

**Percepción de fatiga y calidad de sueño en enfermeras de una Clínica:
Medellin, 2019-2.**

**Fatigue perception and sleep quality in clinic nurses:
Medellín 2019-2.**

Paola Cristina Gómez Castro

Fisioterapeuta

Yoesmin Betancur Gaviria

Enfermera Profesional

Trabajo de grado para optar al título de:
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Asesora:

Silvia María Echeverri González

Médica Magister Seguridad y Salud en el Trabajo

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2019

Resumen

Objetivo: Determinar la percepción del nivel de fatiga y calidad de sueño en profesionales de enfermería en una Clínica privada del municipio de Medellín, 2019-2. **Metodología:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, se utilizó fuente de información primaria. Muestreo no probabilístico por conveniencia con muestra de 53 profesionales de enfermería. **Resultados:** Se realizó la encuesta a 53 profesionales, el 100% es personal femenino. La totalidad de los encuestados presentaron algún nivel de fatiga (leve, moderada, alta). 83% (44 personas) de los encuestados pertenecen al área asistencial, de estos, 36 realizan rotación de turnos diurnos y nocturnos. 42 de las profesionales independiente si realizan turnos o no presentan fatiga moderada y alta. De la población que fue clasificada como mal dormidor 27 profesionales (77,1%) labora por rotación de turnos. **Conclusiones:** El área asistencial de enfermería está conformada en su totalidad por personal femenino, todas manifestaron niveles de fatiga independiente si son del área asistencial o administrativa. La mayoría de las profesionales clasificadas como "mal dormidor" laboran por rotación de turnos en el área asistencial, además se encontró que este personal presenta mayor percepción de fatiga que el personal que laboraba en el área administrativa. Otros factores influenciadores para presentar fatiga y ser mal dormidor fueron el tiempo extra laborado y la antigüedad en el cargo, por el contrario, no se percibieron como factores influenciadores el ser casado, tener hijos, jornadas extralaborales para estudio, tiempos de desplazamiento al trabajo y realizar ejercicio. **Palabras clave:** enfermería, fatiga, sueño, horario de trabajo por turnos, percepción.

Abstract

Objective: To determine the level of fatigue perception and sleep quality in nursing professionals of a private clinic of the municipality of Medellin, 2019-2. **Methodology:** Descriptive study with qualitative approach and use of primary information. Non-probabilistic convenience sampling. Sample of 53 nursing professionals. **Results:** The survey was applied to 53 professionals, 100% female staff. All respondents presented some level of fatigue (mild, moderate, high). 83% of the respondents (44 people) belong to the care area, of these, 36 people perform day and night shifts. 42 of the independent professionals if they take turns or do not present moderate and high fatigue. Of the population that was classified as a bad sleeper, 27 professionals (77.1%) work by rotating shifts. **Conclusions:** The nursing care area is made up entirely of female staff, all of

them showed fatigue levels independently if they belong to the care or the administrative area. Most of the professionals classified as "bad sleeper" work by rotating shifts in the care area, it was also found that these personnel have a greater perception of fatigue than the staff working in the administrative area. Other influencing factors to present fatigue and being a bad sleeper were overtime worked and the seniority in the position, on the contrary, they were not perceived as influential factors being married, having children, extra-work days for study, travel time to work and exercise. **Keywords:** nursing, fatigue, sleep, shift work schedule, perception.

Resumo

Objetivo: determinar a percepção do nível de fadiga e qualidade do sono em profissionais de enfermagem de uma clínica particular do município de Medellín 2019-2. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fonte primária de informação. Amostragem não probabilística por conveniência com amostra de 53 profissionais de enfermagem. **Resultados:** foi realizada a pesquisa com 53 profissionais, sendo 100% do sexo feminino, todos os entrevistados apresentaram algum nível de fadiga (leve, moderada, alta) 83% (44 pessoas) dos entrevistados pertencem a área de cuidados, destes, 36 realizam turnos diurnos e noturnos. 42 profissionais independentes se revezam ou não apresentam fadiga moderada e alta. Da população classificada como ruim pra dormir, 27 profissionais (77,1%) trabalham em turnos rotativos. **Conclusões:** a área de assistência de enfermagem é composta inteiramente por profissionais do sexo feminino, todos com níveis independentes de fadiga, se pertencem a área administrativa ou de cuidados. A maioria dos profissionais classificados como "ruim de dormir" trabalha por turnos rotativos na área de cuidados, verificou-se também que esse pessoal tem maior percepção de fadiga do que o pessoal que trabalha na área administrativa. Outros fatores que influenciaram o cansaço e o sono ruim foram horas extras e antiguidade no cargo, pelo contrário, não foram percebidos como fatores influentes no casamento, ter filhos, dias extras de trabalho pra estudo tempo de viagem pra o trabalho e exercitar. **Palavra chave:** enfermagem, fadiga, sono, turno de trabalho, percepção.

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud que ofrecen servicios de hospitalización requieren de la presencia de trabajadores las 24 horas del día, lo cual implica la implementación de turnos rotativos que permitan cubrir la totalidad de horas.

Como indica Sabaté, el trabajo a turnos puede organizarse por sistemas: si existe una interrupción durante la noche y/o el fin de semana es discontinuo, si hay descanso el domingo independiente del turno en que se labore es semicontinuo y si el sistema implica personal que cubra 24 horas del día, los siete días de la semana, en jornadas diurnas y nocturnas es continuo. Además, indica que pueden existir turnos con horario fijo o alternante, en este último el individuo labora en diversas jornadas (1).

El trabajo a turnos, en especial el turno nocturno puede influir de forma negativa en la salud del ser humano pues incrementa el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y afecta el ciclo circadiano, entendiéndose este último como la jornada que “abarca desde las siete de la mañana hasta las seis de la tarde [...]”. En este período se encuentra el mayor rendimiento en cuanto a velocidad de cálculo, reacción visual, fuerza de las manos, respuesta emocional, secreciones de hormona corticotropina y de cortisol, temperatura corporal, etc, fundamentales para la actividad laboral (2).

"Estudios efectuados sobre trabajadores de turno han demostrado que estos tienen cinco veces más propensidad a sufrir de ataques cardíacos, depresión y a los trastornos serios para dormir. En general, también se desempeñan en su trabajo con una ineficiencia mucho mayor, entrando a veces en lo que en la jerga los investigadores se denominan "episodios de microsueño" (3). Este tipo de trabajo está asociado también a alteración en las funciones gastrointestinales, aparición de estrés y a un mayor riesgo de accidentalidad laboral (2).

Las jornadas laborales nocturnas pueden influir de forma negativa en una de las necesidades básicas del ser humano, como es el sueño, este es “instintivo, tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos” (4).

Como indicó Rocha et al, la pérdida de sueño afecta el rendimiento de las habilidades cognitivas, entre ellas la memoria, el aprendizaje, el razonamiento lógico y toma de decisiones, lo cual puede disminuir la calidad del trabajo y de vida (5).

La calidad de sueño implica dormir bien y tener un buen funcionamiento diurno. La mala calidad de este puede afectar los procesos de atención (6).

La fatiga “se refiere a una experiencia subjetiva que afecta a todas las personas” (7), es común en el ambiente laboral y en ocasiones se manifiesta como cansancio, estrés, agotamiento físico y mental, dificultad para permanecer despierto, ansiedad, disminución de la capacidad de concentración y del rendimiento laboral y lentitud al realizar las tareas (8).

Como indica la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el nivel de fatiga está influenciado por el tiempo laborado por un individuo, tanto en su jornada de trabajo como en su vida laboral (9), lo cual se puede ver reflejado en el estado de salud del mismo.

La fatiga puede ser fisiológica (reducción de la capacidad física), objetiva (decremento del rendimiento) y subjetiva (percepción de cansancio). Para medir el nivel de fatiga, se cuenta con múltiples métodos entre ellos the Swedish Occupational Fatigue Inventory-SOFI, Samn-Perelli Fatigue Scale, estos miden la percepción subjetiva de fatiga (10).

En las empresas de salud que laboran las 24 horas del día, entre el personal que realiza trabajos por turnos, diurnos y nocturnos es: Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, facturadores, servicios generales, conductores de ambulancia, vigilancia, entre otros. Los profesionales de enfermería realizan actividades tanto asistenciales como administrativas, que incluye coordinación de servicios y de personal, entrega y recibo de turno, atención a pacientes, realización y supervisión de procedimientos, ingreso y egreso de pacientes (11), entre otros.

En el escenario laboral de los enfermeros/as existe una mayor proximidad y relación con los pacientes y familiares de estos, los compañeros de trabajo y el personal a cargo, lo cual puede llevar a que compartan sentimientos como el temor, la ansiedad, el sufrimiento, entre otros, demandando en este esfuerzo físico y mental (12).

La OIT reconoce el papel fundamental desempeñado por la fuerza de trabajo del personal de enfermería para la salud en la sociedad y reafirma su importancia en la realidad socioeconómica (13). A nivel mundial la enfermería es una de las profesiones incluida dentro de aquellas que necesitan de mayor cantidad de personal que la ejerza. Una de las razones consiste en que, en la actualidad la pirámide poblacional se encuentra invertida, por lo que está aumentando la población que se encuentra en etapa de vejez, la cual requiere de un nivel de cuidados más complejo y de mejor calidad (14).

En América Latina y el Caribe "el personal de enfermería conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención" (15).

En Colombia, la enfermería se ejerce hace 114 años (16). Para el 2017, 55 mil profesionales en enfermería laboraban en todo el país (16), es regida por la ley 266 de 1996, la cual define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación (17).

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el año 2017 Colombia se ubicó en los últimos puestos en número de enfermeros "con un índice de 1,1 por cada 1.000 habitantes" (18), lo cual se traduce en un déficit de personal de enfermería para las instituciones de salud del país, lo que genera una sobrecarga de trabajo, mayor responsabilidad y exigencia tanto física como mental durante las jornadas laborales y ejecución de las funciones de este personal.

La empresa donde se desarrolló esta investigación, es una institución prestadora de servicios de salud privada, ubicada en Medellín, presta servicios asistenciales las 24 horas del día, los siete días a la semana, lo que implica contar con personal trabajando en turnos, la institución presta servicios de alta complejidad, laboran en ella 548 personas, ubicadas en áreas: asistencial, administrativa, sistemas y mantenimiento. El personal profesional de enfermería está conformado por 56 personas, distribuidas en área asistencial y administrativa. En el área asistencial el personal labora en los servicios de hospitalización, cirugía general y ginecobstétrica, unidad de

cuidados intensivos, unidad de cuidados especiales, unidad de cuidados neonatales y urgencias. Los profesionales asistenciales realizan turnos diurnos y nocturnos en jornadas de 12 horas iniciando a las 7:00 la jornada diurna y a las 19:00 la jornada nocturna, Este personal tiene al menos un día de descanso en la semana; el tiempo para la alimentación no se encuentra establecido, este depende de la posibilidad dependiendo de la saturación del servicio; la recepción de turno se realiza treinta minutos del inicio de la jornada laboral, y la entrega de turno se realiza después de finalizada la jornada laboral y puede abarcar hasta dos horas extralaborales.

El profesional del área asistencial en jornada diurna tiene a cargo entre cuatro y cinco auxiliares de enfermería y 25 pacientes aproximadamente, y en jornada nocturna tiene a cargo aproximadamente diez auxiliares de enfermería y 70 pacientes. En esta área el personal que labora por rotación de turnos no debe realizar más de dos turnos nocturnos continuos y más de tres turnos diurnos seguidos. Hay ocho profesionales de enfermería del área asistencial que no realizan turnos nocturnos por diferentes razones personales o de salud.

Los profesionales de enfermería administrativos (nueve personas), realizan labor en oficina, con jornada diurna entre ocho y nueve horas, de lunes a viernes, no tiene personal a cargo ni contacto con el paciente, cuenta con una hora de almuerzo incluida dentro del horario laboral.

Objetivo general: Determinar la percepción del nivel de fatiga y calidad de sueño de los profesionales de enfermería en una Clínica privada del municipio de Medellín, 2019-2.

Objetivos específicos: 1). Caracterizar socio demográficamente al personal profesional de enfermería; 2). Medir el nivel de fatiga percibido por el personal profesional de enfermería; 3). Determinar el índice de calidad del sueño del personal profesional de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo.

MUESTRA Y MUESTREO

La Población de estudio estuvo conformada por 56 profesionales de enfermería. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, se tomó como muestra a 53 profesionales de enfermería que aceptaron participar de la investigación.

Criterios de inclusión: mujeres y hombres, profesionales de enfermería, con contratos a término indefinido y perteneciente directamente a la clínica.

Criterios de exclusión: profesionales de enfermería que se encontraban incapacitados, no desear participar en la investigación, profesional que realiza la investigación.

MÉTODOS Y HERRAMIENTAS

Fuente de información primaria mediante encuesta; la información se recolectó de forma presencial.

Se aplicaron: encuesta sociodemográfica, de estilos de vida y laboral realizada por los autores; “Checklist Individual Strength” (CIS) adaptado y validado en Chile y el “Índice De Calidad De Sueño De Pittsburgh Versión Colombiana”. El total de tiempo invertido en diligenciar los tres formatos fue de quince minutos.

El Checklist Individual Strength (CIS) fue el instrumento utilizado para medir la fatiga, cuya versión original mostró ser “apropiado para medir la fatiga en la población trabajadora.” (19).

Para este estudio se tomó el CIS validado para Chile, según la investigación realizada en ese país en el 2016 por Jael Ibáñez llamada “Influencia de fatiga laboral, riesgos psicosociales y conflicto trabajo-familia en la accidentabilidad de trabajadores forestales”, el cual consta de 15 ítems y está compuesto por dos sub-escalas: percepción subjetiva de fatiga física y percepción subjetiva de fatiga cognitiva (20).

El índice de calidad de sueño de Pittsburgh es un cuestionario auto-administrado (21), validado en Colombia por Franklin Escobar Córdoba et al en la Universidad Nacional de Colombia.

Los datos recolectados se transcribieron y tabularon en Microsoft Excel, se ingresaron y analizaron por medio del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versión 21

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia: y debido a que esta investigación se considera de riesgo mínimo, en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la Resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

Se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, el prevenir daños, tensiones y salvaguardar la vida privada.

Se garantizó la confidencialidad de la identidad y protección de datos de la clínica y de los participantes (Resolución 008430/93).

A los participantes se les socializó el consentimiento Informado y estos lo firmaron como aceptación de participar en la investigación.

La investigación se llevó a cabo una vez obtenida la autorización: del comité de la facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, del comité médico, ético y científico de la clínica y el Consentimiento Informado de los participantes.

RESULTADOS.

El rango de edad predominante estuvo entre los 30 y 39 años (43,4%), el 49,1% de la población encuestada tiene pareja estable, el 60,4% no tiene hijos. El 8% del personal se encontraba realizando estudios de posgrado en jornada extralaboral. Ver tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RANGO DE EDAD	De 20 a 29 años	14	26,4
	De 30 a 39 años	23	43,4
	De 40 a 49 años	9	17
	Más de 50 años	7	13,2
	Total	53	100
ESTADO CIVIL	Soltero/a	27	50,9
	Casado/a	16	30,2
	Unión marital de hecho	10	18,9
	Total	53	100,0
HIJOS	No	32	60,4
	Si	21	39,6
	Total	53	100,0
NIVEL DE ESTUDIO	Pregrado	36	67,9
	Posgrado completo	13	24,5
	Posgrado incompleto	4	7,5
	Total	53	100,0

39 personas (73,6%) no fuman ni consumen licor. Ver tabla 2.

Tabla 2. Consumo de licor y cigarrillo

CONSUME LICOR	FUMA		Total
	Si	No	
Si	3	11	14
No	0	39	39
Total	3	50	53

El 83% (44 personas) de los encuestados pertenecen al área asistencial, de estos 36 profesionales realizan rotación de turnos. Ver tabla 3.

Tabla 3. Área y jornada en que labora la población.

ÁREA EN QUE LABORA	JORNADA EN QUE LABORA		Total	%
	Diurna	Rotación de turnos		
Administrativa	9	0	9	17,0
Asistencial	8	36	44	83,0
Total	17	36	53	100,0

El 100% de la población manifestó algún nivel de fatiga. Ver tabla 4.

Tabla 4. Nivel de fatiga de la población

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL DE FATIGA	Fatiga Leve	2	3,8
	Fatiga Moderada	44	83,0
	Fatiga Alta	7	13,2
	Total	53	100,0

El 60,4% (32 profesionales) de la población no tienen hijos y manifestó tener algún nivel de fatiga. Ver tabla 5.

Tabla 5. Nivel de fatiga en relación a número de hijos

HIJOS	NIVEL DE FATIGA			Total	%
	Fatiga Leve	Fatiga Moderada	Fatiga Alta		
No	1	26	5	32	60,4
Si	1	18	2	21	39,6
Total	2	44	7	53	100,0
%	3,8	83	13,2	100	

El 58% (31 personas) de los profesionales realizan ejercicio y manifestaron niveles de fatiga moderados y altos. Ver tabla 6.

Tabla 6. Nivel de fatiga por realización de ejercicio

NIVEL DE FATIGA	REALIZA EJERCICIO		Total	%
	No	Si		
Fatiga Leve	2	0	2	3,8
Fatiga Moderada	18	26	44	83,0
Fatiga Alta	2	5	7	13,2
Total	22	31	53	100,0
%	41,5	58,5	100	

30 personas (56,6%) se demoran 45 minutos o más en desplazamiento al trabajo, de estas 28 personas manifestaron fatiga moderada. Ver tabla 7.

Tabla 7. Nivel de fatiga en relación al tiempo de desplazamiento del lugar de residencia al trabajo

NIVEL DE FATIGA	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO DEL LUGAR DE RESIDENCIA AL TRABAJO				Total
	15 minutos	Media hora	45 minutos a una hora	Más de una hora	
	Fatiga Leve	0	1	1	
Fatiga Moderada	8	8	23	5	44
Fatiga Alta	3	3	1	0	7

Total	11	12	25	5	53
%	20,8	22,6	47,2	9,4	100

De los encuestados el 62,3% ejerce la profesión hace más de seis años y la mayoría presentó fatiga moderada. 40 personas (75,5%) laboran en la empresa hace seis o más años, de estos, 32 manifestaron fatiga moderada. Ver tabla 8.

Tabla 8. Nivel de fatiga en relación al número años ejerciendo la profesión y laborados en la empresa.

		NIVEL DE FATIGA			Total	%
		Fatiga Leve	Fatiga Moderada	Fatiga Alta		
AÑOS EJERCIENDO LA PROFESIÓN	Menos de un año	1	6	0	7	13,2
	Entre uno y cinco años	0	12	1	13	24,5
	Entre seis y diez años	1	12	3	16	30,2
	Más de diez años	0	14	3	17	32,1
AÑOS LABORADOS EN LA INSTITUCIÓN	Menos de un año	0	3	0	3	5,7
	Entre uno y cinco años	1	9	0	10	18,9
	Entre seis y diez años	1	9	3	13	24,5
	Más de diez años	0	23	4	27	50,9
Total		2	44	7	53	100,0

42 de las profesionales que laboran en el área asistencial presentaron fatiga moderada y alta. Ver tabla 9.

Tabla 9 Nivel de fatiga por área en que labora la población

NIVEL DE FATIGA	ÁREA EN QUE LABORA		Total
	Administrativa	Asistencial	
Fatiga Leve	0	2	2
Fatiga Moderada	6	38	44
Fatiga Alta	3	4	7

Total	9	44	53
%	17,0	83,0	100

De la población que labora con rotación de turnos, el 11,3% (6 personas) no durmió o durmió menos de una hora antes del turno nocturno y presentó fatiga moderada al igual que el 49% (26 personas) que durmió dos o más horas antes del turno nocturno. Ver tabla 10.

Tabla 10. Nivel de fatiga por número de horas que duerme antes del turno nocturno la población

NIVEL DE FATIGA	NÚMERO DE HORAS QUE DUERME ANTES DEL TURNO NOCTURNO					Total	%
	Ninguna	Una hora	De dos a tres horas	De cuatro a seis horas	Más de seis horas		
Fatiga Leve	0	0	1	0	0	1	2,8
Fatiga Moderada	2	4	20	3	3	32	88,9
Fatiga Alta	0	0	3	0	0	3	8,3
Total	2	4	24	3	3	36	100,0
%	5,6	11,1	66,7	8,3	8,3	100,0	

El 75,6% de la población durmió cada noche de cinco a siete horas y manifestó sentir fatiga moderada y alta. Ver tabla 11.

Tabla 11. Nivel de fatiga por tiempo que durmió cada noche en horas.

NIVEL DE FATIGA	TIEMPO QUE DURMIÓ CADA NOCHE EN HORAS											Total	%
	3	4	5	5,5	6	6,5	7	8	8,5	10	12		
Fatiga Leve	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3,8
Fatiga Moderada	1	3	10	1	14	3	6	4	0	1	1	44	83,0
Fatiga Alta	0	0	0	0	2	0	4	0	1	0	0	7	13,2
Total	1	4	10	1	16	3	10	5	1	1	1	53	100,0
%	1,9	7,5	18,9	1,9	30,2	5,7	18,9	9,4	1,9	1,9	1,9	100,0	

El 1,9% de los encuestados presentó accidentes laborales en el último año, y manifestó sentir fatiga moderada. Ver tabla 12.

Tabla 12. Nivel de fatiga y accidentes laborales sufridos en último mes.

ACCIDENTES LABORALES EN EL ÚLTIMO AÑO	NIVEL DE FATIGA			Total	%
	Fatiga Leve	Fatiga Moderada	Fatiga Alta		
No	2	43	7	52	98,1
Si	0	1	0	1	1,9
Total	2	44	7	53	100,0
%	3,8	83,0	13,2	100,0	

15 profesionales (28,3%) son malos dormidores y tienen hijos, y se encontró igualmente que 20 (37,7%) son malos dormidores y no tienen hijos. Ver tabla 13.

Tabla 13. Tipo de dormidor en relación a número de hijos

NÚMERO DE HIJOS	TIPO DE DORMIDOR		Total
	Buen Dormidor	Mal Dormidor	
Ninguno	12	20	32
Uno a dos	6	15	21
Total	18	35	53
%	34,0	66,0	100

De la población que fue clasificada como mal dormidor 27 (77,1%) laboran por rotación de turnos. Ver tabla 14.

Tabla 14 Tipo de dormidor por jornada en que labora.

TIPO DE DORMIDOR	JORNADA EN QUE LABORA		Total	%
	Diurna	Rotación de turnos		
Buen Dormidor	9	9	18	34,0

Mal Dormidor	8	27	35	66,0
Total	17	36	53	100,0
%	32,1	67,9	100	

De los encuestados 31 (58,5%) laboran en área asistencial y fueron clasificados como mal dormidor. Ver tabla 15.

Tabla 15. Tipo de dormidor por área en que labora

TIPO DE DORMIDOR	ÁREA EN QUE LABORA		Total	%
	Administrativa	Asistencial		
Buen Dormidor	5	13	18	34,0
Mal Dormidor	4	31	35	66,0
Total	9	44	53	100,0
%	17,0	83,0	100	

De los encuestados 30 (53,6%) personas presentaron fatiga moderada y fueron clasificados como malos dormidores. Ver tabla 16.

Tabla 16. Nivel de fatiga por tipo de dormidor

NIVEL DE FATIGA	TIPO DE DORMIDOR		Total	%
	Buen Dormidor	Mal Dormidor		
Fatiga Leve	1	1	2	3,8
Fatiga Moderada	14	30	44	83,0
Fatiga Alta	3	4	7	13,2
Total	18	35	53	100,0
%	34,0	66,0	100	

Toda la población laboró tiempo extra, de estas, 25 profesionales permanecieron en la institución una hora o más finalizando sus labores y presentaron fatiga moderada. Además, 20 profesionales

clasificados como mal dormidor requirieron una hora o más en tiempo extra para cumplir con sus labores. Ver tabla 17.

Tabla 17. Tiempo extra que permanece en el trabajo por tipo de dormidor y nivel de fatiga

		TIEMPO EXTRA QUE PERMANECE EN EL TRABAJO				Total	%
		Menos de 15 minutos	Media hora	Una hora	Más de una hora		
TIPO DE DORMIDOR	Buen Dormidor	4	4	5	5	18	34,0
	Mal Dormidor	2	13	13	7	35	66,0
NIVEL DE FATIGA	Fatiga Leve	0	0	2	0	2	3,8
	Fatiga Moderada	3	16	13	12	44	83,0
	Fatiga Alta	3	1	3	0	7	13,2
Total		6	17	18	12	53	100,0

DISCUSIÓN

Se realizó la encuesta a 53 profesionales, 100% personal femenino. La totalidad de los encuestados presentaron algún nivel de fatiga (leve, moderada, alta). El tiempo extra que deben permanecer en el trabajo en la entrega de turno y terminando las labores (tiempo que no es remunerado), realizado de forma diaria por la totalidad de los encuestados, más el tiempo de turno asignado, fueron influenciadores para la percepción de fatiga manifestada por este grupo. A diferencia de la edad, el tener hijos, el tiempo de desplazamiento del lugar de residencia al trabajo y el número de horas de sueño antes del turno diurno no lo percibieron como factores que pueden influir en la percepción de fatiga.

Comparando los resultados obtenidos con otros estudios similares, los niveles de fatiga encontrados en esta empresa son más altos que los reportados en los estudios de Luz Chuje, quien evidenció que de 60 enfermeros “42 (70%) de los encuestados presentan fatiga y [...] 18 (30%) de

los encuestados no presenta fatiga” (22) y en el estudio de Rahman, quien describió que “el 36% de profesionales presentaron fatiga laboral media-alta” (23).

Llama la atención, que de la población que labora por rotación de turnos, los profesionales que no durmieron o durmieron menos de una hora antes del turno nocturno presentaron fatiga moderada, al igual que los que durmieron dos o más horas antes de este turno, lo que concluye que en este grupo no se percibió que la cantidad de horas de sueño previas al turno nocturno fuera una causa de fatiga. Sin embargo, en estudios como el de Jillian Dorrian et al, se observó que la fatiga y el deterioro que se relaciona con esta “están influenciados por el historial de sueño previo, tiempo dedicado al trabajo y la longitud de tiempo de permanencia despierto. [...] Tener menos de 5 horas de sueño en las 24 horas anteriores a comenzar a trabajar y tener menos de 12 horas de sueño en las 48 horas anteriores a comenzar el trabajo puede resultar en un mayor riesgo de fatiga y deterioro asociado. Esta situación es común para los trabajadores por turnos” (24).

De la muestra, sólo una sufrió un accidente laboral en el último año y presentó un nivel de fatiga moderada, lo que indicó que el nivel de fatiga en esta población no es un factor influenciador para la presencia de accidentes de trabajo, datos contrarios a los encontrados en la mayoría de las investigaciones donde relacionan el aumento de los accidentes laborales con el nivel de fatiga y el sueño, como el estudio realizado por Leonardo Sierra, quien manifiesta que “las consecuencias más directas del trabajo en turno son la somnolencia, fatiga, alteración cognitiva y alteración del sueño, y esto conlleva serias implicancias en las áreas de rendimiento laboral y accidentabilidad” (25).

En relación al tipo de dormidor, determinado con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), se encontró que para este grupo el tener hijos no influyó en el tipo de dormidor, este resultado es similar a lo hallado por José Rodríguez et al en su investigación, en la que “no se pudo encontrar relación entre tener cargas familiares, el sexo ni la edad con la mala calidad de sueño” (4).

De la población que fue clasificada como mal dormidor, 27 profesionales (77,1%) laboran por rotación de turnos, estos resultados son similares a los del estudio realizado por Medina et al,

donde se encontró que, “la calidad del sueño de los trabajadores por turnos es peor que la de los trabajadores convencionales” (26).

No fue concluyente la percepción de calidad de sueño en el personal administrativo puesto que no hubo una diferencia marcada en los porcentajes de las que fueron clasificadas como buen dormidor y mal dormidor, en relación a esto se ha dicho que “otros factores más que el turno de trabajo influyen en la calidad del sueño” (27).

Las **limitaciones** que se tuvieron en esta investigación consistieron en lo siguiente:

- El instrumento aplicado para medir el nivel de percepción de fatiga Checklist Individual Strength no cuenta con una versión validada para Colombia, pero si validado para Chile, de acuerdo a lo expresado por Jael Ibáñez en su investigación: “Influencia de fatiga laboral, riesgos psicosociales y conflicto trabajo-familia en la accidentabilidad de trabajadores forestales” del año 2016 (20), sin embargo no se encontró un artículo que demostrará la validación del instrumento.
- El instrumento utilizado para medir la calidad de sueño: índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, se observa que tiene limitaciones porque sólo valora el sueño nocturno, sin tener en cuenta el sueño diurno, así que, teniendo presente este factor, -podría no reflejar la calidad real del sueño en los trabajadores de noche, donde se altera sueño diurno y nocturno” (4).
- En la Institución objeto de estudio no hay estudios previos sobre calidad de sueño y percepción de fatiga en el personal profesional de enfermería, con los que se puedan comparar los resultados obtenidos en el actual estudio.

CONCLUSIONES.

- El personal profesional de enfermería manifiesta sentir fatiga independiente del área donde se desempeñen, bien sea la asistencia o administrativa.
- El personal que labora por turnos en el área asistencial fue clasificado como mal dormidor.
- El tiempo extra que permanecen en la clínica lo perciben como un factor que aumenta la fatiga y el mal dormir, más cuando este tiempo extra no tiene reconocimiento salarial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabaté Fort J. Ergonomía de los turnos de trabajo a través de un estudio estadístico sobre varios test psicológicos. *Mapfre seguridad* [Internet]. 2002 [citado 20 mayo 2019]; 22 (86): 27-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=254076>
2. Martínez Jarreta B. Turnicidad y ritmos circadianos: factores de riesgo en patología cardiovascular. *Mapfre Med.* 1998; 9(1):27–32.
3. Consejo interamericano de seguridad. Métodos para recomponer los ritmos circadianos. *Not Segur.* 2002; 64(6):39–41.
4. Rodríguez J, Flórez B, Lopez M, Argilés N, Buj L, Prats N. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche en un hospital de tercer nivel. *Revista metas de enfermería.* 2016; 19 (4): 18-2.
5. Palhares V de C, Corrente JE, Matsubara BB. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Rev Saude Publica.* 2014; 48(4):594–601
6. Fontana S, Raimondi W. Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitarios: estudio descriptivo transversal. *Rev. Biomédica Revisada Por Pares* [Internet]. 2014 [citado 20 mayo 2019]; 14 (8). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6015>
7. Cárdenas S, Lucas M, García I, Manuel V. Sofi-Sm : Cuestionario para el análisis de la fatiga laboral física, mental y psíquica. 2008. p. 1–22.
8. Berrospi, Fabiola; Martinez K. Tesis: condiciones de trabajo y fatiga en enfermeras del hospital regional ramiro priale priale essalud– huancayo - 2017. Perú. [Internet]. 2017. [citado 20 octubre 2019]. Pág. 1-119. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/359/BERROSPI%20F%2c%20MARTINEZ%20K..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Organización Internacional del Trabajo. Informe II Medición del tiempo de trabajo 18.^a

Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. [Internet]. 2008. [citado 20 mayo 2019]. Pág. 1-69. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_099660.pdf

10. Dorrian J, Baulk SD, Dawson D. Work hours, workload, sleep and fatigue in Australian Rail Industry employees. *Appl Ergon* [Internet]. 2011; 42 (2):202–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2010.06.009>

11. De Franca F, Ferrari R. Burnout Syndrome and the sociodemographic aspects of nursing professionals. *Acta Paul Enferm.*2012; 25 (5): 743-8.

12. Jodas DA, Haddad M do CL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitario. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2): 192-7.

13. OPS. [Internet]. Regulación de la enfermería en latinoamérica. [citado el 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-alatina-2011-esp.pdf>

14. Efe: salud. [Internet]. Director general mundial de la enfermería reivindica el valor de la profesión. citado el 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/director-general-mundial-enfermeria-reivindica-valor-profesion/>

15. OPS, OMS. [Internet]. OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. [Citado el 24 junio de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es

16. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. MinSalud reconoce rol clave de enfermería con MIAS. Boletín de Prensa No 087 de 2017. [Citado el 24 junio de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-reconoce-rol-clave-de-enfermeras-con-MIAS.aspx>

17. Ley 266 de 1996. Santafé de Bogotá: congreso de la república, Diario oficial;1996
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
18. OCDE. [Internet]. Ranking de la OCDE ubica a Colombia en los últimos puestos en número de médicos y enfermeros. [Citado el 20 noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/133-ranking-de-la-ocde-ubica-a-colombia-en-los-ultimos-puestos-en-numero-de-medicos-y-enfermeros>
19. Beurskens AJHM, Bültmann U, Kant Ij, Vercoulen JHMM, Bleijenberg G, Swaen GMH. Fatigue among working people: Validity of a questionnaire measure. *Occup Environ Med.* 2000; 57(5):353–7.
20. Báñez-Díaz JA. Influencia de fatiga laboral, riesgos psicosociales y conflicto trabajo-familia en la accidentabilidad de trabajadores forestales. Universidad de Concepción [Internet]; 2016. [Citado el 20 noviembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/handle/11594/2343>
21. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación Colombiana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol.* 2005; 40 (3):150–5.
22. Chuje A. Fatiga laboral en el personal de Enfermería del Hospital De La Solidaridad De San Juan De Lurigancho Lima-2019. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad De Ciencias De La Salud. 2019.
23. Rahman, H; Abdul-Mumin, K. & Naing, H. (2016). A study into psychosocial factors as predictors of work-related fatigue. *British Journal of Nursing.* 2016; 25(13):757-63
24. Jillian D, Stuart D. Baulk, Drew Dawson. Work hours, workload, sleep and fatigue in Australian Rail Industry employees. *Revista Elsevier. Applied Ergonomics.* 2011; 42: 202-09.
25. Serra, L. Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y médico legales. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2013; 24(3) 443-51.
26. Medina A, Sierra J. Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicología y salud.* 2004; 14 (2): 147-54.

27. De Castilho V, CorrenteII J, Bojikian. Asociación entre la calidad del sueño y la calidad de vida en profesionales de enfermería que trabajan en turnos rotativos. Revista Saúde Pública. 2014; 48 (4):594-01.