variables laborales en todos los grupos y las diferencias, al igual que en la fatiga, se enmarcan en variables específicas, es lo establecido en los centros hospitalarios donde sólo las variables personales y familiares son las que influyen en el síndrome en el personal sin exceso de trabajo, en cambio en personal con exceso de trabajo estas variables apuntan a los tres ámbitos. En el personal sin exceso de trabajo de los Centros de Salud Familiar las variables específicas abarcan el ámbito personal y familiar y en los con exceso de trabajo solo la esfera personal.

El predominio del ámbito laboral se repite al momento de predecir la intensidad del síndrome, con presencia del ámbito familiar/personal en los centros hospitalarios cuyos trabajadores no evidencian exceso de trabajo y el ámbito personal en los que si manifiestan exceso. Por otro lado, en los Centros de Salud Familiar, los tres ámbitos se explicitan en el personal sin exceso de trabajo y solo el laboral en los trabajadores con exceso de trabajo.

Es evidente que la esfera laboral presenta mayor importancia al momento de desarrollar estos síndromes, por lo tanto, es donde hay que enfocar los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la persona, sin embargo, y aunque el individuo exprese poder separar el trabajo de la vida personal o familiar, o la institución lo exija a través de las jefaturas, esto no es posible, pues continuamente el trabajador transita en estas tres esferas tanto físicamente como mentalmente, por lo tanto hay influencia entre ellos, pero el impacto de

esta influencia dependerá de las características y herramientas que el trabajador posea para enfrentarlas y de las redes de apoyo social tanto laboral como personal.

Es importante estudiar a la población dividiéndola en grupos específicos de comparación, pues esto permite visualizar las diferencias, ya que en este caso, el comportamiento de la fatiga y síndrome de Burnout es muy similar para ambos grupos, pero los factores que intervienen en su intensidad varían, por lo tanto, las formas de enfrentarlos deben ser diferentes y específicas en relación a los factores encontrados.

En general la fatiga tanto física como cognitiva es moderada en el personal de enfermería en cambio el síndrome de Burnout se distribuye en clasificaciones medias y bajas, y en el caso de la eficacia profesional es más bien percibida como alta, por lo tanto, el comportamiento de los dos marca algunas diferencias, de tal manera que los funcionarios más que desgastados profesionalmente se encuentran fatigados y es donde hay que enfocar los esfuerzos para prevenir otros problemas, que incluso pueden llegar al síndrome de Burnout. En este sentido los centros de salud hospitalarios y centros de salud familiar presentan características laborales diferentes en cuanto al tipo de trabajo y la demanda de la comunidad por la atención, lo que no significa que el comportamiento de la fatiga y el síndrome de Burnout sea menor en la atención menos compleja.

Es necesario tomar en cuenta al trabajador como persona íntegra, de tal manera de percibir cabalmente lo que le sucede y tomar este insumo como herramienta para optimizar los procesos de trabajo de la empresa, por otro lado, los directivos deben poseer las habilidades necesarias para identificar, controlar y manejar estos factores a favor del mejoramiento de la calidad de vida laboral y general.

13. SUGERENCIAS

Para mejorar la calidad de vida laboral y de acuerdo a lo evidenciado en el presente estudio se plantean las siguientes sugerencias:

- Al momento del ingreso de las personas jóvenes a los servicios es indispensable realizar una inducción adecuada, con la información necesaria para que pueda imaginar los diferentes escenarios a los que se puede enfrentar a lo largo de su trabajo, entregando alternativas de recursos y redes de apoyo junto con oportunidades de desarrollo a los que puede acudir al momento de enfrentar una situación de cambio. De esta manera adquirirá la experiencia necesaria para controlar el estrés generado, disminuyendo sus niveles de ansiedad.
- Ya que enfermería trabaja continuamente enfrentada al sufrimiento y la muerte junto con el dolor de las familias, es necesario plantear programas de intervención enfocados al individuo para el mejoramiento de destrezas y aptitudes, entre ellas, la capacitación constante para la atención de pacientes con manejo avanzado, alta demanda emocional o mayor dependencia con el equipo de salud, en este sentido, juegan un papel fundamental las reuniones de coordinación y clínicas que permitan discutir y evaluar casos particulares como experiencia para futuras actuaciones del personal. En lo particular, capacitar en técnicas de relajación y entregar herramientas cognitivo-conductuales que permitan mejorar las habilidades de afrontamiento del trabajador. Lo anterior es importante, pero igual de trascendental es tomar medidas que permitan mejorar las habilidades del equipo de trabajo y supervisión o reorientación de la carga de trabajo.
- Los turnos de trabajo, que implican realizar las actividades de noche, deben ser evaluados constantemente, en este sentido el tipo de turno más adecuado es el cuarto, por lo tanto deben, ir en disminución aquellos que implican exceso de horas laborales con costos adicionales tanto monetarios para la empresa como personales y familiares para los trabajadores.
- Evitar, en lo posible, la sobrecarga en la realización de turnos por falta de personal, proporcionando el reemplazo correspondiente con trabajadores extras. En este sentido hay que reconocer que existe un problema social/laboral y de recursos para

mantener personas que reemplacen. Por un lado, el trabajador estable, que sufre de sobrecarga horaria producto de tener que cubrir a un colega, se beneficia de los incentivos pecuniarios que implica tal situación, por otro, los recursos humanos de las personas que prestan servicios como reemplazantes son escasos debido que todos buscan trabajos estables, finalmente, la proporción entre demanda de trabajo, funciones y cantidad de trabajadores es aún desmedida.

- De acuerdo a lo anterior es necesario evaluar constantemente los objetivos y las metas que se plantea el servicio y la institución, que junto con estar de acuerdo con las políticas de salud imperantes deben estar en coordinación con las capacidades tanto físicas como intelectuales y psicológicas de los funcionarios de enfermería. La presión de tiempo es un agente precursor de sobrecarga y estrés en el trabajador que puede ser controlado con una planificación adecuada e informada junto a los funcionarios.
- Es necesario mejorar el ambiente físico de trabajo, contar con un lugar e implementación adecuada tomando en cuenta todos los factores físicos, químicos y biológicos que pudieran poner en riesgo la salud del trabajador no solo para realizar las labores habituales, sino que también, para efectuar pausas activas que proporcionen el descanso regular durante la jornada laboral para cada estamento y como áreas exclusivas para tales fines, esto permite reponer energías para continuar laborando, transformándose también en lugares de recreación y esparcimiento estrechando lazos entre los integrantes del equipo de enfermería.
- Proporcionar espacios de privacidad a los trabajadores y trabajadoras que les permitan tener la confianza de manejar sus pertenencias en forma segura.
- Es recomendable propender a que los trabajadores de enfermería adecuen su lugar de trabajo o proponga ideas para el mejoramiento del entorno laboral, que sean plasmadas en acciones efectivas para su beneficio, en la medida que la infraestructura lo permita, de manera de optimizar su actuar dentro del servicio donde se desempeña y que se sienta participante de las decisiones que se toman en la empresa respecto de su ambiente laboral.
- La definición específica de funciones explícitas en el contrato de trabajo y la constante supervisión del cumplimiento de estas es primordial, procurando que

exista una carga y exigencia en el trabajo equitativa e igualitaria de acuerdo a las capacidades de cada individuo, fomentando un ambiente de solidaridad entre colegas a través del ejemplo impartido por los trabajadores que presentan mayor nivel jerárquico, esto permitiría mejorar el ambiente laboral, disminuir el ausentismo y la presencia de los síndromes objetos de este estudio. Deben prevalecer los principios de justicia y equidad para los trabajadores.

- En cada servicio es necesaria la revisión consistente y continua de los procesos de trabajo para evaluar la claridad en el actuar e identificar las falencias que entorpezcan la atención y las relaciones trabajador-paciente, trabajador-trabajador y trabajador-jefatura. En este sentido, la toma de decisiones debe ser en conjunto con el personal, pues de ello depende el éxito de las medidas o cambios a tomar, mejorando de paso la pertenencia a la empresa.
- Es necesario trabajar el engagement en cada integrante del personal, principalmente enfocado al vigor y la dedicación del trabajador poniendo énfasis en el apoyo social de los compañeros de trabajo, el coaching, la retroalimentación, la variedad de las tareas, la responsabilidad y la autonomía, esta última junto con la confianza son muy importantes para enfermería. En cuanto a los recursos personales reforzar la autoeficacia, la autoestima basada en la organización, el optimismo y la resiliencia. Es necesario destacar que el desgaste se produce cuando la persona siente que su trabajo no es reconocido o da más de lo que recibe, por lo tanto, hay que buscar las instancias que permitan disminuir los riesgos de fatiga y Burnout producto de este desequilibrio, buscando estrategias de reconocimiento que permitan re-encantar a la persona con lo que hace, de tal manera, que la jornada laboral no sea una carga innecesaria sino que una forma de desarrollarse como integrante de un equipo que presenta una misión y visión claras, concretas e inclusivas, donde la participación del trabajador en la empresa no solo sea a través de tareas encomendadas, sino más bien de trabajo participativo.
- No se conoce en qué condiciones se encuentra el trabajador que posee enfermedades crónicas, en este sentido hay preguntas que responder: ¿existe un control periódico?, ¿el consumo de medicamentos es adecuado?, ¿los factores de riesgo están controlados?, ¿cuál es la etapa de la enfermedad en la que transita el trabajador?,

¿esta patología afecta el trabajo que el individuo realiza?, etc. Hay que recordar que las personas no solo son recursos que permiten a una empresa llevar adelante tareas fundamentales para el desarrollo de la sociedad, sino que más bien, son el motor esencial de sustentación para que la estructura tanto física como virtual y relacional de la empresa cobre vida y subsista en el tiempo, en el caso de enfermería, y en general en el área de la salud, se suma la responsabilidad de responder a las necesidades que los individuos plantean como demandas de atención y que deben ser abordadas de acuerdo a la urgencia, con un trato específico y asertivo que involucra actividades, emociones y compromiso real con la persona, por lo tanto, no se puede tratar al trabajador como un simple engranaje de una cadena de producción, hay que tomar en cuenta su salud y calidad de vida tanto laboral como general, un trabajador enfermo es una empresa enferma. En este sentido, es recomendable que la institución se preocupe de la salud general de los trabajadores, de tal manera que propicie la realización anual de un chequeo preventivo llevando una bitácora de antecedentes de salud y proporcione las facilidades necesarias para que aquellos que presentan enfermedades crónicas puedan asistir a sus controles sin problemas.

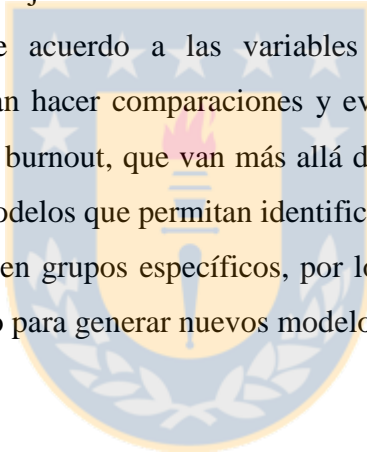
- Debido a que la carga y exigencias del trabajo son percibidas como altas, se debe cautelar que el descanso del trabajador sea el suficiente y de calidad, en esto cobra gran importancia el autocuidado que cada persona pueda tener para mantenerse en óptimas condiciones, dedicando por lo menos 8 horas a dormir diariamente y el tiempo suficiente al descanso y recreación. Por otro lado, no necesariamente el trabajo debe ser extenuante como para sentir que hubo real productividad. Esta y la eficiencia pueden ser logradas en el horario correspondiente a la jornada de trabajo si es que hay optimización del tiempo y equidad en la distribución de tareas y funciones, el descanso es fundamental para reponer energías y disminuir los niveles de estrés que se generan en el lugar de trabajo.
- Es necesario propiciar medidas que permitan compatibilizar el trabajo y la familia, ya que el trabajador de enfermería se mueve en ambas realidades, las dos plantean instancias de realización personal y etapas que enfrentan al individuo a factores de carga y estrés, no se pueden separar las dos esferas, por lo tanto, lo que le suceda al

trabajador en el trabajo repercute en la familia y lo que suceda en la familia repercute en el trabajo, solamente varían la importancia percibida de estas influencias. La institución debe dar la relevancia pertinente a la esfera familiar no solo en el discurso sino que también en acciones que permitan compatibilizar estas dos instancias, esto dará mayor pertenencia del trabajador a la empresa. Claramente la influencia del trabajo en la familia es mayor y la familia es considerada, independientemente de las diferentes transiciones vitales, como una instancia protectora de liberación de estrés, lugar de descanso y esparcimiento, cuyos problemas no significan una carga ostensible para el individuo a pesar, que en este estudio, alguna influencia pueden tener el número de hijos, el promedio de edad de estos o el tipo de familia. Esta última influencia debela la prolongación del cuidado al ámbito familiar. Por otro lado, la mantención y mejoramiento del estándar de vida en esta sociedad de libre mercado, donde los sueldos son bajos, ha llevado a que los individuos aumenten sus ingresos mediante la obtención de empleos adicionales, lo que trae una influencia negativa sobre la familia dedicándole menor tiempo. El trabajo es esencial para la subsistencia del ser humano y la satisfacción de las necesidades básicas personales y familiares, este equilibrio es complejo y plantea un proceso de cambio continuo ante el cual el trabajador debe estar preparado con herramientas personales y redes de apoyo sólidas, fuera y dentro del trabajo. Cada caso es diferente y puede que en algún momento exista el equilibrio, pero sin previo aviso, esta homeostasis se puede romper y causar estragos en alguna de las dos o las dos esferas de la vida.

- Es necesario seguir investigando en este tema, en cuanto al síndrome de Burnout como factor de riesgo psicosocial y en la fatiga como respuesta inmediata a la carga laboral. Establecer como se relaciona el exceso de trabajo con las diferentes variables y cuáles son las medidas necesarias y eficaces para mitigar la aparición de los síndromes. Es fundamental determinar la importancia del autocuidado en el fomento de la calidad de vida del trabajador, y cómo establecer estrategias para implementarlo en los lugares de trabajo, más allá de la sola utilización de elementos de protección personal. Desde este punto de vista se pueden desarrollar modelos

teóricos que identifiquen como factor importante el autocuidado para la salud de los trabajadores.

- En los diferentes establecimiento de salud, tanto hospitalarios como de atención primaria, se están instaurando las subdirecciones de gestión del cuidado en base a la normativa legal y a la estructura gerencial de alta eficiencia que apunta a mejorar la calidad de atención a los usuarios externos, esto exige una presión constante hacia los funcionarios que laboran en las prestaciones directas, que al no estar preparados, provoca desgaste y daño en la salud. Queda explícita la importancia para los pacientes, pero no se explicita el cuidado que este cambio de estructura y funciones debe implantar para los trabajadores. Por lo tanto, dentro de esta estructura este estudio aporta información importante para establecer medidas de mitigación que eviten el daño en los trabajadores.
- En esta población, de acuerdo a las variables se pueden establecer grupos específicos que permitan hacer comparaciones y evaluar el comportamiento, de la fatiga y el síndrome de burnout, que van más allá de las habituales. De tal manera, de establecer nuevos modelos que permitan identificar los factores explicativos y las diferencias entre ellos, en grupos específicos, por lo tanto, aún es necesario seguir investigando al respecto para generar nuevos modelos teóricos.



14. FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES EN EL DESARROLLO DE LA TESIS

En el desarrollo de este trabajo de investigación los factores facilitadores se relacionaron con: la muy buena disposición de los diferentes actores que pudieron hacer posible la planeación y ejecución de las actividades planteadas; se contó con el apoyo de la docente guía de tesis y de los docentes del Doctorado, de los diferentes directivos y jefes de servicio de los centros asistenciales y de los funcionarios que en su gran mayoría participaron de esta experiencia. El acceso que presenta la Universidad de Concepción a los medios digitales de información en forma expedita y eficiente, contar con un lugar físico para el trabajo autónomo en el Departamento de Enfermería, el eficiente trabajo de la secretaria de postgrado que permitió la fluidez en los procesos, contar con la dedicación exclusiva a los estudios de doctorado mediante el permiso de la Universidad donde se trabaja y contar con la beca MECESUP, sin este último apoyo financiero sería casi imposible solventar los gastos operacionales. Las entregas de conocimientos sólidos en diferentes materias que atañen a la disciplina de enfermería y de manera específica en relación a metodologías investigativas, finalmente, la participación de algunos estudiantes tesistas que contribuyeron enormemente en la aplicación de los instrumentos en la ciudad de Valdivia.

Los factores obstaculizadores en el desarrollo de este trabajo hacen referencia a algunos aspectos logísticos como la distancia entre los lugares donde se aplicó el instrumento (Concepción y Valdivia) que no permitió un trabajo permanente y fluido, la demora en la evaluación de los comités de ética y en los permisos para ejecutar las actividades, esto provocó periodos de espera importantes para el investigador. En este trabajo el tiempo es fundamental para el logro de los objetivos y muchas veces depende de personas externas al equipo. El tipo de muestra en cuanto a su volumen y estratificación necesarios para llevar a cabo el estudio, determinó gran inversión de tiempo en tomar contacto con los jefes y encuestados de los diferentes servicios, por último, el rescate de los cuestionarios contestados, significó visitar en reiteradas ocasiones los servicios y establecimientos, debido a la no entrega del documento en los plazos establecidos de común acuerdo con los participantes, prolongando la ejecución del trabajo.

Cabe destacar que el diseño de investigación presenta algunas limitaciones, el no incorporar alguna variable de percepción para determinar el exceso de trabajo, no establecer el tipo de relación que constituye el exceso de trabajo con las diferentes variables personales, familiares y laborales. No establecer los factores confundentes o intervinientes que pudieran afectar la relación entre las diferentes variables. Por ser un diseño transversal se limita a describir o explicar la relación entre dos o más variables, por lo tanto, no llega al momento de aplicar estrategias necesarias de intervención, pero sirve de información para las instituciones de salud involucradas.



15. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ledesma B, Pulido M, Villegas J. Condiciones de trabajo, estrés y daños a la salud en trabajadoras de la maquila en honduras. *Salud Trab.* 2009;17(1):23-31.
- (2) Jacob A. La noción de trabajo. relato de una aventura socio-antropo-histórica, programa de investigaciones económicas sobre tecnología, trabajo y empleo (piette). *Sociol Trab* 1995;(4):1-14.
- (3) Tiemi N, Soldati S, Alves A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm* 2005;13(2):255-61.
- (4) Duran J. Durkheim y saint-simon: la construcción del ideario de la sociedad del trabajo y las nuevas paradojas de las sociedades tardo-modernas. *Athenea* 2006;9:152-67.
- (5) Feo O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Cienc Saúde Colet.* 2003;8(4):887-96.
- (6) Esser J, Vázquez N, Couto M, Rojas M. Trabajo, ergonomía y calidad de vida. una aproximación conceptual e integradora. *Salud Trab.* 2007;15(1):51-7.
- (7) Gonzalez E, Gutiérrez R. La carga de trabajo mental como factor de riesgo de estrés en trabajadores de la industria electrónica. *Rev Latinoam Psicol.* 2006;38(2):259-70.
- (8) Rodriguez M, Mendoza H. Sistemas productivos y organización del trabajo: una visión desde latinoamérica. *Gac Lab.* 2007;13(2):218-41.
- (9) Correa D, Lopes D, Mattos C. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm* 2005;18(3):285-93.
- (10) Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Interação Psy* 2003;1(1):19-33.
- (11) Martínez C, López G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam.* 2005;7(1):6-9.
- (12) Barcellos R, Cruz M, Almeida L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. *Cienc Enferm* 2010;(2):69-81.
- (13) da Rosa N, Pereira R. Factores asociados a los disturbios músculo-esqueléticos en trabajadoras de enfermería . *Rev Lat-Am Enferm* 2010;18(6):1076-83.

- (14) Valecillo M, Quevedo AI, Lubo A, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M, et al. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. *Salud Trab* 2009;17(2):85-95.
- (15) Newey C, Hood B. Determinants of shift-work adjustment for nursing staff: the critical experience of partners. *J Prof Nurs* 2004 may;20(3):187-95.
- (16) Geiger-Brown J, Muntaner C, Lipscomb J, Trinkoff A. Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work Stress* 2004;18(4):292-304.
- (17) González J, Moreno B, Garrosa E. Carga mental y fatiga en servicios espaciales de enfermería. *Rev Latinoam Psicol.* 2005;37(3):477-92.
- (18) Otárola G. La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuad Adm* 2007;20(34):139-60.
- (19) Bonino L. Micromachismos, el poder masculino en la pareja "moderna". in: chema espada, editor. *voces de hombres por la igualdad*. 1 ed. Armería, España: 2008. p. 89-109.
- (20) dal Pai D, Lautert L. El trabajo en urgencia y emergencia y su relación con la salud de los profesionales de enfermería. *Rev Lat-Am Enferm* 2008;16(3):439-44.
- (21) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle Me, Dominguez V. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2004 jul;78(4):505-16.
- (22) Noriega M, Gutiérrez G, Mendez G, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1361-72.
- (23) Bosi T, Luz M, Harter R, Cardoso A, Guido L. Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. *Rev Latino-Am Enferm* 2010;18(3):429-35.
- (24) Assalvi K, Aparecida D, Silva A. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants . *Rev Lat-Am Enferm* 2010;18(3):413-20.
- (25) del Valle A, Palucci M. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *rev Latino-Am Enferm* 2001;9(1):102-8.

- (26) Pereira L. Teoría social y concepción del trabajo: una mirada a los teóricos del siglo xix. *Gac Lab* 2008;14(1):81-101.
- (27) Hernández A. Flexibilización y organización del trabajo. *Rev Cienc Soc* 2005;11(2):256-76.
- (28) Ferreira E, Prado M, Prado C, Pavan P, Fernandes G, Barrionuevo B. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. *Rev Esc Enferm USP* 2009;43(esp 2):1292-6.
- (29) Jiménez A, Acevedo D, Salgado L, Moyano E. Cultura trabalho-família e compromisso organizacional numa empresa de serviços. *Psicol Estud.* 2010;14(4):729-38.
- (30) Oficina Internacional Del Trabajo. Memoria del director general: trabajo decente. 1999.
- (31) Somavia J. Un trabajo decente para todos en una economía globalizada: una perspectiva de la OIT. 1999.
- (32) Gálvez E, Gutiérrez E, Picazzo E. El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales. *Rev Mex Sociol* 2011;73(1):73-104.
- (33) Crespo F. Entre el concepto y la práctica: responsabilidad social empresarial. *Estud Gerenc* 2010;26(117):119-30.
- (34) Briseño A, Lavín J, García F. Análisis exploratorio de la responsabilidad social empresarial y su dicotomía en las actividades sociales y ambientales de la empresa. *Contaduría y Administración* 2011;(233):73-83.
- (35) Organización Internacional del Trabajo. Tendencias mundiales del empleo enero de 2009. 1 ed. Ginebra: 2009.
- (36) Organización Internacional del Trabajo. El Programa de trabajo decente. 2011. 31-8-2011.
- (37) Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tercera edición ed. Madrid: 2001.
- (38) Cruz M, Chaves M, Barcellos R, Almeida L, De Oliveira I, Jorge L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Rev Cuba Enferm.* 2010;26(1):52-64.

- (39) Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicol Estud.* 2002;7(1):3-10.
- (40) Cornejo R. Condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente en profesores de enseñanza emdia de santiago de chile. *Educ Soc* 2009;30(107):409-26.
- (41) Pereira R, Martins F, Ávila A, Silvany A. Interactions between physical and psychosocial demands of work associated to low back pain. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):326-34.
- (42) Estrada J, Ramirez A, Rodriguez J, Bonilla J. Determinación de fatiga física en costureras hogareñas en la ciudad de los mochos sinaloa. *Memorias del VI congreso internacional de ergonomía.* 2004 p. 1-10.
- (43) Fini A, Lopes D. Propriedades psicométricas da dutch fatigue scale e dutch fatigue scale - versão brasileira. *Rev Bras Enferm* 2010;63(2):216-21.
- (44) Johnson M, Bulechek G, Mccloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. interrelaciones nanda, noc y nic. II ed. Madrid: 2005.
- (45) Mansilla F. El síndrome de fatiga crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiat.* 2003;(89):19-30.
- (46) Barbado F, Gómez J, López M, Vasquez J. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en medicina interna. *An Med Interna* 2006;23(5):238-44.
- (47) Garrosa E, Moreno B, González J. La carga mental y la fatiga laboral: relación, fuentes, facilitadores y consecuencias asociadas. *La Mutua* 2011;(18):53-65.
- (48) Baez G, Castro C, Ramirez A, Estrada J. Determinación de fatiga física en enfermeras que laboran en el área de emergencia del IMSS. *Memorias del VII congreso internacional de ergonomía.* 2005 p. 54-63.
- (49) Tovalín H, Rodríguez M, Ortega M. Rotación de turnos, fatiga y alteraciones cognitivas y motrices en un grupo de trabajadores industriales. *Memorias del VI congreso internacional de ergonomía.* 2004 p. 108-17.

- (50) Introduce modificaciones al decreto ley n° 3.500, de 1980, y dicta normas relativas a pensiones de vejez, considerando el desempeño de trabajos pesados, 19.404, Subsecretaría de Previsión Social, Ministerio del Trabajo, (1995).
- (51) Gil-Monte P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83(2):169-73.
- (52) Ministerio de Salud GdC. Factores psicosociales de riesgo laboral. Diseño de un método para su identificación y evaluación. aplicación a una institución de salud. 1 ed. Santiago, Chile: 2005.
- (53) Moreno B, Báez C. Factores y riesgo psicosociales, formas, consecuencias medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid 2010.
- (54) Observatorio Permanente, UGT. Guía sobre los factores y riesgos psicosociales. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, Madrid 2006.
- (55) Unión General de Trabajadores. UGT Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral. Zaragoza. 2006.
- (56) Moreno B. Factores y riesgo laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med Segur Trab.* 2011; 57 (sup 1): 1-262
- (57) Rolo G, Díaz D, Hernández E. Desarrollo de una escala subjetiva de carga mental de trabajo (escam). *Rev Psicol Trab Organ.* 2010;25(1):29-37.
- (58) Norma Cubana, ISO 10075:2009, publicado por iso,1991, ics: 01.040.13, Oficina Nacional de Normalización, (2009).
- (59) González J. Estrés, Homeostasis y enfermedad. Publicado en *Psicología médica*. A. Seva Ino Reproducciones. Zaragoza, 1994.
- (60) Torres P. Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). Universidad de Huelva, Huelva ,2007).
- (61) López B, Osca A. El papel del modelo Demandas-Control-Apoyo en la salud de trabajadores de la construcción. *Psicothema* 2011; 23(1): 119-125.
- (62) Artazcoz L, Escribá Aguir V, Cortés I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl 1): 71-8.
- (63) Ferrer R. Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización. *Anu Psicol* 2004;35(4):521-45.

- (64) Akerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Mental fatigue, work and sleep. *J Psychosom Res* 2004 nov;57(5):427-33.
- (65) Thomae M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Rev Postgrado Via. Cátedra Med.* 2006;(153):18-21.
- (66) Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (sq)" . *Act Colom Psicol.* 2007;10(2):117-25.
- (67) Hernández GI, Olmedo E, Ibañez I. Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. *Int J Clin Health Psychol.* 2004;4(2):323-36.
- (68) Ortega C, López F. El *Burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol.* 2003;4(1):137-60.
- (69) Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* 2004 sep;61(9):764-8.
- (70) Reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, DS 109, Ministerio Del Trabajo y Previsión Social, subsecretaría de previsión social, (1968).
- (71) Kubota K, Shimazu A, Kawakami N, Takahashi M, Nakata A, Schaufeli W. Distinción empírica entre engagement y trabajolismo en enfermeras hospitalarias de japon: efecto sobre la calidad del sueño y el desempeño laboral. *Cienc Trab.* 2011;(41):152-7.
- (72) Moreno A, Velasquez A, Gómez G. El Engagement : un constructo que promueve la calidad de vida en las organizaciones 2012;1-21.
- (73) Schaufeli W, Martínez I, Marques A, Salanova M, Bakker A. Burnout and engagement in university students. *J Cross Cult Psychol.* 2002;(33):464-81.
- (74) Benevides A, Fraiz D, Porto-Martins P. UWES, utrecht work engagement scale. © occupational health psychology unit utrecht university. 5-36. 2009.
- (75) Bargagliotti L. Work engagement in nursing: a concept analysis. *j adv nurs* 2012 jun;68(6):1414-28.
- (76) Torp S, Grimsmo A, Hagen S, Duran A, Gudbergsson Sb. Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promot Int* 2012 jun 11.

- (77) Panunto M, Guirardello E. Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev Lat-Am Enferm* 2009;17(6):1009-14.
- (78) Magela G, Salles M, Cunha V. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* 2010;62(6):856-62.
- (79) Andrade L, Grillo K. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(4):645-52.
- (80) Valenzuela S, Sanhueza O, Riquelme N, Fernandez M, Nuñez R. Salud laboral: situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. *Enferm Clín.* 2002;13(2):94-102.
- (81) Murofuse N, Abranches S, Napoleao A. Reflections on stress and Burnout and their relationship with nursing. *Rev Lat-am Enferm* 2005;13(2):255-61.
- (82) Astudillo P, Alarcón Am, Lema M. protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, temuco, chile. *Cienc enferm.* 2009;15(3):111-22.
- (83) Escribá V, Burguete D. ¿Cómo perciben las enfermeras de transplantes las causas del estrés laboral? *Index Enferm* 2005;14(50):15-9.
- (84) Pazetto A, Olm I, Yamaguchi I. Nurses' leadership styles in the icu: association with personal and professional profile and workload. *Rev Lat-Am Enferm* 2010;17(1):28-33.
- (85) Van B. Commentary on Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz M, Kohler T & Pfaff H (2010) Burnout in nurses--the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1654-1663. *j clin nurs* 2011 mar;20(5-6):913-4.
- (86) Velasquez G. Prevención del riesgo biológico en los trabajadores de la salud. *Programa de Actualización Médica Permanente* 1999;(40):2-9.
- (87) Retamales O, Behn V, Merino J. Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de talcahuano, chile, año 2003. *Cienc Enferm* 2004;x(1):23-30.
- (88) Andrades L, Valenzuela S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas *Rev Lat-Am Enferm* 2007;15(3):480-6.

- (89) García A. De las identidades masculinas como juegos de transparencia. *Inguruac*. 2003;(37):1-16.
- (90) Szil P. Masculinidad y paternidad. Del poder al cuidado. in: chema espada, editor. voces de hombre por la igualdad. 1 ed. Armeía, España: 2008. p. 50-68.
- (91) Boscán A. Propuesta crítica para una concepción no tradicional de la masculinidad. *Opción*. 2006;22(51):26-49.
- (92) Maraval J, Covas S, Bonino L. Los hombres y el cuidado de la salud. 2009.
- (93) Gosende E. Accediendo al genero masculino. dimensiones histórica, hermenéutica, reflexivay política de la masculinidad. *Subj Procesos Cogn*. 2004;5:159-89.
- (94) de Oliveira V. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(1):35-42.
- (95) Smith A. Indigenous feminism without apology - decentering white feminism. association for women's rights in developmen 2006 [cited 2010 sep 28];available from: url: <http://www.awid.org/eng/issues-and-analysis/library/indigenous-feminism-without-apology-decentering-white-feminism>
- (96) Gargallo F. Feminismo latinoamericano. *Rev Venez Estud Mujer*. 2007;12(28).
- (97) Bedoya J. El deseo y el placer. in: chema espada, editor. voces de hombres por la igualdad. 1 ed. armería, españa: 2008. p. 69-88.
- (98) Espada C. "Aquí quién lleva los pantalones soy yo", logros sociales frente a logros relacionales en la autoestima masculina. in: chema espada, editor. voces de hombres por la igualdad. 1 ed. Almería, España: 2008. p. 6-32.
- (99) Cazés D, Huerta F. Hombres ante la misoginia: miradas múltiples. 1 ed. D.F., México: 2005.
- (100) Caribí A. Construyendo nuevas masculinidades: la representación de la masculinidad en la literatura y el cine de los estados unidos (1980-2003) memoria del proyecto de investigación ministerio del trabajo y asuntos sociales, Instituto de la Mujer; 2003.
- (101) Rosas R, Ríos M. Diversidad cultural y género. 1 ed. México: 2010.
- (102) Espada J. Construcción de la masculinidad: identidad de género y subjetividad. grupo abierto de estudios sexológicos 1997 [cited 2010 nov 3];available from: url: http://www.europofem.org/contri/2_05_es/es-masc/63es_mas.htm#feminismo

- (103) Lozoya J. Como conciliar la vida familiar y laboral. in: chema espada, editor. voces de hombres por la igualdad. 1 ed. Armería, España: 2008. p. 244-68.
- (104) Steers W. Masculinity is dangerous to your health. J Urol 2010; 184: 2229-2230.
- (105) Hearn J. Are men changing? achilles heel the radical men's magazine . 1990. 26-10-2010. ref type: magazine article
- (106) Jiménez A, Moyano E. Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. Revista Universum 2008;1(23):117-33.
- (107) Cerna M, Estrada M, Serpa R. Genero y trabajo femenino en el peru. Rev Lat-Am Enferm 1997;5(2):23-31.
- (108) Martinez I. Mujeres: transformaciones sociales en los contextos familiar y educativo. los procesos de individuación. Subj Procesos Cogn. 2004;5:199-218.
- (109) Buring M. Genero femenino, familiar y carrera laboral: conflictos vigentes. Subj Procesos Cogn. 2004;5:48-75.
- (110) Echeverría M, Lopez D. Flexibilidad laboral en Chile: las empresas y las personas . 2004.
- (111) Feldman L, Vivas E, Zoralde L, Zaragoza J, Gómez V. Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. Salud Pública Méx. 2008;50(6):482-9.
- (112) Spindola T, Santos R. Trabalho versus vida em família. conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. Cienc Enferm 2004;x(2):43-52.
- (113) Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en españa. Gac Sanit 2004;18(2):24-35.
- (114) Pineda J, Hernández A. Retos de la equidad para los hombres: transformar las valoraciones que discriminan contra lo femenino y universalizar la causa feminista. Nómadas 2006;(24):152-63.
- (115) Baca N. Ciudad, relaciones de género y trabajo extradoméstico. Gac Lab. 2005;11(3).
- (116) Kalsbeek J. Measurment of mental work load and of acceptable load: possible applications in industry. The International Journal of Production Research 2010;7(1):33-45.

- (117) Yang H, Schnall P, Jauregui M, Su T, Baker D. Work hours and self-reported hypertension among working people in california. *J Am Heart Assoc.* 2006;(48):744-50.
- (118) Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gac Sanit* 2004;18(supl 1):31-7.
- (119) Camerino D, Estry-Behar M, Conway Pm, Van Der Heijden Bi, Hasselhorn Hm. Work-related factors and violence among nursing staff in the european next study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud* 2008 jan;45(1):35-50.
- (120) Sanchez R, Valenzuela S, Solares J. Percepción de violencia que afecta a las profesionales de enfermería. *Medwave* 2003;3(5).
- (121) Janzante A, Viski S, Yamaguchi I. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em uti cardiológica. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):873-80.
- (122) Cardoso R, Grillo K, De Souza L, Kazue A, Rodrigues V. Carga de trabalho de enfermagem requerida por adultos, idosos e muito idosos em unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2008;43(esp 2):1284-91.
- (123) Costa L, De Brito E. Nurses' attention demands in the work setting1. *Rev Lat-Am Enferm* 2010;15(1):27-33.
- (124) Pazetto A, Viski S, Yamaguchi I. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em uti. *Acta Paul Enferm* 2010;19(1):16-20.
- (125) Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Vitarnen M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? evidence from the rafaella patient classification system. *Journal Of Advances Nursing* 2006;57(3):286-95.
- (126) Gutiérrez M, Hernández J, Villanueva A. Significado que tienen las condiciones laborales actuales para la calidad de vida como factor de desarrollo humano de la enfermera (o). *Hacia la Promoción de la Salud* 2004;9:119-31.
- (127) Gómez Mc, Álamo Mc, Amador M, Ceacero F, Mayor A, Muñoz A, et al. Estudio del seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Med Segur Trab* 2009;55(215):52-62.

- (128) Warley E, Pereyra N, Desse J, Cetani S, De Luca A, Tamyó N, Et Al. Estudio sobre la exposición ocupacional a sangre y fluidos corporales en el personal de enfermería de un hospital de referencia de buenos aires, argentina. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(6):524-9.
- (129) Scherlowski H, Chaves M, Gomes V, De Souza M, Henriques F. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(2):206-14.
- (130) Vera A, Carrasco C, Vanegas J, Contreras G. Fatiga física y fatiga cognitiva en trabajadores de la minería que laboran en condiciones de altitud geográfica. Relación con el mal agudo de montaña. *Ciencia & Trabajo* 2008;10(29):90-4.
- (131) Souza NVDO, Santos DM, Ramos EL, Anunciación CT, Thiengo PCS, Fernandes MC. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(2):236-43.
- (132) Palucci M. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem . *Rev Lat-am Enferm* 1995;3(1):59-78.
- (133) Rella S, Winwood Pc, Lushington K. when does nursing Burnout begin? An investigation of the fatigue experience of Australian nursing students. *J Nurs Manag* 2009;17(7):886-97.
- (134) Ahola K, Vaananen A, Koskinen A, Kouvonen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *J Psychosom Res* 2010 jul;69(1):51-7.
- (135) Ranchal A, Vaquero M. Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. *Med Segur Trab* 2008;liv(210):47-55.
- (136) Vidal J, Carlotto M, Souto A. Prevalência da síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB . *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(3):502-12.
- (137) Carlotto S, Goncalves S. Preditores da síndrome de Burnout em professores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (Abrapee)* 2007;2(1):101-10.

- (138) Restrepo N, Colorado G, Cabrera G. Desgaste emocional en docentes oficiales de medellín, colombia, 2005 . Rev Salud Pública 2006;8(1):63-73.
- (139) Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997;(71):293-303.
- (140) Moreira D, Magnago R, Sakae T, Magajewski F. Prevalence of Burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of brazil. Cad Saude Publica 2009 jul;25(7):1559-68.
- (141) Pereda L, Márquez F, Hoyos M, Yáñez M. Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental 2009;32(5):399-404.
- (142) Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cuba Salud Pública 2003;29(2):103-10.
- (143) de Souza D, Faverzani R, Mamôru T, Liberali F. Prevalência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do brasil. Cad Saúde Públ. 2009;25(7):1559-68.
- (144) Alarcon G, Eschleman K, Bowling N. Relationships between personality variables and Burnout: a meta-analysis. Work & Stress 2009;23(3):244-63.
- (145) Garrosa E, Moreno B, Rodriguez A, Rodriguez R. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of Burnout and engagement. Int J Nurs Stud 2011 apr;48(4):479-89.
- (146) Lang G, Pfister E, Siemens M. Nursing Burnout: cross-sectional study at a large army hospital. Mil Med 2010;175(6):435-41.
- (147) Jourdain G, Chenevert D. Job demands-resources, Burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2010 jun;47(6):709-22.
- (148) Patrick K, Lavery J. Burnout in nursing. Aust J Adv Nurs 2007 mar;24(3):43-8.
- (149) Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing Burnout. a literature review. Prof Inferm 2005 apr;58(2):75-9.
- (150) Blanch A, Aluja A. Validation study of the spanish version of the work-family conflict questionnaire (cctf). Span J Psychol. 2009;12(2):746-55.
- (151) Gill-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del maslach Burnout inventory-general survey. Salud Pública Méx. 2002;44(1):33-40.

- (152) Moreno B, Rodriguez R, Escobar E. La evaluación del Burnout profesional factorización del mbi-gs. Un análisis preliminar. *Ansiedad Estrés* 2001;7(1):69-78.
- (153) Olivares V, Gil-Monte P. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "maslach Burnout inventory" (mbi). *Cienc Trab.* 2011;(33):160-7.
- (154) Barker L, Nussbaum A. Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *J Adv Nurs.* 2011;67(6):1370-82.
- (155) Josten Ej, Ng Atj, Thierry H. The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *j adv nurs* 2003 dec;44(6):643-52.
- (156) Vasconcelos S, Fischer F, Reis A, Moreno C. Factors associated with work ability and perception of fatigue among nursing personnel from amazonia. *Rev Bras Epidemiol* 2011 dec;14(4):688-97.
- (157) Gurgueira G, Alexandre N, Corrêa H. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat-am Enferm* 2003;11(5):608-13.
- (158) Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):722-9.
- (159) Nery D, Martins A, Oliveira S, Oliveira S, Taciro C, Carregaro R. Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de uti. *Fisioter Pesq* 2013;20(1):76-82.
- (160) Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas.* 2005;1(2):125-37.
- (161) Neisa C, Rojas Y. Fatiga laboral, accidentes e incidentes laborales en los conductores de carga pesada de una empresa transportista de la ciudad de yopal. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 2009;10(1):7-21.
- (162) Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. ¿Qué son las dislipidemias? Mexico 2019.
- (163) Aguilar C, Gómez F, Lerman I, Vasquez C, Pérez O, Posadas C. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias: posición de la sociedad mexicana de nutrición y endocrinología. *Rev Endocrinol Nutr.* 2004;12(1):7-41.

- (164) Lopez I, Telxeira F, de Almeida M, da Silva L, Macedo A. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipen de enfermagem portadora de hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm* 2010;64(1):18-24.
- (165) Division De Prevención Y Control De Enfermedades, Departament de Ciclo Vital, Ministerio De Salud. Situación actual de la salud del hombre en Chile. Santiago, Chile; 2011.
- (166) Aukar R, Villela S. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Rev Lat-am Enferm* 2003;11(4):490-8.
- (167) Rosa M, Villela S. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em uti: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev Lat-am Enferm* 1997;5(4):75-83.
- (168) Kawada T. Sleep duration for residents in the nursing home by accelerometer: a preliminary study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20:662-4.
- (169) Gangwisch J, Fescanich D, Malaspina D, Shen S, Forman J. Sleep duration and risk for hypertension in women: results from the nurses' healthstudy. *Am. J. Hypertens*. 2013;26(7):903-11.
- (170) Soares S, Figueiredo M. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2013;46(6):1471-6.
- (171) Díaz Y, Díaz C, Puerma C, Viedma M, Aulet A, Lázaro E, et al. La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de castilla-la mancha. *Rev Clín Med Fam* 2008;2(4):156-61.
- (172) Geiger J, Trinkoff A, Rogers V. The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses. *Journal Of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(3):303-7.
- (173) Fontana R, Brigo L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. *Esc Anna Nery* 2011;16(1):128-33.
- (174) lagerstrom M, Josephson M, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M. Striving for balance between family and work demands among iranian nurses. *Nurs Sci Q*. 2010;23(2):166-72.
- (175) De Oliveira B, De Martino M. Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):30-6.

- (176) Dos Santos J, Viganó M, Frollini M, Canêo L, Goulart E. Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? *Psicol Estud.* 2010;15(3):633-8.
- (177) Estryn-Behar M, Van Der Heijden Bi. Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety. *Work* 2012;41(1):4283-90.
- (178) Manzano G. Burnout y engagement en un colectivo preprofesional estudiantes universitarios . *Bol Psicol.* 2002;(74):79-102.
- (179) Eriksen W. Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med* 2006;63(428):434.
- (180) Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y, Morita S, Okamura T, Tanaka T, et al. Lifestyle and work predictors of fatigue in japanese manufacturing workers. *Occupational Medicine* 2007;57:262-9.
- (181) Høgh A, Borg V, Mikkelsen K. Work-related violence as a predictor of fatigue: a 5-year follow-up of the danish work environment cohort study. *Work Stress* 2003;17(2):182-94.
- (182) Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública* 2003;29(2):103-10.
- (183) Hernández C, Juárez A, Arias F, Dickinson E. Factores psicosociales predictores de Burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria. *Cienc Trab.* 2009;11(34):227-31.
- (184) Pardo J, López F, Moriña M, Pérez M, Freire P, Fernández R. ¿Estamos quemados en atención primaria? *Med Fam.* 2002;3(4):245-50.
- (185) Órdenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital roberto del río. *rev Chil Pediatr* 2004;75(5):449-54.
- (186) Ávila J, Gómez L, Montiel M. Características demográficas y laborales asociadas al síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico* 2010;8(15):39-52.
- (187) Melita A, Cruz M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Cienc Enferm* 2008;xiv(2):75-85.

- (188) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2004 jul;78(4):505-16.
- (189) De Souza D, Faverzani R, Mamôru T, Liberali F. Prevalência da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(7):1559-68.
- (190) Cogollo Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Merina G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de cartagena, colombia. *Aquichan* 2010;10(1):43-51.
- (191) Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz Ma, Kohler T, Et Al. Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *J Clin Nurs* 2010 jun;19(11-12):1654-63.
- (192) Espinoza M, Valverde S, Vindas H. Vivencia holística del estrés en profesionales de enfermería. *Rev Enfermería Actual* 2011;(20).
- (193) Armon G, Shirom A, Berliner S, Shapira I, Melamed S. A prospective study of the association between obesity and Burnout among apparently healthy men and women. *J Occup Health Psychol* 2008 jan;13(1):43-57.
- (194) Alvarez E, Fernanadez L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios . *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991;xi(39):257-65.
- (195) Bianchini M. El síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica* 1997;13 -14(2-1-2):189-92.
- (196) Hooper C, Craig J, Janvrin Dr, Wetsel Ma, Reimels E. Compassion satisfaction, Burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 2010 sep;36(5):420-7.
- (197) Harwood L, Ridley J, Wilson B, Laschinger H. Occupational Burnout, retention and health outcomes in nephrology nurses. *Cannt J* 2010 oct;20(4):18-23.
- (198) Chipas A, Mckenna D. Stress and Burnout in nurse anesthesia. *Aana J* 2011 apr;79(2):122-8.
- (199) Atance JC. Epidemiologic aspects of the Burnout syndrome in hospital personnel. *Rev Esp Salud Publica* 1997 may;71(3):293-303.

- (200) Alvarez L, Prieto B. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Glob.* 2013;12(1):73-88.
- (201) Soderstrom M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Akerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical Burnout. *J Occup Health Psychol.* 2012;17(2):175-83.
- (202) Ekstedt M, Soderstrom M, Akerstedt T. Sleep physiology in recovery from Burnout. *Biol Psychol* 2009 dec;82(3):267-73.
- (203) Demir A, Arslan S. Morning-evening type and Burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Public Health* 2011;52(527):537.
- (204) Jiménez A, Mendiburo N, Olmedo P. Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Av Psicol Latinoam.* 2011;29(2):317-29.
- (205) Bekker M, Roon M, Ressers B. Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress* 2005;19(3):221-37.
- (206) Tone S, Melbye E, Arild G, Falcum E, Gjerow O. Positive and negative workfamily interaction and Burnout: a longitudinal study of reciprocal relations. *Work & Stress* 2008;22(1):1-15.
- (207) Grau MA, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. Influence of personal, professional and cross-national factors in Burnout syndrome in hispanic americans and spanish health workers (2007). *Rev Esp Salud Publica* 2009 mar;83(2):215-30.
- (208) Maslach C, Jackson S. The role of sex and family variables in Burnout. *Sex Roles* 1985;12(7/8):837-51.
- (209) Poghosyan L, Clarke S, Finlayson M, Aiken L. Nurse Burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health* 2010 aug;33(4):288-98.
- (210) Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de salud del cusco. *Situa* 2013;12(23):11-22.
- (211) França S, Figueiredo M, Aniceto V, Silva L. Predictors of Burnout syndrome in nurses in the prehospital emergency services. *Acta Paul Enferm* 2012;25(1):68-73.

- (212) Engelbrecht M, Bester C, Van Den Berg H, Van Rensburg H. A study of predictors and levels of Burnout: the case of professional nurses in primary health care facilities in the free state. *S Afr J Econ.* 2008;76(s1):15-27.
- (213) Kemal M, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of Burnout among nurses in a university hospital. *Int J Nurs Stud.* 2004;42:549-55.
- (214) Queiros C, Carlotto M, Kaiseler M, Dias S, Pereira A. Predictors of Burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema* 2013;25(3):330-5.



16. ANEXOS 1: DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN.

Descripción escala conflicto trabajo-familia

El instrumento presenta dos escalas de cuatro ítems definidos a partir de los estudios llevados a cabo en inglés por Carson & Perrewé, 1999; Frone et al, 1992; Gutek et al, 1991 y en español por Martínez-Pérez y Osca, 2001. La primera escala mide el grado de interferencia del trabajo hacia la familia y la segunda la interferencia de la familia hacia el trabajo, obteniendo la siguiente distribución:

- Preguntas referidas a Conflicto trabajo-familia:

17. Después del trabajo, llego a mi casa demasiado cansado para hacer las cosas que me gustaría hacer.

18. Debido al exceso de trabajo, no puedo dedicarme a mi familia todo lo que desearía.

19. Mi trabajo me quita tiempo que me gustaría pasar con mis familiares y amigos.

20. Mi trabajo interfiere a menudo con mis responsabilidades familiares.

- Preguntas referidas a Conflicto familia-trabajo:

21. Mis responsabilidades familiares son tan grandes que no me queda tiempo para el trabajo.

22. A mis supervisores y compañeros de trabajo les disgusta lo a menudo que hablo sobre mi vida personal.

23. Mi vida familiar me quita tiempo que me gustaría pasar en el trabajo.

24. Mi vida familiar interfiere a menudo con mis responsabilidades laborales.

Ambas escalas presentan respuestas tipo Likert, con puntuaciones que van desde 1 punto (totalmente en desacuerdo) hasta 7 puntos (totalmente de acuerdo). El grado de conflicto de cada escala se obtiene de la suma de los puntajes de los correspondientes ítems, valores elevados indican gran nivel de interferencia o conflicto en alguna de las direcciones.

Descripción de la escala engagement y trabajo

Consta de 17 preguntas tipo Likert, con respuestas que van desde nunca (Pje.0) hasta siempre (Pje.6), por lo tanto, el mínimo puntaje que se puede obtener es 0 y el máximo es

102. Este instrumento se puede dividir en tres sub-factores distribuidos de la siguiente forma:

- Preguntas referidas a vigor:
 1. En mi trabajo me siento lleno de energía.
 2. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo.
 3. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar.
 4. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo.
 5. Soy muy persistente en mi trabajo.
 6. Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando.
- Preguntas referidas a dedicación:
 1. Mi trabajo está lleno de significado y propósito.
 2. Estoy entusiasmado con mi trabajo.
 3. Mi trabajo me inspira.
 4. Estoy orgulloso del trabajo que hago.
 5. Mi trabajo es retador.
- Preguntas referidas a absorción:
 1. El tiempo vuela cuando estoy trabajando.
 2. Cuando estoy trabajando olvido todo el que pasa a alrededor de mí.
 3. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo.
 4. Estoy inmerso en mi trabajo
 5. Me “dejo llevar” por mi trabajo.
 6. Me es difícil “desconectarme” de mi trabajo.

Descripción de la escala fatiga física y cognitiva

En la versión original presentaba 20 ítems y en la versión para este estudio, que corresponde a la validada en Chile, posee 15 ítems. Presenta escala de Likert con una puntuación que va de 1(si, totalmente verdadero) a 7 (no, esto no es verdadero) en las primeras 15 preguntas, en la pregunta 16 la escala va de 1 (no, nunca) a 5 (completamente). El mínimo puntaje que se puede obtener es 16 Pts. y el máximo es de 110 Pts. De esta se

desprenden dos sub-escalas, una evalúa Percepción subjetiva de fatiga física y la otra evalúa Percepción subjetiva de fatiga cognitiva.

Descripción de la escala Maslach Burnout Inventory General Survey

Está constituido por 16 ítems con escala de Likert cuya puntuación va desde 0 (nunca) hasta 6 (diariamente), con puntuación máxima de 96 puntos. Posee 3 conceptos, Desgaste emocional, Cinismo y Eficacia Profesional distribuidos de la siguiente forma:

- **Desgaste Emocional:**
 1. Me siento agotado emocionalmente por mi trabajo
 2. Me siento desgastado al final de la jornada laboral
 3. Me siento cansado cuando me levanto en la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo.
 4. Trabajar todo el día representa una verdadera tensión para mí.
 5. Me siento acabado por mi trabajo.
- **Cinismo**
 1. Ha disminuido mi entusiasmo por mi trabajo.
 2. Ha disminuido mi interés por el trabajo desde que comencé en este empleo.
 3. Sólo quiero hacer mi trabajo sin ser molestado.
 4. Me he vuelto más incrédulo con respecto a si mi trabajo contribuye en algo.
 5. Dudo de la relevancia que tiene mi trabajo.
- **Eficacia profesional**
 1. Puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.
 2. Siento que estoy haciendo una contribución efectiva a lo que esta organización hace.
 3. En mi opinión, soy bueno en mi trabajo.
 4. Me siento entusiasmado cuando logro algo en mi trabajo
 5. He logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.
 6. En mi trabajo, me siento seguro de que soy eficaz para hacer las cosas

17. ANEXO 2: FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Influencia de factores personales, familiares y laborales en la intensidad de la fatiga y síndrome de Burnout en el personal de enfermería de hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar de las ciudades de Concepción y Valdivia”.

Autor: Fredy Seguel Palma, Doctor(c) en Enfermería, Universidad de Concepción

Profesor guía de tesis: Dra. Sandra Valenzuela Suazo, Universidad de Concepción

El Sr. Fredy Seguel Palma, realiza un estudio destinado a *Determinar la influencia que tienen los factores personales, familiares y laborales en la intensidad de fatiga y síndrome de Burnout del personal de enfermería de Hospitales de alta complejidad y Centro de Salud Familiar de las ciudades de Valdivia y Concepción en el periodo 2012 – 2013*, el cual, está autorizado por los respectivos Comités de Ética y autoridades de los diferentes centros asistenciales.

Un integrante del equipo de investigadores se ha acercado a usted en el servicio donde trabaja con un sobre sellado que contiene un cuestionario, pues ha sido seleccionado a participar de este estudio. Si con su respuesta se evidencia algún síndrome de los estudiados, será comunicado al jefe de servicio y enfermera coordinadora para su abordaje oportuno de acuerdo a la ley 16.744, lo que no traerá consecuencias negativas para usted.

Al final de la investigación, los resultados serán publicados en alguna revista científica indexada y se presentarán a los directivos y funcionarios de los centros asistenciales en reuniones ampliadas.

Aseguramos absoluta confidencialidad de su identidad y que podrá desistir en cualquier momento de participar de este estudio y solicitar información en todo momento vía correo electrónico o llamado telefónico al investigador responsable.

Finalmente, necesitamos su autorización voluntaria, por lo tanto, se le ruega marcar con una X en el casillero la respuesta y estampar la firma. Rogamos a Usted contestar cada pregunta en forma concentrada y con la verdad, lo que no tardará mas de 45 minutos, luego entregar el cuestionario a la persona responsable de su aplicación.

Acepto participar No acepto participar

Fecha: _____ / _____ / _____

FIRMA

Investigador responsable : Fredy Andrés Seguel Palma
RUT: 14.244.700-2 **Celular:** 7- 2150257

Correo electrónico : fredyseguel@uach.cl
Fono Oficina : 063-221130

18. ANEXO 3: CUESTIONARIO ELABORADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Doctorado en Enfermería Universidad de Concepción

Tesis: "Influencia de factores personales, familiares y laborales en la fatiga y síndrome de Burnout en personal de enfermería de hospitales de alta complejidad y Centros de Salud Familiar de las ciudades de Concepción y Valdivia"

Tesista: Fredy Andrés Seguel Palma

Profesor guía de tesis: Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Folio: _____

Centro Asistencial: _____

Servicio: _____

1. Edad: _____ 2. Sexo (marcar con X): Masc. Fem.

3. Peso: _____ 4. Talla: _____

5. Situación de pareja (Marcar con X): Con pareja Sin pareja

6. Comparte las labores del hogar con su pareja en forma igualitaria (marcar con X): SI NO

7. ¿Con quién vive?

8. Nº de hijos : _____ Edad de los hijos: _____

9. Tiempo que dedica a la recreación y descanso: _____

10. ¿Cuántas horas duerme al día? _____

11. ¿Presenta Usted alguna de las siguientes patologías? Marcar con X sobre la letra. Puede responder más de una. Si no está la alternativa, por favor responder en otra.

- a. Hipertensión
- b. Diabetes
- c. Dislipidemia
- d. Epilepsia
- e. Lupus
- f. Asma

Otra: _____

13. Usted fuma
(marcar X)

SI

NO

¿Cuántos cigarrillos?

Día: _____

Semana: _____

Mes: _____

Questionario de Conflicto Trabajo Familia

Describe sus relaciones familiares y laborales con la mayor objetividad posible escribiendo el número que mejor refleje su opinión respecto de cada aspecto que se pregunta. Marque con X en el número correspondiente

Valor numérico							
1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. Después del trabajo, llego a mi casa demasiado cansado para hacer las cosas que me gustaría hacer.	1	2	3	4	5	6	7
2. Debido al exceso de trabajo, no puedo dedicarme a mi familia todo lo que desearía.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi trabajo me quita tiempo que me gustaría pasar con mis familiares y amigos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi trabajo interfiere a menudo con mis responsabilidades familiares.	1	2	3	3	5	6	7
5. Mis responsabilidades familiares son tan grandes que no me queda tiempo para el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
6. A mis supervisores y compañeros de trabajo les disgusta lo a menudo que hablo sobre mi vida personal.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mi vida familiar me quita tiempo que me gustaría pasar en el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7

8. Mi vida familiar interfiere a menudo con mis responsabilidades laborales.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

12. Tiempo que dedica a la recreación y descanso:

13. ¿Cuántas horas duerme al día? _____

14. ¿Presenta Usted alguna de las siguientes patologías? Marcar con X sobre la letra. Puede responder más de una. Si no está la alternativa, por favor responder en otra.

- g. Hipertensión
- h. Diabetes
- i. Dislipidemia
- j. Epilepsia
- k. Lupus
- l. Asma

Otra: _____

14. ¿Usted bebe?:

SI:

NO:

Si su respuesta es sí responder el siguiente cuestionario. Si su respuesta es no pasar a la pregunta N° 16.

15. Escala breve de beber anormal. (test de EBBA) Marcar con X

SI

NO

1. ¿Ha tenido problemas con su pareja como consecuencia del consumo del alcohol?
2. ¿Ha perdido amigos a causa del consumo del alcohol?
3. ¿Siente ganas de disminuir lo que toma?
4. ¿Hay ocasiones que sin darse cuenta termina tomando más de lo que piensa?
5. ¿Ha tenido ganas de tomar alcohol por las mañanas?
6. ¿Ha olvidado al despertar, lo ocurrido después de haber bebido la noche anterior?
7. ¿Le molesta que le critiquen por la forma en que toma?

16. Usted consume algún tipo de medicamento. (Marcar X)

SI

NO

¿Cuál?

17. ¿Usted consume drogas

SI

NO

¿Cuál?

ilícitas? (Marcar X)

Factores del trabajo

18. Turnos rotativos (implica trabajo de noche)

SI

NO

¿Cuál?

13. ¿Cuántas horas trabaja a la semana por contrato?:

14. ¿Cuántas horas reales trabaja a la semana?:

15. ¿si trabaja horas extras, estas son remuneradas?

SI

NO

16. ¿si trabaja horas extras, estas son voluntarias?

SI

NO

17. ¿Usted realiza otro trabajo remunerado en otra institución o en la misma?

SI

NO

• Cuantas Horas:

18. Las condiciones en las cuales trabaja son (marque con una X sobre la letra):

- a) Malas
- b) Regulares
- c) Buenas
- d) óptimas

17. El trabajo que usted realiza es: (marque con una X sobre la letra):

- a) Poco exigente
- b) Regularmente exigente
- c) Medianamente exigente
- d) Exigentes
- e) Muy exigentes



ESCALA DE "ENGAGEMENT" EN EL TRABAJO

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6). Marque con una X en el número que corresponda.

Valor Numérico

0	1	2	3	4	5	6				
Nunca: ninguna Vez	Casi Nunca: pocas veces al año	Algunas veces: una vez al me o menos	Regularmente: pocas veces al mes	Bastante Veces: una vez por semana	Casi siempre: pocas veces a la semana	Siempre: todos los días				
1. En mi trabajo me siento lleno de energía				0	1	2	3	4	5	6
2. Mi trabajo está lleno de significado y propósito				0	1	2	3	4	5	6
3. El tiempo vuela cuando estoy trabajando				0	1	2	3	4	5	6
4. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo				0	1	2	3	4	5	6
5. Estoy entusiasmado con mi trabajo				0	1	2	3	4	5	6
6. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí				0	1	2	3	4	5	6
7. Mi trabajo me inspira				0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar				0	1	2	3	4	5	6
9. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo				0	1	2	3	4	5	6
10. Estoy orgulloso del trabajo que hago				0	1	2	3	4	5	6
11. Estoy inmerso en mi trabajo				0	1	2	3	4	5	6
12. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo				0	1	2	3	4	5	6

13. Mi trabajo es retador	0	1	2	3	4	5	6
14. Me “dejo llevar” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15. Soy muy persistente en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
16. Me es difícil ‘desconectarme’ de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
17. Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando	0	1	2	3	4	5	6



Escala Fatiga Física y Cognitiva

A continuación se plantean distintas afirmaciones que dicen relación con como usted se siente. Para responder, **considere las últimas dos semanas incluido el día de hoy**. Debe dar cuenta de cuán verdadera es para usted la afirmación, utilizando una escala de 1 a 7. Donde 1= Si, esto es totalmente verdadero y 7= No, esto no es verdadero.

SEÑALE LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE MÁS REPRESENTA LO QUE USTED SIENTE. Responder debajo de cada aseveración

1. Me siento cansado

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

2. Me cuesta más pensar

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

3. Físicamente me siento exhausto, rendido

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

4. Me siento equilibrado, en armonía conmigo

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

5. Me concentro en lo que hago

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

6. Me siento débil

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

7. Olvido cosas importantes en muy poco tiempo (desde minutos a un par de días)

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

8. Me cuesta enfocar los ojos o fijar la vista

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

9. Me puedo concentrar bien

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

10. Me siento descansado

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

11. Tengo problemas para concentrarme

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

12. Me siento en mala condición física

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

13. Me canso rápidamente

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

14. Me encuentro distraído pensando en cosas

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

15. Me siento en buena forma

Si, totalmente verdadero	1	2	3	4	5	6	7	No, esto no es verdadero
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

AHORA RESPONDA LO SIGUIENTE

En las últimas dos semanas, incluido el día de hoy ¿Se ha sentido fatigado?

1	2	3	4	5
No, nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente



MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI - GS)

Utilizando la escala siguiente, marque el número que corresponda para indicar con qué frecuencia ha experimentado estos sentimientos. Si nunca ha experimentado este pensamiento o sentimiento, marque 0. Si en efecto ha experimentado este pensamiento o sentimiento, marque la respuesta que mejor lo describa.

Valor Numérico

0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	Esporádicamente: Pocas veces al año o menos	De vez en cuando: Una vez al mes o menos	Regularmente: algunas veces al mes	Frecuentemente: Una vez por semana	Muy frecuentemente: Varias veces por semana	Diariamente	
1. Me siento agotado emocionalmente por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento desgastado al final de la jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento cansado cuando me levanto en la mañana y debo enfrentar otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Trabajar todo el día representa una verdadera tensión para mí.	0	1	2	3	4	5	6
5. Puedo resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
6. Me siento acabado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que estoy haciendo una contribución efectiva a lo que esta organización hace.	0	1	2	3	4	5	6
8. Ha disminuido mi interés por el trabajo desde que comencé en este empleo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Ha disminuido mi entusiasmo por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
10. En mi opinión, soy bueno en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
11. Me siento entusiasmado cuando logro algo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
12. He logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Sólo quiero hacer mi trabajo sin ser molestado.	0	1	2	3	4	5	6

14. Dudo de la relevancia que tiene mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Me he vuelto más incrédulo con respecto a si mi trabajo contribuye en algo.	0	1	2	3	4	5	6
16. En mi trabajo, me siento seguro de que soy eficaz para hacer las cosas.	0	1	2	3	4	5	6

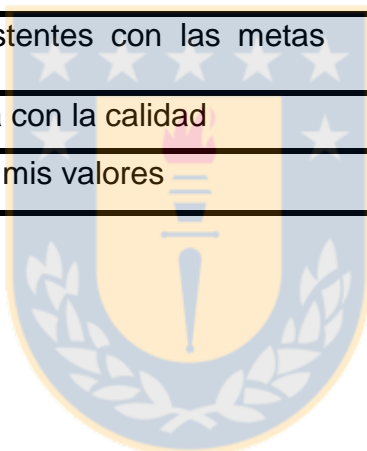
Escala Valores laborales (MBI - GS)

Por favor, utilice la siguiente escala para indicar en qué medida está de acuerdo con los siguientes enunciados

Valor Numérico

1 Muy en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Ni en desacuerdo/ ni de acuerdo	4 De acuerdo	5 Muy De acuerdo			
1. No tengo tiempo para hacer el trabajo que se requiere.			1	2	3	4	5
2. Trabajo intensamente por periodos prolongados de tiempo.			1	2	3	4	5
3. Después del trabajo, llego a casa demasiado cansado para hacer las cosas que me gustan.			1	2	3	4	5
4. Tengo tanto trabajo que hacer, que ello me aleja de mis intereses personales.			1	2	3	4	5
5. Tengo suficiente tiempo para hacer lo que es importante en mi trabajo			1	2	3	4	5
6. Dejo de pensar en mi trabajo cuando llego a casa al final de mi jornada			1	2	3	4	5
7. Tengo control sobre cómo hacer mi trabajo			1	2	3	4	5
8. Puedo influir en la gerencia/jefatura para obtener el equipo y espacio que necesito para mi trabajo			1	2	3	4	5
9. Tengo autonomía/independencia profesional en mi trabajo			1	2	3	4	5
10. Recibo reconocimiento de los demás por mi trabajo			1	2	3	4	5
11. Mi trabajo es apreciado.			1	2	3	4	5
12. Mis esfuerzos generalmente pasan inadvertidos			1	2	3	4	5
13. No se me reconocen todos mis aportes			1	2	3	4	5
14. Las personas confían entre sí para cumplir sus funciones			1	2	3	4	5
15. Soy miembro de un grupo de trabajo que me apoya			1	2	3	4	5
16. Los miembros de mi grupo de trabajo cooperan entre sí.			1	2	3	4	5

17. Los miembros de mi grupo de trabajo se comunican abiertamente	1	2	3	4	5
18. No me siento cercano a mis compañeros	1	2	3	4	5
19. En mi trabajo los recursos se distribuyen de forma justa	1	2	3	4	5
20. Las oportunidades se brindan únicamente basadas en los méritos	1	2	3	4	5
21. Existen procedimientos efectivos de apelación cuando cuestiono la imparcialidad de una decisión.	1	2	3	4	5
22. La gerencia/jefatura trata de manera justa a todos sus empleados.	1	2	3	4	5
23. El favoritismo determina cómo se toman las decisiones en el trabajo.	1	2	3	4	5
24. No es lo que sabes sino a quien conoces lo que determina el desarrollo de tu carrera aquí.	1	2	3	4	5
25. Mis valores y los de la organización son similares.	1	2	3	4	5
26. Las metas de la organización influyen en mis actividades laborales día a día.	1	2	3	4	5
27. Mis metas profesionales son consistentes con las metas de la organización	1	2	3	4	5
28. Esta organización está comprometida con la calidad	1	2	3	4	5
29. Trabajar aquí me obliga a transgredir mis valores	1	2	3	4	5



19. ANEXO 4: DOCUMENTOS EMITIDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL



UNIDAD DE INVESTIGACION
N°int 89 26.12.12

DRA.MAB /ING.RSC / mega

ORD. N° / 04582 - 28.12.12

Ant: Trabajo de investigación

Mat: Autorización Estudio

DE : DR. SERGIO OPAZO SANTANDER
DIRECTOR HOSPITAL GMO. GRANT B.

A : DR. © FREDY SEGUEL PALMA
INVESTIGADOR
DEPTO. DE ENFERMERIA , FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

Junto con saludar, sirvase encontrar adjunto Acta de aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, de fecha 24.12.2012, en atención a la cual esta Dirección autoriza el desarrollo del estudio titulado; "titulado "Influencia de factores Personales, Familiares y Laborales en la Fatiga y síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud familiar de Concepción y Valdivia", que estará bajo su responsabilidad como investigadores principales en este centro.

Cabe hacer mención, que el consentimiento informado que de acuerdo al artículo 11 de la ley 20.120 debe suscribirse, deberá constar en un acta firmada por la persona que ha de consentir en la investigación, por la Sr. Fredy Seguel Palma., investigador responsable y por la SubDirectora de Enfermería, en quien esta Dirección delega la facultad de actuar como ministro de fe y firmar los Consentimientos Informados referentes a este estudio, según consta en resolución adjunta.

El consentimiento deberá ser nuevamente solicitado cada vez que los términos o condiciones en que se desarrolle la investigación sufran modificaciones, salvo que éstas sean consideradas menores por los Comités Ético Científico que han aprobado este proyecto.

Saluda atentamente,



Distribución
La citada
SD Enfermería
O. Partes
Archivo



UNIDAD DE INVESTIGACION
N° INT: 88 / 26.12.12

DRA. MBS / ESK / RSC/mega

27.DIC.2012-008102

RESOLUCION EXENTA N°:

CONCEPCION,

VISTOS: Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República, DFL. 1/2005 MINSAL., DS. 140/2004 MINSAL., DS. 38/2005 MINSAL., Res. 43/81, Res. 752/2006 MINSAL, Art. 98° Letra B) del DFL. 29/2004, Res. 612/23.06.2011.

RESUELVO:

Deléguese la facultad establecida en el Art 11 de la Ley 20.120 que se concede al Director del Centro o establecimiento en que se desarrolla la investigación, en el sentido de firmar los Consentimientos Informados y actuar como Ministro de Fe, a la SubDirectora de Enfermería del HGGB, sólo en lo referente al estudio titulado:

"Influencia de factores Personales, Familiares y Laborales en la Fatiga y síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud familiar de Concepción y Valdivia"

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

DR. SERGIO OPAZO SANTANDER
DIRECTOR
HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

DISTRIBUCION:

- Oficina de Partes
- RR.HH
- Unidad de Investigación
- Asesoría Jurídica
- SD enfermería
- Investigador



Mirra Aguedo Figueroa
SUBROGANTE



ACTADE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444
DE FECHA 14/08/2012.

CONCEPCION, 24 de Diciembre de 2012

Sr. Fredy Seguel Palma
Escuela de Enfermería
Universidad de Concepción
Presente.

Estimado Sr. Seguel:

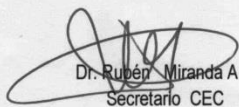
Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que en atención a que fueron aceptadas las correcciones efectuadas a su estudio titulado "Influencia de factores Personales, Familiares y Laborales en la Fatiga y síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud familiar de Concepción y Valdivia", el Comité ético científico del Servicio de Salud Concepción, ha resuelto **APROBAR** definitivamente la realización del protocolo en comento, bajo su responsabilidad como Investigador Responsable en el H.G.G.B.

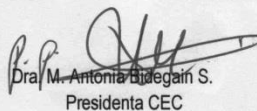
Se procederá a solicitar a la Dirección del Hospital la designación del ministro de Fe, para el proceso de Consentimiento Informado.

ADEMAS, ESTE COMITE SOLICITA QUE:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
- 2.- Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y la voluntariedad del paciente.
- 3.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 4.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 5.- Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio

Atentamente,

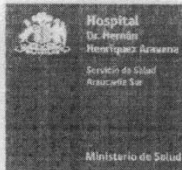

Dr. Rubén Miranda A.
Secretario CEC


Dra. M. Antonia Bidegain S.
Presidenta CEC

Distribución
- La indicada
- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ORD. N° 613

ANT.: Su carta de 16 de marzo de 2012

MAT.: Autoriza realización prueba piloto

TEMUCO, 19 ABR. 2012

DE: PABLO IBARRA AVILA
DIRECTOR
HOSPITAL "DR. HERNAN HENRIQUEZ A."

A: DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO
PROFESOR TUTOR DE TESIS DE DOCTORADO
DOCENTE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
CONCEPCION

Me permito responder a solicitud sobre Realización de Prueba Piloto de Investigación Titulada "Influencia de Factores personales, familiares y laborales en la fatiga y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud familiar de Concepción y Valdivia".

Su solicitud fue aceptada y le solicito comunicarse con la Enfermera Encargada de COLDAS, Sra. Alma Zelada al fono 559089 y/o al correo alma.zelada@redsalud.gov.cl para su coordinación y ejecución.

Saluda atentamente a Ud.,

PABLO IBARRA AVILA
DIRECTOR
HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ A.

PIA/CAF/sgc
N° 91/17.04.12.
Distribución:
- Lo indicado
- Archivo Digital

HOSPITAL DR. HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA
DIRECCION

Manuel Montt 115, Temuco - Fono: 558707 - sandra.gallegos@redsalud.gov.cl www.hhha.cl



ORD.: No 1165-12

ANT.:

MAT.: AUTORIZA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO A ENFERMERAS Y TENS POR TESIS DOCTORAL

CONCEPCION, 13 ABR. 2012

DE: DIRECTOR ADMINISTRACION DE SALUD
DR. GONZALO URREA CORREA

A: PROFESORA GUÍA TESIS – DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO

En respuesta a su carta del 16 de marzo del presente año, tenemos el agrado de indicar que, se autoriza a la Sr. Fredy Seguel Palma, estudiante candidato a grado de Doctorado en Enfermería de vuestra prestigiosa Universidad, para que aplique cuestionario a Enfermeras y Técnicos Paramédicos de los CESFAM: O'Higgins, Tucapel, Pedro de Valdivia, Lorenzo Arenas, Santa Sabina y Juan de Dios Soto Fernández, para el desarrollo de tesis denominada **"Influencia de factores personales, familiares y laborales en la fatiga y Síndrome de Burnout en personal de enfermería de Hospitales de Alta Complejidad y Centros de Salud Familiar de Concepción y Valdivia"**.

Al respecto, solicito a usted que nos haga llegar una copia de esta investigación para conocimiento de nuestros equipos de salud.

Sin otro particular, le saluda cordialmente,



DR. GONZALO URREA CORREA
DIRECTOR ADMINISTRACION DE SALUD

MAG:cts

Distribución

- La indicada
- Directoras CESFAM Salud Municipal Concepción (6)
- C.c.,
- Arch. Sub Dirección Gestión y Proyectos
- Arch. Correlativo



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Comité Ética de Investigación

ORD.: N° 030

ANT.: Carta 09.01.2012

MAT.: Informa

Valdivia, 30, Enero, 2012

DE: PRESIDENTE COMITE ETICA DE INVESTIGACION
Dra. Ginette Grandjean Obando


A: INVESTIGADOR PRINCIPAL
Sr. Fredy Seguel Palma
Docente Instituto de Enfermería UACH

En respuesta a documentos del antecedente, enviado para aprobación del Proyecto titulado "Influencia de factores personales, familiares y laborales en la fatiga y síndrome de Bournout en personal de Enfermería de Hospitales de alta complejidad y centros de Salud Familiar de Concepción y Valdivia". Informo a usted, que en reunión del día miércoles 25 de enero del presente, este Comité reviso este proyecto, concluyendo que no corresponde el envío ni revisión por este Comité ya que no se ajusta a los objetivos del mismo que es fundamentalmente "Resguardo de las poblaciones vulnerables en el marco de las Investigaciones Biomédicas".

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



Dra. GGO/fam
C/C.:
- Director Instituto Enfermería UACH
- Archivo CEL
- Archivo carpeta.


DRA. GINETTE GRANDJEAN OBANDO
PRESIDENTE COMITE ETICA DE INVESTIGACION
SERVICIO SALUD VALDIVIA



SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
 HOSPITAL BASE VALDIVIA
 Dirección
 Unidad de Asesoría Jurídica:225
 MEBV/ROT/abs

41054

RESOLUCION EXENTA N°

VALDIVIA, 17.ABR.2012 002476

VISTOS: estos antecedentes: Solicitud de fecha 16 de marzo del año 2012, efectuada por D. Fredy Seguel Palma, estudiante Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción, para ejecutar trabajo de investigación en las dependencias del Hospital Base Valdivia, denominada "Influencia de factores personales, familiares y laborales en la fatiga y síndrome de Burnout en personal de enfermería de hospitales de alta complejidad y centros de salud familiar de Concepción y Valdivia"; Resumen de proyecto de investigación para optar al grado de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción; Certificado N° 030, de fecha 30 de enero de 2012, de Presidenta del Comité de Ética e Investigación Científica del Servicio de Salud Valdivia, a través del cual informa a D. Fredy Seguel Palma, que no corresponde el envío ni revisión por dicho Comité del su proyecto de investigación; y **TENIENDO PRESENTE:** las disposiciones de los artículos 31 a 40 del D.F.L. N°01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; artículo décimo quinto transitorio de la Ley N°19.937 modificado por la Ley N°20.319; y las disposiciones del Decreto Supremo N°38 del año 2005 del Ministerio de Salud. Y **TENIENDO ADEMAS PRESENTE:** lo establecido en RTR N°165 de fecha 27/01/10 de la Dirección del Servicio de Salud Valdivia y en la Resolución N°1600 de la Contraloría General de la República y la Resolución y Resolución Afecta N° 283, de fecha 30 de mayo del año 2011, emanada de la Dirección del Servicio de Salud Valdivia, en virtud de la cual se designa a la Directora Titular del Hospital Base Valdivia, dicto la siguiente

RESOLUCIÓN

1º) **AUTORIZÁSE** a practicarse en el Hospital Base Valdivia la Investigación denominada "Influencia de factores personales, familiares y laborales en la fatiga y síndrome de Burnout en personal de enfermería de hospitales de alta complejidad y centros de salud familiar de Concepción y Valdivia", cuyo investigador es D. Fredy Seguel Palma, para optar al grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción.-

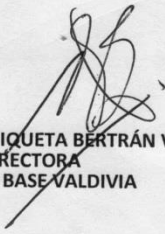
2º) **TÉNGASE PRESENTE** que el investigador deberá coordinarse para la ejecución de la investigación con la Jefa de Departamento Gestión del Cuidado del Hospital Base Valdivia.

3º) **NOTIFÍQUESE** la presente resolución exenta a la interesada, por el Jefe de Oficina de Partes del Hospital Base Valdivia o por quien le subrogue o reemplace legalmente.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,

Valdivia, a _____ de _____
 Notifíquese Personalmente / Por Carta Certificada N° _____
 del _____, a D. _____
 de la Resolución N° _____, de
 fecha _____, del Sr. Director del Hospital
 Base de Valdivia.

Notificado
 en la Oficina de Partes Hospital - Base Valdivia o por quien lo
 subrogue o reemplace legalmente.


 DRA. MARIA ENRIQUETA BERTRÁN VIVES
 DIRECTORA
 HOSPITAL BASE VALDIVIA

CC
 • Fredy Seguel Palma, fredyseguel@uach.cl