



Enfermería Global
E-ISSN: 1695-6141
eglobal@um.es
Universidad de Murcia
España

Grazziano, ES.; Ferraz Bianchi, ER.
IMPACTO DEL ESTRÉS OCUPACIONAL Y BURNOUT EN ENFERMEROS
Enfermería Global, vol. 9, núm. 1, febrero, 2010, pp. 1-20
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834754020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISIONES - RESEÑAS

IMPACTO DEL ESTRÉS OCUPACIONAL Y BURNOUT EN ENFERMEROS

IMPACTO DO STRESS OCUPACIONAL EM BURNOUT PARA ENFERMEIROS

***Grazziano, ES. **Ferraz Bianchi, ER**

*Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Doutora em Enfermagem Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil.

Palabras clave: estrés, estresores, trabajo, enfermero, coping, burnout y adaptación

Palabras chave: estresse, estressores, trabalho, enfermeiro, *coping*, *burnout* e adaptação psicológica.

Keywords: Stress, Stressor, Work, Nurse, Coping, Burnout, Psychological Adaptation.

RESUMEN

El *burnout* fue reconocido como riesgo ocupacional para profesionales del área de la salud, educación y servicios asistenciales, llevando al adolecimiento físico, psíquico y comprometiendo los resultados de su trabajo, repercutiendo en las organizaciones debido a las ausencias, aumento de conflictos interpersonales y al *turnover*. Las exigencias de la vida moderna y del mercado de trabajo en las últimas décadas vienen consumiendo la energía física y mental de los trabajadores, minando su compromiso, su dedicación y tornándolos descreyentes con relación a sus conquistas y al suceso en el trabajo. OBJETIVOS: Este estudio descriptivo tuvo por objetivos revisar las publicaciones en la última década hasta el momento, relacionados a burnout y a su impacto en el trabajo de la enfermera, así como las estrategias de gerenciamiento del estrés ocupacional descritos. METODOLOGIA: Fue realizado un levantamiento bibliográfico del periodo de 1990 -2008 en bases de datos electrónicas en las disciplinas de enfermería, psicología, ciencias de la salud, y en test y acervo personal de las autoras utilizando los descriptores estrés, estresores, trabajo, enfermero, coping, burnout y adaptación psicológica. CONSIDERACIONES FINALES: Los volúmenes de publicaciones sobre el tema vienen creciendo en los últimos años, pero se verifica que hay una escasez de estudios y análisis de intervenciones que busquen reducir el estrés ocupacional y el *burnout* y que sean exequibles dentro del turbulento ambiente hospitalario. En la revisión de esta literatura, hay un mayor número de estudios enfocando el gerenciamiento del estrés por el individuo, aunque investigadores concuerden que intervenciones que enfocan la organización del trabajo serían más eficaces por que reducen las fuentes de estrés ocupacional. La calidad del cuidado prestado

está relacionado directamente al bienestar del profesional que presta cuidado; de esta forma, medidas que atiendan a garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional se hace imperativo en enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza y ocurrencia del estrés y burnout traerían beneficios a ambos.

RESUMO

O *burnout* é reconhecido como risco ocupacional para profissionais da área de saúde, educação e serviços assistenciais, levando ao adoecimento físico, psíquico e comprometimento dos resultados do trabalho, repercutindo nas organizações devido as ausências, aumento de conflitos interpessoais e *turnover*. As exigências da vida moderna e do mercado de trabalho nas últimas décadas tem consumido a energia física e mental dos trabalhadores, minando seu compromisso, sua dedicação e tornando-os descrentes com relação a suas conquistas e sucesso no trabalho. OBJETIVOS: Este estudo descritivo teve como objetivos revisar as publicações na última década até o momento relacionadas ao *burnout* e a seu impacto no trabalho de enfermeiros, bem como as estratégias de gerenciamento do estresse ocupacional descritos. METODOLOGIA: Foi realizado um levantamento bibliográfico entre o período de 1990 a 2008 em bases de dados eletrônicas das disciplinas de enfermagem, psicologia, ciências da saúde e em material do acervo pessoal das autoras utilizando os descritores estresse, estressores, trabalho, enfermeira, *coping burnout* e adaptação psicológica. CONCLUSÕES: As publicações sobre o tema vem crescendo nos últimos anos, mas se verifica que há uma escassez de estudos e análise de intervenções para redução do estresse ocupacional e o *burnout* que sejam exequíveis dentro do turbulento ambiente hospitalar. A revisão da literatura apresentou um número maior de estudos de gerenciamento do estresse com enfoque no indivíduo, embora haja consenso entre os pesquisadores de que intervenções com enfoque na organização do trabalho são mais eficazes por reduzirem as fontes de estresse ocupacional. A qualidade do cuidado está relacionado diretamente ao bem estar do profissional que presta o cuidado; desta forma, medidas que visam garantir condições de trabalho e redução do desgaste físico e emocional são fundamentais para os enfermeiros, assim como a sensibilização dos profissionais e instituição quanto a natureza e ocorrência do estresse e *burnout* trariam benefícios a ambos.

INTRODUCCIÓN

El estrés ocupacional crónico es considerado un factor determinante de los trastornos depresivos los cuales constituyen la cuarta causa de los costos de la enfermedad¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2020 los trastornos depresivos serán la segunda mayor causa de morbilidad, detrás solamente de la enfermedad isquémica del corazón². El adolecimiento físico y/o mental aumenta la frecuencia de licencias por enfermedad pudiendo llegar a la jubilación anticipada, aumento de los costos con tratamientos médicos, mayor incidencia de enfermedades coronarias y endocrinas.

Un estudio sobre el encargo financiero relacionado al estrés laboral realizado en los Estados Unidos en 1998, apuntó que el costo de atención a la salud de los trabajadores, que relataron niveles elevados de estrés, fue 50% mayor al ser comparado con los trabajadores sin riesgo para el estrés ocupacional. El costo económico con la atención a la salud aumentó para US\$1.700.000 por trabajador/año para aquellos que relataron niveles elevados de estrés y depresión³. En el Reino Unido la situación no es muy diferente. La última evaluación del informe de enfermedades relacionadas al trabajo de la *Health and Safety Executive* (HSE), del Reino Unido, de 2006/07 estimó que 205.000 trabajadores activos en servicios de salud sufrirán de alguna enfermedad causada o exacerbada por el trabajo⁴.

La tasa de prevalencia asociada, 5.800/100.000 trabajadores (5,8%) de la salud, en el último año, fue estadísticamente significativo y mayor que aquel para la industria (3.900/100.000 trabajadores = 3,9%) además de ser superior a las tasas de los años anteriores. Aunque los datos de prevalencia sobre los tipos de enfermedades que afectaron a estos trabajadores no

estén disponibles, los informes preliminares indican el estrés como una de las mayores causas de licencias en el trabajo en esta población ⁴.

Investigaciones sobre el estrés y *burnout* entre enfermeros se remontan a más de cuatro décadas. En este periodo se ha buscado investigar su ocurrencia, medir los niveles y relacionarlos a variables personales, demográficas, ocupacionales y sociales a fin de comprender su génesis.

En las dos últimas décadas, el interés y los estudios con este análisis se han intensificado debido a los cambios sociales y económicos que afectan diariamente al proceso de trabajo del enfermero y consecuentemente a su satisfacción profesional. Las tasas de *turnover* y la escasez de enfermeros capacitados en el mercado han contribuido a la movilización de asociaciones de profesionales en el sentido de sensibilizar a los órganos públicos y a los gestores de las instituciones privadas para una reevaluación de la actuación del enfermero en los varios niveles de atención a la salud.

ESTRÉS Y BURNOUT

El estrés surge cuando el individuo tiene que enfrentar situaciones que exigen adaptación y pueden ser interpretados por él como un desafío o amenaza, por ejemplo, cambio de trabajo o promoción, casamiento o divorcio, nacimiento o muerte. La interpretación y la emoción causada por estos acontecimientos inician una serie de eventos a nivel bioquímico que llevarán a descargas hormonales, intermediadas por el sistema nervioso autónomo, vía sistema límbico y por el sistema nervioso central, vía hipotálamo, a fin de preparar el organismo para enfrentar y restablecer el equilibrio (homeostasis) ⁵.

Este mecanismo adaptativo es fisiológico y no depende del estímulo que lo desencadenó, sin embargo su intensidad y continuidad están íntimamente relacionados a la interpretación del individuo sobre las pérdidas y ganancias que vienen de los cambios, de sus características personales, de los recursos de afrontamiento que dispone en el momento, de su estado de salud, del ambiente en que se encuentra, entre otros factores ⁶⁻⁹.

El estrés relacionado al trabajo ocurre cuando la persona interpreta la situación como algo que excede la capacidad adaptativa; un trabajador puede interpretar un trabajo extra como una amenaza (a su entretenimiento, a la convivencia con la familia, entre otros), y en cambio otro puede interpretarlo como un desafío.

Frente a situaciones consideradas estresantes, el individuo utilizará mecanismos psicológicos para reducir el impacto de los estresores y así, retornar al equilibrio. Tales mecanismos o estrategias son, en realidad, acciones cognitivas elaboradas por él a través de la evaluación, del ambiente, de experiencias anteriores bien sucedidas y de la madurez de su aparato psíquico, y son denominados estrategias de *coping* o estrategias de afrontamiento.

La palabra *coping* proviene del verbo inglés *to cope*, que significa luchar, competir, enfrentar¹⁰. *Coping*, por lo tanto, es un proceso por el cual el individuo administra las demandas de la relación persona / ambiente que son evaluados como estresantes y las emociones que ellas generan. Lazarus y Folkman (1984) agruparon los mecanismos de *coping* en estrategias de acuerdo con el foco de atención del individuo, a saber, estrategias centradas en la emoción y en el problema ¹¹.

Estrategias que están enfocadas en la emoción son esfuerzos cognitivos que buscan la fuga, la reducción, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y esfuerzos en ver algo positivo en la situación negativa. En esta estrategia de afrontamiento, el individuo busca minimizar el estrés alterando la “importancia” del estresor en un esfuerzo de reevaluación de la situación, o por la búsqueda de actividades que promuevan una “desconexión” del ambiente, tales como meditación, beber, practicar deporte o hasta incluso buscar otra empresa para trabajar.

Las estrategias enfocadas en el problema son aquellas que buscan identificar el problema, buscar soluciones, sopesar la relación de costo beneficio de las alternativas, definir las y actuar. Tal estrategia implica un proceso objetivo y analítico, enfocado primeramente en el ambiente y posteriormente en sí mismo. Son consideradas estrategias más adaptativas, pues son capaces de modificar las presiones del ambiente, reduciendo o eliminando la fuente de estrés.

Las estrategias de *coping* son utilizadas por el individuo en la medida en que él se enfrenta a los estresores, que son situaciones o condiciones que causan la ruptura en la homeostasis interna exigiendo una adaptación, pudiendo ésta ser externa o interna, tener un carácter físico, cognitivo o emocional ^{7,12}. Sin embargo, no siempre los estresores poseen una connotación negativa; ellos también pueden ser de naturaleza benigna, tal como el casamiento, el nacimiento, un viaje, graduación, pero siempre exigen un desgaste de energía adaptativa lo que lleva a la ruptura de la homeostasis.

Para Bianchi (1990) el estresor no puede ser definido solamente como un estímulo¹³. La diferencia entre ambos generalmente es cuantitativa y depende de la sensibilidad del organismo en aquel momento para interpretar el evento estresor, o sea, frente a un mismo estresor las personas pueden reaccionar de formas diferentes, o aún, una misma persona puede tener reacciones diferentes en momentos o contextos diversos¹².

En el ambiente laboral los estresores están presentes continuamente y, debido a su relación con el trabajo, son llamados estresores ocupacionales capaces de generar sentimiento de ansiedad, miedo, tensión o amenaza que surgen durante el ejercicio de las actividades profesionales y requieren respuestas adaptativas por parte de los empleados.

Cuando el estrés relacionado al trabajo, sobrepasa los niveles adaptativos y llega a ser crónico recibe el nombre de *burnout* o síndrome de *burnout*. El término *burnout* (del inglés: *burn* = quemar, *out* = fuera) es un término que designa algo, o alguien, que no posee más energía, llegó al límite de fuerzas, no funciona más, quemó hasta el fin.

Aunque el primer estudio que se refirió al *burnout* se publicara en la década de los 60, por Bradley ¹⁴, solamente después de las investigaciones de Freudenberg (1974) ¹⁵ el término *staff burn-out* despertó interés clínico. A partir de la década siguiente, Maslach y Jackson (1981) ¹⁶ desarrollaron varios estudios que fueron importantes para la difusión del concepto de *burnout* como un desgaste físico y emocional relacionado al trabajo.

Maslach y Jackson (1981) ¹⁶ conceptuaron *burnout* como un síndrome psicológico que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral, caracterizados por tres dimensiones: **Desgaste Emocional** o Agotamiento, **Despersonalización** o ceticismo e **Incompetencia Profesional** o reducida realización profesional.

La dimensión del Desgaste Emocional o Agotamiento emocional (DE) representa el

componente básico e individual del síndrome teniendo como principales fuentes la sobrecarga de trabajo y el conflicto personal en el trabajo. Se caracteriza por un sentimiento de agotamiento y falta de energía, sobrecarga física y emocional en el que el individuo se siente agotado y desmotivado, siendo incapaz de relajar¹⁷⁻¹⁸.

La dimensión de Despersonalización o ceticismo (DP) representa el contexto interpersonal en el *burnout* y se refiere a la reacción negativa, insensible o excesivamente desconectada del individuo frente al trabajo. En esta dimensión ocurre despolarización, donde el individuo menosprecia la relación entre los colegas de trabajo, los clientes y la organización. Se caracteriza por insensibilidad emocional y disimulación afectiva teniendo como manifestaciones más comunes la ansiedad, aumento de la irritabilidad, desmotivación, reducción del idealismo, desesperanza, egoísmo y alienación. Las manifestaciones de la dimensión de Despersonalización reflejan la búsqueda del individuo en adaptarse a la situación y aliviar la tensión reduciendo el contacto con las personas.

El componente de la incompetencia profesional (INP) o reducida realización profesional se refiere a la sensación de incompetencia, falta de realización y productividad en el trabajo. La expresión que mejor retrata este estado es el cuestionamiento que el profesional hace sobre su elección de profesión, poniendo en duda su aptitud para ejercerla. El individuo no se llena con el trabajo, se siente inadecuado personal y profesionalmente, comportamiento que afecta a sus habilidades para la realización del trabajo y el contacto con las personas, reduciendo drásticamente su productividad.

Se concluye que *burnout* está relacionado a la actividad profesional y el ambiente en que es ejecutado y no a la profesión ejercida. Esta sutil distinción debe ser considerada, pues un profesional puede estar sobre estrés ocupacional aunque no manifieste las dimensiones de la despersonalización e incompetencia profesional características de este síndrome.

OBJETIVOS

Este estudio descriptivo tuvo por objetivos revisar las publicaciones en la última década hasta el momento, relacionados a *burnout* y a su impacto en el trabajo de la enfermera, así como las estrategias de gerenciamiento del estrés ocupacional descritas.

METODOLOGÍA

Fue realizado un levantamiento bibliográfico del periodo de 1990 -2008 en bases de datos electrónicas en las disciplinas de enfermería, psicología, ciencias de la salud, y en test y acervo personal de las autoras utilizando los descriptores estrés, estresores, trabajo, enfermero, coping, *burnout* y adaptación psicológica.

IMPACTO DEL BURNOUT PARA ENFERMEROS Y LA ORGANIZACIÓN

El *burnout* fue reconocido como riesgo ocupacional para profesionales del área de la salud, educación y servicios asistenciales, llevando al adolecimiento físico, psíquico y comprometiendo los resultados de su trabajo, repercutiendo en las organizaciones debido a las ausencias, aumento de conflictos interpersonales y al *turnover*¹⁹.

En Brasil la Seguridad Social reconoce el *burnout* como agente patógeno y el Decreto nº 3.048, de 06 de Mayo de 1999, aprobó el anexo II del Reglamento de la Seguridad Social que trata de los Agentes Patógenos causantes de Enfermedades Profesionales el cual cita la "sensación de estar acabado" (Síndrome de *Burnout*, Síndrome de Agotamiento Profesional) como sinónimo de *Burnout*²⁰.

El individuo afectado por el burnout pasa a tener varios aspectos de su vida comprometidos, desde su salud física (fatiga crónica, cansancio, resfriados constantes, desmayos o pérdidas de conciencia momentánea, cefaleas frecuentes, dolor muscular, hipertensión arterial, inmunodeficiencia, disturbios cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, sexuales y de sueño), cognitiva y emocional (falta de concentración y atención, alteraciones de memoria, pérdida del sentido del humor, sentimiento de alienación y soledad, impaciencia, labilidad emocional, baja autoestima, ansiedad, depresión, vulnerabilidad, miedo) y comportamiento (conflictos familiares y conyugales, frustración, irritación, hostilidad, intolerancia, rigidez, inflexibilidad, pérdida de iniciativa, duda del propio juicio, trabajo prolongado con poco rendimiento)^{12, 15, 21-23}.

Al considerar salud mental, la relación con el *burnout* es más compleja. El *burnout* está relacionado a la característica del ser neurótico, lo que lleva a creer que, de cierta forma, el burnout es una enfermedad mental en sí misma. Sin embargo, la hipótesis más común es que el *burnout* causa disfunción mental, que desencadena síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros²⁴.

En el ámbito organizacional, los efectos deletéreos del síndrome se relacionan al aumento de los costos operacionales y pueden ser identificados por medio de indicadores organizacionales. Entre estos indicadores, los principales son: las ausencias²⁵⁻²⁷, o *turnover*^{17,26,28-31}, la baja calidad del cuidado, deshumanización de la asistencia y aumento de accidentes ocupacionales^{22,25-26,29-30}, la baja productividad y la intención de abandonar la profesión^{23,25,29,32}.

El absentismo de trabajadores del área de la salud y el aumento de costos relacionados al estrés, depresión y ansiedad han aumentado en los últimos años, como demuestra el *Self-reported Work-related Illness 2006/2007* (SWI) del departamento de seguridad y salud del Reino Unido (HSE). De acuerdo con este informe, en el año 2006/2007 se perdieron 6.756 días de trabajo, debido a las ausencias por licencia médica para los hombres y 7.003 días para las mujeres. En media los días perdidos por género fueron 34 para los hombres y 27,3 días para las mujeres; el costo para la empresa por día de ausencia fue de US\$221.00 para los hombres y US\$319.00 para las mujeres³³.

Considerando las licencias médicas relacionadas con el estrés laboral, el *Bureau of Labor Statistics* (Departamento de Estadística del Trabajo Norteamericano) indica que el tiempo medio de licencias debido al estrés ocupacional sobrepasa el tiempo de licencias con relación a la mayoría de los accidentes y enfermedades ocupacionales (cerca de 4 veces superior, con 23 días de media)³⁴.

Esos datos, al ser comparados entre los años 2005/2006, demuestran un aumento de los costos, así como del número de días de licencia (US\$170.00 y una media de 31,6 días de licencia para los hombres; US\$272.00 y 29,1 días para las mujeres)³³.

Según el *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH)³⁵, el tiempo medio de licencias de trabajadores debido al estrés ocupacional en los EUA también ha mostrado elevación; de una media de seis días en 2001, pasó a 25 días en 2004, o sea, cuadruplicó el periodo de licencias³⁵.

Con las licencias de los profesionales, las instituciones de salud tienen sus costos elevados y pasan a enfrentar la caída en la productividad y calidad de los servicios prestados a los pacientes, afectando el equilibrio económico en el área de la atención a la salud y exigiendo intervenciones tanto locales (organizacional) en el ámbito del financiamiento público. En este

periodo, la Comisión Europea, a través de la Conferencia Europea realizada en Bruselas en 1993, reuniendo la Fundación Europea, Comisión Europea y el Ministerio del Trabajo de Bélgica, resaltó el aumento del estrés ocupacional y su impacto en la calidad de vida del trabajador y consecuentemente en el desempeño de las empresas. De este encuentro surgió la *Guía sobre Estrés relacionado al trabajo – La sal de la vida o el beso de la muerte*, publicado en el año 2000 por la Comisión Europea, que trajo directrices para la prevención del estrés ocupacional en cuatro niveles: del trabajador, de su empresa, del país y de la Unión Europea ³⁶.

Las directrices contenidas en la guía resaltan la importancia en la identificación de los estresores relacionados al trabajo, las reacciones al estrés y los problemas de salud. Como obligación legal de las empresas europeas, los empleadores tienen el deber de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los ámbitos del trabajo y “desarrollar una política de prevención global coherente” ³⁷, así como mejorar el desempeño de las empresas.

Otro indicador de *burnout* es la insatisfacción en el trabajo que está asociada a altas tasas de *turnover* entre los enfermeros ^{28,30,36} y también los mayores niveles de desgaste emocional ^{30,39-41}. La salida voluntaria del empleado (*turnover*) trae consecuencias negativas para la organización, pues aumenta los costos de reclutamiento selección, capacitación de nuevos profesionales, además de la pérdida de profesionales con experiencia y que ya conocían las rutinas administrativas, así como la caída en la calidad de la atención a los clientes, generando insatisfacción e intensificación de conflictos.

El costo calculado, generado por el *turnover* de enfermeros en los Estados Unidos de América, gira en torno de US\$ 10,000 a US\$60,000 por enfermero, según la especialidad ²⁸. Los costos indirectos del *turnover* entre enfermeros generan un gran impacto en la economía de la institución hospitalaria debido a la combinación de efectos tales como: caída en la productividad que continúa por un periodo de tiempo después del contrato de un sustituto, no solamente en relación al individuo sino al equipo de trabajo.

La insatisfacción y el *burnout* comprometen la calidad del trabajo ejecutado, generando el aumento de errores, conflictos, falta de humanización en la atención e insatisfacción de los clientes. Profesionales con *burnout* buscan una mayor distancia del cliente, evitan el contacto o menosprecian a las personas que son la mira de la atención, caracterizando la dimensión de la despersonalización.

Este comportamiento retrata la intención del profesional de protegerse y evitar el sufrimiento, frente a situaciones inadecuadas de trabajo, el dolor y su incapacidad de actuar de la forma como deseaba.

Al analizar el trabajo del enfermero hospitalario, se identifican varios factores de riesgo que propician el surgimiento del síndrome de *burnout*. El trabajo asistencial del enfermero aliado a su filosofía humanística, a la diferencia entre sus expectativas y a la realidad de trabajo en que encuentra es un factor importante para el surgimiento del estrés y *burnout* ⁴².

Tal punto de vista es compartido por Bianchi (1990) ⁴³ que afirma ser la naturaleza del trabajo hospitalario vinculado al cuidado de personas estando siempre presente el conflicto vida/muerte, aliado a las dificultades económicas y sociales de la categoría y de la sociedad, exponen al profesional a desarrollar el síndrome de *burnout*. Según la autora, si tal ciclo no fuese interrumpido, el profesional entiende como última salida, la renuncia al empleo o el cambio de actividad profesional.

Como se ha visto, el *burnout* puede llevar al desarrollo de varias enfermedades como la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, además de disturbios emocionales y psicológicos, como la ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros, repercutiendo directamente en el desempeño de la organización o empresa, pues situaciones como desempeño ruin de los colaboradores, ausencia, alta rotatividad y violencia en el local de trabajo generan pérdidas importantes en la economía empresarial ^{7,17,44-47}.

El panorama social y económico actual, con disminución de los salarios, obligando al profesional a tener más vínculo con la empresa, la desigualdad social, la violencia, entre otros, también contribuyen a la gran susceptibilidad del enfermero al estrés y *burnout* ⁴⁸. Sin embargo, no son los únicos factores a ser considerados en el análisis y comprensión del estrés ocupacional del enfermero.

Entre estas características, pueden citarse: la fragmentación y normalización en la ejecución de técnicas; el trabajo por turnos, la rotatividad de horarios; la exigencia de conocimientos técnicos actualizados; el contacto constante con el dolor, sufrimiento y muerte; las actividades burocráticas cada vez mayores; el exceso de responsabilidades por sus acciones y de su equipo; la necesidad de dominio de habilidades en la relación interpersonal y las dificultades relacionadas a las condiciones precarias de atención (falta de personal calificado, déficit de materiales básicos para la asistencia, condiciones ambientales tóxicas y sobrecarga de trabajo) ⁴⁷⁻⁵⁰.

Aliado a estas características, el poco estatus profesional que el enfermero(a) posee lo torna poco atractivo y con una remuneración inadecuada frente a las responsabilidades y formación exigidas.

Las acciones burocráticas realizadas diariamente por los enfermeros consumen cada vez más su tiempo y lo alejan del gerenciamiento del cuidado, lo que puede ser verificado por la dificultad encontrada por estos profesionales para la ejecución de la sistematización de la atención de enfermería. Aliado a este factor, se tiene el número reducido de profesionales de nivel medio (auxiliares y técnicos de enfermería) que refuerzan la atención instrumental en detrimento de la asistencia individualizada.

Los estresores ocupacionales para enfermeros en varias áreas de actuación están relacionadas a las varias actividades que desempeñan ^{8,10,17,24,26-30,32,35,48,51-58}.

- **Relacionados a la actuación profesional** – falta de autonomía; falta de control sobre el trabajo; conflicto de papel; ambigüedad de papeles; insatisfacción en el trabajo, rutina y monotonía; falta de oportunidad de crecimiento en la carrera; bajos salarios;
- **Relacionados al ambiente de trabajo** – restructuración organizacional; falta de soporte organizacional; *powerless*; sobrecarga de trabajo; pocos recursos materiales y humanos; ausencia de capacitaciones para el uso de nuevas tecnologías, presión de tiempo; exposición a riesgos ocupacionales y a enfermedades infecciosas;
- **Relacionados a la administración de personal** – realización de escalas de trabajo, faltas de los colaboradores; falta de involucramiento del equipo; *turnover* de enfermeros y técnicos de enfermería; número reducido de enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería;
- **Relacionados al relacionamiento interpersonal** – conflicto con pacientes, familiares, colegas y superiores; conflicto con el equipo médico y de enfermeros; violencia en el local de trabajo;
- **Relacionados a la asistencia prestada** – convivir con el dolor, sufrimiento y muerte, tratar los pacientes gravemente enfermos o fuera de posibilidades terapéuticas;

convivir con los sentimientos de los pacientes y familiares; fragmentación del cuidado; menor tiempo de permanencia con el paciente;

-
- **Relacionados a la vida personal** – trabajo en turnos, rotación de horario y de unidad de trabajo; privación de sueño.

Según Albrecht (1988) ⁶⁰ toda organización, por ser un sistema social, posee una ecología humana distinta que influencia en los procesos cognitivo-emocionales de los individuos que en ella trabajan. El autor alerta de que la visión de una organización es diferente para cada grupo de trabajadores; mientras que para los ejecutivos de la empresa posee una connotación económica, para los trabajadores posee una característica social.

O sea, una organización con óptimo desempeño económico, en la visión de sus dirigentes es una empresa “muy bien administrada”. Mientras que la misma empresa, en la opinión de quien en ella trabaja, puede ser vista como un lugar desagradable y deshumano.

Como verificado anteriormente, las condiciones y la organización del trabajo contribuyen al desarrollo del estrés ocupacional que al tornarse crónico genera el *burnout*. Como condiciones de trabajo, se entiende el ambiente físico, ambiente químico, ambiente biológico, las condiciones de higiene, de seguridad y ergonómicas.

Frente a una actividad que no traiga la satisfacción psíquica, el sufrimiento se instala generando la insatisfacción que, inicialmente, es verificada en el ámbito profesional, pero con repercusiones en las dimensiones física, familiar y social.

Sentir que el trabajo es importante, poseer las condiciones materiales y emocionales necesarias para ejercerlo con autonomía y seguridad, además del reconocimiento público por lo que se hace son cualidades indispensables para garantizar la motivación, compromiso y productividad. El desafío mental estimula al profesional psicológicamente a ejecutar las tareas. Las personas se sienten estimuladas y motivadas en actividades que exigen el uso de sus habilidades mentales; y si el *feedback* por su desempeño fuese positivo, su satisfacción profesional es elevada. En la situación opuesta, si la carga mental sobrepasa la competencia del individuo, el sentimiento de frustración e inadecuación surgen, generando el estrés ⁶⁰.

Por otro lado, el trabajo alienante, aquel que suprime o neutraliza la actividad mental o intelectual del trabajador, ejerce impacto negativo en el aparato psíquico llevando al sufrimiento y a la insatisfacción con la actividad, tema tan bien explorado por Dejours ⁶¹.

El “estar satisfecho” con la profesión potencializa el compromiso del individuo con la empresa y con los clientes que son la mira de su actividad, resultando en eficiencia y eficacia. Para Maslach y Leiter ²² la eficacia profesional se refiere en el sentido de competencia profesional y realización y en la presencia del *burnout* este sentido de eficacia disminuye; individuos que lo viven son menos capaces de ofrecer cuidados eficientes y humanizados.

Estudio realizado por McNeese-Smith ⁵³ para evaluar la satisfacción e insatisfacción de enfermeros relacionados a su trabajo, indicó que, para estos profesionales, la satisfacción envuelve las categorías de cuidado al paciente, ambiente, equilibrio de la carga de trabajo, relación con el equipo, factores personales, salario y beneficios, profesionalismo, aspectos culturales de la enfermera y estatus en la carrera. Las áreas que influyen la insatisfacción en el trabajo envuelven factores relacionados al cuidado con el paciente, tales como

sentimiento de sobrecarga de trabajo, equipo no colaborativo y situaciones que generan sentimientos de injusticia.

Este estudio también demostró que enfermeras que ejecutan un trabajo considerado “pobre” o inadecuado, demuestran una actitud negativa o están en *burnout*, generan insatisfacción en el trabajo de otras enfermeras y del equipo que desea ofrecer un cuidado de calidad.

Leiter, Harvie y Frizzle ²⁵ buscando analizar la correspondencia entre el *burnout* de la enfermera y la satisfacción del paciente con el cuidado prestado, concluyeron que los pacientes internados en unidades en las cuales las enfermeras consideraban su trabajo más significativo, estaban más satisfechos con todos los aspectos relacionados a su permanencia en el hospital. Los pacientes que se encontraban en unidades donde las enfermeras se sentían exhaustas, relataron estar menos satisfechos con los varios componentes del cuidado. De la misma forma, los pacientes menos satisfechos se encontraban internados en las unidades donde las enfermeras demostraron intención de abandonar la profesión.

Resultados semejantes fueron obtenidos recientemente en un estudio desarrollado por Vahey *et al* ²⁹ en los Estados Unidos de América. La investigación analizó el efecto del ambiente de trabajo en el desarrollo del *burnout* entre enfermeros y los efectos de este ambiente y del *burnout* en la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería.

Los resultados demostraron que en las unidades en las cuales los enfermeros indicaron tener mejores condiciones de trabajo (equipo bien dimensionado, buen apoyo administrativo y buenas relaciones con los médicos) los pacientes atendidos indicaron más del doble de satisfacción comparado a otras unidades y los enfermeros presentaron niveles de *burnout* significativamente menores. Los autores concluyeron que el nivel de *burnout* de los enfermeros también afecta a la satisfacción de los pacientes con los cuidados prestados, y que mejoras en la organización del trabajo de estos profesionales reducen tanto el nivel de *burnout* como su intención de dejar la profesión, así como aumenta la satisfacción de los pacientes con el cuidado prestado.

Levantamiento realizado por Aiken *et al* ³² con 10.319 enfermeras hospitalarias en 303 hospitales de Pennsylvania (EUA), Ontáριο (Canadá), British Columbia, Inglaterra y Escocia para evaluar la relación entre la organización y trabajo hospitalario y calidad del cuidado prestado evidenció niveles elevados de insatisfacción profesional y *burnout* de enfermeros en todos los cinco países participantes.

El porcentaje de enfermeras con niveles de *burnout* superiores a las medias aceptables para profesionales varió de 54% de enfermeras de Pennsylvania a 34% en Escocia. La mayoría de los enfermeros en todos los países evaluó la calidad del cuidado prestado en sus unidades como regular y débil. El estudio concluyó que enfermeros que trabajan en hospitales que ofrecen poco apoyo administrativo para el cuidado de enfermería, relataron dos veces más insatisfacción profesional y presentaron niveles de *burnout* por encima de lo aceptable para estos profesionales.

Los análisis estadísticos del estudio demostraron que el equipo de enfermería y el apoyo organizacional para el cuidado causan un gran impacto en la calidad del cuidado prestado, considerados individualmente o en grupo; el equipo de enfermería mejor preparado está asociado positivamente a la calidad del cuidado.

Asociado a la insatisfacción en el trabajo está el aumento en el abandono de la profesión, no solamente en Brasil, sino también en otros países. En revisión realizada por Larrabee *et al*²⁸ solamente en los Estados Unidos la tasa nacional de evasión de enfermeras hospitalarias fue de 12% en 1996, 15% en 1999 y 26,2% en 2000. Este volumen de salidas (*turnover*) ocurrió simultáneamente con una disminución del 20% en el número de graduados en los cursos de enfermería desde 1996 y la tasa más baja de enfermeros desempleados en la última década (1%).

El mismo estudio demostró que el mayor indicador de intención de salir de la profesión fue la insatisfacción profesional y el mayor indicador de satisfacción profesional fue el *empowerment* psicológico, cuyos indicadores fueron *hardiness*, estilo de liderazgo para transformación, colaboración entre médicos, enfermeros y cohesión del grupo.

El *empowerment* psicológico o interpersonal es un constructo motivacional dinámico manifestado por cuatro acciones cognitivas: sentido, competencia, autodeterminación e impacto. Al estar presentes, estas cuatro acciones forman una orientación activa en la cual la persona desea y se siente capaz de moldear su papel y el contexto del trabajo²⁸. No obstante, para que estas acciones, ocurran, la organización debe proporcionar el ambiente de *empowerment*.

Kanter⁶² define *empowerment* organizacional como el producto de la interacción de los empleados con estructuras organizacionales de información, soporte, recursos y oportunidades que capacitan al empleado a desarrollar la eficiencia en su trabajo y asegura que es responsabilidad de los gerentes crear este ambiente en la organización. La autora sugiere que empleados que participan de estas decisiones sobre su trabajo se sienten con más control sobre el proceso, lo que favorece el comprometimiento con los resultados. Su teoría enfatiza que el ambiente de trabajo es el factor determinante más importante de las actitudes y comportamientos de los empleados en la organización y que cambios en este ambiente pueden generar el *empowerment* de los mismos, mucho más de que los intentos de cambio de comportamiento individual.

La rotatividad de empleados puede ser vista como algo benéfico durante la restructuración organizacional, pero una alta tasa de salida o dimisiones voluntarias eleva los costos relacionados a los procesos de selección, capacitación y compromete la calidad de los servicios prestados.

Considerando los efectos deletéreos del *burnout* en las dimensiones individual y organizacional, los autores son unánimes en sugerir la realización de intervenciones que capaciten a los enfermeros a reconocer sus génesis y mecanismos, y a utilizar las estrategias de *coping* más eficaces en su manejo.

Los resultados sobre el síndrome han contribuido a aclarar sus diferentes manifestaciones y los factores relacionados a su ocurrencia específicamente en los trabajadores de las áreas asistenciales, entre ellas la enfermería. La medición del *burnout* en esos grupos auxilia en el delineamiento de la interrelación entre la dimensión individual y laboral permitiendo la planificación de intervenciones enfocadas en los problemas reales que lo producen.

Como ya se ha comentado, el *burnout* es la manifestación crónica del estrés ocupacional, y enfermería es una profesión que aglutina los principales factores para su ocurrencia, sea en la dimensión organizacional, debido a la estructura administrativa de las instituciones hospitalarias (normas, burocracia, jerarquización, administración Taylorista); en la personal, por las características del profesional (edad, visión humanística de la profesión) y en la

dimensión del trabajo (organización, fragmentación de actividades, trabajo en turnos, entre otros).

El interés en las consecuencias del estrés ocupacional tanto para los trabajadores como para las organizaciones viene creciendo en los últimos años, ya que el estrés está asociado al bajo desempeño, aumento de los costos con el seguro de la salud, licencias médicas y *burnout* ^{34,63-64}.

INTERVENCIONES PARA EL GERENCIAMIENTO DEL ESTRÉS OCUPACIONAL

Los estudios sobre calidad de vida en el trabajo han contribuido a alertar a los dirigentes de las instituciones en relación a la importancia de mejorar las relaciones personales y la organización del trabajo en el ambiente organizacional, intentando minimizar el impacto de los estresores ocupacionales y la consecuente enfermedad y comprometimiento del proceso productivo.

En este sentido, en las últimas décadas, hubo una profusión de estrategias buscando la reducción del estrés ocupacional. El objeto de cualquier programa de gerenciamiento del estrés no es que los participantes eliminen el estrés. Por el contrario, la meta de la capacitación debería ser educar a las personas sobre la naturaleza y el impacto del estrés y asegurar que ellas posean una variedad de habilidades intra e interpersonales para utilizarlas constructivamente contra el estrés ⁶⁵.

Según la *European Agency for Safety and Health at Work* ⁶⁶ los métodos utilizados para el gerenciamiento del estrés ocupacional son divididos en la literatura especializada en tres tipos de intervenciones: primarias, secundarias y terciarias.

Intervenciones primarias son aquellas que buscan alterar la organización del trabajo mediante la reducción de estresores ocupacionales, tales como modificación del proceso de trabajo y alteraciones ergonómicas. Son más raras en la literatura debida en gran parte a la falta de reconocimiento de las organizaciones sobre los efectos deletéreos del estrés ocupacional tanto en el ámbito individual como en el organizacional.

Las intervenciones secundarias son enfocadas en la capacitación de los trabajadores, para promover la salud o desenvolver habilidades psicológicas para el afrontamiento de los estresores. Esta categoría de intervenciones son las más comunes por tener su enfoque en el cambio de comportamiento de los trabajadores frente a los estresores y ser más fáciles de conducir en el medio empresarial.

Por último, se tiene a las intervenciones terciarias que buscan ofrecer apoyo a aquellos trabajadores que fueron víctimas del estrés ocupacional y *burnout* y ya desarrollaron problemas de salud psíquicos o físicos. Estas intervenciones deben ser parte de un programa conducido en la institución a la que pertenecen. No obstante, así como la implementación de intervenciones primarias son de difícil ejecución, los programas de acompañamiento del trabajador que ya presenta comprometimiento de salud física o psíquica desencadenado por el estrés y *burnout* son raros.

En su revisión Van der Klink *et al* ⁶⁷ propusieron una clasificación de las intervenciones para el gerenciamiento del estrés ocupacional en dos grupos: en el primero están las estrategias para la reestructuración organizacional y redefinición de papeles; en el segundo, están englobados las intervenciones relacionados a los métodos de relajación (físico y mental), *biofeedback*, la capacitación de habilidades cognitivo-comportamentales (asertividad,

hardiness, auto-estima) para modificar la respuesta del individuo a los estresores ocupacionales.

Intervenciones para el control del estrés y reducción del *burnout* enfocados en el individuo miran promover características personales que faciliten el afrontamiento de los estresores, tales como capacitación en asertividad, *hardiness*, resiliencia, comunicación y relación interpersonal y autoestima, siendo los más difundidos en la literatura ³⁴.

El abordaje cognitivo-comportamental es una técnica utilizada para modificar la evaluación cognitiva del individuo y consecuentemente su comportamiento, basado en el modelo Interaccionista del Estrés, siendo considerado actualmente como el componente principal de los programas de gerenciamiento del estrés ⁶⁸. Estrategias como la utilización de técnicas de relajación que engloban el control de la respiración, meditación, yoga, musicoterapia, visualización creativa y terapia del humor denominadas Intervenciones multimodales, asociadas a los módulos educativos que enseñan al individuo cómo reconocer el estrés y el *burnout*, desarrollar estrategias de *coping* más eficaces, así como las características de personalidad más resistentes al estrés (*hardiness*, resiliencia) son difundidas en la literatura.

Con relación a la eficacia de las intervenciones para la reducción del estrés ocupacional enfocado en el individuo, Van der Klink *et al* ⁶⁷, en su meta-análisis de estudios realizados en el período de 1977–1996, utilizando varias técnicas, concluyeron que: intervenciones cognitivo-comportamentales fueron significativamente más eficaces que las que utilizaban solamente relajación y tienden a ser más eficaces que técnicas multimodales; técnicas cognitivo-comportamentales parecen ser más eficaces para mejorar la percepción de la calidad de vida en el trabajo, mejora los recursos psicológicos para el afrontamiento del estrés y reducen las quejas relacionados a su presencia; intervenciones enfocados en el individuo deben ser la primera opción de intervención cuando hay percepción de estrés en los trabajadores.

Las revisiones sobre el tema en los últimos años han demostrado que la mayoría de los estudios no presentan rigor metodológico necesario para que sean replicados en ambientes diferentes y que las evaluaciones de los programas deberían analizar la satisfacción del empleado, los estresores ocupacionales, análisis de absentismo y condiciones de salud para analizar su eficacia ^{67,69}.

No obstante, la conducción de estudios que analizan indicadores como tasa de absentismo asociado o no a condiciones de morbilidad está directamente relacionada con la alta administración de las instituciones, pues éstas deben autorizar la divulgación de tales datos para los investigadores.

La eficacia de los programas para gerenciamiento del estrés es de difícil comprobación debido a las lagunas metodológicas y evaluaciones inadecuadas, tales como la participación voluntaria de los empleados y ausencia de evaluaciones longitudinales ⁶⁶. Una de las ventajas de intervenciones para la reducción del estrés ocupacional es que buscan modificar la percepción de estresores comunes a todos los que participan del programa, anulando los efectos negativos de la ausencia de selección de los participantes.

Intervenciones enfocadas en la organización buscan modificar procesos de trabajo y ofrecen alternativas de gerenciamiento del ambiente laboral. Aunque son menos comunes vista la dificultad en su implementación debido al desconocimiento de los dirigentes de las compañías e instituciones, de la naturaleza transaccional del estrés ocupacional y el recelo de que cambios en el contexto del proceso de trabajo puedan traer prejuicios de orden financiero y aumento de costos ⁶⁹.

Kompier y Kristensen ⁷⁰ en la revisión sobre las intervenciones para el gerenciamiento del estrés enumeran cinco características que dificultan el desenvolvimiento de intervenciones con foco en la organización: [1] *las actitudes y los valores del gerenciamiento empresarial*, los cuales culpan a las características individuales de los trabajadores y su vida familiar como causas de absentismo, baja productividad, ausencia de comprometimiento en el trabajo, enfermedad física y psicológico entre otros; [2] *explicación de eventos sociales por factores psíquicos individuales*, tradicionalmente enfocados por la psicología y medicina del trabajo; [3] *estresores inherentes al trabajo*, considerando que algunas actividades profesionales son más estresantes que otras, dificultando la reducción del estrés ocupacional; [4] *dificultad en conducir estudios de intervención y de evaluación metodológicamente válidos en un contexto organizacional turbulento*, la ejecución de intervenciones pueden contribuir a atrasos en los procesos organizacionales primarios y exponer la empresa a investigadores externos siendo que los datos colectados y divulgados pueden comprometer su imagen; [5] *segregación de la denominación de la investigación del estrés*, la mayoría de los estudios evalúan los resultados referentes al individuo (estado de ánimo, ansiedad, quejas de salud) en detrimento de las evaluaciones de resultados (productividad, tasas de absentismo por enfermedad ocupacional, accidentes ocupacionales).

Trazando un paralelo con las instituciones de salud se puede percibir que estas condiciones están también presentes y aliadas a otros, como un número reducido del personal de enfermería, a una estructura jerárquica rígida, a un proceso de trabajo discontinuo y alienante, la “presión del tiempo” y el recelo de “abrir las puertas” a cuestionamientos externos.

Este comportamiento organizacional en las instituciones de salud caracteriza una paradoja que exige reflexión; si por un lado se busca ofrecer el cuidado a la salud de los clientes, por otro contribuye a la enfermedad de los profesionales que allá actúan. Intervenciones para el gerenciamiento del estrés entre profesionales de enfermería vienen siendo conducidas hace décadas, aunque el número sea reducido comparado con otros grupos profesionales. Todos los métodos ofrecen beneficios y limitaciones, sin embargo se debe concluir que son efectivos en la reducción del estrés ocupacional como del *burnout*, a pesar de haber limitaciones para que sean reproducidos en ambientes diferentes ^{58,71-73}.

Estudios publicados en la última década presentan propuestas de gerenciamiento de estrés para enfermeros utilizando varias técnicas, no obstante la gran mayoría son intervenciones secundarias utilizando terapia cognitivo-comportamentales aliada a técnicas de relajación.

La literatura presenta estudios utilizando musicoterapia⁷⁵, humor y relajamiento⁷⁶⁻⁷⁷, relajamiento y visualización creativa⁷⁸, Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)⁷⁹, módulos educativos sobre estrés y coping^{58,80,81}, capacitación y asertividad^{74,82}, capacitación en *hardiness*^{73, 83}.

En la evaluación de estrategias de gerenciamiento de estrés enfocado en el individuo, Murphy ⁸⁴ listó ventajas y desventajas de su adopción. Las ventajas señaladas fueron: [1] pueden ser implementadas de forma rápida sin mayores interrupciones en la rutina de trabajo; [2] pueden ser planeadas para las necesidades individuales del grupo profesional y también contribuyen para el control de problemas extra-profesionales; [3] pueden formar parte del programa de orientación profesional. El autor concluyó que la mayor desventaja de tales programas es que no son planeados para reducir o eliminar los estresores y sí para capacitar los participantes a enfrentarlos.

Estrategias de gerenciamiento de estrés para enfermeros con intervenciones en el ambiente también son encontrados en la literatura y engloban cambios en el proceso de trabajo, como la introducción de *primary nursing*⁸⁵⁻⁸⁶, *empowerment*^{52,56,86}, ofrecimiento de apoyo administrativo a los enfermeros⁸⁸, supervisión clínica⁵⁴.

La conducción de estudios empíricos con foco en la organización presenta un largo camino a ser recorrido. Quedó patente que, por la escasez de estudios y de resultados, el abordaje en el ámbito organizacional se traduce por la intervención en sectores y en esferas organizacionales que muchas veces son impedidas por la alta administración, lo que también ocurre en otras profesiones.

CONSIDERACIONES FINALES

En los días actuales, el desgaste físico y emocional relacionado al trabajo puede ser considerado una epidemia entre trabajadores de varias profesiones. Las exigencias de la vida moderna y del mercado de trabajo en las últimas décadas vienen consumiendo la energía física y mental de los trabajadores, minando su compromiso, su dedicación y tornándolos descreyentes con relación a sus conquistas y al suceso en el trabajo.

Gran parte de esta situación se debe a las modificaciones del proceso productivo y de la economía mundial que forzaron reestructuraciones organizacionales, llevando al agotamiento del personal y, consecuentemente, aumento de la carga de trabajo, reducción de ganancias, inseguridad por la inestabilidad en el empleo, pérdida de beneficios directos e indirectos de los trabajadores.

En este ambiente de rápidos cambios en el mundo del trabajo, la competitividad, la automatización y utilización cada vez más de la tecnología, la inseguridad en el empleo, la necesidad continua de capacitaciones crea un terreno fértil para el surgimiento del desgaste físico y emocional del estrés.

Enfermería como una profesión de asistencia a la salud es una práctica social, siendo que el empeño y la identificación de los niveles de *burnout* de los enfermeros y el desenvolvimiento de estrategias para su prevención y reducción, además de un desafío, se constituyen en una tarea imprescindible para evitar el adolecimiento mental y garantizar la calidad de la atención a los pacientes.

Los volúmenes de publicaciones sobre el tema vienen creciendo en los últimos años, pero se verifica que hay una escasez de estudios y análisis de intervenciones que busquen reducir el estrés ocupacional y el *burnout* y que sean ejecutables dentro del turbulento ambiente hospitalario.

En la revisión de esta literatura, hay un mayor número de estudios enfocando el gerenciamiento del estrés por el individuo, aunque investigadores concuerden que intervenciones que enfocan la organización del trabajo serían más eficaces porque reducen las fuentes de estrés ocupacional.

Sin embargo, como hemos verificado, intervenciones organizacionales son de difícil operacionalización, especialmente debido a que las empresas creen que el empleado es culpado por sentir estrés, e inhábil en su afrontamiento consecuentemente llega a enfermarse. Por considerar al individuo responsable por el desarrollo del síndrome, las empresas temen que programas para mejorar la calidad de vida de los funcionarios acarrearían aumento de costos para la organización, además de reivindicaciones de los

empleados y sindicatos para la reducción de la carga y jornada de trabajo.

La calidad del cuidado prestado está relacionada directamente al bienestar del profesional que presta cuidado; de esta forma, medidas que sirvan para garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional se hace imperativo en enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza y ocurrencia del estrés y burnout traerían beneficios a ambos.

REFERÊNCIAS

- 1 Levi L. O guia da Comissão Européia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005.
- 2 World Health Organisation (WHO) [Editorial]. Br Med J [periódico na internet]. 2000 [citado 2008 dez. 01];320:237-43. Disponível em: <http://www.who.org>.
- 3 Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditure: an analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. J Occup Environ Med. 1998;40:843-54.
- 4 Health and Safety Executive (HSEa). Work-related ill health and injuries in health and social care – 2006/2007 self-reported [texto na internet]. Londres; c2008. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/industry/healthservices.htm>.
- 5 Selye H. The stress of life. New York: Mc Graw-Hill; 1956.
- 6 Clarke M. Stress and coping: constructs for nursing. J Adv Nurs. 1984; 9:3-113.
- 7 Lipp MEN. Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas: Papirus; 1996. Stress: conceitos básicos; p. 17-31.
- 8 Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica. 1999;6(6):1-11.
- 9 Aquino JM. Estressores no trabalho de enfermeiros de Centro Cirúrgico: conseqüências profissionais e pessoais. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; de Ribeirão Preto; 2005.154p
- 10 Guido L de A. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- 11 Lazarus RS, Folkman S. Stress: appraisal and coping. New York: Springer; 1984a. Cap 2; p 22-54.
- 12 Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. [org.] São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Cap. 2.
- 13 Bianchi ERF. Estresse e enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 1990; 113p
- 14 Schaufeli W. Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. Rev Psicol Trab Organizac. 1999;15:147-71.
- 15 Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159-65
- 16 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2:99-113.
- 17 Maslach C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.
- 18 Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a

relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):255-61.

19 World Health Organisation (WHO) World Health Report 2001 [texto na internet]. Geneve; 2001. [citado 2008 dez. 01]. Disponível em: <http://www.who.int/report>.

20 Brasil. Ministério da Previdência Social. Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1999 [citado 2008 nov. 11]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>.

21 Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca; 1995.

22 Maslach C, Leiter MP. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis. *Adv Motiv Ach*. 1999b;11:275-302.

23 Gómez MMN, Dodino CN, Aponte CF, Caycedo CE, Riveros MP, Martinez M del PM, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial em personal de enfermería. *Univ Psychol Bogotá*. 2005;4(1):63-75.

24 Maslach C, Schaufeli, WB, Leiter, MP. Job burnout. *Phsycol Ann Rev*. 2001;52:397- 422.

25 Leiter MP, Harvie P, Frizzle C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1611-7.

26 Laschinger HKS, Wong C, McMahon L, Kaufmann C. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *JONA*. 1999;29(5):28-38.

27 Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del sSíndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicol Est*. 2002;7(1):3-10.

28 Larrabee JH, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR Jr, Ostrow CL, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *JONA*. 2003;33(5):271-83.

29 Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*. 2004;42:57-66

30 O'Brien-Pallas L, Griffin P, Shamian J, Buchan J, Duffield C, Hughes F, et al. The impact of nurse turnover on patient, nurse and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy Polit Nurs Pract* [periódico na internet]. 2006 [citado 2008 set. 10];7:169–79. Disponível em: <http://ppn.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/3/169>.

31 Trigo TR, Teng CT, Hallar JEC. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(5):223-33.

32 Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *Nurs Outlook*. 2002; 50:187-94.

33 Health and Safety Executive (HSEb). Estimated days (full-day equivalent) off work and associated average days lost per case + due to a self-reported illness caused or made worse by work, by type of complaint and gender - 2006/2007 [texto na internet]. Londres; c2008. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/0607/typesex3.htm>.

34 Sauter SL, Murphy LR. Abordagens à prevenção do stress no trabalho nos Estados Unidos. IN: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. Cap. 13.

35 National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). Fatal and nonfatal injuries, and selected illnesses and conditions. Worker health chartbook 2004 [texto na internet]. c2004. [citado 2008 out. 17]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/ch2/ch2-1.asp.htm>. [NIOSH Publication nº 2004-146]

36 Levi L, Levi I. Guia sobre stress relacionado ao trabalho. Tempero da vida ou beijo da morte? [texto na internet] Luxemburgo: EOCE; 2000. [citado 2008 dez. 01]. Disponível em: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/h&s/publicat/pubintro_en.htm

- 37 Levi L. O guia da Comissão Européia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005.
- 38 Tai TW, Bame SI, Robinson CD. Review of nursing turnover research: 1977-1996. *Soc Sc Med*. 1998;47(12):1905-24.
- 39 Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Nurse's reports of hospital quality of care and working conditions in 5 countries. *Health Affairs*. 2001; 20 (3): 43-54.
- 40 Dolan N. The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs*. 1987;112: 3-12.
- 41 Rosa C da, Carlotto MS. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. SBPH [periódico na internet]. 2005 dez [citado 2008 set. 01];8(2):1-15. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8582005000200002&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1516-0858.
- 42 Lautert L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev Gaúcha Enf*. 1997;18(2):133-44;
- 43 Bianchi ERF. Estresse e enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 1990; 113p.
- 44 Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: controlling the risk to health 1996. Geneva: International Labour Office, World Health Organization; 1996.
- 45 Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an International perspective. *Nurs Health Sci*. 2001;3:161-72.
- 46 Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and emotional health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*. 2004;41:85-97.
- 47 Rossi FR, Silva MAD da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.
- 48 Stacciarini JMR., Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2001 abr [citado 2008 nov. 20];9(2):17-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692001000200003.
- 49 Bianchini MC. Saúde mental e o trabalho do enfermeiro. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; 1999. 103p.
- 50 Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(2):255-61.
- 51 Dewe PJ. Stressor frequency, tension, tiredness and coping: some measurement issues and a comparison across nursing groups. *J Adv Nurs*. 1989; 14: 308-20.
- 52 Laschinger HKS, Havens DS. The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *JONA*. 1997;27(6):42-50.
- 53 McNeese-Smith DK. A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *J Adv Nurs*. 1999;29(6):1332-41.
- 54 Cotrell S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiat Ment Health Nurs*. 2001; 8: 157-164.
- 55 Batista K de M. Stress entre enfermeiros de unidade de emergência. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 2005. 126p.

- 56 McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633–42.
- 57 Menzani G, Bianchi ERF. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. *Enferm Global: Rev Eletr Semest Enferm* [periódico na internet]. 2005 [citado 2008 set. 18];(7). Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/>.
- 58 Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. *Nurs Health Sci*. 2005; 7: 57-65.
- 59 Barnard D, Street A, Love AW. Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs*. 2006; 29(4): 338-45.
- 60 Albrecht K. O gerente e o estresse. Trad. José Ricardo Brandão de Azevedo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988. p.124-158.
- 61 Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola djouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
- 62 Kanter RM. *Men and women of the corporation*. 3rd ed. New York: Basic Books; 1993.
- 63 Williams S, Cooper CI. Measuring occupational stress: development of the pressure management indicator. *J Occup Health*. 1998;3:300-21.
- 64 Meichenbaum D, Deffenbacher JL. Stress inoculation training for coping with stressors. *Clin Psychol*. 1996;49:4-7.
65. Meichenbaum D, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *Couns Psychol*. 1988;16:69-90.
- 66 European Agency for Safety and Health at Work. Research on work-related stress [texto na internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. [citado 2008 out. 01]. Disponível em: <http://osha.eu.int>.
- 67 Gardner B, Rose J, Mason O, Tyler P, Cushway D. Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an interventional study. *Work Stress*. 2005; 19(2):137-52.
- 68 Gardner B, Rose J, Mason O, Tyler P, Cushway D. Cognitive therapy and behaviour coping in the management of work-related stress: an interventional study. *Work Stress*. 2005; 19(2):137-52.
- 69 Kompier MAJ, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional : considerações teóricas, metodológicas e práticas. Trad. de Estefânia de Vasconcellos Guimarães. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:37-58.
- 70 Kompier MAJ, Kristensen TS. As intervenções em estresse organizacional : considerações teóricas, metodológicas e práticas. Trad. de Estefânia de Vasconcellos Guimarães. *Cad Psicol Soc Trab*. 2003;6:37-58.
- 71 Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. *Clin Psychol*. 1996;49:4-7.
- 72 Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000;31(3):681-8.
- 73 Judkins SK, Ingram M. Decreasing stress among nurse manager: a long-term solution. *J Contin Educ Nurs*. 2002;33:259-64.
- 74 Lin YR, Shiah I-Shin, Chang Yue-Cune, Lai Tzu-Ju, Wang Kwua-Yun, Chou Kuei-Ru. Evaluation an assertiveness training program on nursing and medical students: assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Educ Today*. 2004;24:656-65.
- 75 Taylor MW. Effects of initial stress level, social support, and participation in an exercise or music conditions on the post treatment stress, depression, and anxiety of nurses. *EDD: St*

John's University, 1991.

76 Tsai SL, Crockett MS. Effects of relaxation training, combining imagery and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs*. 1993;14:51-66.

77 Kwandt J. The use of humor to relieve stress in psychiatric nurses. ED.D., The college of William and Mary [texto na internet]. New York; 1992. [citado 2008 dez. 02]. Disponível em: <http://www.urmc.rochester.edu/Miner/Educ/ebnfilt.htm>. [Search strategy for CINAHL – Ovid].

78 Yung PMB, Fung MY, Chan TMF, Lau BWK. Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *Int J Ment Health Nurs*. 2004;13:255-61.

79 Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Deitrick L, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout – A qualitative and quantitative study Part III. *Holist Nurs Pract*. 2005; 19(2):78-86

80 Ravazi D, Delvaux N, Marchal S. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomized study. *Eur J Câncer*. 1993;29(A):1858-63.

81 Carson J, Cavagin J, Bundark J. Focus, effective communication in mental health nurses: did social support save the psychiatric nurse? *NT Res*. 1999; 4:31-42.

82 Lee S, Crockett MS. Effect of assertiveness training on levels stress and assertiveness experienced b nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues Ment Health Nurs*. 1994;15:419-32

83 Lambert VA, Lambert CE, Yamase H. Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nurs Health Sci*. 2003;5:181-4.

84 Murphy LR. Occupational stress management: a review and appraisal. *J Occup Psychol*. 1984;57:1–15.

85 Melchior ME, Philipsen H, Abu-Saad HH, et al. The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. *J Adv Nurs*. 1996;24:694-702.

86 Berger A, Hansson UW, Hallberg IR. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *J Adv Nurs*. 1994;20: 742-9.

87 Sarmiento TP, Laschinger HKS, Iwasiw C. Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):134-43.

88 Proctor R, Stratton-Powell H, Tarrier N, et al. The impact of training and support on stress among care staff in nursing and residential homes for the elderly. *J Ment Health*. 1998;7:59–70.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia