

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
ADMINISTRATIVA



**LA CATEGORIZACION DE PACIENTES Y LA FATIGA LABORAL EN
EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN UNA CLINICA PRIVADA –
LIMA 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
ADMINISTRATIVA

Autora: Bachiller VICKY FAUSTINA ABREGÚ DEL PINO

Asesor: Mg. ROUSELL DAVILA VILLAVICENCIO

LIMA – PERU

2016

RESUMEN

La fatiga laboral en enfermería se manifiesta a consecuencia de la alta demanda de atención y al cansancio por recarga de trabajo, lo que conlleva a la necesidad de una mejor evaluación de la demanda de personal que se requiere en cada servicio e identificar la categorización del paciente. El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre la fatiga laboral y la categorización de pacientes. Es un estudio no experimental, analítico, transversal. Se analizaron las dimensiones del nivel de dependencia y nivel de riesgo del paciente con el instrumento de categorización pacientes; y la fatiga laboral, con el instrumento de subjetividad de fatiga de Yoshitake. Se comparó la asociación entre la fatiga laboral y la categorización de pacientes por dependencia y riesgo a través de la prueba no paramétrica χ^2 . Un total de 35 enfermeros(as) participaron en el análisis, de los cuales el 57.1% presentó fatiga. La mayoría de pacientes cuidados pertenecieron a la categoría de dependencia total y de mediano riesgo. No se evidenció una asociación significativa entre fatiga laboral y categorización de pacientes, pero se evidenció una asociación significativa entre fatiga laboral y el nivel de dependencia de pacientes ($p < 0.05$), se resalta la importancia de usar un sistema de clasificación de pacientes en el momento de realizar la asignación del personal de enfermería.

Palabras claves: fatiga laboral, categorización de pacientes, nivel de dependencia, nivel de riesgo.

ABSTRACT

Work-related fatigue in nursing it manifests as a result of the high demand for care and weariness by reloading work, which leads to the need for a better assessment of the demand for personnel required for each service, and identifying patient categorization. The aim of this study was to determine the association between occupational fatigue and categorization of patients. It is a non-experimental, analytical, cross-sectional study. The dimensions of the level of dependency and risk were analyzed with the instrument of categorizing patients, and the instrument of subjectivity fatigue Yoshitake for labor fatigue. The association between labor fatigue and categorization of patient's by dependence and risk were compared through chi2 non-parametric test. 35 nurses participated in the analysis, of which 57.1% had fatigue. Most patients care belonged to the category of total dependence and medium risk. A significant association between labor fatigue and categorizing patients did not show, but a significant association between occupational fatigue and the level of dependence of patients ($p < 0.05$) was evident. Therefore, the importance of using a patient classification system at the time of allocation of nurses is highlighted.

Keywords: labor fatigue, patient categorization, dependence level, risk level.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	4
1.1 INTRODUCCIÓN.....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	5
1.3 ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA	12
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	15
1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 BASES TEÓRICAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO	16
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS	31
2.3 HIPÓTESIS.....	32
2.4 VARIABLES:.....	33
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	37
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	37
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	39
3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	41
CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43
4.1 RESULTADOS	43
4.2 DISCUSIÓN	55
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 INTRODUCCIÓN

En la ciencia de Enfermería, el objetivo primordial es el cuidado del paciente, por ello, se realiza un trabajo unificado para alcanzar y usar los conocimientos y destrezas adquiridos, con la finalidad de lograr la satisfacción de necesidades que la persona o paciente demande mientras permanece en una Institución de Salud.

El hombre es un ser complejo, y presenta muchas necesidades que varían según las circunstancias que se presenten, éstas necesidades son cubiertas por sí mismas (autocuidado) en situaciones de buena salud, pero ante la aparición de problemas de salud, la satisfacción de éstas necesidades se ven amenazadas debido a que la persona es incapaz de cubrirlas completamente.

Durante la estancia hospitalaria las personas presentan diversas carencias con respecto a la satisfacción de necesidades, las cuales son manifestadas de diferente manera e intensidad. Por ello, es importante que el profesional en Enfermería conozca la versatilidad de pacientes que ingresan a los servicios hospitalarios, interpretar sus necesidades de cuidado e identificar su perfil asistencial, para poder clasificarlo según el tipo de cuidado que pueda requerir.

El propósito de éste estudio fue determinar la asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral. Este estudio fue correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 enfermeros(as) que laboraron en servicios hospitalarios de una Clínica privada. Este estudio inicia con una introducción en referencia a la relación de la categorización del paciente y la fatiga laboral en el

profesional de Enfermería, seguido de la descripción del problema y la pregunta de investigación; continua con el planteamiento de los objetivos, así como, la justificación del estudio y la limitación del estudio.

En el capítulo dos, se describe el marco teórico del estudio, donde se desarrolla todo el marco conceptual de las variables estudiadas. Se expone también el desarrollo de las hipótesis del estudio y las variables. En el tercer capítulo, se expone la Metodología del estudio, planteando el diseño del estudio, la población estudiada, el método para la recolección de datos y los instrumentos usados. El cuarto capítulo describe los resultados y el análisis de los datos, para ello se utiliza una serie de instrumentos estadísticos, que permiten la explicación de los hallazgos encontrados. Y finalmente en el capítulo cinco, se sugieren las conclusiones y recomendaciones que fueron desarrolladas luego del análisis de los datos encontrados y de una exhaustiva revisión de literatura, también se presenta la Revisión Bibliográfica y los Anexos más resaltantes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El trabajo es considerado como la fuente de interacción humana más significativa de la existencia, alcanza gran parte de la experiencia de autorrealización (Koontz y Weihrich, 1998). Del mismo modo el trabajo ayuda al desarrollo del bienestar social, permite la obtención de patrimonios y servicios que son imprescindibles para el sostenimiento y manutención del bienestar personal y grupal. Según Rotenberg, citado por Cruz Robazzi et al. (2010), “trabajar es una forma de ser del hombre y una manera de recibir remuneración”, aunque pueda significar, también un riesgo para la salud.

Toda actividad laboral tiene requerimientos de carga física, mental y psíquica que pueden variar en proporción según las exigencias impuestas en diferentes tareas (Sebastián, Idoate y Llano, 2008), estas situaciones generan en el trabajador respuestas adaptativas, reguladoras y protectoras (Barbany, 2002), pero al perderse esa capacidad de adaptación a esas situaciones o al no lograr superarlas puede conllevar a manifestar grandes problemas que en muchas ocasiones no logran ser solucionados, y conllevar a un conjunto de síntomas físicos y mentales incluyendo la disminución de la capacidad de concentración y somnolencia (Rhoads, citado por Cruz-Robazzi et al., 2010), así como la fatiga, el cual puede presentarse en forma de estados transitorios y llegar hasta condiciones permanentes (Jason et al., 2011).

Yoshitake, citado por Rodríguez, Oramas y Del Castillo (2004) define a la fatiga como:

El efecto común a todas las actividades que requieren esfuerzo y tensión. Sus signos en el trabajo son: disminución sistemática, cuantitativa y cualitativa de la capacidad de trabajo del individuo, así como aumento de los fallos. Provoca disminución de la atención, retardo en la ejecución de las operaciones y tareas, incremento de la frecuencia y duración de las pausas auto provocadas y de las comunicaciones con otros cuando son posibles. Sus síntomas son: sentimientos de cansancio, dolores musculares, cefalea y sensación de embotamiento intelectual (p. 32).

La Enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, vela por las personas que requieren de cuidado, en especial, aquellas en situación de extrema gravedad. La propia naturaleza del trabajo de enfermería requiere de múltiples demandas de atención. Estas demandas provienen de la complejidad del cuidado brindado, del ambiente de trabajo y de las exigencias tanto de la asistencia a los pacientes como de la propia institución de salud. En consecuencia, se requiere que el enfermero aumente su capacidad en su quehacer profesional (Guirardello, 1993). En muchas oportunidades el enfermero ha descrito la naturaleza de su trabajo como una fuente que genera sufrimiento y desgaste, tanto físico como emocional (Padilha, 1994), siendo vulnerable al desarrollo de un entorno que pueda propiciar fatiga, el cual está muy relacionado con la carga laboral, tanto física como mental, con la vida familiar y con las características personales (Báez-Hernández, Castro-Estrada y Ramírez-Leyva, 2005; González Gutiérrez, Moreno, Garrosa, y López, 2005).

En este caso la fatiga en enfermería, puede afectar la actividad y rendimiento en su trabajo y también en su vida personal. En un estudio realizado en Chile por (Seguel y Valenzuela, 2014), mostró que más del 40% del personal de enfermería presentó elevada fatiga. Otro estudio realizado por Báez et al., determinó el nivel de fatiga física en las enfermeras que laboraron en el servicio de emergencia, encontrándose que el 92,5% siente que su salud se ha visto afectada debido a la fatiga laboral, el 40.7% de enfermeras se han enfermado por trabajar en forma excesiva.

Frente a lo expuesto, se evidencia que la fatiga laboral en Enfermería es manifestada a consecuencia de la alta demanda de atención y el cansancio por recarga de trabajo (Aparecida, Pacheco, Notamicola y Fischer, 2010). Esta sobrecarga de trabajo redundante en una mayor insatisfacción de los pacientes y en un aumento de los riesgos de errores profesionales, lo cual conlleva a la necesidad de una mejor evaluación de la demanda de personal que requiere cada servicio, e identificar el perfil asistencial de los pacientes, es decir su clasificación en relación al cuidado que requiera, para ello es preciso establecer previamente un sistema de clasificación de pacientes que resulta imprescindible para determinar los recursos demandantes (Benítez, 1997).

Diversos sistemas de clasificación de pacientes, han sido introducidos como base para la planificación de necesidades de personal y los tipos de cuidados requeridos, la mayoría de éstos métodos apuntan a clasificar a los usuarios por complejidad terapéutica, basándose en diagnósticos médicos o se han centrado en la atención de unidades de cuidados intensivos, sin considerar en forma global las necesidades y/o cuidados que demanda el paciente en situación de dependencia y riesgo (Marriner - Tomey, 2009).

Castillo, citado por Schlegel, Olivares y Molina (2013), describen al sistema de clasificación de pacientes como un método que “ mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre” (p.150) . Como ya se mencionó, las necesidades de los pacientes varían dependiendo de su condición, se

puede encontrar pacientes que exijan una mayor número de cuidados con respecto a otros, y al no tener presente un método de clasificación al realizar la dotación de enfermeros, se podría correr el riesgo de por un lado no tener asignado en forma equitativa el trabajo de cada enfermero, con la consecuente fatiga laboral y, por otro lado no lograr satisfacer las necesidades de los pacientes (Carnevali y Patrick, 1988; Bruzzoni y Ochoa, 2010).

En el Perú, hasta la actualidad, no se ha encontrado información de estudios sobre el perfil asistencial del paciente y/o sistemas de clasificación de pacientes para la identificación de necesidades y cuidados de Enfermería. La investigadora en su condición de enfermera asistencial ha observado que la demanda de atención de la institución donde labora es permanente y continua, el profesional de enfermería juega un papel muy importante para garantizar la calidad en la atención de los pacientes; entre los factores que inciden en esta calidad es la falta de aplicación de un sistema para clasificar pacientes, y la escasez del recurso humano. La carencia de personal de enfermería se ve reflejado por el índice de atención de enfermería, el cual, se traduce como el tiempo estándar (expresado en horas) de atención de enfermería por paciente en 24 horas, se establece para atender las necesidades de pacientes en forma satisfactoria, y varía dependiendo de su estado de gravedad y de dependencia. Según El Colegio de Enfermeros del Perú el estándar básico es de 4.0 horas, sin embargo en la institución de estudio se ha encontrado un estándar promedio de 1.9 horas en los servicios hospitalarios de Medicina, 9.6 horas en UCI y 6.0 horas en UCIN, también se observa un incremento de absentismo laboral y renunciaciones; por tanto, la dotación y la planeación del personal de enfermería, en muchas ocasiones no se ha adaptado a esta creciente demanda, situación que produce una sobresaturación en los enfermeros,

por lo que se incrementa la carga de trabajo y, que a su vez, podría conllevar a fatiga laboral. Es así como surge la inquietud de conocer el perfil del paciente y poder clasificarlo para el tipo de atención de enfermería q necesita, además conocer si existe fatiga en los enfermeros, para ello se planteó las siguientes preguntas de investigación:

Formulación del problema general:

¿Existe asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral en las enfermeras de una Clínica privada, 2015?

Formulación de los problemas específicos:

1. ¿Presenta el profesional de enfermería fatiga laboral?
2. ¿Cuál es el nivel de dependencia de los pacientes?
3. ¿Cuál es el nivel de riesgo de los pacientes?
4. ¿Existe asociación entre el nivel de dependencia y la fatiga laboral?
5. ¿Existe asociación entre el número de pacientes con dependencia total y la fatiga laboral?
6. ¿Existe asociación entre el nivel de riesgo y la fatiga laboral?
7. ¿Existe asociación entre el número de pacientes con mayor riesgo y la fatiga laboral?

Justificación del estudio

El presente estudio es importante porque permite obtener un mayor conocimiento acerca de la categorización de pacientes y la fatiga laboral que pueda estar padeciendo los enfermeros, y con el propósito de conocer ésta realidad, se ha estructurado todo un marco teórico, producto de una revisión bibliográfica actualizada, la cual se pone a disposición de la profesión de enfermería.

Así mismo, proporciona un gran aporte metodológico pues con el propósito de medir las variables de categorización de pacientes y fatiga laboral, se han aplicado dos instrumentos que fueron desarrollados y validados en otros países de habla hispana y usados eficazmente, de éste modo se validaron dichos instrumentos para su aplicación en la institución de estudio y además podrán ser usados en otras investigaciones similares.

Por último, el desarrollo de ésta investigación es beneficioso para Enfermería pues facilita una conducta reflexiva sobre su desenvolvimiento personal y profesional; de la misma forma permite la concientización de que se está asumiendo actividades muy sobrecargadas, y esto exige que se delimiten y redefinan sus actividades de atención, para que Enfermería sea una profesión autónoma, cuya esencia sea brindar un cuidado con calidad y calidez. Además proporciona nuevas pistas sobre posibles mejoras en la dotación y asignación del personal conllevando a una disminución de sobrecarga laboral.

1.3 ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA

Seguel F, y Valenzuela S, en el año 2014 realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la relación entre la fatiga laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería en dos hospitales del sur de Chile. El estudio fue transversal, correlativo y explicativo. Se desarrolló en hospitales de alta complejidad, de dos ciudades del sur de Chile. La muestra estuvo comprendida por 101 enfermeras, 235 técnicos. La variable dependiente fue el síndrome de burnout, y las variables no dependientes fueron los factores laborales, demográficos y la fatiga. Aplicaron un instrumento que contenía preguntas laborales y sociodemográficas; y las escalas de fatiga Check List Individual Strength (CIS) y Maslach Burnout Inventory General Survey” (MBIGS). La fatiga y el síndrome de Burnout presentaron una correlación alta, específicamente con la dimensión desgaste emocional ($Rho = 0.680$, $p = 0.000$). La conclusión final fue la necesidad de poner atención ante la presencia de fatiga en el personal de enfermería, pues puede ser indicio del desarrollo del Síndrome de Burnout.

Baeza DL, Del Rio NI y Schwerter MF, en el año 2012, el objetivo de su estudio fue identificar la influencia de factores laborales personales y familiares en la ocurrencia y gravedad de la fatiga en personal de enfermería. La muestra fue de 173 participantes, mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional, se utilizó un cuestionario sobre datos generales, escala conflicto trabajo familia, encuesta de compromiso y trabajo, y Check List Individual Strength para fatiga física y cognitiva. El 44% presentó fatiga física y cognitiva Baja, 30,1% fatiga media, y un 25,4% fatiga alta. Este estudio demostró la existencia de asociaciones significativas entre algunos factores familiares, personales y laborales, así como la ocurrencia y gravedad de la fatiga en el personal.

Bruzzone PR, y Ochoa G, en el año 2010. Su estudio tuvo como objetivo describir la percepción de todas las enfermeras supervisoras y enfermeras clínicas con respecto al uso de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia y las actividades de gestión desarrolladas en base a resultados obtenidos. Este estudio fue descriptivo, de corte transversal, los participantes respondieron un cuestionario de caracterización y otro tipo Likert con el cual analizaron la percepción de los participantes sobre el uso de un instrumento de categorización. La muestra fue de 36 profesionales de enfermería. El promedio de años que llevaron clasificando pacientes fue de 1.8 y la mayoría de ellos fue de sexo femenino (88.9%). Con respecto a la percepción sobre la categorización de pacientes, éste varió entre enfermeros de labor asistencial y labor de supervisión, sobre todo en aspectos administrativos.

Rojas A, y Saavedra A, en el año 2007. El objetivo de su estudio fue diseñar una metodología para la asignación del personal de enfermería, en servicios de medicina interna y neuroquirúrgica, basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. El enfoque de ésta investigación fue cuantitativo y descriptivo. La información fue obtenida por medio de la aplicación de cuestionarios sobre la complejidad total del paciente, las actividades y tiempos del profesional de enfermería, y las actividades de tiempos del auxiliar de enfermería. Este estudio permitió reflexionar acerca del interés del quehacer profesional de enfermería a nivel social, y de su reconocimiento como líder en la gestión del cuidado, basado en el proceso de atención de enfermería el cual permite dar un cuidado con calidad y satisfacer las necesidades de cada paciente.

Báez GE, Castro-Estrada CS, y Ramírez-Leiva A, en el año 2005. El objetivo de su estudio fue determinar la fatiga física en enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de El Fuerte - Sinaloa. 27 enfermeras fueron encuestadas. Se usó el cuestionario subjetivo de Fatiga de Yoshitake, y el Corlett y Bishop para observar si se estaban desarrollando DTA. Los resultados evidenciaron una mayor fatiga en las enfermeras del turno nocturno, siendo el último día laboral el más agotador. Como conclusión se obtuvo que hay presencia de mayor fatiga en las enfermeras que laboran en el área de emergencia sobre todo en el turno de la noche.

García G, Angélica M, y Castillo L, en el año 2000. Su estudio tuvo como objetivo caracterizar la necesidad del cuidado directo de enfermería a los pacientes ingresados en un hospital universitario. Durante 2 meses, todos los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intermedios, cuidados intensivos y servicios generales, fueron clasificados según su necesidad de cuidado de enfermería; además se registró el tiempo invertido en el cuidado. Se encontró que los pacientes fueron clasificados como: independiente, dependiente parcial o total de los cuidados de enfermería; de bajo, mediano, alto y máximo riesgo. Se definió doce categorías. Los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos, fueron categorizados como de máximo riesgo y totalmente dependientes y requirieron de una enfermera por cada 2,2 pacientes. Los pacientes de cuidados intermedios requirieron 1 enfermera por cada 3,8 pacientes y los servicios generales, 1 enfermera por cada 11,5 pacientes. Se concluyó que la clasificación del usuario es un método reproducible que determina una unidad de medida estándar para definir las necesidades de enfermería, y permite la comparación de las cargas de trabajo entre diferentes servicios dentro de un hospital o entre los hospitales.

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General:

- Determinar la asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral en las enfermeras de una Clínica Privada, 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar la fatiga laboral de las enfermeras.
- Identificar el nivel de dependencia de los pacientes que cuidan las enfermeras.
- Identificar el nivel de riesgo de los pacientes que cuidan las enfermeras.
- Determinar la asociación entre el nivel de dependencia de los pacientes que cuida la enfermera y la fatiga laboral.
- Determinar la asociación entre el número de pacientes con dependencia total que cuida la enfermera y la fatiga laboral.
- Determinar la asociación entre el nivel de riesgo de los pacientes que cuida la enfermera y la fatiga laboral.
- Determinar la asociación entre el número de pacientes con mayor riesgo que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La información resultante de éste estudio solo puede ser generalizado a los profesionales de enfermería que labora en la institución donde se realizó el estudio o en otras instituciones con condiciones similares.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

LA CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES

La Gestión del Cuidado y la Categorización de pacientes:

La categorización o clasificación de pacientes ha sido de interés en la gestión de la práctica de enfermería en diversos países, donde se han integrado y desarrollado diversos elementos de acuerdo con las características, versatilidad de las instituciones de salud y las investigaciones en el campo. Esto ha permitido llegar al establecimiento de sistemas sólidos, y útiles para la asignación de los recursos humanos de acuerdo con los requerimientos de los pacientes, al presupuesto de enfermería y al costo de la atención (Vargas et al., 2012).

Zarate (2004) se refirió a la gestión del cuidado en los siguientes términos:

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una Jefe o Gerente y/o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la ciencia política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para una mejor práctica administrativa del cuidado de enfermería. Pero también, una enfermera gestora debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindarán una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados, para ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado (p. 43 –44).

Meleis, citado por Estefo y Paravic (2010), plantea que la enfermera gestora de los cuidados tiene "la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería" (p. 4). A partir de lo mencionado K erouac (1996) define la gesti3n del cuidado como un proceso heurístico, desarrollado para dirigir los recursos humanos y los que lo rodean con la finalidad de sostener y favorecer el cuidado de la persona que vive experiencias de salud.

Zarate (2004) define el rol de la enfermera responsable de la gesti3n del cuidado, como aquella que apoya a su personal, usa la creatividad, la investigaci3n y la conversi3n para la gesti3n tanto del personal como del servicio a su cargo, para asegurar un cuidado humanizado; es aquella capaz de gestionar actividades en un entorno con múltiples problemas y obstáculos, buscando alternativas para garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

El Cuidado de Enfermería y la Categorizaci3n de pacientes

Enfermería ocupa un lugar de suma importancia dentro de la gesti3n de la calidad del cuidado. El incluir nuevas herramientas como es el sistema de categorizaci3n, permitirá mejorar la asignaci3n del personal de enfermería y el cuidado del paciente. El cuidado viene a ser la esencia de Enfermería. En un sentido genérico, Leninger define como aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana (Colegio de Enfermeros del Perú, 2008).

Un aspecto muy importante en la labor de la enfermera es el cuidado humanizado, por ello, toma en cuenta a cada momento una comunicación asertiva, y una óptima interacción enfermero – paciente, para atender sus necesidades; y respeto por su integridad física y su sufrimiento (Waldow, 2014).

Sistema de Categorización de pacientes

Categorizar y/o clasificar a pacientes en relación a sus necesidades de cuidado no es reciente, en la actualidad, existen muchos sistemas de clasificación que han sido planteados y que son muy útiles para precisar la designación y dotación de los profesionales de Enfermería.

Categorización de pacientes por Riesgo y Dependencia

Bases Teóricas

Para Orem, citado por Navarro y Castro (2010), el objetivo de la enfermería radica en: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (p. 5).

En la Teoría del Autocuidados de Orem, citado por Marcos y Tizón (2013) se mencionan otras tres teorías que se relacionan entre sí:

En primer lugar se encuentra la **Teoría del Autocuidado**, donde define autocuidado como un sistema de acción que aplica en forma deliberada cada individuo para sí mismo, con el fin de mantener su desarrollo, estado de salud, vida y bienestar. Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Además define tres requisitos de autocuidado para lograr este objetivo: *Requisitos de autocuidado universal*:

Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo, abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. *Requisitos de autocuidado del desarrollo*: Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano. Algunos de los requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo; es decir, promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. *Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud*: Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud (p. 169).

Método de Categorización de pacientes

En el año 1995, la Escuela de Enfermería en Chile y el Centro de Diagnóstico de la Facultad de Medicina elaboraron el instrumento de categorización usuaria, basado en el modelo de Autocuidado de Dorotea Orem (García et al., 2000).

La categorización de pacientes se originó a raíz de una propuesta metodológica con la finalidad de identificar el perfil asistencial de las personas hospitalizadas y a su vez proporcionar una herramienta de trabajo para definir la dotación del personal requerido para la atención y satisfacción de las necesidades pacientes. El instrumento de categorización de usuarios permite evaluar los cuidados de enfermería, y a su vez, permite medir la carga de trabajo en los diferentes servicios hospitalarios (García et al., 2000).

El método de Categorización de pacientes utiliza la valoración y el plan de atención de enfermería como valores predictivos de los cuidados requeridos, para lo cual la enfermera debe evaluar la capacidad del paciente para participar en su atención y las capacidades de cada enfermero para brindar cuidados. El sistema se centra en los requerimientos de cuidados de los usuarios, los directos demandados por el grado de dependencia y riesgo, y los indirectos que abarcan todas las actividades de coordinación y gestión operacional necesarios para la administración de los cuidados directos (García et al., 2000).

García, Soto y Arqués (2007) refiere que el nivel de dependencia es identificada a través de la evaluación de las necesidades de autocuidados universales, y seleccionó seis grupos de autocuidado, los cuales son:

- Cuidados de Confort y Bienestar (cambio de ropa de cama y/o personal, o cambio de pañales, toallas o apósitos higiénicos).
- Cuidados de Confort y Bienestar (movilización y transporte).
- Cuidados de Alimentación.
- Cuidados de Eliminación.
- Apoyo psicosocial y Emocional.
- Vigilancia (por alteración de conciencia, riesgo de caída o riesgo de incidente).

García, Soto y Arqués (2007) refiere que el nivel de riesgo se identifica a través de la evaluación de los cuidados terapéuticos, seleccionó ocho cuidados:

- Medición de Parámetros Vitales
- Balance Hídrico
- Cuidados de oxigenoterapia
- Cuidados de la Vía Aérea
- Intervenciones Profesionales.
- Cuidados de piel y Curaciones
- Administración de tratamiento farmacológico
- Presencia de Elementos Invasivos.

FATIGA

Conceptualización:

Para lograr incrementar la productividad de una institución, es necesario dar una atención de calidad y segura para alcanzar la satisfacción de los usuarios; y para ello se tiene que tomar en cuenta al único recurso vivo e inteligente, el cual es la persona.

Fatiga

Sharpe y Wilks, (2002), mencionan que “uno de los efectos negativos comúnmente descritos del trabajo es la fatiga, y se considera que al menos un 5-20% de la población general puede sufrir fatiga en algún momento de su vida con una duración superior a un mes sin llegar a cumplir los criterios de una patología” (p. 481).

En la actualidad se encuentran múltiples definiciones de fatiga y hasta la fecha no hay consenso en el término, Álvarez (2009) define a la fatiga como uno de los efectos principales de la sobrecarga de tareas exigidas. Asimismo, Rivas (2007), define la fatiga como una disminución del rendimiento físico, determinado por el tipo, intensidad y duración de la carga o estrés que genera una actividad y el esfuerzo en ella y, que necesita del reposo, el descanso y/o la relajación para que la actividad sea menos tensa.

Interpretación neurofisiológica de la fatiga:

En la actualidad, gracias a los avances de la neurofisiología se logra comprender mejor los fenómenos que son ocasionados por la fatiga en el sistema nervioso central. El fisiólogo Hess (1957) observó que “la estimulación de algunas partes del di-encéfalo, producían un efecto inhibitor que se presentaba como una disminución de la capacidad de reacción y una tendencia al sueño”.

Inhibición y activación de la Fatiga

Martínez (2011) describe los siguientes términos:

Un gran parte de experimentos realizados han demostrado que la disposición para reaccionar depende no sólo de éste sistema de inhibición sino también, de un sistema que funciona de manera antagónica, conocido como el sistema reticular ascendente de activación. Se sabe, a partir de los experimentos realizados, que la formación reticular contiene estructuras que controlan el grado de alerta y, como consecuencia, la disposición general para reaccionar. Existen enlaces nerviosos entre estas estructuras y la corteza cerebral a través de las cuales se ejercen influencias activadoras sobre la consciencia. El sistema activador recibe también estimulación procedente de los órganos sensoriales. Otras conexiones nerviosas transmiten impulsos de la corteza cerebral, el área de percepción y pensamiento, al sistema de activación. De acuerdo con estos conceptos neurofisiológicos, es posible establecer que tanto los estímulos externos como las influencias que se originan en las áreas de consciencia pueden estimular, a través del sistema activador, la disposición a reaccionar.

Martínez Mesa (2013) expresa:

El panorama psicofisiológico de la fatiga permite entender algunos de sus síntomas, que en ocasiones son difíciles de explicar. Por ejemplo, la sensación de fatiga puede desaparecer repentinamente cuando ocurre un suceso externo inesperado o cuando se desarrolla una tensión emocional. Está claro que en estos dos casos se ha estimulado el sistema activador. Por el contrario, si el entorno es monótono o si el trabajo resulta aburrido, el funcionamiento del sistema activador disminuye y el sistema inhibitor se vuelve dominante. Esto explica por qué la fatiga aparece en situaciones monótonas o sin que el organismo esté sujeto a ninguna carga de trabajo.

Fatiga Laboral

Useche (1992) define la fatiga laboral como “un proceso que va de un momento de cansancio normal hasta un estado morbosos que en no pocos casos puede adquirir el significado de enfermedad, caracterizada por alteraciones psicósomáticas y sociales, como consecuencia de un trabajo” (p. 92).

Además, la fatiga en el trabajo puede provocar un serio daño en la condición del trabajador, cuando se convierte en crónica o excesiva, y conllevar a efectos colaterales para una empresa, como es la disminución del rendimiento de la mano de obra. Se ha constatado que la fatiga resulta muy común en ésta población y que, entre todas las molestias manifestadas, es el dolor de cabeza el síntoma más común y el que se da con mayor frecuencia (Boada-Grau, Merino-Tejedor, Gil-Ripoll, Segarra-Pérez y Vigil-Colet, 2014).

Definición de Fatiga Laboral

Los intentos llevados a cabo por delimitar el término fatiga ha puesto de manifiesto la dificultad para encontrar una definición ecuaníme, para clarificar este concepto. Barrientos, Martínez y Méndez (2004) describen a la fatiga como una sensación percibida en forma compleja con síntomas físicos y psíquicos; el cual conlleva desde un sentimiento de bienestar al cansancio.

Por otra parte, según Satterfield y Van Dongen (2013) “la fatiga laboral está inducida por las características individuales de los trabajadores como el ritmo circadiano, la edad, el sueño y la nutrición y, también, por los aspectos laborales como la carga de trabajo, la duración del trabajo y la turnicidad”(p. 122). En base a las definiciones presentadas, la presencia de fatiga puede manifestarse desde un simple cansancio normal hasta llegar a comprometer el estado físico y mental de un trabajador lo cual podría trascender a la familia y a la sociedad.

Características de la Fatiga Laboral

Tiene un carácter reversible, pues todo ser humano tiene un estado funcional orgánico, temporal y de naturaleza homeostática, es por ello la reversibilidad del proceso. Se produce una disminución transitoria de la capacidad de rendimiento la que garantiza la calidad de los proceso de entrenamiento si el trabajo sigue una óptima relación con el descanso (Barbany, 2002). En este aspecto es adecuado señalar que no solo es importante controlar el efecto de la fatiga en la relación trabajo-descanso inmediato, la que se produce con la súper compensación entre sesiones de trabajo o entrenamiento. El efecto de la fatiga no es siempre inmediato, puede también manifestarse en el tiempo (Martínez, 2013) .

Posee un carácter protector, la fatiga se ha entendido como un estado funcional del organismo que tiene una significación protectora, como un mecanismo de defensa que previene la aparición de lesiones irreversibles (Fernández , 2001). Funciona como una alarma en el organismo, y busca impedir realizar sobreesfuerzos por encima de los límites tolerables y de esa forma actuar como un mecanismo de defensa que se activa ante el deterioro de determinadas funciones orgánicas y celulares (Martínez, 2013).

En su producción generalmente están presentes sensaciones de cansancio. La aparición de la fatiga está muy relacionada con el estado de cansancio percibido, se encontraron altas correlaciones entre la percepción de la intensidad del ejercicio y la frecuencia cardiaca. La percepción subjetiva de cansancio es difícil de asociarla pura e individualmente a la variable carga de trabajo pues ésta, depende de diversos factores, por ejemplo: factores sensoriales, somáticos y emocionales, también influyen los umbrales de tolerancia, y el contexto en donde se da la medición (Martínez, 2011; Martínez, 2013).

Es un estado que puede ser o no percibido por el sujeto. En su definición sobre la fatiga, Bartlett considera el carácter inconsciente que puede tener el proceso. En ocasiones puede verse contradictorio un aspecto como éste, más cuando se habla de las respuestas de disconfort que conlleva el proceso de fatiga. En ocasiones los síntomas y manifestaciones de fatiga aparecen prematuramente y esto es debido a diferentes causas. En otras ocasiones esta sintomatología aparece en el momento esperado o quizás algo tardíamente. En estas circunstancias la fatiga exhibe una sintomatología generalmente consciente y con una representación a ese nivel muy cercano a la realidad objetiva. Sin embargo existen dificultades claras de la identificación consciente del nivel de recuperación alcanzado después de realizado un proceso de descanso, a pesar que este bien planificado y aprovechado.

El sujeto que fue expuesto a un determinado trabajo puede poseer síntomas de fatiga que no ha podido eliminar totalmente y puede no ser consciente de ello (Martínez, 2013).

Desde esta perspectiva, las distintas manifestaciones de la fatiga se pueden agrupar en tres grupos fundamentales (González et al., 2005):

Manifestaciones fisiológicas que se caracterizan por la presencia de cambios asociados a un decremento de la capacidad para realizar esfuerzos, como por ejemplo una disminución acentuada de la concentración de glucosa en la sangre o una acumulación de ácido láctico en el tejido muscular, entre otros.

Manifestaciones conductuales que tienen que ver con el deterioro del nivel de rendimiento o en la aparición de expresiones físicas tales como el bostezo.

Así, la presencia de fatiga ha sido estudiada en relación al rendimiento en actividades altamente cualificadas, por ejemplo, la aparición de lapsos en la atención, donde se corre el riesgo de cometer errores en el desempeño de una actividad, lo cual podría conllevar a resultados fatales. Finalmente, se señalar la presencia de estudios que muestran una tendencia a asumir un mayor nivel de riesgo a medida que se incrementa el grado de fatiga, por ejemplo durante actividades de conducción de vehículos. Y por último, **Manifestaciones subjetivas** que hacen referencia a la percepción por parte del trabajador de sentimientos tales como discomfort o dolor (relativos a la dimensión física de la fatiga), de dificultad para mantener los ojos abiertos o para mantenerse despierto (relativo a la dimensión de la fatiga más relacionada con la somnolencia), o de dificultad para mantener la concentración, para tomar decisiones y para pensar con rapidez (relativos a la dimensión mental de la fatiga).

Clasificación de la Fatiga Laboral

La fatiga laboral ha sido clasificada de diversas formas, pero la más común es la fatiga aguda y la crónica. La fatiga aguda, está muy relacionada con los síntomas que puede manifestar una persona después de un fuerte y extenso trabajo, pero llega a desaparecer con el descanso; en cambio la fatiga crónica es la que a pesar del descanso persiste con la misma intensidad, la persona llega a almacenar tanta ansiedad que incluso se puede llegar a correr el riesgo de desencadenar desenlaces fatales (Davis y Fitts, 1998).

Tipos de Fatiga Laboral

Álvarez, (2009) define los tipos de fatiga en los siguientes términos:

Fatiga Física, se puede definir como la disminución de la capacidad física del individuo después de haber realizado un trabajo durante un tiempo determinado; es decir, es fruto de una carga de trabajo excesiva. Su generación está por tanto relacionada con la superación de unos máximos de consumo de energía, pero además depende en gran medida del tipo de trabajo muscular a desarrollar (p. 282).

Fatiga Mental: También llamada Fatiga nerviosa, se origina producto de la actividad intelectual. Se manifiesta proporcionalmente al grado de atención que se exige al trabajador. Cuanto más automático es un trabajo, más fácil y liviano parece, y resulta más penoso si intervienen las facultades individuales. Este tipo de fatiga disminuye la sensibilidad táctil y la general, aumentando el llamado tiempo de reacción, y debilita la aptitud para el trabajo (p. 260).

Medidas para afrontar y prevenir la fatiga laboral

Criterios preventivos básicos para la fatiga:

Álvarez (2009), define la prevención de la fatiga en la siguiente forma:

Para la fatiga mental, se recomienda actuar en cada una de las etapas de trabajo. Por ejemplo, en relación a la percepción de la información, se debe facilitar la comprensión de las señales mediante un adecuado diseño y una correcta elección. En cuanto a la interpretación de la información, se debe tener siempre presente que deben ser apropiados y no muy complejos, teniendo en cuenta la formación del trabajador, evitando también excesos de memorización. Además se debe tener presente algunas medidas como por ejemplo: prever pausas cortas y frecuentes, alternar con otro tipo de tarea que exija un menor nivel de atención, reducir la carga de trabajo en el turno de noche, formar al trabajador siempre que haya nuevos cambios tecnológicos, operativos u organizativos (p. 263).

En relación a la fatiga física, para no llegar a ésta situación, se recomienda actuar fundamentalmente sobre los métodos y medios del puesto y sobre la administración de los tiempos de trabajo. Para ello se debe: imponer un ritmo de trabajo adecuado, mejorar las condiciones de trabajo, evaluar cuidadosamente los útiles y herramientas a utilizar, prever tiempos de reposo que permitan la recuperación del organismo (p. 294).

Fatiga Laboral y Enfermería

La enfermería, como afirman Pla, Hernández, Orquín y Sany de Galdeano (1999) es una profesión de gran complejidad, y la naturaleza de las actividades que se realiza son propensas a desarrollar fatiga en el enfermero.

Entre los factores mencionados, los que se desarrollan con más frecuencia en el ámbito laboral de enfermería según Aparecida, Pacheco, Notamicola y Fisscher (2010) son:

Relativos al paciente: percepción del sufrimiento, dolor y muerte del paciente, las órdenes médicas poco claras y con escasa información, temor a equivocarse y cometer negligencia, sensación de impotencia frente al dolor humano, realización de cuidados dolorosos al paciente, falta de tiempo para brindar apoyo emocional, sobrecarga de trabajo, temor a los familiares por actuaciones judiciales.

Relativos a condiciones laborales: Escasez de tiempo y de personal, elevadas cargas de trabajo, problemas de espacio físico, problemas de rol, falta de implicación en el equipo de trabajo, escasa participación en la toma de decisiones, inexistencia de promoción profesional, falta de información y formación específicas adecuadas, fallos en el canal de comunicación, malas relaciones interprofesionales e intergrupales, exceso de tareas administrativas, recibir información incompleta e insuficiente de los médicos, tomar decisiones en situaciones de urgencias (719 –720).

Según Seguel y Valenzuela (2014) la fatiga en enfermería se presenta implicando multiplicidad de factores:

Específicamente, la fatiga laboral en enfermería se presenta por las demandas impuestas por las múltiples tareas pues desempeñan como: la gestión, educación, investigación y asistencial; e implican también absorber la demanda sobrepasando 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 de sueño–vigilia, manipular elementos peligrosos ya sean físicos, químicos o biológicos, entre otros (p. 121).

Otros aspectos que influyen en la aparición de fatiga laboral son: Las tareas propias de cada unidad hospitalaria, el salario, la infraestructura del ambiente de trabajo, las normas de una institución, además de aspectos tanto del entorno personal como profesional del enfermero (Fernández y Paravic, 2003).

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS USADOS

Categorización de pacientes: Unidad de medida estándar que utiliza escala validada para identificar dependencia y riesgo de personas hospitalizadas por problemas de salud (García, 2000).

Dependencia: Valor determinado por el nivel de participación usuaria en los cuidados seleccionados y por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados universales o básicos que identifican dependencia (García, 2000).

Riesgo: Valor determinado por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados terapéuticos seleccionados que indirectamente identifican riesgo, e intervenciones multidisciplinarias requeridas por condiciones de inestabilidad del usuario (García, 2000).

Categorías de pacientes: Clasificación de personas hospitalizadas en 12 grupos, según características determinadas por nivel de riesgo y dependencia (García, 2000).

Fatiga laboral: Es la disminución de la capacidad física y mental de un individuo, después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado (Useche, 1992).

El cuidado de enfermería: Se define como la provisión de cuidados especializados de enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida, enfermos o con lesiones (CEP, 2008).

2.3 HIPÓTESIS

General:

H₁: Existe asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral en el personal de enfermería de una clínica privada.

H₀: No existe asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral en el personal de enfermería de una clínica privada.

Específicos:

H1: Existe asociación entre el nivel de dependencia de los pacientes que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H0: No existe asociación entre el nivel de dependencia de los pacientes que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H1: Existe asociación entre el número de pacientes con dependencia total que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H0: No existe asociación entre el número de pacientes con dependencia total que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H1: Existe asociación entre el nivel de riesgo de los pacientes que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H0: No existe asociación entre el nivel de riesgo de los pacientes que asiste la enfermera y la fatiga laboral.

H1: Existe asociación entre el número de pacientes con mayor riesgo que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

H0: No Existe asociación entre el número de pacientes con mayor riesgo que cuida la enfermera y la fatiga laboral.

2.4 VARIABLES:

Variable 1: La categorización de pacientes.

Variable 2: Fatiga laboral.

Tabla 1. Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES (Ésta información se obtuvo a través del instrumento de Categorización de pacientes por dependencia y riesgo)	VALORACION
1. Categorización de pacientes por riesgo y dependencia.	Es una herramienta de gestión que ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados de pacientes hospitalizados e identifica su perfil.	La categorización de usuarios clasifica a los pacientes de diferentes etapas del ciclo vital según su nivel de dependencia y riesgo, identificados a través de la valoración de actividades de enfermería más frecuentes, comunes a todas las áreas de complejidad de atención, que se realizan en todos los servicios clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Dependencia ➤ Nivel de Riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Confort y Bienestar: cambio de ropa de cama y/o personal. b. Confort y Bienestar: movilización y transporte. c. Cuidados de Alimentación d. Cuidados de Eliminación e. Apoyo Psicosocial y Emocional f. Vigilancia a. Medición diaria de signos vitales. b. Balance Hídrico c. Cuidados en oxigenoterapia d. Cuidados diarios de la vía aérea. d. Intervenciones profesionales. e. Cuidados de piel y curaciones. f. Administración de tratamiento farmacológico. g. Presencia de elementos invasivos. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dependencia Total: 13 a 18 puntos 2. Dependencia Parcial: 7 a 12 puntos 3. Autosuficiencia Parcial: 0 a 6 puntos 1. Máximo Riesgo: 19 a 24 puntos 2. Alto Riesgo: 12 a 18 puntos 3. Mediano Riesgo: 6 a 11 puntos 4. Bajo Riesgo: 0 a 5 puntos

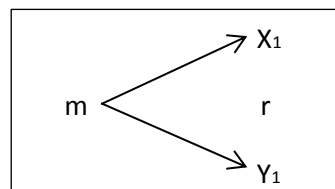
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES (Ésta información se obtuvo a través de las respuestas del cuestionario de Yoshitake)	VALORACION
2. Fatiga Laboral	Es la disminución de la capacidad física y mental de un individuo, después de haber realizado un trabajo durante un período de tiempo determinado.	Es la pérdida transitoria de la capacidad para ejecutar un trabajo, consecutiva a la realización prolongada del mismo manifestada por sentimientos de cansancio en el cuerpo, dificultad para concentrarse y proyección de malestar físico.	<p>➤ Síntomas generales de fatiga.</p> <p>➤ Fatiga mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesadez. • Cansancio en el cuerpo • Cansancio en las piernas • Deseos de bostezar • Aturdimiento • Somnolencia • Vista cansada • Rigidez o torpeza en los movimientos • Sensación de inseguridad al estar de pie • Deseos de acostarse • Dificultad para pensar • Cansancio al hablar • Nerviosismo • Problemas de atención • Pérdida de memoria • Pérdida de confianza en sí mismo 	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Se presume un estado de fatiga cuando se alcanza:</p> <p>23 % (7 síntomas en mujeres)</p> <p>20% (6 síntomas en hombres)</p>

			<p>➤ Deterioro físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Posiciones incorrectas en el cuerpo • Pérdida de paciencia • Dolor de cabeza • Entumecimiento en hombros • Dolores en la espalda • Dificultad para respirar • Sed • Sensación de estar atontado • Voz ronca • Parpados temblorosos • Piernas y brazos temblorosos • Sensación de estar enfermo. 	
--	--	--	----------------------------	--	--

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, pues los datos recolectados son analizados y expresados de forma cuantitativa mediante el uso de la estadística, no experimental, correlacional y de corte transversal pues resume el estado de los fenómenos de interés como se observan en la actualidad y, porque se estudiará las variables en forma simultánea, haciendo un corte en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Y se representa en el siguiente esquema.



3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por enfermeros(as) que laboran en los servicios hospitalarios en la Clínica Stella Maris. Se realizará en el período de Enero – Marzo 2015. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron los siguientes:

- Enfermeros(as) de los servicios de Medicina, Cirugía, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de cuidados Intensivos que se encontraban laborando durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Enfermeros(as) de labor asistencial.

El tamaño de la muestra estuvo constituida por el 100% de enfermeros(as) que laboran en los servicios hospitalarios acordes a los criterios de inclusión; es decir, 35 enfermeros(as).

Tabla 2. Características generales de los enfermeros(as).

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	5 (14.3)
Femenino	30 (85.7)
Edad *	35.3 ± 9.2
Estado Civil	
Soltero	22 (62.9)
Casado	13 (37.1)
Unidad de servicio	
Servicios Generales	16 (45.7)
Unidad de cuidados intermedios (UCE)	7 (20.0)
Unidad de cuidados intensivos (UCI)	12 (34.3)
Condición laboral	
Trabajador contratado	21 (60.0)
Trabajador fijo	14 (40.0)
Tiempo de ejercicio laboral	
< 5 años	15 (42.8)
5 – 10 a 6 10 años	10 (28.6)
> 10 años	10 (28.6)
Nº de horas en el trabajo	
≤ 6 horas	16 (45.7)
> 6 horas	19 (54.3)
Labora en más de dos Instituciones	
Si	19 (54.3)
No	16 (45.7)

* Edad reportada en años (Media ± desviación estándar)

Fuente: cuestionario de características generales de los enfermeros(as).

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se usó, fue la obtención de datos a través de cuestionarios validados sobre información específica de Categorización de pacientes y fatiga laboral.

Instrumento para medir la categorización de pacientes:

La categorización del paciente fue medida mediante un instrumento desarrollado en Chile sobre clasificación de pacientes, éste es el cuestionario sobre Categorización de Usuarios por Dependencia y Riesgo. Fue desarrollado por García et al. (2007), y actualizado en el año 2007, tiene un Alfa de Cronbach = 0.88, pruebas KMO=0.867, Bartlett $p < 0.001$ y Análisis factorial; para buscar el Gold estándar en los niveles se aplicó el test de Kappa de Cohen=0.529; alta sensibilidad y especificidad de sus puntajes aplicando el test de ROC (Receiver Operating Characteristic Curves). Dicho instrumento comprende 14 cuidados y 64 dimensiones. En la Categorización de usuarios según dependencia y riesgo, se analizaron los requerimientos de cuidados directos, clasificándolos según grado de dependencia y riesgo. Los puntajes de cada grupo de cuidados varían entre cero a tres, y son determinados por la complejidad de los cuidados, y la diversidad y frecuencia con que se realizan (García et al., 2007).

El grado de dependencia se identificó a través de los cuidados de enfermería, los cuales comprenden: cuidados en confort y bienestar (cambio de ropa y movilización), cuidados en alimentación, eliminación, apoyo psicosocial y emocional, y estado de vigilancia. El nivel de riesgo se identificó a través de la valoración de ocho cuidados, los cuales comprenden: control diario de signos vitales, balance hídrico, cuidados en oxigenoterapia, cuidados de la vía aérea, intervenciones profesionales, cuidados de la piel, administración de tratamiento, presencia de elementos invasivos.

García et al. (2007) desarrolló el cruce de las variables de nivel de dependencia y nivel de riesgo, y presentó doce categorías de pacientes: A1= Máximo riesgo y total dependencia; A2= Máximo riesgo y dependencia parcial; A3= Máximo riesgo y autosuficiencia. B1= Alto riesgo y dependencia total; B2= Alto riesgo y dependencia parcial; B3= Alto riesgo y autosuficiencia; C1 = Mediano riesgo y dependencia total; C2= Mediano riesgo y dependencia parcial; C3= Mediano riesgo y autosuficiencia. D1= Bajo riesgo y dependencia total; D2= Bajo riesgo y dependencia parcial; D3= Bajo riesgo y autosuficiencia.

Instrumento para medir fatiga laboral

El segundo instrumento usado fue el Cuestionario para la subjetividad de Fatiga desarrollado en Japón, por H. Yoshitake (1978), para medir en forma adecuada la fatiga en la población trabajadora. Consta de 30 ítems, seleccionados mediante un criterio factorial por Yoshitake, y planteó tres factores, denominados por él como: tipo 1 (ítem 1 al 10), que corresponde a exigencia mixtas (físicas y mentales); tipo 2 (ítems del 11 al 20), corresponde a exigencias mentales y el tipo 3 (ítems 21 al 30), trabajos con exigencias físicas. Los ítems exigen respuestas dicotomizadas (si o no), la calificación se expresa en la siguiente formula (Barrientos-Gutiérrez et al., 2004):

$$\text{Frecuencia de quejas de fatiga: (PSF)} \\ \frac{\text{Nº de respuestas "SI"}}{\text{Nº de Reactivos}} \times 100$$

Barrientos - Gutiérrez et al., (2004), desarrolló la validez de constructo de éste instrumento, en una muestra de 1399 trabajadores mexicanos, usó el análisis de covarianza para identificar las diferencias en la puntuación de fatiga, resultando estadísticamente significativo. La validez interna se obtuvo por medio del alfa de Cronbach (0.89) para la prueba en general. Los puntos de corte para la identificación de fatiga fueron de 6 y 7 respuestas afirmativas respectivamente ($r= 0.9456$ y 0.9479).

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del estudio y recolección de datos se realizaron los trámites administrativos respectivos, mediante un oficio dirigido a la unidad de Dirección General de la Clínica Stella Maris con la finalidad de obtener la autorización y el permiso respectivo. Se realizó también coordinaciones con los responsables de los Servicios de Hospitalización para elaborar un cronograma de recolección de datos, el instrumento se usó para el personal seleccionado y que haya aceptado participar en el estudio. La recolección de información estuvo conducida por una encuestadora a la cual se le designó una lista del personal seleccionado y un cronograma de encuestas. La Recolección de datos se desarrolló en los servicios de hospitalización, en el momento del día de rotación de trabajo. Los cuestionarios fueron entregados a cada personal de enfermería de manera individual, e incluían preguntas sobre variables sociodemográficas, así como preguntas del cuestionario de fatiga laboral y del cuestionario sobre clasificación de pacientes. Previamente se les explicó que los cuestionarios serían manejados de manera anónima. La encuestadora estuvo presente en el momento que se llenó el cuestionario para resolver posibles dudas con respecto a su contenido. Finalmente, los cuestionarios fueron entregados a la coordinadora del estudio, la cual se encargó del vaciado de datos.

Procesamiento de Resultados

La información proveniente de la encuesta fueron traspasados a un formato de forma codificada empleándose los programas Microsoft Word 2010 y el paquete estadístico SPSS para Windows v. 20, previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla matriz Excel. Se desarrolló una prueba piloto con 20 participantes para reforzar la validez interna de los cuestionarios, éste se analizó mediante el índice Alfa de Cronbach (ver anexo 3 y 4).

La variable fatiga laboral, fue tratada como variable dicotómica. Para el análisis de la variable categorización de pacientes en las dimensiones dependencia y riesgo, se elaboró una tabla que comprendía a cada paciente categorizado (según puntaje de la escala de dependencia y riesgo) que cuidó cada enfermera, y se halló la mediana del puntaje de cada paciente para evaluar la asociación con la fatiga laboral que reportó cada participante. Se elaboraron tablas de tipo bivariado y se usó la prueba no paramétrica de chi-cuadrado. También se usó la prueba exacta de Fisher para datos pequeños, es decir cuando las frecuencias esperadas de las celdas eran menores a 5 y por tanto no cumplían con los requisitos para usar chi². En todos los casos se usó un nivel de significancia de 0.05.

Aspectos Éticos

Los participantes fueron informados de la finalidad del estudio y del uso de los resultados, además se dio la opción a cada participante de abandonar el estudio en el momento que lo desee sin presión alguna. Por otra parte se resaltó el anonimato de la participación y se mantuvo la confidencialidad de la información entregada. Los nombres de los participantes no son mencionados por ningún motivo. La autora de la investigación mantuvo en cada etapa del estudio honestidad y sinceridad al momento de dar información a las personas interesadas.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Los resultados son presentados en el orden en que se establecieron los objetivos específicos y el objetivo general del estudio. Los datos fueron recolectados a partir de la aplicación de instrumentos: categorización de pacientes por dependencia y riesgo y, síntomas subjetivos de fatiga, en los 35 profesionales de enfermería que laboraron en los servicios hospitalarios en una Clínica privada. Estos resultados permitieron a la investigadora conocer el nivel de dependencia y, el nivel de riesgo de los pacientes hospitalizados en el periodo de tiempo que duró el estudio, así como su categorización luego de cruzar las co-variables (dependencia y riesgo). Además se logró conocer la proporción de profesionales en enfermería que presentaron fatiga laboral; así como la comprobación de las pruebas de hipótesis. Estos resultados son refrendados por las respectivas tablas detalladas a continuación. Cabe resaltar que a partir del cuarto resultado se aplicó la prueba de hipótesis para la comprobación de las asociaciones, para ello se usó la prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fischer, considerando un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADO N° 1: IDENTIFICACIÓN DE LA FATIGA LABORAL.

Este resultado fue desarrollado luego de un análisis descriptivo de la muestra y responde al primer objetivo específico del estudio, donde se evidencia que la mayoría de los profesionales de enfermería que laboraron en los servicios hospitalarios durante el periodo de tiempo en que se desarrolló la investigación presentaron fatiga laboral (57.1%). Éstos resultados revelan la existencia de un serio problema que aqueja a más del 50% de los profesionales de enfermería y que deberían tener presente los gerentes y gestores, para evitar posibles ausentismos debidos a descansos médicos y/o insatisfacción de los pacientes. La información obtenida es refrendada por la siguiente tabla.

Tabla 3. Fatiga laboral que presentaron los profesionales de enfermería en una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Fatiga Laboral	N (%)
No presentaron fatiga	15 (42.9)
Presentaron fatiga	20 (57.1)
Total	35 (100.0)

Fuente: cuestionario de síntomas subjetivos de la fatiga.

RESULTADO N° 2: IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA.

El siguiente resultado se desarrolló por medio de un análisis descriptivo de la muestra, responde al segundo objetivo específico del estudio, donde se evidencia que la mayoría de pacientes categorizados por nivel de dependencia pertenecieron al grupo de dependencia total (49.5%), seguidos por dependencia parcial (37.4%) y autosuficiencia parcial (13.1%). El nivel de dependencia consiste en una clasificación basada en la valoración de necesidades básicas del paciente, éstos resultados muestran que la mayor parte de pacientes hospitalizados presentan carencia del autocuidado, es decir carecen de autonomía y además necesitan de ayuda para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas. Esta información es respaldada por la siguiente tabla:

Tabla 4. Nivel de dependencia de pacientes que fueron cuidados por las enfermeras del estudio en una Clínica privada. Lima, 2015.

Nivel de dependencia	N (%)
Autosuficiencia parcial	25 (13.1)
Dependencia parcial	71 (37.4)
Dependencia total	94 (49.5)
Total	190 (100.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

RESULTADO N° 3: IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO.

El presente resultado fue elaborado por medio de un análisis descriptivo de la muestra, responde al tercer objetivo específico del estudio, donde se evidencia que la mayoría de pacientes categorizados por nivel de riesgo presentaron mediano riesgo (64.2%), seguido de Alto riesgo (26.3%) y Máximo riesgo (9.5%). La identificación del nivel de riesgo fue a través de la valoración de la diversidad, continuidad y complejidad de los cuidados terapéuticos, los resultados expresados evidencian que la mayor parte de pacientes mantienen una escasa necesidad de procedimientos e intervenciones terapéuticas por parte de enfermería. Esta información es refrendada por la siguiente tabla y gráfico:

Tabla 5. Nivel de riesgo de pacientes que fueron cuidados por las enfermeras del estudio en una Clínica privada. Lima, 2015.

Nivel de dependencia	N (%)
Mediano riesgo	122 (64.2)
Alto riesgo	50 (26.3)
Máximo riesgo	18 (9.5)
Total	190 (100.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

RESULTADO N° 4: DETERMINACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CUIDADOS POR LAS ENFERMERAS Y LA FATIGA LABORAL.

Este resultado responde al cuarto objetivo específico del estudio, donde se evidencia asociación entre el nivel de dependencia de pacientes y la fatiga laboral que presentaron las enfermeras. Para el análisis de la información se consideró sólo dos niveles de dependencia: total y parcial (se elaboró una tabla que comprendía a cada paciente categorizado, según puntaje de la escala de dependencia y se halló la mediana del puntaje de cada paciente por enfermera). Se evidencia que el 75% de enfermeras con fatiga cuidaron pacientes con dependencia total y el 60% de enfermeras que no presentaron fatiga cuidaron a pacientes con dependencia parcial. Para la comprobación de hipótesis se usó la prueba de χ^2 , determinándose una *significancia* $< \alpha$ ($0,036 < 0,050$). Estos resultados demuestran que cuidar a pacientes con dependencia total podría conllevar al padecimiento de fatiga en los profesionales de enfermería, esto debido a que ese grupo de pacientes requieren de numerosos y complejos cuidados, lo cual generaría mayor carga de trabajo, y por tanto éstas evidencias se deberían tener presente al momento de la asignación y dotación de personal de enfermería. Esta información es respaldada por las siguientes tablas:

Tabla 6. Asociación entre el nivel de dependencia de los pacientes y la fatiga laboral de una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Categorización del paciente por nivel de dependencia	Fatiga Laboral	
	No	Si
Dependencia parcial	9 (60.0)	5 (25.0)
Dependencia total	6 (40.0)	15 (75.0)
Total	15 (100.0)	5 (100.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

Prueba de Chi Cuadrado (Sig: probabilidad que la hipótesis nula sea verdadera).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>4,375</u>	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,080	<u>,040</u>
N de casos válidos	35				

a. las casillas tienen una frecuencia esperada superior a 5.

RESULTADO N° 5: DETERMINACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA TOTAL Y LA FATIGA LABORAL.

Este resultado responde al quinto objetivo específico del estudio. Se evidenció asociación significativa entre el número de pacientes con dependencia total que fueron cuidados por cada enfermera y la fatiga laboral. Para éste análisis se tomó en cuenta cuantos pacientes con dependencia total cuidaba cada enfermera, y se demostró que el 70% de enfermeras que presentaron fatiga cuidaron en un turno de trabajo a tres pacientes con dependencia total, además, se mostró que de las enfermeras que no cuidaron a cuatro pacientes con dependencia total, el 100% no presentó fatiga. Para la comprobación de hipótesis en relación al cuidado de tres pacientes con dependencia total, se usó la prueba de chi², debido a que los valores de las celdas fueron superiores a 5, y se determinó una *significancia* < α (0,006 < 0.050); con respecto al cuidado de cuatro pacientes con dependencia total, se usó la prueba exacta de Fischer debido a que los valores de las celdas fueron inferiores a 5, determinándose una *significancia* < α (0,027 < 0.050). Estos resultados evidencian que mientras una enfermera sea responsable del cuidado de tres a más pacientes con dependencia total presentará mayor riesgo de padecer de fatiga, esto debido a que ese grupo de pacientes requieren de un mayor número de cuidados para cubrir sus necesidades básicas. Esta información es respaldada por las siguientes tablas:

Tabla 7. Asociación entre el número de pacientes con dependencia total que cuida la enfermera y la fatiga laboral de una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Número de pacientes con dependencia total cuidados por una enfermera	Fatiga Laboral	
	No n (%)	Si n (%)
Tres pacientes con dependencia total		
No	12 (80.0)	6 (30.0)
Si	3 (20.0)	14 (70.0)
Cuatro pacientes con dependencia total		
No	15 (100.0)	14 (70.0)
Si	0 (0.0)	6 (30.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

1) *Enfermeras que atendieron a tres pacientes con dependencia total:*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>8,578</u>	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,006	<u>.004</u>
N de casos válidos	35				

a. las casillas tienen una frecuencia esperada superior a 5.

2) *Enfermeras que atendieron a cuatro pacientes con dependencia total:*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>5,431</u>	1	,020		
Estadístico exacto de Fisher				,027	<u>.024</u>
N de casos válidos	35				

a. Una casilla tiene una frecuencia esperada inferior a 5.

RESULTADO N°6: DETERMINACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES CUIDADOS POR LAS ENFERMERAS Y LA FATIGA LABORAL.

Este resultado responde al sexto objetivo específico del estudio, no se encontró asociación entre el nivel de riesgo de pacientes y la fatiga laboral. Para el análisis de éstos datos se consideró sólo dos niveles de riesgo (mediano riesgo – puntajes menores a 12– y, mayor riesgo –puntajes mayores a 12– luego se elaboró una tabla que comprendió a cada paciente categorizado, según puntaje de la escala de riesgo y se halló la mediana del puntaje de cada paciente por enfermera). Éste análisis muestra que el 60% de enfermeras con fatiga cuidaron pacientes con mayor riesgo y el 53.3% de enfermeras que no presentaron fatiga cuidaron a pacientes con mediano riesgo. Con respecto a la comprobación de hipótesis se usó la prueba de chi², determinándose una *significancia* > α ($0,433 > 0.050$). Ésta información se refrenda en las tablas:

Tabla 8. Asociación entre el nivel de riesgo de los pacientes y la fatiga laboral de una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Categorización del paciente por nivel de riesgo	Fatiga Laboral	
	No	Si
Mediano riesgo	8 (53.3)	8 (40.0)
Mayor riesgo	7 (46.7)	12 (60.0)
Total	15 (100.0)	20 (100.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,614	1	,433		
Estadístico exacto de Fisher				,506	,330
N de casos válidos	35				

a. las casillas tienen una frecuencia esperada superior a 5.

RESULTADO N° 7: DETERMINACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PACIENTES CON MAYOR RIESGO Y LA FATIGA LABORAL.

Este resultado responde al séptimo objetivo específico del estudio. Se evidenció asociación significativa entre el número de pacientes con mayor riesgo que fueron cuidados por cada enfermera y la fatiga laboral. Para éste análisis se tomó en cuenta cuantos pacientes con mayor riesgo cuidaba cada enfermera, y se mostró que el 80% de las enfermeras que presentaron fatiga laboral cuidaron a dos pacientes con mayor riesgo en un turno de trabajo, además, se observó también que, de las enfermeras que no cuidaron a tres pacientes con mayor riesgo, el 80% no presentó fatiga. Para la comprobación de hipótesis en relación al cuidado de dos pacientes con mayor riesgo, se usó la prueba de χ^2 , debido a que los valores esperados de las celdas fueron superiores a 5, y se determinó una *significancia* $< \alpha$ ($0,040 < 0.050$); y con respecto al cuidado de tres pacientes con mayor riesgo, se obtuvo una *significancia* $< \alpha$ ($0,036 < 0.050$). En éstos resultados se observa además que el valor p (nivel de significancia) va disminuyendo en cada ítem según aumenta el número de pacientes con mayor riesgo cuidados. Estos resultados evidencian que si una enfermera es responsable del cuidado de dos a más pacientes con mayor riesgo podría tener mayor probabilidad de padecer de fatiga, esto debido a que ese grupo de pacientes requieren de un importante apoyo terapéutico para lograr su recuperación y reinserción a su vida cotidiana. Estas afirmaciones son refrendadas por las siguientes tablas:

Tabla 9. Asociación entre el número de pacientes con mayor riesgo que cuida la enfermera y la fatiga laboral de una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Número de pacientes con mayor riesgo cuidados por una enfermera	Fatiga Laboral	
	No	Si
Dos pacientes con mayor riesgo		
No	8 (53.3)	4 (20.0)
Si	7 (46.7)	16 (80.0)
Tres pacientes con mayor riesgo		
No	12 (80.0)	9 (45.0)
Si	3 (20.0)	11 (55.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

1) *Enfermeras que atendieron a dos pacientes con mayor riesgo:*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>4,227</u>	1	,040		
Estadístico exacto de Fisher				,071	<u>.045</u>
N de casos válidos	35				

a. las casillas tienen una frecuencia esperada superior a 5.

2) *Enfermeras que atendieron a tres pacientes con mayor riesgo:*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>4,375</u>	1	,046		
Estadístico exacto de Fisher				,046	<u>.039</u>
N de casos válidos	35				

a. las casillas tienen una frecuencia esperada superior a 5.

RESULTADO N° 8: DETERMINACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES Y LA FATIGA LABORAL.

Este resultado responde al objetivo general del estudio. No se encontró asociación entre la categorización de pacientes y la fatiga laboral. Para el análisis de éstos datos se consideró 4 categorías: dependencia parcial – mediano riesgo, dependencia total – mediano riesgo, dependencia total – alto riesgo y dependencia total – máximo riesgo (luego del cruce de las escalas de dependencia y de riesgo). Éste análisis muestra que dentro del grupo de enfermeras que no presentaron fatiga laboral, el 53.3% de ellas cuidaron pacientes con dependencia parcial – mediano riesgo; y del grupo de enfermeras que si reportaron fatiga, el 35% cuidó a pacientes con dependencia total – alto riesgo y el 25% a pacientes con dependencia total – máximo riesgo. Para éste análisis, la prueba de χ^2 determinó una *significancia* $> \alpha$ ($0,057 > 0,050$), pero además se desarrolló la prueba exacta de Fischer debido a que los valores esperados son inferiores a 5 ($p=0,067$), ambas pruebas indican que no hay asociación entre las variables. Desde el punto de vista estadístico, la inexistencia de asociación puede deberse al pequeño tamaño de muestra que disminuye el poder estadístico de la prueba para rechazar la hipótesis nula y por tanto disminuye la capacidad para detectar diferencias significativas. Ésta información es ilustrada por las siguientes tablas:

Tabla 10. Asociación la categorización de pacientes por dependencia y riesgo y la fatiga laboral de una Clínica privada. Lima, 2015 (n=35)

Categorización del paciente	Fatiga Laboral	
	No	Si
Dependencia parcial-Mediano riesgo	8 (53.3)	4 (20.0)
Dependencia total-Mediano riesgo	0 (0.0)	4 (20.0)
Dependencia total-Alto riesgo	6 (40.0)	7 (35.0)
Dependencia total-Máximo riesgo	1 (6.7)	5 (25.0)
Total	15 (100.0)	20 (100.0)

Fuente: cuestionario de categorización de pacientes por dependencia y riesgo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<u>7,516</u>	3	,057
Estadístico exacto de Fisher			,067
N de casos válidos	35		

4.2 DISCUSIÓN

En la muestra estudiada se evidenció presencia de fatiga en el personal de enfermería. Más del 50% de enfermeros que laboraron en la institución estudiada presentaron fatiga laboral. Estos resultados concuerdan con lo hallado en otros estudios (Báez, 2005; Seguel y Valenzuela, 2014), donde más del 40% de la muestra mostró elevada fatiga. Además el estudio realizado por Nery, Toledo, Oliveira Júnior, Taciro y Carregaro (2013), reveló que un 75% de enfermeros presentaron fatiga asociado a actividades laborales. Este estudio no concuerda con lo establecido por Raftopoulos, Charalambous y Talias (2012), donde más del 90% de enfermeros encuestados presentaron fatiga atribuida principalmente al trabajo. Sin embargo éste estudio confronta a lo descrito por Baeza, Del Rio y Schwerter (2012), donde un número menor de profesionales de enfermería refirieron fatiga. En fin, estos hallazgos demuestran que la fatiga laboral es un riesgo para salud de los profesionales de enfermería, y que se manifiesta debido a la carga de trabajo de la cual está expuesta cada profesional de enfermería.

El nivel de dependencia de los pacientes, consiste en una categorización basada en la valoración de las necesidades del paciente. Para obtener la categorización por nivel de dependencia se usó un instrumento elaborado por García (2007), donde se clasifica al paciente en tres categorías dependencia total, dependencia parcial y autosuficiencia parcial, según los resultados obtenidos se encontró que la mayor parte de pacientes presentaron nivel de dependencia total (49,5%). Con éstos hallazgos podemos inferir que en ésta institución se requiere de una mayor necesidad de cuidados de enfermería. Estos resultados no coinciden con el estudio elaborado por Arechabala- Mantuliz et al. (2014), quien usó el mismo instrumento de categorización a pacientes sometidos a hemodiálisis, donde se encontró que la autosuficiencia parcial fue la categoría de

mayor porcentaje (71,5%), La disparidad de estos hallazgos puede deberse a que Arechabala analizó a pacientes con una patología específica a diferencia de éste estudio, el cual se desarrolló en todos los ambientes hospitalarios, en donde se puede encontrar una diversidad de pacientes con complejidad terapéutica y de cuidados por parte del personal de enfermería.

El Consejo Nacional del Colegio de enfermeros del Perú (2008), elaboró las “Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero”, donde consideran los criterios de cuidados de enfermería según grados de dependencia, y se concluye que los sistemas de clasificación se dividen generalmente de 3 a 5 categorías de atención y por consiguiente esto dependerá del grado de exigencia requerida y la variedad de los requisitos de atención de los pacientes.

En relación al nivel de riesgo, éste fue identificado a través de la valoración de la intensidad, diversidad y complejidad de los cuidados terapéuticos proporcionados por la enfermera. Se encontró que el 64.2% de pacientes pertenecieron al nivel de mediano riesgo. Estos resultados coinciden con lo referido por Arechabala-Mantuliz et al (2014), donde usó el mismo instrumento para categorizar a pacientes por nivel de riesgo, y se encontró que la mayoría de pacientes categorizados pertenecen al nivel de mediano riesgo (63,6%), seguida del nivel de alto riesgo (26,3%) y máximo riesgo (9.5%). Cabe resaltar que no se logró encontrar estudios que reportaran características similares en relación al nivel de riesgo de los pacientes.

Categorizar pacientes por nivel de dependencia permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo, pues un paciente con mayor dependencia no podrá vivir de manera autónoma y va a requerir de forma duradera la ayuda de otros para el logro de su autocuidado. Por ello se deduce que mientras mayor sea el número de pacientes con dependencia total, mayor será la carga de trabajo, y por tanto mayor debe ser el número de personal de enfermería. Tal como lo demuestran los resultados obtenidos, donde el 75% de enfermeros que presentaron fatiga laboral cuidaron a pacientes con dependencia total.

Adicionalmente a éste análisis se realizó otro similar, pues se quería dar mayor consistencia a estos hallazgos, por lo cual, se analizó el número de pacientes cuidados por enfermeros(as) con la fatiga laboral, los resultados demostraron que existen asociaciones significativas entre los ítems cuidados de enfermería tres y cuatro pacientes con dependencia total, con la fatiga reportada y se demostró que mientras una enfermera atiende más pacientes con dependencia total, mayor será el riesgo de presentar fatiga. Por lo expuesto se puede deducir que a mayor carencia del autocuidado mayor es la dependencia que pueda presentar el paciente, por tanto, mayor será la carga laboral de enfermería, esto se relaciona estrechamente con que, a medida que aumenta la complejidad del paciente, se va a requerir de un mayor número de cuidados de enfermería y a su vez mayor dotación de profesionales, para evitar el cansancio por recarga de trabajo y, por consiguiente problemas en la salud de éstos profesionales (uno de ellos la fatiga laboral). No se ha logrado encontrar literaturas relevantes que se relacionen a estos hallazgos.

Para facilidad del análisis de la dimensión nivel de riesgo, se clasificó a los pacientes en dos categorías: mediano riesgo y mayor riesgo (ésta categoría comprendió el nivel de alto riesgo y máximo riesgo). Al realizar el análisis de asociación entre nivel de riesgo y la fatiga laboral, no se encontró diferencia significativa entre éstas variables. Pero sí se demostró asociaciones significativas entre el número de pacientes con mayor riesgo atendidos, donde se pudo evidenciar que cuidar más de dos pacientes con mayor riesgo puede condicionar a la fatiga laboral en enfermería. Por lo tanto cuidar más pacientes con mayor riesgo precisa de considerables cuidados de enfermería, y a su vez requieren de un mayor número horas – profesional; es decir mientras mayor sea el número de pacientes con alto riesgo terapéutico, mayor número de profesionales de enfermería se requerirán para dar satisfacción a sus necesidades. Esta afirmaciones coinciden con Cobo et al. (2008), quien en su estudio evidenció que la carga de trabajo es mayor, cuando se atienden pacientes con complejidad terapéutica. Así mismo, Mesa y Romero (2010), refiere que la carga laboral en el personal de enfermería influye en su salud mental y física.

Finalmente, el objetivo general de éste estudio fue analizar si la categorización de pacientes está asociado a la presencia de fatiga laboral en enfermeras que laboraron en una Clínica Privada. Este estudio no determinó la existencia de una asociación entre categorización de pacientes y fatiga laboral, ésta inexistencia de asociación puede no necesariamente deberse al resultado de los datos obtenidos, sino también al pequeño tamaño de muestra (cuando los efectos son pequeños y el tamaño muestral es reducido, la capacidad para detectar diferencias significativas disminuye) (Triola, 2004). Pero a pesar de ésta limitación (tamaño de muestra), se pudo demostrar

diferencias estadísticas significativas entre la fatiga laboral y el nivel de dependencia de pacientes; entre la fatiga laboral y el número de pacientes con dependencia total cuidados, así como el número de pacientes con mayor riesgo cuidados.

Si bien es cierto, la categorización de pacientes no es el único problema que condiciona fatiga laboral en enfermería, diversos estudios, han relacionado este problema con factores sociodemográficos y laborales (Báez, 2005; Garrosa, 2008 y Baeza, 2012), es por éste motivo que se cree necesario informar que éste estudio no tiene un enfoque cualitativo, pues no investiga la percepción de un enfermero sobre su calidad laboral, con respecto a la carga mental y emocional que viven al cumplir su función como profesionales de enfermería. Es en este aspecto donde los estudios realizados por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009); y Grau, Suñer y García (2005), nos muestran una perspectiva más humanizada del trabajo, donde resaltan la importancia de tener presente en un estudio a los factores personales y del entorno, como por ejemplo el ser optimista, el tener una alta autoestima, el trabajar en un ambiente con un óptimo clima organizacional, etc.

En fin, aplicando este estudio la enfermera con función administrativa podría determinar los factores que están fallando en el proceso de atención y/o cuidado de enfermería y por tanto conocer mejor a su personal, de esa manera podría llegar a fortalecer las aptitudes y actitudes de cada enfermero al momento de realizar la distribución de funciones y actividades, y mejorar el rendimiento en la calidad de atención.

Por otra parte, el Colegio de Enfermeros y el Ministerio de Salud, deberían establecer un protocolo donde se designe a la enfermera como gestora del cuidado, para ello, es necesario que el personal de enfermería se capacite en relación a la gestión del cuidado, pues durante el transcurso de este estudio se pudo notar el nivel de desconocimiento del personal y la falta de interés por informarse sobre las funciones que debería desempeñar como gestora del cuidado.

Debido a la poca información encontrada en la revisión de la literatura, no se pudo discutir y contrastar los resultados obtenidos con otros estudios, esto podría deberse a que los profesionales de enfermería no estén motivados con respecto a la investigación de temas administrativos, pues se ha observado que en la mayoría de artículo y tesis en el campo de la enfermería la mayoría de temas son dirigidas al campo asistencial.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Claramente se demostró que la fatiga laboral está presente en más del 50% del personal de enfermería que laboran en una Clínica privada, demostrado además por la literatura existente.
- Las enfermeras de los servicios de hospitalización de la Institución estudiada cuidan en su mayoría a pacientes con dependencia total, tal como lo demuestran los resultados (49.5%).
- El nivel de riesgo de la mayoría de los pacientes hospitalizados que fueron cuidados por el personal de enfermería tienen el nivel riesgo medio (64.2%)

- Se evidenció una relación significativa entre el nivel de dependencia del paciente y la fatiga laboral, además se demostró que mientras mayor sea el número de pacientes cuidados con dependencia total, mayor será el riesgo de presentar fatiga.
- No existe relación significativa entre el nivel de riesgo del paciente y la fatiga laboral, pero si demostró que existe una asociación significativa en relación al número de pacientes con mayor riesgo cuidados
- No existe relación significativa entre fatiga laboral y categorización de pacientes., si bien es cierto éstos resultados pueden deberse a diversas razones, cabe resaltar que una de ellas podría ser el pequeño tamaño de muestra que conlleva a un menor poder estadístico.

RECOMENDACIONES

- Promover que las instituciones de salud incluyan dentro de sus políticas de recursos humanos estrategias para evitar los problemas de salud relacionadas al trabajo como la fatiga, por lo cual se resalta la necesidad de integrar en las jornadas de trabajo pausas breves de descanso, y cursos y/o talleres sobre estilos de vida saludables. Asimismo los administradores y gerentes de enfermería deberían incluir dentro de su programa de dotación del personal de enfermería, un sistema adecuado de clasificación de pacientes que incluya las demandas de cuidados que éstos requieren.
- Realizar estudios comparativos en otros grupos de pacientes y enfermeros con el fin de diferenciar las actividades de enfermería en el sistema de categorización, lo cual permitirá que el instrumento usado en este estudio se valide y ajuste a nuestra población y por tanto, mejorar la calidad de atención dirigida al cuidado paciente.

- Realizar estudios con enfoque cualitativos dirigidos al profesional de enfermería y a los pacientes para identificar la necesidad de cuidado, esto podría contribuir en la sustentación de modelos conceptuales con respecto a la calidad de atención de enfermería.
- Usar un sistema de categorización de pacientes que se relacione con las necesidades de cuidado, en la elaboración de un protocolo para la dotación y planeación de los profesionales de enfermería, que permita al gerente y/o gestor del cuidado tomar decisiones orientadas y sustentadas por modelos conceptuales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, F. J. L. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada: manual para la formación del especialista*. España: Lex Nova.

Aparecida Silva, A., Pacheco de Souza, J. M., Notamicola da Silva Borges, F., y Fischer, F. M. (2010). Qualidade de vida associada a saúde e condições de trabalho entre profissionais de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 718–725.

Báez-Hernández, G. E., Castro-Estrada, C. S., y Ramírez-Leyva, A. (2005). 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 Ergonomistas de México, AC (pp. 54-63).

Baeza, DL., Del Rio, NI., y Schwerter MF (2012). Fatiga laboral en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia y factores asociados. Universidad de Chile.

Barbany, J. R. (2002). *Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

- Barrientos-Gutiérrez, T., Martínez-Alcántara, S., y Méndez-Ramírez, I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 46(6), 516–523.
- Benítez, M. C. (1997). *La clasificación de pacientes para determinar necesidades de intervención de enfermería*. (Tesis de doctorado no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, España.
- Bruzzone, P.R. & Ochoa G. (2010). *Categorización usuaria por riesgo y dependencia ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería*. (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile. Recuperado de:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmb914c/doc/fmb914c.pdf>
- Boada-Grau, J., Merino-Tejedor, E., Gil-Ripoll, C., Segarra-Pérez, G., y Vigil-Colet, A. (2014). Adaptación al español del Inventario Multidimensional de Fatiga al entorno laboral. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1279–1287.
- Carnevali, D. L., y Patrick, M. (1988). *Tratado de enfermería geriátrica*. México: Interamericana Mac Graw-Hill.
- Cobo, J. L., Pelayo, R., Sánchez, S., Alonso, R., Menezo, R., Gándara, M., Rojo, M., Cuadrado, E., y Villa, C. (2008). Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(1), 6–11.
- Cruz, M. L. do C., Chaves, M. Y., Barcellos, R. de C. de M., Almeida, L., Aparecida de Oliveira, I., y Jorge, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52–64.
- Davis, J. M., y Fitts, R. (1998). Mechanisms of muscular fatigue. *ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription*. Baltimore: Williams y Wilkins, 182(8).

- Estefo, S., y Paravic, T. (2010). Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 33–39.
- Fernández García, J. C. (2001). Concepto y taxonomía de la fatiga física (II). *Revista Digital - Buenos Aires*, 7(38) - Julio de 2001. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>
- Fernández, B., y Paravic, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 57–66.
- García, G., Angélica, M., y Castillo, L. (2000). Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Revista médica de Chile*, 128(2), 177–183.
- García, M. A., Soto, P., y Arqués, V. (2007). Aplicación de la categorización de usuarios en el desarrollo de un modelo de gestión del cuidado de un hospital del sector público, *Horizon enferm* 18(2), 145-151.
- González, J. L., Moreno, B., Garrosa, E., y López, A. (2005). Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 477–492.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215–230.
- Grau, A., Suñer, R., y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19(6), 463–470.

- Guirardello, E. de B. (1993). *Factors in the critical care and medical-surgical environments that increase requirements for directed attention*. (Master thesis). University of Wisconsin-Madison.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hess, W. R. (1957). *The functional organization of the diencephalon*, USA: Grune & Stratton.
- Jason, L. A., Evans, M., Brown, M., Porter, N., Brown, A., Hunnell, J., Anderson, V., y Lerch, A. (2011). Fatigue Scales and Chronic Fatigue Syndrome: Issues of Sensitivity and Specificity. *Disability Studies Quarterly*, 31(1), 1375.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. España: Elsevier.
- Koontz, H., y Weihrich, H. (1998). *Administración: una perspectiva global*, México: MacGraw-Hill.
- Marcos Espino, M. P., y Tizón Bouza, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168–177.
- Marriner-Tomey, A. (2009). *Gestión y dirección de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Martínez, J. A. (2011). Psicofisiología de la fatiga II. *Revista Cubana de Medicina Deportiva y Cultura Física*, 6(3).
- Martínez, J. A. (2013). Fatiga. Tipos y causas. *Revista Cubana de Medicina Deportiva y Cultura Física*, 8(3).
- Mesa Melgarejo, L., y Romero Ballén, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55–92.
- Navarro Peña, Y., y Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19), 1–14.

- Nery, D., Toledo, A. M., Oliveira, S., Taciro, C., y Carregaro, R. (2013). Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de UTI. *Fisioterapia e Pesquisa*, 20(1), 76–82.
- Pla, O., Hernández, A., Orquín, J., y Sany, F. J. (1999). La enfermería y el estrés laboral. *Amistades peligrosas. Enferm Integr*, 48, 15-8.
- Rhoads, J. M. (1977). Overwork. *Jama*, 237(24), 2615–2618.
- Rivas, R. R. (2007). *Ergonomía en el diseño y la producción industrial*. Buenos Aires: Nobuko.
- Rodríguez, R., Oramas, A., y Del Castillo, N. (2004). Fatiga y tipo de trabajo según el modelo de Karasek, en condiciones laborales de restricción. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 5(1), 31–38.
- Rojas, A., y Saavedra, A. (2007). Diseño de una metodología para la asignación de personal de enfermería en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0197.pdf>
- Rotenberg, L. (2004). Fórum: horários de trabalho e saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(6), 1730–1731.
- Satterfield, B. C., y Van Dongen, H. P. (2013). Occupational fatigue, underlying sleep and circadian mechanisms, and approaches to fatigue risk management. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 1(3), 118–136.
- Schlegel, G., Olivares, L., y Molina, P. (2013). Traqueostomías Percutáneas en UCI: Implicancias en el equipo de enfermería. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 28(3), 147–152.
- Sebastián, M. L., Idoate, V. M., y Llano, M. (2008). SOFI-SM: cuestionario para el análisis de la fatiga laboral física, mental y psíquica. *Revista digital de seguridad y salud en el trabajo*, 2(3).

- Seguel, F., y Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería universitaria*, 11(4), 119–127.
- Sharpe, M., y Wilks, D. (2002). Fatigue. *British Medical Journal*, 325(7362), 480-3.
- Triola, M. F. (2004). *Estadística*. México: Pearson educación.
- Useche, L. G. (1992). Fatiga laboral. *Avances en Enfermería*, 10(1), 89-103.
- Vargas, Z., Porras, X., Legister, G., y Benavides, M. (2012). Modelo de enfermería para la categorización de pacientes en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. *Enfermería en Costa Rica*, 2(33), 66–73.
- Vigna, C. P., y Perroca, M. G. (2007). Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*, 14(1), 8–12.
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano. *Índex de Enfermería*, 23(4), 234.
- Zarate, R. A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería*, 13(44-45), 42–46.

ANEXOS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA "PADRE LUIS TEZZA"

UNIDAD DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON MENCION EN: GESTION
ADMINISTRATIVA



ANEXO Nº. 1

“LA CATEGORIZACION DE PACIENTES Y LA FATIGA LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA CLINICA PRIVADA – LIMA 2014”

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES Y LABORALES Y SINTOMAS SUBJETIVOS DE FATIGA LABORAL DE H. YOSHITAKE DIRIGIDO A ENFERMERIA:

El presente cuestionario tiene como objetivo recopilar información para identificar la fatiga laboral del personal de enfermería y sus posibles relaciones con las variables personales y laborales. La información recolectada se usará estrictamente para fines de esta investigación.

Instrucciones:

A. Conteste a las frases marcando con una “x” o completando el dato que se le solicita:

I. DATOS PERSONALES Y LABORALES

1. SEXO:

Mujer Hombre

2. EDAD:

_____ Años

3. ESTADO CIVIL:

- Soltera/o
- Casado/a o con pareja estable
- Separada/o – Divorciada/o
- viuda/o

4. NUMERO DE HIJOS:

_____ Hijos

5. TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL:

_____ Años

6. TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN ESTA INSTITUCION:

_____ Años

7. CONDICION LABORAL:

Trabajador fijo Empleado

8. UNIDAD ACTUAL DE TRABAJO:

9. ¿CUANTOS DIAS A LA SEMANA TRABAJA?

_____ Días

10. ¿CUANTAS HORAS TRABAJA EN UN DIA?

_____ Horas

11. TURNOS DE TRABAJO:

- Fijo de mañanas
- Sólo guardias diurnas
- Sólo guardias nocturnas
- Rotativo (diurno y nocturno)
- Plantilla volante/irregular según necesidades

12. ¿TRABAJA EN OTRA INSTITUCION?

Si No

13. NUMEROS DE CAMAS/PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRABAJO ACTUAL:

Camas/pacientes _____

14. NUMERO DE PACIENTES QUE ATIENDES HABITUALMENTE:

Guardia diurna _____

Guardia nocturna _____

B. Responda con un aspa (X), las siguientes preguntas de acuerdo a lo que usted siente ahora:

	SI	NO
1. ¿Siente pesadez en la cabeza?		
2. ¿Siente el cuerpo cansado?		
3. ¿Tiene cansancio en las piernas?		
4. ¿Tiene deseos de bostezar?		
5. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada?		
6. ¿Está soñoliento?		
7. ¿Siente la vista cansada?		
8. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?		
9. ¿Se siente poco firme e inseguro al estar de pie?		
10. ¿Tiene deseos de acostarse?		
11. ¿Siente dificultad para pensar?		
12. ¿Está cansado de hablar?		
13. ¿Está nervioso?		
14. ¿Se siente incapaz de fijar la atención?		
15. ¿Se siente incapaz de ponerle atención a las cosas?		
16. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?		
17. ¿Le falta confianza en sí mismo?		
18. ¿Se siente ansioso?		
19. ¿Le cuesta trabajo mantener una buena postura?		
20. ¿Se le agota la paciencia?		
21. ¿Tiene dolor de cabeza?		
22. ¿Siente los hombros entumecidos?		
23. ¿Tiene dolor de espalda?		
24. ¿Siente opresión al respirar?		
25. ¿Tiene sed?		
26. ¿Tiene la voz ronca?		
27. ¿Se siente mareado?		
28. ¿Le tiemblan los párpados?		
29. ¿Tiene temblor en las piernas o en los brazos?		
30. ¿Se siente mal?		

TOTAL RESPUESTAS SI: _____

VALORACION: _____

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA "PADRE LUIS TEZZA"

UNIDAD DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON MENCION EN: GESTION
ADMINISTRATIVA



“LA CATEGORIZACION DE PACIENTES Y LA FATIGA LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA CLINICA PRIVADA – LIMA 2014”

INSTRUMENTO DE CATEGORIZACION DE PACIENTES POR DEPENDENCIA Y RIESGO DE CUIDADOS DIRIGIDO A LA ENFERMERA (O):

El presente, tiene como objetivo recopilar información para identificar la categorización de pacientes hospitalizados en los servicios hospitalarios. La información recolectada será usada solo para fines de esta investigación.

Edad del paciente: _____ Categoría de paciente: _____

Diagnóstico del paciente: _____

Servicio: _____ Cama: _____

Fecha de Medición: _____ Turno: _____

CUIDADOS QUE IDENTIFICAN DEPENDENCIA	Puntos
1.Cuidados en Confort y bienestar: cambio de ropa y/o personal, o cambio de pañales, o toallas o apósitos higiénicos. (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario receptor de estos cuidados básicos, requeridos 3 veces al día o más	3
Usuario receptor de estos cuidados básicos 2 veces al día	2
Usuario y familia realizan estos cuidados con ayuda y supervisión, cualquiera sea la frecuencia	1
Usuario realiza solo el autocuidado de cambio de ropa o cambio de pañal, toalla o apósitos.	0
2.Cuidados en Confort y bienestar: movilización y transporte (levantada, deambulación, cambio posición). (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario no se levanta y requiere cambio de posición en cama, 10 o más veces al día.	3
Usuario es levantado a silla y requiere de cambio de posición, entre 4 a 9 veces al día	2
Usuario se levanta y deambula con ayuda y se cambia de posición en cama, solo o con ayuda	1
Usuario deambula sin ayuda y se moviliza solo en la cama	0
3.Cuidados en alimentación: oral, enteral o parenteral. (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario recibe alimentac. y/o hidratac. por vía parenteral total/parcial o requiere control por ayuno.	3
Usuario recibe alimentación por vía enteral permanente y discontinua	3
Usuario recibe alimentación por vía oral, la que le es administrada	2
Usuario recibe alimentación por vía oral o enteral, con ayuda y supervisión	1
Usuario se alimenta sin ayuda	0

4.Cuidados en eliminación: orina, deposiciones. (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario elimina egresos por sonda, prótesis, proced. Dialíticos, colector adhesivo, pañal	3
Usuario elimina egresos por vía natural y se le da o coloca los colectores (chata, urinario)	2
Usuario y familia realizan recolección de egresos c/ ayuda y supervisión	1
Usuario usa colectores (chata, urinario)sin ayuda y/o usa WC	0
5.Apoyo Psicosocial y Emocional: a Usuario receptivo, angustiado, triste, agresivo, evasivo. (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario recibe más de 30 min. de apoyo (conversar, acompañar escuchar, tomar en brazos a niño)	3
Usuario recibe entre 15 y 30 min. de apoyo durante turno (conversar, acompañar escuchar)	2
Usuario recibe entre 5 y 14 min. de apoyo (conversar, acompañar escuchar, tomar en brazos a niño)	1
Usuario recibe menos de 5 min. de apoyo (conversar, acompañar escuchar, tomar en brazos a niño)	0
6.Vigilancia: Alteración conciencia, riesgo caída y/o incidente (desplazamiento, retiro vías, sondas), limitación física, por edad o por sentidos(ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario con alteración de conciencia y/o conducta insegura (desorientado, confuso, excitado, agresivo)	3
Usuario con riesgo de caída o de incidentes (limitación física o cognoscitiva y/o con > 70 a. y < 2 a.)	3
Usuario consciente pero intranquilo (bajo efectos de fármacos c/ 1 o + elementos invasivos)	2
Usuario consciente pero con inestabilidad en la marcha o en reposo, por edad o alteración física	1
Usuario consciente, orientado, autónomo	0
Total puntos de dependencia (SUMAR SOLO 1 PUNTAJE DE CADA CUIDADO)	

ESCALA DE DEPENDENCIA
Dependencia Total: 13 a 18 puntos Dependencia Parcial: 7 a 12 puntos Autosuficiencia Parcial: 0 a 6 puntos

CUIDADOS QUE IDENTIFICAN RIESGO	Puntos
7. Medición diaria de Signos Vitales (2 o + parámetros simultáneos): PA, T°, Frec, Cardíaca, F.C.Fetal, Frec. Resp. Nivel de dolor y otros.(ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Control por 8 veces y más (cada 3 horas o más frecuente)	3
Control por 4 a 7 veces (cada 4, 5, 6 o 7 horas)	2
Control por 2 a 3 veces (cada 8, 9, 10, 11 o 12horas)	1
Control por 1 vez (cada 13 a cada 24 horas)	0
8.Balance Hídrico: medición de ingresos y egresos realizado por profesionales últimas 24 horas (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Balance Hídrico por 6 veces o más (cada 4 horas o más frecuente)	3
Balance Hídrico por 2 a 5 veces (cada 12, 8, 6 o 5 horas)	2
Balance Hídrico por 1 vez (cada 24 horas o menor de cada 12)	1
No requiere	0
9.Cuidados en Oxigenoterapia: por cánula de traqueotomía, tubo endotraqueal cámara, halo, máscara, sonda o bigotera (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Administración de oxígeno por tubo y cánula endotraqueal y/o con VMI y VMNI permanente	3
Administración de oxígeno por halo, máscara, cámara, incubadora, y/o con VMNI intermitente	2
Administración de oxígeno por bigotera	1
Sin oxigenoterapia	0
10.Cuidados diarios de la Vía Aérea: Aspiración de secreciones y Apoyo kinésico requerido (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Usuario con vía aérea artificial (tubo o cánula endotraqueal)	3
Usuario c/ vía aérea artificial o natural c/ 4 o + aspiraciones secrec. traqueales y/o apoyo kinésico + de 4 v/día	3
Usuario respira por vía natural y requiere de 1 a 3 aspiracion de secrec. y/o apoyo kinésico 2 o 3 v/día	2
Usuario respira por vía natural, sin aspiración de secrec. y/o apoyo kinésico 1 v/día	1
Usuario no requiere de apoyo ventilatorio adicional	0
11.Intervenciones Profesionales: Intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos: punciones, toma de muestras, instalaciones de vías, sondas, tubos, etc. (ENGLobar EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
1 o más procedimientos invasivos realizados por médicos en las últimas 24 horas	3
3 o más procedimientos invasivos realizados por enfermeras en las últimas 24 horas	3

1 o 2 procedimientos invasivos realizados por enfermeras en las últimas 24 horas	2
1 o más procedimientos invasivos realizados por otros profesionales en las últimas 24 horas	1
No se realizan procedimientos invasivos en 24 horas	0
12.Cuidados de piel y curaciones: prevención de lesiones de piel y curaciones o refuerzo de apósitos (ENGLÖBAR EL PUNTAJE OBTENIDO EN EL CUIDADO)	
Curación o refuerzo de apósitos 3 o + v/día, independiente de la complejidad de la técnica empleada	3
Curación o refuerzo de apósitos 1 a 2 v/día, independiente de la complejidad de la técnica empleada	3
Prevención compleja de lesiones de la piel: uso de colchón anti escaras, piel de cordero u otro	2
Prevención corriente de lesiones: aseo, lubricación y protección de zonas propensas	1
No requiere	0
13.Administración de Tratamiento Farmacológico: Por vía inyectable EV, inyectable no EV, intratecal y por otras vías tales como: oral, ocular, aérea, vaginal, rectal, etc.	
Tratamiento Intratecal e inyectable EV, directo o por fleboclisis	3
Tratamiento diario con 5 o más fármacos distintos, administrados por diferentes vías no inyec.	3
Tratamiento inyectable no EV (IM, SC, ID)	2
Tratamiento diario con 4 o 4 fármacos, administrados por diferentes vías no inyectable	2
Tratamiento con 1 fármaco, administrados por diferentes vías no inyectable	1
Sin tratamiento farmacológico	0
14.Presencia de Elementos Invasivos: catéteres y vías vasculares centrales, periféricos y arteriales, manejo de sondas urinarias y digestivas a permanencia, manejo de drenajes intracavitarios o percutáneos	
Con 3 o más elementos invasivos (sondas, drenajes, catéteres o vías vasculares)	3
Con 1 a 2 elementos invasivos (sonda, drenaje, vía arterial, catéter o vías venosa central)	2
Con 2 o más vías venosas periféricas	2
Con 1 vía venosa periférica	1
Sin elementos invasivos	0
Total puntos de riesgo (SUMAR SOLO 1 PUNTAJE DE CADA CUIDADO)	

ESCALA DE RIESGO	
Máximo Riesgo: 19 a 24 puntos	Mediano Riesgo: 6 a 11 puntos
Alto Riesgo : 12 a 18 puntos	Bajo Riesgo: 0 a 5 puntos

ANEXO N° 3:

Validez Interna del instrumento: “Cuidados que identifican Dependencia”

1) Alfa de Cronbach (muestra 20 sujetos):

Alfa de Cronbach	N de elementos
,893	6

2) Escala si se elimina un elemento

Estadísticos total-elemento					
Cuidados	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación Elemento total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Cuidados en confort y bienestar	9,30	19,695	,804	,763	,868
Cuidados en confort y bienestar	9,40	17,937	,751	,780	,868
Cuidados en alimentación	9,60	17,200	,736	,582	,872
Cuidados en eliminación	9,65	15,082	,915	,967	,838
Apoyo psicosocial y emocional	9,25	24,934	,237	,731	,924
Vigilancia	9,80	15,537	,875	,967	,846

3) Valor de respuesta de la prueba piloto

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
Sujeto 1	2	1	2	2	3	1
Sujeto 2	2	2	2	3	2	3
Sujeto 3	2	1	0	0	2	0
Sujeto 4	2	1	0	0	2	0
Sujeto 5	3	3	3	3	2	3
Sujeto 6	3	3	3	3	2	3
Sujeto 7	3	3	3	3	2	3
Sujeto 8	3	2	3	3	2	3
Sujeto 9	2	2	2	2	2	2
Sujeto 10	3	3	2	3	2	3
Sujeto 11	1	1	0	0	2	0
Sujeto 12	2	3	1	1	2	1
Sujeto 13	1	1	0	1	2	1
Sujeto 14	3	5	3	3	3	3
Sujeto 15	1	1	2	1	2	1
Sujeto 16	2	2	3	3	2	3
Sujeto 17	3	2	2	3	3	1
Sujeto 18	1	1	0	0	2	0
Sujeto 19	2	2	2	1	2	1
Sujeto 20	1	1	3	0	2	0

1: Autosuficiencia 2: Dependencia Parcial 3: Dependencia Total

4) Interpretación: Como el coeficiente alfa de Cronbach (0,89) es mayor a 0,8; podemos afirmar que el instrumento es CONFIABLE.

ANEXO N° 4:

Validez Interna del instrumento: “Cuidados que identifican riesgo”

1) Alfa de Cronbach (muestra 20 sujetos):

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	8

2) Escala si se elimina un elemento

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Medición diaria de signos vitales	9,80	23,853	,647	,863
Balance Hídrico	10,15	27,187	,700	,869
Cuidados en oxigenoterapia	10,90	21,989	,860	,839
Cuidados diarios de la vía aérea	10,15	21,924	,601	,876
Intervenciones profesionales	10,65	22,450	,758	,850
Cuidado de piel y curaciones	10,35	20,029	,825	,843
Administración de tratamiento farmacológico	8,50	31,000	,000	,897
Presencia de elementos invasivos	10,00	24,737	,751	,856

3) Valor de respuesta de la prueba piloto

Columna1	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8
Sujeto 1	1	1	0	2	0	0	3	1
Sujeto 2	1	1	1	2	1	0	3	1
Sujeto 3	1	1	0	0	0	0	3	1
Sujeto 4	1	1	0	0	0	0	3	1
Sujeto 5	3	2	3	3	3	3	3	3
Sujeto 6	3	2	0	0	1	2	3	2
Sujeto 7	3	2	3	3	3	3	3	3
Sujeto 8	3	2	2	3	2	3	3	2
Sujeto 9	3	2	0	0	2	2	3	1
Sujeto 10	3	2	1	2	2	2	3	1
Sujeto 11	3	2	0	2	0	0	3	1
Sujeto 12	1	1	0	0	0	1	3	1
Sujeto 13	1	1	0	0	0	0	3	1
Sujeto 14	1	1	1	3	0	3	3	3
Sujeto 15	1	1	0	0	0	0	3	1
Sujeto 16	1	1	0	2	0	2	3	2
Sujeto 17	1	1	0	2	0	0	3	1
Sujeto 18	1	1	0	0	1	0	3	1
Sujeto 19	1	1	1	3	1	2	3	2
Sujeto 20	1	1	0	0	1	0	3	1

1: Bajo riesgo 2: Mediano riesgo 3: Alto riesgo 4: Alto riesgo

4) Interpretación: Como el coeficiente alfa de Cronbach (0,879) es mayor a 0,8; podemos afirmar que el instrumento es **CONFIABLE**.