



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios

F. Seguel^{a,*} y S. Valenzuela^b

^a Instituto de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Región de los Ríos, Chile

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Biobío, Chile

Recibido: 29 julio 2014; Aceptado: 10 septiembre 2014

PALABRAS CLAVE

Agotamiento profesional; Personal de enfermería; Fatiga; Chile.

Resumen

Objetivo: Identificar la relación que existe entre la fatiga laboral y el síndrome de burnout en el personal de enfermería (profesional de enfermería y técnicos paramédicos), de dos hospitales del sur de Chile.

Metodología: Estudio transversal, de correlación, explicativo. Se desarrolló en centros hospitalarios de alta complejidad, con similares características, de dos ciudades representativas del sur de Chile. Muestra comprendida por 101 enfermeras, 235 técnicos paramédicos y 7 no respondieron su título. Personal de enfermería que presentó: más de 2 años de experiencia laboral, jornada completa de trabajo y contrato definido o indefinido. La variable dependiente es el síndrome de burnout, y las variables independientes son los factores demográficos, laborales y la fatiga. Se aplicó un instrumento, previa firma del consentimiento informado, que contenía preguntas sociodemográficas y laborales (incluyendo la escala influencia trabajo familia); y las escalas de fatiga "Check List Individual Strength" (CIS) y "Maslach Burnout Inventory General Survey" (MBIGS). El estudio fue aprobado por los comités de ética correspondientes.

Resultados: La fatiga y el síndrome de burnout presentaron una correlación alta, específicamente con la dimensión desgaste emocional ($\rho = 0.680$, $p = 0.000$), lo que demuestra que existe influencia de esta en el síndrome, de tal manera que cuando esta aumenta el burnout también lo hace.

Conclusión: Es necesario poner atención a la presencia de la fatiga en el personal de enfermería, pues puede ser indicio del desarrollo del síndrome de burnout y evaluar cada servicio del centro asistencial de acuerdo con sus características.

Copyright 2014 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Arte, diseño, composición tipográfica y proceso fotomecánico por Masson Doyma México. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Correo electrónico: fedyseguel@uach.cl (F. Seguel).

KEYWORDS

Professional burnout;
Nursing staff; Fatigue;
Chile.

Relationship between work fatigue and the Burnout syndrome in hospital nursing staff**Abstract**

Objective: To identify the relationship between work fatigue and the Burnout syndrome among nursing staff (nurse and paramedical technicians) in two hospitals in southern Chile.

Methodology: An explanatory, correlational and cross-sectional study conducted in high-complexity hospital centers, with similar characteristics, in two representative southern Chile cities. The sample consisted of 101 nurses, 235 paramedic technicians, and 7 individuals who did not inform their title. The nursing staff had more than 2 years of working experience, worked full-time, and had defined or undefined contracts. The dependent variable is the Burnout syndrome, and the independent variables are the demographic and occupational factors, including fatigue. After obtaining the signed consent to participate, a tool was used that included socio-demographic and working variables (including the work family scale, the fatigue Check List Individual Strength (CIS) scale, and the Maslach Burnout General Inventory Survey (MBIGS). The study was approved by the corresponding ethics committees.

Results: There was a high correlation between fatigue and Burnout syndrome, specifically with the emotional wear dimension ($\rho = 0.680 P=.000$) demonstrating that, when fatigues increases burnout also increases.

Conclusion: Attention needs to paid to the presence of fatigue among nursing staff, as this can be a sign of the development of Burnout syndrome. It is also necessary to assess each healthcare center according to its particular characteristics.

Copyright 2014 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Art, design, typographical and photomechanical composition by Masson Doyma México. All rights reserved.

Introducción

El personal de enfermería evidencia fatiga¹⁻³ y síndrome de burnout⁴ relacionado con el estrés laboral que involucran sus actividades y la exposición a diversos riesgos del trabajo en los ámbitos de la organización, el ambiente y área psico-social⁵. Los estudios muestran que existe una estrecha relación entre estas dos variables, donde la fatiga se manifiesta como parte de la influencia del burnout, y que sumado a otros factores, pueden desencadenar síndrome de fatiga crónica^{6,7}. Se han planteado múltiples definiciones de fatiga^{1,8} y se evidencia falta de consenso al respecto. Algunos autores han tratado de definirla en términos del origen; otros, desde el punto de vista conductual, o simplemente hacen la distinción entre fatiga normal (aguda) o fatiga patológica (fatiga crónica)⁹; sin embargo, lo que sí está claro es su multidimensionalidad conceptual y su carácter subjetivo, que depende de la percepción del individuo y no necesariamente se relaciona con el ejercicio físico excesivo o con las actividades laborales^{8,10}.

Se ha definido como un estado funcional de significación protectora que produce sensación física desagradable con componentes cognitivos y emocionales. Se manifiesta como cansancio que puede o no aliviarse con estrategias usuales de descanso, varía en duración e intensidad, y provoca la imperiosa necesidad de reducir, en diferentes grados, el esfuerzo o la potencia para realizar las actividades diarias^{11,12}. Su temporalidad marca diferencias en la salud de los trabajadores. La fatiga de carácter reciente (menos de 1 mes) se manifiesta por síntomas ocasionales que se inician rápidamente y duran poco, el descanso la alivia prontamente. En la fatiga prolongada el trabajador muestra sensación de fatiga

por más de 1 mes y es más difícil de mitigar con el descanso; por último, el síndrome de fatiga crónica (más de 6 meses) es un cuadro que provoca cansancio extremo, que permanece en el tiempo y que imposibilita a la persona para desarrollar sus actividades habituales y que está asociada usualmente a enfermedades concomitantes^{10,13}. La fatiga se evidencia mediante manifestaciones 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 desconfort o dolor, dificultad para mantener los ojos abiertos o mantenerse despierto, cefalea, irritabilidad, ansiedad, pérdida de la concentración, dificultad en la toma de decisiones y lentitud en el pensamiento; desde este punto de vista, se pueden distinguir componentes tanto físicos como cognitivos asociados a la carga física y mental del individuo en el trabajo^{14,15}.

Por su parte, el síndrome de burnout (factor de riesgo psicosocial), también llamado síndrome del quemarse por el trabajo (denominación en español), presenta características asociadas, principalmente al stress laboral producido por las exigencias laborales^{16,17}. El concepto surge en Estados Unidos a mediados de la década del 70 de la mano de Herbert J. Freudenberg, quien observó disminución del idealismo y de la simpatía en profesionales volcados a desarrollar sus actividades en torno a otras personas¹⁸.

Sin embargo, Maslach y Jackson son las autoras que han desarrollado con mayor profundidad este concepto. Definen el burnout como “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”¹⁹.

Los síntomas principales del síndrome de burnout son: bajo nivel de realización personal, relacionado con la tendencia a evaluarse negativamente; altos niveles de agotamiento emocional, los trabajadores expresan que ya no pueden dar más de sí por la carga emocional que implica enfrentarse a las demás personas; y de despersonalización, desarrollo de comportamientos que no corresponden a cómo era la persona (cinismo) debido a una coraza emocional¹⁶. Las manifestaciones específicas, de acuerdo con el 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)¹⁸.

Tanto la fatiga laboral como el síndrome de burnout presentan etiologías comunes^{14,18,20} implicando multiplicidad de factores, derivados del estrés mantenido en el tiempo, específicamente de las demandas impuestas por la tarea: carga física (trabajo muscular continuo) y mental (sobrecarga e infracarga), ambiente físico (vibraciones, iluminación, malas condiciones, etc.), momento del día y deprivación del sueño (turnos de trabajo con labores nocturnas), y las condiciones psicosociales del trabajo (autonomía, habilidades para enfrentar las tareas, relaciones interpersonales, etc.). Se ha señalado que la fatiga es parte de las manifestaciones del síndrome de burnout^{21,22} que, junto con otros factores, puede provocar fatiga crónica⁷, que, en el caso de la fatiga prolongada, tanto esta como el síndrome de burnout son predictores mutuos³, o que simplemente hay que distinguir entre estos dos síndromes, especialmente relacionados con la fatiga física, ya que presentan conceptualizaciones diferentes en cuanto a tiempo de duración y recuperación²². Tanto el burnout como la fatiga tienen consecuencia para el desempeño laboral relacionado con el ausentismo por enfermedad en el trabajador¹⁰.

Parte de los estudios se han realizado en el personal de enfermería^{1,2,23} (profesionales de enfermería y técnicos paramédicos), ya que representan gran proporción de la fuerza de trabajo en el sistema de salud, y presentan características laborales que los hacen susceptibles a estos estados. Se desempeñan en múltiples labores: gestión, educación, investigación y asistencial; que implican absorber la demanda sobre pasando el horario de trabajo estipulado por contrato o cubriendo reemplazos de colegas que se encuentran ausentes, enfrentar la gravedad de los usuarios del sistema, establecer relaciones con el equipo de salud, la familia del paciente y la comunidad, laborar en turnos de trabajo que implican romper su ciclo sueño vigilia, manipular elementos peligrosos ya sean físicos, químicos o biológicos, entre otros²⁴. Los profesionales de enfermería sufren de una escasez de recursos humanos que se traduce en excesiva carga laboral evidenciada por la relación con el número de pacientes, mostrando más del 40% niveles de burnout por sobre las normas establecidas; desde este punto de vista, la insatisfacción en el trabajo de parte de enfermería es mucho mayor que lo estipulado en otros trabajadores, lo que trae como consecuencia que 1 de cada 5 personas que labora en hospitales manifiesten la intención de cambiarse de

trabajo dentro del año²⁵. Esto hace pertinente continuar estudiando estos factores laborales en esta población.

Por las razones antes mencionadas este estudio pretende identificar la relación que existe entre la fatiga laboral y el síndrome de burnout en el personal de enfermería (profesional de enfermería y técnicos paramédicos) de dos hospitalares del sur de Chile.

Metodología

Población y muestra

Estudio transversal, de correlación, explicativo. Se desarrolló en centros hospitalarios de alta complejidad, catalogados como tipo 1, con 24 servicios cada uno aproximadamente y un promedio de 707 camas. Atienden en promedio una población de alrededor de 800,000 habitantes y cuentan con una población total de enfermería de 485 y técnicos paramédicos de 1370. Están ubicados en dos ciudades representativas del sur de Chile: Valdivia y Concepción. La muestra fue probabilística por estratos proporcionales, se calculó mediante el programa Stats™ versión 2.0 con un error máximo de un 5% y un nivel de confianza del 95%. La muestra comprendió a 343 trabajadores de enfermería, de los cuales 101 eran profesionales de enfermería (enfermeras/os), 235 técnicos en enfermería y 7 no respondieron su título. Los criterios de inclusión de la muestra correspondieron al personal de enfermería que presentó: más de 2 años de experiencia laboral, jornada completa de trabajo y contrato definido o indefinido. La variable dependiente es el síndrome de burnout, y las variables independientes son los factores demográficos, laborales y la fatiga.

Instrumento utilizado

Para la obtención de los datos, el investigador elaboró un instrumento que constó de dos apartados. El primero contenía preguntas sociodemográficas y laborales; en este apartado se incluye la escala “Conflictó trabajo y familia”, validado por Blanch en España el año 2009, que cuenta con 8 ítems, comprendiendo dos dimensiones con 4 ítems cada una: la influencia del trabajo en la familia y la influencia de la familia en el trabajo. En el presente estudio la escala obtuvo un alfa de Crombach adecuado de 0.8. El segundo apartado contaba con la escala de fatiga “Check List Individual Strength” (CIS) adaptada y validada en Chile por Vera en el año 2008; cuenta con 15 ítems, integrando dos subescalas: percepción subjetiva de fatiga física y percepción subjetiva de fatiga cognitiva. Este estudio presentó un alfa de Crombach de 0.78. Esta no presenta un punto de corte validado, por lo que para esta investigación se utilizó el promedio, estableciendo dos clasificaciones: baja y alta. El cuestionario “Maslach Burnout Inventory General Survey” (MBIGS) cuenta con 16 ítems y en Chile está en proceso de validación; involucra tres dimensiones: desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional. Esta última se consideró en sus valores en positivo. Para establecer la clasificación bajo, medio y alto, se utilizó como puntajes de corte los percentiles 33 y 66. Los diferentes cuestionarios mostraron adecuada validez de constructo al realizar el análisis factorial con rotación varimax.

Análisis estadístico

El tratamiento estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15. La variable dependiente fue tratada como variable continua. La variable continua fatiga, incluyendo sus dimensiones, se distribuyó normalmente; sin embargo, la variable dependiente síndrome de burnout (desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional) no presentó normalidad. Para determinar diferencias estadísticamente significativas en relación con los diferentes servicios se utilizó la prueba ANOVA en el caso de las dimensiones de la escala fatiga, y la prueba de Kruskal Wallis para las dimensiones de la escala Maslach Burnout Inventory. Para las correlaciones, la escala fatiga se tomó como un único instrumento. La relación entre las variables continuas y las diferentes dimensiones del síndrome de burnout se determinó mediante la prueba no paramétrica correlación de Spearman; solo se muestran las relaciones entre variables independientes y dependientes, que evidenciaron alguna significancia estadística. Por otra parte, solamente se consideró información relevante en las correlaciones superiores a 0.4 debido a su fuerza estadística.

El instrumento se sometió a la aprobación de expertos del Departamento de Enfermería, de la unidad de Ergonomía, y del Departamento de Sociología de la Universidad de Concepción, quienes evaluaron la pertinencia del instrumento. Se realizó una prueba piloto del instrumento con 30 funcionarios: 12 enfermeras y 18 Técnicos en Enfermería de un hospital de similares características de la ciudad de Temuco, para determinar el tiempo de respuesta, la pertinencia del cuestionario y la claridad de las preguntas. Aunque no es el objetivo de este artículo, se muestran los puntajes promedio de las escalas de Fatiga y Síndrome de Burnout, como una manera de evidenciar el comportamiento de estos síndromes al interior de los centros hospitalarios.

Consideraciones éticas

El estudio fue evaluado y autorizado por los diferentes comités de ética y las autoridades correspondientes. La aplicación del instrumento se realizó previa firma libre y voluntaria del consentimiento informado, el cual daba a conocer el derecho de la persona a desistir en cualquier momento de su participación en la investigación sin justificación alguna, la garantía de mantener en completa confidencialidad su identidad y la necesidad de publicar los resultados en una revista indexada, junto con los medios de contacto indispensables para realizar cualquier consulta que el participante estimara necesaria.

Resultados

La muestra de los centros hospitalarios correspondió principalmente al sexo femenino (86%), el promedio de edad fue de 41 años ($DS = 11.2$), el título profesional predominante fue el de técnico en enfermería (60.9%). El 55.8% refirió tener pareja puertas adentro, seguido del 27.3%, que indicó no tener pareja. El 51.1% indicó vivir en una familia nuclear biparental, seguido de un 19.6%, que vive en una familia extendida; derivado de ello, la mayoría indicó realizar las labores del hogar junto con otro familiar (56.9%), el 71.7%

tienen hijos, cuyo número promedio por familia fue de 2 hijos ($DS = 0.9$), con un mínimo de 1 hijo y un máximo de 5, su promedio de edad bordea los 15 años ($DS = 10.0$), con un mínimo de 3 meses y un máximo de 40 años. El 42.9% presentó patologías crónicas; de ellos, el 11.8% presentó HTA, seguido del 8.5%, que presentó dislipidemia, y de un 4.5%, que presentó DM2; el promedio de patologías crónicas referidas por cada participante fue de 1.5 ($DS = 0.9$), con un mínimo de 1 y un máximo de 6. El 56.3% refirió consumir algún tipo de medicamento. El tiempo promedio que el trabajador invierte en su recreación y descanso un día laboral alcanzó 1.4 h ($DS = 1.3$) y 2.9 h ($DS = 2.9$) correspondientemente, con un mínimo de 0 y 12 h. En un día no laboral el tiempo dedicado a la recreación y descanso alcanza 6.2 h ($DS = 5.0$) con un mínimo de 0 h y un máximo de 24 h; por otro lado, las horas que el trabajador destina para dormir en un día laboral y no laboral alcanzan a 6.3 h ($DS = 1.8$) y 8.4 h ($DS = 2.1$) correspondientemente.

En el ámbito laboral el 67.2% realiza turnos rotativos que implican trabajo de noche, donde el 89% efectúa cuarto turno. La jornada laboral se extiende, en promedio, a 52 h ($DS = 9.7$) aproximadamente, con un mínimo de 44 h y un máximo de 96 h. El 17% realiza otro trabajo remunerado fuera de las horas laborales semanales, destinando 12 h ($DS = 7.3$) en promedio, y el 9.1% dedica horas fuera de su jornada laboral en algún tipo de perfeccionamiento: curso, otra carrera o posgrado, invirtiendo 11 h ($DS = 7.9$) en promedio. El 90.8% refiere que las condiciones laborales son regulares (34.1%) y buenas (56.7%), y el 93.2% indica que el trabajo que realiza es exigente (54.9%) y muy exigente (38.3%).

En la sub-escala de influencia del trabajo en la familia se observa una puntuación promedio de 17.9 pts. ($DS = 6.2$) con un mínimo de 4 puntos y un máximo de 28 pts.; en cambio, en la dimensión influencia de la familia en el trabajo la puntuación fue de 7.4 pts., con un mínimo de 3 y un máximo de 28 pts.

En la escala que mide la fatiga en forma general, el promedio fue de 47.3 pts. ($DS = 19.3$), con un mínimo de 15 pts. y un máximo de 99 pts.; la mayor proporción de personas se concentra en la clasificación baja de fatiga (51.5%). La fatiga física mostró un puntaje promedio de 27.7 pts. ($DS = 11.8$), con un mínimo de 8 pts. y un máximo de 56 pts.; la mayor proporción de personas se situó en la clasificación de fatiga baja con 53.5%. En la sub-escala fatiga cognitiva el promedio de puntuación fue de 19.6 pts. ($DS = 9.1$), con un mínimo de 7 pts. y un máximo de 47 pts.; en esta dimensión, el 50.6% de la muestra se concentra en la clasificación de fatiga cognitiva baja (tabla 1).

En la escala MBIGS, la sub-escala desgaste emocional muestra un promedio de puntuación de 10.6 pts. ($DS = 7.0$), con un máximo de 30 pts. y un mínimo de 0 pts.; en esta dimensión la mayor concentración de la muestra se sitúa en las clasificaciones media y baja (86.8%). En la sub-escala cinismo el puntaje promedio fue de 13.2 pts. ($DS = 5.9$), con un mínimo de 0 pts. y un máximo de 34 pts.; la mayor cantidad de personas obtuvo la clasificación media y baja con un 92.7%. Finalmente, en el caso de la dimensión eficacia profesional, el promedio de puntuación fue de 26.1 pts. ($DS = 4.8$) con un mínimo de 0 pts. y un máximo de 30 pts., donde la mayor concentración de la muestra se ubica en la clasificación alta eficacia profesional (93.8%) (tabla 2).

Tabla 1 Distribución numérica, porcentual y medidas de tendencia central de la escala fatiga general y sus dimensiones, según clasificación

Escala de Fatiga General					
Dimensiones	Clasificación	N	%	MTC	
Fatiga general	Baja	176	51.5	$\bar{X} = 47.3$	
	Alta	166	48.5	DS = 19.3	
	Total	342	100.0		
Física	Baja	183	53.5	$\bar{X} = 27.7$	
	Alta	159	46.5	DS = 11.8	
	Total	342	100.0		
Cognitiva	Baja	173	50.6	$\bar{X} = 19.6$	
	Alta	169	49.4	DS = 9.1	
	Total	342	100.0		

MTC: Medidas Tendencia Central.

Los servicios que obtuvieron mayor promedio en la sub-escala de fatiga física fueron: Diálisis y Neurocirugía, seguido de Medicina Pediátrica, UTI Neuroquirúrgica, Neurología y Cirugía Adulto. En la sub-escala de fatiga cognitiva el mayor puntaje promedio lo obtuvo el servicio de Urología, luego Diálisis, Pensionado y, finalmente, Medicina Pediátrica. En cuanto a la escala que mide el síndrome de burnout, en la sub-dimensión desgaste emocional, el servicio con mayor promedio fue Diálisis y luego los servicios de Medicina Adulto, Urología, Cirugía Infantil y Pensionado. En la sub-dimensión cinismo, los servicios que obtuvieron mayor promedio fueron: Pensionado y Medicina Adulto, seguido de los servicios de Diálisis, Neurocirugía, Centro de Atención de Especialidades (CAE/CAA) y UTI Neuroquirúrgica. Finalmente, en la sub-dimensión eficacia profesional, los servicios con menor promedio fueron: Pensionado, Esterilización y Psiquiatría. Es necesario destacar que no se

encontró asociación entre el tipo de servicio y el síndrome de burnout (tabla 3).

Las correlaciones muestran relaciones significativas entre algunas variables; sin embargo, las relaciones más estrechas se evidencian entre la fatiga en su escala general y el burnout en su subdimensión desgaste emocional ($\text{Rho} = 0.680$, $p = 0.000$). Desde este punto de vista, se apoya la hipótesis que indica que la fatiga influye en el síndrome de burnout, de tal manera que a medida que aumenta la fatiga aumenta fuertemente una de las dimensiones, el desgaste emocional; esta relación es significativamente alta en comparación con las otras variables que se muestran como moderadas y débiles; sin embargo, la influencia del trabajo en la familia evidencia influencia tanto en la fatiga ($\text{Rho} = 0.419$, $p = 0.000$) como en el desgaste emocional del burnout ($\text{Rho} = 0.432$, $p = 0.000$); por lo tanto, también es un factor que, a pesar de su relación moderada, no se puede descartar. Otro aspecto importante es la relación establecida entre la sub-dimensión eficacia profesional y cinismo que es esperable por pertenecer a la misma escala (tabla 4).

Discusión

En este estudio, más de un 40% de la muestra mostró elevada fatiga considerando la escala general y 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 ocupación²⁶; sin embargo, no concuerda con lo establecido por Vasilios, quien evidenció en el censo de enfermeras chipriotas que el auto-reporte de fatiga alcanzó un 91.9%, tanto física como psicológica, atribuida principalmente al trabajo, y que esta sensación era mayor después de la jornada laboral²⁷. Por su parte, María de Carbahlo Farías demostró que más del 60% del personal de enfermería de la unidad de emergencia presentó fatiga asociado al estrés²⁸. En las Unidades de tratamiento Intensivos, Nery descubrió que un 75% de las enfermeras presentaron fatiga manifestada por desconfort músculo esquelético asociado a las actividades laborales²⁹. Los servicios que evidenciaron mayor fatiga física fueron: Diálisis y Neurocirugía, y el que evidenció mayor fatiga cognitiva fue el servicio de Urología; en estos es necesario evaluar la carga de trabajo para disminuir el grado de fatiga de los funcionarios. No se encontraron estudios en que hicieran una comparación por servicios.

En el síndrome de burnout la sub-escala desgaste emocional y cinismo presenta más de un 50% en la clasificación media y alta, y en la escala eficacia profesional la clasificación es alta. En el caso de esta última sub-escala, 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 recomendadas; sin embargo, tomando en cuenta las otras dos sub-escalas, se muestra una proporción del síndrome considerable en la muestra estudiada. Esto discrepa con el estudio realizado por Heeb en enfermeras jefas de centros hospitalarios, que muestra porcentajes más bajos, la dimensión desgaste emocional alcanza un 38.9% en las categorías moderado a alto; en la despersonalización logra un 36.3% en las mismas categorías; y en la realización personal solo alcanza al 28.4% en el nivel alto³⁰. Por otro lado, Juthberg, en su estudio en en-

Tabla 2 Distribución numérica, porcentual y medidas de tendencia central de las Dimensiones de la escala Maslach Burnout Inventory General Survey según clasificación

Dimensiones	Clasificación	N	%	MTC	
Desgaste emocional	Bajo	168	49.3	$\bar{X} = 10.6$	
	Medio	128	37.5	DS = 7.0	
	Alto	45	13.2		
Cinismo	Total	341	100.0		
	Bajo	133	39.0	$\bar{X} = 13.2$	
	Medio	183	53.7	DS=5.9	
Eficacia	Alto	25	7.3		
	Total	341	100.0		
	Bajo	7	2.1	$\bar{X} = 26.1$	
	Medio	14	4.1	DS = 4.8	
	Alto	319	93.8		
	Total	340	100.0		

Tabla 3 Medidas de tendencia central de la escala Fatiga y Maslach Burnout Inventory General Survey según servicios hospitalarios

Servicio	Escala Fatiga				Escala Maslach Burnout Inventory General Survey					
	Fatiga Física		Fatiga Cognitiva		Desgaste Emocional		Cinismo		Eficacia Profesional	
	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS	X	DS
Medicina pediátrica	31.9	12.2	23.5	11.2	12.0	6.9	12.0	8.2	26.9	3.4
Neonatología	26.1	9.4	19.5	6.8	8.8	7.2	10.6	6.4	25.7	2.8
Medicina adulto	30.0	12.7	21.3	9.6	12.9	7.9	15.1	4.9	26.1	5.0
Neurología	31.0	11.0	18.1	9.0	9.8	7.0	13.9	7.6	24.3	4.7
Psiquiatría	23.5	10.6	20.3	9.7	9.5	7.8	11.4	5.7	23.7	7.6
Cirugía adulto	31.0	11.0	19.1	8.0	11.5	5.4	13.3	5.7	24.9	5.2
Cirugía infantil	25.2	12.2	18.3	8.6	12.7	7.8	13.2	9.2	24.6	6.4
Traumatología	25.5	8.9	18.8	6.1	11.5	4.6	8.8	4.7	28.0	1.7
Urología	26.2	11.3	26.0	4.1	12.8	8.9	14.7	6.6	25.8	2.9
Otorrino Laringología	23.3	12.8	19.0	8.9	6.1	4.0	12.3	5.0	25.3	4.8
UCI adulto	24.4	14.2	15.7	8.1	9.3	7.8	12.1	5.3	27.0	3.5
UCI pediátrica	26.1	13.0	17.6	7.8	9.9	8.4	13.9	5.6	26.8	2.8
Oncología	26.9	10.8	18.9	8.5	10.3	5.7	13.2	6.2	27.2	3.0
Pensionado	35.4	10.8	24.1	5.5	12.0	5.3	15.6	6.5	23.4	5.4
CAE y CAA	28.8	12.4	19.4	11.6	10.5	7.5	14.6	6.3	27.8	2.8
Urgencia	22.8	10.4	17.4	8.0	9.4	6.5	11.4	6.0	26.4	6.1
Pabellón	25.9	11.1	18.8	8.5	10.1	6.6	13.1	4.3	27.2	3.1
Esterilización	26.6	12.7	18.6	10.0	6.8	8.1	12.3	8.5	23.5	11.2
Diálisis	33.7	10.6	25.7	7.9	15.1	6.7	14.9	5.6	25.0	4.2
UCI Quirúrgica	14.0	2.0	13.5	11.7	5.8	5.4	11.8	2.9	28.8	1.5
UTI Neuroquirúrgica	31.8	5.4	19.3	11.6	11.8	5.4	14.5	3.8	25.5	1.7
Neurocirugía	33.7	15.3	20.7	8.0	10.3	6.8	14.7	4.7	24.7	4.5
Quemados	26.5	6.8	18.3	4.7	10.0	1.4	13.0	6.2	26.5	1.9
Unidad Coronaria	22.5	2.1	21.0	11.3	6.5	5.0	10.0	2.8	27.5	0.7

X = promedio; DS: desviación estándar; CAE: Centro de Atención de Especialidades.

fermeras y asistentes de enfermería que desempeñan sus labores en residencias para el cuidado de adultos mayores, muestra niveles que no superan el 40% en las clasificaciones moderado a alta en las diferentes sub-escalas³¹. Esto concuerda con lo establecido por El-Demerdash, quien evidencia en las enfermeras de los Hospitales Universitarios de Tanta porcentajes elevados (superiores al 50%) en las clasificaciones moderadas a alta de las diferentes dimensiones de la escala, alcanzando hasta un 100% en la sub-escala de despersonalización⁴. En este sentido, la intensidad del síndrome de burnout es variada dependiendo de los establecimientos y servicios involucrados.

El servicio con mayor grado de desgaste emocional fue Diálisis, los servicios con mayor grado de cinismo fueron Pensionado y Medicina Adulto, y los con menor grado de eficacia profesional fueron Pensionado, Esterilización y Psiquiatría. Los estudios muestran comportamientos diversos en cuanto a los servicios que presentan mayor o menor burnout dentro de los centros hospitalarios, algunos evidencian mayor síndrome en lugares de alta complejidad, como lo son los servicios de Urgencias o Unidades de Cuidados Inten-

sivos, o simplemente enfocan los estudios hacia estos lugares, asociado a la demanda laboral que ellos implican³²⁻³⁴; sin embargo, otros estudios muestran mayor burnout en servicios de hospitalizados como Medicina y Cirugía^{35,36} o no han encontrado asociación significativa entre el grado de burnout manifestado y los diferentes servicios de los centros hospitalarios³⁴, lo que también sucede en la presente investigación. Por su parte, el estudio realizado por Aiken en enfermeras muestra que el síndrome de burnout y la insatisfacción en el trabajo estaban estrechamente relacionados con el número de pacientes a cargo de la profesional, de tal manera que la relación 8:1 (pacientes:enfermera) presenta 2.3 veces mayor probabilidad de sufrir desgaste emocional respecto de la relación 4:1²⁵. Este es un factor importante no considerado en la presente investigación como forma de objetivar la carga de trabajo del personal de enfermería en cada servicio. Es necesario resaltar que la influencia del trabajo en la familia, aunque no es el objetivo de este artículo, muestra correlación moderada, tanto con la fatiga como con el síndrome de burnout. Los estudios muestran concordancia con estos resultados, ya que se aso-

Tabla 4 Correlaciones de Spearman variables numéricas de la muestra hospitalaria

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Fatiga	1.000								
2 Desgaste emocional	0.680 0.000	1.000							
3 Cinismo	0.398 0.000	0.468 0.000	1.000						
4 Eficac. Prof.	-0.306 0.000	-0.242 0.000	-0.202 0.000	1.000					
5 Edad	-0.034 0.539	-0.137 0.013	-0.066 0.235	-0.030 0.592	1.000				
6 N Patol. crónicas	0.183 0.028	0.105 0.211	0.014 0.867	-0.042 0.615	0.226 0.007	1.000			
7 Influ. Trab. Fam.	0.419 0.000	0.432 0.000	0.291 0.000	-0.095 0.080	-0.075 0.174	0.106 0.208	1.000		
8 Influ. Fam. Trab.	0.170 0.002	0.169 0.002	0.182 0.001	-0.203 0.000	0.139 0.012	0.049 0.562	0.257 0.000	1.000	
9 Descanso	-0.136 0.017	-0.014 0.810	-0.084 0.141	0.108 0.059	-0.130 0.024	0.023 0.796	-0.118 0.039	-0.043 0.449	1.000

cia a las actividades laborales que se realizan con alta demanda y también con un sistema de turnos, provocando disminución de la dedicación a las labores familiares, produciendo en la enfermera, probablemente, mayor culpabilidad por la postergación del rol materno. La familia es considerada como un lugar de liberación de estrés para el trabajador y de gran carga psicológica al ser postergada por las actividades laborales³⁷⁻³⁹.

En este estudio se apoya la hipótesis de la influencia de la fatiga en el síndrome de burnout, ya que está correlacionada significativamente, de tal manera que cuando esta aumenta, este síndrome también lo hace a excepción de la eficacia profesional que disminuye, la relación se produce más fuertemente con la dimensión desgaste emocional. Esto concuerda con lo estipulado por Leone, quien, más aún, encuentra una relación predictiva, tanto desde el punto de vista de la fatiga prolongada, factor desencadenante del síndrome de burnout, como desde el punto de vista de este último, factor desencadenante de la fatiga prolongada³. Diferentes estudios se refieren al síndrome de burnout como un estado que presenta fatiga mental y física extrema⁴ o fatiga crónica²¹, experimentado por las enfermeras que trabajan en salud mental comunitaria y en centros hospitalarios asociado a las condiciones laborales no adecuadas. Heeb, por su parte, hace referencia al síndrome de burnout enfatizando que aquellas personas que presentan grandes expectativas en su vida evidencian mayor riesgo de mostrar un estado de fatiga o frustración como sintomatología del síndrome³⁰, de igual forma se refiere Maslach, describiendo la fatiga como un síntoma; además, asevera que la fatiga aguda, al ser mitigada adecuadamente con el descanso, no se traduciría en el síndrome de burnout⁴⁰; de igual manera, Rodríguez en su estudio en trabajadores de enfermería de terapia intensiva representa el desgaste emocional como aquellas personas

que experimentan un sentimiento de fatiga o agotamiento⁴¹. En los estudios aseguran que la causa de fatiga dentro del burnout no está clara, pero que uno de sus factores potenciadores sería la carencia respecto a las horas de sueño, las que producirían fatiga persistente que puede jugar un papel importante en el desarrollo del síndrome^{42,43}.

Finalmente, Rella identifica, desde el estudiante de enfermería, el estado de fatiga extrema producto del estrés que vive durante su carrera y especialmente en los últimos años, lo que permitiría evidenciar tempranamente los inicios del síndrome de Burnout⁶.

Conclusión

Claramente la fatiga es un factor preponderante en el desarrollo del burnout, ya sea como fatiga prolongada o como síntoma e indicio de su evolución, demostrado por la literatura existente y los resultados de esta investigación. Se deben buscar las estrategias necesarias para enfrentar el problema y evidenciar eficientemente el signo de fatiga como indicio del síndrome, para poder actuar a tiempo y prevenir consecuencias como el ausentismo del trabajador y el daño a la atención en salud, en el caso del personal de enfermería. Por otro lado, la relación entre el número de pacientes y el número de personal de enfermería en muchos centros sigue siendo alta, lo cual significa un aumento en la carga laboral que se traduce en elevado esfuerzo por responder a la demanda asistencial; esto se puede mitigar injectando más recursos para contratar un número adecuado de profesionales y técnicos.

Cada servicio asistencial dentro del centro hospitalario, de acuerdo con sus características, debe ser evaluado en cuanto a estos dos síndromes, para enfrentar el problema,

tomando en cuenta los indicios de fatiga aguda o prolongada, ya que en el burnout no solo interfiere la carga asistencial, la gravedad del paciente o las relaciones interpersonales, sino que también la infracarga, monotonía o subvaloración del trabajador.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este estudio

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Báez-Hernández GE, Castro-Estrada CS, Ramírez-Leyva A, et al. Determinación de fatiga física en enfermeras que laboran en el área de emergencia del IMSS. En: Memorias del VII Congreso Internacional de Ergonomía. Nuevo León: Sociedad de Ergonómistas de México, A.C; 2005. p. 54-63.
- Palucci-Marziale MH, Rozestrate Reinier JA. Turnos alternantes: fatiga mental de enfermagem. Rev Lat-Am Enferm. 1995; 3(1):59-78.
- Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, et al. The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. Stress and Health. 2009;25(4):365-74.
- El-Demerdash S, Abdelaziz A, Abdelsalam G. The Relationship between Burnout and Organizational Commitment among Nurses at Tanta University Hospitals. IORS-JNHS. 2013;2(6):20-8.
- Barling T, Barling J. Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. Int J Ment Health Nurs. 2004;13(2):117-25.
- 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.
- 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 Neuropsiq. 2003;(89):19-30.
- Correa-de Faria Mota DD, Lopes-Monteiro da Cruz DA, Mattos-Pimenta CA. Fadiga: uma análise do conceito. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):285-93.
- Shen J, Barbera J, Shapiro CM. Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. Sleep Med Rev. 2006;10(1):63-76.
- Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, et al. Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. QJM. 2007;100(10):617-27.
- Amaducci CM, Mota DD, Pimenta CA. [Fatigue among nursing undergraduate students]. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4): 1052-8.
- Estrada-Beltrán J, Ramírez-Leyva A, Rodríguez J, et al. Determinación de fatiga física en costureras hogareñas en la ciudad de los Mochis Sinaloa 2004. En: Memorias del VI Congreso Internacional de Ergonomía. Nuevo León: Sociedad de Ergonómistas de México, A.C; 2004. p. 1-10.
- Barbado-Hernández FJ, Gómez-Cerezo J, López -Rodríguez M, et al. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. Med Interna. 2006;23(5):238-44.
- Garrosa-Hernández E, Moreno-Jiménez B, González-Gutiérrez JL. La carga mental y la fatiga laboral: relación, fuentes, facilitadores y consecuencias asociadas. La Mutua. 2011;(18): 53-65.
- Tovalin H, Rodriguez M, Ortega M. Rotación de turnos, fatiga y alteraciones cognitivas y motrices en un grupo de trabajadores industriales 2004 En: Memorias del VI Congreso Internacional de Ergonomía. Nuevo León: Sociedad de Ergonómistas de México, A.C; 2004. p. 108-17.
- Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy. 2003;1(1):19-33.
- Martínez-López C, López-Solache G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Arch Med Fam. 2005;7(1):6-9.
- Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice Career Development International. 2009;14(3): 204-20.
- Hernández-Zamora GL, Olmedo-Castejón E, Ibáñez-Fernández I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. Int J Clin Health Psychol. 2004;4(2):323-36.
- Ortega-Ruiz C, López-Rios 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.
- 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;61(9):764-8.
- Martínez-Perez A. El síndrome de burnout: evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat acad. 2010;112: 1-40.
- González J, Moreno B, Garrosa E. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. Rev Latinoam Psicol. 2005;37(3):477-92.
- Barcellos-Dalri R, Cruz-Robazzi M, Almeida-Da Silva L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. Cienc y Enferm. 2010;XVI(2):69-81.
- Aiken L, Clarke S, Sloane D, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987-93.
- Vera A, Carrasco C, Vanegas J, et al. Fatiga física y fatiga cognitiva en trabajadores de la minería que laboran en condiciones de altitud geográfica. Relación con el mal agudo de montaña. Cien Trab. 2008;10(29):90-4.
- Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health. 2012;12(457):1-13.
- Farias S, Teixeira O, Moreira W, et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):722-9.
- Nery D, Martins A, Oliveira S, et al. Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de UTI. Fisioter Pesq. 2013;20(1): 76-82.
- Heeb JL, Haberey-Knuessi V. Health Professionals facing burnout: what do we know about nursing managers? Nurs Res Pract. 2014;2014:681814.
- Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, et al. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. J Adv Nurs. 2010;66(8):1708-18.
- 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.
- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, et al. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2004;78(4):505-16.
- De Souza D, Faverzani R, Mamôru T, et al. 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.
- Órdenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr. 2004;75(5):449-54.

36. 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.
37. Otárola G. La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuad Adm Bogotá*. 2007;20(34):139-60.
38. 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.
39. Queiros C, Carlotto M, Kaiseler M, et al. Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema* 2013; 25(3):330-5.
40. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93(3):498-512.
41. Costa D, Paladini M, Biato C, et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):13-7.
42. Ekstedt M, Soderstrom M, Akerstedt T, et al. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(2):121-31.
43. Soderstrom M, Ekstedt M, Akerstedt T. Weekday and weekend patterns of diurnal cortisol, activation and fatigue among people scoring high for burnout. *SJWEH Sup*. 2006;(2):35-40.