



ORIGINALES

Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas

Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas

Job strain and psychosocial aspects of intensive care nurses

Jorge Luiz Lima da Silva ¹

Liliane Reis Teixeira ²

Rafael da Silva Soares ³

Felipe dos Santos Costa ⁴

Joélinton Dos Santos Aranha ⁵

Enéas Rangel Teixeira ⁶

¹ Doctor en Salud Pública por la Fundación Instituto Oswaldo Cruz – Ensp/Fiocruz. Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiatría / Universidad Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

² Investigadora del Centro de Estudios en Salud del Trabajador y Ecología Humana, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Enfermero del Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Enfermero de la Secretaría Municipal de Salud, Bananal, SP, Brasil.

⁵ Enfermero especialista en control de infecciones -UFF.

⁶ Profesor Titular de la Universidad Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

E-mail: jorgeluzlima@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>

Recibido: 29/01/2016

Aceptado: 08/08/2016

RESUMEN:

El estudio tiene por objeto los aspectos psicosociales y agotamiento. Este estudio tuvo como objetivo describir los factores psicosociales de los trabajadores de enfermería de cuidados intensivos, según las variables socio-demográficas y laborales del mercado. Estudio transversal con 134 profesionales, con aplicación de cuestionario autoadministrado que contenía: un resumen de la Escala de Estrés Trabajo - para medir el estrés; Maslach Burnout Inventory - para evaluar el desgaste; y Self Reporting Questionnaire - para evaluar los trastornos mentales comunes. En cuanto a las dimensiones de estrés: 30,8% eran trabajadores de alta exigencia; 24,6% en el trabajo activo; 20,8% trabajos pasivos y el 23,8% en baja exigencia. La prevalencia de burnout fue de 55.3% estando 72.5% en alta exigencia ($p = 0,006$). La prevalencia de los trastornos mentales comunes fue de 27,7%. La organización del trabajo en unidades de cuidados intensivos favorece al estrés de alta exigencia y, como consecuencia muestra prevalencia significativa de los trastornos mentales comunes y burnout. La salud mental se muestra como un elemento clave en el entorno de trabajo en el hospital y necesita de mayor atención por parte de los equipos y autoridades.

Palabras clave: Estrés; unidad de cuidados intensivos; burnout; enfermería; salud laboral

RESUMO:

O estudo traz como objeto os aspectos psicossociais e esgotamento. Objetivou-se descrever fatores psicossociais de trabalhadores de enfermagem intensivistas, de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais, e identificar possíveis fatores envolvidos no estresse do trabalho, segundo opiniões dos trabalhadores. Estudo seccional realizado com 134 profissionais, com aplicação de questionário autopreenchido, contendo: a versão resumida *Job Stress Scale* – para aferir o estresse; *Maslach Burnout Inventory* – para aferir síndrome de burnout; e *Self Reporting Questionnaire* – para mensurar transtornos mentais comuns. Quanto às dimensões de estresse: 30,8% trabalhadores encontravam-se em alta exigência; 24,6% em trabalho ativo; 20,8% em trabalho passivo, e 23,8% em baixa exigência. A prevalência de burnout foi de 55,3%, sendo 72,5% estavam em alta exigência ($p= 0,006$). A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 27,7%. A organização do trabalho em unidades de terapia intensiva favorece ao estresse de alta exigência e, como consequência, demonstra prevalências expressivas de transtornos mentais comuns e burnout. A saúde mental mostra-se como elemento-chave no ambiente de trabalho hospitalar e necessita de maior atenção pelas equipes e autoridades.

Palavras-chave: Estresse; unidade de terapia intensiva; burnout; enfermagem; saúde do trabalhador.

ABSTRACT:

The study has as object the psychosocial aspects and burnout. This study aimed to describe psychosocial factors of intensive care nursing workers, according to socio-demographic and labor variables. Sectional study with 134 professionals, applying self-administered questionnaire containing: a summary of the Job Stress Scale - to measure stress; Maslach Burnout Inventory - to assess burnout; and Self Reporting Questionnaire - to assess common mental disorders. Regarding the stress dimensions: 30.8% of the workers were in high demand; 24.6% in active job; 20.8% passive jobs and 23.8% in low demand. The burnout prevalence was 55.3% and 72.5% were at high strain ($p = 0.006$). The prevalence of common mental disorders was 27.7%. The organization of work in intensive care unit favors the high-demand stress and consequently demonstrates significant prevalence of common mental disorders and burnout. Mental health appears as a key element in the hospital work environment and needs greater attention by the teams and officials.

Keywords: Stress; intensive care unit; burnout; nursing; occupational health.

INTRODUCCIÓN

En el escenario contemporáneo, los modos de enfermar y morir de los trabajadores han venido transformándose y adquiriendo mayor complejidad, lo que se traduce en un aumento en enfermedades como la fatiga mental y física y otras expresiones de sufrimiento relacionadas con el trabajo como el estrés ^(1,2). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los impactos negativos también pueden incluir trastornos psicossomáticos y psicossociales. Estos pueden favorecer el aumento de los accidentes, lesiones, bajo rendimiento y productividad ⁽³⁾.

El estrés puede entenderse como la relación entre la persona y el entorno que es percibido por el individuo como sobrecarga o agotamiento de los recursos de afrontamiento, poniendo en riesgo el bienestar ^(4,5).

Las políticas de atención a la salud del trabajador en Brasil son escasas y hay poca información sobre enfermedad derivada del estrés laboral y/o enfermedad psíquica. La escasez y la inconsistencia de las informaciones sobre la situación real de la salud de esta población específica dificultan la definición de prioridades de políticas públicas ⁽⁶⁻⁸⁾.

Modelos han sido utilizados para evaluar el grado de estrés y las respuestas orgánicas, con el fin de entender su papel en el ámbito psico-social. También se han investigado factores estresantes ambientales, estableciendo relaciones con los factores contenidos en el ambiente de trabajo que pueden influir en el desempeño profesional ⁽⁹⁻¹³⁾.

Los investigadores Robert Karasek y Töres Theorell presentaron modelo teórico bidimensional que relaciona las dimensiones psicosociales demanda y control en el trabajo con el riesgo de enfermedad física y mental. Las demandas son las presiones de naturaleza psicológica, como el tiempo y la velocidad en la realización del trabajo, y los conflictos contradictorios. El término control se refiere a la tarea, es decir, la habilidad o destreza del trabajador para cumplirla y la oportunidad de participar en las decisiones en el lugar de trabajo para realizarlas ⁽¹¹⁾. Se suma al modelo el soporte o apoyo social en el trabajo, que se define como el nivel de interacción social entre compañeros y jefes en el trabajo ⁽¹⁴⁾. El modelo demanda-control se ha aplicado extensamente en la investigación en países de las Américas, Europa y Asia ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) parece ser uno de los entornos más agresivos, tensos y traumáticos del hospital. Estos factores hostiles llegan a los pacientes, y al equipo multidisciplinar, sobre todo, de enfermería, que convive diariamente con escenas de primera atención, pacientes graves, aislamiento y situaciones de muerte, lo que califica el trabajo de hospital como servidumbre. Frente a lo expuesto, hay una alta probabilidad de que estos profesionales estén sometidos a diversos factores relacionados con el estrés, presentes en ese lugar ⁽¹⁸⁾.

OBJETIVO

Analizar los aspectos referentes al estrés, relacionados con las características del trabajo de intensivistas.

JUSTIFICATIVA

La OMS señala la prevalencia de 30% de trastornos mentales comunes y de 5 a 10% de graves trastornos entre la población trabajadora ocupada ⁽¹⁹⁾. El agravamiento de la situación de estrés causado por el agotamiento continuo puede llevar a consecuencias de mayor impacto para la salud de los trabajadores, como el síndrome de agotamiento profesional o síndrome de burnout (SB) ^(6,20,21).

En el escenario actual, son percibidos cortes de costo, menos trabajadores, empleo precario y notable desgaste general del trabajador, lo que hace que el estrés deba ser estudiado bajo diversas ópticas, entre ellas la investigación epidemiológica. Las enfermedades mentales solamente pierden ante las enfermedades cardíacas, traen pérdidas a la salud del trabajador y la incapacidad, especialmente en la regiones metropolitanas ⁽²²⁾.

De esta manera, el estrés y factores psicosociales reciben papel destacado de las autoridades de salud e investigadores, lo que se refiere a la idea de la visión de este fenómeno como problema de salud pública que debe ser estudiado bajo el enfoque multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, de tipo seccional. La población de estudio fue el equipo de enfermería de la Unidad Coronaria (UCO) y UCI de dos grandes hospitales de la región metropolitana de Rio de Janeiro (RJ). Los apartados, transferidos y ausentes en el sector de UCI fueron buscados de forma activa, así como los motivos del apartamiento, incluyendo, por lo tanto, aquellos que estaban fuera del sector de hasta seis meses, después de contacto telefónico y horario para completar el

cuestionario en el hospital. Estas medidas fueron tomadas para evitar el sesgo de trabajador sano. Los datos fueron recogidos durante el año de 2011. Los hospitales fueron nombrados como hospital universitario (A) y hospital general (B).

El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado autoaplicado con preguntas abiertas y cerradas. Se utilizó la escala adaptada para el portugués de la versión abreviada de la *Job Stress Scale* (JSS), redactado originalmente en inglés⁽¹⁵⁾. La versión reducida fue creada por Töres Theorell, en 1988. Esta versión cuenta con diecisiete cuestiones, tipo *likert*, con cinco elementos para evaluar la demanda psicológica en el trabajo, seis para evaluar el grado de control en el trabajo y seis para el apoyo social^(14,15).

Para la definición de los cuadrantes de la exposición al estrés en el trabajo, basado en la demanda y control de dimensiones, se utilizó la mediana encontrada en las puntuaciones de dos dimensiones⁽¹¹⁾. En cuanto a la composición de los grupos del modelo demanda-control, se combinaron las variables demanda y control y sus respectivos grados dicotomizados (bajo y alto), para construir los cuadrantes del modelo bidimensional, donde: alta exigencia (AE)=combinación de alta demanda y bajo control; trabajo activo (TA)=combinación de alta demanda y alto control; baja exigencia (BE)=combinación de baja demanda y alto control; y el trabajo pasivo (TP)=combinación de baja demanda y bajo control. La asistencia social siguió el mismo patrón de puntuación de las anteriores y la mediana fue utilizada como punto de corte.

Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para la evaluación de la SB, en su versión adaptada y validada para el portugués (idioma original de este estudio), con los profesionales de enfermería, que consiste en 22 preguntas en escala tipo *likert*, con valores de 1 (nunca) a cinco (siempre) que evalúa tres dimensiones: agotamiento emocional (AE) 9 afirmativas; despersonalización (DE) 5 afirmativas; y realización personal (RP) 8 afirmativas⁽²³⁾.

El *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) fue utilizado para medir los trastornos mentales comunes (TMC). Consta de 20 preguntas, con validación en 1986, recomendándose el punto de corte de cinco respuestas positivas a la sospecha entre hombres y siete para las mujeres⁽²⁴⁾. En este estudio, utilizamos corte valor siete, considerado en otros estudios con profesionales de enfermería⁽²⁵⁻²⁷⁾.

El análisis descriptivo incluyó medidas de tendencia central, dispersión Y análisis frecuencia. Se realizó la puntuación de cada subescala, de acuerdo con las normas mencionadas, más la desviación estándar. Se realizó análisis bivariado entre las variables de exposición (estrés en el trabajo) y variables sociodemográficas y laborales. Fue considerado para la evaluación de la significación estadística el valor $p \leq 0,05$. Las pruebas utilizadas fueron: chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher. Para cada paso en el proceso de análisis, se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 21.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de las instituciones, teniendo en cuenta las disposiciones de la resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud para investigaciones con seres humanos.

RESULTADOS

Descripción de las variables sociodemográficas y laborales

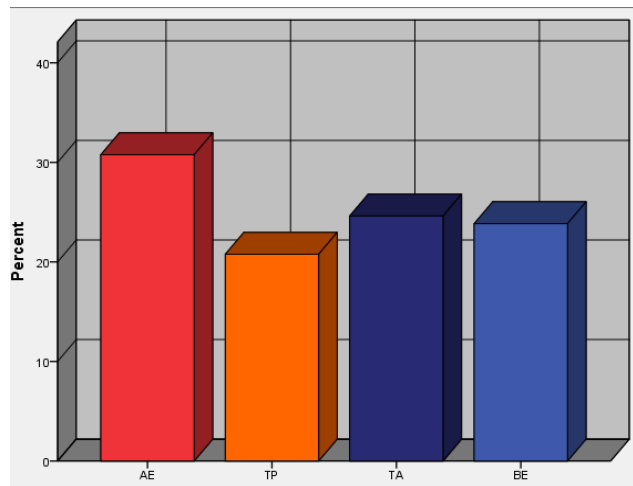
Participaron en el estudio 130 profesionales de enfermería de dos hospitales federales de gran tamaño en la región metropolitana de Río de Janeiro. Entre los trabajadores, 58 se declararon *pardos*, indígenas o amarillos, clasificados como mestizos (44,6%), fueron divididos similarmente cuanto al sexo, 65 hombres y 65 mujeres (50%); la edad promedio fue 35 años (d.e. = 8,6), con 68 con edad mayor que la media (52,3%); en cuanto a la escolaridad, 81 asistió a la escuela secundaria (62,3%); en cuanto a estado civil, 71 vivían con compañero(a) (54,6%); 68 no tenían hijos (52,3%); la renta media per cápita era de 7 salarios mínimos, con 53,8% con renta debajo de este rango.

El grupo se distribuyó en 80 (61,5%) trabajadores del hospital A y 50 (38,5%) en el hospital B; en cuanto a la categoría profesional, 37 (28,5%) eran enfermeros, 62 (47,7%) técnicos, 31 (23,8%) asistentes de enfermería; 78 (60,0%) realizaban sus actividades en UCI y 52 (40,0%) en la unidad coronaria (UCO); la mayoría tenía una relación de trabajo (60,8%), fueron parte del equipo permanente de la institución (71,5%), trabajaban en turno mixto (55,4%) (profesionales que trabajaban en turnos, con variación entre noche y día, sin horario fijo); la media de tiempo en el sector estudiado fue de 5 años (d.e. = 5,5), con 92 (70,8%) profesionales por debajo de esa media; sobre el tiempo en la profesión, el promedio fue de 12 años (d.e. = 8,4), con 70 empleados (53,8%) con menos tiempo; la carga de trabajo semanal promedio fue de 51 horas (d.e. = 19,3), y los sujetos fueron asignados igualmente por encima y por debajo de este valor.

Análisis de los aspectos psicosociales relacionados con las variables sociodemográficas y laborales

La mayoría de los trabajadores (106= 81,5%) refirió no pensar en el trabajo durante las vacaciones. Sobre el estrés autoinformado, 93 (71,5%) informaron el estrato de medio estrés. La dimensión demanda presentó mediana de 10 (d.e.=2,28), donde estaban en el estrato más bajo 71 (54,6%) profesionales. La dimensión control con mediana de 12 (d.e.=1,92), presentó 72 personas por encima de este nivel (55,4%). El apoyo social con mediana 11 (d.e.=3,52) concentró 69 (53,1%) debajo de esta medida. En cuanto a los cuadrantes del modelo demanda-control: 40 trabajadores (30,8%) se encontraban en AE; 32 en TA (24,6%); 27 en TP (20,8%); y 31 en BE (23,8%) (Figura 1).

Figura 1: Porcentajes de las categorías de estrés de trabajadores de enfermería intensivistas, RJ-2014/N=130.



Leyenda: AE = Alta exigencia; TP = Trabajo pasivo; TA = Trabajo activo; BE = Baja exigencia.

Se observó que entre las personas de hasta 35 años, 25 (78,1%) estaban en TA, mientras que la población por encima de la media de edad, 18 (66,7%) estaban en TP ($p=0,001$). Aquellos que han estudiado hasta la escuela secundaria, 30 (75%) estaban en AE, mientras que los de educación superior estaban en BE 19 (61,3%) ($p=0,010$). En cuanto a la renta familiar, se observó que aquellos con los salarios más bajos 24 (75%) presentaban TA, y entre los con mayor salario 23 (57,5%) estaban en AE ($p=0,032$) (tabla 1).

Los profesionales presentaron trabajo de AE en el hospital universitario 26 (81,3%) y de BE en el hospital general 21 (67,7%) ($p=0,0001$). En cuanto al tiempo, se puede ver TA 29 (90,6%) entre aquellos que trabajaban hasta la media de 5 años, y trabajo de BE 14 (45,2%) entre los encima de la media ($p=0,017$). Con respecto al tiempo en la profesión, se encontró TA entre aquellos en los diez primeros años de profesión 24 (75%), y entre el grupo con más tiempo de profesión, fue observado TP 14 (55,6%) ($p=0,033$) (tabla 1).

La prevalencia de SB fue 55,3% (72), siendo que 29 casos (72,5%) estaban en AE, seguido de 20 (64,5%) en BE ($p=0,006$). Fue comprobado alto apoyo en TA con 20 trabajadores (62,5%) y bajo apoyo en BE con 22 (71%) ($p=0,027$). En cuanto a la sospecha de TMC, se observó prevalencia de 27,7% (36 sospechosos), sin diferencia estadística en cuanto a las categorías de estrés (tabla 1).

Tabla I: Factores psicosociales, según cuadrantes de Karasek, de acuerdo con variables sociodemográficas y laborales de trabajadores intensivistas, RJ-2014/N=130.

VARIABLES SOCIDEMOGRÁFICAS Y LABORALES	ALTA EXIGENCIA		TRABAJO PASIVO		TRABAJO ACTIVO		BAJA EXIGENCIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad media = 35 años (d.e.= 9,7)								p=0,001
Hasta 35 años	15	37,5	09	33,3	25	78,1	13	41,9
Mayor que 35 años	25	62,5	18	66,7	07	21,9	18	59,1
Sexo								p=0,156
Femenino	20	50,0	17	63,0	11	34,4	17	54,8
Masculino	20	50,0	10	37,0	21	65,6	14	45,2
Raza/color de piel recodificada								p=0,412
Negra	10	25,0	09	29,6	09	28,1	07	22,6

Blanca	21	52,5	07	25,9	15	46,9	15	48,4
Mestiza	09	22,5	12	44,4	08	25,0	09	29,0
Situación conyugal recodificada								p=0,160
Con compañera (o)	25	62,5	16	59,3	12	37,5	18	58,1
Sin compañera (o)	15	37,5	11	40,7	20	62,5	13	41,9
Presencia de hijos								P=0,533
Sí	22	55,0	13	48,1	12	37,5	15	48,4
No	18	45,0	14	51,9	20	62,5	16	51,6
Escolaridad por la media								P=0,010
Hasta escuela secundaria	30	75,0	16	59,3	23	71,9	12	38,7
Enseñanza superior o más	10	25,0	11	40,7	09	28,1	19	61,3
Renta familiar media de 7 SM								p=0,032
Hasta 7 SM	17	42,5	15	55,6	24	75,0	14	45,2
Mayor que 7 SM	23	57,5	12	44,4	08	25,0	17	54,8
Hospital								p=0,0001
Hospital A (universitario)	28	70,0	16	59,3	26	81,3	10	32,3
Hospital B (general)	12	30,0	11	40,7	06	18,8	21	67,7
Categoría profesional								p = 0,259
Enfermero	12	30,0	09	33,3	05	15,6	11	35,5
Tecnico de enfermeira	18	45,0	09	33,3	21	65,6	14	45,2
Auxiliar de enfermería	10	25,0	09	33,3	06	18,8	06	19,4
Número de empleos								p=0,159
Hasta 2 vínculos	32	80,0	25	92,6	29	90,6	23	74,2
Más de 2 vínculos	08	20,0	02	07,4	03	09,4	08	25,8
Turno de trabajo								p=0,230
Diurno	13	32,5	10	37,0	16	50,0	12	38,7
Nocturno	01	02,5	01	03,7	04	12,5	01	03,2
Mixto	26	65,0	16	59,3	12	37,5	18	58,1
Carga horaria semanal								p=0,785
Hasta 51 h	21	52,5	14	51,9	17	53,1	13	41,9
51h o más	19	47,5	13	48,1	15	46,9	18	58,1
Setores								P=0,138
CTI	30	75,0	15	55,6	17	53,1	16	51,6
UCO	10	25,0	12	44,4	15	46,9	15	48,4
Tiempo en el sector								p=0,017
Hasta 5 años	28	70,0	18	66,7	29	90,6	17	54,8
5 años o más	12	30,0	09	33,3	03	09,4	14	45,2
Tiempo en la profesión								p=0,033
Hasta 10 años	18	45,0	12	44,4	24	75,0	14	46,2
10 años o más	22	55,0	15	55,6	08	25,0	17	54,8
Tipo de vínculo								p=0,533
Temporal	08	20,0	08	29,6	11	34,4	10	32,3
Permanente	32	80,0	19	70,4	21	65,6	21	67,7
Sospecha de TMC								p=0,120
Normal	24	60,0	23	85,2	25	78,1	22	71,1
Enfermo	16	40,0	04	14,8	07	21,9	09	29,0
Sospecha de burnout								p=0,006
Normal	11	27,5	17	63,0	19	59,4	11	35,5
Enfermo	29	72,5	10	37,0	13	40,6	20	64,5
Pensamiento en el trabajo en los descansos								p=0,029
Sí	12	32,5	02	07,4	06	18,8	03	09,7
No	27	67,5	25	92,6	26	81,2	28	90,3
Apoyo Social								p=0,027
Bajo la mediana (bajo)	18	45,0	17	63,0	12	37,5	22	71,0
Por encima de la mediana (alto)	22	55,0	10	37,0	20	62,5	09	29,0

Leyenda: N= total de elementos en el estrato; %= frecuencia relativa; d.e.= desviación estándar; SM=salario mínimo.

DISCUSIÓN

Este estudio describe los aspectos psicosociales y factores asociados, de esa manera, se pueden vislumbrar cómo los aspectos sociodemográficos y de trabajo se comportan entre la población de los trabajadores, destacando los resultados como trastornos mentales, síndrome de burnout y alta exigencia en el trabajo. Estos factores se relacionan con consecuencias dañinas para la salud del trabajador y calidad de la atención proporcionada.

Variables sociodemograficas y laborales

El grupo de trabajadores presentó proporciones iguales en lo que se refiere al sexo, aunque estudios señalan una mayor población femenina en la enfermería intensivista^(28,29). El sector en cuestión del HU demostró una mayor frecuencia del género masculino, destacándose la UCO, a diferencia del HG, donde el género femenino se hizo más frecuente. La concentración típicamente femenina viene dando paso a la creciente presencia de los hombres en este sector^(30,31).

La mayoría de los trabajadores estudiaron hasta la escuela secundaria, que se relacionó con la renta per cápita por debajo de la media y el número de técnicos de enfermería, seguido por profesionales de nivel superior. Hay particularidades y demandas únicas por los cuidados de enfermería intensivos, el número de profesionales de nivel superior (enfermería) es más expresivo, ya que hay más necesidades de asistencia de mayor complejidad. La falta de trabajadores intensivistas ha sobresalido en el sistema de salud de Estados Unidos, esto demuestra que el aumento de las demandas no ha sido acompañado por mayores recursos físicos, tecnológicos y humanos⁽³²⁾. No se puede decir lo mismo sobre el sistema brasileño, por falta de registros sobre las condiciones de trabajo en las UCI por autoridades responsables, sin embargo, estudios señalan este déficit^(33,34).

La población se revela dedicada a la institución, una vez que presentaron sólo una relación laboral y son parte del equipo permanente. La frecuencia más alta de los trabajadores en turnos mixtos puede explicarse por absentismo, huelgas y turnos extras. En esta dinámica, se puede vislumbrar que el grupo está formado por jóvenes, recientes en la profesión y en la industria, con más de 51 horas por semana. Hay que destacar que esta carga horaria se relaciona posiblemente con turnos extras y la cobertura de horario de profesionales que están ausentes.

Análisis de los aspectos psicosociales

La percepción del estrés tebe relación con la dimensión control en el trabajo, alta entre el grupo. Este hecho fue reflejado en las categorías donde BE y TA fueron la segunda y tercera más frecuentes, respectivamente. La actividad de liderazgo y planificación en el equipo es común en el proceso de trabajo en la UCI, puesto que aquellos con educación superior se encontraban en BE cuando comparados con los de menor nivel educativo en AE, aspectos relacionados con el control en el trabajo. Además, la percepción de actividades manuales, además de las de liderazgo y planificación, llama la atención en este entorno.

Los profesionales presentan trabajo de AE en el hospital universitario y de BE en el hospital general. Debido al HU tener que lidiar con las actividades de docencia, investigación y extensión, el equipo termina por involucrarse en una dinámica que, de

alguna manera, puede aumentar la demanda de trabajo, en el servicio a los estudiantes en la UCI. Pueden ser factores de estrés las actividades desarrolladas que requieren un alto grado de responsabilidad y cualificación, además del desgaste físico, emocional y tensiones continuas, lo que sobrecarga a los profesionales con más experiencia en la UCI ⁽³⁵⁾. Hay que recordar que la mayoría de la población por encima de la media de edad estaba en TP, que es el segundo estrato de mayor riesgo para las enfermedades mentales. Situaciones de demanda y control bajos combinadas crean un escenario poco motivador, y pueden conducir a la pérdida gradual de habilidades ^(11,36). Estos datos y hechos, sumados a la alta carga psíquica en el entorno descrito, además de la demanda emocional ante el proceso inminente de muerte, hacen el ambiente citado fuente de actividades extenuantes para el profesional de enfermería.

El crecimiento de los procedimientos difíciles e invasivos en medicina requiere capacitación constante del personal para el dominio de nuevas tecnologías, cada vez más complejas y más presentes. Las actualizaciones requieren cada vez más del esfuerzo de los profesionales para su mejora, constituyéndose en otra carga en el proceso de trabajo. En este contexto, existe el riesgo de que el ser tecnológico se imponga al profesional humano tan necesario en este entorno. Esta dinámica tecnológica puede desgastar el establecimiento de los vínculos necesarios para la atención al paciente crítico y atención a sus familias, así como abrir espacios para la impersonalización, una de las principales características de la SB ⁽³⁷⁾. Sin embargo, el trabajador, incluso bajo constante riesgo psicosocial, debe recordar la relación humana, es decir, un gran reto ⁽³⁵⁾.

Los más jóvenes estaban en TA, así como los que han trabajado hasta la media de 5 años. El trabajo de BE se centró en aquellos por encima de la media. Con esto, se observa que los jóvenes son los más demandados en sus puestos de trabajo bajo la supervisión de funcionarios antiguos con experiencia. Es lo que reflejan los datos sobre el tiempo en la profesión, donde se observó TA entre aquellos en los diez primeros años de carrera, cuando comparados con aquellos con más tiempo que se encontraban en TP. Luego, se percibe que los profesionales más antiguos están en BE o TP, y los más jóvenes en TA o AE. Aprendizaje y crecimiento son previstos cuando son altos el control y la demanda psicológica, pero no excesivamente ^(11,36).

En cuanto a sospecha de SB, la mayoría de los empleados estaba en AE y también en BE. Esto demuestra que el riesgo de enfermedades mentales es corroborado por el modelo demanda-control, confirmado en la investigación con médicos intensivistas, donde se encontró asociación entre SB, observada en situación de alta exigencia del modelo demanda-control ⁽³⁸⁾.

Se observó gran apoyo entre los trabajadores en TA y bajo apoyo entre el grupo de empleados en BE. Resultados similares fueron encontrados en investigación con el equipo de enfermería de un hospital público en Salvador, Bahía, a los trabajadores en TA, con el apoyo social (68.5%) ⁽²⁵⁾. Estudios con población similar señalan asociación estadística entre el bajo apoyo social y el cuadrante AE, diferente del encontrado en este estudio ^(25,39).

El apoyo social es un elemento importante en el mantenimiento de la salud. Construido a través de las relaciones sociales en el lugar de trabajo, es un factor de gran importancia en el proceso salud-enfermedad de los trabajadores, pudiendo, por tanto, partir tanto de las instituciones de trabajo como de las relaciones entre los trabajadores. Bajos niveles de apoyo pueden unirse a manifestaciones nocivas y efectos negativos

para la salud ^(11,36). Algunos estudios demostraron que la falta de apoyo en el lugar de trabajo hace los trabajadores más propensos a enfermedades cardiovasculares, estrés, agotamiento físico y emocional ^(40,41).

Son diversos los mecanismos por los cuales el apoyo social en el entorno de trabajo puede afectar la salud, bienestar y calidad de vida. Ellos pueden mitigar los efectos nocivos de factores de estrés psicosociales del trabajo, pero también potenciar el desarrollo de nuevas habilidades o comportamientos ⁽⁴¹⁾. Además, apoyo social puede moderar las tensiones y otros efectos adversos para la salud, reduciendo su energía o incrementando estrategias de afrontamiento ⁽³⁶⁾.

De esa manera se puede decir que el apoyo social suaviza las demandas negativas del estrés laboral y puede contribuir al trabajador a establecer eficientes mecanismos de resiliencia delante las dificultades comunes de la vida cotidiana de trabajo.

En cuanto a la sospecha de TMC, se observó prevalencia entre cerca de un tercio de los profesionales de la institución. En una investigación con el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, el trabajo de Silva *et al* presentó prevalencia de 21,3% ⁽²⁶⁾. Hay alguna compatibilidad de resultados con el estudio en cuestión. Estudio con trabajadores de enfermería de hospital universitario destacó 18.7% de sospecha ⁽⁴²⁾. Se confirma, así, la divulgación de la existencia del problema de salud en cuestión entre los trabajadores. El grupo de AE presentó mayor prevalencia entre los trabajadores, así como en este estudio (40,0%). Las reacciones más adversas de tensión ocurren cuando las demandas psicológicas del trabajo son altas y existe baja toma de decisiones del trabajador ^(11,36).

Se observó para la AE, la sospecha de *burnout* en la mayoría de los trabajadores y en casi la mitad para TMC. Hay una mayor prevalencia de SB entre los intensivistas, comparándose con profesionales de la salud colectiva. La alta frecuencia de problemas de salud derivados de altos niveles de estrés y su asociación con TMC y SB, entre profesionales de la salud en diversos campos, denotan la necesidad de estrategias de intervención en la vida diaria de estos trabajadores y más investigaciones sobre las dimensiones y sus factores determinantes ⁽⁴³⁾.

Por lo tanto, hay una suma de factores psicosociales que, relacionados con el estrés en el trabajo, de forma sinérgica, contribuyen a la enfermedad mental entre intensivistas ^(36,44). Es clara la existencia de asociación entre estos factores y el desarrollo de la enfermedad.

Cabe añadir que los problemas de salud mental en un aspecto general no pueden observarse aisladamente, ya que se superponen y constituyen un asunto de salud pública, por lo tanto, de importancia para las colectividades.

Trastornos mentales, así como los síntomas depresivos no aparecen como problemas aislados e intrapsíquicos, sino como dramas colectivos ^(2,45). Un ejemplo que podría citarse y que prueba este hecho es la creación de la Red Nacional de Atención Integral a la Salud del Trabajador (Renast) cuyo objetivo es articular acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de los trabajadores, estas son observadas como acciones aún por debajo de lo deseado, en el área de trabajo de salud mental ⁽¹⁾.

La institución de la Renast, en 2002, asume un modelo de intervención integral y la articulación de dispositivos, equipos y servicios de red del SUS, a pesar de estas características, se percibe la deficiencia en el papel de la red en la identificación y

prevención del estrés y enfermedades mentales, a través de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (Cerest) regionales y estatales. El agravante es que el sufrimiento psíquico aparece en forma secundaria, a veces subnotificado, además de la dificultad de establecer causalidad del trabajo con trastorno mental, por parte de los sindicatos o por los propios trabajadores, o por parte de profesionales de la salud ^(2,22).

Esto es una realidad presente, sin embargo poco analizada y a menudo descuidada por los empleadores, las organizaciones y servicios y el propio trabajador, que sigue siendo ajeno al problema, sin saber con seguridad cuales son las consecuencias reales que el trabajo estresante puede traer para su salud mental. Esto es una cuestión compleja y todavía poco investigada.

CONCLUSIÓN

El estudio encontró que la mayoría de los trabajadores se encontraban en AE, con bajo apoyo social y aquellos en TA presentaban puntuaciones más altas en esta dimensión. La prevalencia de SB fue expresiva, y la mayoría de los casos se concentra en AE - categoría de mayor riesgo. En cuanto a la sospecha de TMC, prevalencia medida fue media.

La organización del trabajo en la UCI promueve el estrés considerado perjudicial a la salud y como consecuencia la aparición de trastornos mentales y la SB, siendo problema de gran magnitud para profesionales y sus familias, las familias de los pacientes, los usuarios de servicios de salud y las instituciones hospitalarias. Esta dinámica perjudicial involucra cuestiones generales como aspectos políticos sectoriales, cuestiones institucionales y económicas.

Los trabajadores que operan en las UCI están expuestos a ambientes con tensión, sentimientos contradictorios y muertes constantes. Por lo tanto, es de la máxima relevancia las discusiones de la calidad de vida en el trabajo, así como un profundo análisis de los factores que intervienen en el estrés laboral y sus posibles consecuencias como el TMC y la SB.

El camino inicial es escuchar las necesidades del trabajador para que los agentes causales del estrés sean reducidos al mínimo y para promover la resiliencia. De esta forma, deben ser traídas decisiones conjuntas interdisciplinarias, con el fin de proporcionar un mayor apoyo social y disminuir el desgaste causado por factores conocidos en el ambiente de trabajo como malévolos, fortaleciendo así los principios de la salud de los trabajadores. Un abordaje de la temática de forma multidisciplinaria cumple con los requisitos de la Renast, promueve la vigilancia de la salud de los trabajadores, el Cerests, y proporciona subsidios para los servicios en red para el trabajador. Salud mental aparece como un elemento clave en el entorno de trabajo hospitalario y requiere más atención por parte de los equipos y autoridades.

REFERENCIAS

- 1 Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. Cienc Saúde Cole 2005; 10(4): 817-828.
- 2 Santos APL, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Gomes CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 87-105.

- 3 International Labour Office (ILO/OIT). Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace. Geneva: International Labour Office; 2012.
- 4 Selye H. History and present status of the stress concept. In: Goldberger L, Breznitz S. (Eds). Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press; 1982. p. 7-17.
- 5 Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46(4): 839-852.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 7 Silva JLL. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); 2007.
- 8 Fonseca RMC, Carlotto MS. Saúde mental e afastamento do trabalho em servidores do judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. *Psicol Pesq* 2011; 5(2): 117-125.
- 9 Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24(2): 285-308.
- 10 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2(2): 99-113.
- 11 Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 12 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347(9003): 724-728.
- 13 Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1996; 1(1): 27-41.
- 14 Theorell T, Perski A, Akerstedt T, Sigala F, Ahlberg-Hultén G, Svensson J. et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state: a longitudinal study. *Scand J Work Environ Health* 1988; 14(3): 189-196.
- 15 Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da Job Stress Scale: adaptação para o português. *Rev Saúde Publ* 2004; 38(2): 164-171.
- 16 Dias S, Queirós C, Carlotto MS. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia* 2010; 32: 4-21.
- 17 Albini E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucchini R. An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. *Ind Health* 2011; 49(1): 15-23.
- 18 Santos FD, Cunha MHF, Robazzi MLCC, Pedrão LJ, Silva LA. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão de literatura. *SMAD* 2010; 6(1): 1-16.
- 19 Sayers J. The World Health Report, 2001 - Mental Health: new understandings, new hope. *Bull World Health Organ* 2001; 79(11): 1085.
- 20 Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup* 2010; 35(122): 229-248, 2010.
- 21 Landrum B, Knight DK, Flynn PM. The impact of organizational stress and burnout on client engagement. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42(2): 222-230.
- 22 Jardim SR, Ramos A, Glina DMR. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE. (Orgs). Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010. p. 49-80.

- 23 Tamayo MR. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1997.
- 24 Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 118: 23-26.
- 25 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Publ* 2003; 37(4): 424-433.
- 26 Silva JLL, Nóbrega ACR, Brito FGF, Gonçalves RC, Avanci BS. Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Enferm UFPE* 2010; 5(1): 1-9.
- 27 Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, Santos VC, Ferreira SMS, Martins JR, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup* 2012; 37(126): 306-315.
- 28 Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm* 2012; 23(3): 379-384.
- 29 Moreira DSM, Magnano RF, Sakae TM, Magajewski FRL. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Publ* 2009; 25(7): 1559-1568.
- 30 Gil-Monte PR. Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) em profesionales de enfermería. *Psicol Estud* 2002; 7(1): 3-10.
- 31 Araújo TM, Rotenberg L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: Assunção A, Brito J. (Orgs). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 131-150.
- 32 Kelley MA, Angus D, Chalfin DB, Crandall ED, Ingbar D, Johanson W et al. The critical care crisis in the United States: a report from the profession. *Chest* 2004; 125(4): 1514-1517.
- 33 Santos MZ, Kusahara DM, Pedreira MLG. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5): 1074-1081.
- 34 Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo WA, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(2): 78-85.
- 35 Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paul Enfermagem* 2006; 19(3): 310-315.
- 36 Glina DMR. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: Glina DMR, Rocha LE (Org.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010. p. 3-32.
- 37 Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Tironi MOS, Marques Filho ES. Médicos de UTI: prevalência da síndrome de burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Med* 2010; 34(1): 106-115.
- 38 Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros DS, Reis EFJB, Marques Filho ES, Almeida A et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(6): 656-662.
- 39 Urbanetto JS, Magalhães MCM, Maciel VO, Sant'anna VM, Gustavo AS, Poli-de-Figueiredo C.E. et al. Estresse no trabalho segundo o modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 47(3): 1186-93.

- 40 Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm 2013; 66(1): 13-17.
- 41 Kogien M, Cedaro JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm 2014; 22(1): 51-58.
- 42 Kirchhof ALC, Magnano TSBS, Campognara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC et al. Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm 2009; 18(2): 215-223.
- 43 Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Publ 2008; 42(5): 921-929.
- 44 Benevides-Pereira AMT (Org). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- 45 Barfknecht K, Azevedo G, Nussbaumer L, Bertuol M. A construção da saúde do trabalhador em Porto Alegre: processo de integração entre saúde do trabalhador e saúde mental. In: Melo ARC (Org): Saúde do trabalhador no Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: UFRGS; 2004.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia